



Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

EDITORIA

Margarita María Velásquez

Esp. en Dermatología, PhD en Ciencias Básicas Biomédicas, énfasis en Inmunología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

ASESOR DE ÉTICA

José María Maya

Médico, Magister en Salud Pública, Magister en Dirección Universitaria y Magister en Dirección y Gestión de la Seguridad Social. Medellín, Colombia.

COMITÉ CIENTÍFICO

Carlos Serrano

Esp. en Medicina Interna, Esp. de Alergología. Fundación Valle del Lili, Santiago de Cali, Colombia.

Lucy García

Esp. en Dermatología, MSc en Microbiología. Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.

Ana Francisca Ramírez

Esp. en Dermatología, Esp. en Dermatología Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C., Colombia.

Felipe Jaramillo

Esp. en Dermatología, Esp. en Dermatopatología. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

César González

Esp. en Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.

COMITÉ EDITORIAL

Gloria Sanclemente

Esp. en Dermatología, MSc en Virología, Maestría en Ciencias Clínicas (Epidemiología Clínica). Universidad de Antioquia. Doctorado en Epidemiología, Universidad Autónoma de Barcelona. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Anilza Bonelo

MSc en Microbiología, Ph.D. en Ciencias Biomédicas. Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.

María Dulfary Sánchez

Ph.D. en Ciencias Básicas Biomédicas, énfasis en Inmunología. Universidad de Antioquia, Colombia. Investigadora en Stanley S. Scott Cancer Center, Louisiana State University, New Orleans, Estados Unidos.

Paul Laissue

MSc en Genética, Ph.D. en Genética. Universidad del Rosario. Bogotá, D.C., Colombia.

Robert Knobler

Assoc. Prof. of Dermatology (Emeritus), Department of Dermatology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria. Lecturer Department of Dermatology, College of Physicians and Surgeons, Columbia University New York, New York.

Álvaro Acosta

Esp. en Dermatología, Esp. en Dermatología Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia.

María Teresa Ochoa

Esp. en Dermatología, MSc en Inmunología. UCLA, USA.

Rodrigo Restrepo

Patólogo, Dermatopatólogo. Universidad CES, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Gerzaín Rodríguez

Esp. en Dermatopatología. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.

Omar Lupi

MSc, PhD en Dermatología. Federal University of Rio de Janeiro, Brasil.

Andrés Jaramillo

Ph.D. Departamento de Microbiología e Inmunología. University of Louisville, Louisville, Kentucky. Postdoctorado en Inmunología. Departamento de Investigación Médica "Banting & Best". University of Toron, Toronto, Canada.

Juan Raúl Castro

Médico dermatólogo, Universidad Nacional de Colombia. Esp. en Docencia Universitaria, Universidad militar Nueva Granada. Magister en Dermatología Oncológica, Universidad de Valencia. Bogotá, Colombia.

Luis Antonio Castro

Esp. en Dermatología. Esp. en Inmunodermatología. Bogotá, Colombia.

Ángela María Londoño

Esp. en Dermatología. Universidad Pontificia Bolivariana. Magister en Epidemiología, Universidad CES. Medellín, Colombia.

CORRECTOR DE ESTILO

Carlos Arturo Hernández
Especialista en Salud Pública,
Bogotá, D.C., Colombia.

ASISTENTE EDITORIAL

Jenny Alexandra Sánchez
Auxiliar administrativa, Instituto
técnico Don Bosco / Sena, Medellín,
Colombia.

DISEÑO EDITORIAL

Valentina Vergara
Diseñadora, Universidad Pontificia
Bolívariana, Medellín, Colombia.

DIRECTORES COMERCIALES

Mónica Elena Rivera
Esp. en Dermatología,
Universidad El Bosque, Bogotá
D.C., Colombia.

Elkin Omar Peñaranda
Esp. en Dermatología
Oncológica, Universidad
Nacional de Colombia, Bogotá
D.C., Colombia.

DIRECTIVAS DE ASOCOLDERMA 2016-2018

PRESIDENTE:
Natalia Hernández

VICEPRESIDENTE:
Juan Esteban Arroyave

SECRETARIA:
Claudia Arenas

PRESIDENTE HONORARIO:
Juan Guillermo Chalela

PRESIDENTE DEL CONGRESO:
Evelyne Halpert

TESORERA:
Mónica Elena Rivera

Vocal principal:
Carolina Ivette Cortes

Vocal principal:
Claudia Juliana Díaz

Vocal principal:
Esperanza Meléndez

Vocal suplente:
Julia Inés Mesa

Vocal suplente:
Adriana Motta

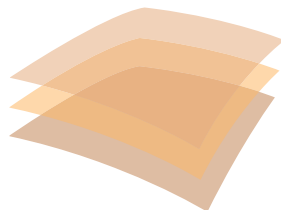
Vocal suplente:
Martha Susana Ramírez

Fiscal Honorario:
Adriana Arrunátegui

Revisor fiscal:
Manuel Zabala

PORTADA:

Hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito, Isabel Bustamante-Benjumea *et al.*



AsoColDerma
Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica

La Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica está indizada en:
IMBIOMED // EBSCO // PUBLINDEX

Esta revista está disponible en formato digital en la dirección electrónica www.revistasocolderma.org

INFORMACIÓN GENERAL: Los editores y la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica no asumen ninguna responsabilidad por cualquier daño o injuria a personas u objetos resultantes de la utilización o aplicación de cualquier producto, procedimiento, cirugías, instrucciones o ideas contenidos en el material publicado en esta revista. Ningún procedimiento, prueba o terapia debe ser llevado a cabo a menos que a juicio del lector se justifique el riesgo. Debido a los constantes cambios y adelantos en la ciencia médica, se recomienda que se haga una verificación independiente de diagnósticos y dosificaciones de medicamentos. Los productos mencionados y sus dosis no son responsabilidad de sus autores.

Las aseveraciones y opiniones expresadas por los autores son propias de ellos

y no necesariamente compartidas por los editores o la Asociación Colombiana de Dermatología, quienes declinan toda responsabilidad por tal material, así como no garantizan, apoyan ni autorizan ningún producto o servicio anunciado en esta publicación ni garantizan ninguna oferta hecha por el fabricante de dicho producto o servicio.

Aunque todo el material publicitario se espera que esté conforme con la ética médica y los estándares actuales, su inclusión en esta publicación no es una garantía o apoyo de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica o de los editores a la calidad de cualquier producto anunciado.

©2012 Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.

Todos los derechos reservados. Depósito legal: 2377 S

EDITORIAL	222
Desarrollo profesional permanente en Colombia y ley estatutaria de la salud César Burgos	
HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE I	226
Vanesa Erazo Luna, Dilia Díaz, Juan Pablo Ospina	
ÉTICA - PARTE I	228
Investigación utilizando placebos Jose María Maya	
ARTÍCULO DE REVISIÓN	230
Ultrasonido de alta resolución en enfermedades benignas de la piel Claudia Patricia González	230
Intervenciones terapéuticas en pitiriasis rosada: revisión de la literatura Susana Mejía-Mesa, Sofía Medina-Escobar, Jorge Hernando Donado-Gómez	240
REPORTE DE CASO	248
Angiosarcoma de cuero cabelludo, diagnóstico diferencial y revisión de la literatura Yván Denis Pacheco-Pacori, Javier Fernández-Palacios	248
Hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito Isabel Bustamante-Benjumea, Manuel Salvador Forero-Buitrago.....	253
HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE II	257
Vanesa Erazo Luna, Dilia Díaz, Juan Pablo Ospina	
ÉTICA - PARTE II	260
Investigación utilizando placebos Jose María Maya	
ÍNDICE ANUAL	262
EVALUADORES 2017/2018	264

Desarrollo profesional permanente en Colombia y ley estatutaria de la salud

El desarrollo profesional permanente es el proceso de formación continua que integra dos vías diferentes después de la formación médica básica y la sistemática de posgrado. Responde a las necesidades de garantizar la calidad y las competencias ya adquiridas en cada nivel curricular, incrementando los conocimientos, las habilidades técnicas y las relaciones interpersonales para el mejoramiento del ejercicio profesional, la prestación idónea de los servicios de salud, ajustados a los avances tecnológicos y a las necesidades cambiantes de los pacientes y los sistemas sanitarios¹.

La primera vía de perfeccionamiento continuo ha sido la educación médica continua tradicional a partir de las múltiples y heterogéneas modalidades de actualización, desarrolladas en nuestro medio predominantemente por las sociedades científicas: congresos regionales y nacionales, seminarios, cursos, diplomados, publicaciones, revistas –indizadas o no–, innovaciones, investigaciones y otras. Su financiación ha contado con la participación sobresaliente de la industria farmacéutica, la de dispositivos y las de insumos.

La educación médica continua virtual surge con potenciales dinámicas de mayor eficiencia, no solo desde el punto de vista económico y de logística, sino en la cobertura y alcance, así como la mayor flexibilidad en el uso del tiempo². Hay una creciente oferta de productos con diversa calidad científica, y se admiten las limitaciones implícitas a lo tecnológico que se ve superado relativamente por lo presencial cuando se pretende destacar el aprendizaje por encima de la sola información.

Tanto en Estados Unidos como en Europa, se anticipa un incremento progresivo de la

utilización de la oferta de educación médica continua virtual a partir del desarrollo de las tecnologías de la información y las comunicaciones, que se proyecta sea del 50 % mediado por internet al final de la presente década. A pesar de no contar con datos confiables, una situación similar parece presentarse en los países suramericanos. Como consecuencia de esta realidad, se contempla el modelo semipresencial o *blended* que combina actividades tradicionales y a distancia, aprovechando las fortalezas de cada una de ellas³.

"La educación médica continua virtual surge con potenciales dinámicas de mayor eficiencia, no solo desde el punto de vista económico y de logística, sino en la cobertura y alcance, así como la mayor flexibilidad en el uso del tiempo".

Por otro lado, la segunda vía en fase de construcción que dispensa desarrollo profesional continuo, es la llamada educación médica permanente, que consiste en “el proceso de naturaleza participativa mediante el cual el aprendizaje se adquiere gracias al trabajo habitual y supervisado”⁴. En la educación médica permanente se inscriben dúctiles recursos pedagógicos vinculados con propuestas metodológicas basadas en la ‘androgogía’, *e-learning* y *lifelong learning*, aprendizaje autónomo, reflexivo, lúdico, más participativo, basado en las demandas del trabajo, y con enfoques prácticos dirigidos a resolver problemas y suplir deficiencias identificadas. Incorpora aprendizajes para la búsqueda de información pertinente según las necesidades de la práctica diaria.

Se destaca en estas dos formas de mejoramiento continuo, la carencia de certificaciones sustentadas en estándares mínimos de calidad para los programas e instituciones que los desarrollan y estándares de evaluación que la confirmen. Su ausencia ha permitido una oferta caótica más enfocada en el lucro—especialmente en la educación médica continua virtual— que en suplir con pertinencia el vacío frente a la ausencia normativa y reguladora.

La relación esencial con el ejercicio médico, de una parte, y la experiencia histórica, de otra, inducen a pensar que son tres los sectores llamados a desempeñar el papel de avaladores de la certificación, construyendo en conjunto los estándares de calidad y evaluación de los programas e instituciones de educación médica continua:

"...resulta muy evidente que la recertificación como proceso garantista, colectivo, que voluntariamente cada profesional médico debe asumir, es una decisión de responsabilidad social, autónoma e independiente que parte de las sociedades científicas...".

las sociedades científicas, por su amplia y diversa oferta representativa del desarrollo tecnológico y científico en cada área especializada (innovadores, investigadores, docentes, expertos y líderes temáticos, editores, etcétera), los hospitales universitarios y las instituciones formadoras en sus funciones de extensión extracurricular.

Pero, si bien los tres sectores se deben al compromiso frente al ordenamiento de esta importante función social y de darle un sello de calidad que se desprende del común perfil académico, resulta muy evidente que la recertificación como proceso garantista, colectivo, que voluntariamente cada profesional médico debe asumir, es una decisión de responsabilidad social, autónoma e independiente que parte de las sociedades científicas en su condición de representantes legítimos de la más amplia y diversa expresión de la profesión médica, a la par del *Ameri-*

*can Board*⁶ y, como acontece en Canadá y Australia, donde operan sistemas similares con gran posicionamiento y respeto.

México, para mencionar un referente regional, cuenta desde 1995 con un sistema muy desarrollado de certificación y recertificación, denominado Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (Conacem).

La Ley 1164 de 2007, referente al talento humano en salud, estableció el aseguramiento permanente de la idoneidad de los profesionales de la salud mediante la recertificación de manera periódica y obligatoria, pero estos artículos fueron declarados inexecutable por vicios de trámite formal, no de fondo, en la sentencia de la Corte Constitucional⁷.

Está claro, entonces, que son dos funciones distintas pero complementarias: la certificación de los programas e instituciones desarrolladoras, por

un lado, y, por el otro, la recertificación de la idoneidad de los profesionales médicos, que en sus valoraciones y puntajes hace uso de estos insumos para la calificación con base mínima, que mide periódicamente la idoneidad del médico. Al tenor de esta diferencia, la certificación de las instituciones y de los programas pasa a ser una tarea conjunta y, la recertificación, un proceso autónomo y de esencia autorreguladora que se enmarca en los principios del profesionalismo médico y nos compete a las sociedades científicas. En el caso colombiano, se lleva a cabo mediante el Consejo de Acreditación de Especialidades Médicas y otras Profesiones (CAMEC) como expresión corporativa, heterogénea e independiente, que aglutina los pares idóneos y representantes legítimos del ejercicio profesional médico en todas sus manifestaciones ⁸.

La Ley Estatutaria de la Salud, marco legal que nos rige desde febrero de 2015 y cuya íntegra reglamentación estaba prevista que culminara en febrero de 2017, simboliza uno de los mayores logros sociales del país en el presente siglo, que elevó la salud a derecho fundamental, armonizado con los protocolos internacionales firmados por Colombia, que así la enaltecen y, en particular, con el Protocolo de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en su Artículo 12 y la Observación 14. Esta ley marco impone obligaciones de Estado, invoca principios de calidad e idoneidad profesional, auto-

nomía y autorregulación profesional, todos enmarcados en la concepción de mejoramiento continuo y progresivo de los servicios de salud ⁹.

En consecuencia, es un mandato legal amparado constitucionalmente el fomentar todas las iniciativas que conduzcan a garantizar la calidad e idoneidad de los médicos, por tratarse, nada más y nada menos, que de un derecho de gran dimensión y alcance. Pero se hace necesario que se suministren las herramientas para lograrlo: herramientas logísticas, contractuales –porcentaje de tiempo de los contratos dedicados a actividades de desarrollo profesional permanente, por ejemplo–, financieras y política inclusiva de talento humano en salud.

Finalmente, y con la pretensión de explorar soluciones para nuestros colegas médicos generales, porque la informalidad laboral y el trato indigno en las relaciones contractuales que afecta gravemente este importante sector profesional, generan más riesgos para la calidad de la atención. La ausencia de un instrumento representativo gremial que los aglutine, limita las posibilidades de formación continua. Sin embargo, como una salida inmediata se propone el desarrollo profesional permanente contractual, asignando una parte del tiempo laboral reconocido a la formación continua con el enfoque de educación médica permanente para suplir las deficiencias detectadas en

los controles que deben ejecutar las instituciones prestadoras oficiales o privadas, como parte de su gestión del riesgo en salud y de la auditoría de calidad.

César Burgos

PRESIDENTE, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REFERENCIAS

1. Comité de Educación Médica Continua, Sociedad Uruguaya de Pediatría. Desarrollo profesional médico continuo. Arch Pediatr Urug. 2003;74:3-5.
2. Harris JM, Sklar BM, Amend RW, Novalis-Marine C. The growth, characteristics and future of online CME. J Contin Educ Health Prof. 2010;30:3-10.
3. Margolis Á. Tendencias en EMC a distancia. Inv Educ Méd. 2013;2:50-4.
4. Comité Internacional, World Federation for Medical Education. Desarrollo profesional continuo de los médicos. Estándares de la WFME para la mejora de la calidad. FEM Revista de la Fundación Educación Médica. 2004;7:39-52.
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación. Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación; 2017.
6. Rivera RA. La formación médica en los Estados Unidos. Panace@ 2002;3:23-7.
7. Congreso de la República. Ley 1164 de Talento Humano en Salud, octubre de 2007; artículos 10 y 25.
8. Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica de Especialistas y Profesiones Afines, CAMEC. Fecha de consulta: 27 de noviembre de 2018. Disponible en: www.camec.co/recertificación.
9. Congreso de la República. Ley Estatutaria de la Salud 1751, sancionada por el Ministro de Salud el 16 de febrero de 2015: artículos 5b, 6d, 10, 17.

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Vanesa Erazo Luna¹, Dilia Díaz², Juan Pablo Ospina³

1. Médica y cirujana, residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
2. Médica y cirujana, residente de Patología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Médico patólogo, docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 56 años de edad, hospitalizada por un episodio agudo de enfermedad renal crónica terminal. Se solicitó interconsulta al Servicio de Dermatología porque presentaba lesiones en los miembros inferiores, de cuatro meses de evolución, que comenzaron como máculas eritemato-violáceas, indoloras, de 10 mm de diámetro, y que, al cabo de 1 a 2 meses, aumentaron de tamaño y se asociaron con ampollas que al romperse dejaban expuestas úlceras profundas, dolorosas y de tamaño variable.

Como antecedentes personales positivos, refirió: diabetes mellitus de tipo 2 con neuropatía diabética y pie diabético, enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis, hiperparatiroidismo secundario, hipertensión arterial, dos episodios de enfermedad cerebrovascular isquémica con hemiparesia izquierda secundaria, reemplazo total de cadera izquierda por fractura traumática y, además, historia de osteomielitis en la pierna izquierda, posterior a un traumatismo, que requirió amputación infracondílea, por falta de mejoría con el tratamiento médico conservador. Recibía múltiples medicamentos.

En el examen físico, se encontraron las lesiones que se observan y se describen en las **figuras 1 a 5**.

Correspondencia:

Vanesa E. Luna

Email:

lunavanesa@outlook.com

Recibido: 02/06/2018

Aceptado: 08/06/2018

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.



Figura 1. Placa eritemato-violácea, de bordes irregulares, bien definidos y centro de aspecto necrótico, en la cara medial del muslo izquierdo



Figura 2. Úlcera de bordes irregulares, bien definidos, con áreas en proceso de cicatrización y fondo limpio que exhibe tejido adiposo, en la cara medial del muslo derecho



Figura 3. Úlcera de bordes cicatriciales, irregulares, mal definidos, de aspecto estrellado y con tejido de granulación central, en la cara lateral del muslo derecho



Figura 4. Cicatriz atrófica, en la cara medial de la pierna izquierda, con pigmentación parduzca hacia la periferia



Figura 5. Panorámica de las lesiones en miembros inferiores que la paciente presentaba

¿Cuál es su diagnóstico?

Respuesta en la página 257

Investigación utilizando placebos

Research using placebos

José María Maya

Médico, magister en Salud Pública, magister en Dirección Universitaria y magister en Dirección y Gestión de la Seguridad Social; profesor titular, Universidad CES; decano general, Escuela de Ciencias de la Vida. Universidad EIA, Medellín, Colombia

RESUMEN

Se presenta un caso basado en un proyecto de investigación en dermatología, en el cual se compara una nueva propuesta terapéutica para el tratamiento con placebo de la onicomicosis.

El proyecto fue presentado para la aprobación del Comité de Ética en investigación, el cual no le dio el aval, por considerar que no era ético dejar a los pacientes del grupo placebo sin tratamiento efectivo, disponiéndose de tratamientos estándar aceptados y utilizados regularmente.

El Comité le propuso al investigador reemplazar el placebo por uno de los tratamientos disponibles. El investigador aceptó, pero se molestó por lo que consideró era una rigidez del Comité que dificultaba el apoyo a la investigación de las empresas farmacéuticas.

Se hace un análisis del caso a partir de los principios éticos de no hacer daño y de beneficencia. Se plantea la discusión actual sobre el uso de placebos en la investigación clínica.

PALABRAS CLAVE: investigación biomédica, micosis, placebo, beneficencia, comité de ética.

SUMMARY

We present a case based on a research project in dermatology comparing a new therapeutic proposal for the treatment of onychomycosis) with placebo.

The project was submitted for approval by the Research Ethics Committee, which did not approve it because it was considered unethical to leave patients in the placebo group without effective treatment, existing standard treatments accepted and used regularly.

The Committee proposed that the researcher could replace the placebo with one of the available treatments. The researcher accepted, but was upset by what he considered to be a rigidity of the Committee that makes it difficult to get research support from pharmaceutical companies.

An analysis of the case is made based on the ethical principles of do no harm and beneficence. The current discussion about the use of placebos in clinical research is presented.

KEY WORDS: Biomedical research, mycosis, placebo, beneficence, ethics committee.

Correspondencia:

Jose Maria Maya

Email:

josemariamayamejia@gmail.com

Recibido: 12/11/2018

Aceptado: 14/11/2018

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

CASO N° 6 DE ÉTICA

Un médico dermatólogo con financiamiento de un reconocido laboratorio farmacéutico, envía para su aprobación por el Comité de Ética en investigación, un ensayo clínico donde propone comparar los resultados de control y curación de la onicomycosis, de un nuevo medicamento antifúngico comparado con un placebo.

Los miembros del Comité cuestionan la utilización de un placebo cuando existen en el medio, tratamientos aceptados y razonablemente eficaces para el tratamiento de la micosis ungular. El investigador plantea que el nuevo medicamento promete ser mucho más eficaz que los anteriores y con menos efectos secundarios, y se quiere demostrar su efectividad en un estudio riguroso doble ciego comparándolo con el placebo. Además, manifiesta que “nadie se muere de una micosis ungular”, por lo cual el daño para los pacientes que queden en el grupo placebo no sería mucho.

El Comité, después de discusiones racionales y partiendo de la orientación de los principios éticos de no hacer daño y beneficencia, decide no aprobar el estudio con placebo. Recomienda al investigador reemplazar el placebo con un medicamento estándar utilizado actualmente para el tratamiento de esta condición. El investigador, aunque molesto por lo que denomina rigidez del Comité de Ética en investigación, acepta el cambio pero afirma que ello dificultará el apoyo de tan importante industria farmacéutica a la investigación del grupo de dermatología.

CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS

1. ¿La objetividad del investigador y su obligación de proteger la integridad y derechos de los sujetos de investigación, deberían modularse ante el riesgo de perder el apoyo de una industria para el financiamiento de investigación?
2. ¿La posible gran efectividad de un nuevo medicamento es suficiente razón para negarse a compararlo con las intervenciones existentes aceptadas?
3. ¿El hecho de no exponer a un daño grave a los pacientes es razón suficiente para exponerlos innecesariamente?
4. ¿Cuál es su concepto ante la decisión del Comité de Ética en investigación?

Ética continúa en la página 260

Ultrasonido de alta resolución en enfermedades benignas de la piel

High resolution ultrasound of benign diseases of the skin

Claudia Patricia González

Médica radióloga, especialista en Ecografía Dermatológica y Músculo-esquelética, IDIME, Bogotá, D.C., Colombia

RESUMEN

La Dermatología es una rama de la Medicina en la que se ha sentido ampliamente el impacto del desarrollo tecnológico del ultrasonido de alta resolución. En la actualidad, son múltiples sus indicaciones tanto en enfermedades benignas como malignas, y siguen creciendo día a día en beneficio de los pacientes.

El ultrasonido no pretende reemplazar la juiciosa interpretación clínica del dermatólogo ni otras herramientas disponibles, como la dermatoscopia. Por el contrario, es una herramienta adicional que brinda información útil, invisible al ojo clínico, y que confirma, descarta o apoya el diagnóstico del médico tratante. El ultrasonido de alta resolución es preciso, accesible y de bajo costo, en comparación con otros métodos diagnósticos.

En este artículo se revisan sus indicaciones, hallazgos y ventajas en algunas de las enfermedades dermatológicas benignas más frecuentes.

PALABRAS CLAVE: ultrasonido de alta resolución, pilomatrixoma, dermoide, hidradenitis supurativa, paniculitis, quiste.

SUMMARY

One area that has felt the impact of the technological development of high-resolution ultrasound is Dermatology. Currently, there are multiple indications in both benign and malignant pathology and their indications continue to grow day by day for the benefit of patients.

Ultrasound is not intended to replace the dermatologist's judicious clinical interpretation, nor the use of other available tools such as dermatoscopy. On the contrary, it is another tool that provides useful information, invisible to the clinical eye and that confirms, discards or supports the diagnosis of the treating physician. High-resolution ultrasound is accurate, accessible, and inexpensive compared to other diagnostic methods.

This article reviews its use, findings and advantages in some of the most common benign dermatological pathologies.

KEY WORDS: High-resolution ultrasound, pilomatrixoma, dermoid, suppurative hidradenitis, panniculitis, dermoid, cyst.

Correspondencia:

Claudia Patricia González

Email:

claud.gonzalezdiaz@gmail.com

Recibido: 29/08/2018

Aceptado: 26/10/2018

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna

INTRODUCCIÓN

El ultrasonido de alta resolución de tejidos blandos ha adquirido preponderancia en la actualidad como herramienta diagnóstica para caracterizar múltiples enfermedades dermatológicas ⁽¹⁻⁵⁾. Con el desarrollo de los transductores lineales con frecuencias entre los 14 y los 24 MHz, ahora es posible visualizar con precisión los diferentes tejidos cutáneos y caracterizar lesiones de más de 0,1 mm de espesor. Asimismo, los desarrollos tecnológicos del *software* de los equipos modernos, como el uso de armónicas, las imágenes compuestas, el campo visual extendido y las imágenes en 3D, han mejorado sustancialmente la calidad de las imágenes con disminución significativa de los artefactos, mejor resolución espacial de las lesiones y caracterización de sus diferentes componentes ⁽⁶⁻⁸⁾.

Todo esto, sumado al ultrasonido Doppler que es indispensable en la interpretación de todas las lesiones cutáneas ⁽⁹⁾, ha permitido que la ecografía de alta resolución se convierta en una herramienta muy útil y ampliamente indicada en el estudio de las diferentes enfermedades dermatológicas ⁽¹⁰⁾.

Este hecho se sustenta en la excelente correlación entre la ecografía y la histopatología, demostrada en múltiples estudios y en diferentes condiciones, no solamente en el tamaño de las lesiones, sino en sus componentes histológicos ⁽¹¹⁻¹³⁾. La ecografía está indicada en el estudio de las enfermedades benignas de la piel, que incluyen alteraciones congénitas, traumáticas, inflamatorias y tumorales ⁽¹⁴⁾.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Las enfermedades congénitas de la piel incluyen hemangiomas congénitos o infantiles, malformaciones vasculares y lesiones quísticas, principalmente.

Los hemangiomas pueden ser congénitos, si están presentes al nacimiento, o infantiles, si aparecen posteriormente. El hemangioma infantil es la masa de tejidos blandos más común en niños ⁽¹⁵⁾. En la ecografía, ambos se observan como masas sólidas de contornos definidos. Su ecogenicidad depende del estadio en que se encuentren: son moderadamente hipoeoicos en la fase proliferativa e hiperecoicos en la fase involutiva. Con la ecografía Doppler se confirma la fase en que se encuentra el hemangioma: a la fase activa le corresponden más de cinco vasos por centímetro cuadrado ⁽¹⁶⁾ (**figuras 1 y 2**).

Las malformaciones vasculares son anomalías del desarrollo y no constituyen tumores vasculares. Pueden ser arteriales, venosas, capilares, mixtas o linfáticas ⁽¹⁷⁾. Las más comunes son las venosas, las cuales pueden presentarse en forma aislada o asociadas con enfermedades como la ataxia-telangiectasia, el síndrome de Proteus y el síndrome de Sturge-Weber ⁽¹⁸⁾.

En la ecografía, se observan como una red de estructuras tubulares serpenteantes o como áreas pseudoquísticas sin bordes definidos, frecuentemente con flebolitos en su interior (**figura 3**). Con el ultrasonido Doppler se aprecia el grado de irrigación y el análisis espectral confirma el flujo arterial, venoso o mixto ⁽¹⁹⁾. Si son de bajo flujo o se encuentran parcialmente obs-

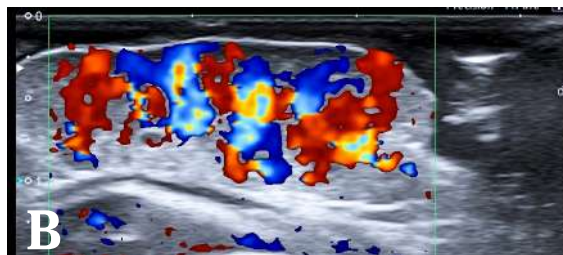


Figura 1. A) Niño lactante de seis meses de edad que presenta tumor de color rubí, de 2 cm de diámetro, blando, de bordes bien definidos, móvil y de base amplia sobre el hipocondrio derecho. La masa aparece al mes de nacimiento del paciente. **B)** Ultrasonido Doppler a color: masa sólida de bordes bien definidos y con importante componente vascular correspondiente a un hemangioma en fase proliferativa.

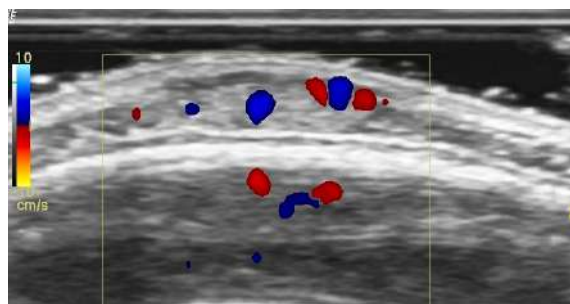


Figura 2. Ultrasonido Doppler a color: hemangioma en fase de involución con aumento de ecogenicidad por infiltración grasa y menos de cinco vasos por centímetro cuadrado.

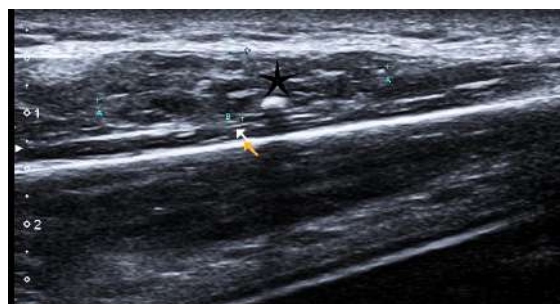


Figura 3. Ultrasonido, vista longitudinal: malformación vascular con estructuras tubulares anecoicas en su interior (estrella) y un foco calcificado con sombra acústica posterior (flecha) correspondiente a un flebolito.

truidos por trombos, puede no detectarse flujo en su interior. Por ser superficiales, generalmente, las malformaciones en mancha de oporto no se detectan ecográficamente.

Las lesiones quísticas congénitas incluyen los quistes braquiales, los del conducto tirogloso y los dermoides ⁽²⁰⁾. Los quistes branquiales se forman por una falla en el cierre de los arcos branquiales. El más común es el del segundo arco, que se presenta generalmente como una masa anecoica con pared de grosor variable, que suele localizarse en el reborde del músculo esternocleidomastoideo, por debajo de la glándula submaxilar ⁽²¹⁾. Los quistes tiroglosos se aprecian como una estructura tubular hipoeicoica o anecoica localizada en la línea media de la región submentoniana y puede o no entrar en contacto con la glándula tiroidea. En su interior, puede contener partículas ecodensas y móviles, o elementos sólidos ecogénicos ⁽²²⁾.

Los quistes dermoides se encuentran en los puntos de fusión de las suturas del cráneo y son la lesión más frecuente encontrada en niños en el reborde superoexterno de la órbita ⁽²³⁾ (**figura 4**). Otras localizaciones comunes son la línea media intercililar y la región submentoniana.

En la ecografía, se aprecian como nódulos de bordes bien definidos con ecogenicidad variable, desde hipoeogénica hasta moderadamente hipereogénica. Generalmente, son avasculares, aunque pueden observarse vasos periféricos con el ultrasonido Doppler; además, pueden tener calcificaciones lineales en su interior.

ALTERACIONES TRAUMÁTICAS

La ecografía es una herramienta invaluable para estudiar el trauma de los tejidos blandos ^(24,25). Permite caracterizar hematomas, delimitar lesiones de Morel-Lavallée y seromas posoperatorios, y localizar cuerpos extraños que no son evidentes en la radiografía convencional, como los elementos de madera o vidrio.

Los hematomas se aprecian como colecciones de bordes bien definidos con configuración fusiforme. Su ecogenicidad es variable: son hipereogénicos en la fase aguda y se tornan hipoeicoicos en las fases subaguda y crónica. La presencia de tabiques y elementos hipereogénicos irregulares en su interior, se correlaciona con coágulos, fibrina y detritos. El grado de licuefacción del hematoma también modifica su ecogenicidad y, en los estadios tardíos, si no se absorbe completamente, puede calcificarse. El campo visual extendido permite la delimitación precisa de las lesiones de gran tamaño y determinar sus relaciones anatómicas ⁽²⁶⁾ (**figura 5**).

Los seromas son colecciones líquidas anecoicas y fusiformes que, generalmente, se encuentran después de intervenciones quirúrgicas. Su aspecto anecoico se debe a que no contienen restos celulares o coágulos. No obstante, en sus fases iniciales, las lesiones de Morel-Lavallée (colección postraumática) se presentan con el aspecto ecográfico de los seromas, es decir, con contenido líquido anecoico; la clave diagnóstica para diferenciar estas últimas lesiones, es su típica localización en la zona peritrocantérica, con extensión variable al tercio proximal del muslo ^(27,28) (**figura 6**); además, el



Figura 4. Ultrasonido: masa moderadamente hiperecoica correspondiente a un tumor dermoide sobre el reborde superior de la órbita (flecha).

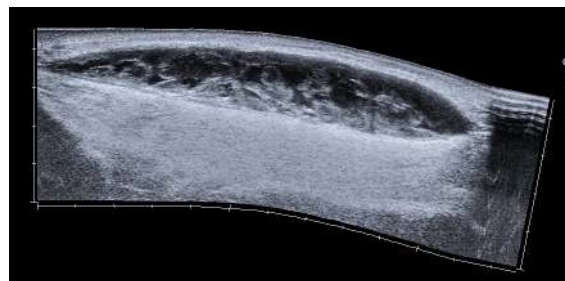


Figura 5. Ultrasonido con campo visual extendido: colección fusiforme en la cara anterior de la pierna correspondiente a un hematoma de evolución subaguda, con tabiques y ecos densos en su interior.



Figura 6. Ultrasonido con campo visual extendido: colección anecoica peritrocantérica correspondiente a una lesión de Morel-Lavallée.

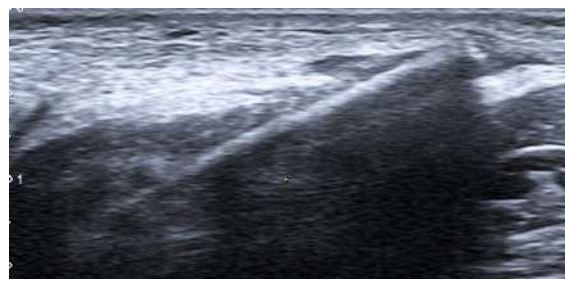


Figura 7. Ultrasonido en corte transverso: cuerpo extraño lineal correspondiente a una astilla de madera en el dorso de la mano.

ultrasonido hace posible observar su evolución de manera objetiva.

La ecografía de alta resolución permite identificar con gran precisión los cuerpos extraños –incluso milimétricos– que no son evidentes mediante otros métodos diagnósticos^(29,30). Las astillas de madera se ven como elementos lineales hiperecogénicos bien definidos⁽³¹⁾; los fragmentos de vidrio, además de ser hiperecogénicos, producen un artefacto de reverberación (**figuras 7 y 8**). La ecografía permite guiar directamente la extracción del cuerpo extraño, o marcar sobre la piel el sitio exacto donde se encuentra e indicar su profundidad en milímetros y sus relaciones anatómicas⁽³²⁾. Si los cuerpos extraños no se extraen, se pueden desarrollar granulomas a cuerpo extraño, los cuales se aprecian como masas hipocóicas de bordes definidos que encapsulan el cuerpo extraño.

PROCESOS INFLAMATORIOS

Existen múltiples procesos inflamatorios que afectan la piel y los tejidos blandos, los cuales pueden ser de tipo infeccioso, inmunológico o multifactorial⁽³³⁾. Pueden manifestarse como edema o paniculitis, que presentan diferentes patrones ecográficos.

El edema se caracteriza por presentar trayectos de líquido hipocóico que disecan los lobulillos grasos y producen el clásico patrón en empedrado⁽³⁴⁾. Las paniculitis pueden ser tabicadas o lobulillares, según la zona afectada del panículo, y asociarse o no con vasculitis, lo cual determina su clasificación.

En las paniculitis tabicadas, los principales hallazgos ecográficos son el aumento del grosor y de la hipocogenicidad de los tabiques, lo cual las diferencia del patrón en empedrado del edema. En las formas lobuli-

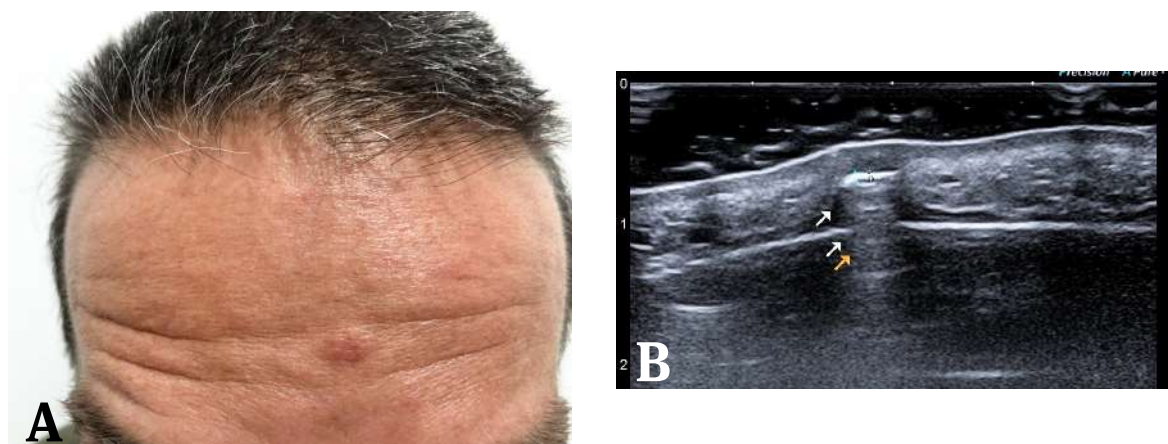


Figura 8. A) Lesión en la frente por trauma con una puerta de vidrio. B) Ultrasonido en corte axial: cuerpo extraño lineal, delimitado por los cursores electrónicos de calibración, con artefacto de reverberación característico del vidrio; las flechas indican el artefacto.



Figura 9. Ultrasonido en corte axial: patrón heterogéneo de hiperecogenicidad en el tejido celular subcutáneo correspondiente a paniculitis lobulillar después de una inyección en el glúteo. La flecha blanca señala el límite posterior de la paniculitis sobre la fascia muscular, y la flecha naranja, el plano muscular que se encuentra respetado.

llares, predominan el aumento de grosor y la hiperecogenicidad con pobre definición de los lobulillos grasos; en su interior, pueden existir áreas hipoeoicas a anecoicas que representan licuefacción o necrosis grasa asociadas ⁽³⁵⁾ (**figura 9**).

Entre las enfermedades inflamatorias cutáneas, merece mención especial la hidradenitis supurativa, que afecta las zonas apocrinas del cuerpo ^(36,37). Generalmente, es de curso crónico, debilitante y produce secuelas que pueden deteriorar en forma grave la calidad de vida de los pacientes que la padecen y ser devastadoras para su autoestima o asociarse con intentos de suicidio. En la actualidad, con la aprobación de medicamentos biológicos para su tratamiento, ha sido posible modificar su curso clínico, por lo cual son de vital importancia el diagnóstico y el tratamiento oportuno. La ecografía de alta resolución ha demostrado ser más precisa que la inspección clínica para la clasificación de la enfermedad, al encontrarse lesiones ocultas, como nódulos subdérmicos, fistulas y colecciones con

múltiples fistulas, y demostrar la presencia de fragmentos de cabello retenido ⁽³⁸⁻⁴⁵⁾ (**figura 10**). Asimismo, mediante el ultrasonido Doppler es posible estimar la actividad inflamatoria de la enfermedad y hacer un seguimiento objetivo de la eficacia de los tratamientos ⁽⁴⁶⁾.

ENFERMEDAD TUMORAL BENIGNA

La ecografía de alta resolución ha permitido caracterizar de manera precisa gran variedad de lesiones tumorales cutáneas que presentan un patrón ecográfico característico o típico. Worstman, *et al.*, informaron una sensibilidad de la ecografía hasta del 99 %, especificidad del 100 % y certeza diagnóstica estadística del 99 % en el adecuado y preciso diagnóstico de las lesiones de la piel ⁽⁴⁷⁾.

Mediante el ultrasonido, se pueden definir con precisión quistes de inclusión epidérmica, pilomatrixomas, li-



Figura 10. A) Lesión inguinal que corresponde a una úlcera con bordes netos sobre un fondo de pigmentación posinflamatoria con áreas eritemato-descamativas, de una paciente con hidradenitis supurativa. **B)** Ultrasonido en corte longitudinal: colección subdérmica característica de hidradenitis, con un fragmento de cabello retenido en su interior (flecha).

pomas, quistes sinoviales, quistes pilonidales y tumores de origen neurogénico, entre otros.

Los quistes de inclusión epidérmica, mal llamados quistes sebáceos, se caracterizan por ser lesiones subdérmicas con bordes bien definidos, moderadamente hiperecogénicos y con dos características fundamentales: el reforzamiento acústico posterior, que ratifica su contenido quístico, y la presencia del punto o *punctum* que corresponde a un trayecto lineal hacia la superficie a través del cual el quiste drena o intenta drenar su contenido (**figura 11**). Estas dos características permiten definir la lesión cuando su aspecto es dudoso ⁽⁴⁸⁾. En el ultrasonido Doppler, pueden presentar algún grado de irrigación en la periferia, principalmente, cuando se encuentran inflamados o con drenaje interno parcial. En los quistes de mayor tamaño, el movimiento de las partículas densas en su interior puede producir una falsa señal de flujo en el examen Doppler (**figura 12**).

Por su clásico contenido cálcico, los pilomatrixomas pueden presentar dos aspectos ecográficos: el primero

es un patrón de calcificación única, hiperecólica con sombra acústica posterior, y el segundo, de calcificaciones puntiformes múltiples dispersas ⁽⁴⁹⁾ (**figura 13**). No es infrecuente encontrar algún grado de irrigación con el ultrasonido Doppler.

Los lipomas se presentan como lesiones bien delimitadas, acentuadamente hiperecogénicas y homogéneas; algunos pueden presentar tabiques hiperecogénicos en su interior y, cuando son de larga duración, los adipocitos que los conforman pueden perder parte de su contenido graso y tornarse discretamente hipoeecóicos. Cuando existe irrigación en su interior, corresponden a angioliipomas ⁽⁵⁰⁾.

Las lesiones de origen sinovial pueden originarse en la vaina tendinosa o en el espacio articular. En ambos casos, las lesiones son anecoicas, con cápsula bien definida, pueden ser uníquísticas o multiquísticas con tabiques en su interior y, generalmente, no muestran irrigación con el ultrasonido Doppler. Pueden presentar algunos ecos por partículas móviles en su interior ⁽⁵¹⁾.

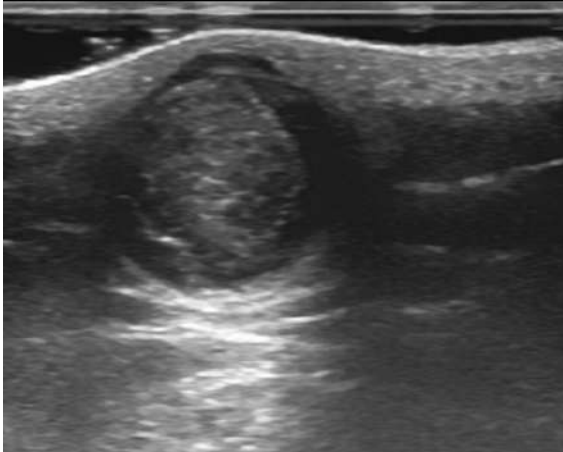


Figura 11. Ultrasonido en corte axial: lesión ecogénica de bordes bien definidos y con reforzamiento acústico posterior, característica de un quiste de inclusión epidérmica.

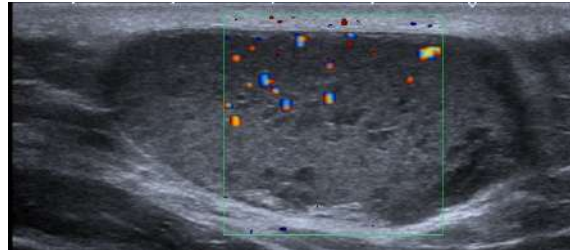


Figura 12. Ultrasonido Doppler a color: quiste gigante de inclusión epidérmica, con falso flujo en su interior por artefacto de movimiento por partículas en su interior.



Figura 13. Ultrasonido en corte longitudinal: lesión subdérmica sólida con imágenes hiperecogénicas con sombra acústica en su interior por calcificaciones puntiformes, característica del pilomatrixoma.

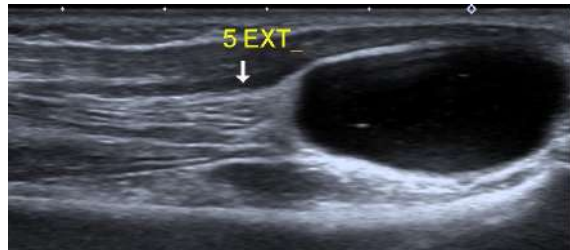


Figura 14. Ultrasonido en corte longitudinal: patrón fibrilar del tendón extensor del quinto compartimento del carpo e imagen anecoica ovalada correspondiente a un quiste sinovial de la vaina tendinosa.

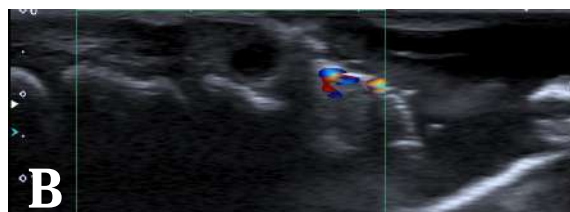


Figura 15. A) En la base de la uña del cuarto dedo del pie izquierdo, se observa una placa de 5 mm, de color negruzco, firme a la palpación e indolora **B)** Ultrasonido Doppler a color: lesión anecoica ovalada sin flujo en su interior, correspondiente a un quiste mucinoso ungular.

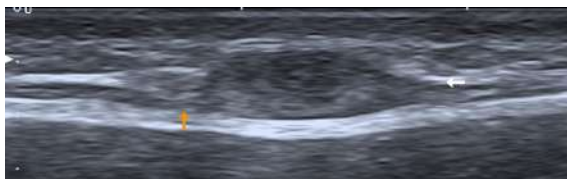


Figura 16. Ultrasonido en corte longitudinal: lesión fusiforme sólida cuyo origen neural se confirma por su localización entre la rama aferente (flecha amarilla) y la rama eferente (flecha blanca) del nervio.

Durante la exploración ecográfica dinámica es posible apreciar el movimiento de los quistes de la vaina tendinosa con el tendón (**figura 14**). Los quistes mucinosos pueden presentar un aspecto ecográfico muy similar; algunos autores los consideran parte de los quistes sinoviales. Sin embargo, los quistes mucinosos son ocasionados por degeneración de colágeno y, por lo tanto, no están relacionados con el espacio articular, lo que es la clave diagnóstica. Una localización frecuente es en el campo ungular proximal, donde generan una muesca longitudinal en la uña por compresión de la matriz (**figura 15**).

Los quistes pilonidales se localizan en la región interglútea. Se producen cuando un fragmento de cabello del paciente penetra directamente la piel o por vía de un orificio folicular dilatado. La ecografía permite delimitar la extensión precisa de la lesión, los fragmentos de queratina y de cabello retenido en su interior, así como la conexión de la base de los folículos dilatados con la colección ⁽⁵²⁾. El análisis ecográfico es fundamental para el planeamiento quirúrgico y para disminuir la posibilidad de recidivas o resecciones incompletas ⁽⁵³⁾.

Por último, los tumores de origen neural conocidos como schwannomas o neurilemomas, se presentan generalmente como lesiones subdérmicas. Su configuración es ovalada o fusiforme, y pueden presentar una cantidad variable de áreas quísticas, pequeñas calcificaciones o algún grado de irrigación, que reflejan los cambios histológicos presentes ⁽⁵⁴⁾. En la actualidad, mediante la ecografía de alta resolución, en ocasiones se puede observar de manera precisa su origen en una estructura neural, con una porción aferente y otra eferente, lo cual confirma el diagnóstico (**figura 16**).

En conclusión, como se demuestra, son múltiples las indicaciones para usar la ecografía de alta resolución en las enfermedades cutáneas benignas, incluyendo procesos congénitos, traumáticos, inflamatorios y tumorales. El desarrollo de transductores de alta resolución, y herramientas, como el campo visual ampliado y el ul-

trasonido Doppler, le permiten al radiólogo brindar valiosa información etiológica, anatómica y funcional de las lesiones dérmicas.

El ultrasonido de alta resolución ha demostrado certeza diagnóstica estadística hasta del 99 %, en el adecuado y preciso diagnóstico de las lesiones de la piel ⁽⁴⁷⁾. Su uso le permite al médico tratante plantear un correcto tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones y hacer el apropiado seguimiento de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Wortsman X. Common applications of dermatologic sonography. *J Ultrasound Med.* 2012;31:97-111.
2. González CP. Ultrasound of dermatologic lesions. *Rev Colomb Radiol.* 2014;25:4006-14.
3. Worstman X. Sonography of dermatologic emergencies. *J Ultrasound Med.* 2017;36:1905-14.
4. Worstman X, Alfigame F, Roustan G, Arias-Santiago S, Martorell A, Catalano O, *et al.* Guidelines for performing dermatologic ultrasound examinations by the DERMUS group. *J Ultrasound Med.* 2016;35:e111-4.
5. Ahuja F, Quiasúa C, Martínez H, González C. Nail unit ultrasound: Applications in dermatological practice. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2016;24:290-6.
6. Polanzka A, Dańczak-Pazdrowska A, Jałowska M, Żaba R, Adamski Z. Current applications of high-frequency ultrasonography in dermatology. *Dermatol Alergol.* 2017;34:535-42. doi: 10.5114/ada.2017.72457.
7. Wortsman X. Ultrasound in dermatology: why, how and when? *Semin Ultrasound CT MR.* 2013;34:177-95.
8. Gaitini D. Introduction to color Doppler ultrasound of the skin. En: Wortsman X, Jemec GBE, editors. *Dermatologic ultrasound with clinical and histologic correlation.* New York: Springer-Verlag; 2013. p. 3-14.
9. Giovagnorio F, Valentini C, Paonesssa A. High-resolution and color Doppler sonography in the evaluation of skin metastases. *J Ultrasound Med.* 2003;22:1017-25
10. Cammarota T, Pinto F, Magliario A, Sarno A. Current uses of diagnostic high-frequency US in dermatology. *Eur J Radiol.* 1998;27(Suppl.2):S215-23.
11. Bobadilla F, Wortsman X, Muñoz C, Segovia L, Espinoza M, Jemec GB. Pre-surgical high-resolution ultrasound of facial basal cell carcinoma: Corre-

- lation with histology. *Cancer Imaging*. 2008;8:163-72.
12. Wortsman X. Sonography of facial cutaneous basal cell carcinoma: A first-line imaging technique. *J Ultrasound Med*. 2013;32:567-72.
 13. Wortsman X, Vergara P, Castro A, Saavedra D, Bobadilla F, Sazunic I, *et al*. Ultrasound as predictor of histologic subtypes linked to recurrence in basal cell carcinoma of the skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:702-7.
 14. Schmid-Bendtner MH, Burgdorf W. Ultrasound scanning in dermatology. *Arch Dermatol*. 2005;141:217-24.
 15. Restrepo R, Palani R, Cervantes LF, Duarte AM, Amjad I, Altman NR. Hemangiomas revisited: The useful, the unusual and the new. Part 1. Overview and clinical and imaging characteristics. *Pediatr Radiol*. 2011;41:895-904.
 16. Restrepo R, Palani R, Cervantes LF, Duarte AM, Amjad I, Altman NR. Hemangiomas revisited: The useful, the unusual and the new. Part 2. Endangering hemangiomas and treatment. *Pediatr Radiol*. 2011;41:905-15.
 17. Restrepo R. Multimodality imaging of vascular anomalies. *Pediatr Radiol*. 2013;43:141-54
 18. Redondo P. Vascular malformations. (I). Concept, classifications, pathogenesis and clinical features. *Actas Dermasifiliogr*. 2007;98:141-58.
 19. White CL, Olivieri B, Restrepo R, Mckee B, Karakas So, Lee EY. Low-flow vascular malformations pitfalls: From clinical examination to practical imaging evaluations. Part 1. Lymphatic malformations mimickers. *AJR*. 2016;206:940-51.
 20. Mittal MK, Malik A, Sureka B, Thukral BB. Cystic masses of neck: A pictorial review. *Indian J Radiol Imaging*. 2012;22:33443. doi: 10.4103/0971-3026.111488
 21. Ahuja AT, King AD, Metreweli C. Second brachial cleft cysts: Variability of sonographic appearances in adult cases. *AJNR AM J Neuroradiol*. 2000;21:315-9.
 22. Narayana-Moorthy S, Arcot R. Thyroglossal duct cyst—More than just an embryological remnant. *Indian J Surg*. 2011;73:28-31.
 23. Smirniotopous JG, Chiechi MV. Teratomas, dermoid, and epidermoids of head and neck. *RadioGraphics*. 1995;15:1437-55.
 24. Rippey JC, Royle AG. Ultrasound in trauma. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2009;23:343-62.
 25. Mankad K, Hoey E, Grainger AJ, Barron DA. Trauma musculoskeletal ultrasound. *Emerg Radiol*. 2008;15:83-9. doi: 10.1007/s10140-007-0691-0.
 26. Draghi F, Zacchino M, Canepari M, Nucci P, Alessandrino F. Muscle injuries: Ultrasound evaluation in the acute phase. *J Ultrasound*. 2013;16:209-14. doi: 10.1007/s40477-013-0019-8
 27. Neal C, Jacobson JA, Brandon C, Kalume-Brigido M, Morag Y, Girish G. Sonography of Morel-Lavallée lesions. *J Ultrasound Med*. 2008;27:1077-81.
 28. Spain JA, Rheinboldt M, Parrish D, Rinker E. Morel-Lavallée injuries: A multimodality approach to imaging characteristics. *Acad Radiol*. 2017;24:220-5. doi: 10.1016/j.acra.2016.08.029
 29. Horton LK, Jacobson J, Powell A, Fessell D, Curtis W. Hayes sonography and radiography of soft-tissue foreign bodies. *AJR*. 2001;176:1155-9.
 30. Jarraya M, Hayashi D, Villiers R, Roemer FW, Murakami AM, Cossi A, *et al*. Multimodality imaging of foreign bodies of the musculoskeletal system. *AJR*. 2014;203:W92-102. doi: 10.2214/AJR.13.11743
 31. Jacobson JA, Powell A, Craig JG, Bouffard JA, van Holsbeeck MT. Wooden foreign bodies in soft tissue: Detection at US. *Radiology*. 1998;206:45-8.
 32. Shiels WE, Babcock DS, Wilson JL, Burch RA. Localization and guided removal of soft-tissue foreign bodies with sonography. *AJR*. 1990;155:1277-81.
 33. Wortsman X. Inflammatory diseases of the skin. En: Wortsman X, Jemec GBE, editors. *Dermatologic ultrasound with clinical and histologic correlation*. New York: Springer; 2013. p. 73-118.
 34. Naouri M, Samimi M, Atlan M, Perrideau E, Vallin C, Zakine G *et al*. High-resolution cutaneous ultrasonography to differentiate lipoedema from lymphoedema. *Br J Dermatol*. 2010;163:296-301.
 35. Chen LF, Lu CH, Shen CY, Hsieh SC, Li KJ. Sonographic findings of cutaneous panniculitis in systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome: A case series. *Ultrasound Med Biol*. 2017;43:S196-7.
 36. Kurayev A, Ashkar H, Saraiya A, Gottlieb AB. Hidradenitis suppurativa: Review of the pathogenesis and treatment. *J Drugs Dermatol*. 2016;15:1017-22.
 37. von der Werth JM, Williams HC. The natural history of hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14:389-92.
 38. Worstman X. Imaging of hidradenitis suppurativa. *Dermatol Clin*. 2016;34:59-68.
 39. Martorell A, Segura JM. Ultrasound examination of hidradenitis suppurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106(Suppl.1):49-59.
 40. Wortsman X, Rodríguez C, Lobos C, Eguiguren G. Ultrasound diagnosis and staging in pediatric hidradenitis suppurativa. *Pediatr Dermatol*. 2016;33:e260-4. doi: 10.1111/pde.12895

41. Wortsman X, Jemec GBE. A 3D ultrasound study of sinus tract formation in hidradenitis suppurativa. *Dermatol Online J.* 2013;19:18564.
42. Wortsman X, Jemec GBE. Real-time compound imaging ultrasound of hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg.* 2007;33:1340-2.
43. Jemec GBE, Gniadecka M. Ultrasound examination of hair follicles in hidradenitis. *Arch Dermatol.* 1997;133:967-72.
44. Wortsman X, Wortsman J. Ultrasound detection of retained hair tracts in hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg.* 2015;41:867-9.
45. Wortsman X, Revuz J, Jemec GBE. Lymph nodes in hidradenitis suppurativa. *Dermatology.* 2009;219:22-4.
46. Martorell A, Worstman X, Alfagame F, Roustan G, Arias-Santiago S, Catalano O, *et al.* Ultrasound evaluation as a complementary test in hidradenitis suppurativa: Proposal of a standarize report. *Dermatol Surg.* 2017;43:1065-73.
47. Wortsman X, Wortsman J. Clinical usefulness of variable-frequency ultrasound in localized lesions of the skin. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:247-56. doi: 10.1016/j.jaad.2009.06.016
48. Mandava A, Ravuri PR, Konathan R. High-resolution ultrasound imaging of cutaneous lesions. *Indian J Radiol Imaging.* 2013;23:269-77.
49. Beaman FD, Kransdorf MJ, Andrews TR, Murphey MD, Arcara LK, Keeling JH. Superficial soft-tissue masses: Analysis, diagnosis, and differential considerations. *Radiographics.* 2007;27:509-23.
50. Inampudi P, Jacobson JA, Fessell DP, Carlos RC, Patel SV, Delaney-Sathy LO, van Hulsebeeck MT. Soft-tissue lipomas: Accuracy of sonography in diagnosis with pathologic correlations. *Radiology.* 2004;233:763-7.
51. Giard MC, Pineda C. Ganglion cyst versus synovial cyst? Ultrasound characteristics through a review of the literature. *Rheumatol Int.* 2015;35:597-605. doi: 10.1007/s00296-014-3120-1
52. Mentos O, Oysul A, Zeybek N, Kozak O, Tufan T. Ultrasonography accurately evaluates the dimension and shape of the pylonidal sinus. *Clinics (São Paulo).* 2009;64:189-92.
53. Conley S. Sonographic evaluation of a pilonidal cyst: A case study. *J Diagn Med Sonogr.* 2016;32:279-82.
54. Tsai WC, Chiou HJ, Chou YH, Wang Hk, Chiou SY, Chang CY. Differentiation between schwannomas and neurofibromas in the extremities and superficial body: The role of high resolution and color Doppler ultrasonography. *J Ultrasound Med.* 2008;27:161-6.

Intervenciones terapéuticas en pitiriasis rosada: revisión de la literatura

Therapeutic interventions in pityriasis rosada: a review of the literature

Susana Mejía-Mesa¹, Sofía Medina-Escobar¹, Jorge Hernando Donado-Gómez²

1. Estudiante, XI semestre, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia
2. Médico, epidemiólogo clínico; profesor titular, Universidad Pontificia Bolivariana; Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

RESUMEN

Introducción: La pitiriasis rosada es una erupción exantemática aguda y su etiología está asociada con la reactivación de los virus herpes 6 y 7. El tratamiento es controversial, se han sugerido diversas intervenciones buscando impactar en la historia natural de la enfermedad.

Objetivo: Hacer una revisión de la literatura sobre los tratamientos disponibles.

Métodos: Revisión de las publicaciones que aparecen en Cochrane, Pubmed, Medline, Lilacs y Embase, incluyendo estudios aleatorizados y controlados, en los cuales se evaluaron intervenciones terapéuticas.

Resultados: Se incluyeron 13 estudios (667 pacientes) que comparaban el uso de terapia antiviral, antibióticos, esteroides sistémicos y radiación ultravioleta.

Conclusiones: Se encontró información que permite recomendar el uso del aciclovir para disminuir el tiempo de erupción. No se recomienda el uso de azitromicina. El tratamiento con esteroides se debe reservar para casos más graves y la fototerapia, a pesar de tener información desactualizada, muestra datos favorables.

PALABRAS CLAVE: pitiriasis rosada, intervenciones, revisión bibliográfica

SUMMARY

Introduction: Pityriasis rosea is an acute exanthematic eruption; its etiology is associated with the reactivation of herpes virus 6 and 7. The treatment is controversial; several interventions have been suggested seeking to impact on the natural history of the disease.

Objective: To accomplish a systematic review of the literature on available therapies.

Methods: Bibliographic review of publications in Cochrane, Pubmed, Medline, Lilacs and Embase, including randomized controlled studies where therapeutic interventions were evaluated.

Results: Thirteen studies (667 patients) were included, comparing the use of antiviral therapy, antibiotics, systemic steroids and ultraviolet radiation.

Conclusions: We found evidence that allows us to recommend the use of aciclovir to reduce the time of eruption. The use of azithromycin is not recommended.

Correspondencia:

Susana Mejía-Mesa

Email:

susana.mejiao403@hotmail.com

Recibido: 13/07/2018

Aceptado: 12/10/2018

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

Steroid therapy should be reserved for more severe cases and the use of phototherapy despite having outdated evidence shows favorable data.

KEY WORDS: Pityriasis rosea, interventions, bibliographic review

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rosada es una erupción exantemática aguda que, a menudo, se resuelve de manera espontánea en 2 a 12 semanas, pero puede durar hasta 5 meses⁽¹⁾. Suele presentarse entre los 10 y los 43 años, en las estaciones de otoño y primavera. Se relaciona con la reactivación del virus herpes (*Human Herpes Virus*, HHV) 6 o HHV-7. Inicialmente, se manifiesta con un parche ovalado en el tronco, de 2 a 5 cm, con escamas en collar de color salmón en la periferia, también llamado parche heráldico^(2,3), seguido una a dos semanas después, por una erupción generalizada caracterizada por pápulas y parches que siguen las líneas de tensión de la piel, en un patrón de árbol de navidad, que suelen estar confinadas al tronco y las superficies proximales de las extremidades. Estas lesiones, generalmente, no son dolorosas pero los pacientes presentan prurito moderado a grave⁽¹⁾. Muy rara vez, los pacientes presentan síntomas sistémicos asociados con la lesión dermatológica⁽⁴⁾. Debido a esto y a la característica de ser de resolución espontánea, el tratamiento ha sido controversial⁽²⁾.

La hipótesis de tener una etiología viral ha sido secundada al presentarse con pródromos, en grupos de personas y en épocas específicas, aunque no se ha determinado con exactitud la verdadera causa de la reacción exantemática⁽⁵⁾.

El diagnóstico de la pitiriasis rosada es clínico, ante la presencia de las lesiones con su distribución característica. El parche heráldico orienta el diagnóstico del médico tratante, aunque en ocasiones puede confundirse con la *tinea corporis* y para diferenciarlos se puede hacer el test de KOH. Además, se puede tomar una biopsia para hacer el diagnóstico, pero, generalmente, no es necesario^(1,5).

La mayoría de los pacientes no requieren tratamiento. Cuando los síntomas son más graves, el tratamiento recomendado para la pitiriasis rosada se basa en tres pilares: medicamentos tópicos, medicamentos sistémicos y fototerapia. El tratamiento sistémico incluye antivirales, como el aciclovir, antibióticos, como la eritromicina, y glucocorticoides sistémicos. Para el tratamiento tópico, se usan los emolientes, los esteroides en crema y los antihistamínicos tópicos, y, por último,

la fototerapia puede ser con luz solar o con rayos ultravioleta (UV)⁽²⁾.

En la actualidad, el uso de algunos tratamientos para la pitiriasis rosada sigue siendo controversial, ya que en su mayoría se basan en la experiencia profesional y no en resultados de ensayos clínicos, debido a que se han reportado algunas contradicciones en diferentes estudios y no se ha llegado a un consenso sobre cuál tratamiento es más efectivo o cuál verdaderamente resuelve la enfermedad.

Otra de las limitaciones que tiene la elección del tratamiento más adecuado, son las múltiples teorías que hay sobre la etiología de esta enfermedad. Es por esto que se han planteado varios tratamientos, desde antivirales hasta la radiación ultravioleta B (UVB).

El objetivo del presente estudio fue realizar una revisión de la literatura sobre los tratamientos para esta entidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Protocolo

La revisión de la literatura se hizo con base en los criterios para la elaboración de protocolos en revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane⁽⁶⁾ y el Prisma P⁽⁷⁾.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron ensayos clínicos que se pudieran descargar en texto completo en los que se evaluaron las intervenciones tópicas, como emolientes, antihistamínicos tópicos, corticosteroides en crema, fototerapia con luz solar o rayos UV, y los tratamientos sistémicos con antihistamínicos, corticosteroides, antibióticos y antivirales orales.

Los resultados evaluados fueron la mejoría clínica de las lesiones en la piel y la mejoría del prurito, y la presencia de efectos secundarios a las intervenciones. No se hizo restricción por tiempo, idioma ni estado de la publicación.

Fuentes de información y estrategias de búsqueda

Se hizo una búsqueda independiente por parte de dos investigadores en las bases de datos de Embase, Lilacs, Central y Pubmed. Se hizo una búsqueda en el registro de la Colaboración Cochrane (Central) de todos los ensayos clínicos registrados, usando las palabras: pitiriasis rosea; para Pubmed, se emplearon los términos

“pityriasis rosea” y “randomized controlled trial”; para Embase, “pityriasis rosea”, “treatment” y “controlled clinical trial”; para Lilacs, “pityriasis rosea” y “controlled trial”.

Selección de artículos

De manera independiente, dos autores se encargaron de la revisión de los artículos obtenidos y de los criterios de elegibilidad. Cualquier desacuerdo entre ellos fue resuelto por un tercer autor. La concordancia entre los evaluadores se evaluó por medio del coeficiente kappa de Cohen.

Extracción de los datos

Para cada artículo, se implementó un formulario de extracción de datos de la siguiente información: tipo de estudio, edad promedio de los pacientes, sexo, intervención, comparación y resultado.

Riesgo de sesgos

Para valorar los sesgos, se empleó el formato propuesto por la Colaboración Cochrane para la valoración

del riesgo de sesgos de los estudios primarios ⁽⁶⁾. De manera individual, dos investigadoras evaluaron la forma de aleatorización, el ocultamiento de la secuencia aleatoria, cómo y quiénes fueron cegados a la intervención, cómo fue la recolección de los datos, la proporción de datos perdidos y cómo se manejaron, la notificación selectiva de los resultados y, por último, si existían sesgos por problemas no abordados anteriormente.

Los desacuerdos entre los dos investigadores fueron resueltos en consenso con el tercer evaluador. Para determinar la concordancia se utilizó el coeficiente kappa de Cohen.

Medidas de resumen y plan de análisis

Para cada estudio se generó una tabla, en la cual se resumió la información más relevante, la cual incluía si el estudio estaba en forma de resumen o en texto completo, la edad y el sexo de los pacientes, cuál fue la intervención y con qué se comparó, y cuáles fueron los resultados de los estudios (**tabla 1**).

Estudio	Edad	Sexo (% del femenino)	Intervención-comparación	Resultado
Acyclovir is not effective in pityriasis rosea: Results of a randomized, triple-blind, placebo-controlled trial ⁽¹¹⁾	- Placebo: (18,3 ± 2,66) años. -Aciclovir: (24,43 ± 7,3) años	Placebo: 23,1% Aciclovir: 35,7%(total 29,6%)	Aciclovir, 800 mg, 5 veces al día por una semana; placebo idéntico	Días a curación en placebo: 26,54 ± 9,14, y con aciclovir: 33,29 ± 9,49 (p=0,072) (IC _{95%} - 0,65-14,14)
Low dose of acyclovir may be an effective treatment against pityriasis rosea: A random investigator-blind clinical trial on 64 patients ⁽¹³⁾	Mediana de edad: 27,12 años	No hay información disponible.	Aciclovir, 400 mg, 5 veces al día, por una semana contra placebo	Porcentaje de pacientes que presentaron reducción de las lesiones a las cuatro semanas: aciclovir, 100 %, y placebo, 80,1 %
A randomized, double-blind, placebo-controlled study of efficacy of oral acyclovir in the treatment of pityriasis rosea ⁽¹²⁾	No hay información disponible.	No hay información disponible.	Aciclovir oral, 800 mg, 5 veces al día en adultos y 20 mg/kg/dosis, 4 veces al día en niños por 7 días/placebo	Resolución de las lesiones a los 14 días en pacientes con aciclovir, 86,66 %, y con placebo, 33,33 % (p=0,001)
The comparison between the efficacy of high dose acyclovir and erythromycin on the period and signs of PR ⁽¹⁶⁾	-Aciclovir: Mayores de 35 años: 46,6 %, -Eritromicina: Mayores de 35 años: 33,33 %	Aciclovir, 46,66 %, eritromicina, 53,33 %	Aciclovir, 4 g al día, dividido en 5 dosis por 10 días/eritromicina oral, 400 mg, 4 veces al día	Mejoría a las 8 semanas. Aciclovir: mejoría completa, 86,66 %, y parcial, 13,33 %. Eritromicina: mejoría completa, 40 %, y parcial, 60 % (p < 0,05)
Use of high-dose acyclovir in pityriasis rosea ⁽¹⁴⁾	-Aciclovir: mediana de edad 28,3 años (18-40 años). -Placebo: mediana de edad 26,5 (18-37 años)	Aciclovir, 42,85 %, placebo, 44,44 %	Aciclovir, 800 mg, 5 veces al día por una semana/placebo (vitamina C)	Resolución de lesiones en el día 14: aciclovir: resolución completa, 78,6 %, y parcial, 11,9 %. Placebo: resolución completa, 4,4 %, y parcial, 40 %.
Comparative study of effectiveness of oral acyclovir with oral erythromycin in the treatment of Pityriasis rosea ⁽¹⁵⁾	-Aciclovir: 11 pacientes menores de 25 años. -Eritromicina: 13 pacientes menores de 25 años	Aciclovir, 38,88 % Eritromicina 37,5 % (total 38,09 %)	Aciclovir en adultos, 800 mg, 5 veces al día, y en niños, 20 mg/kg/día en 5 dosis/eritromicina: adultos, 500 mg, y niños, 40 mg/kg/día en 4 dosis	Mejoría a las 6 semanas. Aciclovir: completa, 100 %, y parcial, 0%. Eritromicina: completa, 75 %, y parcial, 25 % (p=0,022)

Estudio	Edad	Sexo (% del femenino)	Intervención-comparación	Resultado
Efficacy of clarithromycin in pityriasis rosea ⁽¹⁸⁾	-Placebo: 21,67 ± 7,42 años -Clarithromicina: 23,13 ± 10,34 años	Placebo, 43,3% Clarithromicina, 46,7 % (total 45 %)	Clarithromicina, 500 mg, dos veces al día, por una semana en adultos, y en niños, 250 mg, dos veces al día/placebo (glucosa)	Respuesta terapéutica a las 6 semanas. Placebo: completa, 80 %, parcial, 16,7 %, y nula, 3,3 %. Intervención completa, 96,7 %, parcial, 3,3 %, y nula, 0 % (p=0,126)
The efficacy of azithromycin in pityriasis rosea: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial ⁽¹⁹⁾	-Placebo: 23,66 ± 8,349 años -Azitromicina 23,00 ± 8,964 años	Placebo, 51,4 % Azitromicina, 45,7 % (total 48,5 %)	Azitromicina, 12 mg/kg/día por 5 días/placebo	Media de duración de la enfermedad en días. intervención: 12,09 ± 5,554, y placebo, 11,31 ± 4,129
Azithromycin does not cure pityriasis rosea ⁽²⁰⁾	-Azitromicina: 64% edades entee 5 y 10 -Placebo: 54% edades entre 5 y 10	Azitromicina, 76 % Placebo, 58 %	Azitromicina, 12 mg/kg por día, máximo 500 mg por 5 días/placebo	Resolución de lesiones a las dos semanas. Azitromicina: resolución completa, 60 %, parcial, 28 %, y sin mejoría, 12 %. Placebo: resolución completa, 42 %, parcial, 29 %, y sin mejoría, 29 % (p=0,275)
Erythromycin in pityriasis rosea: A double-blind, placebo-controlled clinical trial ⁽¹⁷⁾	No hay información disponible.	No hay información disponible.	Eritromicina en dosis dividida por 14 días/placebo	Mejoría completa en el grupo de tratamiento, 73,3 %, y ninguna mejoría en el grupo placebo (p=0,001)
UVB phototherapy for pityriasis rosea: A bilateral comparison study ⁽²¹⁾	No hay información disponible.	70,50%	UVB 5 veces a la semana por dos semanas/placebo (UVA)	En 15 de 17 pacientes del grupo de intervención, hubo una mejoría (p=0,0007). Pero al hacer el seguimiento, no se encontró diferencia en el prurito, el índice de gravedad ni el tiempo de duración.
Treatment of pityriasis rosea with UV radiation ⁽²²⁾	No hay información disponible.	60%	UV-B 290-320 nm en la mitad del cuerpo por 5 días/sin radiación	Prurito: 9 pacientes tuvieron mejoría significativa del prurito (p<0,01). Extensión de la enfermedad: 10 pacientes tuvieron mejoría significativa en el lado del tratamiento (p=0,001).
Double blind randomized placebo controlled trial to evaluate the efficacy and safety of short-course low-dose oral prednisolone in pityriasis rosea ⁽²³⁾	-Prednisolona: 26,03 ± 7,83 años -Placebo: 25,86 ± 7,78 años	Prednisolona, 48 % Placebo, 54 %	Prednisolona, 20 mg/día, después del desayuno por 5 días, 15 mg/día por los siguientes 5 días y 10 mg/día por los últimos 5 días/placebo	La media del prurito según la escala visual análoga para la semana 2 en el grupo de tratamiento, fue de ±1,02 y, para el grupo con placebo, ±1,10 (p<0,001). La media de la escala de gravedad para la semana 2 en el grupo con tratamiento fue de ±5,32 y, en el grupo control, de ±5,20 (p<0,001). Después de 12 semanas de seguimiento, los pacientes del grupo con tratamiento con prednisolona tuvieron un mayor número de recaídas que los del grupo con placebo.

Tabla 1. Datos relevantes de los ensayos clínicos incluidos

RESULTADOS

Selección de estudios

Se encontraron 88 reportes de pitiriasis rosada filtrados como ensayos clínicos durante la búsqueda inicial en las bases de datos bibliográficas Pubmed, Embase, Lilacs y Central. En la búsqueda, el coeficiente kappa de Cohen fue de 0,78 (IC_{95%} 0,68-0,89) (figuras 1 y 2).

Participantes

Los estudios incluidos aportaron en total 667 pacientes con diagnóstico de pitiriasis rosada.

Intervención

En los estudios se evaluaron intervenciones diferentes, terapia antiviral (aciclovir), tratamiento antibiótico (claritromicina, eritromicina, azitromicina), tratamiento con corticoesteroides (prednisolona) y fototerapia (luz UVB).

Control

El control no fue el mismo para todos los estudios. En 10 estudios (76,9 %) el control se hizo con placebo, en algunos casos idéntico y en otros no. En los otros estudios, el control fue con tratamiento antibiótico (eritromicina) o sin ningún tratamiento.

Riesgo de sesgos de los estudios incluidos

Los detalles de la calidad metodológica de los estudios individuales se presentan en la figura 2. Del total de artículos incluidos, hubo ocultación de la asignación en 4 de los estudios. El acuerdo evaluado por el coeficiente kappa fue de 0,87 (IC_{95%} 0,80-0,94).

Dada la heterogeneidad en los tipos de intervenciones evaluadas, los grupos de comparación y los resultados medidos en los estudios, no se realizó un metaanálisis.

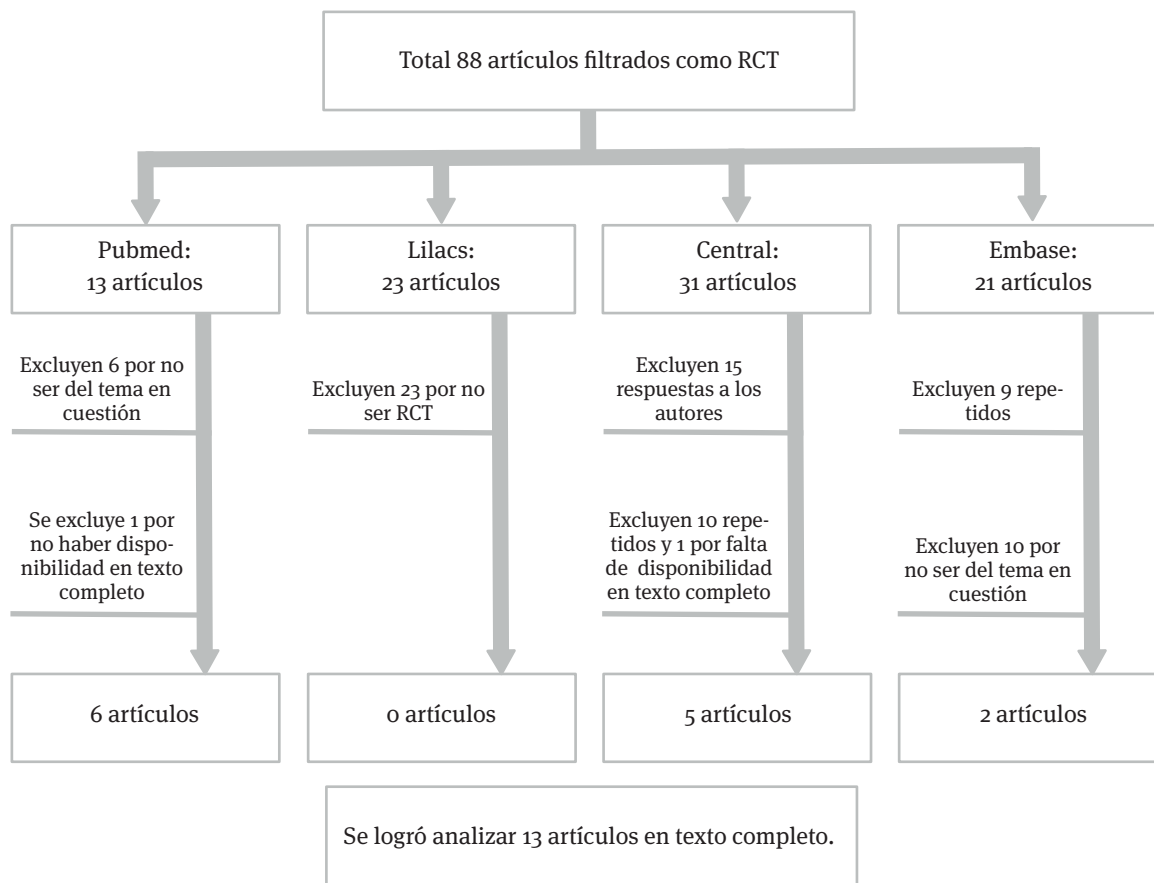


Figura 1. Flujograma de la búsqueda en las diferentes bases de datos, artículos excluidos e incluidos.

	Generación aleatoria de la secuencia	Ocultación de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Datos de resultado incompletos	Notificación selectiva de los resultados	Sesgos debidos a otros problemas
Ahmed, 2014	+	+	+	?	+	+	+
Amatya, 2012	?	-	-	-	+	?	-
Amer, 2006	?	?	+	?	+	+	+
Arndt, 1983	-	-	-	?	-	+	-
Drago, 2006	-	-	-	-	+	+	-
Ehsani, 2010	?	?	?	?	+	+	?
Ganguly, 2014	+	?	+	?	-	+	+
Leenutaphong, 1995	?	?	?	?	+	+	-
Pandhi, 2014	+	+	+	+	+	+	+
Rassai, 2011	+	?	-	?	-	?	?
Sharma, 2000	+	?	+	?	-	?	?
Singh, 2016	+	+	+	+	+	+	+
Sonthalia, 2018	+	+	+	+	+	+	+

Figura 2. Resumen del riesgo de sesgo en los estudios individuales agrupados en siete dominios que evaluaron las diferentes fuentes potenciales de sesgo. La calificación se realizó por color: verde indica un bajo riesgo de sesgo, amarillo indica un riesgo desconocido, y el rojo indica un alto riesgo de sesgo.

DISCUSIÓN

La expresión ‘pitiriasis rosada’ fue utilizada por primera vez por Gilbert en 1860 y significa ‘escamas rosadas’. Se trata de una erupción cutánea común, aguda y de resolución espontánea que, típicamente, comienza como una placa ovalada única y escamosa en el tronco, conocida como el ‘parche heráldico’, la cual, en el transcurso de días a semanas, se acompaña de múltiples lesiones similares más pequeñas localizadas a lo largo del tronco en un patrón de árbol de navidad⁽⁸⁾. La pitiriasis rosada es una dermatosis relativamente común de etiología indeterminada, que se cree que tiene un origen asociado al virus herpes 6 y 7⁽⁹⁾. Al ser de resolución espontánea, la pitiriasis rosada se trata generalmente de manera sintomática, con anti-histamínicos y emolientes y en algunas ocasiones se

ha recomendado iniciar tratamientos adicionales, especialmente, si el compromiso es mayor y teniendo en cuenta las características del paciente, como su edad o si está en embarazo⁽¹⁰⁾.

Entre los ensayos clínicos incluidos, se evaluó la efectividad del aciclovir en el tratamiento de la pitiriasis rosada. Esta intervención se comparó con placebo o con eritromicina. Se incluyeron 6 estudios, 4 con placebo y 2 con eritromicina.

En el primer estudio, de Singh, *et al.*, se comparó el uso durante una semana de aciclovir, 800 mg, 5 veces al día, y un placebo; se concluyó que el aciclovir no era efectivo en el tratamiento de la pitiriasis rosada. Los autores discuten que este resultado puede deberse a la ausencia de síntomas sistémicos en sus pacientes, lo cual implicaría que no hubo reactivación del virus y que el papel etiológico de los virus herpes 6 y 7 no fue

significativo para estos pacientes ⁽¹¹⁾.

En otro estudio se buscaba comparar el aciclovir con un placebo, y se encontró que el grupo que recibió tratamiento presentó mayor resolución a los días 7 y 14, en comparación con los pacientes que recibieron placebo ⁽¹²⁾, resultado similar a los del estudio que comparaba dosis bajas de aciclovir con un placebo, en el cual se encontró que era efectivo para disminuir la duración de la pitiriasis y podía utilizarse, sobre todo en pacientes con prurito intenso o compromiso extenso ⁽¹³⁾. En otro estudio en que se comparó el uso de aciclovir a altas dosis (800 mg, 5 veces al día), se encontró que su uso disminuía el tiempo hasta la resolución, sobre todo en aquellos pacientes en quienes el tratamiento se iniciaba en la primera semana desde la aparición de las lesiones ⁽¹⁴⁾.

En cuanto a los ensayos clínicos que comparaban la eficiencia del uso de aciclovir con la de la eritromicina en la resolución de la pitiriasis rosada, se encontró que, aunque ambos tratamientos eran efectivos en disminuir la gravedad y la duración de la reacción exantemática, el aciclovir era mejor que la eritromicina ⁽¹⁵⁾; en el otro estudio en que se comparó el aciclovir con la eritromicina, se obtuvieron resultados similares; el uso de aciclovir estaba asociado con la resolución completa de la reacción cutánea y resolución más rápida del prurito, en comparación con la eritromicina ⁽¹⁶⁾.

En lo referente al uso de antibióticos, no se sabe con exactitud el mecanismo de acción por el cual actúan en la pitiriasis rosada, aunque se sabe que los macrólidos tienen actividad inmunomoduladora y antiinflamatoria, por lo que su efectividad no implicaría una etiología bacteriana ⁽²⁾. Se incluyeron 6 estudios, en los cuales se comparó cada antibiótico (eritromicina, claritromicina o azitromicina).

En el primer estudio en el que se utilizó eritromicina, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de intervención y el grupo control, que fue placebo, para el resultado estudiado que era la resolución completa ⁽¹⁷⁾; en los demás estudios incluidos en los cuales se comparó eritromicina con aciclovir, esta no tuvo mejores resultados que el aciclovir, sin embargo, se obtuvo respuesta estadísticamente significativa al tratamiento en ambos estudios ^{(15) (16)}.

Para el tratamiento con claritromicina, en el único estudio que fue incluido, aunque no se reportaron los análisis estadísticos respectivos, se encontró que la mayoría, 45 de 48 pacientes del grupo intervención presentaron resolución de la reacción exantemática en la primera semana ⁽¹⁸⁾.

En dos estudios se comparó la azitromicina bajo la misma dosis con un placebo. En el primer estudio, se

encontró que el uso de la azitromicina no modificaba el curso de la enfermedad ni disminuía el prurito reportado por el paciente ⁽¹⁹⁾, resultado similar al del segundo estudio, en el cual se hallaron resultados semejantes entre el grupo de intervención y el control en cuanto a la resolución y la aparición de nuevas lesiones de pacientes con pitiriasis rosada ⁽²⁰⁾.

La fototerapia con radiación ultravioleta es otra intervención analizada en dos estudios incluidos. En el primer estudio, se encontró inicialmente una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de intervención y el de placebo, pero al hacer el seguimiento, no hubo diferencia para el índice de gravedad, prurito o duración de la reacción exantemática ⁽²¹⁾. En el segundo estudio, hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la extensión de la enfermedad y el prurito, en comparación con el grupo control ⁽²²⁾.

Por último, en un estudio se comparó el uso de corticoesteroides orales y un placebo, y se concluyó que no se recomendaba el uso rutinario de esteroides en pacientes con pitiriasis rosada; su uso se justificaría en pacientes muy comprometidos y muy sintomáticos ⁽²³⁾.

CONCLUSIÓN

La revisión bibliográfica de las intervenciones terapéuticas para la pitiriasis rosada arroja 'evidencia' diversa de los diferentes tratamientos.

Se puede concluir que el aciclovir fue efectivo en 4 de 6 estudios, en los cuales se logró disminuir el tiempo hasta la resolución de la reacción exantemática y el prurito, pero no se pudo hacer un metaanálisis por la gran heterogeneidad en las dosis, el grupo de comparación, el tiempo de seguimiento y el tipo de resultado. En cuanto a la terapia antibiótica con macrólidos, no se recomendaría la azitromicina al encontrar que su uso no modifica el curso de la enfermedad; sin embargo, para la eritromicina y la claritromicina, es necesario hacer más estudios, pues a pesar de que hubo resultados a favor de dichos antibióticos en cuanto al tiempo de resolución de la enfermedad, no se encontró superioridad cuando se compara con otras intervenciones como aciclovir y se encontraron pocos estudios comparando estos antibióticos.

Los estudios en que se comparó la fototerapia, además de ser antiguos, el diseño metodológico no era bueno, pero arrojaron resultados positivos en cuanto al tiempo de resolución y disminución del prurito.

Por último, no se recomienda rutinariamente el tratamiento con esteroides, sino limitarlo a casos con sintomatología grave o compromiso extenso.

REFERENCIAS

1. Wolff K. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 65-7.
2. Chuh AA, Dofitas BL, Comisel G, Reveiz L, Sharma V, Garner SE, *et al.* Interventions for pityriasis rosea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007. Fecha de consulta: 16 de abril de 2018. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005068.pub2>.
3. Nair PA, Bhimji SS. Pityriasis rosea. *Stat Pearls.* 2018. Fecha de consulta: 27 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448091/>
4. Drago F, Vecchio F, Rebora A. Use of high-dose acyclovir in pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:82-5.
5. Goldstein A, Goldstein BG, Delavalle R. Pityriasis rosea - UpToDate. Fecha de consulta: 16 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pityriasis-rosea>.
6. Higgins JP, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.* The Cochrane Collab. 2011. Fecha de consulta: 27 de junio de 2018. Disponible en: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf.
7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Academia and clinic preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses. *Ann Intern Med.* 2009;151:264-9.
8. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 8 th edition. New York: McGraw-Hill Medical; 2012 Cap 42. Fecha de consulta: 27 de junio de 2018. Disponible en: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=392>
9. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. *World J Clin Cases.* 2017;5:203.
10. Chuh A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. A position statement on the management of patients with pityriasis rosea. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2016;30:1670-81.
11. Singh S, Anurag, Tiwary N. Acyclovir is not effective in pityriasis rosea: Results of a randomized, triple-blind, placebo-controlled trial. *Indian J Dermatology Venereol Leprol.* 2016;82:505.
12. Ganguly S. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of efficacy of oral acyclovir in the treatment of Pityriasis rosea. *J Clin Diagnostic Res.* 2014;8:1-4.
13. Rassai S, Feily A, Sina N, Abtahian S. Low dose of acyclovir may be an effective treatment against pityriasis rosea: A random investigator-blind clinical trial on 64 patients. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2011;25:24-6.
14. Drago F, Vecchio F, Rebora A. Use of high-dose acyclovir in pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:82-5.
15. Amatya A, Rajouria EA, Karn DK. Comparative study of effectiveness of oral Acyclovir with oral erythromycin in the treatment of pityriasis rosea. *Kathmandu Univ Med J.* 2012;10:57-61.
16. Noormohammadpour P, Toosi S, Hosseinpour A, Hosseini M, Sayanjali S, Ehsani A, *et al.* The comparison between the efficacy of high dose acyclovir and erythromycin on the period and signs of pityriasis rosea. *Indian J Dermatol.* 2010;55:246.
17. Sharma P, Yadav T, Gautam R, Taneja N, Satyanarayana L. Erythromycin in pityriasis rosea: A double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:241-4.
18. Ahmed N, Iftikhar N, Bashir U, Rizvi SDA, Sheikh ZI, Manzur A. Efficacy of clarithromycin in pityriasis rosea. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2014;24:802-5.
19. Pandhi D, Singal A, Verma P, Sharma R. The efficacy of azithromycin in pityriasis rosea: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014;80:36.
20. Amer A. Azithromycin does not cure pityriasis rosea. *Pediatrics.* 2006;117:1702-5.
21. Leenutaphong V, Jiamton S. UVB phototherapy for pityriasis rosea: A bilateral comparison study. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:996-9.
22. Arndt KA, Paul BS, Stern RS, Parrish JA. Treatment of pityriasis rosea with UV radiation. *Arch Dermatol.* 1983;119:381-2.
23. Sonthalia S, Kumar A, Zawar V, Priya A, Yadav P, Srivastava S, *et al.* Double-blind randomized placebo-controlled trial to evaluate the efficacy and safety of short-course low-dose oral prednisolone in pityriasis rosea. *J Dermatolog Treat.* 2018; 617-622.

Angiosarcoma de cuero cabelludo, diagnóstico diferencial y revisión de la literatura

Angiosarcoma of the scalp, differential diagnosis and literature review

Yvan Denis Pacheco-Pacori¹, Javier Fernández-Palacios²

1. Médico, cirujano plástico, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria, España
2. Médico, cirujano plástico; jefe, Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria, España

RESUMEN

El angiosarcoma del cuero cabelludo es un tumor de origen vascular, raro y agresivo, que afecta fundamentalmente a los ancianos. El principal problema de estos tumores es el diagnóstico clínico e histológico. Suele presentarse con placas o nódulos eritemato-violáceos, que evolucionan a la ulceración y sobreinfección, y son de mal pronóstico. Clínicamente, estas lesiones no son específicas del angiosarcoma, por lo que en el diagnóstico diferencial se incluye el sarcoma de Kaposi, entre otros sarcomas.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 59 años de edad, en quien se hizo el diagnóstico diferencial de lesiones del cuero cabelludo y, mediante estudio inmunohistoquímico del correspondiente grupo de anticuerpos, se llegó al diagnóstico definitivo de angiosarcoma.

PALABRAS CLAVE: angiosarcoma, cuero cabelludo, diagnóstico diferencial.

SUMMARY

The angiosarcoma of the scalp is a vascular, rare and aggressive tumor affecting mainly elderly people. The main problem of these tumors is the clinical and histological diagnosis. It is usually characterized by red or violet plaques or nodules, which evolve to ulceration and superinfection, with a bad prognosis. Clinically these lesions are not specific to angiosarcoma, so the differential diagnosis includes Kaposi' sarcoma and other sarcomas.

We present the case of a 59-year-old patient, with differential diagnosis of the scalp lesion, and through the immunohistochemical panel the definitive diagnosis of angiosarcoma was confirmed.

KEY WORDS: Angiosarcoma, scalp, differential diagnosis.

Correspondencia:

Yvan Denis Pacheco-Pacori

Email:

pachecoplasticsurgery@
hotmail.com

Recibido: 15/02/2018

Aceptado: 03/08/18

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

INTRODUCCIÓN

Los angiosarcomas son un grupo de tumores mesenquimatosos malignos de presentación rara, que constituyen menos del 2 % de todos los sarcomas. Aunque puede afectar distintas zonas (tejidos blandos, vísceras, mama, hueso), la afectación cutánea es la más frecuente ⁽¹⁾.

En la mitad de los casos, el angiosarcoma cutáneo se presenta en la cara y el cuero cabelludo de personas mayores. También, se presenta en zonas previamente irradiadas y en zonas de linfedema crónico, en cuyo caso se denomina síndrome de Stewart-Treves ⁽²⁾. Se ha descrito en zonas menos frecuentes, como la gingival ⁽³⁾.

El principal problema de estos tumores es el complicado diagnóstico clínico e histológico, frecuentemente tardío, debido a su parecido con otros tumores como melanomas, sarcomas epitelioides, sarcoma de Kaposi, carcinomas o, incluso, linfomas ⁽⁴⁾. Su perfil inmunohistoquímico también es confuso debido a la coexpresión de marcadores endoteliales y epiteliales. También, puede mostrar una expresión aberrante de la proteína S100 y la CD30 ⁽⁵⁾.

El angiosarcoma de cuero cabelludo es un tumor infrecuente, agresivo y con muy mal pronóstico, del cual se reporta una supervivencia del 12 % a los cinco años ⁽⁶⁾. El tratamiento suele incluir cirugía radical, acompañada de quimioterapia, radioterapia o ambas.

Se presenta este caso con diagnóstico diferencial aclarado mediante el perfil inmunohistoquímico, y tratado con cirugía radical.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 59 años de edad, con único antecedente relevante de tabaquismo, presentó dos lesiones elevadas, eritematosas, con bordes violáceos en empalizada y necrosis crateriforme central. La primera lesión la notó un año antes, pero en los últimos seis meses había crecido de manera rápida. La de mayor tamaño, 8 cm de diámetro, estaba ubicada en la zona temporal izquierda y la menor, de 5 cm de diámetro, en la zona parietal izquierda; entre ambas había múltiples lesiones satélites, de apariencia nodular. En la zona retroauricular izquierda, presentaba un conglomerado de lesiones nodulares (**figura 1**). Todas las lesiones eran móviles, no adheridas a planos profundos. Presentaba, además, una adenopatía palpable en el tercio superior del cuello, posterior al músculo esternocleidomastoideo izquierdo, no adherida a los planos profundos. Aportó una tomografía computadorizada (TC) de tórax y otra de abdomen, sin hallazgos significativos.

El diagnóstico inicial de la biopsia con aguja fina en su centro de salud ambulatorio, fue de tumoración sarcomatosa indiferenciada múltiple (histiocitoma fibroso maligno). Fue valorado por el Comité de Sarcomas del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y se agregó el diagnóstico diferencial de sarcoma de Kaposi. En cuanto a los exámenes complementarios, la prueba de HIV fue negativa. Los estudios de imágenes diagnósticas revelaron una adenopatía de 0,8 x 2,5 cm en el espacio IIB cervical izquierdo, de la cual se obtuvo una biopsia.



Figura 1. A) Vista lateral izquierda: lesión elevada, eritematosa, con bordes violáceos en empalizada y necrosis crateriforme central, ubicada en la zona temporal. **B)** Vista intermedia posterior izquierda: dos lesiones mayores (flechas rojas) y conglomerado de lesiones en la zona retroauricular (flecha azul).



Figura 2. A) Aspecto clínico dos semanas después de la biopsia por escisión de las dos principales lesiones. B) Cirugía definitiva, con resección radical de las lesiones, cobertura con colgajo de rotación e injerto libre parcial de piel; se detalla el vaciamiento cervical izquierdo.

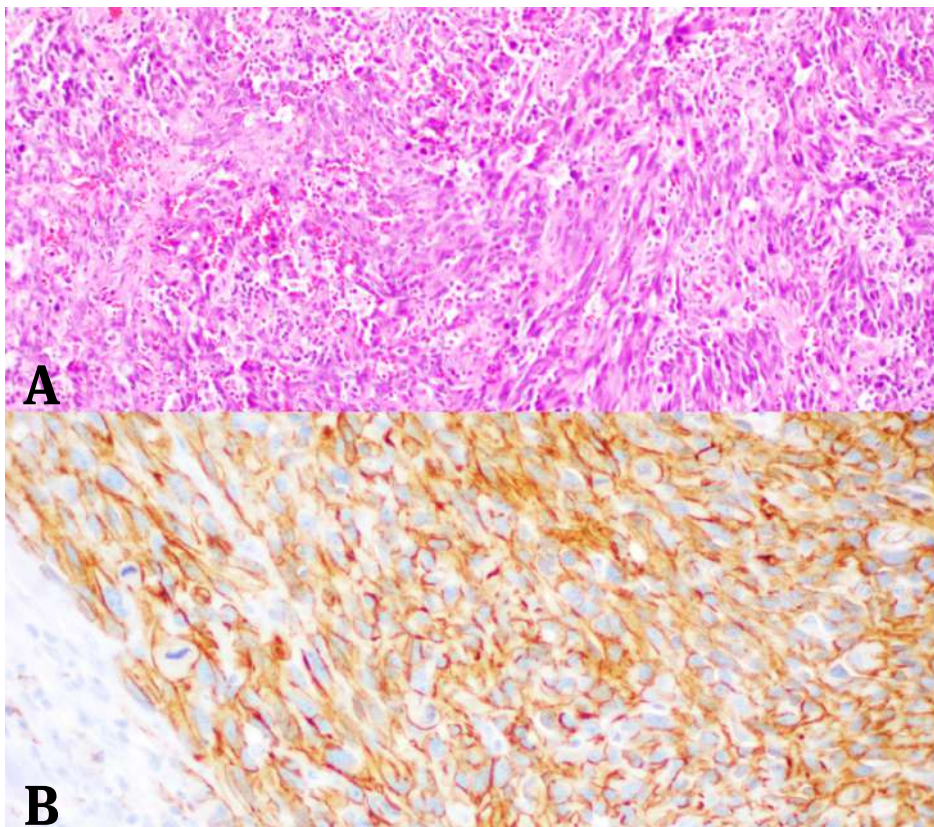


Figura 3. A) La histopatología revela gran proliferación de células tumorales, con patrón epitelioides y fusocelular. Hematoxilina y eosina, 100X. B) Detalle de la inmunorreacción de la muestra, positiva para CD31. Inmunohistoquímica, 400X.

Se practicó biopsia por escisión de dos de las lesiones del cuero cabelludo (**figura 2**), cuyo estudio histológico reveló un angiosarcoma de grado histológico 3, según el sistema francés FNCLCC (*Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer*), y con un perfil inmunohistoquímico positivo para CD31, CD34 y D2-40, dudoso para vimentina y S100, y negativo para CKAE1/AE3, CK7, CK20, HHV8 y actina. El índice de proliferación Ki67 fue de 35 a 40 %, y la biopsia guiada por ecografía de la adenopatía cervical reveló metástasis de angiosarcoma.

Estos resultados descartaron sarcoma indiferenciado múltiple y sarcoma de Kaposi. Las células tumorales presentaron un patrón epitelioides y fusocelular de distribución nodular (**figura 3**), con presencia de nódulos satélites subcutáneos peritumorales; el rango mitótico fue de 35 mitosis en 10 campos de mayor aumento (1 mm²) y tenía una extensión de necrosis del 30 %.

Con estos resultados, en el Comité de Sarcomas se decidió hacer una escisión amplia de la lesión y cobertura con colgajo de rotación e injerto parcial libre de piel, más vaciamiento cervical izquierdo (presentaba afectación ganglionar), y complementar el tratamiento con radioterapia adyuvante (**figura 2B**).

En el periodo posoperatorio no se presentaron complicaciones, y los colgajos y las heridas tuvieron una buena evolución (**figura 4**). Actualmente, en seis meses de seguimiento, no presenta recidiva.

DISCUSIÓN

Los angiosarcomas de cara y cuero cabelludo corresponden a casi la mitad de los angiosarcomas cutáneos ⁽⁶⁾. Su incidencia es discretamente mayor en el sexo masculino, por encima de la quinta o sexta década de la vida ⁽⁶⁾, lo que coincide con la edad del paciente. Con mayor frecuencia, se manifiesta por placas infiltradas o nódulos de color azulado, rojo a púrpura, asintomáticas, en la cara o el cuero cabelludo ⁽⁷⁾, una presentación clínica inespecífica, muy similar a la de otros sarcomas.

En el presente caso se planteó el diagnóstico diferencial con sarcoma de Kaposi, además, en una primera biopsia de su centro de salud ambulatorio, se hizo el diagnóstico de tumoración sarcomatosa indiferenciada múltiple. Desde la dermis, el tumor va infiltrando los tejidos blandos periféricos, se ulcera y extiende, comprometiendo la cadena linfática cervical con frecuencia; este paciente también presentó una adenopatía cervical positiva del mismo lado. Las metástasis son comunes; las más frecuentes se encuentran en el pulmón y, también, pueden comprometer hígado, bazo, riñón, hueso y miocardio ⁽⁸⁾. El cuadro clínico evoluciona hacia la necrosis y la sobreinfección, lo que hace que en ocasiones se confunda con procesos infecciosos bacterianos o fúngicos, lo cual retrasa el diagnóstico y ensombrece el futuro del paciente ⁽⁹⁾.

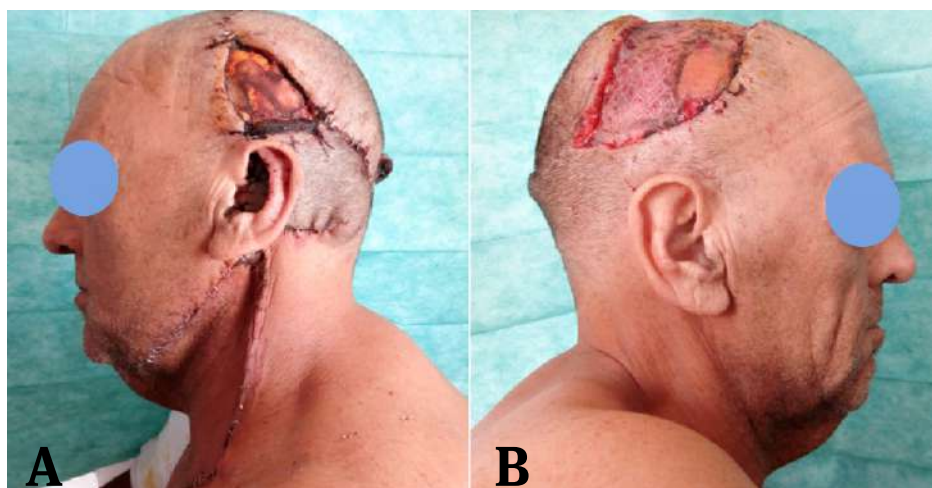


Figura 4. A) Vista lateral izquierda: a las dos semanas de la cirugía, buena evolución de heridas y colgajo. **B)** Vista lateral derecha; el injerto se encuentra completamente prendido.

El estudio histopatológico completo suele mostrar un patrón de crecimiento sólido de células epiteloides y algunas áreas fusocelulares, cuya localización típica es en la periferia del tumor. Otras características histológicas típicas son la presencia de vacuolas intracitoplásmicas con eritrocitos o sin ellos que, a veces, parecen células en anillo de sello, espacio pseudoglandular, infiltrado inflamatorio con eosinófilos y ausencia de reacción desmoplástica ⁽¹⁰⁾. Este caso presentó patrones epitelioide y fusocelular, de distribución nodular.

Ante esta neoplasia, todos los tumores con características epiteloides entran en el diagnóstico diferencial: melanoma, linfoma anaplásico, carcinomas de mama y de pulmón, sarcomas epiteloides, tumor maligno de vaina de nervio periférico, sarcomas histiocíticos, meningiomas epiteloides, sarcomas sinoviales monofásicos epiteloides y epiteloides hemangioendotelomas ⁽⁴⁾.

El diagnóstico diferencial principal se puede aclarar con inmunohistoquímica. El angiosarcoma cutáneo (cara, cuero cabelludo) expresa CD31 (**figura 3B**) y vimentina en todos los casos; también, puede expresar CD34, D2-40 y CK, aunque la expresión de estas tres últimas es variable. En este caso, se expresó con CD31, CD34, D2-40 y vimentina; hubo dudosa expresión de S-100, por su componente epitelial, y fue negativo para HHV8, lo que descartó el diagnóstico de sarcoma de Kaposi.

En el Comité de Sarcomas se decidió practicarle al paciente una cirugía con vaciamiento cervical y radioterapia. La cirugía consistió en la resección total de las masas tumorales del cuero cabelludo, vaciamiento cervical completo unilateral y, posteriormente, radioterapia. Actualmente, no se reportan incidencias, con un seguimiento de seis meses.

En todo caso, el pronóstico del angiosarcoma de cuero cabelludo es malo. Dos o tres años después del diagnóstico, alrededor del 50 % muere de este tumor, y solo del 20 al 30 % están libres de enfermedad ⁽⁹⁾. No existe un protocolo estándar de tratamiento, aunque la cirugía es muy importante. El tratamiento recomendado es el que se utilizó en este caso ⁽¹¹⁾.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Agustín Rey, jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Negrín, por las fotos de histopatología.

REFERENCIAS

1. Abrahamson T, Seabury M, Piette W. Cutaneous angiosarcoma. *Advances in Dermatology*. 2001;17:279-99.
2. Azam M, Saboorian H, Bieligk S, Smith T, Molberg K. Cutaneous angiosarcoma complicating morbid obesity. *Arch Pathol Lab Med*. 2001;125:531-3.
3. Abdullah BH, Yahya HI, Talabani NA, Alash NI, Mirza KB. Gingival and cutaneous angiosarcoma. *J Oral Pathol Med*. 2000;29:410-20.
4. Mobini N. Cutaneous epithelioid angiosarcoma: A neoplasm with potential pitfalls in diagnosis. *J Cut Pathol*. 2009;36:362-9.
5. Weed BR, Folpe AL. Cutaneous CD30-positive epithelioid angiosarcoma following breast-conserving therapy and irradiation: A potential diagnostic pitfall. *Am J Dermatopathol*. 2008;30:370-2.
6. Repiso B, Pérez-Gil A, Argueta O, Ríos J, Sotillo I y Camacho F. Angiosarcoma de cara y cuero cabelludo. A propósito de un caso. *Actas Dermosifiliogr*. 1999;90:104-8.
7. Shetty M, Bhat R, Kodan P. Cutaneous angiosarcoma - a rare case report in Indian female. *J Clin Diagn Res*. 2015;9:XD12-3.
8. Brown M. Recognition and management of unusual cutaneous tumors. *Dermatol Clin*. 2000;18:714-25.
9. Jund R, Nerlich A, Jager L, Grevers G. Rapidly progressing course of cutaneous angiosarcoma in the area of the head-neck. *Laryngorhinootologie*. 1999;78:557-60.
10. Marrogi AJ, Hunt SJ, Cruz DJ. Cutaneous epithelioid angiosarcoma. *Am J Dermatopathol*. 1990;12:350-6.
11. Cassidy RJ, Switchenko JM, Yushak ML, Madden N, Khan MK, Monson DK, et al. The importance of surgery in scalp angiosarcomas. *Surg Oncol*. 2018;13

Hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito

Precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartoma

Isabel Bustamante-Benjumea¹, Manuel Salvador Forero-Buitrago²

1. Médica dermatóloga, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia
2. Médico dermatólogo, Dirección de Sanidad Policía Nacional, Bogotá, D.C., Colombia

RESUMEN

El hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito es una lesión infrecuente y poco descrita en la literatura científica. Aparece típicamente al nacimiento o en la infancia, y se caracteriza clínicamente por la presencia de nódulos subcutáneos eucrómicos localizados en la región de la planta del pie, anterior a los talones.

Se describe el caso de una paciente de 12 meses de edad con hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito localizado en ambos pies, y se discute la patogénesis, el diagnóstico y los principios terapéuticos, así como el pronóstico de esta condición.

PALABRAS CLAVE: hamartoma, pie, talón, congénito.

SUMMARY

The precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartoma is a rare finding with few reports in the literature. It appears at birth or during childhood and is characterized clinically by subcutaneous skin-color nodules localized in the plantar region of the foot, anterior to the heel.

We describe the case of a 12-month old female patient with a precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartoma localized on both feet and we discuss its pathogenesis, prognosis and implications.

KEY WORDS: Hamartoma, foot, heel, congenital.

Correspondencia:

Isabel Bustamante-Benjumea

Email:

isa_bustamante@hotmail.com

Recibido: 11/06/2018

Aceptado: 18/09/2018

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

INTRODUCCIÓN

Se trata de una paciente de sexo femenino de 12 meses de edad, sin antecedentes médicos de importancia, que fue llevada a consulta por presentar masas asintomáticas en las plantas de los pies, las cuales aparecieron desde el nacimiento y que no habían interferido con la bipedestación ni con la marcha.

En el examen físico, se observaron dos nódulos eucrómicos de consistencia fibrosa, de 15 mm de diámetro, indoloros a la palpación, localizados en la región precalcánea medial de ambos pies. Con la impresión diagnóstica de fibromatosis plantar juvenil, se solicitó una biopsia de piel.

En el estudio de histopatología se observó piel de las extremidades sin alteraciones epidérmicas y sin evidencia de infiltrado inflamatorio. La biopsia se extendió al tejido celular subcutáneo, el cual estaba constituido por tejido adiposo maduro.

Con este resultado, se concluyó que se trataba de un hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito, teniendo en cuenta, además, que la presencia de tejido adiposo maduro es característica en esta entidad.

Dado el carácter asintomático en este paciente y la benignidad de esta entidad, se decidió no hacer ningún tratamiento más allá del estrecho seguimiento clínico cada seis meses.

DISCUSIÓN

El hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito es una entidad benigna propia de la infancia, infrecuente y poco definida en la literatura médica. Fue descrita inicialmente por Larralde, *et al.*, en 1990, bajo la denominación de pápulas podálicas del recién nacido^(1,2). En 1996, Larregue, *et al.*, lo llamaron hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo plantar. Su carácter frecuentemente indolente podría explicar que sea un trastorno poco diagnosticado y, por consiguiente, los pocos reportes en la literatura^(1,2,4).

Epidemiológicamente, estos hamartomas parecen tener una mayor prevalencia en hombres⁽⁴⁾, suelen aparecer desde el nacimiento o a los pocos meses de nacido, y tienden a crecer conforme crece el niño, y pueden desaparecer a los dos o tres años de vida⁽⁵⁾.

Su fisiopatología aún es desconocida. Algunos autores lo consideran una formación hamartomatosa de grasa y tejido conjuntivo e hipertrofia secundaria a una involución incompleta del tejido subcutáneo plantar fetal normal. Otra hipótesis es que la lesión corresponde a herniación del tejido graso; sin embargo, no hay indicios de defecto en la fascia ya que estas lesiones no se reducen^(5,6).

El hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito suele aparecer de manera esporádica, aunque se ha reportado una asociación familiar, con un patrón de



Figura 1. Se observan dos nódulos eucrómicos simétricos, de consistencia fibrosa, indoloros a la palpación y de 15 mm de diámetro, localizados en la región precalcánea plantar medial de ambos pies.



Figura 2. Planta del pie izquierdo.



Figura 3. Planta del pie derecho.

herencia aparentemente autosómico dominante. Otros autores sugieren la posibilidad de herencia ligada al cromosoma X o al ADN mitocondrial ^(2,4).

Clínicamente, se caracteriza por nódulos subcutáneos, blandos, móviles, simétricos, eucrómicos y asintomáticos, localizados en la región plantar antero-medial, inmediatamente anterior a los talones, aunque pueden extenderse a estos. Las lesiones son típicamente de carácter asintomático y no se ha descrito interferencia con la marcha ⁽³⁻⁷⁾. Es importante aclarar que no se han reportado otras alteraciones asociadas con este trastorno, ni posibilidad de transformación maligna de las lesiones ⁽⁴⁾.

El diagnóstico es principalmente clínico, sustentado en los casos dudosos con biopsia de piel. En esta úl-

tima, típicamente, se describe la presencia en la dermis profunda y en la hipodermis de adipocitos maduros, rodeados de edema intersticial con abundante sustancia fundamental y envueltos por fibras de colágeno de grosor variable y fibras elásticas de características normales ⁽²⁻⁸⁾. Se pueden observar depósitos de mucina en la periferia y entre los lobulillos grasos, así como aumento del número de vasos sanguíneos, sin anomalías perivasculares asociadas ⁽⁴⁾.

Se han reportado casos en los cuales se ha usado la ecografía de tejidos blandos para ayudar en el diagnóstico, y se ha encontrado una masa próxima al tejido subcutáneo, homogénea, mal definida y discretamente hiperecogénica ⁽⁹⁾, además de herniación del tejido adiposo a través de la dermis ⁽¹⁰⁾.

Entre los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta, están: la fibromatosis plantar juvenil o enfermedad de Ledderhose, el fibroma aponeurótico plantar y las pápulas piezogénicas. Asimismo, entrarían en consideración, entre otros, el nevo lipomatoso superficial, los nódulos calcificados, el histiocitoma congénito solitario, el neurofibroma plexiforme y el hemangioma congénito; en general, todos estos son de localización unilateral, lo que ayuda a precisar el diagnóstico^(4,9).

Los pacientes con hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito asintomáticos y sin repercusión funcional, deben ser controlados clínicamente y no requieren tratamiento⁽¹⁰⁾. Solo está indicada la resección en caso de que genere alguna limitación para la marcha o la bipedestación^(3,5,7-9).

A pesar de su carácter benigno, el pronóstico es incierto debido a que la mayoría de los reportes disponibles en la literatura científica se limitan a pocos meses de evolución, sin hacer referencia a los resultados a largo plazo. En la mayoría de los pacientes, las lesiones bien pueden permanecer estables o presentar un crecimiento proporcional al desarrollo del niño, pero sin repercusiones sobre la salud ni la funcionalidad^(2,9).

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito, una entidad de baja incidencia y con pocos reportes en la literatura. La familiarización del dermatólogo con esta entidad permite establecer un diagnóstico clínico correcto y evita intervenciones innecesarias, además de tranquilizar a los padres por lo que respecta a su naturaleza benigna.

REFERENCIAS

1. Larralde de Luna M, Ruiz-León J, Cabrera HN. Pedal papules in newborn infants. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 1990;18:9-12.
2. Corella F, Dalmau J, García-Muret MP, Baselga E, Alomar A. Precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartoma: A discussion of two cases. *Int J Dermatol*. 2007;46:947-9.
3. Yang JH, Park OJ, Kim JE, Won CH, Chang SE, Lee MW, *et al*. Precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartoma. *Ann Dermatol*. 2011;23:92.
4. Rubio-Flores C, López-Barrantes González O, Garrido-Gutiérrez C, Díaz-Díaz RM. Hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:651-3.
5. Chiaradia G, Fiss RC, Silva CM, Kiszewski AE. Precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartoma: Report of two cases. *J Pediatr Surg*. 2011;46:E11-2.
6. Greenberg S, Krafchik BR. Infantile pedal papules. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:333-4.
7. García-Mata S, Hidalgo-Ovejero Á. Anteromedial plantar nodules of the heel in childhood: A variant of the normality? *J Pediatr Orthopaedics B*. 2010;19:108-13.
8. Lucas-Costa A, Betlloch-Mas I, Martínez-Miravet MT, Silvestre-Salvador JF. Nódulos plantares bilaterales en un lactante. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:281.
9. Corral-Caramesa MJ, González-López MT, Fernández-Cebriánb S. Evolución del hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito. *An Pediatr (Barc)*. 2012;78:419-20.
10. Choudhary AK, Adapa P. Precalcaneal congenital soft-tissue lesions in children: A case report of fibrous hamartoma of infancy and an approach to differential diagnosis. *Radiol Case Rep*. 2015;5:373.

¿Reconoce esta clave diagnóstica? Parte II

What is your diagnosis?

Vanesa Erazo Luna¹, Dilia Díaz², Juan Pablo Ospina³

1. Médica y cirujana, residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
2. Médica y cirujana, residente de Patología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Médico patólogo, docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

MUJER DE 56 AÑOS CON MÁCULAS VIOLÁCEAS, AMPOLLAS Y ÚLCERAS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Calcifilaxis

DIAGNOSTIC IMPRESSION

Calciphylaxis

ENFOQUE DEL CASO CLÍNICO

Al enfrentarnos a una paciente con múltiples factores de riesgo cardiovasculares, hospitalizada por un episodio agudo de enfermedad renal crónica terminal, con alteración del equilibrio calcio-fósforo por el hiperparatiroidismo secundario, quien desarrolló en la piel de los miembros inferiores placas eritemato-violáceas, que evolucionaron a ampollas y luego a úlceras dolorosas, de bordes bien definidos y configuración estrellada, la primera opción diagnóstica que se consideró fue calcifilaxis.

La paciente ya poseía estudios imagenológicos de los miembros inferiores que reportaban permeabilidad del sistema vascular, por lo se procedió a practicar una biopsia incisional. El estudio histopatológico reveló los hallazgos indicativos de calcifilaxis que se muestran en las **figuras 6 y 7**.

Se evaluaron, de forma retrospectiva, las radiografías de los miembros inferiores, que un mes antes se habían practicado por su historia de traumatismo, y se evidenció calcificación vascular extensa (**figura 8, a, b y c**)., Por su estado clínico avanzado, la paciente no fue candidata a medidas terapéuticas diferentes a las de sus comorbilidades de base.

Correspondencia:

Vanesa E. Luna

Email:

lunavanesa@outlook.com

Recibido: 02/06/2018.

Aceptado: 08/06/2018.

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

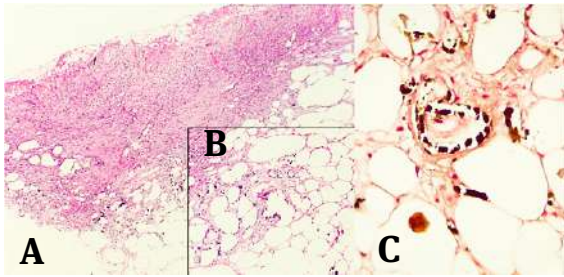


Figura 6. A) Epidermis ulcerada y dermis con infiltrado inflamatorio mixto que se extiende hasta el panículo adiposo. Hematoxilina y eosina, 10X. **B)** Vasos de pequeño calibre, con calcificaciones en las paredes. Hematoxilina y eosina, 40X. **C)** Depósitos de calcio en las paredes vasculares. Tinción de Von Kossa, 40X.

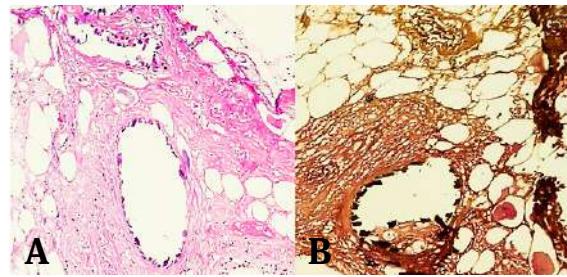


Figura 7. A) Vaso de mediano calibre con calcificaciones en las paredes. Hematoxilina y eosina, 40X. **B)** Resaltan los depósitos de calcio. Tinción de von Kossa, 40X.



Figura 6. A y B) Radiografía comparativa de caderas. **C)** Radiografía del pie izquierdo. Se evidencia calcificación vascular extensa, con densidad de las arterias similar a la del hueso.

DISCUSIÓN

La calcifilaxis, también conocida como arteriopatía calcificante urémica, se caracteriza por depósitos de calcio en la capa media de las arteriolas, fibrosis e hiperplasia de la capa íntima arteriolar, y depósitos de pequeños trombos en la luz vascular, que conducen a disminución del flujo sanguíneo y necrosis de los tejidos, y ulceración de la piel ⁽¹⁾.

Se reportan incidencias de 3,5 casos por cada 1.000 individuos con enfermedad renal crónica terminal o en hemodiálisis crónica ⁽²⁾, siendo este el principal factor de riesgo para la presentación de la enfermedad. La edad promedio de los pacientes es de 65 años, el 80,2 % son mujeres y el 68 % de los afectados son obesos ⁽³⁾. Con menores niveles de 'evidencia', se han descrito otros factores de riesgo, como la diabetes mellitus, la ingestión de suplementos de calcio o de vitamina D,

fijadores de fosfato a base de calcio, corticoesteroides, hierro y warfarina, entre otros ⁽¹⁾.

Clínicamente, los pacientes presentan dolor intenso en la piel, induración, livedo racemosa, máculas, placas o nódulos eritemato-violáceos múltiples, bilaterales, que rápidamente evolucionan a ampollas hemorrágicas y a úlceras de configuración estrellada, malolientes y con detritos necróticos; ocasionalmente, se asocian con síntomas sistémicos por calcificación vascular extracutánea ^(2, 4).

El diagnóstico definitivo es histopatológico, tras la evaluación de una muestra de alguna de las lesiones activas, que puede obtenerse mediante biopsia por escisión o por incisión, con sacabocados de 6 a 8 mm, asegurándose de que quede incluido el tejido celular subcutáneo ⁽¹⁾. Los hallazgos histopatológicos característicos incluyen: calcificación de la capa media de las arteriolas, hiperplasia de la fibrointima de las arteriolas y trombosis en microvasos en la dermis y en el tejido celular subcutáneo, a menudo acompañados de necrosis epidérmica y adiposa, separación dermo-epidérmica, paniculitis y, en ocasiones, calcificaciones extravasculares ^(2, 5).

Entre los exámenes de extensión, dirigidos a identificar los factores de riesgo y descartar otras causas, los pacientes requieren: hemograma; examen de extendido de sangre periférica; reactantes de fase aguda; niveles séricos de PTH, calcio, fósforo, vitamina D, fosfatasa alcalina, creatinina y BUN; uroanálisis; perfil de autoinmunidad e hipercoagulabilidad, así como estudios vasculares ⁽¹⁾. En general, el pronóstico de estos pacientes es desalentador, con reportes de mortalidad de 50 % a 60 % a los 12 meses, principalmente debida a infecciones ^(1, 4).

El tratamiento debe dirigirse a controlar las comorbilidades, ajustar la hemodiálisis, prevenir las infecciones, controlar los síntomas y sanar las heridas ⁽²⁾. En pacientes con hiperparatiroidismo, se ha descrito que el desbridamiento quirúrgico –cuando está indicado–, la paratiroidectomía parcial, o el tratamiento con tiosulfato de sodio (intravenoso), cinacalcet y sevelamer (orales), mejoran los resultados y aumentan la supervivencia global ^(3, 6).

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de una mujer adulta con enfermedad renal crónica terminal, en hemodiálisis, con hiperparatiroidismo secundario y múltiples comorbilidades cardiovasculares, quien presentó máculas y placas eritemato-violáceas que evolucionaron a úl-

ceras dolorosas, de bordes violáceos, irregulares, bien definidos y de apariencia estrellada, indicativos de calcifilaxis. El diagnóstico se confirmó mediante histopatología.

En estos pacientes, las medidas terapéuticas mejoran la supervivencia; sin embargo, las tasas de mortalidad siguen siendo muy altas, por lo que se resalta la importancia de implementar medidas que prevengan o retarden la aparición de la enfermedad renal crónica y que, en caso de ya estar establecida, eviten su progresión hacia etapas avanzadas, que conlleven al desarrollo de complicaciones, entre ellas, la calcifilaxis.

REFERENCIAS

1. Jeong HS, Domínguez AR. Calciphylaxis: Controversies in pathogenesis, diagnosis and treatment. *Am J Med Sci.* 2016;351:217-27.
2. Nigwekar SU. Calciphylaxis. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* 2017;26:276-81.
3. McCarthy JT, el-Azhary RA, Patzelt MT, Weaver AL, Albright RC, Bridges AD, *et al.* Survival, risk factors, and effect of treatment in 101 patients with calciphylaxis. *Mayo Clin Proc.* 2016;91:1384-94.
4. García-Lozano JA, Ocampo-Candiani J, Martínez-Cabriales SA, Garza-Rodríguez V. An update on calciphylaxis. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19:599-608.
5. Chen TY, Lehman JS, Gibson LE, Lohse CM, el-Azhary RA. Histopathology of calciphylaxis. *Am J Dermatopathol.* 2017;39:795-802.
6. Salmhofer H, Franzen M, Hitzl W, Koller J, Kreyman B, Fend F, *et al.* Multi-modal treatment of calciphylaxis with sodium-thiosulfate, cinacalcet and sevelamer including long-term data. *Kidney Blood Press Res.* 2013;37:346-59.

Investigación utilizando placebos

Research using placebos

José María Maya

Médico, magister en Salud Pública, magister en Dirección Universitaria y magister en Dirección y Gestión de la Seguridad Social; profesor titular, Universidad CES; decano general, Escuela de Ciencias de la Vida. Universidad EIA, Medellín, Colombia

ANÁLISIS DEL CASO DE ÉTICA N° 6

Este caso debemos analizarlo partiendo de dos principios éticos fundamentales: no hacer daño y beneficencia. El principio de no hacer daño tiene una gran cercanía con el principio hipocrático *primum non nocere*, que es el principio más básico de una ética de la vida en común. Este principio implica la obligación de no hacer daño intencionalmente, pero su interpretación en la época contemporánea ha avanzado a incluir la responsabilidad de preguntarnos por las consecuencias de nuestro actuar ⁽¹⁾. Claude Bernard lo extendió al campo de la investigación, afirmando que uno no debería lesionar a una persona independientemente de los beneficios que pudieran derivarse para otras ⁽²⁾.

Además de respetar a los demás en sus decisiones autónomas y abstenernos de hacerles daño, la ética invita desde el principio de beneficencia a que hagamos esfuerzos para garantizar su bienestar. Este principio suele denominarse la regla de oro de la convivencia humana y se ha expresado a partir del viejo aforismo “trata a los demás como quisieras ser tratado”. En el caso de proyectos específicos de investigación clínica, los investigadores y los miembros de los comités de ética en investigación tienen la obligación de plantearse, por anticipado, la forma de incrementar al máximo los beneficios y de reducir al mínimo los riesgos para los sujetos de investigación, que pudieran ocurrir en el desarrollo de la misma ⁽²⁾.

Los pacientes de este estudio que aleatoriamente ingresaran al grupo de placebo, podrían como consecuencia de no ser tratados, sufrir como daño que su enfermedad avance y, después de terminar la investigación, cuando reciban tratamiento, que las secuelas, al menos en sus uñas, sean mayores. Diferente sería si reciben como grupo testigo, un tratamiento de los contemplados en la farmacopea aceptada, que sería lo que recibirían en una atención médica regular en una institución de salud. Al proponerles ingresar voluntariamente en la investigación, ellos sabrían que tendrían, al menos, el tratamiento que hubieran recibido en la consulta regular de dermatología y que, aleatoriamente, podrían recibir el nuevo medicamento que promete, según estudios previos, ser más eficaz y con menos probabilidades de efectos secundarios.

El único valor para una persona no es la vida y el único riesgo que no quiere correr no es solo la pérdida de la misma. Todos queremos tener una vida de calidad y no quisiéramos que, como consecuencia de no recibir oportunamente un tratamiento, la enfermedad, aunque se clasifique como no grave, como una micosis unguicular, avance y, finalmente, nos deje unas uñas deformadas. Para muchos pacientes, este efecto de una enfermedad tiene una importancia para su autoestima y, por ende, para la calidad de vida.

Correspondencia:

Jose Maria Maya

Email:

josemariamayamejia@gmail.com

Recibido: 12/11/2018

Aceptado: 14/11/2018

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

Al preguntarse por las implicaciones de su investigación, el investigador no debería estar tranquilo al responder “que de una micosis ungueal no se muere nadie”, sino que su pregunta debería ser más humana y profunda. Debería hacerse el siguiente cuestionamiento: ¿estaría de acuerdo con la decisión de dejar sin tratamiento una micosis ungueal, con el fin de avanzar en el conocimiento de nuevas posibilidades terapéuticas? ¿Dejaría que mis hijos o mis seres queridos fueran expuestos a este riesgo, sabiendo que hay tratamientos razonablemente efectivos? Los riesgos que no acepto correr o los efectos indeseados, que yo no aceptaría para mí o los míos, no debería pedir a otros que los acepten. Eso se llama tratar a los demás como desearía ser tratado, que es un principio básico en la relación médico-paciente.

Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva, deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente. Cuando esta no existe, podrá utilizarse el placebo o ninguna intervención ⁽³⁾.

En las declaraciones de la *World Medical Association* (WMA) de Edimburgo (Escocia) en el 2000, de Corea en el 2008 y de Fortaleza (Brasil) en el 2013, se abrió esta nueva posibilidad para el uso de placebos. En el artículo 33 de esta última declaración se plantea:

“[...] o cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención. Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción [...]” ⁽⁴⁾.

Esta puerta al uso del placebo más allá de la expuesta al final de párrafo anterior, ha sido motivo de múltiples críticas en todo el mundo que ven en esta adición que la WMA cedió a las presiones de grupos de interés, que veían en la Declaración de Helsinki un obstáculo a sus proyectos. Por esta razón, algunas organizaciones y grupos de ‘bioeticistas’, han apoyado como referente normativo válido, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del 2005 ⁽⁵⁾.

Mi recomendación es seguir lo que la WMA y diferentes organizaciones habían planteado desde hace mucho tiempo y que se refiere a solo utilizar placebos cuando no existen intervenciones probadas y aceptadas por la comunidad científica. El ceñirnos a esta directriz que quiere proteger a los sujetos de investigación de daños innecesarios, así sean leves o moderados, me parece más ceñida a la ética y más coherente con el pensamiento bioético mundial actual.

En general, es mejor avanzar más despacio en la adquisición de nuevo conocimiento que atropellar a los seres humanos. No olvidemos lo que aprendimos del análisis de los estudios de Tuskegee, Willowbrook, Brooklyn ⁽⁶⁾ y otros, que hicieron daño a muchos seres humanos en aras de obtener conocimiento.

REFERENCIAS

1. Maya JM. Bioética general. En: Ochoa-Jaramillo FL, Osorio JW, Taborda-Alzate M, editores. Bioética plural. Medellín: Universidad CES; 2012. p. 26.
2. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Fecha de consulta: 9 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>.
3. Taborda M. Del Código de Núremberg a la Declaración de Helsinki, entre la adaptación y la corrupción. Anexo 1. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. En: Bioética plural. En: Ochoa-Jaramillo FL, Osorio JW, Taborda-Alzate M, editores. Bioética plural. Medellín: Universidad CES; 2012. p. 43-50.
4. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Reunión de Fortaleza (Brasil), octubre de 2013. Boletín ETICES. 2013;5(4):1-14.
5. Unesco. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Fecha de consulta: Fecha de consulta: 9 de noviembre de 2018. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php.URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
6. Maya JM. Bioética general. En: Ochoa-Jaramillo FL, Osorio JW, Taborda-Alzate M, editores. Bioética plural. Medellín: Universidad CES; 2012. p. 17.

Índice anual

EDITORIALES

Velásquez MM. **Preservando el legado de la Dermatología colombiana en la era digital.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):6-7.

Velásquez MM. **Guías de manejo de la psoriasis en Colombia: compromiso de todos.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(2):86-7.

Hernández N. **Biosimilares, nuestro futuro próximo.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(3):164-5.

Burgos C. **Desarrollo profesional permanente en Colombia y ley estatutaria de la Salud.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(4):222-5.

RESEÑA

BIBLIOGRÁFICA

Falabella R, Victoria J, Barona MI. **Dermatología, octava edición, 2017.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(2):88.

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO

Moreno C, Wolff JC, Ospina JP, Ruiz JD, Correa LA. **¿Reconoce esta clave diagnóstica?** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):8-9, 56-61.

Rodríguez G. **¿Reconoce esta clave diagnóstica?** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(2):90-1, 144-5.

Betancur R, Rodríguez G. **¿Recon-**

oce esta clave diagnóstica? Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(3):166-7, 204-5.

Erazo-Luna V, Díaz D, Ospina JP. **¿Reconoce usted esta clave diagnóstica?** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(4):226-7, 257-9.

ÉTICA

Maya JM. **Responsabilidad del paciente.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):10-1, 62-3.

Maya JM. **Manejo confidencial de la información.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(2):92-3, 146-8.

Maya JM. **Conflicto de intereses.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(3):168-9, 206-7.

Maya JM. **Investigación utilizando placebos** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(4):228-9, 260-1

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Pozzobon FC, Acosta AE, Castillo JS. **Cáncer de piel en Colombia: cifras del Instituto Nacional de Cancerología.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):12-7.

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Uribe CJ, Anaya KC, Céspedes AM, Otero CR, Prada DM, Rueda JP, Sánchez T. **Carcinoma basocelular**

de piel en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia: una mirada epidemiológica. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018; 26(1):18-23.

Santa-Vélez C, Rueda X, Pulido L, Pozzobón C, Sánchez R, Acosta A. **Concordancia diagnóstica de la evaluación de imágenes digitales clínicas y dermatoscópicas versus el examen clínico de lesiones tumorales de piel.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(2):94-105.

Ramírez LC, Gómez LF, Peña MN, Vasco C, Medina LJ, Plata JA, Velásquez MM, Vargas GA. **Características clínicas y respuesta a la fototerapia de los pacientes con psoriasis.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018; 26(2):106-15.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Díaz CJ, Rodríguez JH. **Vitiligo en niños: enfoque clínico.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018; 26(2):116-25.

Cardona M, Galindo LF, Díaz-Guío DA. **Síndromes de hipersensibilidad inducidos por medicamentos en las unidades de cuidados intensivos.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(3):170-83.

González CP. **Ultrasonido de alta resolución en enfermedades benignas de la piel.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(4):230-9

REVISIÓN DE TEMA

Santa-Vélez C, Morales S, Roncancio TI, Rueda-Lozada X. **Nevo de Spitz atípico versus melanoma spitzoide: el papel de la hibridación fluorescente *in situ* en el diagnóstico de lesiones melanocíticas ambiguas.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):24-31.

REPORTES DE CASO

Varela-Hernández CI, Rueda-Plata RA. **Paraqueratosis granular axilar unilateral de inicio macular.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):32-5.

Ávila-Álvarez A, Gaviria-Barrera ME, Arias-Rodríguez C, Gómez LM. **Enfermedad de Fox-Fordyce después de terapia láser: radiofrecuencia, una opción de tratamiento.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):36-9.

Saponaro A, Marini MA, Parra LS, Mancipe J, Vigovich F. **Angioqueratoma distalseudolinfomatoso infantil: presentación de un paciente y revisión bibliográfica.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):40-7.

Araújo AP, Sánchez TC, Rojas RF, Martínez WJ, López CA. **Amiloidosis macular hipopigmentada: reporte de un caso.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):48-51.

Chang LF, Salvador Porres H. **Queratolisis punctata, observando un Corynebacterium.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):52-5.

Vanesa Erazo E, Palacios CP. **Elefantiasis nostras verrucosa en paciente con linfedema primario.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(2):126-31.

Núñez MM. **Fibromatosis digital infantil congénita ulcerada, reporte de caso.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(2):132-6.

Toso S, Sepúlveda C, Reeves MB, Macías MA, Chávez F, Fuenzalida H. **Manejo Multidisciplinario Y Preventivo De Displasia Ectodérmica Hipohidrótica: A Propósito De 3 Casos En Una Familia.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(2):138-43.

Rodríguez LM, Gómez S, Gómez LV, Ruiz AC. **Inmunodeficiencia combinada grave y psoriasis infantil, una rara asociación.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(3):184-9.

Piedrahíta LM, Díaz CJ. **Palma en tripa en paciente con carcinoma pulmonar metastásico.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(3):190-3.

Herrera SP, Rueda NA, Rueda JP, Insuasty J, Flaminio Rojas R. **Hipertrichosis como efecto dermatológico secundario al uso de panitumumab.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(3):194-7.

Macías MA, Téllez AM, Ballén J, Hernández C. **Síndrome LEOPARD.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(3):198-202.

Pacheco-Pacori YD, Palacios JF. **Angiosarcoma de cuero cabelludo, diagnóstico diferencial y revisión de la Literatura.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(4):248-52

Bustamante-Benjumea I, Forero-Buitrago MS. **Hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(4):253-6

RESÚMENES

III Congreso Colombiano de Especialidades Dermatológicas y XII Congreso Colombiano de Dermatología Pediátrica. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018;26(1):64-72.

Evaluadores 2017/2018

Arenas, Claudia Marcela
Ávila, Alejandra
Cárdenas, Paola Jimena
Cárdenas, Zay Beatriz
Castro, Juan Raúl
Chalela, Juan Guillermo
Correa, Luis Alfonso
Cruz, Adriana
Cuéllar, Isabel Cristina
Franco, Manuel Darío
García, Lucy
Gaviria, Mónica Alejandra
González, César
Guzmán, María Claudia
Hoyos, Juan Guillermo
Jaimés, Ángel Omar
Jaimés, Natalia
Jaramillo, Felipe
Jiménez, Juan Guillermo
Jiménez, María del Pilar
Leroux, María Bibiana
Londoño, Ángela María
Mancilla, Gener Alejandro
Martínez, Sandra Otilia
Mejía, Ana María
Mejía, María Natalia
Meléndez, Esperanza
Mesa, Julia Inés
Montealegre, Carlos Eduardo
Morales, Camilo Andrés
Muñoz, Liliana Eugenia
Muñoz, Víctor Javier
Ospina, Juan Pablo
Palacios, Claudia Patricia
Prada, Stella
Ramírez, Ana Francisca
Restrepo, Rodrigo
Rivera, Rafael Humberto
Rodríguez, Gerzain
Ruiz, Ana Cristina
Ruiz, Juan David
Sánchez, Jorge Mario
Sandoval, Fabián
Santa, Catalina

Seidel, Ángela
Sierra, Jaime Alberto
Tamayo, Liliana María
Tamayo, María Margarita
Tavera, Mariela
Torres, Mauricio
Valencia, Óscar Jairo
Vargas, Gloria Andrea
Velásquez, Carolina
Velásquez, Margarita María
Velásquez, Natalia
Zuluaga, Diana Cristina

Reglamento de publicaciones

La Revista Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica es la publicación oficial de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, sus sociedades filiales y los capítulos regionales. Se publica de forma continua desde 1991, y desde 2003 se hace trimestralmente, previo sometimiento al arbitraje por pares científicos seleccionados por el Comité Editorial. Se encarga de divulgar artículos originales e inéditos de investigación en Dermatología, artículos de revisión y de reflexión, y reportes de casos dermatológicos. Su contenido es esencialmente de tipo científico, aun cuando eventualmente puede haber contribuciones de carácter gremial o informativo cuando sean de particular importancia. Uno de sus objetivos más claros es lograr una mejor educación dermatológica continua y, por consiguiente, son bienvenidos todos aquellos trabajos que cumplan con esta meta.

El título abreviado de la Revista Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica es Rev Asoc Colomb Dermatol. que debe ser usado en las notas al pie de página, leyendas de figuras y referencias bibliográficas.

Los manuscritos deben ser enviados al editor de la Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, por medio de el correo electrónico revista@asocolderma.com

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La revista observa las normas publicadas por el International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) en sus requisitos uniformes para manuscritos enviados a revistas biomédicas y las ha incorporado en el proceso de revisión y publicación.

Tipo de artículos publicados en la revista

1. Artículo de investigación

Debe ser un trabajo original derivado de una investigación que contribuya a construir conocimiento científico al registrar información relevante sobre nuevos datos disponibles. Debe contener las siguientes secciones: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y referencias. Debe contar con un resumen estructurado de máximo 250 palabras, en español e inglés, y se deben indicar de tres a seis palabras clave en español, que estén incluidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), y en inglés, que aparezcan en el listado del Medical Subject Headings (MeSH) (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

Los trabajos presentados deben haber observado las normas éticas del comité encargado de supervisar los estudios de investigación de la institución en donde se realizó el estudio, además de acatar los enunciados de la Declaración de Helsinki de 1975, modificada en Seúl, Corea, en 2008, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>, y los contenidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. Se debe adjuntar al manuscrito la aprobación del comité institucional de ética en investigación.

2. Artículo de revisión

Es un trabajo didáctico de actualización sobre un campo particular de la Dermatología; se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de, por lo menos, 50 referencias. Se sugiere no incluir más de setenta referencias y el resumen, en español y en inglés, no debe ser de más de 150 palabras. Se deben indicar de tres a seis palabras clave en español y en inglés.

3. Artículo de reflexión

Es un manuscrito que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

4. Reporte de caso

Es la sección dedicada a la comunicación de experiencias clínico-terapéuticas o histopatológicas. Su objetivo es contribuir al conocimiento médico al describir una enfermedad nueva o poco frecuente, una aplicación clínica relevante, contribuir a esclarecer la patogénesis de una enfermedad, describir alguna complicación inusual o aportar aspectos novedosos en cuanto a diagnóstico o tratamiento. El resumen, en español y en inglés, no debe ser mayor de 150 palabras. Deben indicarse de tres a seis palabras clave.

Debe contener la descripción del caso clínico, un corto comentario y una conclusión final.

Se sugiere un máximo de diez referencias, relacionadas con el tema, y tres fotografías clínicas o histológicas. Si los autores consideran que deben incluirse más fotografías, deben explicar la importancia de la inclusión de las imágenes para la comprensión del artículo.

A juicio del Comité Editorial, los autores de un reporte de caso no deben ser más de cuatro (Rev Asoc Colomb Dermatol. 2011;19:260-1); si los autores exceden ese número, debe sustentarse con claridad la participación de cada uno en la elaboración del artículo.

5. Haga usted el diagnóstico

Esta modalidad de artículo de educación continua tiene el propósito de estimular la habilidad diagnóstica de los lectores. Tiene dos partes, la primera hace la presentación del caso utilizando fotografías clínicas o imágenes histológicas; la segunda aparece al final de la revista y revela el diagnóstico correcto junto con un comentario sobre la entidad correspondiente.

6. Revisión de tema

Es un documento que resulta de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

7. Revisión de la literatura

Son resúmenes cortos de artículos de importancia publicados en revistas internacionales.

8 Noticias y eventos

Esta sección publica comunicaciones de informes, obituarios, reuniones de la Asociación o eventos nacionales o extranjeros de importancia para el dermatólogo.

9. Cartas al editor

Son los comentarios, opiniones o informaciones relacionados con publicaciones previas e inquietudes sobre la revista o la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. La correspondencia publicada puede ser editada por razones de extensión, corrección gramatical o de estilo, y de ello se informará al autor antes de su publicación.

EVALUACIÓN DE LOS ARTÍCULOS POR PARES CIENTÍFICOS

Cada manuscrito es presentado al Comité Editorial, que decide si el manuscrito es relevante y pertinente para la revista. Si lo es, el manuscrito es evaluado por dos árbitros que pueden ser miembros de la institución editora o no serlo; estos árbitros se seleccionan entre expertos en el tema tratado en cada manuscrito. El proceso de revisión por pares es anónimo y doble ciego; ni los revisores conocen el nombre de los autores ni los autores saben quienes aceptan o rechazan su manuscrito, con el fin de garantizar la mayor objetividad posible en la evaluación.

Los pares deciden la conveniencia de su publicación y pueden sugerir correcciones en caso de que lo estimen necesario, las cuales se transmiten a los autores por correo electrónico; si fuere necesario, el artículo se envía de nuevo a los pares revisores para que corroboren si se realizaron los ajustes solicitados.

Si existen opiniones encontradas entre los árbitros con respecto a la publicación del manuscrito, el caso se lleva a discusión por parte del Comité Editorial con el fin de tomar la decisión final sobre la publicación o no del mismo.

Esta decisión se basa en la calidad del manuscrito, su importancia y claridad y, además, del número de manuscritos aprobados para determinado número de la revista y del espacio disponible en ella. Todos los manuscritos rechazados se devuelven a los autores.

Cuando un manuscrito es aceptado para publicación, se le envía al autor la diagramación final en un archivo en formato pdf (Portable Document Format) para su revisión y aprobación; en el caso de requerirse alguna corrección, se debe informar a la revista en los siguientes tres días.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Los trabajos se deben enviar junto con una carta de presentación que incluya el título del trabajo y la sec

ción en la que se solicita publicación, con una declaración que precise que el artículo es original e inédito. Se debe declarar que todos los autores han leído y aprobado el contenido del trabajo y que éste o parte del mismo no han sido publicados con anterioridad ni han sido enviados a otro sitio para publicarse; que fue conducido bajo las reglas éticas antes mencionadas, y que se transfieren los derechos de reproducción (copyright) del artículo a la revista. A juicio del Comité Editorial, puede haber excepciones para aceptar material que haya sido publicado previamente (tablas o figuras), en cuyo caso se debe adjuntar el permiso de la publicación que posea el derecho de reproducción. El autor debe adelantar los trámites necesarios para la obtención de tales permisos.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Todos los autores deben declarar si tienen algún conflicto de interés relacionado con el manuscrito que están enviando. Estos conflictos de interés incluyen los apoyos económicos recibidos para la realización del trabajo, los pagos recibidos de una entidad comercial y los pagos por conducir un estudio o por ser consultor de alguna compañía farmacéutica. Igualmente, todo apoyo económico o de cualquier otro tipo para asistir a eventos sociales o académicos relacionados con la compañía farmacéutica involucrada en el estudio. La no declaración de los conflictos de interés puede llevar a sanciones como el rechazo de la publicación o, en caso de ya haber sido publicado el manuscrito, la publicación posterior del conflicto no declarado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si la fotografía de un paciente enviada para publicación permite reconocer la identidad del sujeto, se debe obtener por escrito el consentimiento informado del paciente. La custodia del documento de aceptación es responsabilidad de los autores, quienes firmarán en el momento de enviar el artículo un certificado de que se cuenta con la autorización escrita del paciente para la publicación de su caso. No se debe incluir ningún tipo de información que permita identificar al paciente, como nombres, iniciales o números de historia clínica.

En la actualidad, debido al acceso de los pacientes a las revistas clínicas en medios electrónicos, el consentimiento a la publicación de fotografías cobra gran importancia. No se debe publicar una imagen en la que el paciente pueda reconocerse o ser reconocido, sin el consentimiento por escrito ya que constituye una vio-

lación de su privacidad. Esto incluye no solamente la cara, sino cualquier parte del cuerpo que el paciente pueda identificar como propia. En la edición de la fotografía se deben omitir datos que puedan permitir la identificación del paciente, pero esto no obvia la necesidad de obtener el consentimiento informado.

ENVÍO DEL ARTÍCULO

Todo trabajo debe ser enviado a la dirección electrónica de la revista (revista@asocolderma.com). Los manuscritos deben escribirse en hojas tamaño carta, a doble espacio, preferiblemente en letra Arial de 12 puntos; las tablas y figuras no deben incluirse dentro del texto, deben ir al final del mismo, después de las referencias. La revista tiene el español como idioma oficial, aunque puede aceptar colaboraciones en inglés.

La primera página debe incluir lo siguiente:

- Título del trabajo en español.
- Título del trabajo en inglés.
- Subtítulo, si lo amerita.
- Primer apellido y nombres completos de los autores.
- Cargo y categoría académica de los mismos.
- Nombre de la institución donde se realizó el trabajo.
- Nombre, dirección, número de teléfono, fax y dirección electrónica del autor responsable de la correspondencia.
- Fuentes de financiación, equipo, medicamentos o todos estos.
- Conteo de palabras del texto, excluyendo el resumen, los agradecimientos, los pies de figuras y las referencias, y conteo de las palabras del resumen.
- Número de figuras y cuadros.
- Título corto para los encabezamientos de página.

En la segunda página debe aparecer el resumen en español y su traducción al inglés, y las palabras clave en los dos idiomas.

Debe evitarse el uso de abreviaturas que no sean universalmente reconocidas, sino que hayan sido acuñadas por los autores. Siempre se deben usar los nombres genéricos de los medicamentos. Si se incluye una marca registrada, sólo se podrá citar una vez, entre paréntesis, luego de su primera mención. Toda medida se debe expresar según el sistema internacional de unidades. Las referencias se deben identificar en

el texto con números arábigos entre paréntesis, en su orden de aparición.

La lista secuencial de referencias también debe ser escrita a doble espacio, y debe aparecer en nueva página al final del texto. La forma de citarlas debe ajustarse a lo recomendado en los requisitos uniformes para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas, o normas de Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). La abreviatura de los títulos de las revistas debe ser tal y como aparece en la lista de revistas indexadas en el Index Medicus, que puede obtenerse en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=search&db=journals>.

Las comunicaciones personales no constituyen una referencia bibliográfica reconocida, como tampoco lo son los resúmenes de congresos; si se considera necesaria su inclusión, deben aparecer entre paréntesis en el texto. Por favor, asegúrese de que todas las referencias citadas en el texto hayan sido listadas en las referencias.

Ejemplos de referencias

Se deben listar los primeros seis autores seguidos por *et al.*

- **Artículos de revistas:** Autores. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; volumen: página inicial y final del artículo.
- **Libros:** Autores. Título del libro. Número de la edición. Lugar de publicación: editorial; año.
- **Capítulos de libros:** Autores del capítulo. Título del capítulo. En: editores del libro. Título del libro. Número de la edición. Lugar de publicación: editorial; año; página inicial y final del capítulo.
- **Medio electrónico:** Autores. Título [sede web]. Lugar de publicación: editor; fecha de publicación. Fecha de consulta. URL electrónica exacta.

Ilustraciones y cuadros

Cada una de las ilustraciones y cuadros se debe enviar en un archivo adicional al texto del artículo. Son suplementarios y no duplicadores de lo que se diga en el texto. Cada artículo puede llevar un número razonable de fotos; para los minicasos, el máximo es de tres. El número de fotos puede aumentarse cuando las características didácticas del artículo lo ameriten, a juicio del Comité Editorial.

Fotografías

Las fotografías deben enviarse en un archivo anexo al artículo, de preferencia en formato TIFF (Tagged Image File Format); el formato JPEG (Joint Photographic Experts Group) no permite una óptima impresión dado que es un archivo comprimido en el que se han eliminado un número indeterminado de píxeles para lograr su compresión. Si la foto es a color debe enviarse en alta resolución, es decir, por lo menos a 300 dpi (dots per inch); si es en blanco y negro, la resolución óptima para impresión es de 600 dpi.

Se deben numerar con cifras arábigas, tener un título breve y ser autoexplicativas. Las fotografías de histopatología deben indicar el tipo de tinción y los aumentos a los que se fotografió la imagen enviada.

Si han sido publicadas previamente, debe anotarse la referencia completa y exacta del sitio en el que fue publicada y adjuntar el permiso por escrito de la publicación que posea el derecho de reproducción (copyright).

Los gráficos y las tablas deben enviarse en sus archivos de origen (Excel, Power Point) y no enviarlos escaneados ya que impide su corrección y diagramación apropiada. Al igual que las figuras, deben ser numeradas, aparecer citadas en el texto y deben contar con una leyenda ilustrativa y ser autoexplicativas; asimismo, deben aparecer las unidades que se hayan utilizado para las diferentes variables listadas.

Instructions for authors

The Revista Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica is the official publication of the Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, its affiliate societies and regional chapters. It has been published continuously since 1991, and it became a quarterly journal since 2003, after scientific peer reviewing by scientists selected by the Editorial Committee. It publishes original research articles related to Dermatology, review and reflective articles, and case reports.

Its content is essentially scientific, even though there may eventually be union or informational contributions, when they are particularly relevant. One of its clearest aims is to achieve a better continuous education in Dermatology, and thus, all those papers which comply with this goal are welcome.

The abbreviated title of the Revista Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica is Rev Asoc Colomb Dermatol. which must be used in footnotes, figure captions and bibliographical references.

Manuscripts must be sent to the Revista Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica editor's email (revista@asocolderma.com).

INFORMATION FOR AUTHORS

The journal complies with the guidelines published by the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) in its "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" and has incorporated them in the review and publication process.

Type of articles published in the journal

Research article

It must be an original paper derived from an investigation which contributes to the construction of scientific knowledge by registering relevant information about new available data. It must contain the following sections: introduction, materials and methods, results, discussion and references. It must have a structured

abstract with a maximum of 250 words, in Spanish and English, and 3-6 keywords must be suggested; for Spanish, these keywords must be included in the Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>), and for English, they must be included in the Medical Subject Headings (MeSH) (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

The presented articles must comply with the ethical guidelines of the committee in charge of supervising the investigation studies of the institution where the study was conducted in addition to complying with the 1975 World Medical Association Declaration of Helsinki (Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects), modified in Seoul, South Korea, in 2008 (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>), and those in the Resolución 8430 de 1993 of the Ministerio de Salud, and the Resolución 2378 de 2008 of the Ministerio de la Protección Social. The approval of the institutional research ethics committee must be attached to the paper.

Review article

It is an educational paper relevant to the update of a particular area of dermatology, characterized by presenting a thorough bibliographic review of at least 50 references. We suggest not to add more than 70 references, and that the abstracts, both in Spanish and English, not to exceed 150 words. Three to six keywords in Spanish and English must be listed.

Reflective article

It is a paper which presents the results of an investigation from the analytical, interpretative or critical perspective of the author, regarding a specific topic, and using original sources.

Case report

It is the section dedicated to the communication of experiences, both clinical and therapeutic or histopathological. Its objective is to contribute to medical

knowledge by describing a new or not frequent disease, a relevant clinical application, contributing to the elucidation of the pathogenesis of a disease, describing an unusual complication or adding novel aspects regarding diagnostics and treatment.

The abstract, in Spanish and English, must be no longer than 150 words, and three to six keywords must be listed. It must contain the description of a clinical case, a short commentary, and a final conclusion maximum of ten references related to the topic, and three clinical or histological photographs are suggested. If the authors consider more photographs should be included, they have to explain the importance of their inclusion for understanding the article.

By decision of the editorial committee, the authors of a case report should not be more than four (Rev Asoc Colomb Dermatol. 2011;19:260-1); if there are more participants, their involvement in the article must be argued clearly.

Make your own diagnosis

The purpose of this type of continuous education article is to stimulate the diagnostic ability of the readers. It is divided in two parts: the first one presents the case by means of clinical photographs or histological images, and the second part is shown at the end of the journal and it reveals the correct diagnosis, along with a commentary about the corresponding entity.

Topic review

It is a manuscript that results from the critical review of the literature regarding a peculiar topic.

Literature review

They are short abstracts of important articles published in international journals.

News and events

This section publishes reports, obituaries, association meetings or national or foreign events which may be important for the dermatologist.

Letters to the editor

They are the comments, opinions or information related to previous issues or questions about the journal or the Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. The published mail may be

edited due to length, grammar or style; the author will be informed before the publication.

SCIENTIFIC PEER REVIEW OF THE MANUSCRIPTS

Each paper is presented before the editorial committee, which decides if the paper is relevant and pertinent to the journal. If it is, the paper is reviewed by two referees who might be members of the editing institution or not. These referees are selected among experts on the topic of the paper. The review process by the peers is anonymous and double-blinded. Neither the reviewers nor the authors know the names of each other, so the authors have no knowledge of who accepts or rejects the papers, thus guaranteeing the maximum possible objectivity in the evaluation.

The peer reviewers decide on the convenience of its publication and, if deemed necessary, may suggest corrections, which are sent via email. If it were necessary, the article is sent again to the reviewing peers to corroborate if the authors made the requested changes.

If the referees disagree on the publication of the article, the case is discussed by the Editorial Committee for the final decision regarding whether it is published or not.

This decision is based on the quality of the paper, its importance and clarity, and the number of approved papers for a specific number of the journal and the available space on it. All rejected papers are returned to the authors.

When a paper is accepted for publishing, the final layout is sent to the author in a pdf file (Portable Document Format) for its review and approval. In case a correction is necessary, this must be informed to the journal within the next three days.

PRESENTATION OF THE PAPER

Papers must be sent along with a presentation letter including the title of the paper and the section in which they wish to be published, with a statement that specifies that the article is original and unpublished. It must specify that: all the authors have read and approved the content of the paper, and that it or any part of it has not been previously published or sent to another place for publishing; that it was conducted following the ethical rules mentioned above; and that the copyright of the article is transferred to the journal. The Editorial Committee decides if there may be exceptions to accept

material that has been previously published (tables or figures) in which case the copyright permit must be attached. The author must arrange the proceedings for obtaining the permits.

CONFLICT OF INTEREST

All the authors must declare if they have any conflict of interest related to the paper they are submitting. These conflicts of interest include financial support for the developing of the paper, payments from a commercial entity and payments for conducting a study or being a consultant for any pharmaceutical company. Likewise, all financial support of any other kind for assisting to social or academic events related to the pharmaceutical company involved in the study. Not declaring these conflicts of interest may end up in penalties like rejection of the publishing or, in case it has already been published, the subsequent publication of the undeclared conflict of interest.

INFORMED CONSENT

If the submitted photograph of a patient allows the recognition of the subject's identity, a written informed consent of the patient must be obtained. The custody of the document of acceptance is responsibility of the authors, who will sign a certificate stating they have the written authorization of the patient for the publication of their case the moment they send the article. No identifying information should be included, such as names, initials or medical history numbers.

Nowadays, due to the electronic access of patients to clinical journals, consent for the publication of photographs is of utmost importance. An image in which patients might recognize themselves or be recognized should not be published without their written consent because it constitutes a violation of their privacy. This includes not only the face, but any part of the body patients might recognize as theirs. In the photograph editing any data that may allow for the identification of the patient must be omitted, but this does not avoid the need to obtain the informed consent.

MANUSCRIPT SUBMISSION

All papers must be sent to the journal's email address (revista@asocolderma.com). The papers must be written in letter size, double line spacing, preferably using Arial size 12; the tables and figures are not to be

included inside the text, they must be at its end, after the references. The journal's official language is Spanish, but it may accept collaborations in English.

- The first page must include the following:
- Title of the paper in Spanish.
- Title of the paper in English.
- Subtitle, in case it deserves it.
- Last name and first and middle names of the authors.
- Position and category of the authors.
- Name of the institution where the paper was developed.
- Name, address, telephone number, fax and email of the corresponding author.
- Financial sources, equipment and/or drugs.
- Word count, excluding the abstract, acknowledgements, figure captions, references and the abstract word count.
- Number of figures and charts.
- Short title for the headers.

The abstract in Spanish and its translation into English, along with the keywords in both languages must be on the second page.

The use of abbreviations that are not internationally recognized, but coined by the authors must be avoided. The generic names of the drugs must be used. If a registered trademark is included, it can only be cited once in brackets after its first mention. All measurements must be expressed according to the International System of Units. References must be identified with an Arabic number in brackets, in order of appearance.

The consecutive list of references must be written using double line spacing and appear on a new page at the end of the article. Citing style must conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals or Vancouver System (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). The abbreviation of the journal titles must comply with the indexed journal list in the Index Medicus which can be found here: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=search&db=journals>.

Personal communications do not constitute a recognized bibliographical reference nor do congress summaries; if their inclusion is deemed necessary, they must appear in brackets in the text. Please, make sure all the cited references are listed in the references.

Examples of references

The first six authors must be cited followed by et al.

- Journal articles: Authors. Title of the article. International abbreviation of the magazine. Year; volume: pages.
- Books: Authors. Title of the book. Number of the edition. Place of publication: publisher; year.
- Chapters in a book: Authors of the chapter. Title of the chapter. In: editors of the book. Title of the book. Number of the edition. Place of publication: publisher; year. Pages.
- Electronic media: Authors. Title [web site]. Place of publication: editor; date of publication. Date of access. Exact URL.

be self-explanatory. Similarly, the units used for the different variables must be listed.

Figures and tables

Each one of the figures and tables must be sent in an additional file along with the article text. They are supplementing and not duplicating the text. Each article may have a reasonable number of photographs; for mini-cases, the maximum is three. The number of photographs may increase when the didactic characteristics of the article deserve it, subject to the decision of the Editorial Committee.

Photographs

The photographs must be sent in an additional file along with the article, preferably in TIFF format (Tagged Image File Format); JPEG format (Joint Photographic Experts Group) does not allow an optimal printing due to the fact that an indeterminate number of pixels have been deleted to support compression. If it is a color photograph, it must have a high resolution of at least 300 dpi (dots per inch); if it is black and white, the optimal resolution for printing is 600 dpi.

They must be numbered using Arabic numbers, have a short title, and be self-explanatory. Histopathological photographs must include the type of stain and the amplification used.

If they have been previously published, the complete and exact reference of where it was published must be noted, and the written copyright permit attached.

Figures and tables must be sent in their original file formats (Excel, PowerPoint) not scanned because that does not allow for corrections and the appropriate diagramming. Just as figures, they must be numbered, appear cited in the text, have an illustrative caption, and

EDITORIAL

Desarrollo profesional permanente en Colombia y ley estatutaria de la salud

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO PARTE I

¿Cuál es su diagnóstico?

ÉTICA PARTE I

Investigación utilizando placebos

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Ultrasonido de alta resolución en enfermedades benignas de la piel

Intervenciones terapéuticas en pitiriasis rosada: revisión de la literatura

REPORTE DE CASO

Angiosarcoma de cuero cabelludo, diagnóstico diferencial y revisión de la literatura

Hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO PARTE II

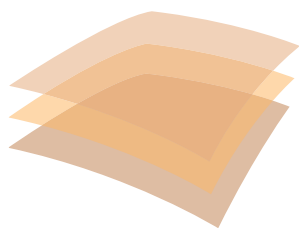
¿Cuál es su diagnóstico?

ÉTICA PARTE II

Investigación utilizando placebos

ÍNDICE ANUAL

EVALUADORES 2017/2018



AsoColDerma
Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica.

Indizada en:

