



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.

COMITÉ EDITORIAL

Ana Francisca Ramírez

Esp. en Dermatología, Esp. en Dermatología Oncológica.

Ángela María Londoño

Esp. en Dermatología, MSc Epidemiología. Universidad CES. Medellín, Colombia.

César González Ardila

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

Gerzaín Rodríguez

Esp. en Dermatopatología. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia. Centro Dermatológico Federico Lleras.

Juan Raúl Castro Ayarza

Médico Cirujano. Universidad Nacional de Colombia. Esp. en Dermatología. Universidad Nacional de Colombia. Esp. en Docencia Universitaria. Universidad Militar Nueva Granada
Máster en Dermatología Oncológica. Universidad de Valencia

Luis Antonio Castro Gómez, MD

Dermatólogo, Universidad Militar Nueva Granada. Inmunodermatólogo, Clínica Mayo, Rochester MN, USA. Docente Titular HC, Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada. Dermatólogo -Inmunodermatólogo, Clínica de Psoriasis e Inmunodermatología, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

COMITÉ CIENTÍFICO

Álvaro Acosta

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

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.

María Isabel Barona

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

Omar Lupi

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

Rodrigo Restrepo

Dermatopatólogo, docente de la Universidad CES y de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, 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.

ASESOR DE ETICA:

José María Maya

Médico, magíster en Dirección Universitaria, Magíster en Salud Pública. Universidad CES, Medellín, Colombia.

ASISTENTE EDITORIAL

Alexandra Sánchez

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

CORRECTOR DE ESTILO

Andrés Mantilla Meluk

Lingüista con énfasis en Comunicación, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

Carlos Arturo Hernández

Especialista en Salud Pública, Bogotá, D.C., Colombia.

DIRECTORA COMERCIAL

Mónica Elena Rivera

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

DISEÑO EDITORIAL

Valentina Vergara

Diseñadora, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

DIRECTIVAS DE ASOCOLDERMA 2018-2020

PRESIDENTE:

Oscar Mora Hernández

VICEPRESIDENTE:

Claudia Arenas Soto

SECRETARIA:

Clara Ines Ortíz Serrano

PRESIDENTE HONORARIO:

Edgar Olmos Olmos

PRESIDENTE DEL CONGRESO:

Hernán Emilio Duque Romero

TESORERA:

Mónica Elena Rivera

Vocal principal:

Gloria Sanclemente Mesa

Vocal principal:

Carlos De La Roche

Vocal principal:

Leonor Molina Prieto

Vocal suplente:

Ricardo Flaminio Rojas López

Vocal suplente:

Rafael Humberto Rivera Villamil

Vocal suplente:

Luis Miguel Covo Segrera

Fiscal Honorario:

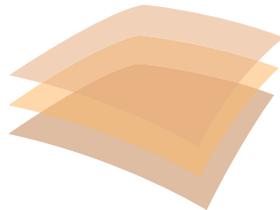
Adriana Arrunátegui Ramirez

Revisor fiscal:

Constanza García Paredes

PORTADA:

Enfermedad de Bowen perianal: presentación de dos casos, Óscar Valencia *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

166

Solidaridad y compromiso social en dermatología

Margarita María Velásquez

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE I

168

Juan Pablo Ospina Gómez, Juan David Ruiz Restrepo, Dellys Adriana Álvarez Alvarado, Simón Gallo Echeverri

ÉTICA - PARTE I

170

Objeción de conciencia

José María Maya

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

170

Morbilidad dermatológica en pacientes atendidos por la Patrulla Aérea Civil Colombiana, 2008-2018

Nicolás Aguilar Medina, Lucía Van Den Enden Medina, Felipe Jaramillo Ayerbe, Eduardo Carvajal De los Ríos

170

REPORTE DE CASO

180

Esclerodermia localizada: a propósito de un caso clínico

Sharon Imbett, Carolina Suárez, Alfonso González

180

Psoriasis pustulosa anular: reporte de un caso y revisión de la literatura

Melisa Giraldo, Elsa Stella Mosquera, Ángela Seidel

187

Enfermedad de Bowen perianal: presentación de dos casos

Óscar Jairo Valencia Ocampo, Marta Cecilia Sierra Sierra, Juan Guillermo Hoyos Gaviria

192

Melanoma del conducto auditivo externo. presentación de un caso

Pedro Rosales Torres, Rafael Pila Pérez, Pedro León Acosta, Rafael Pila Peláez, Jaidier Luis Saurith Monterrosa

198

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE II

204

Juan Pablo Ospina Gómez, Juan David Ruiz Restrepo, Dellys Adriana Álvarez Alvarado, Simón Gallo Echeverri

ÉTICA - PARTE II

208

Objeción de conciencia

José María Maya

Solidaridad y compromiso social en dermatología

La solidaridad, entendida como la unión de diferentes voluntades para conseguir el bien común, es un valor de gran trascendencia, que permite superar situaciones críticas, resistir con firmeza la adversidad y asumir grandes desafíos⁽¹⁾. Es un factor de cambio que dignifica a los individuos y a la sociedad.

Reflexionando sobre el papel del dermatólogo en la construcción de una Colombia con mejores oportunidades para todos, preocupa que la mayoría de los especialistas esté concentrada en las principales ciudades del país, dejando desatendida una gran parte de la población. Son muchos los motivos, entre ellos, las expectativas individuales, la forma como hemos sido educados, las condiciones laborales y el nuevo ritmo de los tiempos, donde estamos confinados a las comodidades del mundo digital.

Como ejemplo de solidaridad y compromiso social, equipos de

profesionales de la salud conformados por enfermeros, médicos, estudiantes de posgrado, dermatólogos y otras especialidades realizan brigadas para atender a los colombianos más vulnerables. Son varios los colegas que lideran estas acciones desde diferentes regiones del país y, además, algunos dermatólogos han elegido laborar en ciudades pequeñas.

En este número de la revista se resalta el trabajo de investigación de la Universidad de Caldas y la Universidad El Bosque, que reporta las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos por dermatología en brigadas de la Patrulla Aérea Civil Colombiana (PAC), durante los años 2008-2018; en este período se realizaron 37 brigadas, cada una de 3 días, en 26 poblaciones de 14 departamentos de Colombia, que beneficiaron a cerca de 3000 pacientes, en su mayoría mujeres. Los trastornos cutáneos inflamatorios fueron los más frecuentes, y el acné fue el principal motivo de consulta.

La PAC es una organización sin ánimo de lucro que durante más de 50 años ha llevado atención médica gratuita a regiones apartadas del país y conserva registros de datos epidemiológicos de diferentes poblaciones colombianas, que constituyen un insumo valioso para la comprensión de la morbilidad dermatológica en áreas rurales de cinco de las seis regiones naturales del país. Con sus voluntarios y el traslado de equipos médicos, la PAC presta también asistencia quirúrgica y en desastres naturales. Colombia es una nación palpitante, de bellos paisajes y contrastes culturales, con grandes necesidades y dificultades de acceso a los servicios de salud. Cada uno de los participantes de estas brigadas regresó con otra mirada, con el alma llena de patria e invitándonos a repensar nuestra labor frente a los menos favorecidos.

Desde el lugar de privilegio que tenemos los dermatólogos por haber recibido una educación superior, el llamado es a mantener la vocación de servicio como eje

fundamental del ejercicio médico. Para AsoColDerma y las diferentes universidades del país, el presente y futuro plantean la necesidad de ampliar la participación en programas de proyección a la comunidad. Agradecimiento y admiración a los docentes y residentes de la Universidad de Caldas y a todos aquellos que solidariamente contribuyen a la construcción de soluciones a los problemas de salud de nuestra población.

Margarita María Velásquez
EDITORA

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN
COLOMBIANA DE DERMATOLOGÍA Y CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

PROFESORA, SECCIÓN DE DERMATOLOGÍA, CENTRO DE INVESTIGACIONES DERMATOLÓGICAS (CIDERM)

FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

"Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos comprometidos y conscientes puede cambiar el mundo; de hecho, es lo único que siempre lo ha hecho".

Margaret Mead

Frase tomada de: <https://www.patrollaaerea.org>

REFERENCIA

1. El libro de los valores. 1.^a edición. Bogotá, Colombia: Casa editorial El Tiempo; 2013.

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Juan Pablo Ospina Gómez¹, Juan David Ruiz Restrepo², Dellys Adriana Álvarez Alvarado³, Simón Gallo Echeverri⁴

1. Patólogo, Docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
2. Patólogo, Docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Residente de Patología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
4. Residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

CASO CLÍNICO

Paciente de 74 años, ama de casa, residente de Bello, Antioquia, Colombia. Consultó por un cuadro clínico de lesión única en la mejilla derecha (**figuras 1 y 2**), de crecimiento lento y asintomática. Solamente ha usado antisolar como tratamiento. No tiene compromiso de otras zonas.

Antecedentes personales:

- Diabetes mellitus
- Dislipidemia
- Medicamentos: ácido acetilsalicílico y metformina

Correspondencia:

Juan David Ruiz Restrepo

Email:

juandavidruizrpo@gmail.com

Recibido: 19/08/19

Aceptado: 20/08/19

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.



Figura 1. Placa ovalada, eritematoviolácea, mide 1,5 cm, localizada sobre el arco cigomático derecho



Figura 2. Placa ovalada, eritematoviolácea, mide 1,5 cm, localizada sobre el arco cigomático derecho

EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE ES:

1. Sarcoidosis
2. Lupus eritematoso Discoide
3. Rosácea
4. Infecciones por micobacterias
5. Infecciones fúngicas profundas cutáneas
6. Linfoma cutáneo
7. Granuloma facial
8. Carcinoma basocelular

¿Cuál es su diagnóstico?

Respuesta en la página 204

Objeción de conciencia

Conscientious objection

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 el caso de un paciente con diagnóstico de melanoma de piel con metástasis, que no acepta las medidas de intervención propuestas por el médico especialista tratante y a cambio solicita recibir tratamiento paliativo, aduciendo la no justificación del tratamiento por su carácter no curativo. El médico tratante no acepta la solicitud del paciente e invoca la *objeción de conciencia* para dar por terminada la relación médico-paciente. El paciente pide el apoyo del comité de ética hospitalaria, que le da la razón y le comunica al médico la obligación de continuar asistiendo al paciente.

PALABRAS CLAVE: relación médico-paciente, objeción de conciencia, paliativo, ética hospitalaria.

SUMMARY

Presentation of the case of a patient with a diagnosis of skin melanoma with metastasis, who does not accept the intervention measures proposed by the treating specialist and in return requests to receive palliative treatment, citing the non-justification of the treatment due to its non-curative nature. The treating doctor does not accept the patient's request and invokes Conscientious Objection to terminate the doctor-patient relationship. The patient requests the support of the hospital ethics committee, who agrees with him and informs the doctor of the obligation to continue assisting the patient.

KEY WORDS: Doctor-patient relationship, conscientious objection, palliative, hospital ethics.

Correspondencia:

José María Maya

Email:

josemariamayamejia@gmail.com

Recibido: 12/08/19

Aceptado: 14/08/19

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

CASO DE ÉTICA N° 9

Presentación de un caso de un paciente masculino, de 55 años, con diagnóstico de melanoma de piel con metástasis. El médico especialista tratante le informa que es conveniente reseca el tumor y luego remitir al paciente a un servicio de oncología para el tratamiento de la metástasis, probablemente con quimioterapia.

El paciente le pide a su médico que le dé un tiempo para elaborar el duelo de su enfermedad y tomar una decisión al respecto. El médico acepta, pero con molestia, porque considera una pérdida de tiempo este proceso reflexivo del paciente y le advierte que esto puede afectar la posibilidad de control del cáncer. El paciente insiste en tomarse una semana para decidir y ocho días después regresa a consulta y le comunica a su médico que ha decidido no tratar el cáncer primario ni su metástasis, porque considera inútil este proceso, dado que no hay posibilidades de curación. Le pide a su médico que le dé tratamiento paliativo para las molestias que surjan en el proceso. El médico se niega a esta solicitud aduciendo que es irresponsabilidad del paciente no aceptar el tratamiento que puede prolongar su vida.

A pesar de la insistencia amable del paciente para que el médico entienda la razón de su decisión, continúe siendo su médico tratante y lo apoye con medidas de cuidado paliativo, el profesional sanitario se mantiene en su posición y comunica al paciente y a la institución su imposibilidad de seguir tratando al paciente, aduciendo una objeción de conciencia para no aceptar la decisión del paciente de seguirlo atendiendo con medidas paliativas. El médico argumenta que, según sus convicciones, el paciente no es dueño de su vida y, por ende, debe aceptar las medidas que él le propone para prolongarla.

El paciente, desconcertado por el abandono de su médico, solicita al comité de ética hospitalaria protección a sus derechos como paciente. El comité de ética comunica al médico tratante que, en este caso, no hay lugar para la objeción de conciencia y, por tanto, debe continuar prestando asistencia al paciente, en los términos solicitados por este.

CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS

1. ¿Cómo analiza el malestar del médico tratante cuando el paciente le solicita que le dé un tiempo para elaborar el duelo de su enfermedad, analizar la terapéutica presentada por él y tomar una decisión?
¿Es irracional esta solicitud del paciente?
2. ¿El médico debe comunicar una decisión de tratamiento o proponerla?
3. ¿Cómo analiza la decisión del paciente frente al tratamiento y su solicitud de cuidado paliativo?
4. ¿Comparte el concepto del comité de ética hospitalaria, en el sentido de no aceptar como válida, en este caso, la objeción de conciencia?

Morbilidad dermatológica en pacientes atendidos por la Patrulla Aérea Civil Colombiana, 2008-2018

Dermatological morbidity in patients treated by the Colombian Civil Air Patrol, 2008-2018

Nicolás Aguilar Medina¹, Lucía Van Den Enden Medina², Felipe Jaramillo Ayerbe³, Eduardo Carvajal De los Ríos⁴

1. Médico, residente en Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia
2. Médica, especialista en Dermatología, Universidad de Caldas. Docente, Programa de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia
3. Médico, especialista en Dermatología, Universidad Nacional de Colombia. Dermatopatólogo, Universidad de New York. Jefe, Programa de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia
4. Enfermero, especialista en Epidemiología, Universidad El Bosque. Magíster en Economía de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

RESUMEN

Introducción: la Patrulla Aérea Civil Colombiana es una organización privada sin ánimo de lucro, que durante aproximadamente 50 años ha brindado atención médica especializada, quirúrgica y de emergencia gratuita a personas en condiciones de pobreza y exclusión social o geográfica, por medio de brigadas mensuales en diferentes zonas rurales de Colombia. En sus archivos ha guardado información valiosa que es necesario conocer.

Materiales y métodos: se diseñó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal retrospectivo, que tiene como objetivo describir las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes con patologías dermatológicas atendidos por la Patrulla Aérea Civil Colombiana durante los años 2008-2018.

Resultados: se realizaron 37 brigadas en 26 poblaciones de 14 departamentos de Colombia, donde se atendieron 2975 pacientes por dermatología, que tenían 3424 enfermedades. El 50% de la población de estudio tenía 31 años o más. El 69% eran mujeres y el 59,6% eran mestizos. El acné fue la enfermedad más común, seguido de la pitiriasis versicolor, nevo melanocítico adquirido y dermatitis seborreica. Se encontraron 6 casos de lepra y 2 de lobomycosis.

Discusión: hay correlación en la frecuencia de enfermedades en las ciudades y en la muestra rural de nuestro estudio; sin embargo, el prurito sine materia se encontró concentrado en el Pacífico colombiano en mujeres recolectoras de “piangua”. Casi el 50% de los carcinomas basocelulares encontrados se presentaron en dos poblaciones del Casanare.

Conclusiones: se recomiendan estudios para conocer la prevalencia de algunas infecciones tropicales en El Charco y La primavera. Se necesitan estudios de prevalencia de morbilidad dermatológica nacional con muestras poblacionales adecuadas.

PALABRAS CLAVE: enfermedades de la piel, Colombia, epidemiología, acné vulgar, lobomycosis, lepra.

Correspondencia:

Nicolas Aguilar Medina

Email:

roberthcj@hotmail.com

Recibido: 21/02/19

Aceptado: 05/06/19

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

SUMMARY

Introduction: The Colombian Civil Air Patrol is a non-profit, private organization that, for almost 50 years, has provided specialized medical, surgical and emergency care for free to people in conditions of poverty and social or geographical exclusion, through monthly brigades in different rural areas of Colombia. On its archives, The Colombian Civil Air Patrol has kept valuable and must-know information.

Material and methods: A descriptive, observational retrospective cross-sectional study was designed, which objective was to describe the sociodemographic, epidemiological and clinical characteristics of patients with dermatological pathologies attended by The Colombian Civil Air Patrol during the years 2008-2018.

Results: 37 brigades were carried out in 26 populations of 14 departments of Colombia, where 2,975 patients with 3,424 diseases were attended by dermatologists. 50% of the study population was 31 years old or older. 69% were women, and 59.6% were mestizos. Acne was the most common disease, followed by pityriasis versicolor, acquired melanocytic nevus and seborrheic dermatitis. There were 6 cases of leprosy and 2 cases of lobomycosis.

Discussion: There is a correlation in the frequency of diseases in the cities and in the rural sample of our study. However, the pruritus sine materia was found concentrated in the Colombian Pacific in women gatherers of piangua. Almost 50% of basal cell carcinomas were found in two Casanare populations.

Conclusions: Studies are recommended to know the prevalence of some tropical infections in El Charco and La Primavera. Studies on the prevalence of national dermatological morbidity with adequate population samples are needed.

KEY WORDS: Skin Diseases, Colombia, Epidemiology, Acne vulgaris, Lobomycosis, Leprosy.

INTRODUCCIÓN

La Patrulla Aérea Civil Colombiana (PAC) es una organización privada sin ánimo de lucro, que durante más de 50 años se ha dedicado a prestar atención médica, quirúrgica y de emergencia gratuita y sin trámites administrativos, a personas que viven en condiciones de pobreza, víctimas de alguna catástrofe o exclusión

geográfica, en los lugares más apartados de Colombia. Realiza brigadas de salud mensuales y de tres días de duración, que requieren para su ejecución el transporte de aproximadamente dos toneladas de carga de equipos médicos, insumos quirúrgicos y medicamentos, además del voluntariado compuesto por 45 profesionales de la salud y pilotos. La PAC toma locaciones en la población elegida o el hospital de primer nivel, para transformarlo durante la brigada en un hospital de segundo nivel, que cuente con consultorios y salas de cirugía, lo que beneficia a cientos de personas con el desarrollo promedio de 1100 consultas médicas especializadas y 120 procedimientos quirúrgicos. Esto hace que la PAC esté en miras de convertirse en el hospital móvil de segundo nivel más importante de Colombia ^(1,2).

El aumento gradual en la demanda de los servicios de salud en Colombia y en todos los países en general hace que sea necesario establecer estrategias o políticas en salud con miras a la reducción de la morbimortalidad, a la disminución de los costos en salud y a la inversión en la investigación. El conocer los motivos de consulta o la causa de enfermedad en una población permite realizar una planeación adecuada de la inversión de los recursos destinados a la salud ⁽³⁾. La mejor forma de determinar la prevalencia real de las enfermedades dermatológicas es a través del examen físico cutáneo de una población general representativa. Si bien este es el modelo ideal para determinar tasas de prevalencia reales en un país o región, los costos que implica tal metodología limitan la realización rutinaria de este tipo de estudios en dermatología, hecho reflejado en la escasez de publicaciones que incluyan muestras poblacionales adecuadas en número y carentes de sesgos de selección ^(3,4).

La PAC, a lo largo de los años que lleva de operación, ha guardado en sus archivos información demográfica y epidemiológica de muchas poblaciones colombianas, información valiosa que es necesario conocer. Aunque este estudio no puede establecer una prevalencia de enfermedades dermatológicas a nivel nacional, se convierte en una herramienta útil para tener una visión aproximada de las principales enfermedades de la piel en múltiples poblaciones rurales de distintas regiones de Colombia.

El objetivo principal de este estudio es describir las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes con patologías dermatológicas atendidos por la PAC, durante los años 2008-2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal retrospectivo. La población está compuesta por todas las personas con enfermedades dermatológicas atendidas en las brigadas de salud realizadas por la PAC, durante el período comprendido entre el 2008 y el 2018, que fueron vistas por medicina general y, posteriormente, remitidas a evaluación por la especialidad de dermatología. Se incluyeron aquellos con diagnóstico clínico por el dermatólogo o confirmado con resultado de patología y se excluyeron los pacientes tratados por medicina general sin remisión y sin intervención por el especialista en dermatología. Los datos sociodemográficos y clínicos se tomaron de las historias clínicas en los archivos de la PAC, consolidado en un formato o sabana de Excel. Las edades se clasificaron en intervalos de 0-15 años, 16-45 años, 45-60 años y más de 61 años. Los diagnósticos se agruparon en cinco grupos de enfermedades: infecciosas, inflamatorias, neoplasias benignas, neoplasias ma-

lignas y otros diagnósticos. El análisis se hizo en el programa estadístico Epidat 3.1. Se usaron estadísticos descriptivos (tendencia central y dispersión) para análisis observacional.

El comité de bioética de la Universidad de Caldas aprobó el estudio y lo consideró con riesgo mínimo, de acuerdo con la Resolución número 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

RESULTADOS

Los médicos generales de la PAC remitieron 3022 pacientes a dermatología. De estos, 2975 fueron finalmente evaluados por dermatólogo y 47 personas no asistieron a la consulta dermatológica especializada.

Características sociodemográficas

Las poblaciones y la cantidad de pacientes atendidos por brigadas se relacionan en la **figura 1**. Se

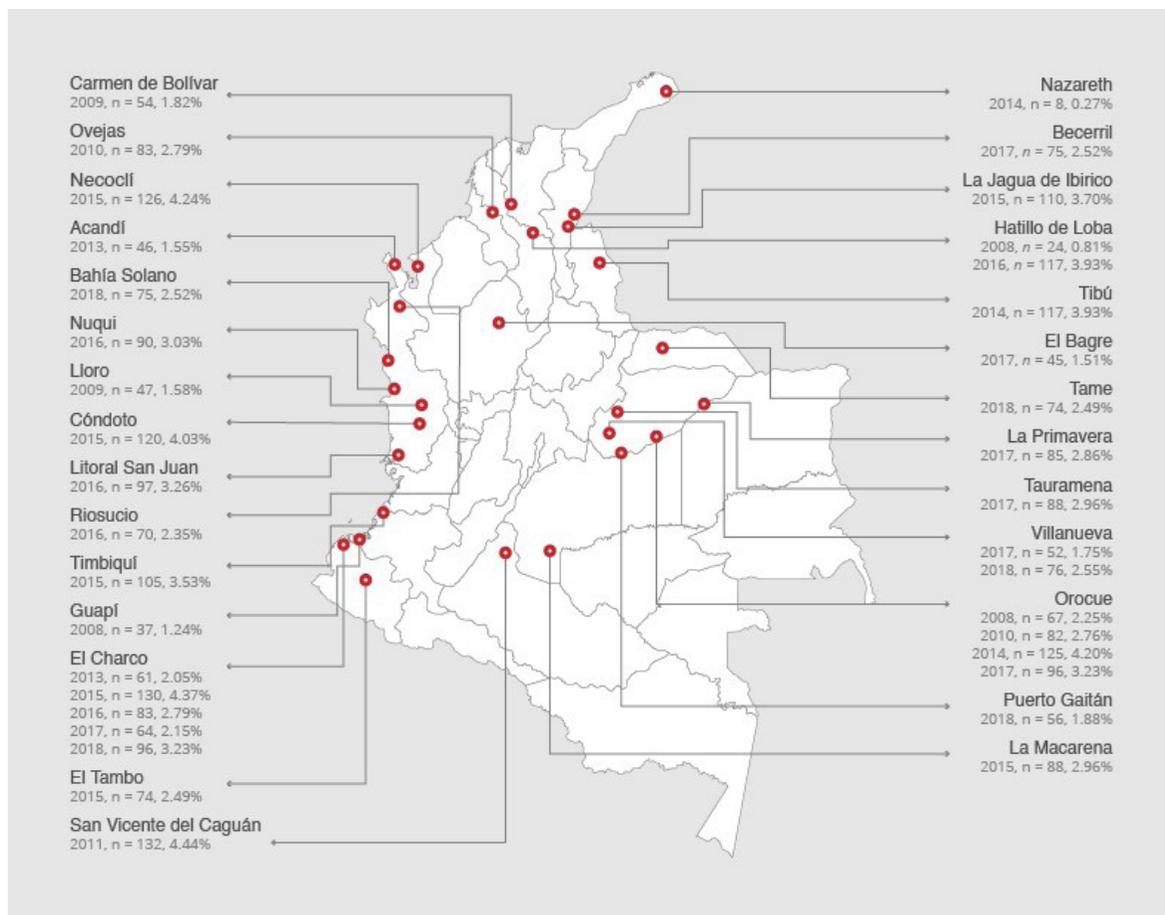


Figura 1. Poblaciones donde se realizaron brigadas de la PAC con atención dermatológica 2008-2018.

realizaron 37 brigadas donde hubo atención por dermatología. Estas se hicieron en 26 poblaciones de 14 departamentos (Antioquia, Arauca, Bolívar, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, Sucre y Vichada), ubicados en cinco de las seis regiones naturales de Colombia (excepto la región insular).

En general, hubo una alta asistencia a la evaluación dermatológica, cercana al 100% en casi todas las brigadas. Solo 47 inasistencias que se presentaron en dos poblaciones: en El Charco, Nariño, en 2015 no asistieron 22 pacientes y en 2016 no asistieron 8 pacientes; y en La Jagua de Ibirico, Cesar, en 2015 se reportaron 17 inasistencias.

Las características sociodemográficas como la edad, el sexo, la raza y la zona de procedencia se muestran en la **tabla 1**. El 50% de la población de estudio tenía 31 años o más; el rango de edad más frecuente estuvo entre los 16 y 45 años (43,43%), seguido de la población pediátrica, entre 0 y 15 años (27,45%). El 69% de

los pacientes fueron del género femenino. El grupo racial predominante fue el mestizo, con el 59,66%, seguido de afrocolombianos. en un 35,7%, e indígenas, con un 4,64%. La mayoría, correspondiente al 70,55%, provenía del centro poblado donde se realizaron las brigadas y el 27,83% de zonas dispersas rurales.

Consolidado de diagnósticos

De los 2975 pacientes evaluados por dermatología, 432 tenían un segundo diagnóstico y 17 un tercer diagnóstico, para un total de 3424 diagnósticos procesados en el estudio, que se agrupan en 164 enfermedades.

La distribución de las categorías diagnósticas se muestra en la **figura 2**. El 53,33% corresponde a la categoría de enfermedades inflamatorias, siendo esta la más frecuente. El 70% de los diagnósticos se concentran en 25 enfermedades, que se muestran en la **tabla 2**. El acné fue el principal motivo de consulta diagnosticado en 279 personas, lo que representa el 8,15% del total de diagnósticos, seguido de la pitiriasis versicolor con el 4,96%, nevo melanocítico adquirido con el

Tabla 1. Características sociodemográficas: edad, sexo, raza y zona

Total, pacientes: 2975		
Rangos de edad	n	%
0-15 años	807	27,13%
16-45 años	1292	43,43%
46-60 años	519	17,45%
>61 años	319	10,72%
Sin datos	38	1,28%
Sexo		
Femenino	2053	69,00%
Masculino	922	31,00%
Raza		
Afrocolombianos	1062	35,70%
Indígena	138	4,64%
Mestizo	1775	59,66%
Zona		
Centro poblado	2099	70,55%
Rural disperso	828	27,83%
Sin datos	48	1,61%

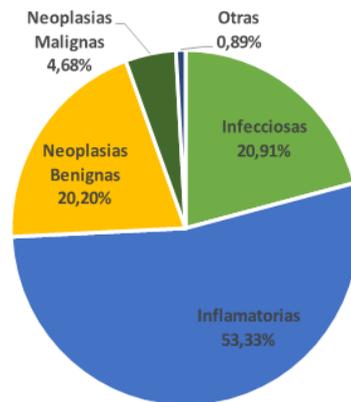


Figura 2. Distribución de las categorías diagnósticas.

Tabla 2. Principales 25 diagnósticos

Diagnósticos	n	% del total
Acné	279	8,15%
Pitiriasis versicolor	170	4,96%
Nevo melanocítico adquirido	161	4,70%
Dermatitis seborreica	142	4,15%
Dermatitis de contacto	140	4,09%
Prurito sine materia	134	3,91%
Melasma	115	3,36%
Liquen simple crónico	113	3,30%
Verruga viral	101	2,95%
Prurigo estrófulo	95	2,77%
Acrocordón	93	2,72%
Dermatitis atópica	86	2,51%
Carcinoma basocelular	76	2,22%
Queratosis seborreicas	75	2,19%
Pitiriasis alba	70	2,04%
Miliaria	64	1,87%
Queloides	63	1,84%
Queratosis actínicas	62	1,81%
Quiste infundibular	60	1,75%
Tiña de los pies	57	1,66%
Foliculitis	56	1,64%
Vitíligo	53	1,55%
Psoriasis	48	1,40%
Tiña corporal	48	1,40%
Forunculosis	42	1,23%
Total	2403	70,17%

4,70%, dermatitis seborreica con el 4,15%, dermatitis de contacto con el 4,09%, prurito sine materia con el 3,91%, melasma con el 3,36%, liquen simple crónico con el 3,30%, verruga viral con el 2,95% y prurigo estrófulo con el 2,77%. Los anteriormente descritos corresponden a los 10 principales diagnósticos.

Enfermedades de consideración epidemiológica especial

Se diagnosticaron 6 casos de leishmaniasis, cada uno en diferentes brigadas. Estos fueron: Acardí (Chocó)/2013, un caso proveniente de la población Media Luna; El Charco (Nariño)/2015, un caso proveniente de la población Playa Grande; La Jagua de Ibérico (Cesar)/2015, un caso; La Macarena (Meta)/2015, un caso proveniente de la población Lejanías; Puerto Gaitán (Meta)/2018, un caso; y San Vicente del Caguán (Caquetá)/2011, un caso proveniente de la población Carruya.

Se diagnosticaron 6 casos de lepra, cada uno en diferentes brigadas. Estos fueron: Becerril (Cesar)/2017, un caso; El Charco (Nariño)/2016, un caso; Orocué (Casanare)/2008, un caso; Villanueva (Casanare)/2017, un caso; y La Primavera (Vichada)/ 2017, un caso proveniente de la población El Rincón.

El carcinoma basocelular corresponde al decimotercer diagnóstico más frecuente, con 76 casos. Las brigadas realizadas en Villanueva y Orocué, ambas en el departamento del Casanare, fueron las que más diagnósticos hicieron, con 18 pacientes (23,68%) y 15 pacientes (19,74%), respectivamente.

Se encontraron 5 casos de carcinoma escamocelular, cada uno en diferentes poblaciones: Orocué (Casanare), Bahía Solano (Chocó), San Vicente del Caguán (Caquetá), El Charco (Nariño) y Nazareth (La Guajira).

DISCUSIÓN

Aunque el modelo del sistema de salud colombiano es reconocido por la Organización Mundial de la Salud como uno de los más solidarios del mundo ⁽⁵⁾, hay zonas rurales y alejadas geográficamente en Colombia donde el acceso a los servicios sanitarios es limitado. En cuanto a dermatología respecta, se conoce que la distribución de los dermatólogos en el país es irregular y que se concentra en las grandes ciudades ⁽⁶⁾; sumado al aumento gradual en la demanda de los servicios de

salud en Colombia, muchas personas no cuentan con la oportunidad cercana de llegar a una evaluación dermatológica. La PAC ha contribuido en la atención en salud en muchas zonas alejadas del país, llevando recurso médico especializado a lugares y personas, que, de otra manera, no hubiesen recibido tal atención. Esto se ve reflejado en el gran aprovechamiento que las comunidades hacen al llegar una brigada de la PAC a su población, reflejada en la altísima asistencia a la evaluación dermatológica cercana al 100% en cada una de las brigadas. En los últimos 10 años, solo 47 pacientes no asistieron a la evaluación dermatológica y 30 de estos casos se presentaron en el Charco (Nariño). Esta inasistencia en El Charco podría deberse a que es una población del Pacífico colombiano que no cuenta con caminería a través de la selva, ni existe transporte terrestre con las demás poblaciones cercanas, el transporte se efectúa por ríos y canales que son dependientes de corrientes y mareas ⁽⁷⁾. Esto hace difícil e impredecible la movilidad de las personas de las poblaciones cercanas a El Charco para la asistencia a las brigadas.

Las mujeres son las que más consultan a dermatología en las brigadas de la PAC. Este comportamiento se correlaciona con los datos epidemiológicos de otros centros en ciudades capitales de Colombia: por ejemplo, en el consolidado 2016 del perfil epidemiológico del Hospital Universitario Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, en Bogotá, se muestra que, en la distribución de sexo, las mujeres representan el 63% de los diagnosticados en esa entidad ⁽⁸⁾. Esto podría atribuirse quizá a una mayor preocupación de las mujeres por su aspecto. Las personas jóvenes entre 16 y 45 años son las que más asisten a evaluación dermatológica, tanto en las zonas rurales donde la PAC realiza las brigadas como en los centros de ciudades capitales ^(4, 8-10).

Agrupadas por categorías, las enfermedades inflamatorias son las más frecuentes, tanto en las zonas rurales donde se hicieron las brigadas, como en el Hospital Universitario Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, en Bogotá, con un 53,3% y un 45,4%, respectivamente, del total de diagnósticos para cada uno ⁽⁹⁾. El acné ha sido el diagnóstico más frecuente por varios años en el Hospital Universitario Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”. Para el año 2012 represento el 17,9% ⁽⁹⁾ y para el año 2016, el 18% ⁽⁸⁾. En el Hospital Universitario San Vicente Fundación, en Medellín, el acné es el cuarto diagnóstico más común, con el 6,5% ⁽⁴⁾, datos similares a los encontrados en nuestro estudio, donde el acné es la entidad más frecuente.

Otros diagnósticos que se encuentran entre los diez primeros realizados por los dermatólogos en las brigadas de la PAC y que se correlacionan con los principales de centros en ciudades capitales de Colombia son: dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, melasma, verrugas virales y micosis superficiales^(4, 8, 9). Sin embargo, en la PAC hubo dos diagnósticos entre los principales que no se correlacionaron con los de las ciudades: prurito sine materia y prurigo estrófulo. El prurito sine materia fue la sexta entidad dermatológica más frecuente en la PAC; el 80% de los casos se presentaron en brigadas realizadas en municipios del Pacífico colombiano (El Charco, Condoto, Nuquí, El Tambo y Litoral San Juan), siendo El Charco (Nariño) donde más casos se presentaron (34,33%), particularmente en mujeres jóvenes entre los 16 y los 45 años (84,2%), que desempeñaban labores de recolección de la *Anadara tuberculosa* (llamada vulgarmente “piangua” en Colombia y Costa Rica), un molusco que vive en zonas de pantano y manglar y que es un alimento típico de la Costa Pacífica Colombiana⁽¹¹⁻¹³⁾. Podría existir algún agente etiológico desconocido de prurito en los ecosistemas de manglar y pantanos del Pacífico de Colombia. El prurigo estrófulo fue la décima condición dermatológica más frecuente en la PAC: el 92,3% de los pacientes eran menores de 15 años, hallazgo que se correlaciona con las edades habitualmente reportadas en la literatura y en las zonas de clima tropical como Colombia^(14, 15).

Teniendo en cuenta que las brigadas de la PAC se realizan en comunidades alejadas, que no son cabeceras departamentales, entre el año 2008 y 2018 la PAC ha confirmado solo 6 casos de leishmaniasis de los 110 366 reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y relacionados en el Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud⁽¹⁶⁾. A la semana 33 de 2018, en Colombia se habían registrado 150 casos de lepra, siendo los departamentos del Valle del Cauca, Santander y Huila los de mayores notificaciones (27 casos, 15 casos y 12 casos, respectivamente)⁽¹⁷⁾. La PAC encontró 6 casos de lepra en seis diferentes brigadas, realizadas en departamentos que no corresponden a los de mayor notificación para el año 2018. Esto podría relacionarse con condiciones de desplazamiento y movilización poblacional, lo que da importancia al papel de la PAC en la detección de la enfermedad en territorios alejados del país.

En El Charco (Nariño), además de encontrarse 1 caso de lepra, se diagnosticaron 2 (2016 y 2018) de los 4 casos de esporotricosis (los otros 2 fueron en Orocué/2014 y Condoto/2015) y 2 (2018) de los 3 casos de cromomicosis

(el otro en Orocué/2014). En el municipio de La Primavera (Vichada), se encontró 1 caso de lepra, además de 2 casos de lobomicosis (lacaziosis). Esta última enfermedad predomina en las áreas de alta pluviosidad, como el Amazonas y la cuenca del río Orinoco, donde está localizado el departamento del Vichada. Colombia ha reportado cerca de 50 casos de lobomicosis de los aproximadamente 150 que hay actualmente en la literatura^(18, 19).

El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna dermatológica más frecuente encontrada por la PAC. Esto es igual a lo reportado por otros centros del país, en especial el Instituto Nacional de Cancerología, en donde también es la neoplasia maligna más común⁽²⁰⁾. Llama la atención que en dos poblaciones del Casanare (Villanueva y Orocué) se concentran 33 de los 76 casos (43,4%), datos que contrastan con el estudio de Sánchez y colaboradores⁽²¹⁾, donde se identificaron incidencias más altas de carcinoma basocelular en Bogotá D.C. y los departamentos de Antioquia, Cundinamarca y Boyacá.

Este es el primer estudio en Colombia con gran número de pacientes, que describe la morbilidad dermatológica con muestra de 26 poblaciones de 14 departamentos, en 5 de las 6 regiones naturales de Colombia, lo que proporciona una visión panorámica y aproximada de las principales enfermedades de la piel en múltiples poblaciones rurales del país.

Podemos concluir que, en las zonas rurales colombianas, hay necesidad de servicios médicos especializados, hecho que se ve reflejado en la altísima asistencia a las brigadas. Se recomiendan estudios en el Pacífico colombiano, para establecer algún agente etiológico de prurito, principalmente en El Charco (Nariño), donde, además, es necesario investigar la prevalencia de enfermedades de importancia epidemiológica como la leishmaniasis, la lepra, la esporotricosis y la cromomicosis. Adicionalmente, en La Primavera (Vichada), realizar estudios para lepra y lobomicosis. Es recomendable investigar la prevalencia de carcinoma basocelular en el Casanare (Villanueva y Orocué).

Es necesario implementar políticas de salud pública y herramientas tan valiosas como la tele dermatología para la prevención y atención de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en zonas rurales y dispersas de Colombia; además, la socialización y aplicación de las guías clínicas y de tratamiento que Aso-ColDerma ofrece en los niveles de atención primaria. Adicionalmente, es necesario el desarrollo de guías de

otras enfermedades, como nevus y dermatitis seborreica, que son frecuentes según lo encontrado por el presente estudio.

Se recomiendan estudios de prevalencia de las enfermedades dermatológicas a nivel nacional, que incluyan muestras poblacionales adecuadas y carentes de sesgos de selección.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento especial a la Patrulla aérea civil Colombiana por brindar la información y a la Dra. Angélica Vélez, por toda su colaboración en la recolección y organización de los datos.

REFERENCIAS

1. Patrulla Aérea Civil Colombiana [Internet]. Disponible en: www.patrullaareea.org.
2. Patrulla Aérea Civil Colombiana [Internet]. Estrada Ocampo P. Brigada médico quirúrgica Puerto Gaitán-Meta, junio, 2018. Disponible en: https://issuu.com/patrullaareacivilcolombiana/docs/informe_brigada_puerto_gaitan.
3. Sanclemente G, Mahecha M, Guzmán C. Enfermedades de la piel más frecuentes en la consulta externa dermatológica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y del Hospital Infantil. *Acta Med Colomb*. 2001;26:240-44.
4. Sánchez G, Nova J, De la Hoz F. Factores de riesgo de carcinoma basocelular. Un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(4):294-300.
5. Melo L, Ramos JE. Borradores de economía. Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. Banco de la República. Número 624, 2010. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/es/algunos-aspectos-fiscales-y-financieros-del-sistema-salud-colombia>.
6. Ramírez A, Chalela JG, Ramírez J. ¿Cuántos dermatólogos hay en Colombia? Análisis de los datos de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2012;20(1):121-6.
7. Fundación Wikipedia, Inc. El Charco (Nariño). Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/El_Charco_\(Nari%C3%B1o\)](https://es.wikipedia.org/wiki/El_Charco_(Nari%C3%B1o)).
8. Alcaldía de Marinilla-Antioquia. Consolidado 2016. Perfil epidemiológico del año 2016 de la población de Marinilla (eventos de interés en salud pública). Disponible en: <http://www.marinilla-antioquia.gov.co/perfil-epidemiologico/consolidado-2016>.
9. E.S.E Centro Dermatológico Federico Lleras [Internet]. Perfil epidemiológico, Consolidado 2012. Disponible en: <http://www.dermatologia.gov.co/index.php?idcategoria=344&download=y>.
10. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Skin conditions in primary care: an analysis of referral demand. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(3):271-5.
11. El Tiempo. Silva M. La ruta de la piangua, el molusco del pacífico. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12748084>.
12. Lucero C, Cantera J, Neira R. [The fisheries and growth of Ark Clams (Arcoida: Arcidae) *Anadara tuberculosa* in Málaga Bay, Colombian Pacific, 2005-2007. *Rev Biol Trop*. 2012;60(1):203-17.
13. Fundación Wikipedia, Inc. *Anadara Tuberculosa*. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Anadara_tuberculosa.
14. Lozano AM, López JF, Zakzuk J, García E. Papular urticaria: A review of causal agents in Colombia. *Biomedica*. 2016;36(4):632-45.
15. Halpert E, Borrero E, Ibañez-Pinilla M, Chaparro P, Molina J, Torres M, García E. Prevalence of papular urticaria caused by flea bites and associated factors in children 1-6 years of age in Bogotá, D.C. *World Allergy Organ J*. 2017;10(1):36.
16. Instituto Nacional de Salud - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Gobierno de Colombia. Boletín Epidemiológico Semanal (BES) 31-2018. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2031.pdf>.
17. Instituto Nacional de Salud - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Gobierno de Colombia. Boletín Epidemiológico Semanal (BES) 34-2018. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2034.pdf>.
18. Riggioni VS, Díaz AS. Lacaziosis: micosis cutánea profunda, reporte de un caso. *Rev Clin Esc Med*. 2015;5(3).
19. Luna J, Villanueva J, Balcázar L. Lobomycosis: A case report. *Dermatol Peru*. 2012;22(2):111-4.
20. Pozzobon F, Acosta Á, Castillo J. Cáncer de piel en Colombia: cifras del Instituto Nacional de Cancerología. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2018;26(1):12-7.
21. Sánchez G, Nova J, De la Hoz F, Castañeda C. Incidencia de cáncer de piel en Colombia, años 2003-2007. *Piel*. 2011;26(4):171-7.

Esclerodermia localizada: a propósito de un caso clínico

Localized scleroderma: About a case

Sharon Imbett¹, Carolina Suárez², Alfonso González³

1. Médica general, residente de Pediatría, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México
2. Médica general, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Médico pediatra, Hospital Universitario de Sincelejo. Docente, Universidad de Sucre, Sincelejo, Colombia

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 4 años, quien, desde el primer año de vida, presenta una mácula hipercrómica en la región malar derecha, acompañada de retracción de la piel; el diagnóstico fue de esclerodermia localizada o morfea. Además, se hace una breve revisión bibliográfica sobre la esclerodermia localizada y sus variantes, con el objetivo de contribuir al conocimiento desde los primeros niveles de atención, y favorecer un diagnóstico oportuno, que impacte positivamente en el manejo y el pronóstico de esta enfermedad.

Se puede concluir que la esclerodermia localizada, o morfea, es una entidad que afecta la calidad de vida de quien la padece, dado que no se limita a su diversidad de manifestaciones cutáneas, sino que, en algunas variantes, presenta compromiso extradérmico. El diagnóstico temprano permite establecer un tratamiento y un seguimiento adecuados, evitando el desarrollo de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: dermis, morfea, esclerodermia localizada, hemiatrofia facial.

SUMMARY

We present the case of a 4-year-old patient, with the appearance of a hyperchromic macula in the right region malar with skin retraction, since the first year of life. The clinicopathological correlation suggested the diagnosis of localized scleroderma or morphea. We also present a brief review of the literature about localized scleroderma and its variants, with the objective of contributing to the knowledge of the first levels of care and favoring the timely diagnosis and a positive impact in the management and prognosis of this sickness.

In conclusion, the localized scleroderma or morphea is a disease that affects the quality of life of the patient, since it is not limited to the skin with a spectrum of cutaneous manifestations, but also some compromise variants extradérmic. As an early diagnosis, allows to establish an appropriate treatment and follow-up avoiding the development of complications.

KEY WORDS: Dermis, morphea, localized scleroderma, facial hemiatrophy.

Correspondencia:

Carolina Suárez Acosta

Email:

carolina.suarez@udea.edu.co

Recibido: 23/06/17

Aceptado: 02/08/18

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una niña de 4 años, escolarizada, que fue llevada al Servicio de Consulta Externa Pediátrica del Hospital Universitario de Sincelejo, por presentar un cuadro clínico progresivo, que se inició en el primer año de vida y llevaba más de tres años de evolución. Consistía en la aparición de una placa hipercrómica en la región malar derecha, con retracción de la piel circunscrita, sin compromiso extracutáneo. Refirieron haber consultado en distintas ocasiones y recibir tratamiento con esteroides tópicos, sin ninguna mejoría. No había antecedentes personales ni familiares de importancia.

En el examen físico, se observó una única placa hipercrómica en la mejilla derecha, de 5 x 3 cm, aproximadamente, de color pardo y de consistencia firme, adherida a los planos profundos. Se extendía desde la fosa lacrimal hasta el surco labiomentoniano del mismo lado, produciendo retracción de la hemicara y desviación de la región mandibular derecha y de la lengua hacia el lado afectado (**figura 1**).

En la biopsia por incisión se reportó “dermis adelgazada con leve hiperqueratosis, haces de colágeno engrosados en forma paralela a la epidermis, que atrapan a las glándulas ecrinas, muchas de ellas atróficas; además, hay focos de infiltrado inflamatorio superficial y el colágeno engrosado se extiende hasta la hipodermis”.

En los exámenes de laboratorio no se encontró alteración hematológica, ni elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) o de la proteína C-reactiva (PCR). Los anticuerpos antinucleares (ANA), los antihistonas (AHA), los anti-Smith (anti-Sm) y los anticuerpos contra el ADN de doble cadena (anti-dsDNA) fueron negativos.

Con estos datos, se hizo una correlación clinicohistológica y se confirmó el diagnóstico de esclerodermia localizada profunda.



Figura 1. Esclerosis localizada cutánea (morfea). Placa fibrótica hiperpigmentada en mejilla derecha con retracción de hemicara y desviación de lengua hacia lado afectado. Hospital Universitario de Sincelejo, Sucre, 2016
*Foto realizada previo consentimiento informado de la madre y asentimiento de la paciente

DISCUSIÓN

La esclerodermia es una enfermedad autoinmunitaria del tejido conjuntivo, que incluye diversas entidades clínicas que se caracterizan por esclerosis dérmica, debida a la acumulación de colágeno ⁽¹⁾. Se presenta en distintas etapas de la vida y puede afectar exclusivamente la piel y el tejido subcutáneo. Cuando se extiende a estructuras más profundas, puede ser localizada o sistémica; de las dos anteriores, la forma localizada o morfea es más frecuente en la edad pediátrica y puede afectar la fascia, el músculo y el tejido óseo, mientras que la esclerosis sistémica afecta órganos internos y al endotelio ⁽²⁾, y no será detallada en la presente revisión por no estar entre sus objetivos.

En la edad pediátrica, la esclerodermia localizada o morfea es la tercera enfermedad reumatológica más frecuente, después de la artritis juvenil idiopática y del lupus eritematoso sistémico. A nivel mundial, se estima una incidencia anual de 1 a 3 por cada 100 000 niños, con una edad promedio de inicio entre los 7,3 y los 8,8 años, y retraso diagnóstico entre 1,2 y 1,6 años. No hay una clara evidencia de predilección racial, aunque algunos reportes indican que, en caucásicos, parece ser mayor su prevalencia, que corresponde al 70%-82% de los pacientes atendidos, y en una proporción de mujer a hombre de 2 a 1 ^(3,4).

En Colombia, existe un evidente subregistro. Según la Asociación Colombiana de Esclerodermia (ASCLER), los casos alcanzan cerca de 4000, pero, infortunadamente, no se cuenta con una estimación confiable de los que padecen esta enfermedad. Existen algunos reportes de casos y solo un estudio de caracterización de un grupo de pacientes colombianos con esclerodermia localizada juvenil, de Arango, *et al.* ⁽²⁾. En este último, se encontró más frecuentemente en el sexo femenino, con una relación de 2,1:1. La edad promedio de inicio de la enfermedad fue de 7,1 años en la población pediátrica y el promedio de duración de la enfermedad al momento del diagnóstico fue de 16,5 meses, datos similares a los reportados en la literatura científica mundial ^(2,3).

Clasificación y clínica

Se han descrito diferentes clases de esclerodermia localizada o morfea, que comprenden distintos subtipos, los cuales están determinados por el patrón y la profundidad de la lesión ^(4,5). A continuación, se detallan los subtipos de acuerdo con la clasificación provisional de la Paediatric Rheumatology European Society.

Esclerosis lineal

Corresponde al 50%-60% de los casos de esclerodermia localizada en niños y es la forma más frecuente en la edad pediátrica. Clínicamente, se caracteriza por bandas lineales que afectan la dermis, el tejido subcutáneo, los tendones o los huesos de extremidades, tronco o cabeza ⁽⁶⁾.

Además, esta variante se subdivide en tres formas, según sus manifestaciones clínicas:

- Morfea lineal: compromete las extremidades y se asocia a contracturas y discrepancia de la longitud de las extremidades en pacientes pediátricos, pues puede afectar las placas epifisarias de crecimiento ^(5,7).
- Morfea en golpe de sable: se presenta en el 25%, aproximadamente, de aquellos afectados por esclerodermia lineal, que tienen afectación en cuero cabelludo; se ha denominado “golpe de sable” debido a la depresión frontal paramedial que se observa ⁽⁸⁾.
- Hemiatrofia facial progresiva: es una variante que lleva a hemiatrofia de la cara por afectación del maxilar inferior, la lengua, el tejido celular subcutáneo y el músculo, con la consecuente deformidad facial. También se conoce como *síndrome de Parry-Romberg*, que, al igual que la variedad en golpe de sable, se puede acompañar de alteraciones oculares, como ptosis, síndrome de Horner o endoftalmos, entre otros ^(8,9). Esta variante de Parry-Romberg es la que se presenta en esta paciente. Esta entidad involucra dermatomas que afectan una o varias ramas del nervio trigémino, por lo cual los hallazgos clínicos no se limitan solo a los cambios estructurales faciales, sino que también puede presentar manifestaciones neurológicas, oculares, cutáneas y dentarias.

En cuanto a las complicaciones neurológicas, la epilepsia focal es la manifestación cerebral más común y, en algunos pacientes, se asocia a hemiatrofia cerebral con convulsiones focales intratables. También puede aparecer migraña y dolor facial por neuralgia del trigémino, entre otras. Estas complicaciones pueden asociarse a anomalías cerebrales del mismo lado de la atrofia facial, aunque raramente puede estar afectado el hemisferio cerebral contralateral ^(9,10).

Esclerosis localizada circunscrita o en placas

Es la segunda en frecuencia y la forma más benigna; se limita, generalmente, a la dermis y, ocasionalmente, afecta el tejido adiposo subcutáneo. Se caracteriza por ser una placa ovalada y circunscrita, con áreas de induración, pigmentación o halo violáceo, que varía de acuerdo con las siguientes fases: una inicial inflamatoria y eritematosa, una indurada esclerótica y una fase atrófica asociada a hipopigmentación o hiperpigmentación⁽³⁻⁶⁾.

Los hallazgos histológicos de la primera fase consisten en infiltrado linfocitario perivascular con células plasmáticas y eosinófilos en la dermis reticular, acompañado de bandas colágenas escasas; en etapas más avanzadas, se observa predominio de las bandas colágenas, que reemplazan el infiltrado inflamatorio previo, causando atrofia y disminución de la vascularización del tejido⁽³⁻⁷⁾.

Esclerosis generalizada

Es una variante inusual; ocurre en menos del 10% de los pacientes. Se caracteriza por afectación dérmica de placas induradas, mal definidas, ligeramente inflamadas, de localización preferente en el tronco, aunque puede afectar las extremidades y respetar la cara y las manos. En algunas ocasiones, se asocia a síntomas sistémicos inespecíficos y leves. Las pruebas inmunológicas para autoanticuerpos pueden ser positivas, especialmente los ANA, los anti-ADN y los anticuerpos antifosfolípido; además, se asocia a hipocomplementemia y eosinofilia periférica, razón por la cual se dificulta el diagnóstico diferencial con esclerosis sistémica⁽⁵⁻⁷⁾. El fenómeno de Raynaud, la esclerodactilia y los cambios capilares en el lecho ungular son características clínicas que se presentan solo en la esclerosis sistémica, lo que permiten distinguir estas dos entidades⁽⁸⁻¹¹⁾.

Panesclerótica de la infancia

Esta variante se presenta de forma característica y predominante durante la infancia. Es la variante menos frecuente de morfea; sin embargo, es la forma que tiene el peor pronóstico, debido a su curso larvado e incapacitante y a su poca mejoría con el tratamiento. Es la morfea que causa el mayor compromiso y el más extenso; afecta la piel, el tejido celular subcutáneo y estructuras más profundas, como tendones, músculos y huesos. Se asocia a una gran morbilidad, por la atrofia muscular, las contracturas articulares y las úl-

ceras secundarias. Además, se ha asociado al riesgo de desarrollar carcinoma escamocelular sobre las placas panescleróticas^(12, 13).

Mixta

Se presenta hasta en el 15% de los casos de morfea. Se caracteriza por la combinación de dos o más de las variantes anteriormente descritas. Su clínica y su pronóstico dependen del grado de afectación cutánea⁽⁶⁾.

Diagnóstico y evaluación

El diagnóstico de esclerodermia localizada es fundamentalmente clínico y se establece por la apariencia de las lesiones. No obstante, dado el patrón insidioso y la falta de caracterización clínica en nuestro entorno, se emplean herramientas diagnósticas; la biopsia de piel es el método de referencia para su confirmación y caracterización⁽¹⁴⁾.

A pesar de que en la mayoría de los casos no suele presentarse compromiso sistémico, es importante practicar algunos exámenes de laboratorio, como biometría hemática, química sanguínea, uroanálisis y pruebas de función renal, los cuales, generalmente, son normales. Además, buscar marcadores de inflamación sistémica, como VSG, PCR y factor reumatoideo. Estos se encuentran con mayor frecuencia en casos de esclerodermia local con manifestaciones extracutáneas, en comparación con aquellos con compromiso cutáneo exclusivo; en particular, el factor reumatoideo es positivo en aquellos que se inició con artritis^(13, 14).

En cuanto a las características serológicas, hay hallazgos de autoinmunidad en algunos casos de esclerosis localizada. Esto se demostró en el estudio de Takehara y Sato⁽¹⁵⁾, quienes encontraron que los anticuerpos antinucleares en patrón homogéneo y los anticuerpos antitopoisomerasa eran los más frecuentes (73% y 78%, respectivamente). Los anticuerpos antinucleares son el marcador serológico clásico en casos de morfea con títulos altos, que se asocian a enfermedad temprana y manifestaciones extracutáneas⁽¹⁵⁾. A su vez, los anti-ADN de cadena sencilla (ss-DNA) son positivos en el 20% a 55% de los pacientes, y se asocian con esclerodermia lineal, afectación muscular profunda y extensión en diferentes sitios anatómicos. En contraste, los anti-dsDNA rara vez son positivos⁽¹⁶⁾. Los anticuerpos antihistonas se encuentran positivos en el 47% y sus títulos altos se relacionan con aumento de la superficie corporal afectada, el número de lesiones y la aparición de contracturas articulares^(15, 17).

Los anteriores hallazgos de anticuerpos, sumados al aumento de casos de enfermedades autoinmunitarias en pacientes con esclerodermia focal en comparación con la población general, han llevado a considerar que la esclerodermia localizada se trata de una condición autoinmunitaria, que puede manifestarse simultáneamente con otras enfermedades, como la artritis juvenil idiopática, el lupus eritematoso sistémico, la psoriasis y el síndrome de Sjögren⁽¹³⁾.

Diagnóstico diferencial

La principal enfermedad con la que se debe hacer el diagnóstico diferencial es la esclerosis sistémica, dado que, como se mencionó anteriormente, en algunas variantes de la esclerodermia localizada, puede haber manifestaciones de compromiso sistémico y las pruebas de autoanticuerpos pueden ser positivas. Una vez descartada la esclerosis sistémica y según la variedad de esclerodermia, se pueden considerar otros diagnósticos: en la morfea circunscrita, liquen escleroso extragenital y acrodermatitis crónica atrófica; en la morfea lineal, la paniculitis lúpica; y en la morfea generalizada, fibrosis sistémica nefrogénica, esclerosis sistémica y enfermedad crónica de injerto contra huésped^(13, 15, 17).

Tratamiento

El tratamiento de la esclerodermia juvenil localizada ha representado un reto para los médicos tratantes y, hasta la fecha, se han propuesto muchas alternativas. Sin embargo, en ningún estudio controlado se ha establecido claramente su eficacia y no hay un tratamiento de referencia para esta enfermedad. Se acepta que el enfoque terapéutico depende del subtipo de esclerodermia localizada, de la afectación de los diferentes tejidos, huesos o articulaciones, de la localización y del estado de actividad de la enfermedad⁽¹⁸⁾. A continuación, se abordan las tres opciones básicas de tratamiento: el tópico, el sistémico (metotrexato, esteroides) y el tratamiento con micofenolato de mofetilo, adicionalmente de otras opciones terapéuticas aún en desarrollo.

Ante lesiones únicas, circunscritas y con poca afectación estética, son apropiados los medicamentos tópicos, como emolientes, esteroides tópicos en bajas concentraciones, tacrolimús al 0,1%, imiquimod o calcipotriol^(18, 19). Kroft, *et al.*⁽²⁰⁾, en 2009, informaron sobre 10 pacientes con la variante de morfea circunscrita o en placas, activa en quienes se evaluó la eficacia del tacrolimús tópico al 0,1%, aplicado dos veces al día, durante

12 semanas. Al finalizar el tratamiento, se observó una significativa reducción de la induración de las lesiones tempranas. Estos resultados sugieren que el tacrolimús tópico puede ser una opción terapéutica en los casos de morfea activa circunscrita.

Los esteroides sistémicos, utilizados por sus efectos inmunomoduladores y antiinflamatorios, son otra alternativa terapéutica⁽¹⁸⁾. Sin embargo, Joly, *et al.* evaluaron la eficacia de la monoterapia en 17 pacientes y reportaron mejoría⁽²¹⁾, aunque su estudio fue limitado, ya que no se evaluaron las recaídas después de suspender el tratamiento. Así mismo, Bretèque, *et al.*⁽²²⁾, en un estudio retrospectivo donde se evaluaron las recaídas en adultos, obtuvieron resultados similares; la mitad de los pacientes las presentaron después de suspender el tratamiento. Esto indica la necesidad de una terapia coadyuvante, como el metotrexato.

Se recomienda el tratamiento sistémico cuando la esclerodermia localizada es de moderada a grave. En este caso, el medicamento de elección es el metotrexato, cuya dosis recomendada es de 15 mg/m², administrado en una dosis semanal única (máximo, 25 mg a la semana), durante un tiempo mínimo de 1 año. Durante los primeros 3 meses de tratamiento, se añade un curso diario de esteroides (prednisona, 1 mg/kg)⁽²³⁾. El metotrexato influye en forma importante en la cascada de efectos secundarios a la expresión de la interleucina 1 (IL-1), la IL-6 y el factor de necrosis tumoral. En la morfea y en la esclerosis sistémica, se ha visto aumento de las concentraciones séricas de estas citocinas, las cuales disminuyen paralelamente con la mejoría clínica, después de iniciar la administración de metotrexato^(22, 23).

Si este esquema terapéutico falla, la tercera opción es el micofenolato de mofetilo, en dosis de 500 a 1000 mg/m². Este produce una inhibición específica de la proliferación de linfocitos T y B; además, disminuye la expresión del colágeno de tipo I, con lo cual se potencia la expresión de MMP-1 (enzima disminuida en los procesos de fibrosis) y se altera la migración de los fibroblastos⁽²⁴⁾.

Se ha mencionado la vitamina D y sus análogos en algunos estudios. No obstante, en el único ensayo controlado, no se demostraron resultados superiores a los del placebo⁽¹⁹⁾.

La terapia de luz ultravioleta (UV) con agentes químicos, como los psoralenos o sin ellos, ha arrojado

resultados satisfactorios en lesiones localizadas o superficiales, en algunos estudios. Los resultados de la fototerapia con UVA 1 han sido satisfactorios en condiciones *in vitro* en casos de esclerodermia, por reducir la síntesis de procolágeno y aumentar la expresión de colagenasa 1⁽²⁵⁾.

En el tratamiento del síndrome de Parry-Romberg, variante localizada de la esclerodermia, primero se pretende detener la enfermedad y luego mejorar algunos síntomas. En algunos pacientes, especialmente si se afecta el sistema nervioso central, se pueden considerar medicamentos inmunosupresores, como el metotrexato más pulsos de esteroides orales a las dosis previamente mencionadas, sumados a la terapia local con emolientes, análogos de la vitamina D y fototerapia⁽¹⁸⁾. Una vez que se ha logrado inactivar la enfermedad y finalice el crecimiento del niño, se procede a restaurar la simetría facial, a través de cirugía plástica con métodos de reconstrucción entre las que se encuentra la utilización de injerto autólogo de grasa y la utilización de implantes de polietileno con lipotransferencia; injertos con transferencia microquirúrgica de tejido fascioadiposo extraído de la cara anterolateral del muslo, el serrato anterior o la zona toracodorsal, o mediante el método de regeneración volumétrica con trasplante autólogo de grasa y aplicación de ácido poli-L-láctico. Estas técnicas quirúrgicas son consideradas por algunos cirujanos como el pilar del tratamiento de la hemiatrofia facial. Cualquiera que sea la opción escogida, con estas modalidades terapéuticas se recupera solo temporalmente la buena apariencia y, con el paso de los años, es necesario reintervenir. Además, se pueden presentar problemas ortopédicos, que requieren cirugía correctiva^(18, 26).

CONCLUSIÓN

La esclerodermia no es una enfermedad exclusivamente cutánea. Ante su diagnóstico, se debe prestar atención a la posible afectación sistémica y la asociación a otras enfermedades reumatológicas.

En pediatría, es difícil su evaluación, ante la heterogeneidad de las manifestaciones y la dificultad para predecir las secuelas o la regresión espontánea. En la consulta inicial, el médico pediatra debe tener un alto grado de sospecha para referir al paciente de forma oportuna, en primera instancia, al especialista en reumatología y al de dermatología y, de acuerdo con las manifestaciones clínicas, involucrar otras especia-

lidades, como cirugía plástica, ortopedia o fisioterapia, entre otras.

Queda mucho por investigar en relación con los nuevos tratamientos dermatológicos, los inmunosupresores y los productos biológicos que puedan tener una aceptable tolerancia sistémica, y aminorar las secuelas estéticas y funcionales en los niños con síndrome de Parry-Romberg.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar sus agradecimientos a la paciente y sus familiares, al Hospital Universitario de Sincelejo y a los profesionales que colaboraron con la revisión crítica del documento final.

REFERENCIAS

1. Zulian F, Cuffaro G, Sperotto F. Scleroderma in children: an update. *Curr Opin Rheumatol*. 2013;25(5):643-50.
2. Arango C, Malagón C, Gómez M, Mosquera C, Yépez R, González T, et al. Esclerodermia localizada juvenil: ¿es una enfermedad benigna? *Rev Colomb Reumatol*. 2017;24(3):129-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.02.006>.
3. Fett N, Werth VP. Update on morphea: part I. Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64(2):217-28; quiz 229-30.
4. Torok K. Pediatric scleroderma: systemic or localized forms. *Pediatr Clin North Am*. 2012;59(2):381-405.
5. Laxer RM, Zulian F. Localized scleroderma. *Curr Opin Rheumatol*. 2006;18(6):606-13.
6. Yaqub A, Chung L, Rieger KE, Fiorentino DF. Localized cutaneous fibrosing disorders. *Rheum Dis Clin North Am*. 2013;39(2):347-64.
7. Bielsa Marsol I. Update on the classification and treatment of localized scleroderma. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(8):654-66.
8. Tollefson MM, Witman PM. En coup de sabre morphea and Parry-Romberg syndrome: A retrospective review of 54 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(2):257-63.
9. Chiu YE, Vora S, Kwon EK, Maheshwari M. A significant proportion of children with morphea en coup de sabre and Parry-Romberg syndrome have neuroimaging findings. *Pediatr Dermatol*. 2012;29(6):738-48.

10. Li SC. Scleroderma in Children and Adolescents: Localized Scleroderma and Systemic Sclerosis. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(4):757-81.
11. Leitenberger JJ, Cayce RL, Haley RW, Adams-Huet B, Bergstresser PR, Jacobe HT. Distinct autoimmune syndromes in morphea: a review of 245 adult and pediatric cases. *Arch Dermatol.* 2009;145(5):545-50.
12. Galán M, Rodríguez A, Vázquez MC, Jiménez R, Collantes E, Moreno JC. Morfea panesclerótica discapacitante de la infancia: un nuevo caso. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2009;37:175-9.
13. Zulian F, Vallongo C, Woo P, Russo R, Ruperto N, Harper J, et al. Localized scleroderma in childhood is not just a skin disease. *Arthritis Rheum.* 2005;52(9):2873-81.
14. Lis-Święty A, Janicka I, Skrzypek-Salamon A, Brzezińska-Wcisło L. A systematic review of tools for determining activity of localized scleroderma in paediatric and adult patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(1):30-7.
15. Takehara K, Sato S. Localized scleroderma is an autoimmune disorder. *Rheumatology.* 2005;44(3):274-9.
16. Takehara K, Kikuchi K, Soma Y, Igarashi A, Ishibashi Y. Anti-single-stranded DNA antibody and muscle involvement in localized scleroderma. *Arch Dermatol.* 1990;126(10):1368.
17. Sato S, Fujimoto M, Ihn H, Kikuchi K, Takehara K. Clinical characteristics associated with antihistone antibodies in patients with localized scleroderma. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31(4):567-71.
18. Careta MF, Romiti R. Localized scleroderma: clinical spectrum and therapeutic update. *An Bras Dermatol.* 2015;90(1):62-73.
19. Hulshof MM, Bouwes Bavinck JN, Bergman W, Masclee AA, Heickendorff L, Breedveld FC, et al. Doubleblind, placebocontrolled study of oral calcitriol for the treatment of localized and systemic scleroderma. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43(6):1017-23.
20. Kroft EB, Groeneveld TJ, Seyger MM, de Jong EM. Efficacy of topical tacrolimus 0.1% in active plaque morphea: randomized, double-blind, emollient-controlled pilot study. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10(3):181-7.
21. Joly P, Bamberger N, Crickx B, Belaich S. Treatment of severe forms of localized scleroderma with oral corticosteroids: follow-up study on 17 patients. *Arch Dermatol.* 1994;130(5):663-4.
22. Amy de la Bretèque AM, Rybojad M, Cordoliani F, Petit A, Juillard C, Flageul B, et al. Relapse of severe forms of adult morphea after oral corticosteroid treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(9):1190-1.
23. Zulian F, Vallongo C, Patrizi A, Belloni-Fortina A, Cutrone M, Alessio M, et al. A longterm followup study of methotrexate in juvenile localized scleroderma (morphea). *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(6):1151-6.
24. Martini G, Ramanan AV, Falcini F, Girschick H, Goldsmith DP, Zulian F. Successful treatment of severe or methotrexate-resistant juvenile localized scleroderma with mycophenolate mofetil. *Rheumatology.* 2009;48(11):1410-3.
25. Sunderkötter C, Kuhn A, Hunzelmann N, Beissert S. Phototherapy: a promising treatment option for skin sclerosis in scleroderma? *Rheumatology.* 2006;45:52-4.
26. Lott AM, Robles MB, Marrou Wr. Transferencia de grasa autóloga en esclerodermia localizada y multicéntrica. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2016;42:285-92.

Psoriasis pustulosa anular: reporte de un caso y revisión de la literatura

Annular pustular psoriasis: case report and review of the literature

Melisa Giraldo¹, Elsa Stella Mosquera², Ángela Seidel³

1. Médica Dermatóloga, Hospital Departamental San Juan de Dios, Armenia, Quindío
2. Médica, residente de Dermatología, UFCSPA, Porto Alegre, Brasil
3. Médica Dermatóloga, Hospital Departamental San Juan de Dios, Armenia, Quindío

RESUMEN

La psoriasis pustulosa anular es una patología poco frecuente, variante de la psoriasis pustulosa generalizada, donde la respuesta a los tratamientos es más variable y cuya fisiopatología involucra la mutación de los genes IL-36RN y CARD14. En la actualidad, son pocos los casos clínicos reportados en la literatura científica.

Reportamos una paciente de 50 años con las características clínicas de esta enfermedad y su abordaje terapéutico. Se presenta una revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVE: psoriasis pustulosa, psoriasis pustulosa anular, gen IL36RN, DITRA, autoinflamatorio.

SUMMARY

Pustular annular psoriasis is a rare pathology, a variant of generalized pustular psoriasis with an important implication in the mutation of the IL-36RN and CARD14 genes in the physiopathology. At present there are few clinical cases reported in the scientific literature.

We report a 50-year-old patient with the clinical characteristics of this disease, including the therapeutic approach. A review of the literature is presented.

KEY WORDS: Pustular psoriasis, annular pustular psoriasis, gene IL36RN, DITRA, autoinflammatory.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis pustulosa anular (PPA) es una entidad rara, variante de la psoriasis pustulosa generalizada (PPG) ⁽¹⁾, descrita por primera vez por Milian y Katchoura en 1933 como “psoriasis pustulosa benigna”, enfermedad caracterizada por lesiones de psoriasis que semejaban un eritema anular centrifugo ^(2,3). Es poco frecuente y ocurre con o sin un historial de psoriasis ⁽⁴⁾. Es la forma más común de psoriasis pustulosa en los niños ⁽⁵⁾. En adultos se presenta entre la sexta y la séptima década de la vida y

Correspondencia:

Melisa Giraldo Cano

Email:

melisgiral@gmail.com

Recibido: 31/03/19

Aceptado: 30/06/19

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

es más frecuente en el sexo femenino⁽⁶⁾. Se diferencia de la PPG tipo Von Zumbusch y del impétigo herpetiforme por tener un curso clínico subagudo y limitado^(5,6). Al ser parte de las PPG, su etiología, que es multifactorial, se relaciona fuertemente con las mutaciones en el gen IL36RN, que codifica al receptor antagonista de interleucina 36 (IL-36Ra), una citocina antiinflamatoria de la familia de IL-1, la cual inhibe las vías de señales proinflamatorias mediante la unión de la IL-36 a su receptor⁽⁷⁾, además de la participación del gen CARD14 involucrado en la activación de estas citocinas.

En este artículo se describe un caso representativo de PPA y se revisa la literatura.

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino, 50 años, con antecedentes patológicos de hipertensión en manejo con losartán en 100 mg/día y metoprolol 100 mg/día; peso, 89 kg; talla, 1,51 cm; e índice de masa corporal, 39. Cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por lesiones, que aparecen en brotes recurrentes que le comprometen toda la superficie corporal, incluido el cuero cabelludo, excepto la cara y las zonas palmoplantares. Inician pequeñas placas eritematosas con pústulas que

terminan descamativas y rápidamente se van abriendo en forma anular (**figuras 1 a 4**). La paciente refiere empeoramiento con el calor y con el estrés emocional. En ocasiones, las lesiones eran superficiales exfoliativas anulares y sin pústulas, y, en otras, eran crisis eran francamente pustulosas y eritematosas, que resolvían dejando pigmentación circinada, PASI 35 y BSA 70 en la primera consulta.

Al momento de la primera consulta, la paciente se encontraba en estado eritrodérmico, por lo que fue hospitalizada. Se realizó biopsia (**figura 5**), que confirmó el diagnóstico, y se indicó ciclosporina con respuesta favorable; luego se cambió a metotrexato (MTX), con el que continuó controlada. Paraclínicos: velocidad de sedimentación globular, 23; hemoglobina, 13,2; plaquetas, 289 000; leucocitos, 14650; VIH negativo, AgSHB negativo, AgSHC negativo; colesterol, 205; triglicéridos, 101,8; creatinina, 0,92; BUN, 16,4; TGO, 16; y TGP, 18. Presentó un período de ausencia de controles y medicamentos, por lo cual las lesiones reaparecieron. Se reinició el tratamiento con MTX, pero por la falta de respuesta y la elevación de las transaminasas (TGO de 168,5 y TGP de 135,8) se decidió iniciar terapia biológica con secukinumab, hasta ahora con adecuada evolución de sus lesiones.



Figura 1. Placas anulares circinadas generalizadas, con tendencia a la descamación en collarite interno y que van dejando pigmentación postinflamatoria.



Figura 2. Inicio de la crisis con pústulas sobre placas eritematosas, que crecen periféricamente en forma de anillos.



Figura 3. Evolución de las lesiones.



Figura 4. Momentos menos activos de la enfermedad, que es una entidad caracterizada por oleadas recurrentes de crisis.

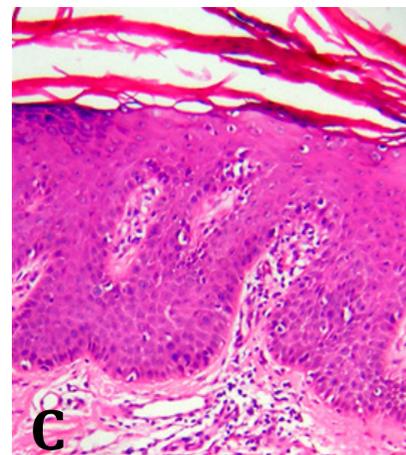
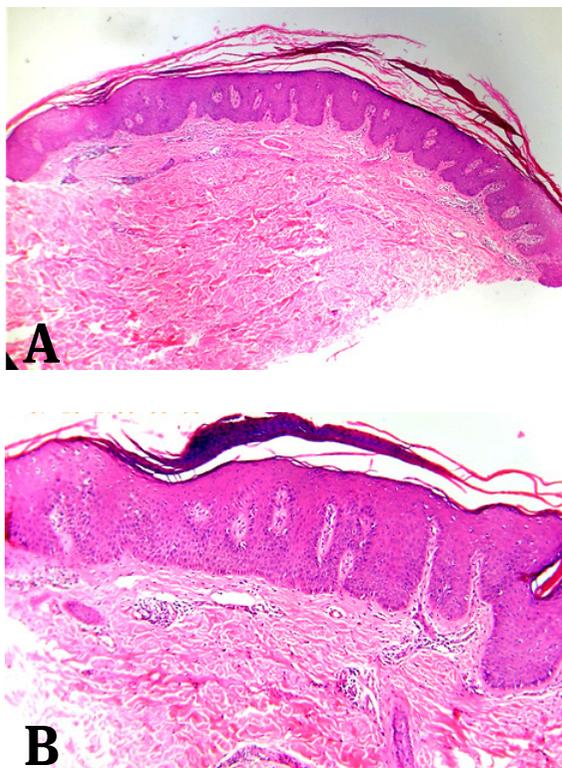


Figura 5. Histológicamente: **A)** Hematoxilina-eosina 4X. **B)** HE 10X. **C)** HE 40X. Hiperplasia psoriasiforme clásica, con pérdida de la granular y una capa córnea paraqueratósica dispuesta en montaña, que es la manifestación un poco tardía de donde hubo una pústula. En el acercamiento se observa exocitosis de leucocitos, que forma un microabsceso.

DISCUSIÓN

Las formas pustulosas de psoriasis son poco frecuentes y pueden verse asociadas o no a otros tipos de psoriasis. Para su mejor caracterización, el texto de Bologna las divide en tres tipos: psoriasis pustulosa palmoplantar (PPPP), la más frecuente; acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH) y psoriasis pustulosa generalizada (PPG), que, a su vez, se subdivide en 4 subtipos diferentes: psoriasis pustulosa tipo Von Zumbusch (PPGZ), psoriasis pustulosa anular (PPA), psoriasis pustulosa exantemática y psoriasis pustulosa “de patrón localizado”⁽⁸⁾.

La PPA es una variante de la PPG, entidad infrecuente de esta enfermedad, que puede manifestarse en forma de brote en pacientes con psoriasis vulgar o como forma única de presentación⁽⁹⁾. Se presenta como una erupción subaguda recurrente caracterizada por el desarrollo de placas eritematosas anulares o figuradas, con pústulas periféricas y escamas; las lesiones se localizan en las extremidades, los glúteos y el abdomen. La cara, las manos y los pies suelen respetarse⁽¹⁰⁾. Las placas se expanden de manera centrífuga en el transcurso de horas a días y, en la mayoría de los casos, los pacientes no tienen antecedentes personales ni familiares de psoriasis. También puede haber dolor o fiebre⁽⁵⁾.

ETIOLOGÍA

Como en el resto de las psoriasis, la etiopatogenia de las psoriasis pustulosas es multifactorial, con un trasfondo genético que predispone a respuestas inflamatorias específicas frente a una noxa externa, que, hasta el momento, es desconocido. Las diferentes formas de psoriasis pustulosa han sido recientemente relacionadas con mutaciones en diversos genes, como IL36N, CARD14 o AP1S3^(5, 10). Son las llamadas *psoriasis monogénicas* y, habitualmente, debutan a edades tempranas de la vida presentando cuadros graves con afectación sistémica refractaria a los tratamientos habituales. Si debuta en la edad adulta, como en nuestro caso, los desencadenantes más habituales son el embarazo (recibe el nombre de *impétigo herpetiforme*), la suspensión brusca de corticoides, la hipocalcemia, el estrés o algún proceso infeccioso intercurrente⁽¹⁰⁾. En el caso del “patrón localizado”, suele deberse a un factor irritante de los productos aplicados sobre las placas de psoriasis preexistentes⁽⁴⁾.

Mutación del gen IL36RN

El gen IL36RN codifica para una citocina conocida como *antagonista del receptor* de IL-36 (IL-36Ra). La IL-36Ra es una interleucina antiinflamatoria, que pertenece a la familia IL-1. La familia IL-1 es un grupo de citocinas inflamatorias, compuestas por 11 miembros (IL-1 α , IL-1 β , IL-1Ra, IL-18, IL-33, IL-36 α , IL-36 β , IL-36 γ , IL-36Ra, IL-37 e IL-1F10) y 9 receptores (8). La IL-36Ra compete e inhibe a IL-36 α , IL-36 β e IL-36 γ , que son citocinas proinflamatorias que actúan mediante la señalización de la vía de las MAP cinasas y el factor nuclear kappa B (FN- κ B), promoviendo la expresión de IL-8, particularmente, en los queratinocitos⁽⁹⁾. De esta manera, la IL-36Ra mutada tiene menos capacidad de inhibir la señalización de IL-36R, por lo que su presencia permite un predominio de la expresión proinflamatoria sin contrarregulación. A partir de estos hallazgos, los autores proponen que la entidad reciba el nombre de *DITRA* (deficiencia del antagonista del receptor de IL-36)⁽⁸⁾.

Mutación del gen CARD14

El gen CARD14 codifica al miembro 14 de la familia del dominio reclutador de caspasas. El dominio reclutador de caspasas (CARD) está involucrado, principalmente, en la apoptosis y en la activación de citocinas proinflamatorias. El CARD incluye a las proteínas NOD1, NOD2, RIG-I, MDA5 y CARD9. Algunas de estas proteínas están relacionadas con enfermedades inflamatorias crónicas de la piel; por ejemplo, las mutaciones de NOD2 causan el síndrome de Blau/sarcoidosis de inicio temprano, y el MDA5 es un autoantígeno de la dermatomiositis amiofática, a menudo acompañada de enfermedad pulmonar intersticial aguda⁽¹⁰⁾.

El CARD14 se expresa en la piel y es un conocido activador de la vía de señalización FN- κ B, que está predominantemente localizada en los queratinocitos. Cuando la actividad de CARD14 se encuentra regulada por las variantes de mutaciones, la vía de señalización FN- κ B se activa fácilmente induciendo citocinas como IL-36, IL-8 y CCL20, que, a su vez, reclutan células inflamatorias que desarrollan la enfermedad^(11, 12).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la PPA es básicamente clínico. Es más sencillo en pacientes con psoriasis de base o antecedentes familiares directos, pero puede ser más complicado cuando se presenta como manifestación

inicial. Debemos descartar las diferentes causas de pustulosis subcórnea que pueden dar clínica anular, como son la pustulosis exantemática aguda generalizada, algunos pénfigos (IgA, herpetiforme y foliáceo subcórneo) y la enfermedad de Sneddon-Wilkinson, básicamente ⁽⁴⁾. Para ello, es clave una buena anamnesis, un cultivo de las lesiones y unos paraclínicos generales; también se debe realizar una biopsia para estudio anatomopatológico y para inmunofluorescencia directa ⁽⁵⁾.

La imagen histológica incluye mínima o leve acantosis, espongirosis en parches, pústulas subcórneas con paraqueratosis (equivalente a las pústulas de Kogoj de mayor tamaño) e infiltrados inflamatorios mononucleares perivasculares superficiales.

CURSO CLÍNICO

El curso clínico suele ser inestable y prolongado sin tratamiento, con períodos de inactividad y recurrencia de la enfermedad a lo largo de los años. Se pueden producir erupciones con la reexposición a un factor precipitante o por razones desconocidas. Los pacientes generalmente requieren terapia continua para evitar el resurgimiento de las erupciones. Las complicaciones de la PPG aguda, principalmente en las formas tipo Von Zumbusch, pueden ser potencialmente mortales e incluyen sepsis, anomalías graves renales, hepáticas (colangitis neutrofílica) o respiratorias (neumonitis neutrofílica y síndrome de dificultad respiratoria aguda) y la muerte ⁽⁵⁾.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las formas pustulosas de la psoriasis es aún controversial y no existe consenso, esto debido, en parte, a la rareza de la enfermedad y a la falta de directrices aceptadas universalmente. En cuanto a las orientaciones aceptadas actualmente como primera línea de tratamiento, se recomienda el acitretín, la ciclosporina o el metotrexato. En formas más extensas y con poca respuesta a los anteriores se han usado biológicos ⁽¹³⁾, como en el presente caso, en que la paciente se encuentra en manejo con secukinumab, con buena evolución de su patología.

REFERENCIAS

- Jin H, Cho HH, Kim WJ, Mun JH, Song M, Kim HS, et al. Clinical features and course of generalized pustular psoriasis in Korea. *J Dermatol.* 2015;42(7):674-8. doi:10.1111/1346-8138.12863.
- Albert A, Hein R, Ring J, Jakob T. Erythema-anulare-centrifugum-artige psoriasis cum pustulatione. *Hautarzt.* 2007;58(9):769-73. doi:10.1007/s00105-007-1316-y.
- Liao PB, Rubinson R, Howard R, Sanchez G, Frieden IJ. Annular pustular psoriasis-most common form of pustular psoriasis in children: report of three cases and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2002;19(1):19-25. doi:10.1046/j.1525-1470.2002.00026.x.
- Vocks E, Worret WI, Ring J. Erythema annulare centrifugum-type psoriasis: A particular variant of acute-eruptive psoriasis. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2003;17(4):446-8. doi:10.1046/j.1468-3083.2003.00715.x.
- Naik HB, Cowen EW. Autoinflammatory pustular neutrophilic diseases. *Dermatol Clin.* 2013;31(3):405-25. doi:10.1016/j.det.2013.04.001.
- Kato K, Hanafusa T, Igawa K, Tatsumi M, Takahashi Y, Yamanaka T, et al. A rare case of annular pustular psoriasis associated with pemphigus foliaceus. *Ann Dermatol.* 2014;26(2):260-1. doi:10.5021/ad.2014.26.2.260.
- Kalb RE. Pustular psoriasis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate.* 2019;(11). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pustular-psoriasis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis>.
- Fernandez R, Daniel LCC. Psoriasis pustulosa generalizada. *Rev Chil Dermatol.* 2014;30(01):36-45.
- Onoufriadis A, Simpson MA, Pink AE, Di Meglio P, Smith CH, Pullabhatta V, et al. Mutations in IL36RN/IL1F5 are associated with the severe episodic inflammatory skin disease known as generalized pustular psoriasis. *Am J Hum Genet.* 2011;89(3):432-37. doi:10.1016/j.ajhg.2011.07.022.
- Rodríguez DP. Psoriasis pustulosa. *Univ Nac del Rosario.* 2016. doi:10.1177/003591573502801212
- Sugiura K. The genetic background of generalized pustular psoriasis: IL36RN mutations and CARD14 gain-of-function variants. *J Dermatol Sci.* 2014;74(3):187-192. doi:10.1016/j.jdermsci.2014.02.006.
- Lee EB, Wu KK, Lee MP, Bhutani T, Wu JJ. Psoriasis risk factors and triggers. *Cutis.* 2018;102(5S):18-20.
- Benjegerdes KE, Hyde K, Kivelevitch D, Mansouri B. Pustular psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis (Auckl).* 2016;16:131-44. doi:10.2147/PTT.S98954.

Enfermedad de Bowen perianal: presentación de dos casos

Perianal Bowen's disease: two cases report

Óscar Jairo Valencia Ocampo¹, Marta Cecilia Sierra Sierra², Juan Guillermo Hoyos Gaviria³

1. Dermatólogo, Profesor. Centro de Investigaciones Dermatológicas, CIDERM, Unidad de Fotodermatología sede IPS Universitaria, Sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
2. Dermatóloga, Profesora. Sección de Dermatología, Fototerapia Sede San Vicente Fundación Hospital Universitario, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
3. Dermatólogo, Profesor. Sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

RESUMEN

El compromiso de la región perianal por enfermedad de Bowen es poco frecuente. Su etiología se ha relacionado con la infección por los virus del papiloma humano. La enfermedad de Bowen perianal puede hallarse de forma incidental y los síntomas que produce son inespecíficos. Puede expresarse como placas eritematosas, blanquecinas y, ocasionalmente, pigmentadas, y simular las dermatitis eccematosas o un liquen simple crónico. La evolución es lenta y entre el 2% y el 6% de los casos pueden progresar a un carcinoma escamocelular invasor. El tratamiento puede ser quirúrgico o con modalidades no quirúrgicas, entre las cuales se cuenta con la terapia fotodinámica, considerada como un tratamiento de primera línea para la enfermedad de Bowen por su seguridad y efectividad a corto plazo; sin embargo, parece que la recurrencia a largo plazo es frecuente. Se presentan dos casos de enfermedad de Bowen perianal. El primer caso representa la forma pigmentada, una variante de presentación clínica poco frecuente, tratado con cirugía local amplia. El segundo caso recibió tratamiento conservador con terapia fotodinámica, con una respuesta satisfactoria a corto plazo.

PALABRAS CLAVE: enfermedad de Bowen, neoplasias del ano, enfermedades del ano, carcinoma de células escamosas, carcinoma *in situ*.

SUMMARY

The compromise of the perianal region due to Bowen's disease is rare, its etiology has been related to human papillomavirus infection. Perianal Bowen's disease can be found incidentally and the symptoms they produce are nonspecific, it can be expressed as erythematous, whitish and occasionally pigmented plaques, it can resemble as eczematous dermatitis or lichen simplex chronicus. Evolution is slow, between 2% and 6% of cases can progress to an invasive squamous cell carcinoma. The treatment can be surgical or not. Among non-surgical treatments include Photodynamic therapy, which is considered a first line treatment, it is safe and effective in the short term, however, it seems

Correspondencia:

Óscar Jairo Valencia Ocampo

Email:

oscar.valencia@udea.edu.co

Recibido: 05/02/18

Aceptado: 05/05/18

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

that recurrences are frequent in the long term. Two cases of perianal Bowen disease are presented. The first case represents the pigmented form, a variant of uncommon clinical presentation, treated with extensive local surgery. The second case received a conservative treatment with photodynamic therapy with a satisfactory response in the short term.

KEY WORDS: Bowen's disease, anus neoplasms, anus diseases, carcinoma squamous cell, carcinoma in situ.

CASO CLÍNICO 1

Se trata de una mujer de 75 años, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó por prurito pe-

rianal de varios años de evolución, tratada previamente con esteroides tópicos, protectores cutáneos con óxido de zinc al 20% en crema sin mejoría; la paciente no refería otros síntomas asociados. En el examen físico se observaron cinco placas de 2 cm a 6 cm en sus diámetros mayores, color marrón claro y oscuro, de contornos irregulares y bien definidos, con algunas áreas hiperqueratósicas, otras erosionadas y con fisuras, localizadas en la región perianal (**figura 1**). En el examen histopatológico se describieron cambios de hiperplasia epidérmica con queratinocitos atípicos, que confirmaron el diagnóstico de enfermedad de Bowen. Se realizó tratamiento quirúrgico con resección local amplia y márgenes libres de enfermedad de un centímetro. El control histopatológico posquirúrgico fue satisfactorio.



Figura 1. Numerosas placas irregulares y bien definidas, marrón claras y oscuras, con áreas hiperqueratósicas, erosiones y fisuras. Localizadas en la región perianal.

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 70 años, que consultó por una lesión dolorosa perianal de 6 años de evolución. Recibió manejo tópico con hidrocortisona al 1% y clotrimazol al 1% en cremas, sin mejoría. En el examen físico se observó una placa localizada en la región perianal superior izquierda, entre las 9 y 2 del reloj, que medía 12 cm por 11 cm en sus longitudes mayores, de forma trilobular, con bordes bien definidos, de un color eritematoso rosado con áreas blanquecinas vegetantes y áreas erosionadas, con una secreción serosa escasa (**figura 2**). En el examen histopatológico se describieron cambios de hiperplasia epidérmica con queratinocitos atípicos, que confirmaron el diagnóstico de enfermedad de

Bowen. Recibió tres sesiones de terapia fotodinámica con un intervalo de 25 días entre los tratamientos, se usó aminolevulinato de metilo en 160 mg/g en crema, la cual se aplicó por un período de tres horas, con posterior exposición a luz roja de 635 nm, emitida por una lámpara LED Aktelite CL128, con una fluencia de 37 J/cm², a una distancia de la piel de entre 5 cm a 8 cm y por un tiempo de 8 minutos. La paciente presentó respuesta satisfactoria con remisión de las lesiones.

No se realizó un seguimiento de la evolución de los casos luego de los tratamientos realizados.

Los hallazgos histopatológicos en ambos casos fueron similares (**figuras 3 y 4**).



Figura 2. Placa rosada bien definida de 12 cm por 11 cm, con áreas blanquecinas vegetantes y erosionadas, y secreción serosa escasa. Localizada en la región perianal superior izquierda.

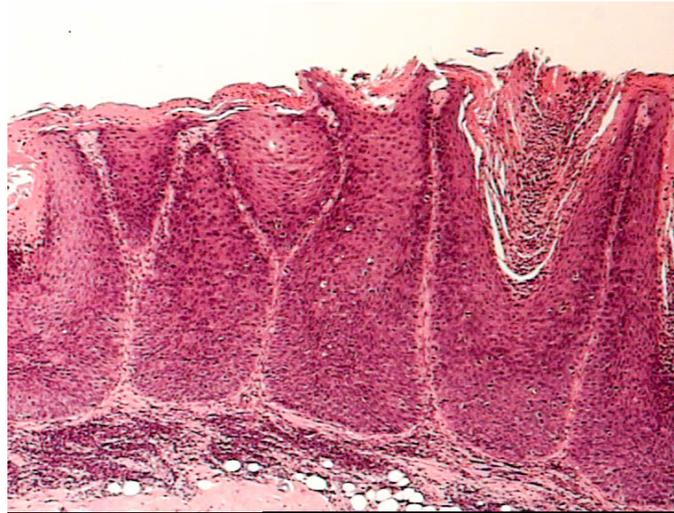


Figura 3. Epidermis con gran acantosis regular, despolarización y pleomorfismo celular que ocupa todo el espesor, dermis superior con infiltrado inflamatorio crónico en banda. Mediano aumento. 10X.

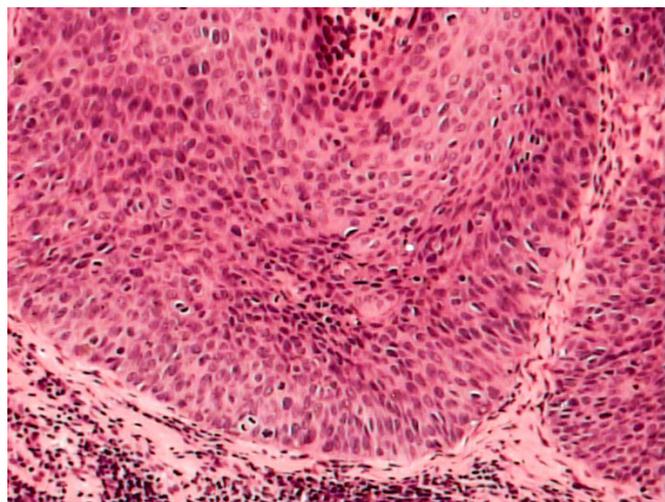


Figura 4. Detalle de la imagen anterior. Gran aumento. 40X.

COMENTARIO

La enfermedad de Bowen es un carcinoma escamoso intraepitelial, que fue descrito por primera vez por John T. Bowen, en 1912. En la etiopatogenia se ha descrito su relación con factores como la radiación ionizante, la exposición solar, la exposición al arsénico, la inmunosupresión, la infección por virus del papiloma humano (VPH), los factores genéticos, los traumatismos y los carcinógenos químicos⁽¹⁾. La afectación de la zona perianal es poco frecuente y se presenta más en mujeres mayores de 50 años que en hombres. Se ha asociado con la infección por los VPH de los serotipos 6, 11, 16 y 18 de la región anogenital. El riesgo de progresión a carcinoma escamocelular invasor es del 2% al 6% y se relaciona con la infección por los serotipos de VPH 16 y 18; el riesgo parece mayor en pacientes con infección por VIH y conteos de CD4 menores de 200^(2, 3). El uso de las vacunas disponibles para VPH puede prevenir el desarrollo de la enfermedad de Bowen perianal.

La forma pigmentada de enfermedad de Bowen perianal es rara, corresponde a menos del 2% de los casos, se desconoce el mecanismo de la pigmentación y no se han demostrado diferencias en su comportamiento biológico frente a las formas no pigmentadas⁽⁴⁾.

La enfermedad de Bowen perianal a menudo se diagnostica incidentalmente durante el examen histopatológico del tejido perianal eliminado durante otro procedimiento (por ejemplo, hemorroidectomía) o durante la biopsia de la piel perianal para quejas inespecíficas. Los pacientes pueden referir prurito, ardor, dolor local, sensación de masa y sangrado. La evolución es lenta y progresiva; el diagnóstico puede retardarse varios años. En una serie de 25 casos tratados con resección quirúrgica en Estados Unidos, se reportó una duración promedio de los síntomas antes del diagnóstico de 1,3±0,5 años.

La enfermedad de Bowen perianal se caracteriza clínicamente por la presencia de una o varias placas, que miden de pocos milímetros a varios centímetros; la mayoría pueden ser eritematosas o blanquecinas y en ocasiones de color marrón claro u oscuro, su superficie puede ser lisa, aterciopelada o verrucosa y se describe que pueden semejar un eczema subagudo o un liquen simple crónico^(4, 5).

La histología de la enfermedad de Bowen es similar en la zona perianal a lo descrito en otras zonas anatómicas. Se reportan anomalías en el patrón de

queratinización y de la arquitectura de la epidermis con hiperplasia epidérmica y elongación de la red de crestas, con queratinocitos atípicos, los cuales presentan alteración de la morfología normal, ausencia de maduración y de mitosis, que afectan a todo el espesor de la epidermis⁽⁶⁾.

Los diagnósticos diferenciales más importantes son la enfermedad de Paget (adenocarcinoma intraepitelial), la papulosis bowenoide y el melanoma⁽⁷⁾.

Para el tratamiento de la enfermedad de Bowen se describen las intervenciones quirúrgicas como la resección local amplia con márgenes que se extienden a 1 cm de la lesión o la cirugía micrográfica de Mohs, además de los tratamientos destructivos, como la cauterización con curetaje o la criocirugía; y, finalmente, el uso de otras técnicas como la terapia tópica con cremas de imiquimod al 5% o 5 fluoruracilo al 5%, la terapia fotodinámica, el láser de argón y la radioterapia. Para la elección de la intervención se recomienda considerar las características individuales del paciente, como la edad, la ubicación, el tamaño de las lesiones y las comorbilidades^(8, 9).

La terapia fotodinámica (TFD) parece un método de tratamiento efectivo y seguro. En los últimos años, se ha considerado como primera línea de tratamiento para la enfermedad de Bowen, con respuestas clínicas que varían entre un 52% y un 100%. La TFD puede realizarse con ácido 5-aminolevulínico (ALA) o metil-aminolevulinato (MAL). Ambas modalidades de tratamiento son bien toleradas y cuando se comparan con la crioterapia, los resultados cosméticos son mejores debido a que no dejan cicatriz. No se encontraron ensayos aleatorios controlados que compararan las modalidades de TFD-ALA y TFD-MAL. En pacientes con enfermedad de Bowen tratados con TFD-ALA no existen diferencias significativas en la respuesta clínica por aclaramiento de las lesiones cuando se tratan con luz roja o luz verde; sin embargo, parece que la recurrencia de las lesiones es un poco menor con la TFD-ALA con luz roja⁽¹⁰⁾. Estudios recientes sobre la efectividad a largo plazo de la TFD-MAL han demostrado un riesgo de recurrencia luego del tratamiento de alrededor del 30% a 5 años, en especial para lesiones mayores de 300 mm² o mayores de 21 mm de diámetro. Por lo anterior, se recomienda un seguimiento estrecho de los casos de enfermedad de Bowen tratados con esta modalidad terapéutica por un período mínimo de 5 años⁽¹¹⁾.

Hay controversia sobre la relación de la enfermedad de Bowen perianal con la ocurrencia de otros carcinomas

cutáneos o viscerales. Aunque algunos autores indican que existe una relación, esta parece ser baja; los carcinomas vulvares son los más reportados⁽⁵⁾. Se recomienda el seguimiento a largo plazo de estos pacientes para la vigilancia de la aparición de segundas neoplasias. Los expertos recomiendan controles médicos una o dos veces por año con anoscopia y rectosigmoidoscopia. La realización de colonoscopia se hará según el riesgo individual de carcinoma colorrectal, cada 3 a 5 años.

CONCLUSIÓN

La afectación perianal por enfermedad de Bowen es poco frecuente, puede ser un hallazgo casual en las formas asintomáticas y debería tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de las dermatitis en esta localización. Se reportaron dos casos clínicos que representan las formas de presentación con lesiones tipo placas pigmentadas y eritematodescarnativas, tratados con cirugía local amplia y con TFD-MAL, respectivamente. Luego del tratamiento de pacientes con enfermedad de Bowen perianal, se recomienda realizar un seguimiento por un mínimo de 5 años, debido al riesgo de recurrencias locales y de segundas neoplasias.

REFERENCIAS

- Drake AL, Walling HW. Variations in presentation of squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease) in immunocompromised patients. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(1):68-71.
- Sarmiento JM, Wolff BG, Burgart LJ, Frizelle FA, Ilstrup DM. Perianal Bowen's disease associated tumors, human papillomavirus, surgery and others controversies. *Dis Colon Rectum.* 1997;40(8):912-8.
- Beck DE, Fazio VW, Jagelman DG, Lavery IC. Perianal Bowen's disease. *Dis Colon Rectum.* 1988;31(6):419-22.
- Papageorgiou PP, Koumariou AA, Chu AC. Pigmented Bowen's disease. *Br J Dermatol.* 1998;138(3):515-8.
- Margenthaler JA, Dietz DW, Mutch MG, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW. Outcomes, risk of other malignancies, and need for formal mapping procedures in patients with perianal Bowen's disease. *Dis Colon Rectum.* 2004;47(10):1655-60.
- Zhan W, Liao X, Tian T, Zhang Y, Li P, Wu XP, et al. Perianal multiple Bowen's disease: a case report. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8(11):15039-41.
- Krishnan R, Lewis A, Orengo I, Rosen T. Pigmented Bowen's disease (squamous cell carcinoma in situ): a mimic of malignant melanoma. *Dermatol Surg.* 2001;27(7):673-4.
- Runfola MA, Weber TK, Rodriguez-Bigas MA, Dougherty TJ, Petrelli NJ. Photodynamic therapy for residual neoplasms of the perianal skin. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(4):499-502.
- Jansen MH, Appelen D, Nelemans PJ, Winnepenninckx VJ, Kelleners-Smeets NWJ, Mosterd K. Bowen's Disease: Long-term Results of Treatment with 5-Fluorouracil Cream, Photodynamic Therapy or Surgical Excision. *Acta Derm Venereol.* 2018;98(1):114-115.
- Bath-Hextall FJ, Matin RN, Wilkinson D, Leonardi-Bee J. Interventions for cutaneous Bowen's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD007281.
- Aguilar-Bernier M, Rodríguez-Barón D, Rivas-Ruiz F, Segura-Palacios JM, de Troya Martín M. Long-term efficacy of photodynamic therapy with methyl aminolevulinic acid in treating Bowen's disease in clinical practice: a retrospective cohort study (2006-2017). *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2019;35(4):208-213.

Melanoma del conducto auditivo externo. Presentación de un caso

Melanoma of the external auditive canal. Case report

**Pedro Rosales Torres¹, Rafael Pila Pérez², Pedro León Acosta³, Rafael Pila Peláez⁴,
Jaider Luis Saurith Monterrosa⁵**

1. Especialista de 1.º grado en Anatomía Patológica. Instructor
2. Especialista de 2.º grado en Medicina Interna. Profesor Titular
3. Especialista de 1.º grado en Medicina Interna. Instructor
4. Especialista de 2.º grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar
5. Especialista de 1.º grado en Medicina Interna

RESUMEN

Los melanomas cutáneos son neoplasias malignas cuya incidencia ha aumentado marcadamente en las últimas cinco décadas. En cuanto a los melanomas cutáneos primarios, la localización en cabeza y cuello representa el 17%. De estos, entre el 7% y el 16% se asientan en el oído externo, de los cuales, aproximadamente el 60% ocurren en el hélix y el antihélix^(1, 2). El compromiso del conducto auditivo externo rara vez es informado y cuando ocurre, tiene lugar en el meato.

Reportamos el caso de un paciente campesino con exposición a la luz solar de larga data. El paciente presentó una lesión de 1×1,5 cm, aproximadamente, de color pardo oscuro, en el conducto auditivo externo, con otalgia, otorrea con presencia de pus, sangre e hipoacusia y adenopatía preauricular y cervical. El diagnóstico se confirmó con punción por aspiración fina (PAFF) del tumor y, además, con el estudio de la pieza postoperatoria, que confirmó el resultado de la PAFF.

PALABRAS CLAVE: maligno, melanoma, conducto auditivo externo, HMB-45.

SUMMARY

Cutaneous melanomas are malignant neoplasms whose incidence has increased markedly in the last five decades. Among the primary cutaneous melanomas, the head and neck location represent 17%. Of these, 7 to 16% settle in the outer ear, of which about 60% occur in the helix and anti-helix. External auditory canal involvement is rarely reported and when it occurs, it occurs in the meatus.

We report the case of a peasant patient with long-term exposure to sunlight. He presented a lesion of approximately 1×1.5 cm in the dark brown external audi-

Correspondencia:

Jaider Luis Saurith Monterrosa

Email:

jaidersaurith@hotmail.com

Recibido: 23/05/19

Aceptado: 05/08/19

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

tory canal with otalgia, otorrhea with the presence of pus, blood accompanied by hearing loss and pre-atrial and cervical adenopathy, whose diagnosis was confirmed by fine aspiration puncture (PAFF) of the tumor in addition to the study of the postoperative piece that confirmed the result of the PAFF.

KEY WORDS: Malignant, melanoma, external auditory canal, HMB-45.

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos del conducto auditivo externo (CAE) son poco frecuentes. Su baja incidencia y la presentación clínica similar a los procesos crónicos del oído pueden implicar retraso en el diagnóstico ⁽³⁾. De todos los tumores que afectan el oído, el 60% se encuentra en la región auricular, el 28% en el CAE y el 2% en el oído medio ⁽⁴⁾. Los melanomas de oído externo constituyen menos del 1% de todos los melanomas cutáneos y se asientan, fundamentalmente, en el pabellón auricular ⁽²⁾. Otros autores señalan al melanoma como el responsable del 0,5% de las neoplasias que se asientan en el oído externo ⁽⁴⁻⁶⁾. Las neoplasias en esta localización constituyen el 7%-14,5% de los melanomas de cabeza y cuello ⁽⁴⁾. El hallazgo de tumores melánicos originados en el CAE es raro ⁽⁴⁾. Se presenta el caso de un paciente con melanoma del CAE, el primero diagnosticado en nuestro hospital en 55 años.

CASO CLÍNICO

Paciente de 60 años, masculino, fototipo III según la escala Fitzpatrick, campesino dedicado a las labores

agrícolas, sin antecedentes familiares o personales de interés. Refirió otalgia izquierda, otorrea con discreta cantidad de pus y sangre de 6 meses de evolución, acompañada de hipoacusia de 3 meses. Se nota, además, tumefacción preauricular en la cadena lateral izquierda. Oído derecho sin alteraciones.

En la exploración se aprecia adenopatía preauricular izquierda, no dolorosa, de 2 cm y fija y varias adenopatías en número de tres, con un tamaño de 1 a 2 cm, de consistencia pétreo, no dolorosas y fijas, sin reportarse otras localizaciones en el cuello y las fosas supraclaviculares.

En la otoscopia se observó el CAE ocupado por un tumor de aspecto exofítico, que obstruye dicho conducto de 1x1,2 cm, aproximadamente, duro, de color pardo oscura y fácilmente sangrante (**figura 1**).

Radiografía de tórax, cráneo y serie radiológica de huesos largos, ultrasonido abdominal, tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo, mediastino y retroperitoneo, todas normales. Se practica TAC de columna cervical y oídos en la que se encuentra ocupación de CAE por una masa isodensa de 1x0,9 cm, sin apreciarse restos timpánicos ni de huesecillos. Parótida sin alteraciones. Adenopatías preauriculares de 1,5x2cm y varias en la cadena lateral izquierda del cuello, de 1 a 2 cm. La punción por aspiración con aguja fina (PAFF) de la adenopatía preauricular informa la presencia de un melanoma, al igual que la PAFF del tumor.

El paciente fue sometido a intervención quirúrgica con vaciamiento ganglionar radical de oído izquierdo y cervical con parotidectomía superficial. El informe opera-



Figura 1. Macrofotografía que muestra la lesión tumoral protuberante, oclusiva y pigmentada, que obstruye el conducto auditivo externo.

torio del tumor fue de melanoma de CAE y múltiples adenopatías metastásicas de este tipo de neoplasia.

Como reporte por parte de patología se obtuvo un melanoma infiltrante con crecimiento vertical con formación de núcleos celulares, organoides con células epiteloides, que se extiende hasta la dermis profunda, no

ulcerado, nivel de Clark III, índice de Breslow >5 mm, índice mitótico bajo de 5 nidos por campo. Invasión vascular superficial de la dermis papilar, hiperplasia epidérmica periférica entre los nidos tumorados, bordes libres de resección quirúrgica. Con confirmación de inmunorreacción intensamente positiva para el HMB-45, IHQ-20 X (**figuras 2 a 5**).

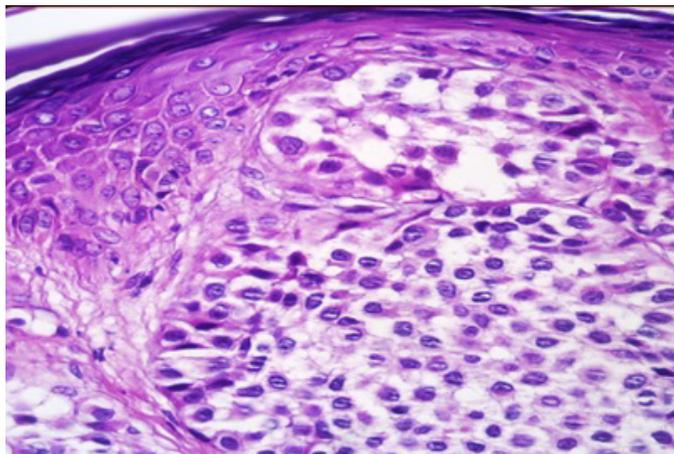


Figura 2. Microfotografía de un campo a mayor aumento de la lesión. Obsérvese la presencia de células pleomórficas y ligeramente anaplásicas. H/E-40 X.

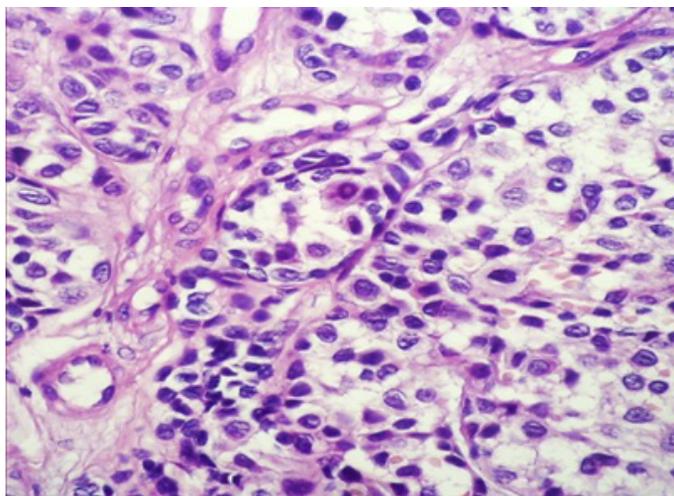


Figura 3. Campo histológico de otra área del tumor, que no muestra el pigmento melánico típico y sí un patrón alveolar. H/E-40 X.

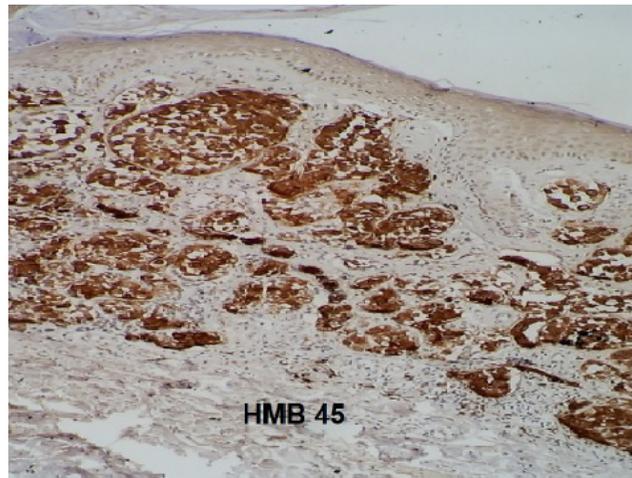


Figura 4. Inmunorreacción intensamente positiva para el HMB-45. IHQ-20 X.

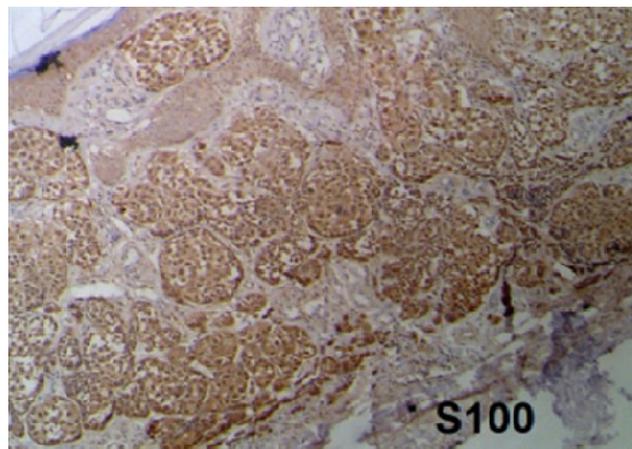


Figura 5. Reactividad intensamente positiva al anticuerpo S-100. IHQ-20 X.

El enfermo fue trasladado al Hospital Oncológico Madame Curie, donde se cumplió el tratamiento con radioterapia en múltiples sesiones, con una dosis total

de 2400 CGy. Después de seis meses de seguimiento periódico, el paciente ha mejorado.

DISCUSIÓN

El melanoma maligno del CAE en una entidad rara y, sobre todo, en regiones no expuestas a la radiación solar ^(2, 4). El diagnóstico diferencial de estos tumores debe hacerse con entidades menos frecuentes de esta localización, como el carcinoma epidermoide, los paragangliomas, las enfermedades granulomatosas y el colesteatoma ^(4, 5).

Con frecuencia, los pacientes presentan otalgia de larga evolución, otorrea, secreción sanguinolenta y pérdida de la audición. Estos síntomas son bastante inespecíficos y pueden asociarse a infecciones crónicas del CAE. Otra presentación de la lesión es en forma de pólipo auditivo. Además, se eleva un alto índice de sospecha cuando una lesión pigmentada cambia de color, se agranda rápidamente o se ulcera con mala cicatrización ⁽²⁾.

La biopsia es el método diagnóstico de elección, que permite llegar al diagnóstico de certeza, como ocurrió en este paciente. En ocasiones, fue necesaria la confirmación con técnicas de inmunohistoquímica (HBM-45 y S-100) en este enfermo ⁽⁴⁾. Los criterios histopatológicos de mayor valor pronóstico son: el subtipo histológico, el grosor y la presencia de ulceración ⁽⁴⁾. Las zonas preauricular y auricular son consideradas regiones de peor pronóstico dentro de la región de cabeza y cuello ⁽⁴⁾. Dada la capacidad de diseminación sistémica de los melanomas, es necesario en el estudio preoperatorio descartar la presencia de metástasis hepáticas, pulmonares y óseas ⁽⁶⁾. En el momento del diagnóstico, existe frecuentemente diseminación del tumor a la parótida o a las cadenas linfáticas de drenaje, siendo los ganglios parotídeos y preauriculares la primera manifestación ^(4, 6), como ocurrió en este caso. Algunos autores ^(2, 6) han señalado que, en el momento del diagnóstico, del 30% al 40% de los pacientes con esta entidad presentaban adenopatías sospechosas de infiltración metastásica. El pronóstico de los melanomas en esta localización es pobre y es peor que las localizadas en el pabellón auricular. Algunos autores muestran una supervivencia a los 5 años del 47%, que pudiera deberse al retraso en el diagnóstico ⁽⁷⁻⁹⁾.

Los autores y las guías de manejo recomiendan la opción quirúrgica como primera aproximación terapéutica ^(2, 5, 7). En tumores pequeños se recomienda la resección en bloque, mientras que en tumores muy extensos se requiere escisiones amplias y agresivas, con asociación de radioterapia, si fuese necesario, como en este

caso ⁽¹⁰⁾. Se han informado varios métodos que utilizan colgajos libres. Estos métodos previenen la estenosis, la infección crónica y la cicatrización de heridas. Sin embargo, se prefiere el injerto de piel debido a la simplicidad de la técnica ⁽²⁾.

Ante la presencia de metástasis se sugiere quimioterapia, utilizando la dacarbazina como único medicamento o en combinación con otros fármacos. En cuanto a la bioquimioterapia, se menciona el interferón alfa para la enfermedad metastásica cuando hay alto riesgo de recaída, especialmente en quienes se detecta compromiso ganglionar, y la interleucina 2 endovenosa en altas dosis ⁽¹¹⁾. En los últimos años se han aprobado nuevas inmunoterapias para el tratamiento del melanoma. Una de estas es el ipilimumab, que actúa disminuyendo la inmunotolerancia y es capaz de favorecer la involución del tumor. Por otro lado, se reportaron medianas de sobrevida superiores a los 16 meses con los anticuerpos monoclonales humanizados pembrolizumab y nivolumab. Para aquellos melanomas que presentan una mutación de BRAF, el vemurafenib, el dabrafenib y el trametinib han demostrado buenos resultados ⁽¹²⁾.

CONCLUSIONES

El melanoma maligno primario puede ocurrir en cualquier superficie de la piel que posea melancitos. Presentamos el caso de un paciente con melanoma del CAE, cuya localización es muy infrecuente. Esta enfermedad se debe sospechar ante una lesión pigmentada que presente cambios de coloración, ulceraciones o hemorragias, y es de muy mal pronóstico. El diagnóstico se realiza mediante estudios histopatológicos, que, en ocasiones, requieren estudios de inmunohistoquímica. Existe una fuerte asociación entre la exposición solar prolongada y esta entidad. La opción quirúrgica es la principal terapéutica asociada a la radio y quimioterapia, si fuese necesario.

REFERENCIAS

1. Landau DC, Caruso TA, Garay IS, Kurpis M, Ruiz A. Melanoma in external auditory canal: regarding a case report. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2018;46(2):120-23.
2. Chebrolu G, Prasanna K, Ravikumar A, Leena J, Swaminathan R. Malignant Melanoma of the External Auditory Canal. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(8):FD04-FD06.

3. Weissman JL. A pain in the ear: The radiology of otalgia. *ARJNR Am J Neuroradiol.* 2005;18(9):1641-51.
4. O'Brien CJ, Coates AS, Petersen-Schaefer K, Shannon K, Thompson J, Milton GW, et al. Experience with 998 cutaneous melanomas of the head and neck over 30 years. *Am J Surg.* 1991;162(4):310-4.
5. Langman A, Yarrington C, Patterson S. Malignant melanoma of the external auditory canal. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996;114(4):645-8.
6. Amando García L, Suarez Nieto C, Madrigal Rubiates B, García García J. Melanoma del conducto auditivo externo. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2003;54:89-93.
7. Alex AC, Krag DN, Harlow SP, Meijer S, Loggie BW, Kuhn J, et al. Localization of regional lymph nodes in melanomas of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998;124(2):135-40.
8. Davidson A, Hellquist HB, Villman H, Westman G. Malignant melanoma of the ear. *J Laryngol Otol.* 1993;107:798-802.
9. Cole DJ, Mackay GJ, Walker BF, Wooden WA, Murray DR, Coleman JJ 3rd. Melanoma of the external ear. *J Surg Oncol.* 1992;50(2):110-4.
10. Ang KK, Byers RM, Peters LT, Moar MH, Wendt CD, Morrison WU, et al. Regional radiotherapy as adjuvant treatment for head and neck malignant melanoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990;116(2):169-72.
11. Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A, et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 2: staging, prognosis, and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2007;82(4):490-513.
12. Droppelmann MN, León RA, Goñi EI, González DH, Domínguez CF, Camus AM, et al. Nuevas terapias sistémicas para el tratamiento del melanoma. *Rev Chil Cir.* 2016;68(1):81-6.

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Juan Pablo Ospina Gómez¹, Juan David Ruiz Restrepo², Dellys Adriana Álvarez Alvarado³, Simón Gallo Echeverri⁴

1. Patólogo, Docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
2. Patólogo, Docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Residente de Patología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
4. Residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

DIAGNÓSTICO

Granuloma facial Eosinofílico

RESUMEN

Se trata de una enfermedad cutánea inflamatoria, benigna e infrecuente que corresponde a una vasculitis leucocitoclástica de vasos pequeños. Típicamente compromete el rostro, de etiología desconocida, aunque se ha planteado daño actínico, entre otras posibles causas. Se manifiesta como pápulas, placas o nódulos de color marrón rojizo a violáceo, bien definidas, infiltradas, de superficie brillante, que muestran acentuación folicular y telangiectasias. Esta entidad tiene un curso indolente y benigno, los pacientes suelen buscar tratamiento por estética y por su curso crónico. No existen guías de manejo ni buena calidad de evidencia con respecto al tratamiento, por lo que la estrategia de manejo debe individualizarse.

PALABRAS CLAVE: granuloma facial, vasculitis leucocitoclástica.

SUMMARY

It is an inflammatory, benign and infrequent skin disease that corresponds to a leukocytoclastic vasculitis of small vessels. It typically compromises the face, of unknown etiology, although actinic damage has been raised, among other possible causes. It manifests as papules, plaques or nodules of reddish brown to violet, well defined, infiltrated, bright surface, showing follicular accentuation and telangiectasias. This entity has an indolent and benign course, patients usually seek treatment for aesthetics and for its chronic course. There are no management guidelines or good quality of evidence regarding treatment, so the management strategy must be individualized.

KEY WORDS: Granuloma faciale, leukocytoclastic vasculitis

Correspondencia:

Juan David Ruiz Restrepo

Email:

juandavidruizrpo@gmail.com

Recibido: 19/08/19

Aceptado: 20/08/19

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

Histológicamente se identifica piel con estrato córneo ortoqueratósico sin paraqueratosis, estrato de Malpighi con leve acantosis sin alteraciones en la capa basal. En el corión cutáneo se identifica infiltrado inflamatorio mixto con linfocitos, células plasmáticas y abundantes eosinófilos (**figura 3A** y **3B**). Hacia

la dermis papilar se reconoce banda hipocelular conocida como zona de Grenz (**figura 3A** y **figura 4**); asociado hay extravasación eritrocitaria, hemosiderina y en algunos vasos sanguíneos se identifica vasculitis leucocitoclástica (**figura 5**).

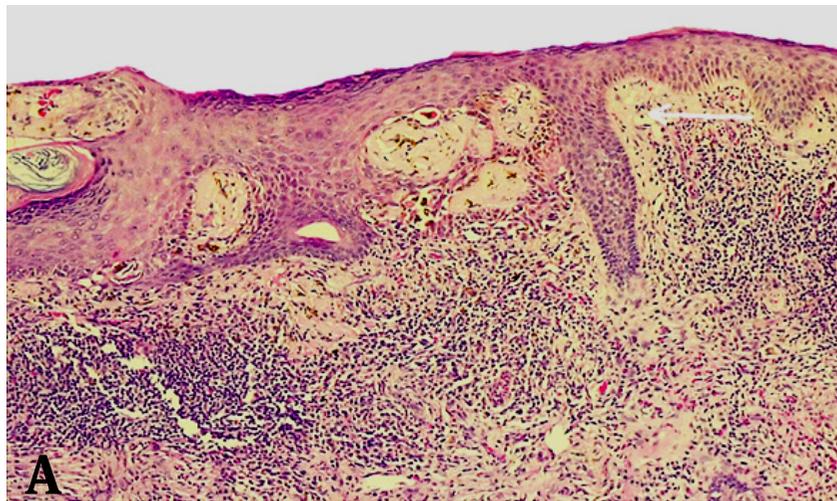


Figura 3. A) Se identifica dermis ocupada por denso infiltrado inflamatorio, el cual afecta desde dermis reticular superficial hasta la interfase con el tejido celular subcutáneo. Hacia la dermis papilar zona de Grenz (flecha); además se identifica extravasación eritrocitaria y hemosiderina (H&E 10X)

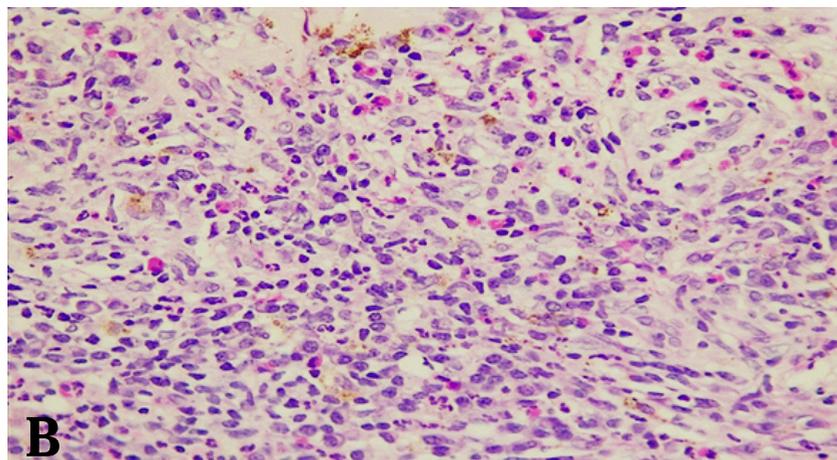


Figura 3. B) Infiltrado inflamatorio mixto dérmico constituido por linfocitos, histiocitos, células plasmáticas, neutrófilos y abundantes eosinófilos (H&E 40X).

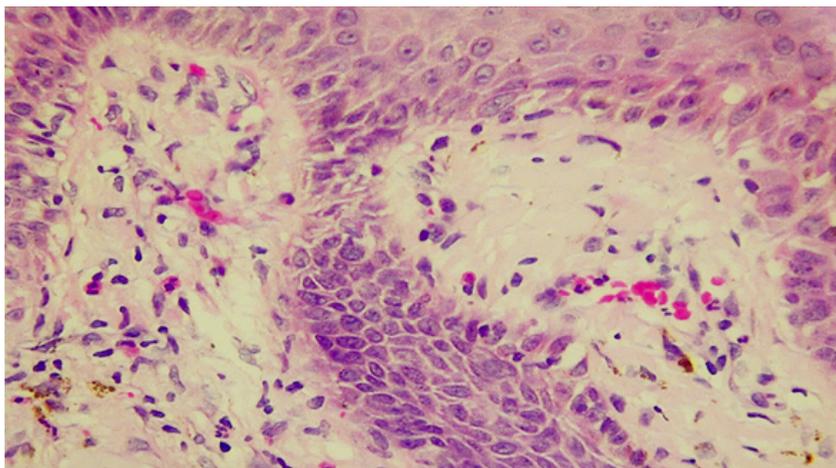


Figura 4. Zona de Grenz en la dermis papilar; asociado a extravasación eritrocitaria, hemosiderina y células inflamatorias con numerosos eosinófilos (H&E 40X)

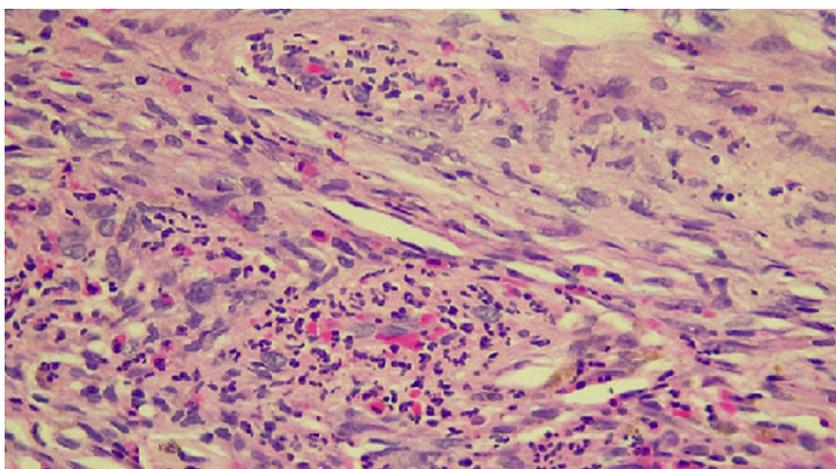


Figura 5. Presencia en la pared del vaso sanguíneo de pequeño calibre de polimorfonucleares neutrófilos íntegros y degranulados con extravasación eritrocitaria (vasculitis leucocitoclástica) (H&E 40X)

Generalidades

Enfermedad cutánea inflamatoria, benigna e infrecuente. Fue descrita por primera vez como *granuloma eosinofílico* en 1945 por Wigley. Se observa con mayor frecuencia en varones caucásicos de mediana edad (entre la segunda y la séptima década de la vida), con un promedio de 50 años. Corresponde a una vasculitis

leucocitoclástica de vasos pequeños, típicamente en el rostro, con infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos.

Etiología

Su etiología es desconocida, pero debido a su localización en las áreas del cuerpo expuestas principalmente

al sol se ha relacionado con daño actínico. Otras posibles causas incluyen alergia y trauma. La radioterapia es considerada un desencadenante potencial. Se cree que la lesión vascular está involucrada.

Manifestaciones clínicas

Pápulas, placas o nódulos de color marrón rojizo a violáceo, bien definidas, infiltradas, de superficie brillante, que muestran acentuación folicular y telangiectasias, que dan el aspecto de piel de naranja. Son asintomáticas y, por lo general, solitarias; no obstante, pueden ser múltiples en ~1/3 de los pacientes y usualmente están ubicadas en la frente, la nariz, las mejillas, aunque también pueden afectar las zonas extrafaciales (cuero cabelludo, tronco, cavidad nasal, extremidades, entre otras).

Desde el punto de vista histológico, se identifica vasculitis leucocitoclástica en los vasos de pequeño calibre, con neutrófilos fragmentados en la pared del vaso, que lo rodean; se identifica zona Grenz que rodea la epidermis y los anexos y denso infiltrado inflamatorio conformado principalmente por eosinófilos, acompañados por linfocitos e histiocitos.

Diagnósticos diferenciales clínicos

Sarcoidosis, linfoma B cutáneo, pseudolinfoma y lupus eritematoso tegumentario (discoide o tímido).

Diagnósticos diferenciales histológicos

Eritema *elevatum diutinum*, dermatosis neutrofilicas, histiocitosis de células de Langerhans e hiperplasia angiolofoide con eosinofilia

Manejo

A pesar de que el granuloma facial eosinofílico es indolente y benigno, los pacientes suelen buscar tratamiento por estética y por su curso crónico. No existen guías de manejo ni buena calidad de evidencia con respecto al tratamiento, que en su gran mayoría está fundamentada en reportes, series de casos y estudios observacionales con un pequeño número de pacientes. Por tanto, el tratamiento debe individualizarse para usar la terapia más adecuada según el criterio médico. Como terapias de primera línea se encuentran los esteroides tópicos e intralesionales, la crioterapia y el tacrolimús tópico con un tiempo esperado de respuesta de 3 meses. Para los casos refractarios se ha planteado

el uso de dapsona tópica o sistémica en dosis de 50-150 mg/d. Otras alternativas incluyen clofazimina, colchicina e hidroxiclороquina orales.

Otras intervenciones terapéuticas incluyen escisión, dermoabrasión, electrocirugía y diferentes modalidades de láser (colorante pulsado, potasio-titanil-fosfato o CO₂). Siempre debe tenerse en cuenta el riesgo de recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Al Dhafiri M, Kaliyadan F. Granuloma Faciale. [Actualizado en marzo 25 de 2019]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539832/>
- Lindhaus C, Elsner P. Granuloma Faciale Treatment: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2018;98(1):14-8.
- Ludwig E, Allam JP, Bieber T, Novak N. New treatment modalities for granuloma faciale. *Br J Dermatol.* 2003;149(3):634-7.
- The Vasculopathic reaction pattern. En: Patterson JM. *Weedon's Skin Pathology.* 4.^a edición. Filadelfia: Elsevier; 2016. p. 219-278.
- Vascular disease. En: Calonje E, Brenn T, Lazar A, Billings SD. *McKee's Pathology of the Skin.* 5.^a edición. Filadelfia: Elsevier; 2020. p. 714-770.

Objeción de conciencia

Conscientious objection

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 NO 9

Este caso, que, como los anteriores, es tomado de la realidad en la atención de pacientes, generó lo que denominamos un “dilema ético”. El médico especialista tratante consideró que, dado que había posibilidades de supervivencia, debía utilizar todo el arsenal terapéutico disponible para tratar de salvar la vida del paciente y aumentar su esperanza de vida, aunque no pudiera curarlo, y, por ende, las dos solicitudes (la de darle tiempo para pensar y tomar una decisión y la de administrarle solo tratamiento paliativo) le parecían la primera inconveniente por la pérdida de tiempo y la segunda inaceptable. Olvidó el colega que la relación médico-paciente no se concibe hoy por hoy de tipo paternalista, sino que es una relación entre dos seres humanos, uno con conocimiento y experiencia en el ejercicio de la medicina y otro con una necesidad de salud, pero consciente de su derecho y capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida.

El médico tiene la obligación de informar al paciente sobre su diagnóstico y sus consecuencias; igualmente, sobre las posibilidades terapéuticas y de recuperación de su salud. No obstante, es el paciente –como ser autónomo– quien debe decidir si acepta las propuestas del médico con sus riesgos y consecuencias. Él es el único que puede definir si su vida actual, o la futura, es de calidad y, por ende, a partir de esta definición, tomar decisiones informadas ⁽¹⁾.

En este caso, surge un tema relativamente nuevo que no hemos abordado: el de la *objeción de conciencia*. El médico tratante se apoya en lo que considera su derecho a la objeción de conciencia, para negarse a continuar tratando al paciente y así se lo comunica a este, a su familia y a la institución donde labora como empleado.

La objeción de conciencia es una de las cuestiones más debatidas y complejas. Con frecuencia, los profesionales de la salud se encuentran con ella, bien personalmente, bien en su entorno profesional o en su centro de trabajo. Siempre se vive como un conflicto entre dos deberes: el de respetar las decisiones de los pacientes, de los superiores o de las normas y reglamentos, y el de fidelidad de los profesionales a sus propias creencias y valores. Podríamos definirla como la negativa de un profesional a ejecutar un acto médico o a cooperar directa o indirectamente en su realización, porque a pesar de haber sido aprobado por las normas

Correspondencia:

José María Maya

Email:

josemariamayamejia@gmail.com

Recibido: 12/08/19

Aceptado: 14/08/19

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

legales, es considerado por el profesional como contrario a la moral, a los usos deontológicos o a las normas religiosas. Desde el punto de vista ético, la objeción de conciencia en la salud es la expresión de un conflicto entre dos deberes, el de respetar las decisiones de los pacientes y el de fidelidad de los profesionales de la salud a sus propias creencias y valores. Es un conflicto de valores ⁽²⁾.

Este es un caso especial de objeción de conciencia, ya que se trata de la negativa de un profesional para seguir atendiendo a su paciente, porque este no recibe el tratamiento propuesto y el médico considera que es una obligación del paciente aceptar la propuesta terapéutica que permita prolongar su vida, dado que él no es dueño de esta. Detrás de esa concepción hay una visión religiosa de la vida y sus obligaciones, que el paciente puede no compartir y que el profesional no puede imponer. Olvida el médico tratante que él, salvo por razones de salud pública, no puede interferir por razones de conciencia en la libertad de terceros, aunque dicha interferencia tuviera como objetivo mejorar la salud o prolongar la supervivencia del paciente ⁽³⁾.

No existe un “derecho”, propiamente dicho, a la objeción de conciencia como tal, sino un derecho a la libertad de conciencia del cual puede emanar la posibilidad de objetar respecto a determinadas decisiones y prácticas. Ahora bien, no cabe la objeción de conciencia cuando se conoce de forma inequívoca la voluntad del paciente de no ser tratado ⁽⁴⁾, como es este caso, y el rechazo de determinados tratamientos no excluye el deber del profesional sanitario de cuidar al paciente, de no abandonarlo como él lo pedía.

La posibilidad que quedaba, en este caso, para salvaguardar el derecho del paciente a seguir siendo atendido bajo un esquema de cuidado paliativo era que el médico tratante le explicara las razones de su negativa y consiguiera un colega de la misma especialidad e institución que aceptara seguir manejando el caso y que el paciente aceptara como nuevo médico tratante. De no ser así, es obligación del médico tratante continuar ofreciendo su atención y acompañar al paciente en esta etapa final del desarrollo de su enfermedad y del final, con calidad, de una vida.

REFERENCIAS

1. Engelhardt T. The foundations of bioethics. 2.^a edición. Nueva York: Oxford University Press; 1996.
2. Grupo Interdisciplinario de Bioética (GIB). Consideraciones sobre la objeción de conciencia. *bioética & debat.* 2012;18(66):4.
3. Casado M, Corcoy M. Documento sobre objeción de conciencia en sanidad. Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. Barcelona: Editorial UB; 2004. p. 29.
4. Casado M, Corcoy M. Documento sobre objeción de conciencia en sanidad. Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. Barcelona: Editorial UB; 2004. p. 32.

Reglamento de publicaciones

Instrucciones a los autores

La *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica* es una revista científica internacional, arbitrada y electrónica, donde son bienvenidos artículos de cualquier parte del mundo. Su singularidad temática está basada en las enfermedades de la piel. Es una revista de acceso abierto. Se publica de forma continua desde 1991 y desde 2003 se hace trimestralmente, previo sometimiento al arbitraje doble ciego por pares científicos seleccionados por el Comité Editorial. Se encarga de divulgar artículos originales e inéditos de investigación en Dermatología, artículos de revisión, de reflexión y reportes de casos. Su contenido es esencialmente de tipo científico, aun cuando eventualmente puede haber contribuciones de carácter gremial o informativo cuando sean de particular importancia. Su objetivo principal es contribuir a la formación de la comunidad académica.

El título abreviado de la Revista de la Asociación 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.

Someter manuscritos a publicación no tiene ningún costo y debe hacerse por medio del programa OJS (open Journal System), a través de la página web de la revista, a fin de hacer más ágil el proceso y para comprobar el estado de los envíos.

<https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma>

Para ello es necesario Registrarse e Iniciar sesión

Periodicidad:

Trimestral: Enero-Marzo; Abril-Junio; Julio-Septiembre; Octubre-Diciembre y de forma ocasional se realizan publicaciones independientes (suplementos), formato electrónico.

Idioma de publicación:

La revista tiene el español como idioma oficial, aunque puede aceptar colaboraciones en inglés. Los resúmenes están disponibles en español e inglés.

Modelo de financiamiento:

Esta revista está bajo el cuidado de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. Para sus gastos de funcionamiento, el plan de negocios incluye las pautas publicitarias en la página web de la revista, las cuales son gestionadas por la Dirección Comercial.

La Revista tiene independencia editorial; el Editor y el Comité Editorial son autónomos en sus directrices académicas y científicas.

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 de Ética 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. La aprobación del Comité de ética se debe adjuntar al manuscrito. Las directrices éticas propias de la revista se detallan en el documento anexo (link a directrices éticas)

2. Artículo de revisión

Es un trabajo de actualización sobre un campo particular de la Dermatología; se caracteriza por presentar una 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, 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>).

Se deben indicar el tipo de revisión (sistemática o narrativa), cuáles fueron las estrategias de búsqueda, las bases de datos, las palabras claves y los periodos de tiempo en el cual se hizo la revisión.

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. 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 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>).

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 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>).

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.

Los autores deben manifestar que tienen el consentimiento informado del paciente o su representante legal en el caso de los niños o adultos con discapacidad intelectual.

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 con un comentario sobre la entidad correspondiente.

Los autores deben manifestar que tienen el consentimiento informado del paciente o su representante legal, en el caso de los niños o adultos con discapacidad intelectual.

6. Ética

Espacio dedicado a revisiones teóricas y de casos, a fin de propiciar la reflexión acerca de los criterios, las normas y los valores que deben regir la profesión médica.

7. Noticias y eventos

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

8 Dermatología gráfica. Dermatología en imágenes

En dermatología gráfica se publican infografías, las cuales combinan gráficas, textos e imágenes, para presentar un mensaje ilustrativo y de fácil comprensión, en relación con la especialidad. Dermatología en imágenes es la sección para fotografías clínicas características o de resultados de pruebas diagnósticas (histopatología, cultivos microbiológicos, radiología, entre otros).

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.

10. Editorial

Presenta un análisis detallado de un tema científico o gremial. Está a cargo del editor jefe de la Revista o su invitado. Los autores del editorial son seleccionados por su liderazgo y autoridad en el tema a tratar.

EVALUACIÓN POR PARES CIENTÍFICOS

Cada manuscrito es presentado al Comité Editorial, que decide si es relevante y pertinente para la Revista. Se denomina manuscrito al documento que es sometido a la Revista y aún no ha sido evaluado por pares académicos.

Los manuscritos de investigación científica, de reflexión o de revisión serán evaluados por dos pares académicos; estos árbitros son seleccionados por la Editora, entre los expertos en el tema de cada manuscrito.

Los reportes de caso pueden ser evaluados por los miembros del Comité Editorial y no necesariamente se requerirá de evaluadores externos a este. La per-

tinencia de un evaluador externo en determinado reporte de caso queda a criterio del Editor.

El proceso de revisión por pares científicos es anónimo y doble ciego; ni los revisores conocen el nombre de los autores ni los autores saben quiénes 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. La revisión por pares se detalla en el documento anexo (enlace a guía de revisión por pares).

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.

Una vez el artículo sea publicado el PDF estará disponible para que el autor lo difunda en las redes sociales, si así lo considera. Se anima a los autores a difundir el PDF de sus publicaciones.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Los trabajos se deben enviar junto con una carta de presentación que incluya el título del trabajo y el tipo de manuscrito, 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 participado en la elaboración, leído y aprobado el contenido del trabajo. Las personas que participen en el trabajo y no cumplan estos requisitos, pueden incluirse en agradecimientos. Este 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. En caso de que parte de los resultados del trabajo hayan sido divulgados en un evento científico debe ser informado al editor en la carta de presentación.

La Revista **no acepta la inclusión o el retiro de autores después de haber iniciado el proceso editorial de los manuscritos**. En los casos excepcionales, aceptados por el Comité Editorial, será obligatorio enviar el consentimiento por escrito de los autores cuyos nombres vayan a ser eliminados o agregados; estos últimos deberán diligenciar una carta de ingreso o retiro firmada por todos los autores.

Normalización de la citación de autores:

Para fines de ser citados en los diferentes índices científicos, la Revista recomienda el uso de un solo apellido; cuando el autor prefiera usar los dos apellidos, estos deben ir separados por un guión (Ej, para Mateo Restrepo Jaramillo, se cita Restrepo-Jaramillo M).

Identificación de los autores:

Todos los autores deben tener el número de identificación ORCID (open researcher and contributor ID), el cual se obtiene en la página: <https://orcid.org/>.

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 en el tema de la publicación. 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, la publicación posterior del conflicto no declarado. Estos se declaran en la carta de presentación y en el cuerpo del manuscrito. En caso de ser necesario los autores pueden consultar al asesor de ética de la revista enviando correo a la dirección: revista@asocol-derma.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los reportes de caso y las fotografías incluidas en los diferentes artículos deben contar con el consentimiento informado del paciente. La custodia del con-

sentimiento es responsabilidad de los autores, quienes en la carta de presentación del artículo manifiestan que tienen dicho documento para publicación. No se debe incluir ningún tipo de información que permita identificar al paciente, como nombres, iniciales o números de historia clínica.

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 violación 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

Para enviar sus contribuciones debe iniciar con el proceso en el enlace REGISTRARSE.

Los manuscritos deben escribirse en hojas tamaño carta, a doble espacio, en letra Arial de 12 puntos; las tablas y figuras no deben incluirse dentro del texto, deben ir al final de este, 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.
- Número ORCID de cada autor.
- 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. **La extensión máxima aceptable para los artículos de investigación, revisión y reflexión es de 3500 palabras excluyendo resumen, referencias, tablas y figuras.**
- 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.

Para los artículos de revisión deben incluirse al menos 50 referencias, de estas el 70% deben ser artículos originales, y 10% deben ser de los últimos 5 años y al menos una referencia colombiana.

Se recomienda, además, aportar referencias que sobre el tema hayan sido publicadas en revistas nacionales e incluir el DOI (Digital Object Identifier) de aquellas que lo tengan, a fin de posibilitar a los lectores su identificación y acceso directo.

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 reportes de casos, 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 explicativas; asimismo, deben aparecer las unidades que se hayan utilizado para las diferentes variables listadas.

Si desea mayor información, puede contactarse a través del correo de la Revista: revista@asocolderma.com

Declaración de privacidad

Los nombres, teléfonos y direcciones de correo electrónico que han sido suministrados a la revista se usarán exclusivamente para los fines declarados y no estarán disponibles para ningún otro propósito, persona o institución.

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

Solidaridad y compromiso social en dermatología

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE I

ÉTICA - PARTE I

Objeción de conciencia

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Morbilidad dermatológica en pacientes atendidos por la Patrulla Aérea Civil Colombiana, 2008-2018

REPORTE DE CASO

Esclerodermia localizada: a propósito de un caso clínico

Psoriasis pustulosa anular: reporte de un caso y revisión de la literatura

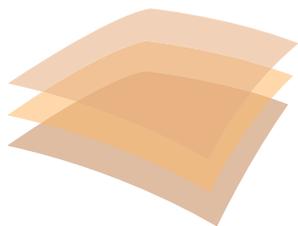
Enfermedad de Bowen perianal: presentación de dos casos

Melanoma del conducto auditivo externo. presentación de un caso

HAGA USTED EL DIAGNÓSTICO - PARTE II

ÉTICA - PARTE II

Objeción de conciencia



AsoColDerma
Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología
y Cirugía Dermatológica.

Indizada en:

