



Boletín Dermatológico

Publicación Científica del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E

Volumen 12 No. 2– Diciembre 2014



Pág.

Editorial

2

Cáncer de piel no melanoma en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta: historia de una línea de investigación.

Artículo Original

5

Factores de riesgo de carcinoma basocelular. Un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia.

Presentación de Caso

14

Dermatomiositis y cáncer testicular. Una asociación infrecuente.

Artículos Recomendados

18

Noticias de Ciencia y Tecnología

21

Eventos en Dermatología

25

Respuesta ¿Cuál es su diagnóstico?

28

Edición anterior

¿Cual es su diagnóstico?

30

sítios recomendados:

www.dermatologia.gov.co

www.asocolderma.com

Comité Editorial

Editor:

Camilo A. Morales C.

Comité Editorial:

Clara Inés León F.

Martha C. Valbuena M.

Martha Inírida Guerrero G.

Comité Científico:

John A. Nova V.

Margarita Tamayo B.

Diana L. Álvarez R.

Sandra Muvdi A.

Lorena Sánchez T.

Diseño y Diagramación:

Raúl Ruiz P.



INSTITUTO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Empresa Social del Estado





Cáncer de piel no melanoma en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta: historia de una línea de investigación

John Alexander Nova Villanueva
Investigador
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E

Hace varias décadas, los países del primer mundo empezaron a evidenciar un aumento muy importante en la incidencia del cáncer de piel en su población (1). Así mismo, hace 10 años leíamos en Colombia los artículos donde se mencionaba que dicha patología se había convertido en un problema de salud pública, particularmente en individuos de piel blanca.

Durante esa misma época escuchábamos a nuestros profesores afirmar que, en nuestro medio, el cáncer de piel era infrecuente y de comportamiento benigno. En el año 2005 tal afirmación se puso en duda, cuando en un ejercicio académico planteado por la Dra. Luisa Porras empezamos a evidenciar cómo en los últimos años se habían modificado las incidencias de diferentes enfermedades en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (CDFLLA).

A partir de este trabajo elaboramos la primera publicación científica de la línea, donde reportamos con sorpresa cómo se había presentado un aumento en la frecuencia del carcinoma basocelular (CBC) en el CDFLLA del año 2003 al año 2005, pasando de 4 a 11 casos de CBC por 1.000 diagnósticos confirmados nuevos. De la misma forma, el carcinoma escamocelular (CEC) aumentó de 1 a 3 casos por 1.000 diagnósticos confirmados nuevos (2).

Desde entonces hemos venido trabajando de manera continua en un tema apasionante: el cáncer de piel. Inicialmente, sin saberlo, seguimos los lineamientos recomendados por la Universidad de McMaster, con la llamada “asa iterativa”. El “asa iterativa” es una herramienta que facilita la identificación de un tema para que sea útil en investigación y genere nuevo conocimiento. El asa inicia con la identificación del problema, continua con el estudio de la carga de la enfermedad (incidencia y prevalencia), luego identifica los factores causales, posteriormente la efectividad y la eficiencia (de programas de prevención, pruebas diagnósticas y tratamientos), para finalmente plantear solución a los problemas identificados e implementar programas de vigilancia (3).

Iniciamos entonces la evaluación de la carga de la enfermedad, ya no de forma exclusiva en nuestro sitio de trabajo, sino en Colombia. Revisamos los registros individuales de prestación de servicios del Ministerio de Salud y los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 (4). De esta manera, encontramos en Colombia que la incidencia del cáncer de piel no melanoma (CBC y CEC) había pasado de 23 casos por 100.000 habitantes en el año 2003 a 41 en el año 2007 (4). Posteriormente caracterizamos la población del CDFLLA con CBC y CEC, para luego adentrarnos en la identificación de los factores de riesgo, tanto para el CBC como para el CEC (5-8). Adicionalmente, utilizando herramientas estadísticas, se desarrollaron escalas que permiten calcular, con base en hallazgos clínicos, el riesgo que tiene un paciente de desarrollar cáncer de piel no melanoma (CPNM). Finalmente, se estudiaron las barreras del sistema de salud con las que se enfrenta un paciente cuando busca resolver su problema de cáncer de piel.



Este último trabajo, titulado “Cáncer de piel: barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia Colombiana” (9), además de servir de tesis de doctorado en Salud Pública, le permitió al Dr. Guillermo Sánchez recibir el premio de la Academia Nacional de Medicina a la investigación científica 2014. De la misma manera, la línea de investigación ha servido como fuente de formación en investigación a estudiantes de postgrado en Dermatología y de Maestría en Epidemiología Clínica.

En el año 2013, el CDFLLA, junto al Instituto Nacional de Cancerología y a la Fundación Ciencias de la Salud, ganó la convocatoria hecha por Colciencias para la elaboración de la Guía de Atención Integral para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel: carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y queratosis actínicas. El resultado de este extenso trabajo será la directriz para el abordaje del paciente con CPNM en el país.

Uno de los elementos más importantes de una línea de investigación es la difusión de los resultados. En nuestro caso, se han publicado nueve artículos originales, cuyos contenidos también han sido difundidos en congresos Nacionales y Latinoamericanos. También se ha educado a la comunidad utilizando los medios de comunicación escritos y presentando notas en la televisión. Adicionalmente, en los últimos años se han realizado capacitaciones al personal de salud, especialmente para estudiantes de Medicina en diferentes ciudades del país: Cartagena, Santa Marta, Montería, Bucaramanga, Medellín, Manizales, Cali, Pasto y Bogotá. Sin embargo, consideramos que estos esfuerzos no son suficientes y que aún nos falta llegar a las poblaciones más importantes, aquellas con mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel, es decir, campesinos, vendedores y deportistas, entre otros.

Es por esto que dentro de las perspectivas de la línea está el seguir trabajando, buscando cada vez tener mayor impacto en todo lo concerniente a la prevención y la modificación de conductas de riesgo para desarrollar CPNM. Para ello se requiere trabajar en conjunto con las regiones y con los entes nacionales, como el Ministerio de Salud y Protección Social, ya que son estas entidades las encargadas de llevar a la práctica y ejecutar los contenidos del plan decenal de cáncer y las recomendaciones de la Guía de Cáncer de Piel.

Como complemento a la prevención del CPNM, la línea tiene el reto de profundizar en estudios clínicos que le permitan evaluar la efectividad de los tratamientos actuales y la identificación de los factores pronóstico, pero para esto se requiere la implementación de una verdadera Clínica de Cáncer de Piel. Para consolidar esta Clínica se requiere que la Institución invierta en la formación de personal, reúna un grupo sólido de clínicos e investigadores y se convierta en un centro de referencia no sólo en Dermatología General, sino en Oncología. Sólo la Clínica de Cáncer de Piel le permitirá al Centro Dermatológico tener el volumen necesario de pacientes para desarrollar las investigaciones futuras.

El objetivo final es entonces completar el “asa iterativa”, para de esta manera no solo generar nuevo conocimiento, sino tener un verdadero impacto en la disminución de la carga de la enfermedad, la prestación de tratamientos más efectivos y la mejoría del pronóstico de los pacientes con cáncer de piel en Colombia. Para ello es fundamental seguir contando con el apoyo institucional y trabajar en equipo, conformando redes con todas las instituciones interesadas y responsables del tema (INC, FUCS, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías de Salud, INS).



Referencias

1. Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol*. 2012;166:1069-80.
2. Nova-Villanueva J, Sánchez-Vanegas G, Porras L. Cáncer de piel: perfil epidemiológico de un Centro de referencia en Colombia 2003-2005. *Rev Salud Publica*. 2007;9:595-601.
3. Tugwell P, Bennett KJ, Sackett DL, Haynes B. The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. *J Chron Dis*. 1985; 38:339-351.
4. Sánchez G, Nova J, de la Hoz F, Castañeda C. Incidencia de cáncer de piel en Colombia, años 2003-2007 *Piel*. 2011;26:7.
5. Sánchez G, Nova J, Arias N. Prácticas frente a la radiación ultravioleta y características epidemiológicas de un grupo de pacientes con carcinoma basocelular en un centro de referencia nacional en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2010;14:144-51.
6. Nova J, Sánchez G, Peña E. Características epidemiológicas de pacientes con carcinoma escamocelular cutáneo en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colombia. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2011;19:212-17.
7. Sanchez 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;103:294-300.
8. Sanchez G, Nova J. Factores de riesgo de carcinoma espinocelular, un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:672-8.
9. Sánchez-Vanegas G, Abadia-Barrero C, de la Hoz F, Nova J, López E. Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia Colombiana. *Rev Salud Pública*. 2013;15:671-683.



Artículo original publicado en: Actas Dermosifiliogr. 2012;103(4):294-300.
© 2011 Elsevier España, S.L. y AEDV. Reproducido con autorización.

Factores de riesgo de carcinoma basocelular. Un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia

G. Sánchez^a, J. Nova^a y F. de la Hoz^b

^a Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E, Bogotá, Colombia

^b Doctorado de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guillermosanchezvanegas@gmail.com (G. Sánchez)

Resumen

Introducción: Sobre el paralelo ecuatorial, en la cordillera de los Andes, se localiza una de las áreas con la radiación ultravioleta más alta del planeta. Colombia se encuentra en esta ubicación, y recientemente se ha documentado para este país un incremento en las tasas de carcinoma basocelular; sin embargo no se han estudiado en esta población los factores asociados con el desarrollo de esta neoplasia.

Objetivo: Establecer factores de riesgo de carcinoma basocelular en pacientes del Centro Nacional de Dermatología de Colombia.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles, incluyendo 406 sujetos. Se estudiaron factores sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos. Para el análisis se empleó el método de regresión logística.

Resultados: Se identificaron los siguientes factores de riesgo: fototipos I al III (OR: 15,4), antecedente familiar de cáncer de piel (OR: 5,8), antecedente de queratosis actínicas (OR: 3,3), vivir en área rural incluso después de los 30 años (OR: 2,96), practicar deportes al aire libre (OR: 2,67), historia de 10 o más quemaduras solares (OR: 2,3), conjuntivitis actínica (OR: 2,26), y no utilizar sombrero en la infancia (OR: 2,11).

Conclusión: Existen diferentes factores propios del contexto colombiano que incrementan el riesgo de carcinoma basocelular. Se destaca la asociación con el fototipo III, que podría explicar parte del fenómeno de incidencia creciente en el país. Las acciones preventivas se deben enfocar a los grupos de riesgo detectados, resaltando la importancia de tomar decisiones basadas en la evidencia local.

Palabras clave: Neoplasias cutáneas; Carcinoma basocelular; Factores de riesgo; Radiación solar; Estudios de casos y controles; Colombia

Abstract

Background: Colombia is home to one of the areas with the highest levels of exposure to UV radiation in the world, namely, the Andes Mountains, which stretch along the equator. Recent studies have reported an increase in the incidence of basal cell carcinoma in Colombia, but the risk factors associated with the development of this disease have not been studied.

Objective: To determine the risk factors for basal cell carcinoma in patients from the National Dermatology Center of Colombia.

Material and methods: We performed a case-control study involving 406 individuals, and analyzed sociodemographic, epidemiological, and clinical factors using multiple logistic regression. Results: The following risk factors were identified: skin phototypes I to III (odds ratio [OR], 15.4), family history of skin cancer (OR, 5.8), past history of actinic keratosis (OR, 3.3), continued residence in a rural area after the age of 30 years (OR, 2.96), practice of outdoor sports (OR, 2.67), history of 10 or more episodes of sunburn (OR, 2.3), actinic conjunctivitis (OR, 2.26), and failure to use a hat in childhood (OR, 2.11).

Conclusions: Different factors specific to Colombia increase the risk of basal cell carcinoma. In particular, the association with phototype III could partly explain the increase in incidence detected in this country. Preventive programs should target the risk groups detected and highlight the importance of basing decisions on local evidence.

Key words: Skin neoplasms; Basal cell carcinoma; Risk factors; Solar radiation; Case-control studies; Colombia.



Introducción

El carcinoma basocelular (CBC) es la patología tumoral maligna más común en sujetos de raza blanca, con una incidencia creciente en diferentes lugares del mundo¹⁻³. En Colombia dos estudios han documentado un comportamiento similar. El primero, publicado en el 2007, describe un incremento en las tasas de CBC entre los pacientes del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, pasando de 40 casos nuevos por 10.000 en el 2003, a 110 casos nuevos por 10.000 en el 2005⁴. El segundo estudio, publicado por Sánchez et al. en el 2011, estableció un incremento en la incidencia de CBC en Colombia, pasando de 23 casos por 100.000 habitantes en el 2003 a 41 casos por 100.000 habitantes en el 2007⁵. En este trabajo los autores estiman que, de mantenerse la tendencia y las condiciones actuales, podrían esperarse para el año 2020 alrededor de 102 casos nuevos por 100.000 habitantes, alcanzando niveles preocupantes desde la perspectiva del sistema de salud.

Sin embargo, el cáncer de piel no ha sido una prioridad de salud pública en Colombia, en parte debido a las bajas tasas de mortalidad, cercanas al 1 por 100.000 personas/año⁶⁻⁷. No obstante, otros países han descrito cómo esta patología genera una alta carga para la salud pública, por su efecto sobre la morbilidad y los costes ocasionados al sistema sanitario. Medicare describió cómo esta neoplasia forma parte de los 5 tumores malignos que generan el más alto nivel de gasto, superando los 426 millones de dólares por año⁸ y en Inglaterra, según datos publicados en el 2009, los costes por esta patología alcanzaron un valor estimado de 190 millones de libras en el año 2002⁹.

En relación con la génesis del CBC se ha reconocido ampliamente el papel de la radiación ultravioleta (RUV), a partir de asociaciones complejas que incluyen la duración y la cantidad de exposición. La RUV-B produce daño directo sobre el ADN, mientras que la RUV-A induce estrés foto-oxidativo y mutaciones a través de la generación de especies reactivas de oxígeno¹⁰⁻¹¹. Colombia es un país localizado en la zona del mundo que recibe algunos de los índices de RUV más altos del planeta (región ecuatorial-latitud 0)¹² y adicionalmente cuenta con

una alta concentración poblacional sobre la región Andina, en alturas promedio de 2.400 metros sobre el nivel del mar, con una configuración racial propia y un contexto socioeconómico específico, que en un momento determinado podría modificar el riesgo real de esta población frente al CBC.

Debido a las tasas crecientes de CBC en Colombia⁵, a que los diversos factores de riesgo pueden tener distribuciones diferentes a las de países con otras características geográficas y culturales, y dado que existen pocos estudios de riesgo de carcinoma basocelular en Latinoamérica, se decidió realizar un estudio de casos y controles con el objetivo de establecer los principales factores de riesgo de CBC en una muestra de pacientes del Centro Nacional de referencia para patologías de piel en Colombia.

Material y método

Durante el año 2010 se realizó en el Centro Nacional de Dermatología de Colombia -Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E- un estudio analítico de casos y controles, incluyendo de forma consecutiva casos incidentes de CBC, con diagnóstico confirmado por histopatología. Para cada caso se asignó un control de su misma edad ± 3 años, intentando controlar en el diseño el posible sesgo de confusión atribuible a esta variable. Los controles fueron seleccionados entre sujetos que consultaron en el centro de estudio por patologías de piel diferentes a neoplasias y sin lesiones sospechosas de cáncer de piel en el examen físico. Se excluyeron de este grupo sujetos que por su condición de base (fotodermatosis) tuvieran prescripción médica de protección rutinaria frente a la RUV.

El tamaño de la muestra se calculó para intentar encontrar una diferencia en sensibilidad cutánea a la RUV entre casos y controles similar a la encontrada por Vlajinac et al. Estos autores documentaron una frecuencia de sensibilidad cutánea a la RUV en el 39% de los casos y en el 23% de los controles¹³. El número de sujetos a estudiar se calculó en 386 (193 casos y 193 controles), empleando la fórmula desarrollada por Miettinen y modificada por Connor¹⁴, con un poder del 80% y un nivel de confianza del 95%. El instrumento de medición de factores de ries-



go se construyó a partir de una revisión sistemática de la literatura, complementado con un consenso de expertos del Centro de Estudio y, finalmente, una evaluación de confiabilidad para establecer la reproducibilidad del cuestionario. Las preguntas con los más altos niveles de confiabilidad integraron el instrumento final, incluyendo variables sociodemográficas, de ubicación geográfica, prácticas frente a la RUV de índole ocupacional y recreacional, antecedentes personales y familiares y aspectos clínicos. Para la evaluación del fototipo se empleó la escala de Fitzpatrick estandarizada por el equipo investigador¹⁵. El proyecto fue revisado y aprobado por un comité de ética independiente, y se realizó respetando la normativa nacional e internacional vigente (Declaración de Helsinki de 1975, revisada en octubre de 2000), teniendo en cuenta que todos los sujetos del estudio estuvieron de acuerdo en participar y aportaron su consentimiento por escrito.

El análisis incluyó una descripción general de las variables, según su escala de medición. Se realizó análisis bivariado para establecer asociación o independencia empleando la prueba estadística Ji-cuadrado. Para cada comparación se calculó la razón de *odds* (OR), con su respectivo intervalo de confianza del 95%. Cuando el valor p fue menor que el alfa definido (0,05) se consideró una asociación significativa desde el punto de vista estadístico. Para cada variable se definió una categoría de referencia, coincidente con la ausencia del atributo. En el apartado de resultados (tabla 1) se presenta un resumen de los estimadores calculados para cada factor, pero fueron omitidas las categorías correspondientes al valor nulo (OR de 1). En caso de variables continuas se realizaron comparaciones de medias y medianas, y se reclasificaron a variables categóricas para el cálculo de la OR. El análisis multivariado se realizó con el método de regresión logística condicional, incluyendo variables con resultados significativos desde el punto de vista estadístico, variables clínicamente relevantes y posibles variables de confusión. La bondad de ajuste del modelo se verificó con la prueba de Hosmer Lemeshow. Los análisis se realizaron en el programa estadístico Stata10®.

Resultados

Se incluyeron 203 casos y 203 controles. El promedio de edad en los dos grupos fue de 65 años (DE: 13,2 años), mediana de 66 años, con sujetos entre los 30 y los 97 años. No se observaron diferencias por edad (valor p: 0,96). El 61% de los casos y el 65% de los controles fueron mujeres (valor p: 0,3). El nivel educativo de los dos grupos fue similar, con un promedio de años cursados de 8,6 para los casos y 8,4 para los controles (valor p: 0,7). No se establecieron diferencias en las distribuciones de frecuencias por departamento de nacimiento entre casos y controles (valor p: 0,17). Igualmente se exploró la relación existente entre la altura promedio sobre el nivel del mar de los sitios de vivienda a lo largo de la vida y el riesgo de CBC, sin que se documentaran diferencias entre los grupos caso-control (valor p: 0,8).

De acuerdo con los diagnósticos histopatológicos, el tipo tumoral más frecuente fue el CBC nodular, correspondiente al 72,4% de casos (tabla 2), y la localización más recurrente fue la nariz, con el 28,6% de casos (tabla 3). Los diagnósticos principales en el grupo de controles fueron tiña del pie en el 34% (69/203), dermatitis seborreica en el 24% (48/203), dermatitis de contacto en el 19% (38/203), rosácea en el 16% (32/203) y psoriasis en el 7% (16/203). Los estimadores de riesgo crudos (OR) de los principales factores estudiados se presentan en la tabla 3. Se documentaron asociaciones relacionadas con el ámbito de vivienda rural a lo largo de la vida, las actividades laborales al aire libre a lo largo de la vida y las actividades recreativas al aire libre antes de los 15 años y entre los 15 y los 30 años. En relación con algunas prácticas durante la exposición solar fue posible establecer que no emplear el sombrero para las actividades al aire libre puede ser una práctica de riesgo. Por otra parte se identificó un bajo porcentaje de uso del protector solar a lo largo de la vida, oscilando entre el 0 y el 7%. Para los sujetos que refirieron haber trabajado en carpintería o industria maderera se pudo establecer una asociación significativa (OR: 2,9; valor p: 0,03). No se establecieron asociaciones con la industria de la pólvera, los metales y los insecticidas. Se exploraron



otros antecedentes, estableciendo asociaciones de riesgo significativas para quemaduras solares en 10 o más ocasiones durante la vida (OR: 4,32; valor p: 0,0020), historia familiar de cáncer de piel (OR: 6,8; valor p: 0,0005), hábito tabáquico promedio de 10 o más cigarrillos al día (OR: 2,08; valor p: 0,0122), antecedente de queratosis actínicas (OR: 4,27; valor p: < 0,0001) y antecedente de queratosis actínicas no tratadas (OR: 4,51; valor p: 0,0154). Para los antecedentes personales de otros tipos de cáncer no se establecieron asociaciones de riesgo (valor p: 0,257).

La sensibilidad cutánea frente a la RUV (fototipo) fue la principal característica fenotípica estudiada. Fue posible establecer riesgo con los fototipos I (OR: 17,5; IC 95%: 3,29-113,7), II (OR: 15,6; IC 95%: 7,5-34,3) y III (OR: 10,38; IC 95%: 5,08-22,4) comparados con la categoría de referencia establecida (fototipos IV al VI). En relación con el riesgo documentado se reagruparon los fototipos en dos categorías, I al III vs. IV al VI. La estimación de riesgo se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo de carcinoma basocelular. Análisis bivariado. OR crudas

Factor de riesgo	Casos(203)		Controles(203)		Estimador	
	Número	%	Número	%	OR (IC95%)	Valor p
I. Ámbito rural vs. urbano						
Nacimiento	103	51	76	37	1,72 (1,13-2,60)	0,0070
Primeros 15 años	103	51	73	36	1,83 (1,20-2,80)	0,0027
Entre 15-30 años	72	35	35	17	2,63 (1,62-4,32)	< 0,0001
Después de los 30 años	62	30	17	8	4,80 (2,64-9,20)	< 0,0001
II. Actividades laborales al aire libre						
Primeros 15 años	109	53	82	40	1,71 (1,13-2,58)	0,0073
Entre 15-30 años	91	45	62	30	1,84 (1,20-2,83)	0,0030
Después de los 30 años	84	41	48	24	2,28 (1,45-3,58)	0,0001
III. Actividades deportivas o recreativas al aire libre						
Primeros 15 años	163	80	138	68	1,91 (1,19-3,11)	0,0046
Entre 15-30 años	93	46	68	33	1,68 (1,10-2,56)	0,0112
Después de los 30 años	72	35	76	37	0,91 (0,60-1,40)	0,6800
Toda la vida	51	25	34	17	1,67 (0,99-2,80)	0,0381
IV. Prácticas de riesgo en actividades al aire libre						
Antes de los 15 años						
No usa sombrero	74	68	43	52	1,91 (1,01-3,61)	0,03
No aplica protector solar	101	93	79	96	0,48 (0,08-2,08)	0,28
No utiliza mangas largas	86	79	56	68	1,73 (0,85-3,52)	0,09
Entre los 15 y los 30 años						
No usa sombrero	60	66	29	47	2,02 (1,07-4,49)	0,018
No aplica protector solar	91	100	62	100		
No utiliza mangas largas	72	79	45	72	1,43 (0,62-3,24)	0,34
Después de los 30 años						
No usa sombrero	50	59	20	41	2,05 (0,94-4,51)	0,048
No aplica protector solar	81	96	43	90	3,13 (0,57-20,9)	0,112
No utiliza mangas largas	60	71	31	64	1,37 (0,59-3,11)	0,41
V. Ocupaciones relacionadas con el arsénico						
Carpintería y maderas	14	7	5	2	2,93 (0,97-10,5)	0,0344
Pólvora	1	0	2	0	0,49 (0,008-9,5)	0,5594
Metales	7	0	10	0	0,68 (0,21-2,04)	0,4510
VI. Otros antecedentes						
Diez o más quemaduras solares	20	10	5	2	4,32 (1,53-15,01)	0,0020
Historia familiar de cáncer de piel	19	9	3	1	6,88 (1,97-36,76)	0,0005
Diez o más cigarrillos día	36	18	19	9	2,08 (1,11-4,00)	0,0137
Queratosis actínicas	74	36	24	12	4,27 (2,50-7,47)	< 0,0001
Queratosis actínicas no tratadas	29	39	3	12	4,51 (1,17-25,3)	0,0154
Antecedente personal de cáncer	2	0	5	0	0,39 (0,03-2,44)	0,2527
VI. Fenotipo						
Ojos claros (verde-azul)	48	24	27	13	2,01 (1,16-3,53)	0,0072
Pelo claro (rubio-rojo)	65	32	48	23	1,52 (0,95-2,41)	0,0598
Fototipo I-III vs. IV-VI	191	94	113	56	12,7 (6,5-26,4)	< 0,0001
VII. Hallazgos clínicos						
Conjuntivitis actínica	43	21	25	12	1,91 (1,08-3,42)	0,0167
Pterigios	57	28	44	22	1,41 (0,87-2,28)	0,1356
Comedones actínicos	16	8	23	11	0,67 (0,32-1,37)	0,2384
Poiquilodermia de Civate	69	34	54	27	1,42 (0,90-2,22)	0,1052
Eférides ^a	15	7	9	4	1,71 (0,68-4,56)	0,2067
Lentigos cara ^a	65	32	57	28	1,20 (0,77-1,88)	0,3865
Lentigos mano ^a	102	50	65	32	2,14 (1,40-3,27)	0,0002
Queratosis actínicas cara ^a	105	52	58	29	2,67 (1,74-4,12)	< 0,0001
Queratosis actínicas manos ^a	34	17	17	8	2,20 (1,14-4,35)	0,0109

^a Categorías de referencia: ninguno-pocos vs. algunos-muchos.



Tabla 2. Clasificación histopatológica de los casos de carcinoma basocelular (CBC)

Diagnóstico histopatológico	Número	Porcentaje
CBC nodular	147	72,4
CBC nodular e infiltrativo	17	8,4
CBC nodular y micronodular	13	6,4
CBC morfeiforme	7	3,4
CBC superficial	6	3,0
CBC infiltrativo	4	2,0
CBC micronodular	3	1,5
CBC morfeiforme e infiltrativo	3	1,5
CBC infiltrativo y micronodular	2	1,0
CBC morfeiforme y micronodular	1	0,5
Total	203	100

Tabla 3. Localización anatómica de casos de carcinoma basocelular (CBC)

Localización	Número	Porcentaje
Nariz	58	28,6
Mejilla	43	21,2
Frente	18	8,9
Ala nasal	15	7,4
Párpado inferior	10	4,9
Surco nasogeniano	10	4,9
Cuello	8	3,9
Ceja	4	2,0
Cuero cabelludo	4	2,0
Mentón	4	2,0
Sien	4	2,0
Otra localización	25	12,5
Total	203	100

La exploración de riesgo frente a otras características fenotípicas y hallazgos clínicos arrojó resultados significativos para los ojos claros (verdes-azules), conjuntivitis actínica, presencia de lentigos en las manos y de queratosis actínicas en las manos y en la cara (tabla 1).

Basados en los resultados del análisis bivariado se construyó un modelo con el método de regresión logística condicional, estableciendo un claro riesgo el vivir en un área rural especialmente después de los 30 años, no haber usado protección con sombrero en la infancia, haber practicado deportes al aire libre toda la vida, tener historia familiar de cáncer de piel, historia personal de 10 o más quemaduras de

piel en la vida, antecedentes de queratosis actínicas, hallazgo clínico de conjuntivitis actínica y ser fototipo I, II o III. Los detalles se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Estimadores de riesgo de carcinoma basocelular. Regresión logística condicional

Variable	OR	IC 95%	Valor p
I. Factores demográficos, laborales, recreativos y de protección			
Vivir en área rural después de los 30 años	2,96	1,19-7,31	0,019
Actividades laborales al aire libre después de los 30 años	1,67	0,82-3,44	0,157
No usar sombrero en la infancia (primeros 15 años)	2,11	1,04-4,29	0,038
Deportes al aire libre toda la vida	2,67	1,24-5,76	0,012
II. Factores clínicos			
Antecedente familiar de cáncer de piel	5,8	1,28-26,7	0,023
Historia de 10 o más quemaduras en la vida	2,3	1,16-4,36	0,016
Antecedente de queratosis actínicas	3,3	1,85-5,97	< 0,001
Conjuntivitis actínica	2,26	1,16-4,37	0,016
Fototipos I al III	15,4	7,4-31,9	< 0,001

Valor p del modelo: 0,000. Prueba bondad ajuste Hosmer - Lemeshow: 0,66.

Discusión

En Colombia, a pesar del incremento progresivo de las tasas de cáncer de piel⁵, no se conocen los factores de riesgo propios de nuestra población, situación que puede estar en relación con la inexistencia de estrategias orientadas a la prevención del cáncer de piel en la población colombiana. El presente estudio es el primer trabajo de factores de riesgo de CBC en una muestra de pacientes colombianos, que busca presentar elementos de evidencia empírica que sustenten la estructuración de un programa nacional de prevención del cáncer de piel basado en la evidencia local.

A pesar de que se ha descrito claramente cómo la altura sobre el nivel del mar produce un incremento notable en las dosis de RUV que entran en contacto



con la piel¹², en este estudio no fue posible establecer diferencias entre casos y controles de acuerdo a la altura del lugar de la vivienda a lo largo de la vida, probablemente porque aunque todos los casos vivieron la mayor parte de su vida sobre las estribaciones de la cordillera de los Andes (altura promedio sobre el nivel del mar de 2.400 metros), el grupo de controles, a pesar de ser seleccionado de un Centro Nacional de referencia en Dermatología, provenía en su gran mayoría de la capital del país, ubicada a 2.600 metros sobre el nivel del mar.

En relación con el nivel educativo de los casos y controles, este se ubicó alrededor del bachillerato incompleto, sin que fuera posible establecer diferencias en el número de años cursados entre los dos grupos. Estos resultados pueden ser el reflejo de la base poblacional que consulta en el centro de estudio, donde aproximadamente el 80% de los pacientes corresponden a estratos socioeconómicos intermedios (2 y 3). Esta condición puede generar un pareamiento natural por estrato socioeconómico entre casos y controles, diluyendo el riesgo asociado con este factor. Este hallazgo podría ser corroborado en nuestro medio a partir de un estudio de base poblacional que documente el fenómeno en los diferentes niveles sociales.

La RUV ha sido ampliamente aceptada como el determinante más importante para el desarrollo del CBC^{10,12,13,16,17}; en este sentido cobran importancia las exposiciones con ocasión del trabajo y producto de actividades recreativas al aire libre. Algunos de los hallazgos más relevantes del presente estudio se centran en el riesgo documentado frente a la exposición laboral en actividades que obligan al trabajador a estar expuesto a largas jornadas al aire libre, estableciendo asociaciones con esta exposición durante todas las etapas de la vida, principalmente en individuos que aun después de los 30 años continúan desarrollando estas labores. Es importante destacar que el 80% de los casos que trabajan al aire libre lo hacen en actividades relacionadas con el campo y la agricultura, factor determinante en nuestro medio, ya que Colombia continúa siendo un país que tiene sectores

importantes de la economía basados en actividades agrícolas. Este estudio exploró las diferencias existentes entre el ámbito rural y el urbano a lo largo de la vida, con resultados significativos para las diferentes etapas de la vida, resaltando la importancia de vivir en el medio rural aun después de los 30 años (OR ajustado: 2,96), ya que puede ser un fuerte condicionante de aparición de la enfermedad. El vivir en el ámbito rural tiene una alta correlación con la exposición laboral, como anotamos previamente, debido en gran parte a la mayor probabilidad de estar inmerso en actividades al aire libre en las horas del mediodía. Sin embargo, otros factores como el pobre acceso a campañas preventivas, servicios de salud y medios de comunicación podrían condicionar el riesgo en la población rural. Estos resultados han sido documentados por otros autores que han descrito cómo la población rural puede ser más propensa a no emplear métodos de protección solar, incrementando el riesgo de padecer la enfermedad¹⁸. Para el contexto local, en Colombia estos resultados son importantes en la medida en que refuerzan la necesidad de difundir masivamente estrategias que alcancen el medio rural, porque es allí donde precisamente se encuentra la población de mayor riesgo en nuestro país.

En relación con el tema de prácticas fotoprotectoras es importante ver cómo estos resultados confirman los hallazgos del estudio descriptivo de Sánchez et al.¹⁹, dado que se aprecia en el grupo de casos y controles casi una ausencia total del uso de fotoprotector en las primeras etapas de la vida, y solo después de los 30 años se aprecia un ligero incremento en esta práctica (6% de casos y 10% de controles). De otra parte estos resultados resaltan la importancia de emplear medidas de barrera como el sombrero, especialmente desde etapas tempranas de la vida (no usar sombrero en la infancia: OR ajustado: 2,11).

Otros estudios han resaltado la importancia que tienen las campañas de protección en los niños y adolescentes, ya que existe una clara tendencia a no protegerse en estos grupos de edad, principalmente por el estatus de dependencia que se experimenta frente a los padres y docentes²⁰⁻²³.



En relación con el tema de la exposición por actividades deportivas al aire libre los resultados son significativos (OR ajustado: 2,67) a lo largo de la vida. Diferentes estudios han documentado esta asociación^{13,24,25}, sin embargo la importancia de nuestros resultados radica en que permiten resaltar la necesidad de integrar campañas preventivas desde la etapa escolar y a lo largo de la vida relacionadas con el uso de barreras físicas y evitando la exposición en las horas del mediodía, que son las de mayor riesgo¹², tanto para actividades recreativas como laborales.

El CBC es producto de diferentes alteraciones moleculares a nivel del ADN, fundamentalmente relacionadas con los daños producidos por la RUV²⁶, sin embargo otros agentes como el cigarrillo podrían desempeñar un papel en la génesis de este complejo causal. Algunos estudios similares han evaluado el riesgo asociado con el hábito tabáquico sin que sus resultados hayan aportado evidencias de asociación²⁷⁻²⁸. El presente estudio arrojó en el análisis bivariado un riesgo significativo para el antecedente de consumo de más de 10 cigarrillos al día; sin embargo cuando se incluyó este factor en un modelo de análisis multivariado, teniendo en cuenta potenciales factores de confusión, como el fototipo y la ocupación al aire libre, la asociación dejó de ser significativa (OR: 1,3; valor p: 0,42).

Otros autores han descrito cómo la historia de quemaduras solares graves o con historia de ampollas puede estar asociada con la presencia de CBC^{13,17,27}; en nuestro estudio se indagó por el antecedente de quemaduras a partir de una escala ordinal que fue reclasificada a dos categorías finales (menos de 10 quemaduras o 10 o más quemaduras), encontrando una fuerte asociación (OR ajustado: 2,3). Luego es importante resaltar la importancia de prevenir las quemaduras solares a lo largo de la vida, sin importar los grados de severidad de las mismas. En este punto nuevamente se deben resaltar las estrategias que protegen a los niños, porque frente a este factor serían ellos los más vulnerables.

Algunos hallazgos en el examen físico pueden ser

predictores de riesgo, como han descrito otros autores^{13,17,27}. Dentro de los hallazgos más destacados en el presente estudio destaca la presencia de conjuntivitis actínica (OR ajustado: 2,26) y el antecedente de queratosis actínicas (OR ajustado: 3,3), que reflejan una historia de exposición solar crónica y que deben orientar el seguimiento de sujetos que las presentan, dado su alto papel predictor frente a la aparición del CBC.

Algunos estudios que han evaluado factores de riesgo en cáncer de piel sugieren que la sensibilidad cutánea frente a la RUV (fototipo) podría ser un factor para el desarrollo de la enfermedad^{27,29}, específicamente en sujetos fototipo I y II. Sin embargo, la población colombiana está compuesta en su gran mayoría por pacientes fototipo II y III¹⁵, dándole especial relevancia a los resultados del presente estudio, especialmente, para los sujetos fototipo III. Algunos estudios latinoamericanos han arrojado resultados contradictorios en relación con este factor; por ejemplo en Brasil, et al. encontraron que solo el 3,5% de los casos con cáncer de piel pertenecía al fototipo III³⁰, y por el contrario un estudio argentino planteó cómo el fototipo III podría ser para su población un factor de riesgo, con una OR de 10²⁸. Desde nuestra perspectiva, el fototipo III es un grupo de alto riesgo, dado que estas personas experimentan una falsa sensación de seguridad ante la RUV, puesto que en las primeras exposiciones sufren quemaduras leves a moderadas, pero posteriormente desarrollan capacidad de broncearse. En la latitud colombiana, y debido a la intensidad de la RUV que alcanza la superficie, se deben generar estrategias orientadas a los sujetos con fototipo III, pues contrariamente a la sensación que tienen ellos y los mismos médicos, esta población es extremadamente vulnerable (OR cruda: 10,38; OR ajustada a fototipos I-III: 15,4) ya que esa falsa sensación de seguridad los lleva a adoptar conductas de riesgo frente al sol, como exponerse a largas jornadas de RUV en busca del color «dorado», no emplear fotoprotector y no utilizar las medidas de barrera física necesarias (sombreros, gafas y mangas largas entre otras).



En resumen, el presente estudio, a pesar de las limitaciones inherentes a los estudios de casos y controles, ofrece resultados valiosos, dado que se han podido documentar factores propios de nuestra población que deben ser tenidos en cuenta a la hora de proponer estrategias integrales de promoción de la salud y prevención del CBC. Destacamos la necesidad de priorizar la población rural, los trabajadores del campo y los niños, por la baja tasa de uso de elementos de fotoprotección frente a la RUV probablemente por su condición de dependencia. Asimismo, los pacientes con historia familiar de cáncer de piel, antecedentes de numerosas quemaduras solares, queratosis actínicas o conjuntivitis actínica, ya que deben ser sujetos de seguimiento por especialistas en Dermatología. Finalmente, todas las personas fototipo III deben ser prioridad en las campañas de prevención y seguimiento realizadas en el medio colombiano, dada su alta vulnerabilidad asociada a la falsa sensación de seguridad frente a la RUV.

Financiación

El presente trabajo fue realizado bajo el auspicio logístico y financiero del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E. Bogotá, Colombia.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30:774-8.
2. Christenson LJ, Borrowman TA, Vachon CM, Tollefson MM, Otley CC, Weaver AL, et al. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. *JAMA*. 2005;294:681-90.
3. Staples MP, Elwood M, Burton RC, Williams JL, Marks R, Giles GG. Non-melanoma skin cancer in Australia: the 2002 national survey and trends since 1985. *Med J Aust*. 2006;184:6-10.
4. Nova-Villanueva J, Sánchez-Vanegas G, Porras de Quintana L. Cáncer de Piel: Perfil Epidemiológico de un Centro de Referencia en Colombia 2003-2005. *Rev Salud Publica*. 2007;9:595-601.
5. Sánchez G, De la Hoz F, Castañeda C, Nova J. Incidencia de cáncer de piel en Colombia. Años 2003-2007. *Piel*. 2011;26:171-7.
6. Lewis KG, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer mortality (1988-2000): the Rhode Island follow-back study. *Arch Dermatol*. 2004;140:837-42.
7. Weinstock MA, Bogaars HA, Ashley M, Litle V, Bilodeau E, Kimmel S. Nonmelanoma skin cancer mortality. A population-based study. *Arch Dermatol*. 1991;127:1194-7.
8. Housman TS, Feldman SR, Williford PM, Fleischer Jr AB, Goldman ND, Acostamadiedo JM, et al. Skin cancer is among the most costly of all cancers to treat for the Medicare population. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:425-9.
9. Morris S, Cox B, Bosanquet N. Cost of skin cancer in England. *Eur J Health Econ*. 2009;10:267-73.
10. Benjamin CL, Melnikova VO, Ananthaswamy HN. P53 protein and pathogenesis of melanoma and nonmelanoma skin cancer. *Adv Exp Med Biol*. 2008;624:265-82.
11. Erb P, Ji J, Kump E, Mielgo A, Wernli M. Apoptosis and pathogenesis of melanoma and non-melanoma skin cancer. *Adv Exp Med Biol*. 2008;624:283-95.
12. Lucas R, McMichael T, Smith W, Armstrong BK, Prüss-Üstün A, World Health Organization. Solar ultraviolet radiation: global burden of disease from solar ultraviolet radiation. Geneva: World Health Organization; 2006.
13. Vlainjac HD, Adanja BJ, Lazar ZF, Bogavac AN, Bjekic MD, Marinkovic JM, et al. Risk factors for basal cell carcinoma. *Acta Oncol*. 2000;39:611-6.
14. Connor RJ. Sample size for testing differences in proportions for the paired-sample design. *Biometrics*. 1987;43:207-11.
15. Sánchez G, Nova J. Confiabilidad y reproducibilidad de la escala de fototipos de Fitzpatrick antes y después de un ejercicio de estandarización clínica. *Biomedica*. 2008;28:544-50.



16. Tarbuk A, Grancaric AM, Situm M, Martinis M. UV clothing and skin cancer. *Coll Antropol.* 2010;34 Suppl 2:179-83.
17. Walther U, Kron M, Sander S, Sebastian G, Sander R, Peter RU, et al. Risk and protective factors for sporadic basal cell carcinoma: results of a two-centre case-control study in southern Germany. Clinical actinic elastosis may be a protective factor. *Br J Dermatol.* 2004;151:170-8.
18. Zahnd WE, Goldfarb J, Scaife SL, Francis ML. Rural-urban differences in behaviors to prevent skin cancer: an analysis of the Health Information National Trends Survey. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:950-6.
19. Sánchez G, Nova J, Arias N. Prácticas frente a la radiación ultravioleta y características epidemiológicas de un grupo de pacientes con carcinoma basocelular en un centro de referencia nacional en Colombia. *Rev Col Cancer.* 2010;14:144-55.
20. Feher K, Cercato MC, Prantner I, Dombi Z, Burkali B, Paller J, et al. Skin cancer risk factors among primary school children: investigations in Western Hungary. *Prev Med.* 2010;51:320-4.
21. Benvenuto-Andrade C, Zen B, Fonseca G, De Villa D, Cestari T. Sun exposure and sun protection habits among high-school adolescents in Porto Alegre, Brazil. *Photochem Photobiol.* 2005;81:630-5.
22. Mazloomi Mahmoodabad SS, Noorbala MT, Rahae Z, Mohammadi M. Knowledge, attitude and performance study of secondary school teachers of Yazd city regarding skin cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24:424-8.
23. Laffargue JA, Merediz J, Bujan MM, Pierini AM. [Sun protection questionnaire in Buenos Aires adolescent athletes]. *Arch Argent Pediatr.* 2011;109:30-5.
24. Moehrle M. Outdoor sports and skin cancer. *Clin Dermatol.* 2008;26:12-5.
25. Hall DM, McCarty F, Elliott T, Glanz K. Lifeguards' sun protection habits and sunburns: association with sun-safe environments and skin cancer prevention program participation. *Arch Dermatol.* 2009;145:139-44.
26. Benjamin CL, Ullrich SE, Kripke ML. Ananthaswamy HN. p53 tumor suppressor gene: a critical molecular target for UV induction and prevention of skin cancer. *Photochem Photobiol.* 2008;84:55-62.
27. Corona R, Dogliotti E, D'Errico M, Sera F, Iavarone I, Baliva G, et al. Risk factors for basal cell carcinoma in a Mediterranean population: role of recreational sun exposure early in life. *Arch Dermatol.* 2001;137:1162-8.
28. Ruiz Lascano A, Kuznitzky R, Garay I, Ducasse C, Albertini R. Factores de riesgo para carcinoma basocelular: Estudio de casos-controles en Córdoba. *Medicina (Buenos Aires).* 2005;65:495-500.
29. Lear JT, Tan BB, Smith AG, Bowers W, Jones PW, Heagerty AH, et al. Risk factors for basal cell carcinoma in the UK: case-control study in 806 patients. *J R Soc Med.* 1997;90:371-4.
30. Bariani RL, Nahas FX, Barbosa MV, Farah AB, Ferreira LM. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. *Acta Cir Bras.* 2006;21:66-73.



Dermatomiositis y cáncer testicular. Una asociación infrecuente

Lorena Sánchez Tenorio

Residente II año de Dermatología. Fundación Universitaria Sánitas, Bogotá, Colombia.

E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Bogotá, Colombia

John Nova Villanueva

Dermatólogo. E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta Bogotá, Colombia.

Docente. Fundación Universitaria Sánitas, Bogotá, Colombia

Autor de correspondencia

Dra. Lorena Sánchez

E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Bogotá, D.C., Colombia

lorenasanchez209@gmail.com

Resumen

La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria, autoinmune, que se caracteriza por afectar los músculos esqueléticos y la piel. Se asocia con diferentes neoplasias, especialmente en adultos mayores. La asociación entre dermatomiositis y tumores testiculares es infrecuente, con pocos casos informados, principalmente en hombres jóvenes. Presentamos el caso de un hombre de 21 años de edad, con diagnóstico de tumor testicular metastásico a pulmón, quien seis meses después del diagnóstico del tumor presentó lesiones en la piel asociadas a debilidad muscular.

Palabras clave: dermatomiositis, neoplasias testiculares, autoinmunidad.

Caso clínico

Se trata de un hombre de 21 años de edad con antecedentes de cáncer testicular no seminomatoso diagnosticado en el año 2012, el cual fue manejado con orquidectomía radical derecha. La histopatología fue compatible con un tumor germinal mixto, con componentes de carcinoma embrionario en 70%, de saco vitelino en 20% y de teratoma maduro en 10%. Las pruebas de laboratorio reportaron alfa-fetoproteína de 2838 ng/mL y gonadotropina coriónica humana subunidad β (β -GCH) menor de 0,1 mUI/L. La tomografía axial computarizada de tórax evidenció compromiso metastásico pulmonar. Con diagnóstico de cáncer testicular no seminomatoso estadio III se administró quimioterapia, completando 4 ciclos con bleomicina, etopósido, y cisplatino (BEP) logrando negativización de los marcadores tumorales.

Seis meses después del diagnóstico del tumor, el paciente presentó lesiones en la piel asociadas a debilidad muscular. Con diagnóstico de dermatomiositis le iniciaron manejo con bolos de metilprednisolona y

posteriormente con prednisona 80 mg/día y azatioprina 150 mg/día, con descenso progresivo. Luego se reemplazó la prednisona por deflazacort 18 mg/día hasta llegar a una dosis de 6 mg/día.

En junio de 2013 aún presentaba pápulas eritemato-violáceas en el dorso de las articulaciones metacarpo-falángicas e inter-falángicas de ambas manos (Figura 1) con parches pardos de aspecto sucio en los flancos. Además, persistía con disminución de la fuerza muscular (4/5) en los miembros inferiores. Se continuó manejo con prednisona 50 mg/día y azatioprina 100 mg/día. La terapia con corticoesteroides sistémicos y azatioprina se mantuvo durante dieciocho meses, con resolución de la debilidad muscular y persistencia de algunas lesiones cutáneas (Figura 2).

Discusión

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática caracterizada por debilidad muscular progresiva e inflamación. A diferencia de otras miositis, la dermatomiositis también compromete la piel (1, 2).



Figura 1. Signo de Gottron: pápulas eritemato-violáceas en el dorso de la mano derecha.



Figura 2. Eritema violáceo o en heliotropo en los párpados superiores.

La incidencia de la enfermedad en Estados Unidos es de 1 a 4 casos por cada 100.000 habitantes (2), con una presentación bimodal que incluye un primer pico de aparición en la infancia (dermatomiositis juvenil) y otro entre la quinta y la séptima década de la vida (dermatomiositis del adulto). En ambas presentaciones clínicas se ha descrito predominio en el sexo femenino (3).

Las manifestaciones más frecuentes en la piel son: el eritema en heliotropo, caracterizado por una erupción de coloración violácea localizada en los párpados superiores con o sin edema (Figura 2); el signo del chal, que consiste en eritema difuso, en ocasiones asociado a prurito, en la cara, el cuello, la cara anterior del tórax, la espalda y los hombros; y el signo de Gottron, que es la presencia de pápulas eritemato-violáceas, descamativas, con distribución usualmente simétrica, sobre la piel de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, que pueden extenderse de forma lineal a la superficie dorsal de los dedos (Figura 1).

También puede haber compromiso del lecho ungular, con cutículas engrosadas y capilares dilatados, con pequeñas áreas de infartos hemorrágicos (1,3). La debilidad muscular varía de leve a grave, pero en casos de dermatomiositis amiopática la fuerza muscular permanece normal (1). La calcinosis de la piel y el músculo es infrecuente en los adultos pero puede ocurrir en niños y adolescentes hasta en el 40% de los casos (4).

La asociación entre dermatomiositis y neoplasia fue descrita por primera vez en 1916. Desde entonces tal asociación se ha reportado hasta en el 25% de los casos en adultos. Los carcinomas más frecuentes son el cáncer de pulmón, ovario, cérvix, próstata, mama y colon (5, 6). Así mismo, la dermatomiositis puede ocurrir antes, simultáneamente o después del diagnóstico de la neoplasia. Por lo tanto, se recomienda el tamizaje para identificar malignidad en todos los adultos con diagnóstico de dermatomiositis (4-6).

Cuando la enfermedad aparece después del diagnóstico del tumor, como en el caso que presentamos, esta se relaciona con recaídas de la neoplasia (6,7), puede ser amiopática y su pronóstico es impredecible (6).

Los principales factores de riesgo, asociados con el desarrollo de malignidad en pacientes con dermatomiositis, son: edad avanzada, género masculino, vasculopatía grave, creatinfosfocinasa elevada, úlceras cutáneas o necrosis cutánea, disfagia o compromiso diafragmático y ausencia de enfermedad pulmonar



intersticial, sin embargo, estos hallazgos son controvertidos (5, 6, 8).

Durante la última década también se ha investigado el papel de nuevos anticuerpos que podrían ser específicos de miositis, entre ellos el anti-CADM-140 en la dermatomiositis amiofálica y el anti-p155 y anti-p155/p140 en la dermatomiositis asociada a cáncer. Este último, que reacciona no sólo con una proteína de 155 kDa, sino también con otra de 140 kDa, provee una buena correlación con la presencia de neoplasia y ausencia de enfermedad pulmonar. Por lo anterior, la positividad del anti-p155/p140 provee especificidad de 96%, sensibilidad de 50% y un elevado valor predictivo negativo (97%) para casos de dermatomiositis asociados a cáncer (4, 6).

A pesar de ser una asociación reconocida, con numerosos casos reportados y estudiados, aún se conoce muy poco sobre la fisiopatogenia de la dermatomiositis asociada a cáncer. Es posible que las células regenerativas que aparecen en el músculo con miositis exhiban altos niveles de antígenos específicos de miositis, que serían los mismos que se expresan en diversos cánceres asociados a miopatías inflamatorias. De tal forma que la relación entre cáncer y dermatomiositis se podría explicar por la expresión de los antígenos comunes de las células cancerosas y el tejido muscular (6).

Respecto al cáncer de testículo en particular, la asociación con dermatomiositis es infrecuente. En la búsqueda realizada en PubMed, utilizando los términos MeSH *testicular neoplasms* y *dermatomyositis* se encontraron solo 9 referencias. En la mayoría de los reportes, el cáncer testicular se había diagnosticado en adultos jóvenes, entre la tercera y la cuarta década de la vida. En la revisión de Dourmishev y cols. los 11 pacientes con dermatomiositis asociada a cáncer testicular tenían entre 24 y 31 años de edad (9), un poco mayores que el paciente que presentamos, quien tenía 21 años en el momento del diagnóstico. En cuanto al tipo de tumor testicular encontrado, la mayoría de casos son tumores de células germinales no seminomatosos, detectados en estadio III (7, 9),

tal como ocurrió en este caso. En la literatura también se han descrito teratomas malignos, neoplasias intratubulares de células germinales, tumores mixtos y seminomas puros (7). A diferencia de este caso, en la mayoría de los reportes publicados la dermatomiositis precedió a la aparición del tumor testicular (7).

Aunque se ha documentado la remisión de las manifestaciones clínicas de la dermatomiositis luego del tratamiento de la neoplasia testicular (9), en el caso que presentamos la recuperación de la fuerza muscular fue progresiva, con persistencia de algunas lesiones cutáneas.

Conclusión

La asociación entre dermatomiositis y cáncer obliga a realizar tamizaje para neoplasia en todos los pacientes con diagnóstico de dermatomiositis, incluso en individuos jóvenes, en quienes además se debe descartar cáncer testicular. El reporte de la experiencia clínica y terapéutica de casos como este es fundamental para mejorar el conocimiento y abordaje de las asociaciones infrecuentes o poco conocidas como la que existe entre dermatomiositis y cáncer testicular.

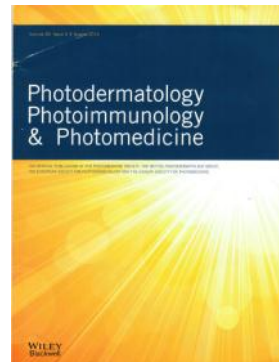
Referencias

1. Callen JP, Wortmann RL. Dermatomyositis. Clin Dermatol. 2006;24:363-73.
2. Carstens PO, Schmidt J. Diagnosis, pathogenesis and treatment of myositis: recent advances. Clin Exp Immunol. 2014;175:349-58.
3. Restrepo JP, Medina LF, Molina P, Restrepo JP. Manifestaciones cutáneas de la dermatomiositis. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2010;18:18-24.
4. Bielsa-Marsol I. Dermatomyositis. Reumatol Clin. 2009;5:216-22.
5. Femia AN, Vleugels RA, Callen JP. Cutaneous dermatomyositis: an updated review of treatment options and internal associations. Am J Clin Dermatol. 2013;14:291-313.
6. Requena C, Alfaro A, Traves V, Nagore E, Llobat B, Serra C, et al. Paraneoplastic Dermatomyositis: A study of 12 cases. Actas Dermosifiliogr. 2014;105:675-82.



7. Tan E, Young D, McLaren B, Wright A. Early-stage testicular cancer: a rare association with dermatomyositis. *Australas J Dermatol*. 2010;51:139-41.
8. Wang J, Guo G, Chen G, Wu B, Lu L, Bao L. Meta-analysis of the association of dermatomyositis and polymyositis with cancer. *Br J Dermatol*. 2013;169:838-47.
9. Dourmishev LA, Popov JM, Rusinova D. Paraneoplastic dermatomyositis associated with testicular cancer: a case report and literature review. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2010;19:39-43.

Artículos Recomendados



Emergency department diagnosis and management of skin diseases with real-time teledermatologic expertise.

Duong TA, Cordoliani F, Julliard C, Bourrat E, Regnier S, de Pontual L, et al.
JAMA Dermatol. 2014;150:743-7.

Un novedoso estudio observacional sobre el impacto de la tele-dermatología en tiempo real, por medio de teléfonos celulares de última generación, en el diagnóstico y tratamiento de un grupo de pacientes adultos con enfermedades dermatológicas que consultaron a los servicios de urgencias en cuatro hospitales en Francia. Los autores evaluaron la concordancia entre el médico de urgencias y el dermatólogo en cuanto al diagnóstico, la pertinencia de una interconsulta con la especialidad y el criterio de hospitalización.

Por: Camilo A. Morales

An investigator-initiated open-label clinical trial of vismodegib as a neoadjuvant to surgery for high-risk basal cell carcinoma.

Ally MS, Aasi S, Wysong A, Teng C, Anderson E, Bailey-Healy I, et al.
J Am Acad Dermatol. 2014;71:904-911.

El vismodegib es un inhibidor selectivo de la vía *hedgehog* aprobado para el tratamiento del carcinoma de células basales (CCB) avanzado. Este ensayo clínico, abierto, de único brazo, evaluó el potencial del vismodegib como neoadyuvante en la cirugía del CBC de alto riesgo. El resultado primario fue la reducción del área del defecto quirúrgico y los resultados secundarios fueron el cambio en el área del tumor y la tolerabilidad.

Por: Jennifer Forero



UVA irradiation of human skin vasodilates arterial vasculature and lowers blood pressure independently of nitric oxide synthase.

Liu D, Fernandez BO, Hamilton A, Lang NN, Gallagher JM, Newby DE, et al.

J Invest Dermatol. 2014;134:1839-46.

En este experimento con voluntarios sanos se investigan algunos efectos poco conocidos de la radiación ultravioleta A sobre la presión sanguínea y la enfermedad cardiovascular, lo cual podría explicar sus variaciones con los cambios de latitud y las estaciones del año.

Por: Martha Valbuena

Th2 cytokines increase *Staphylococcus aureus* alpha toxin-induced keratinocyte death through the signal transducer and activator of transcription 6 (STAT6).

Brauweiler AM, Goleva E, Leung DY.

J Invest Dermatol. 2014;134:2114-21.

Aunque desde hace muchos años se ha descrito la relación entre *Staphylococcus aureus* y dermatitis atópica, aún se desconocen los mecanismos que determinan la susceptibilidad de la piel de estos pacientes a la colonización por parte de la bacteria y a sufrir infecciones recurrentes. El estudio brinda una posible explicación al respecto y discute una potencial alternativa terapéutica para prevenir las exacerbaciones de la enfermedad asociadas al *S. aureus*.

Por: Martha Valbuena

Prevention of polymorphic light eruption by oral administration of a nutritional supplement containing lycopene, β -carotene, and *Lactobacillus johnsonii*: results from a randomized, placebo-controlled, double-blinded study.

Marini A, Jaenicke T, Grether-Beck S, Le Floch C, Cheniti A, Piccardi N, et al.

Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2014;30:189-94.

Este estudio explora la utilidad de un suplemento nutricional, con efecto fotoprotector sistémico, como coadyuvante en el tratamiento de la erupción polimorfa lumínica. Los autores evalúan los efectos de esta terapia a nivel molecular y clínico.

Por: Martha Valbuena

Recognizing and managing the immunologic reactions in leprosy.

Kamath S, Vaccaro SA, Rea TH, Ochoa MT.

J Am Acad Dermatol. 2014;71:795-803.

Este corto artículo revisa un tema relevante para los dermatólogos clínicos al exponer de una manera clara y concisa la etiología, las manifestaciones clínicas y los tratamientos de la reacción tipo 1, el eritema nodoso y el fenómeno de Lucio. El documento puede servir de referencia para los profesionales interesados en el tema.

Por: John Nova



Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants.

Sermrittirong S, Van Brakel WH.

Lepr Rev. 2014;85:36-47.

En esta revisión los autores estudiaron las diferentes definiciones, causas y determinantes del estigma en los pacientes con lepra, incluyendo sus variaciones según el contexto cultural. Se hace énfasis en la importancia de entender estos conceptos con el fin de guiar el diseño de nuevas intervenciones en salud pública que permitan reducir este fenómeno.

Por: Lorena Sánchez

Children with leprosy.

Butlin CR, Saunderson P.

Lepr Rev. 2014;85:69-63.

Este editorial describe la situación epidemiológica actual de la lepra en los niños, discute algunas dificultades que se presentan en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como el riesgo de discapacidad en este grupo etario. Además, plantea intervenciones en salud pública y control de la transmisibilidad.

Por: Lorena Sánchez

Immunological and molecular targets of atopic dermatitis treatment.

Wollenberg A, Seba A, Antal AS.

Br J Dermatol. 2014;170 Suppl 1:7-11.

Este artículo ofrece una completa actualización sobre nuevos hallazgos en la inmunología y la biología molecular de la dermatitis atópica, lo que no solamente permite la comprensión de su fisiopatología, sino su integración con los mecanismos de acción de los tratamientos actuales.

Por: John Ballén



Están aumentando los casos de eczema en los niños de EE. UU., según un informe.

Para la mayoría, un cuidado adecuado de la piel y los tratamientos tópicos son útiles, afirman los expertos

El eczema es una afección crónica que normalmente empieza en la niñez, y hace que zonas de la piel se sequen, se inflamen y a menudo produzcan rasquiña con intensidad.

Y, tal y como han mostrado algunos estudios, el eczema parece estar en aumento.

Basándose en una encuesta realizada en las casas por parte de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU., la prevalencia del eczema en los niños ha aumentado entre 2000 y 2010: aproximadamente del 9 al 17 por ciento en los niños negros; del 5 hasta el 10 por ciento en los niños hispanos, y alrededor del 8 al 13 por ciento en los niños blancos.

"No sabemos con seguridad por qué es así", dijo la Dra. Anna Bruckner, una de las autoras del informe de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP). Probablemente una mayor conscientización sobre el eczema y unas tasas más altas de diagnósticos influyan en parte, según Bruckner, que dirige el área de Dermatología Pediátrica del Hospital Pediátrico de Colorado.

"Pero la incidencia del eczema probablemente esté aumentado también", dijo.

La AAP detalló las mejores maneras de manejar la dermatitis atópica, más comúnmente conocida como eczema, en un informe publicado en línea el 24 de noviembre en la revista *Pediatrics*.

Los tratamientos descritos en el informe de la AAP no son nuevos, señaló Bruckner. Pero dado que muchos niños tienen eczema (y hay tan pocos dermatólogos pediátricos), todos los pediatras deben de estar al corriente de esta afección cutánea, según Bruckner.

Una dermatóloga pediátrica que revisó el informe se mostró de acuerdo. "Los pediatras de verdad deben comprender esta afección, y cómo manejarla", dijo la Dra. Ana Duarte, directora del área de dermatología pediátrica del Hospital Pediátrico de Miami.

Para la mayoría de los niños con eczema, los tratamientos tópicos y el cuidado cutáneo son suficientes para controlar la afección, según Bruckner.

Los esteroides tópicos son la piedra angular del tratamiento de la inflamación. Los productos de baja potencia, como la hidrocortisona, normalmente funcionan bien, pero los padres a menudo tienen reservas con respecto a su uso, indicó Bruckner.



"Hay muchas interpretaciones erróneas sobre la seguridad de los esteroides tópicos", dijo. Los esteroides tópicos, orales o de alta potencia, pueden provocar efectos secundarios como el adelgazamiento de la piel o incluso un retraso del desarrollo, indicó Bruckner, pero los productos más leves requeridos para la mayoría de los casos de eczema son seguros.

Duarte hizo hincapié en esta idea. "Muchos niños no reciben tratamiento por el miedo a los esteroides tópicos", dijo.

Pero es importante tener al eczema bajo control, según Duarte. "La picazón puede afectar de forma grave la capacidad de los niños de pasar el día en la escuela, o de dormir bien por la noche", dijo.

Y para los niños con sarpullidos visibles, añadió Duarte, puede haber consecuencias emocionales. "Pueden ser víctimas de burlas o de acoso", señaló. "Los adolescentes pueden deprimirse. Es importante que los padres sean conscientes de eso".

Además de los medicamentos, el cuidado general de la piel es clave para aliviar el eczema, dijo Bruckner. Eso incluye aplicar agua tibia, un limpiador suave sin tintes ni fragancias, y un hidratante.

Los hidratantes de venta libre a menudo son suficientes, dijo Bruckner. Pero deberían ser tan "sencillos" como sea posible, indicó, y las pomadas son preferibles, porque son principalmente grasas, con poca o nada de agua. La vaselina, por ejemplo, es 100 por ciento grasa.

Finalmente, dijo Bruckner, el mejor hidratante es el que su hijo en realidad tolere. Si las pomadas son demasiado grasas, las cremas son la siguiente mejor opción, y luego las lociones (que son las que más agua contienen).

También hay los llamados hidratantes de reparación de la barrera, dijo Duarte. Hay marcas de receta y de venta libre, y contienen una grasa llamada ceramida, que podría ayudar a reconstruir la barrera protectora de la piel.

Algunos niños pueden beneficiarse de los tratamientos adicionales, según la AAP, que incluyen los antihistamínicos orales, que controlan la picazón y podrían ayudar a los niños a dormir por la noche.

La mayoría de los niños con eczema no necesitan ir a ver a un especialista, dijo Bruckner. Pero, añadió, si la afección es grave o no está controlada adecuadamente, probablemente sea el momento de ir a un dermatólogo.

Artículo por HealthDay, traducido por Hispanicare

FUENTES: Anna Bruckner, M.D., director, pediatric dermatology, Children's Hospital Colorado, Aurora; Ana M. Duarte, M.D., director, pediatric dermatology, Miami Children's Hospital; December 2014, *Pediatrics*

Tomado de:

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_149663.html



Declaración del Grupo de Trabajo de Viajes y Transporte sobre el brote de enfermedad por el virus del Ebola en África Occidental

La OMS no recomienda la imposición de prohibiciones generales de viajes u operaciones comerciales.

Las principales organizaciones y asociaciones internacionales de los sectores del transporte, el comercio y el turismo apoyan firmemente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su postura contraria a la imposición de prohibiciones generales de los viajes y el comercio o de restricciones que incluyan la cuarentena general de los viajeros procedentes de países afectados por la enfermedad por el virus del Ebola.

El Grupo de Trabajo de Viajes y Transporte, establecido en agosto de 2014, apela a la cooperación internacional entre los gobiernos y el sector del transporte para seguir las recomendaciones del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca del Ebola, órgano auspiciado por la OMS.

La OMS no recomienda la imposición de prohibiciones generales de viajes u operaciones comerciales, ni tampoco de la cuarentena general de los viajeros procedentes de países afectados por la enfermedad, como parte de las medidas destinadas a contener el brote.

La imposición de tales prohibiciones podría generar una infundada sensación de control y hacer disminuir el número de agentes de salud que voluntariamente prestan apoyo a las labores de prevención y control de la enfermedad en los países afectados. Semejantes medidas, además, podrían ir en detrimento de operaciones comerciales esenciales para hacer llegar a los países afectados suministros como alimentos, combustible y material médico, lo que no haría sino agravar la difícil situación humanitaria y económica que atraviesan.

Reconocimientos de salida

Los “reconocimientos de salida” que se practican actualmente en los aeropuertos internacionales, puertos y principales puestos fronterizos terrestres a toda persona que sale de un país afectado constituyen una medida recomendada por la OMS que puede reducir el número de personas sintomáticas que viajen desde los países con niveles elevados de transmisión del virus del Ebola.

La práctica de reconocimientos médicos al entrar en países no afectados puede ayudar a generar un mayor nivel de conciencia pública sobre la enfermedad por el virus del Ebola, aunque quizá también exija un volumen importante de recursos, en particular personal, instalaciones y sistemas para atender a viajeros enfermos en los que se sospeche afectación por el virus.

Preparación para los países no afectados

Las mejores medidas de protección para los países no afectados estriban en un nivel adecuado de preparación, lo que supone acrecentar la vigilancia para detectar y diagnosticar casos con prontitud y contar con personal preparado y planes operativos para atender todo caso sospechoso de infección con procedimientos que garanticen la seguridad y reduzcan al mínimo el riesgo de propagación.



Deben realizarse por doquier campañas de comunicación dirigidas a viajeros, líneas aéreas, tripulaciones de barco, personal de los puntos de entrada y trabajadores sanitarios para informar sobre la sintomatología de la enfermedad por el virus del Ebola y sobre el proceder adecuado ante una persona que presente esos síntomas. También deben hacerse públicos los datos sobre la eficacia de los “reconocimientos de salida”.

Consejos para los viajeros

Toda persona que haya viajado a **uno de los tres países de África Occidental actualmente afectados por la enfermedad (Guinea, Liberia y Sierra Leona)** debe adoptar una serie de precauciones durante los 21 días siguientes a su regreso:

- Permanecer dentro del radio de alcance de un centro de salud de calidad;
- Conocer los síntomas de la infección (fiebre súbita, debilidad extrema, dolores musculares, cefalea, vómitos, diarrea, erupciones cutáneas y, a veces, hemorragias);
- Notificar de inmediato (y de ser posible por teléfono) al servicio local de urgencias médicas todo cuadro de fiebre igual o superior a 38 grados Celsius, mencionando sus antecedentes de viaje.
- Tener presente además que:
- Cuanto más rápidamente se recibe tratamiento, mayores son las probabilidades de recuperación;
- El virus del Ebola se contrae por contacto directo con los líquidos corporales de una persona infectada;
- Las personas asintomáticas no son infecciosas, aun cuando estén incubando la enfermedad.

Participación en reuniones internacionales

El Comité de Emergencias del RSI acordó que no se dictara ningún tipo de prohibición general de la participación de personas procedentes de países con transmisión del virus del Ebola en reuniones o manifestaciones internacionales, decisión que habrá de adoptar caso por caso el país anfitrión, que también podrá solicitar un control sanitario adicional de los participantes.

El Grupo de Trabajo de Viajes y Transporte, del que forma parte la OMS, viene trabajando para: elaborar pautas con recomendaciones sobre la práctica de reconocimientos médicos a la salida de los países afectados;

- Definir un conjunto de consideraciones y medidas para planificar los reconocimientos médicos en los puntos de entrada para los países que deseen implantarlos como parte de su plan de preparación;
- Informar a los sectores aéreo y marítimo de los procedimientos para el transporte seguro de viajeros sospechosos de infección por el virus del Ebola a bordo de un avión o embarcación o en los puntos de llegada;
- Facilitar información sobre la enfermedad a los viajeros que lleguen a aeropuertos, puertos u otros lugares de tránsito donde sean desembarcados
- Elaborar protocolos para el sector del transporte de pasajeros;
- Reunir datos y trabajar con las autoridades para reducir las restricciones a las llegadas a puerto y a los movimientos de embarcaciones y aeroplanos.

El Grupo de Trabajo está preocupado por los informes que dan cuenta de casos en los que se ha denegado la prestación de asistencia médica a marineros enfermos a bordo de buques que habían hecho escala en algún puerto de la región afectada por la enfermedad.

Tomado de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-travel/es/>



Evento: 2015 South Beach Symposium: Clinical and Aesthetic Dermatology Symposium

Fecha: 12 al 16 de febrero de 2015

Sede: Fontainebleau Miami Beach Hotel

Ciudad: Miami Beach, Estados Unidos

Evento: VI Congreso Mundial A4M en Medicina Antienviejecimiento y Regenerativa

Fecha: 13 al 15 de febrero de 2015

Sede: Hotel Fiesta Americana Reforma

Ciudad: Ciudad de México, México

Evento: Jeddah Dermatology and Cosmetics Conference

Fecha: 16 al 19 de febrero de 2015

Sede: Jeddah Hilton

Ciudad: Jeddah City, Arabia Saudita

Evento: 6th Spring Meeting of the International Society for Dermatologic Surgery

Fecha: 26 al 28 de febrero de 2015

Sede: Sofitel Santa Clara Hotel

Ciudad: Cartagena, Colombia

Evento: 39th Hawaii Dermatology Seminar

Fecha: 1 al 6 de marzo de 2015

Sede: Grand Hyatt Kauai

Ciudad: Koloa Kauai, Estados Unidos

Evento: Essential Medical Dermatology

Fecha: 4 al 6 de marzo de 2015

Sede: Willan House

Ciudad: Londres, Reino Unido

Evento: 12th European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Spring Symposium

Fecha: 5 al 8 de marzo de 2015

Sede: Palacio de Congresos

Ciudad: Valencia, España

Evento: Symposium for Cosmetic Advances and Laser Education

Fecha: 6 al 8 de marzo de 2015

Sede: Omni Nashville

Ciudad: Nashville, Estados Unidos

Evento: 73rd Annual Meeting of the American Academy of Dermatology (AAD)

Fecha: 20 al 24 de marzo de 2015

Sede: The Moscone Center

Ciudad: San Francisco, Estados Unidos



Evento: International Master Course on Aging Skin (IMCAS) China 2015

Fecha: 10 al 12 de abril de 2015

Sede: Kerry Hotel Pudong Shanghai

Ciudad: Shanghai, China

Evento: 4th World Congress of Dermoscopy

Fecha: 16 al 18 de abril de 2015

Sede: Hofburg Vienna

Ciudad: Vienna, Austria

Evento: XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos (RADLA)

Fecha: 1 al 4 de mayo de 2015

Sede: Swissotel Lima

Ciudad: Lima, Perú

Evento: 2015 Annual Meeting of the Society for Investigative Dermatology (SID)

Fecha: 6 al 9 de mayo de 2015

Sede: Atlanta Hilton

Ciudad: Atlanta, Estados Unidos

Evento: North American Clinical Dermatologic Society's 56th Annual Meeting

Fecha: 12 al 24 de mayo de 2015

Sede: Radisson Blu 1919 / InterContinental Amstel / Phoenix Hotel

Ciudades: Reykjavik, Islandia / Amsterdam, Holanda / Copenhagen, Dinamarca

Evento: 48th Annual Scientific Meeting of the Australasian College of Dermatologists

Fecha: 16 al 19 de mayo de 2015

Sede: Adelaide Convention & Exhibition Centre

Ciudad: Adelaide, Australia

Evento: XIX Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)

Fecha: 28 al 30 de mayo de 2015

Sede: Palacio de Congresos

Ciudad: Valencia, España

Evento: 23rd World Congress of Dermatology

Fecha: 8 al 13 de junio de 2015

Sede: Vancouver Convention Centre

Ciudad: Vancouver, Canadá



Evento: 95th Annual Meeting of the British Association of Dermatologists

Fecha: 7 al 9 de julio de 2015

Sede: Manchester Central Convention Complex

Ciudad: Manchester, Reino Unido

Evento: 41st Annual Meeting of the Society for Pediatric Dermatology

Fecha: 9 al 12 de julio de 2015

Sede: InterContinental Hotel

Ciudad: Boston, Estados Unidos

Evento: 4th International Summer Academy (ISA) of Practical Dermatology

Fecha: 28 de julio al 1 de agosto de 2015

Sede: Holiday Inn City Centre

Ciudad: Munich, Alemania

Evento: 2015 Summer Academy Meeting

Fecha: 19 al 23 de agosto de 2015

Sede: New York Hilton Midtown

Ciudad: Nueva York, Estados Unidos

Respuesta ¿Cuál es su diagnóstico? Edición anterior - Volumen 12, No. 1 - Junio 2014

Mujer de 45 años, con lesiones de una semana de evolución que iniciaron en la palma derecha, permanentes, inicialmente un poco dolorosas y después asintomáticas, que posteriormente se extendieron al dorso de algunos dedos de la misma mano.



Se observan vesículas de base eritematosa, algunas coalescentes, en la piel de una zona entre la región tenar e hipotenar de la palma derecha, con extensión a la superficie volar de la muñeca. Otras lesiones siguen trayectos lineales comprometiendo la piel que cubre la superficie dorsal de las articulaciones interfalángicas distales del segundo, tercer y cuarto dedo (en este último solo afecta su cara radial) de la misma mano, y la articulación interfalángica proximal del tercer dedo.

Esta localización particular, tanto en la región volar como en la región dorsal de la mano derecha, se explicaría por el compromiso de los territorios de la mano inervados por el nervio mediano, con excepción de la región interfalángica proximal del tercer dedo, que corresponde al nervio radial.

Por lo tanto, la paciente cursa con un cuadro de **herpes zoster** que compromete el trayecto dermatomérico del nervio mediano en la mano derecha.

Daniel Ramírez.

Residente III año Dermatología. Programa Universidad CES - CDFLLA.

Bogotá, Colombia.

Referencias:

Tahiri Y, Hamelin ND, Brutus JP. Herpes zoster in the median nerve distribution. *Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010; 63:195-6.

Athwal GS, Bartsich SA, Weiland AJ. Herpes zoster in the ulnar nerve distribution. *J Hand Surg Br*. 2005;30:355-7.

También Opinaron:

Paola Olaya: podría ser un **herpes zoster** de localización infrecuente. El diagnóstico se explica por tratarse de un cuadro agudo (1 semana) y doloroso, compromiso unilateral con lesiones en varios estadios (máculas y pápulas eritematosas con algunas vesículas agrupadas sobre una base eritematosa) y distribución dermatomérica: área de piel inervada por el nervio mediano con escaso compromiso de la piel que cubre la articulación interfalángica proximal del tercer dedo, que tiene inervación radial.

¿Cuál es su diagnóstico?



Ximena Barreneche, John Ballén y Lorena Sánchez: las lesiones clínicamente pueden corresponder a un **granuloma anular** con presentación papular, que usualmente se caracteriza por pápulas asintomáticas o dolorosas, eucrómicas, eritematosas o hipopigmentadas firmes entre 1-3 mm localizadas en la cara dorsal de dedos y manos. Como diagnósticos diferenciales: mucinosis papular acral, escabiosis, sífilis secundaria y eczema dishidrótico.

Álvaro Tovar: **granuloma anular** perforans.

Catalina Cuéllar: teniendo en cuenta el tiempo de evolución y el antecedente de uso de ketoprofeno, se podría tratar de un cuadro de **dermatitis de contacto** con manifestaciones atípicas. Otra posibilidad diagnóstica es una **toxicodermia** secundaria al uso de ketoprofeno.

Diana Méndez y Marcela Pereira: el diagnóstico puede ser **dermatomiositis** por tratarse de una paciente de sexo femenino, con lesiones asintomáticas sobre las articulaciones inter-falángicas (pápulas de Gottron). Como diagnósticos diferenciales: vasculitis por artritis reumatoide, chilblain lupus y liquen plano actínico.

Agradecemos a los participantes, por su valioso aporte.
Esperamos que sigan enviando sus respuestas para los próximos casos.

¿Cuál es su diagnóstico?



¿Cuál es su diagnóstico?

Hombre de 42 años, soltero, con lesiones de tres días de evolución que iniciaron en los muslos y el tronco, permanentes, algunas poco pruriginosas y otras asintomáticas, que se extendieron a la cara y el cuello, para lo cual recibió tratamiento con antihistamínicos orales y esteroides de depósito, sin mejoría. El día de la consulta se le solicitó una serología (VDRL) que fue no reactiva.



Puede enviar sus respuestas a :
grupoeditorialcdflla@yahoo.es



Continúe escribiéndonos a:
grupoeditorialcdflla@yahoo.es

Atentamente,

Comité editorial

Este material pertenece al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
E.S.E y no debe ser utilizado sin la respectiva autorización