

Entre sus anécdotas el autor narra sus peripecias con la ortografía: “Durante años, ya grande, escribía omitiendo palabras, reemplazaba las que me traían dificultad, nunca ponía ‘vuelvo pronto’, con lo cual evitaba la letra V. Esta experiencia me sirvió para interesarme por el origen de las palabras y construir familias de palabras, por ejemplo, el uso de la H. Agrupaba por pares opuestos, las H del frío y del calor. Del frío: heladera, helado, hielo...; del calor: hogar, hornalla, horno, hoguera... También me defendía argumentando que tanto Cervantes como Roberto Arlt eran disortográficos. Ponía en mi boca lo enunciado por Arlt, ‘yo no escribo ortografía, escribo ideas’.”

En una entrevista a propósito de su actividad como psicomotricista y psicólogo social, comentó: “Utilizo dos términos: diferencia y discapacidad. La discapacidad más ligada a la terminología oficialmente aceptada. La diferencia permite abarcar un sinnúmero de registros donde prima un exceso de singularidad. Los

textos escolares, fábulas, relatos infantiles, series de televisión, cuentan con la presencia de personas con diferencias y discapacidades diversas que acompañan al personaje central de la trama, o, contrariamente a lo esperado en la vida real, es la persona con discapacidad la que encarna el personaje principal. El encuentro del Soldadito de Plomo (al cual le falta una pierna) con la Bailarina (también parada en un pie), le hace decir al héroe: ‘sin duda a la pobre le falta un pie como a mí’, esta visión fallida recupera una mirada que profundiza las semejanzas. Lo que hace posible la aceptación de un personaje es su inclusión y caracterización en un programa narrativo, dentro del cual el personaje diferente está habilitado específicamente por sus funciones (a pesar de su inhabilidad). Modelo este opuesto al que se toma en la vida social”.

BIBLIOGRAFÍA

Calmels D. Letras. En: *Marea en las manos*. 1.ª ed. Colihue, Buenos Aires, 2005:113-114.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: PLACAS ERITEMATOVIOLÁCEAS EN LOS MIEMBROS INFERIORES

Pilar Targize Vaquero, Paula Johana Barba y Florencia Guillermina Martínez

Servicio de Dermatología, Hospital Interzonal General de Agudos Profesor Doctor Rodolfo Rossi, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Un hombre de 53 años, con antecedentes personales de resistencia a la insulina, hepatitis crónica por virus de la hepatitis C y cirrosis hepática de reciente diagnóstico, consultó por la presencia de una dermatosis pruriginosa en los miembros inferiores, de un año de evolución. En el examen físico se observaban, en la cara anterolateral de ambos miembros inferiores, placas eritematovioláceas de bordes irregulares y superficie hiperqueratósica, con áreas excoriadas (Foto 1). La dermatoscopia reveló áreas blancas y estrías periféricas, junto con vasos puntiformes (Foto 2). Se asociaba un edema bilateral. La histopatología confirmó el diagnóstico (Foto 3).



FOTO 1



FOTO 2

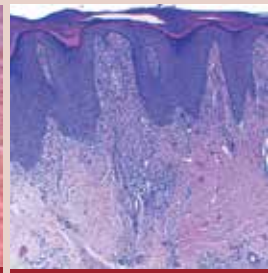


FOTO 3

- 1) ¿Cuál es el diagnóstico más favorable?
 - a) Liquen simple crónico.
 - b) Liquen plano hipertrófico.
 - c) Psoriasis vulgar.
 - d) Dermatitis por estasis.
 - e) Sarcoma de Kaposi.
- 2) ¿Qué espera encontrar en el estudio histopatológico?
 - a) Hiperqueratosis compacta, hipergranulosis en cuña, con dermatitis liquenoide y cuerpos apoptóticos.
 - b) Hiperqueratosis con paraqueratosis y acantosis regular.
- 3) ¿Qué considera relevante resaltar de esta patología?
 - a) Afecta con frecuencia las superficies extensoras de las extremidades como codos, rodillas y área sacra.
 - b) Entre sus localizaciones más frecuentes se encuentran la región pretibial, el dorso de los pies y las articulaciones interfalángicas.
 - c) Proliferación de células endoteliales con vasos de pared gruesa en la dermis superior.
 - d) Hiperplasia epidérmica irregular y colagenización de la dermis.
 - e) Ninguna opción es correcta.
- 4) ¿Qué tratamiento considera?
 - a) Es una enfermedad de resolución espontánea.
 - b) Corticosteroides tópicos y/o intralesionales.
 - c) Interrumpir el ciclo prurito-rascado.
 - d) Cirugía de revascularización.
 - e) Ninguna de las opciones anteriores.

Respuestas en la pág. 138

PERLAS

Federico Pastore

Médico Dermatólogo y Legista. Médico de Planta de Dermatología, Hospital Dr. Enrique Tornú.
Jefe del Servicio de Dermatología, Instituto César Milstein

PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO Y APREMILAST

El 80 % o más de los pacientes con psoriasis en placas presenta compromiso del cuero cabelludo, en algunos pacientes puede ser la única localización. Esto provoca un impacto significativamente negativo en la calidad de vida de los pacientes

Los resultados terapéuticos en esta localización suelen ser pobres cuando se utiliza la vía tópica únicamente, y se requiere en muchos casos la utilización de medicación sistémica o tratamientos biológicos.

En un estudio clínico de fase 3 se comparó apremilast 30 mg 2 veces por día versus placebo.

Se utilizaron los siguientes scores para medir eficacia: Scalp Physician Global Assessment (ScPGA); Psoriasis Area and Severity Index (PASI); Static Physician Global Assessment (SPGA); Whole Body Itch Numeric Rating Scale (NRS) y Scalp Itch NRS.

Los pacientes que recibieron apremilast, a la semana 16 mostraron una mejoría significativa de todos los índices respecto a los que recibieron placebo.

Van Voorhees AS, Stein Gold L, Lebwohl M, Bruce Storber B, et al. Efficacy and safety of apremilast in patients with moderate to severe plaque psoriasis of the scalp: Results of a phase 3b, multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind study. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83:96-103.

NUEVAS OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ROSÁCEA PÁPULO PUSTULOSA.

La rosácea es una dermatosis inflamatoria frecuente. En un porcentaje elevado de pacientes la respuesta al tratamiento es parcial, y constituye un desafío para el dermatólogo.

Los mecanismos fisiopatogénicos involucrados son variados y no del todo conocidos, dentro de las opciones terapéuticas, los antibióticos de la familia de las tetraciclinas son una herramienta eficaz por su efecto antiinflamatorio.

Este estudio comparó la eficacia y seguridad de 2 concentraciones de minociclina tópica en gel al 1 y al 3% controlado con vehículo.

Los resultados de dicho estudio mostraron que la tasa de respuesta al vehículo fue bastante elevada como ocurre en el caso de patologías con evolución fluctuante. El grupo al que se le asignó minociclina al 3% mostró una mejoría proporcionalmente significativa luego de 12 semanas de tratamiento, así como, una mínima absorción sistémica.

Hampton PJ. Expanding treatment options for rosacea. *Br J Dermatol.* 2020;183: 412-413.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: Placas eritematovioláceas en los miembros inferiores. Respuestas

Respuestas correctas: 1) B, 2) A, 3) D, 4) B

El liquen plano (LP) es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica que puede afectar la piel, las mucosas y los anexos. Si bien su patogenia no está totalmente dilucidada, la disregulación inmune y los factores infecciosos, ambientales y genéticos pueden desempeñar un papel en su aparición.

En cuanto a los patógenos virales, el virus de la hepatitis C se ha comunicado en una asociación significativa con el LP en ciertas áreas geográficas. En la actualidad es motivo de controversia, pero debe considerarse el tamizaje (screening) con pruebas serológicas con un enfoque individual en los pacientes de riesgo.

El LP hipertrófico, también llamado LP verrugoso, es una de las variantes más frecuentes del LP cutáneo. Se presenta como pápulas o placas de color rojo amarronado, de superficie verrugosa o hiperqueratósica, de carácter simétrico, firmes a la palpación. Afecta con frecuencia la superficie extensora de las

extremidades inferiores o las articulaciones interfalángicas. Mediante la dermatoscopia es posible observar áreas blancas perladas y estrías periféricas (estrías de Wickham), glóbulos negro-parduzco y glóbulos azul-grisáceo (compatibles con melanocitos epidérmicos y melanófagos, respectivamente), aperturas de tipo comedón, puntos y glóbulos rojos y estructuras amarillentas.

Suele ser una de las variantes más pruriginosas, por lo que es probable que el fenómeno de Koebner desempeñe un papel en la patogenia de estas lesiones, dada la tendencia al roce crónico y al rascado. También se ha asociado con frecuencia a insuficiencia venosa crónica.

Es bien conocido su potencial transformación maligna a carcinoma de células escamosas, lo cual puede explicarse por la inflamación crónica.

Para arribar a su diagnóstico, es necesaria una correcta correlación clínico-histopatológica. A nivel

histológico, se evidencian ortoqueratosis compacta, hiperplasia epidérmica irregular con hipergranulosis y daño basal limitado a las puntas de la red de crestas. Se observa, además, un infiltrado liquenoide con eosinófilos.

Los diagnósticos diferenciales incluyen: psoriasis, prurigo nodular, amiloidosis liquenoide, sarcoma de Kaposi, liquen simple crónico, dermatitis por estasis, y, como ya se mencionó, debe descartarse la posibilidad de un carcinoma de células escamosas.

Al igual que para otras formas de LP cutáneo, el tratamiento de primera línea son los corticosteroides tópicos de alta potencia o intralesionales. Cuando estos no sean eficaces, pueden administrarse por vía oral. Los tratamientos alternativos para tener en cuenta son acitretina, azatioprina y ciclosporina, entre otros.

Agradecemos al Dr. Martín Lagunas las imágenes histológicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Scientific World Journal* 2014;2014:742826.
- Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013;11:309-319.
- Ankad BS, Beergouder SL. Hypertrophic lichen planus versus prurigo nodularis: a dermoscopic perspective. *Dermatol Pract Concept* 2016;6:9-15.
- Tziotzios C, Brier T, Lee JYW, Saito R, et al. Lichen planus and lichenoid dermatoses: Conventional and emerging therapeutic strategies. *J Am Acad Dermatol* 2018;79:807-818.