

La piel como un lienzo

The skin as a canvas

Sergio Gabriel Carbia¹ y Roberto Glorio²

¹ Docente Adscripto de Dermatología

² Profesor Adjunto de Dermatología
Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Dermatol. Argent. 2019, 25 (4): 189-190

Contacto del autor: Sergio Gabriel Carbia

E-mail: sergiocarbia67@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 14/6/2019

Fecha de trabajo aceptado: 19/8/2019

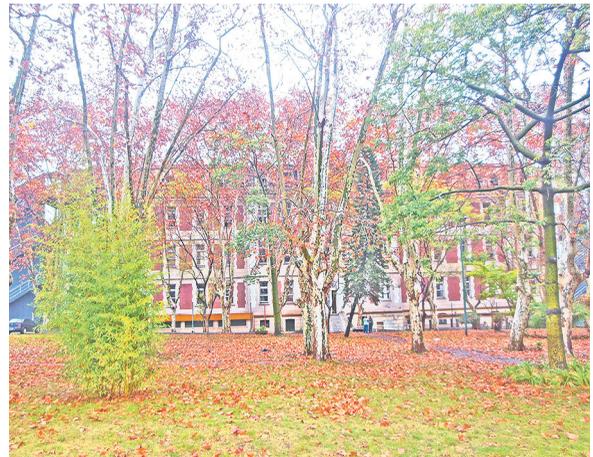
Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Otras veces se me ocurre que mi inclinación se debió a que yo siempre vi la piel como un gran cuadro donde el pintor según su escuela hubiese dispuesto las lesiones elementales ya de una manera armoniosa, como ocurre en la pitiriasis rosada, en el secundarismo de la sífilis, en la psoriasis o en las micosis superficiales, cuidando de la forma, el color y el brillo, ubicándolas de acuerdo con algún plan preestablecido de localización. Había allí algo así como un cuadro del Renacimiento, fijado y casi inmutable. En otros procesos se me ocurría que las lesiones se disponían menos nítidamente, un tanto esfumadas y al parecer menos prolijas, como en los cuadros impresionistas de la parapsoriasis, la pitiriasis versicolor o la cutis marmorata. Otras veces se remedaba a la escuela flamenca, llena de claroscuros, como en la lepra tuberculoide o en la reticulosis. Y otros la anárquica y embarullada geometría del surrealismo, como se ve en las patomimias. Y adivinábamos la llegada posterior del “encolado” caprichoso y arbitrario de las neoformaciones tumorales o névicas, de las micosis profundas. O el espanto de la necrólisis epidérmica, de la piodermatitis gangrenosa, de los pénfigos que parecen haber sido hechos por un pseudoartista destructor de los cánones de la estética, de la armonía y de la belleza.

LUIS (O LUIGI) ENRIQUE PIERINI (ITALIA, 1899 - ARGENTINA, 1987)

Nacido en Italia, se graduó en la Universidad de Buenos Aires en 1923 y se convirtió, tras una extensa carrera, en uno de los grandes maestros de la dermatología ibero-latinoamericana.

Su historial académico es conocido. Tras trabajar en el hospital Fernández, donde describió la prueba de la hista-



mina, accedió a la jefatura del Hospital de Niños Expósitos (hoy Dr. Pedro de Elizalde, ex Casa Cuna) para, posteriormente, desarrollar su actividad en los Hospitales Fiorito, Ramos Mejía (donde junto con el profesor Marcial Quiroga escribió el libro *Introducción a la dermatosifiliografía*), Italiano y Rawson (donde instaló la cátedra de graduados que dio origen al curso de perfeccionamiento que se dicta actualmente en la Facultad de Medicina durante el mes de noviembre y que lleva, en su honor, su nombre).

Como anécdota, valga la reseñada por el profesor Hugo Naranjo, de Venezuela, quien en el artículo “La piel como destino”, comentó: “Durante mi internado en el hospital –ya con ese interés por la piel que me llevaba al servicio de Dermatología cada vez que terminaba mi trabajo normal como interino– invitaron al Dr. Luis E. Pierini, profesor argentino de Dermatología, con mucho renombre y cincuenta años de ejercicio de la especialidad. Al entrar en el servicio donde yo trabajaba, le pre-

senté un caso de nuestra consulta y simplemente me contestó: 'No sé qué es eso'. Tras escuchar esa respuesta de un hombre tan eminente y con tanta experiencia, me di cuenta de que ese era el motivo que me faltaba para decidirme por la dermatología”.

En sus comentarios entre colegas solía repetir: “La dermatología es la más fácil de las disciplinas médicas, las lesiones se ven” y “Los esquemas son útiles y uno debe usarlos mientras sirven, después, se dejan a un lado”.

Dueño de una memoria prodigiosa y una notable capacidad de observación, efectuó el siguiente análisis con respecto al avance del progreso en la especialidad: “Ya se habla de computadoras que pueden acopiar la sabiduría que antes intentábamos almacenar nosotros y

los libros. La cantidad de publicaciones espanta y lleva un tiempo enorme mantenernos actualizados. Habrá que hacer subespecialidades en nuestra especialidad y habrá que alejarse cada vez más del enfermo, en el que descubríamos una mirada de esperanza cuando se confiaba a nuestro cuidado. En una palabra, el progreso ha ido deshumanizando la medicina y el enfermo es una entelequia que cada vez más se aleja de nuestro lado. A ustedes, los jóvenes, compete la tarea de adaptarse a esta nueva modalidad o de remontarse a las fuentes”.

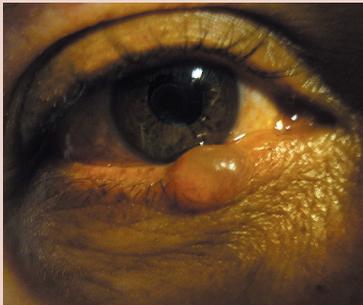
BIBLIOGRAFÍA

Pierini LE. Cincuenta años de dermatología. *Arch Argent Dermatol* 1973;23:1-9.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en... CARCINOMA BASOCELULAR / Respuestas

» 1



CASO 1: HIDROCISTOMA APOCRINO

- Tumor quístico benigno de las glándulas sudoríparas apocrinas, poco frecuente.
- Cuarta década de la vida.
- Solitario, nódulo quístico intradérmico, cupuliforme, firme, de 3 a 15 mm, desde translúcido hasta azul.
- Margen palpebral, más frecuente en el párpado inferior cerca del canto medial.
- HP: cavidades quísticas con proyecciones papilares revestidas por una doble capa celular, capa interna con células secretoras PAS +.
- Tratamiento: escisión quirúrgica.

» 2



CASO 2: PAPILOMA ESCAMOSO CONJUNTIVAL

- Tumor epitelial benigno muy frecuente.
- Etiología: infección por HPV. Más frecuente de bajo riesgo: 6 y 11.
- Vía de contagio: canal de parto infectado, por autoinoculación ocular o por activación de una infección latente por HPV.
- Sexo masculino, tercera y cuarta década de la vida.
- Lesión exofítica, sésil o pedunculada con vasos sanguíneos prominentes, de color rosado, consistencia blanda y superficie irregular.
- Conjuntiva bulbar, el limbo y la zona interpalpebral de la conjuntiva.
- HP: hiperqueratosis y paraqueratosis, papilomatosis con acantosis irregular y presencia de coilocitos, queratinocitos con núcleo excéntrico, picnótico, rodeado de halo perinuclear.
- Tratamiento: exéresis mediante criocirugía, inmunomoduladores tópicos y eventualmente radioterapia.

» 3



CASO 3: CARCINOMA BASOCELULAR

- Neoplasia epitelial maligna de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del pelo.
- Cáncer más frecuente en el ser humano.
- Bajo riesgo de metástasis, pero intensa destrucción local.
- Principal factor de riesgo: radiación ultravioleta, fototipos I y II.
- Traslucidez, telangiectasias, borde perlado y ulceración.
- Se clasifica en alto y bajo riesgo según clínica, variedad histopatológica y localización.
- Criterios de alto riesgo:
 - Clínica: plano cicatrizal ulcerado, ulcerovegetante, terebrante y esclerodermiforme.
 - Localización: párpados, nariz, orejas, labios, surcos nasogenianos y cuero cabelludo.
 - Tamaño: mayor de 2 cm.
 - Bordes: mal definidos.
 - Crecimiento: agresivo.
- HP: patrón cordonado, metatípico y multicéntrico.
- Tratamiento: cirugía micrográfica de Mohs (de elección). Cirugía convencional con margen mayor o igual a 5 mm. Radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Hafsi W, Badri T. Apocrine Hidrocystoma. [en línea]. [Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448109/Jan>]. Fecha de consulta 24 de diciembre de 2019.
- Hanbazah M, Gyure KA. Ocular human Papillomavirus infections. *Arch Pathol Lab Med* 2018;142:706-710.
- Marini M. Algoritmo del tratamiento del carcinoma basocelular. *Act Terap Dermatol* 2007;30:120-121.