

lo establecido en la literatura. Nuestras observaciones no defieren de las características comunicadas en la bibliografía referida a este tema. Consideramos de

interés aportar esta serie de pacientes a la comunidad científica, ya que no existen datos nacionales relacionados con este trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Wendling D, Prati C. Paradoxical effects of anti-TNF- α agents in inflammatory diseases. *Expert Rev Clin Immunol* 2014;10:159-169.
- Segaert S, Hermans C. Clinical signs, pathophysiology and management of cutaneous side effects of anti-tumor necrosis factor agents. *Am J Clin Dermatol* 2017;18:771-787.
- Fréling E, Baumann C, Cuny JF, Bigard MA, et al. Cumulative incidence of, risk factors for, and outcome of dermatological complications of anti-TNF therapy in inflammatory bowel disease: A 14-year experience. *Am J Gastroenterol* 2015;110:1186-1196.
- Joyau C, Veyrac G, Dixneuf V, Jolliet P. Anti-tumour necrosis factor alpha therapy and increased risk of de novo psoriasis: is it really a paradoxical side effect? *Clin Exp Rheumatol* 2012;30:700-706.
- Iborra M, Beltrán B, Bastida G, Aguas M, et al. Infliximab and adalimumab-induced psoriasis in Crohn's disease: a paradoxical side effect. *J Crohns Colitis* 2011;5:157-161.
- Nguyen K, Vleugels RA, Velez NF, Merola J, et al. Psoriasiform reactions to anti-tumour necrosis factor α therapy. *J Clin Rheumatol* 2013;19:377-381.
- Navarro R, Daudén E. Clinical management of paradoxical psoriasiform reactions during TNF- α therapy. *Actas Dermosifiliogr* 2014, 105:752-761.
- Sfikakis PP, Iliopoulos A, Elezoglou A, Kittas C, et al. Psoriasis induced by anti-tumor necrosis factor therapy: A paradoxical adverse reaction. *Arthritis Rheum* 2005;52:2513-2518.
- Conrad C, Di Domizio J, Mylonas A, Belkhdja C, et al. TNF blockade induces a dysregulated type I interferon response without autoimmunity in paradoxical psoriasis. *Nat Commun* 2018;1-11.
- Ko JM, Gottlieb AB, Kerbleski JF. Induction and exacerbation of psoriasis with TNF-blockade therapy: a review and analysis of 127 cases. *J Dermatolog Treat* 2009;20:100-108.
- Groth D, Perez M, Treat JR, Castelo-Soccio L, et al. Tumor necrosis factor- α inhibitor-induced psoriasis in juvenile idiopathic arthritis patients. *Pediatr Dermatol* 2019;36:613-617.
- Garcovich S, De Simone C, Genovese G, Benti E, et al. Paradoxical skin reactions to biologics in patients with rheumatologic disorders. *Front Pharmacol* 2019;10:1-8.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: pápulas y vesículas generalizadas

Ana Pereyra y Mariana Martínez

Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Una paciente de 26 años, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, consultó por la presencia de una dermatosis generalizada polimorfa, con extensión cefalocaudal, asociada a fiebre, de 3 días de evolución. En el examen físico se observaban múltiples pápulas, vesículas y pústulas, algunas con costra necrótica central, pruriginosas, que afectaban el cuero cabelludo, la región retroauricular, la cara, el tronco, los miembros superiores e inferiores, con compromiso de las palmas y las plantas.

- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
 - Prurigo por picaduras de insectos.
 - Papulosis linfomatoide.
 - Varicela.
 - Pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda.
 - Sífilis secundaria.
- ¿Qué estudio solicitaría para realizar el diagnóstico?
 - VDRL cuantitativa.
 - Biopsia de piel para estudio histopatológico.
 - IgM e IgG para virus de la varicela zóster por ELISA.

d. El diagnóstico es clínico, no realizaría ningún estudio complementario.

e. Prueba de Tzanck de la base de una vesícula.

- Si se realizara biopsia, ¿qué esperaríamos encontrar en el estudio histopatológico?

a. Infiltrado triangular en cuña con células tumorales CD 30⁺ entremezcladas con células inflamatorias.

b. Vesícula intraepidérmica, acantólisis, degeneración reticular con células gigantes multinucleadas con inclusiones intranucleares acidófilas, edema y vasculitis en la dermis.

c. Paraqueratosis, espongirosis, degeneración vacuolar de la membrana basal con exocitosis de linfocitos y eritrocitos, queratinocitos necróticos. En la dermis, edema con infiltrado linfocitario perivasculoso. Predominio de linfocitos T CD8.

d. Hiperplasia psoriasiforme, exocitosis de linfocitos, pústulas espongiiformes y paraqueratosis. En la dermis, infiltrados linfocitarios perivasculares o perianexiales.

FOTOS 1 y 2: Múltiples vesículas y pústulas, algunas con una costra necrótica central, localizadas en la cara, el dorso y la cara posterior de los miembros superiores.

e. Edema, vasodilatación de la dermis con infiltrados linfocitarios y abundantes eosinófilos.

- ¿Qué tratamiento considera de primera línea?
 - Aciclovir 800 mg cada 4 horas, 5 veces por día durante 5 a 7 días.
 - Antihistamínicos por vía oral y corticosteroides tópicos.
 - Minociclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días.
 - Una dosis intramuscular de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI.
 - Fototerapia.

Las respuestas en la página 86

(negligencia), ello podría considerarse una situación de responsabilidad profesional de la praxis médica (mal denominada mala praxis). Ahora bien, si el profesional en el mismo caso evita acercarse o directamente se aleja del paciente, consciente de la situación de la necesidad de actuar sin ningún riesgo personal, constituye un ejemplo de omisión de auxilio¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Código Penal de la Nación Argentina*. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>. [Consulta: julio de 2019].
2. *Ley Nacional 17132/67*. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/texact.htm>. [Consulta: julio de 2019].
3. Glorio R, Casas Parera I. Responsabilidad. El médico y el paciente. En: Covelli JL, Pasquariello A, Casas Parera I. *Manual de Medicina Legal y Deontología Médica*, 2.ª ed, Grupo Guía, Buenos Aires, 2016:7-15.
4. Achával A. Responsabilidad médica. En: Achával A. *Manual de Medicina Legal (práctica forense)*, 4.ª ed, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1993:925-946.
5. Foyo R. Piensa el médico en el abandono de persona. *Rev Sideme* 2011;9:1-10. Disponible en: http://www.sideme.org/revista/num9/Roberto_S9.pdf. [Consulta: julio de 2019].
6. Lossetti O, Nigro R, Ferraiolo C, Patito J. Abandono de persona y omisión de auxilio. El rol del médico en el marco del Código Penal. *Praxis Médica* 2000;4(16). Disponible en: <http://www.medicos-municipales.org.ar/prax0900.htm>. [Consulta: julio de 2019].
7. Teragni MA. *Abandono de personas y omisión de auxilio*. Asociación de Pensamiento Penal. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/cpcomentado/cpc37492.pdf>. [Consulta: julio de 2019].
8. Garay OE. *Responsabilidad Profesional de los Médicos*, 2.ª ed, La Ley, Buenos Aires, 2014.
9. Villanueva Cañadas E, Gisbert Calabuig JA. *Medicina Legal y Toxicología*, 7.ª ed, Elsevier, Barcelona, 2018.
10. Brond LG. *Abandono de personas y omisión de auxilio*, 1.ª ed, José Luis Depalma, Buenos Aires, 2018.

Como conclusión, es importante considerar este tipo de normativas que se vinculan con nuestra actividad profesional, sobre todo teniendo en cuenta que resulta esencial su conocimiento para evitar futuros inconvenientes. Es oportuno recordar a Séneca para valorar este concepto: “Considera las contrariedades como un ejercicio”.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: PÁPULAS Y VESÍCULAS GENERALIZADAS. Respuestas

Ana Pereyra y Mariana Martínez

Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

★ RESPUESTAS CORRECTAS: 1) D; 2) B; 3) C; 4) B y C

COMENTARIO

La pitiriasis liquenoide es una dermatosis inflamatoria, idiopática, infrecuente y autolimitada. Tiene dos formas clínicas: la pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda, y la pitiriasis liquenoide crónica. La pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda afecta principalmente a los niños y a los hombres jóvenes. La etiología se desconoce. Evoluciona por brotes y puede presentar leve prurito. La clínica es polimorfa, se inicia con máculas que evolucionan rápidamente a pápulas y vesículas, algunas con necrosis central. Afecta principalmente el

tronco, los miembros y las áreas de flexión. Puede dejar lesiones hipopigmentadas o hiperpigmentadas residuales y cicatrices varioliformes. Existen muchas opciones de tratamiento que incluyen esteroides o tópicos, antibióticos orales como tetraciclinas y eritromicina, inhibidores de la calcineurina, fototerapia, metotrexato e, incluso, la conducta expectante. No hay un tratamiento estandarizado, ya que la tendencia a la remisión espontánea dificulta la evaluación de la respuesta a las distintas terapéuticas.

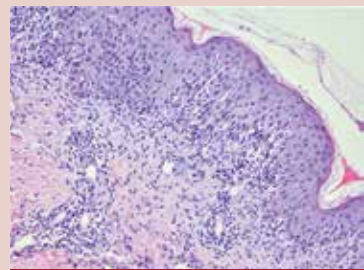


FOTO 3: Infiltrado linfohistiocitario difuso y perivascular con borrado de la unión dermoepidérmica.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernandes NF, Rozdeba PJ, Schwartz RA, Kihiczak G. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a disease spectrum. *Int J Dermatol* 2010;49:257-261.
- Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:557-572.
- Bellinato F, Maurelli M, Gisondi P, Girolomoni G. A systematic review of treatments for pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;33:2039-2049.
- Martínez Castellanos R, Bollea Garlatti ML, Staiger H, Hernandez B, et al. Pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (PLEVA) en paciente adulto. *Educándonos* 2018;4:29-33.