



Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) es reconocido como el creador de los procedimientos antisépticos y el primero en reconocer los beneficios del correcto lavado de manos para prevenir enfermedades.

Vasculopatía livedoide: reporte de tres casos en pacientes de sexo masculino.

De Andrés, B; Flores, V; Hurtado, M.

Plasma Rico en Plaquetas en la viabilidad de colgajos de piel.

Bertone, PA; Torretta, ME; Boaglio, CM; Ruiz, F; Suarez, AC; Aramayo, A; Espamer, D.

Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

Valentine, P; Salmon, R; Bourren, P.

Actualizaciones.

Vaccalluzzo, R.

El paciente difícil.

Cherjovsky, R.

Sulfadiazina de Plata + Vitamina A + Lidocaína

Platsul-A®

De **PRIMERA ELECCIÓN** en todo tipo de **HERIDAS, QUEMADURAS Y ÚLCERAS**



Mejora la Cicatriz
en Cirugía Plástica



Alivia el dolor



Favorece la
reepitelización



Evita la formación y
elimina el Biofilm



Fácil aplicación



Actúa sobre el SAMR
(Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente)
y Pseudomona Aeruginosa

Aerosol
Crema
Gasas
Gasa en Rollo

Platsul-A® en algunos países es
conocido como **Argensul-A®**



www.soubeiranchobet.com.ar

SCH soubeiran chobet
ESPECIALIDADES MEDICINALES DESDE 1912

COMISIÓN DIRECTIVA AIACH 2019-2021

Presidente:

Dr. Roberto Mengarelli
(Médico Cirujano Flebólogo)

Vicepresidente:

Dra. Anahí Belatti
(Médica Dermatóloga)

Secretaria General:

Dra. Gabriela Blumtritt
(Médica Cirujana General y Vascular Periférica)

Secretaria de Actas:

Dra. Elina Benetti
(Médica Dermatóloga)

Secretaria Científico:

Dra. Melina Longoni
(Médica Fisiatra e Hiperbárica)

Tesorera:

Dra. Romina Vaccalluzzo
(Médica Dermatóloga)

Vocal Primero:

Dr. Santiago Laborde
(Cirujano Plástico-Quemados)

Vocal Segundo:

Dr. Roberto Cherjovsky
(Médico Cirujano Vascular y de Tórax)

Vocal Suplente:

Dra. María Victoria Cevallos
(Médica Clínica)

Revisora de Cuentas:

Dra. Estela Bilevich
(Médica Dermatóloga)

Revisora de Cuentas Suplente:

Dra. Irina Saretzky
(Médica Dermatóloga)

Miembro Honorario:

Acad. Jorge Neira
(Médico Intensivista)

Miembro Honorario:

Dr. Eugenio Brizzio
(Médico Cirujano Flebólogo)

Miembro Honorario:

Dr. José Luis Ciucci
(Médico Cirujano Flebólogo)

Miembro Honorario:

Klgo. Osvaldo José Patiño
(Kinesiólogo)

COMITÉ EDITOR Cicatriz-AR

Director General:

Dr. Roberto Mengarelli
(Cirujano Flebólogo)

Directoras Asociadas:

Dra. Estela Bilevich
(Médica Dermatóloga)

Dra. Anahí Belatti
(Médica Dermatóloga)

Dra. Silvia Gorosito
(Cirujana Vascular)

Secretaria de Redacción:

Dra. Romina Vaccalluzzo
(Médica Dermatóloga)

Comité de Redacción:

Dra. Anahí Belatti
(Médica Dermatóloga)

Dra. Estela Bilevich
(Médica Dermatóloga)

Dr. Roberto Cherjovsky
(Cirujano Vascular y de Tórax)

Dr. Pablo Fernández
(Cirujano Flebólogo)

Dra. Silvia Gorosito
(Cirujana Vascular)

Dr. Roberto Mengarelli
(Cirujano Flebólogo)

Dra. Romina Vaccalluzzo
(Médica Dermatóloga)

Edición y publicidad:

Eidos
(www.eidosestudio.com)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH) realiza sus Ateneos Abiertos de Cicatrización de Heridas, exclusivos para médicos, enfermeros, veterinarios, nutricionistas, biólogos, kinesiólogos y podólogos, el primer sábado de cada mes de 10:30 a 11:30 hs. (salvo excepciones que serán debidamente notificadas), entre Abril y Noviembre.

ÍNDICE

Índice, Comité Editor y Comisión Directiva AIACH

Página 3

Nota Editorial

Página 4-6

Artículo Principal

Páginas 8-14

Artículo Original

Páginas 16-22

Artículo de Revisión

Páginas 24-30

Actualización de Artículos Internacionales

Páginas 32-33

Paciente difícil

Páginas 34-33

Reglamento

Página 40

ISSN 2468- 9580

ISSN 2618-3536

El contenido total de los artículos publicados en la Revista Cicatriz-AR es responsabilidad exclusiva de los respectivos autores. Ni el Comité Editorial de la Revista ni la Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH) tienen responsabilidad alguna sobre ellos.

AIACH
ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINARIA ARGENTINA DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

+5411 4855-0924

Modesto Sánchez 1942,
PB "2", CABA
República Argentina

info@aiach.org.ar
www.aiach.org.ar

facebook.com/aiachonline
twitter.com/AIACHonline

Nota Editorial

El día después...

Belatti, A.¹

¹ Médica Dermatóloga. Jefa de la sección de Cicatrización de Heridas del Hospital Italiano de Buenos Aires. Vicepresidente AIACH 2019-2021

Terminó el congreso, hemos llegado al final de este proyecto que ocupó un año de nuestras vidas en la artesanal tarea de su planificación. Un año habitado por numerosas reuniones, llamadas, mails, y por supuesto, los infaltables grupos de WhatsApp. Todo giró en torno al monotema... **el Congreso.**

Este objetivo nos hizo transitar múltiples emociones y afrontar decisiones en un momento económico difícil para el país. Pasamos por un abanico de matices desde sentir miedo a que todo salga mal, hasta tener que contar cuántas medialunas deberíamos servir... Y por supuesto, no faltó la pregunta que te asalta en la noche, ¿quién me mando a hacer esto? Si busco un paralelismo, sería algo así como armar el cumple de 15 o el casorio, o mejor aun la situación de preparar ese examen final que nos sacaba el sueño, pero en esta oportunidad con la responsabilidad de dejar de ser "yo" en primera persona, para asumir la representación de una institución y tener la meta de dar lo mejor en tan solo dos días.

Y así el tiempo corrió, el contador de días, horas y minutos se detuvo. El cual casualmente no es metáfora... se cerró el reloj de la página del evento, y no quedo más que salir al escenario, entonces se levanta el telón y sucede nuestro IV Congreso de Cicatrización de Heridas, con el auspicio de múltiples asociaciones científicas de referencia,

también de la Secretaría de Salud sumado al apoyo de la Industria farmacéutica. Esto que tanto esperábamos ocurre el 21 y 22 de noviembre en la Ciudad de Buenos Aires, corriendo el año 2019.

El día después... me encuentro con el mate en la mesa... con la realidad concreta de que ya pasó. ¿Ya pasó? La mente va y



viene, se suscitan desde flashes de imágenes, hasta cosas que no recuerdo cómo sucedieron. Mezclo los días, las sesiones, los talleres, los ponentes, los ganadores. Pero lo cierto es que de algún modo ocurrió, me conecto con lo que siento y allí está lo que conocemos como felicidad; esos momentos mínimos pero máximos... y lo siento. Lo saboreo... es esa serenidad de felicidad que confirma que caminé el sendero de mi deseo. Al rato se me activa el Super Yo, que

me cuestiona ¿Pudo ser mejor? Y sí, siempre puede ser mejor, pero lo importante es que es... le contesta mi Ser Feliz. Y continúa diciéndole ... este congreso ya ocurrió, es hoy una huella histórica, forma parte del material que saldrá en la búsqueda de Google... Claro, me digo, si está en Google existe ¿no?

Mi mente sigue cavilando, va más allá, entra en archivos de recuerdos viejos... y me aparece la sensación de orgullo. Y no lo lean desde la vanidad, simplemente orgullo de reconocer un histórico en mi país, me enorgullece saber que hubo un 4° Congreso, o sea, que esto es parte de un plan mayor donde pasaron tres y vendrán muchos otros... me doy cuenta que ARGENTINA ya es otra. A mí me tocó salir del país para buscar respuestas a mi interés en la disciplina de cicatrización de heridas. Hoy podemos disfrutar de un Congreso, en nuestra lengua y con nuestra gente, en el marco académico de una Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas. ¡Vaya que sí cambiaron las cosas!

Salgo de ese hueco mental y me pregunto: ¿Será solo mi impresión? Entonces miro los números duros de la estadística que aparece en el grupo de WhatsApp "Congreso AIACH 2019" y leo: **676 congresistas** de áreas diversas del equipo de salud y de múltiples rincones del territorio, con **108 participantes** entre disertantes, autoridades de mesa hasta jurados, **Latinoamérica PRESENTE** con múltiples invitados extranjeros, **dos sesiones intersocietarias online** como ventana al mundo compartiendo

para TODOS. Respiro unos minutos ... y me hago consciente que la jornada fluyó en un **binomio de ciencia y camaradería**, bajo una bandera la que nos unifica, y nos pone a plano, esa bandera que solo flama cuando entendemos que **el Paciente debe ser nuestro norte**.

Escribo esto en plena pandemia, donde las imágenes del congreso, resultan hoy casi surrealistas para los tiempos que corren. Se ven salas con mucha gente... fotos en el banner, abrazos entre grupos... risas que no portan barbijo.

Recuerdos que pudimos atesorar en fotos y conferencias de alto nivel académico. Es este mismo material el que AIACH ha puesto a disposición para toda el equipo de salud, en tiempos de COVID-19 #Quedate en Casa. Una vez más, la tecnología nos da permiso para revivir lo sucedido y despertar a la reflexión de cuánto añoramos estar Juntos, físicamente **juntos** como latinos.

Solo me resta decir una palabra final: **Gracias, a todos y cada uno de ustedes**, por construir este episodio único e irrepetible de nuestra historia, que inmortaliza nuestros saberes con marca nacional y sabor latino.

Disfruten de este nuevo número de **Cicatriz-AR.** ✨



ANAHÍ BELATTI
Vicepresidenta AIACH



AIACH | IV Congreso de
Cicatrización de Heridas
CIUDAD DE BUENOS AIRES - 2019

INFORME DE ACREDITADOS

ACREDITADOS TOTALES

Comparación de acreditados totales en los congresos 2018 y 2019.

* 1000 acreditados= 100%



SOCIOS ACREDITADOS TOTALES

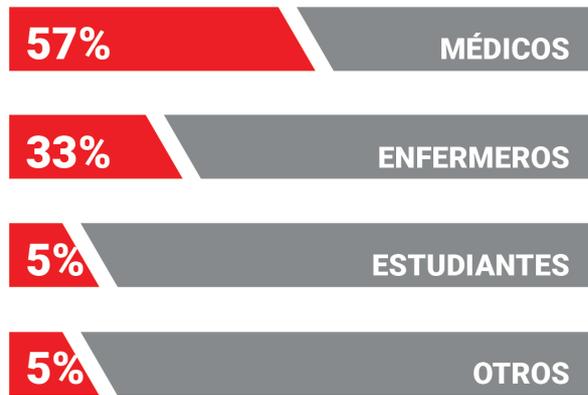
Comparación de socios acreditados totales en los congresos 2018 y 2019.

* 1000 acreditados= 100%



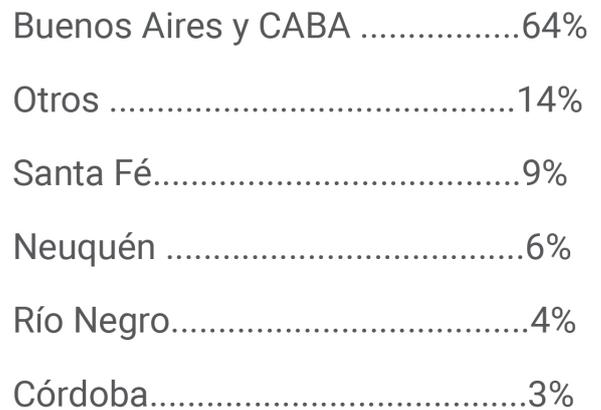
ACREDITADOS POR PROFESIÓN

Detalle de cantidad de acreditados según profesión



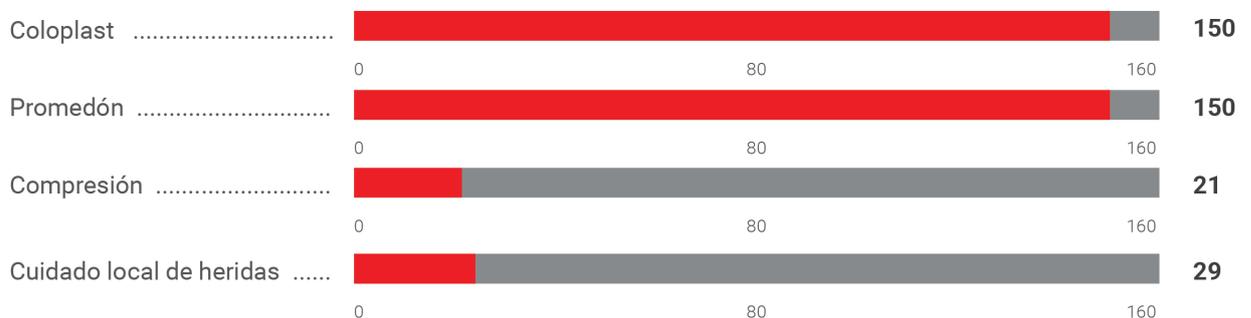
ACREDITADOS POR REGIÓN

Detalle de acreditados por provincias.



TALLERES Y SIMPOSIOS

Detalle de cantidad de acreditados a los talleres y simposios





AMERICAN SURGERY



MARATHON®

Protector de la piel con cianoacrilato que no causa ardor

Innovación de la protección de la piel con tecnología de cianoacrilato

El protector cutáneo de cianoacrilato Marathon proporciona una barrera duradera y resistente que protege tanto la piel dañada o intacta de las lesiones causadas por la humedad, la fricción, la cizalla y abrasión por adhesivo.

Esta tecnología se adhiere a la piel a través del proceso de polimerización, convirtiéndose en una capa adicional de piel, que desaparecerá a medida que la epidermis se renueve naturalmente.

SIN
ARDOR

PROTECCIÓN
CUTÁNEA
TRANSPIRABLE

LARGA
DURACIÓN

**PENSAMOS
EN TU FUTURO**

José Bolaños 182 - C1407JPD - CABA - Argentina
011 4674 9900 / info@americansurgerysa.com

www.americansurgerysa.com

●/AmericanSurgery ●/AmericanSurgerySA

Distribuidor Exclusivo Advance Wound Care

Artículo Principal

Vasculopatía livedoide: reporte de tres casos en pacientes de sexo masculino.

Livedoid Vasculopathy: three case reports in male patients.

De Andrés, B; Flores, V; Hurtado, M. ¹

¹ Servicio de Dermatología, Hospital Prof. Dr. Rodolfo Rossi, La Plata, Argentina

Mail de referencia: betinadeandres@hotmail.com

RESUMEN

La vasculopatía livedoide es una enfermedad infrecuente vinculada a fenómenos protrombóticos y estados de hipercoagulabilidad que conducen a trombosis de vasos dérmicos. Se manifiesta como úlceras dolorosas recurrentes en dorso de pie y piernas, con exacerbaciones en meses cálidos. Estas lesiones curan dejando cicatrices estrelladas conocidas como atrofia blanca. El diagnóstico debe apoyarse en hallazgos histopatológicos compatibles, que consisten en fenómenos trombóticos sin vasculitis asociada. Es fundamental frente al hallazgo de esta entidad, descartar asociaciones, sobre todo hematológicas y reumatológicas. No existen guías estandarizadas de tratamiento, sin embargo, según los reportes hallados en la literatura, los anticoagulantes orales serían la mejor opción terapéutica. Se

presentan tres casos de vasculopatía livedoide en pacientes de sexo masculino.

ABSTRACT

Livedoid vasculopathy is an uncommon disease attached to prothrombotic phenomena and hypercoagulability states which result in dermic vessels thrombosis. Clinically it presents as recurrent painful ulcers on the back of the foot and legs, with exacerbations during warm months. They heal with stellate scars known as atrophie blanche. Diagnosis must be supported by compatible histopathological findings that consist in thrombotic phenomena without vasculitis. When this disease is found, it is essential to rule out associations, especially those hematological and rheumatological ones. Although there are no standardized treatment guides, according to the founding reports, oral an-

ticoagulants would be the best option. We present three cases of livedoid vasculopathy in male patients.

Palabras claves: Vasculopatía livedoide, Atrofia blanca

Keywords: Livedoid vasculopathy, Atrophie blanche

INTRODUCCIÓN

La vasculopatía livedoide (VL) es una enfermedad vaso oclusiva que se manifiesta con ulceraciones dolorosas recurrentes en miembros inferiores¹⁻², clásicamente afecta mujeres entre los 30 y 45 años. Si bien es una entidad infrecuente, se encuentra subdiagnosticada³. Presentamos tres casos que afectan a pacientes masculinos, en uno de ellos el reconocimiento de esta entidad permitió el diagnóstico de síndrome antifosfolípido.

Caso N°1

Paciente masculino de 44 años con antecedente de insuficiencia venosa que consulta por lesiones en miembros inferiores de 5 años de evolución, asociadas a dolor intenso que interfiere con actividades cotidianas. Al examen físico presentaba dos úlceras en cara externa e interna de pierna derecha, de fondo fibrinoso, la de mayor tamaño de 7 x 4 cm, la piel circundante mostraba edema y dermatitis ocre, los pulsos periféricos eran positivos. Se interpreta inicialmente como úlcera venosa, se indica desbridante local,

venda elástica y tratamiento del dolor. Presenta buena evolución inicial pero un mes más tarde consulta por la aparición abrupta de múltiples lesiones pequeñas de fondo necrótico asociadas a notable aumento del dolor (*Figura 1*). Se realiza biopsia para estudio histopatológico la cual informa: fibrosis dérmica superficial y profunda con marcada angiogénesis, trombosis vascular con recanalización, hemorragia e infiltrado inflamatorio intersticial linfocitario. Sin signos



Figura 1. Aparición abrupta de múltiples úlceras pequeñas de fondo necrótico rodeando la lesión original.

Vasculopatía livedoide: reporte de tres casos en pacientes de sexo masculino.

histológicos de vasculitis. Frente a cuadro clínico e histopatología compatible se arriba al diagnóstico de VL. A fin de descartar asociaciones se solicita laboratorio con Factor Antinuclear (FAN), Factor Reumatoideo (FR) y complemento y se realiza interconsulta con servicio de Hematología para estudio de trombofilia. Se detecta Inmunoglobulina G anticardiolipina, Inmunoglobulina G anti beta2-glicoproteína e inhibidor lúpico alterados lo cual confirma la presencia de síndrome antifosfolípido asociado. Se inicia anticoagulación oral con acenocumarol, con lo cual el paciente evoluciona favorablemente con mejoría del dolor, sin aparición de lesiones nuevas y en proceso de resolución de lesiones preexistentes (Figura 2).



Figura 2. Evolución favorable asociada al uso de anticoagulación oral.

Caso N°2

Paciente masculino de 52 años que consulta por lesión en pierna derecha de 1 mes de evolución asociada a ardor intenso. Al examen físico presentaba pulsos perifé-

cos positivos, edema, trayectos varicosos y dermatitis ocre. A nivel supramaleolar derecho, placa amarillada con signos de atrofia blanca sobre la que asentaban úlceras pequeñas de bordes espiculados y fondo granulante (Figura 3). Se realizó biopsia la cual informó: en dermis superficial y media proliferación de vasos de tipo glomeruloide con



Figura 3. A nivel supramaleolar derecho placa amarillada sobre la que asentaban úlceras pequeñas de bordes espiculados y fondo granulante.

depósito de material hialino en sus paredes, sin signos de inflamación activa, trombos endoluminales rodeados de estroma edematoso y áreas fibrosas en dermis profunda, extravasación eritrocitaria marcada y depó-

sito hemosiderínico. Por clínica e histopatología compatibles se arribó al diagnóstico de VL, no detectándose en las evaluaciones realizadas asociaciones reumatológicas ni hematológicas. Se inició tratamiento con pentoxifilina a dosis de 1200 mg/día, hidrogel local y tratamiento del dolor. El paciente evolucionó favorablemente con cicatrización completa luego de 8 semanas de tratamiento (Figura 4).



Figura 4. Cicatrización completa luego de 8 semanas de tratamiento.

Caso N°3

Paciente masculino de 73 años con antecedente de quemadura en miembro inferior izquierdo en la infancia y trombosis venosa profunda en el mismo miembro hace 15 años la cual condicionó insuficiencia venosa crónica. Consulta por úlceras intensamente dolorosas en miembros inferiores, refiere que las mismas se presentan desde hace 20 años con historia de remisiones espontáneas y exacerbaciones en meses cálidos. Al

examen físico presentaba en ambas piernas importante terreno varicoso, pulsos periféricos positivos y múltiples úlceras pequeñas de fondo granulante (Figura 5). Se realiza biopsia para estudio histopatológico, el cual



Figura 5. Múltiples úlceras pequeñas de fondo granulante.

informa: fibrosis dérmica, vasos dérmicos con paredes engrosadas, proliferación intimal con depósito de material fibrinoide y trombosis vascular, oclusión luminal y hemorragia dérmica (Figura 6). Frente a hallazgos clínicos e histológicos compatibles se arriba al diagnóstico de VL. Se indica pentoxifilina

Vasculopatía livedoide: reporte de tres casos en pacientes de sexo masculino.

a dosis 1200 mg/día, se solicita laboratorio con FAN, FR y complemento y se realiza interconsulta con hematología a fin de descartar trombofilia. Se desconoce evolución ya que el paciente discontinuó los controles.

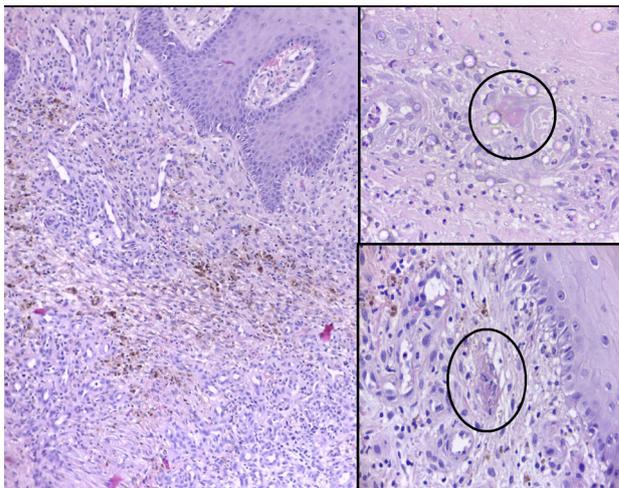


Figura 6. Imagen anatomopatológica donde se evidencia: proliferación vascular, depósito de hemosiderina y fibrosis dérmica, en ambos recuadros puede observarse necrosis fibrinoide de la pared vascular y trombosis de vasos dérmicos.

COMENTARIO

La VL fue descrita por Milian en 1923, ha recibido múltiples denominaciones: vasculopatía hialinizante y segmentaria, atrofia blanca, livedo reticularis con ulceración o livedo vasculitis, sin embargo, VL es la más aceptada en la actualidad².

Es una enfermedad de baja frecuencia, con una incidencia de 1/100.000 habitantes. Suele manifestarse entre los 30 y 45 años, afectando más frecuentemente al sexo femenino (relación 3:1)¹⁻²⁻³. Por ser una entidad poco sospechada suele existir un retraso diagnóstico de 3 a 5 años¹⁻³. Se caracteriza por generar un impacto negativo en la calidad de vida de quien la padece⁴.

Su fisiopatología no se encuentra completamente dilucidada. Es un desorden vascular vinculado con fenómenos protrombóticos o estados de hipercoagulabilidad siendo la inflamación un fenómeno secundario, esto se respalda en los hallazgos histopatológicos que muestran trombosis de vasos dérmicos sin signos clásicos de vasculitis, los trombos conducen a isquemia y esto deviene en ulceración¹⁻².

Actualmente se acepta que hasta el 50% de los pacientes presentan algún tipo de trombofilia, las cuales se deben pesquisar frente al diagnóstico de VL¹⁻⁵, estas incluyen: hiperhomocisteinemia, déficit de proteína C, síndrome antifosfolipídico, mutación del gen de protrombina, disminución de actividad del activador del plasminógeno, aumento de actividad del inhibidor del plasminógeno y mutación del factor V²⁻³.

Se han descrito otras entidades asociadas, las más frecuentes son las enfermedades reumatológicas como lupus, artritis reumatoidea, esclerosis sistémica y síndrome Sjogren²⁻³, siendo especialmente susceptibles al desarrollo de VL los pacientes con lupus sistémico y anticuerpos antifosfolipídicos positivos². Con menor frecuencia se han reportado casos asociados a neoplasias oncohematológicas y adenocarcinomas, embarazo y crioglobulinemia²⁻³. La insuficiencia venosa que frecuentemente acompaña al cuadro podría representar un facilitador de los fenómenos trombóticos, lo cual se ve

reflejado en la clásica exacerbación durante meses cálidos que presenta la patología¹.

La VL se manifiesta como úlceras en los miembros inferiores, frecuentemente bilaterales que afectan dorso de pie, tobillo y tercio distal de pierna⁵. Es característico el carácter recurrente con remisiones espontáneas y exacerbaciones en meses cálidos. Se asocian a dolor severo de carácter urente que puede preceder a la ulceración²⁻⁵.

Evolutivamente las lesiones pueden iniciar como máculas eritemato-violáceas o áreas de livedo reticularis sobre las que posteriormente se desarrollan úlceras de tamaño y profundidad variable de lecho granulante, fibrinoso o necrótico³⁻⁵. Las lesiones tienden a cicatrizar como máculas atróficas de color blanco nacarado y borde estrellado, el cual puede presentar megacapilares y telangiectasias como fenómeno de reparación. Esta lesión conocida como atrofia blanca es característica pero no patognomónica, dado que puede observarse también como fenómeno cicatrizal en úlceras venosas y algunas vasculitis⁵.

La única manifestación extracutánea descrita es la mononeuritis múltiple, se relaciona con trombosis en la vasa nervorum y puede conducir a dolor neuropático¹⁻².

Frente a la sospecha clínica de VL el diagnóstico debe confirmarse mediante estudio histopatológico. Se recomiendan biopsias de espesor total que incluyan el borde de

la lesión²⁻³. La anatomía patológica no es patognomónica pero sí característica³. Los hallazgos más orientativos son: trombosis intraluminal en dermis alta y media (hallazgo más constante, observándose en el 97% de los casos), proliferación endotelial y degeneración hialina de la pared vascular de distribución segmentaria¹⁻²⁻³⁻⁵. Además, pueden observarse atrofia, esclerosis, extravasación de eritrocitos e infiltrado perivascular mixto²⁻³⁻⁵. La presencia de infiltrados inflamatorios intensos asociados a leucocitoclasia debe hacer dudar el diagnóstico y considerar la posibilidad de vasculitis cutánea¹⁻².

Una vez confirmado el diagnóstico es fundamental la búsqueda de asociaciones y fenómenos concomitantes que agraven el proceso. Un laboratorio general con FAN, FR y complemento, ecografía Doppler arterial y venosa y evaluación hematológica para descartar trombofilias podría ser un enfoque inicial apropiado³⁻⁵.

La falta de estudios multicéntricos hacen que no existan guías terapéuticas²⁻³. Los objetivos del tratamiento son suprimir el dolor, resolver las lesiones y evitar las recurrencias³⁻⁴. Se recomienda el cese de hábito tabáquico y manejo del edema³. Las opciones terapéuticas más utilizadas incluyen: antiplaquetarios, anticoagulantes y esteroides anabólicos, reservando la inmunoglobulina endovenosa para casos refractarios¹⁻⁴. Otras opciones con reportes aislados incluyen: dapsona, col-

Vasculopatía livedoide: reporte de tres casos en pacientes de sexo masculino.

chicina, hidroxiclороquina y doxiciclina².

Los antiplaquetarios más utilizados son la pentoxifilina (1200 mg/día) y el AAS (75 a 325 mg/día). El danazol, un esteroide anabólico con actividad fibrinolítica, se utiliza a dosis de 200 mg/día por 4-12 semanas, la aparición de efectos adversos en el 17% de los casos es una limitante para su uso²⁻⁴. Los anticoagulantes son los fármacos más utilizados y con mayor eficacia, así lo demuestra una revisión de series de casos que incluyó 339 pacientes. El rivaroxabán fue el anticoagulante más indicado, presenta la ventaja de no requerir inyección ni monitoreo de RIN lo cual mejora la adherencia⁴. No existen recomendaciones sobre duración del tratamiento y prevención de recurrencias, la literatura sugiere que la elastocompresión y el tratamiento de las enfermedades subyacentes en caso de que existan podrían ayudar¹.

CONCLUSIÓN

La VL es una entidad poco considerada en el diagnóstico diferencial de úlceras en miembros inferiores, esto se ve reflejado en el retraso diagnóstico promedio de 5 años que reporta la literatura, siendo fundamental aumentar el grado de sospecha ante pacientes con úlceras dolorosas, sobre todo si son múltiples y cursan en brotes.

Por otra parte, quisiéramos remarcar la importancia de pesquisar entidades asociadas, dado que se encuentran en el 50% de los casos, remarcando el rol fundamental del mé-

dico hematólogo en el equipo de trabajo que aborda esta patología. ✎

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Gardette E, Moguelet P, Bouaziz J, Lipsker D, Dereure O, Le Pelle-tier F, et al. Livedoid Vasculopathy: A French observational study including therapeutic options. *Acta Derm Venereol* 2018; 98: 842-847.
- ² Vasudevan B, Neema S, Verma R. Livedoid vasculopathy: a review of pathogenesis and principles of management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2016; 82: 478-488.
- ³ Miqueri M, Cingolani S, Pane L, Schroh R, Bendjuia G. Vasculopatía livedoide. *Dermatol. Argent.* 2018; 24(3):121-127.
- ⁴ Micieli R, Alavi A. Treatment for livedoid vasculopathy: a systematic review. *JAMA Dermatology*. Published online November 15, 2017. Doi: 10.1001/jamadermatol.2017.4374-83.
- ⁵ Alavi A, Hafner J, Dutz J, Mayer D, Sibbald R, Criado P, et al. Atrophie blanche: is it associated with venous disease or livedoid vasculopathy? *Adv Skin Wound care* 2014; 27: 518-24.

AIRMED+

Insumos médicos

- + Sensores
- + Terapia Vascular
- + Curado de heridas
- + Cirugia
- + Incontinencia
- + Alimentación
- + Electrodo
- + Vía aerea



Artículo Original

Plasma Rico en Plaquetas en la viabilidad de colgajos de piel. *Platelets rich plasma in the viability of skin flaps.*

Bertone, P.A¹; Torretta, M.E¹; Boaglio, C.M¹; Ruiz, F²; Suarez, AC¹; Aramayo, A¹; Espamer, D.¹

¹ Departamento de Clínica Animal. Facultad de Agronomía y Veterinaria. Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC).

² Departamento de Microbiología e Inmunología. Facultad de Ciencias Exactas, Físico-Químicas y Naturales. UNRC.

Río Cuarto, Córdoba, Argentina. E-mail: patriciabertone@gmail.com

16

RESUMEN

Los colgajos cutáneos son un recurso quirúrgico y requieren de un aporte vascular adecuado para la viabilidad de la piel. El Plasma Rico en Plaquetas (PRP) promueve la liberación de factores de crecimiento que reparan los tejidos. El objetivo fue evaluar el efecto del PRP en la neovascularización de la cicatrización de colgajos de piel en conejos. Diseño de tipo experimental. El PRP se obtuvo por doble centrifugación de sangre venosa (n: 12). Se realizaron dos colgajos de avance, en el derecho se aplicó por inyección intradérmica PRP activado con CaCl₂ y en el izquierdo NaCl (0,9%) como control. En Grupo 1 (G1) de un n: 6 antes de la sutura se aisló cada colgajo con una banda plástica. Se realizaron observaciones du-

rante 7 días y se evaluó viabilidad. En Grupo 2 (G2) de un n: 6 se realizaron biopsias de piel a 3, 5, 7, 15 y 30 días que se analizaron por histopatología con tinción Hematoxilina / Eosina (H/E). Se evaluó evolución del proceso cicatrizal y se analizó el número de vasos sanguíneos por observación directa, 40x. La comparación de variables se realizó por Test de Student. En G1 los tratados con PRP presentaron media de supervivencia (88%) mayor que los controles (65%). En G2, desde el día 7 los colgajos tratados presentaron densa vascularización y abundante proliferación de fibroblastos, valores mayores a los controles ($p < 0.05$). Los valores medios para vasos sanguíneos cuando se usa PRP resultaron significativamente mayores ($p < 0,05$) que los controles desde el

día 5. En el modelo evaluado el uso de PRP favorece la viabilidad de colgajos cutáneos en conejos.

Palabras clave: piel, colgajo, cicatrización, neo vascularización

SUMMARY

Skin flaps are a surgical resource and require an adequate vascular supply for the viability of the skin. Platelet Rich Plasma (PRP) promotes the release of growth factors that repair tissues. The objective was to evaluate the effect of PRP on the neovascularization of the healing of skin flaps in rabbits. Design of experimental type. PRP was obtained by double centrifugation of venous blood (n:12). Two advance flaps were made, on the right it was applied by PRP intradermal injection activated with CaCl₂ and on the left NaCl (0.9%) as a control. In Group 1 (G1) with n: 6 before the suture, each flap was isolated with a plastic band. Observations were made for 7 days and viability was evaluated. In Group 2 (G2) with n: 6, skin biopsies were performed at 3, 5, 7, 15 and 30 days, which were analyzed by histopathology with Hematoxylin / Eosin staining. Evolution of the scar process was evaluated and the number of blood vessels analyzed by direct observation, 40x. The comparison of variables was performed by Student's Test. In G1, those treated with PRP had a mean survival rate (88%) higher than the controls (65%). In G2, from day 7 the treated flaps showed dense vasculari-

zation and abundant proliferation of fibroblasts, values higher than the controls (p <0.05). The mean values for blood vessels when using PRP were significantly higher (p <0.05) than the controls since day 5. In the model evaluated, the use of PRP favors the viability of skin flaps in rabbits.

Keywords: skin, flap, healing, neovascularization

INTRODUCCIÓN

Los colgajos cutáneos son un recurso quirúrgico utilizado y de valor en la cirugía reconstructiva de lesiones oncológicas, por quemaduras o traumas y un aporte vascular adecuado es factor importante para la supervivencia del colgajo¹⁻²⁻³.

La sobrevida de los colgajos depende del flujo circulatorio a través de sus tejidos. El intercambio de nutrientes y metabolitos ocurre en los capilares influenciado por la perfusión sanguínea, el tono neurogénico de los vasos, la actividad metabólica de los tejidos y la integridad de la microvasculatura²⁻⁴.

Existen reportes de estímulo inducidos por factores de crecimiento sintéticos para mejorar la sobrevida tisular⁵⁻⁶. Una opción terapéutica para mejorar la sobrevida tisular es la generación de concentrados plasmáticos plaquetarios, que tienen como finalidad la liberación de factores de crecimiento sostenida en el tiempo y resultan ser los iniciadores de la mayoría de los procesos de regeneración²⁻⁷⁻⁸.

Plasma Rico en Plaquetas en la viabilidad de colgajos de piel.

Entre los diferentes factores de crecimiento el factor de crecimiento Endotelio vascular (VEGF) es el responsable de la quimiotaxis y proliferación de células endoteliales, así como también de la hiperpermeabilidad de los vasos sanguíneos acelerando de esta manera el proceso de cicatrización del tejido⁹.

El Plasma Rico en Plaquetas (PRP) es un volumen de plasma autólogo con una concentración de plaquetas que se obtiene de un ciclo doble de centrifugación¹⁰.

El proceso de cicatrización de la piel se divide en cuatro fases superpuestas bien definidas, que incluyen la hemostasia, la inflamación, la proliferación y la remodelación.¹⁻¹¹

El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto del PRP en la neo vascularización de la cicatrización de colgajos de piel experimentales en conejos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de tipo experimental en marco de un proyecto de investigación aprobado y financiado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC), todos los procedimientos de estudio en animales fueron aprobados por el Comité de Ética de la UNRC (Res. Rec. N°161/16).

El PRP se obtuvo por centrifugación de sangre venosa autóloga (n:12) en tubos con solución Citrato de Sodio 3,8 % (Volumen 4,5 cc con 0,5 cc Citrato de Sodio).

La primera centrifugación a velocidad de 1200 rpm, 10 minutos por pipeteado se retiró la parte superior del plasma, que se colocó en un segundo tubo y se realizó una segunda centrifugación a 2000 rpm, 10 minutos y se retira con pipeta el PRP que se reserva para su uso. Todo el proceso se desarrolló en condiciones de asepsia y se obtuvieron 3,2 veces más plaquetas que el recuento plaquetario de sangre periférica.

Se utilizaron 12 conejos albinos neozelandeses (*Oryctolagus Cuniculi*) clínicamente sanos, machos y hembras, peso promedio 4,5 Kg. Se empleó anestesia general para realizar en cada conejo dos colgajos de avance en piel de 10x2 cm, paralelo a la columna vertebral. En colgajo derecho se aplicó por inyección intradérmica PRP activado con CaCl₂ y en el izquierdo NaCl (0,9%) como control, ambos tratamientos se realizaron por única vez.

En Grupo 1 (n:6) antes de la sutura se aisló cada colgajo de su lecho colocando una banda plástica. Se realizaron observaciones diarias, se registró fotográficamente hasta los 7 días evaluando viabilidad en porcentaje de tejido viable.

En Grupo 2 (n:6) sin aislamiento de banda plástica. Se realizaron biopsias de la piel de los colgajos a 3, 5, 7, 15 y 30 días, muestras que se analizaron por histopatología. Se utilizó tinción diferencial de hematoxilina y eosina. Se evaluó la evolución del proceso

Plasma Rico en Plaquetas en la viabilidad de colgajos de piel.

cicatrizal con una escala semi cuantitativa y para la neo vascularización se analizó el número de vasos sanguíneos por observación directa al microscopio óptico, cinco campos aleatorios de cada preparado 40x. La comparación entre variables numéricas se realizó a través de Test de Student.

RESULTADOS

Al día 7 post quirúrgico, en el examen macroscópico los colgajos de piel no se habían retraído del área. Las regiones de supervivencia y de necrosis se demarcaron claramente en cada colgajo cutáneo como se visualiza en la *Figura 1*.

La piel viable se observó de aspecto rosado, blanda al tacto, textura normal y sangran-

te al corte, en contraste, en sector necrótico la piel era negra, rígida al tacto y no sangraba al corte. Observaciones que en la *Figura 1* caracterizan un colgajo de piel de conejo tratado (*Figura 1A*) y el control (*Figura 1B*).

En Grupo 1 los colgajos de piel tratados con PRP presentaron una media de supervivencia (88%) mayor que en los controles (65%).

En la evaluación histológica los efectos de PRP en la cicatrización se estimaron por los cambios histológicos, en los colgajos tratados se observó densa vascularización y abundante proliferación de fibroblastos desde el día 7, con valores promedios mayores a los controles ($p < 0.05$) (*Figura 2A* y *Figura 2B*).

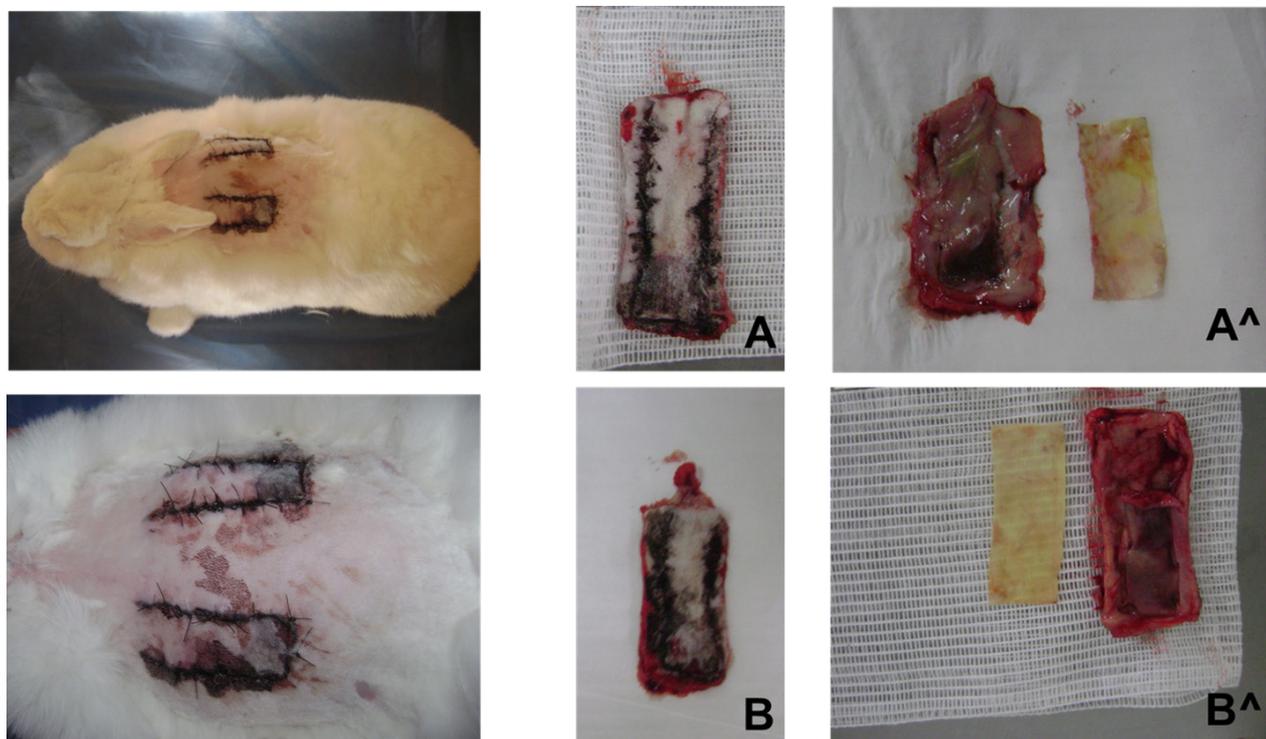


Figura 1. Dorso de conejo del grupo 1 a los 7 días post quirúrgicos, con demarcación de la zona de necrosis de cada colgajo. Aspecto de colgajo de piel de conejo tratado (A) y el control (B). Envés del colgajo tratado (A[^]) y el del colgajo control (B[^]).

Plasma Rico en Plaquetas en la viabilidad de colgajos de piel.

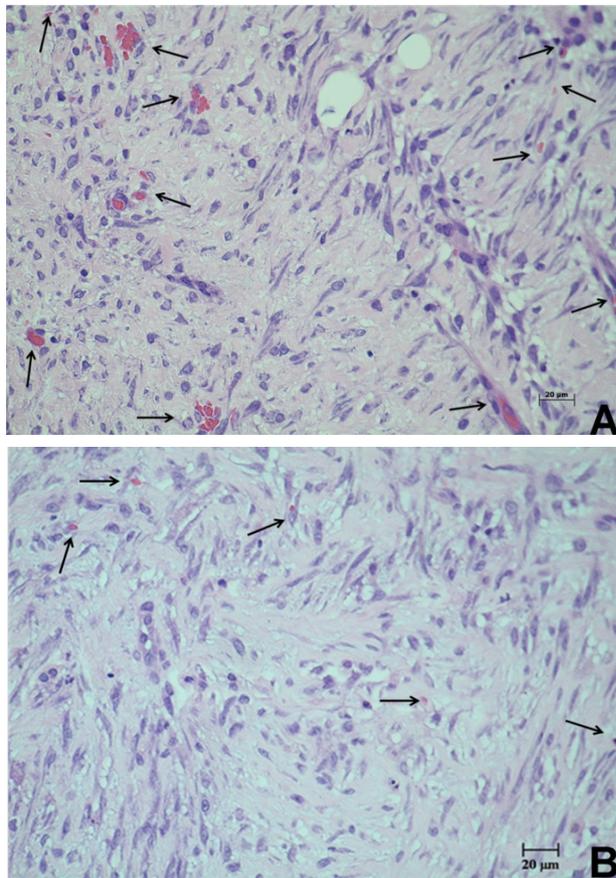


Figura 2. Abundante neo vascularización en corte histológico de piel de conejo a 30 días de tratamiento con PRP, los tratados presentaron mayor cantidad de vasos sanguíneos (Flechas) (A) respecto al control (B). Microfotografía 40x (H/E).

El mayor engrosamiento de la epidermis se halló a los 15 días en los colgajos tratados con PRP, mientras que en los colgajos control en el día 30, lo que indica que la piel inyectada con PRP inicia epitelización más rápido que la piel de los colgajos control.

En particular se evaluó el efecto del PRP sobre la neo vascularización en la dermis papilar y reticular, a los 7 días entre los vasos sanguíneos identificados predominaron los vasos preformados, con evidencia de pequeños brotes capilares.

A los 15 días postquirúrgicos se observó mayor número y calibre de los vasos sanguíneos, plexos capilares y una importante cantidad de vasos neo formados y fibroblastos en las muestras de los animales tratados con PRP.

A los 30 días de iniciado el tratamiento se observaron brotes capilares de mayor diámetro, glóbulos rojos, abundantes fibrocitos, fibroblastos y queratina en los colgajos tratados.

Los valores medios obtenidos en este estudio para vasos sanguíneos cuando se usa PRP en los colgajos cutáneos demostró cifras promedio significativamente mayores ($p < 0,05$) que los controles desde el día 5 como se observa en la representación gráfica (Tabla 1) y numérica (Tabla 2).

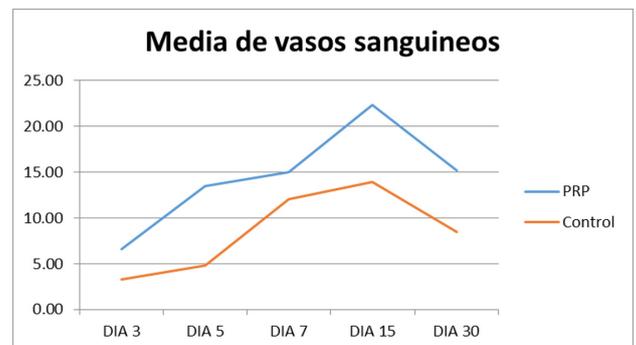


Tabla 1. Gráfico con cifras promedio de vasos sanguíneos significativamente mayores ($p < 0,05$) que los controles a partir del día 5.

	PRP		CONTROL		P
	Promedio Vs	DS	Promedio Vs	DS	
DIA 3	6.58	1.38	3.25	0.72	0.000002083
DIA 5	13.50	1.26	4.83	0.69	0.000000000
DIA 7	15.00	1.78	12.00	1.41	0.000265272
DIA 15	22.33	2.69	13.92	2.18	0.000000069
DIA 30	15.17	2.03	8.50	1.89	0.000000067

Tabla 2. Valores promedio de vasos sanguíneos en los colgajos cutáneos entre control y tratados con PRP a 3, 5, 7, 15 y 30 días.

Al finalizar la experiencia, día 30, las biopsias de piel tratadas con PRP mostraron abundancia de fibras colágenas y reorganización del material fibroso en la dermis papilar compatible con fase de remodelación. Mientras que en los controles la observación histológica resultó compatible con una fase proliferativa de la cicatrización.

DISCUSIÓN

En cirugía reconstructiva la complicación más temida por los cirujanos en la cicatrización de un colgajo de piel es un área significativa de necrosis, es decir la muerte celular por falta de nutrientes, que causa el fracaso del procedimiento quirúrgico realizado²⁻³.

Aunque la necrosis del colgajo puede ser el resultado de infección o agentes tóxicos, la bibliografía consultada²⁻³⁻⁴ acuerda que una irrigación inadecuada es la causa principal en la mayoría de los casos. Como lo describen Langer et al. (2004)⁴ se observó en el modelo experimental la piel viable rosada, caliente y suave al tacto mientras que la necrótica es de color marrón negruzca, fría y gruesa a la manipulación, lo que permitió comparar las zonas de supervivencia de cada colgajo de piel. Si bien estudios²⁻⁴ indican que la necrosis de un colgajo puede no ser evidente hasta 6 días postquirúrgicos y es más probable cuando los colgajos son muy largos o muy estrechos donde experimentan tensión o excesivo movimiento, en este estudio se observó necrosis en los

primeros días ya que se limitó la llegada de irrigación colateral con el modelo experimental de aislamiento con banda plástica empleado.

Los hallazgos de este estudio demostraron que la aplicación de PRP mejora significativamente el área de viabilidad del colgajo y que coincide con evidencia experimental y clínica que respalda la acción moduladora de los factores de crecimiento en la respuesta cicatrizal de las heridas⁵⁻⁶⁻⁸⁻¹⁰.

El efecto del PRP sobre la neo vascularización en la dermis en los primeros días se evidencia con pequeños brotes capilares ya que las células endoteliales de los vasos principales proliferan desde la túnica interna o íntima del vaso sanguíneo, al segundo o tercer día después de la lesión y sirven como una fuente celular para la angiogénesis. Durante este proceso, las células endoteliales de las vénulas preexistentes dan origen a brotes capilares que luego forman túneles, comenzando a fluir sangre por dentro de ellos estableciéndose así la circulación. Los brotes capilares que no forman ese túnel, sufren regresión¹⁻⁷⁻⁹⁻¹¹.

La intensa vascularización observada en este estudio, en los colgajos de conejos tratados con PRP demostró la eficacia de los diferentes factores de crecimiento, sobre todo el VEGF responsable de la quimiotaxis y proliferación de células endoteliales, así como también de la hiper permeabili-

Plasma Rico en Plaquetas en la viabilidad de colgajos de piel.

dad de los vasos sanguíneos acelerando de esta manera el proceso de cicatrización del tejido. La curación avanzada informada después de aplicar PRP en la piel de los colgajos podría ser explicada por una mayor concentración de VEGF en el sitio de la lesión, que estimuló la angiogénesis como fue determinado experimentalmente por Marx¹⁰ y es propuesto con evidencia para apoyar el uso de este concentrado plaquetario⁹. Estos resultados coinciden también con Yang y Zhang⁶ quienes demostraron mayor viabilidad en ratas infiltradas con factor de crecimiento endotelio vascular y con Kriger et al⁵. quienes observaron mejor respuesta usando indistintas vías de administración del mismo factor.

En la etapa de proliferación las células endoteliales y los fibroblastos deben estar presentes, estas células promueven la proliferación y diferenciación de los queratinocitos, esenciales en la reepitelización y en la deposición de colágeno¹⁻¹¹. En este estudio el cierre cutáneo en los colgajos tratados fue más temprano que en el grupo control, ya que la evaluación histológica reveló que en la etapa final muestran una mejor organización del colágeno en comparación con los colgajos no tratados.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con el modelo evaluado y los valores promedio de vasos sanguíneos el PRP infiere una respuesta satisfactoria en

la neo vascularización y en consecuencia favorece la viabilidad de colgajos cutáneos en conejos.

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses. ✎

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Enoch, S y Leaper, DJ. Basic Science of Wound Healing. Surgery 2007; 26:31-37.
- 2 Pavletic, M. M. 2011. Atlas de manejo de la herida y cirugía reconstructiva en pequeños animales. Tercera edición. Argentina. Prefacio IX. P:2- 9- 16-17-19-20- 306.
- 3 Lebas, D; Wiart T; Gros, C; Modiano P. Use of a rhomboid flap to repair temporal and frontotemporal cutaneous defects: 11 cases. Uso de un colgajo romboidal para reparar defectos cutáneos temporales y frontotemporales: 11 casos. An Dermatol Venereal. 2013; 140:170-5.
- 4 Langer, S; Galla, T y Steinau, HU. Importance of microcirculation in plastic surgery. Importancia de la microcirculación en cirugía plástica. Handchir Mikrochir Plast Chir 2004; 36(4):197-204.
- 5 Kryger, Z; Zhang, F; Dogan, T. The effects of VEGF on survival of random flap in the rat: examination of various routes of administration. Br J Plast Surg 2000; 43: 234-9.
- 6 Yang, LW; Zhang, JX. Vascular endothelial growth factor gene therapy with intramuscular injections of plasmid DNA enhances the survival of random pattern flaps in a rat model. Br J Plast Surg 2005; 58: 339-347.
- 7 Beca, T; Hernández, G; Morante, S; Bascones, A. Plasma rico en plaquetas. Una revisión bibliográfica. Periodon Implantol 2007; 19:39-52.
- 8 Vendramin, F; Franco, D; Franco, T. Utilização do plasma rico em plaquetas autólogo nas cirurgias de enxertos cutâneos em feridas crônicas. Rev Bras Cir Plást 2010; 25(4):589-594.
- 9 Freymiller, E.G. 2004. Platelet-rich plasma: evidence to support its use. Plasma rico en plaquetas: evidencia para apoyar su uso. J Oral Maxillofac Surg 2004; 62:1046.
- 10 Marx, R. Quantification of Growth factor levels using a simplified method of Platelet-Rich Plasma Gel Preparation. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58:300-301.
- 11 Young, A. and McNaught CE. The physiology of wound healing. Surgery 2011; 29(10):475-479.



Biatain[®] Silicone

Diseñados para garantizar **un ajuste suave y seguro** para una amplia gama de heridas crónicas y agudas.



Artículo de Revisión

Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

Valentine, P¹; Salmon, R² ; Bourren, P³

¹ Médica concurrente del 1 año de la Carrera de especialista en Dermatología.
(email: paula.i.valentine@gmail.com)

² Médico Dermatólogo. Servicio de Dermatología.

³ Jefa del Servicio de Dermatología.

Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina.

Fecha de revisión: 28/02/2020

RESUMEN

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias crónicas causada por protozoos del género *Leishmania*, transmitidos a través de flebótomos. Existen diferentes especies de *Leishmania* distribuidas mundialmente. Las manifestaciones clínicas se dividen en cuatro patrones: cutáneo, mucocutáneo, cutáneo difuso y visceral, dependiendo de la especie, la respuesta mediada por las células del huésped y la capacidad del parásito para evadir los mecanismos de defensa del huésped. A nivel cutáneo, se puede producir una úlcera característica, que comienza con eritema, seguido de una pápula que aumenta de tamaño y tiende a necrosarse.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 52 años de edad, proveniente de la provincia de Chaco, Argenti-

na, con antecedentes de Chagas crónico, que consulta por una úlcera de 15x15cm, asintomática, con un borde levemente sobre-elevado, localizada en cara interna de miembro inferior izquierdo de 5 años de evolución. Se solicitaron estudios complementarios: sin particularidades y frotis de la lesión que resultó positivo para *Leishmania*. Realizó tratamiento con antimonio de meglumina con buena evolución.

Esta forma de presentación de leishmaniasis es poco frecuente, ya que suelen presentar bordes elevados de aspecto de rodete o marco de retrato antiguo con un tamaño menor. Se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial con úlceras de origen vascular, micosis y neoplasias, entre otros, para poder efectuar un tratamiento etiológico adecuado. Es importante, por ende, considerar a la leishmaniasis entre

Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

los principales diagnósticos diferenciales ante un paciente con úlceras de miembros inferiores proveniente de zona endémica.

Palabras clave: leishmaniasis, úlcera, miembros inferiores.

ABSTRACT

Leishmaniasis are a group of chronic parasitic diseases caused by protozoa of the genus *Leishmania* transmitted by phlebotomies. There are different types of species of *Leishmania* worldwide. The clinical manifestations are divided in four types: cutaneous, mucocutaneous, diffused cutaneous and visceral, depending on the species, the cellular response mediated by the patient's immune system, and the capacity of the parasite to evade the immune system's defense. At the skin, a characteristic ulcer can occur, which usually appears first as erythema, followed by a papule that increases in size and tends to cause necrosis of the tissue.

The following paper presents the case of a 52-year-old female patient from the province of Chaco, Argentina, who presented with a personal background of chronic Chagas. She consulted due to a 15x15 cm diameter ulcer, asymptomatic, with a slightly raised border, localized in the internal part of her distal third left lower limb. Complementary studies were requested: without findings and a blood smear that was positive for *Leishmania*. Treatment with meglumine antimoniate was carried out with a favorable evolution.

This form of the disease is rare, as it normally presents as an ulcer with elevated borders with an impeller or antique portrait frame look and a smaller size. An accurate diagnosis should be made, as there can be multiple etiologies such as vascular, mycosis, malignant, among others, in order to start an appropriate etiological treatment. Therefore, it is crucial to consider leishmaniasis as one of the main differential diagnosis when encountered with a patient that presents ulcers in legs and is originally from endemic regions.

Key words: leishmaniasis, ulcers, lower limbs.

INTRODUCCIÓN

Las leishmaniasis son un grupo de zoonosis producidas por protozoos del género *Leishmania*, el cual puede ingresar al organismo por la picadura de flebotomos (especialmente los géneros *Phlebotomus*) y producir la enfermedad en el huésped. Se caracteriza por comprometer piel, mucosas y/o vísceras.

Las características y manifestaciones clínicas de las leishmaniasis varían según la especie de *Leishmania* que produce la infección y el estado inmunológico del paciente. Se describen cuatro formas clínicas: leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucocutánea; leishmaniasis cutánea difusa y leishmaniasis visceral.

La distribución de la enfermedad es mundial. La incidencia es de aproximadamente

Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

2 millones de nuevos casos al año en todo el mundo, y más del 75% de las personas afectadas presentan la enfermedad cutánea o mucocutánea¹.

En Argentina la leishmaniasis es una enfermedad endémica y creciente, que afecta al norte y noreste del país (provincias de Salta, Tucumán, Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Corrientes y Misiones). La variante predominante es la enfermedad cutánea. En el año 2018 se registraron 303 casos de leishmaniasis cutánea, con una incidencia de 6,55 casos por 100.000 habitantes².

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 52 años, proveniente de la provincia de Chaco, con antecedentes de serología para Chagas positiva, que consulta por una úlcera única, asintomática, de 15x15 cm, con fondo fibrino-granulante, áreas de hiper-granulación, bordes levemente sobre-elevados y eritematosos, localizada en cara interna de miembro inferior izquierdo, de 5 años de evolución (Figuras 1 y 2). Refiere que la lesión inició como una pápula eritematosa y evolucionó paulatinamente hasta convertirse en dicha úlcera. Se realizó examen de mucosa nasofaríngea sin alteraciones de mucosas.

Ante esta presentación clínica, se plantearon como diagnósticos diferenciales: úlceras de origen venoso, otras etiologías infecciosas y por el tiempo de evolución, carcinoma espinocelular.



Figura 1. Úlcera inicial de 15x15 cm con fondo fibrino-granulante.



Figura 2. Úlcera inicial con fondo fibrino-granulante, áreas de hiper-granulación, y bordes eritemato-violáceos.

Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

Se solicitaron estudios microbiológicos: hemocultivos para gérmenes comunes, hongos y micobacterias, y cultivo de la úlcera que resultaron todos negativos. Laboratorio de sangre sin datos relevantes. En la radiografía de pierna izquierda no se halló compromiso óseo y el eco-doppler venoso de miembros inferiores no arrojó particularidades. Debido a su antecedente de Chagas, se realizó una evaluación cardiológica (ECG y ecocardiograma) sin hallazgos patológicos.

En el examen parasitológico con frotis del borde de la úlcera se observaron amastigotes de Leishmanias. (Figura 3). Se efectuó estudio histopatológico de la lesión a fin de descartar otras etiologías concomitantes, con Técnicas de PAS, Grocott y Ziehl Neelsen que resultaron negativas.

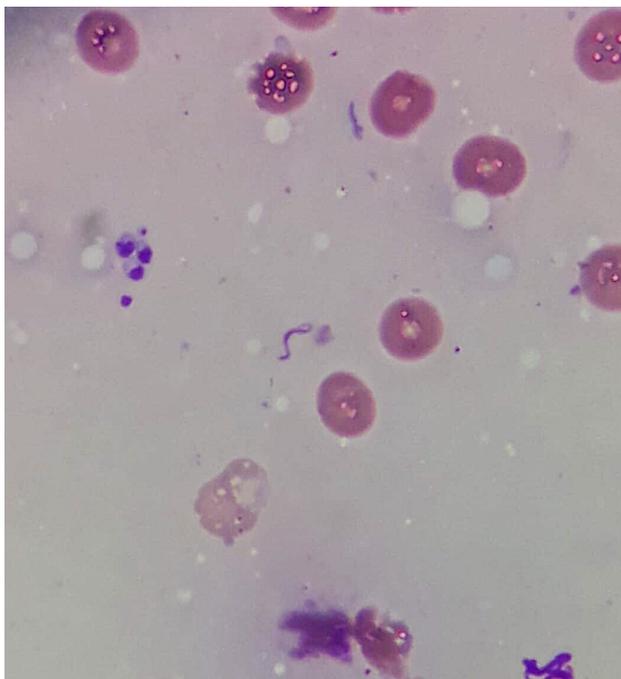


Figura 3. Examen parasitológico directo en donde se observan amastigotes de Leishmania.

Se arribó al diagnóstico de leishmaniasis cutánea crónica considerando la presentación clínica de la lesión y el resultado del frotis, por lo que inició tratamiento con antimonio de meglumina 20 mg/kg/día por 21 días y curaciones locales diarias con colagenasa/cloranfenicol tópico. Se realizaron controles electrocardiográficos y laboratorio con hemograma, hepatograma, función renal y amilase, antes y durante el tratamiento por posibles efectos adversos atribuidos a la terapia antimonial.

La paciente evolucionó favorablemente con disminución del tamaño y eritema de la lesión, y un borde más aplanado (Figura 4); siguiendo la evolución de la cicatrización de una úlcera crónica, por lo que luego se continuó con curaciones locales de la herida para lograr su correcta cicatrización.



Figura 4. Úlcera luego de 20 días de tratamiento.

Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

DISCUSIÓN

La etiología de úlceras de miembros inferiores corresponde principalmente a patología derivada de insuficiencia venosa, enfermedad arterial o diabetes³; sin embargo, existen úlceras por causas menos frecuentes y cuyo conocimiento es imprescindible para poder instaurar un tratamiento adecuado. El presente caso clínico pretende mostrar la importancia de evaluar a cada paciente en particular al recibir en el hospital o en consultorio a un paciente con úlceras en miembros inferiores.

La presentación más típica de la leishmaniasis cutánea es una única úlcera, pero pueden ser múltiples, con formación de satélites o diseminación linfática. El período de incubación puede variar de 2 semanas hasta 2 años, sin embargo, suele ser de 2 a 3 meses en promedio. Las lesiones en la piel por lo general comienzan en el sitio de la picadura del flebotomo, aunque sólo una pequeña parte de las personas infectadas por *Leishmania* acaban padeciendo la enfermedad⁴. Las úlceras se caracterizan por ser indoloras y presentar una forma redondeada u oval con borde eritematoso, sobreelevado, con aspecto de rodete o de marco de retrato antiguo. La lesión ulcerosa suele aparecer fundamentalmente en áreas expuestas y puede tener un tamaño variable (suele ser entre 2-8cm)³. Frente a un paciente que presenta una única úlce-

ra de mayor tamaño, como es el caso de nuestra paciente, nos debemos plantear como diagnósticos diferenciales: úlceras de origen vascular, neoplasias cutáneas, micosis, tuberculosis y otras micobacterias, entre otras. En nuestro caso estas causas fueron descartadas mediante estudios complementarios.

Por este motivo, se realizó la búsqueda de la presencia de amastigotes de *Leishmania* a través de un frotis del borde la úlcera, que arrojó un resultado positivo.

La mayoría de las infecciones cutáneas agudas se resuelven espontáneamente en unos meses con cicatrización, pero una minoría de ellas se vuelven crónicas⁵, como es el caso de la paciente. Su historia clínica y la evolución del cuadro deben hacernos sospechar de enfermedades endémicas y regionales como es el caso de la leishmaniasis.

Es imprescindible el diagnóstico correcto e instaurar el tratamiento adecuado, ya que después de algunos meses o incluso luego de hasta veinte años, puede desarrollarse una enfermedad mucocutánea/mucosa en algunos pacientes. Esta presentación de leishmaniasis se caracteriza por infiltración y/o ulceración de la mucosa de la nariz, labios y orofaringe, y ocurre principalmente por *L. brasilienses*.

El diagnóstico de la leishmaniasis cutánea se basa en la demostración del parásito en material de frotis o cultivos del

material obtenido de la lesión. Dado que no siempre es posible visualizar o aislar el parásito, el diagnóstico puede ser clínico, complementado por pruebas inmunológicas específicas o histológicas. El parásito de la *Leishmania* existe en sus dos formas: promastigote y amastigote. En el frotis, el diagnóstico se realiza al observar la forma de amastigote en el extendido de la lesión. En los cultivos crece la forma de promastigote. El estudio histopatológico puede evidenciar, en estadios agudos de la enfermedad, a los amastigotes presentes en los macrófagos dérmicos, especialmente los de la dermis papilar. Éstos son evidentes en aproximadamente 50% de las biopsias cutáneas¹. A medida que pasa el tiempo, la cantidad de parásitos disminuye, y pueden observarse granulomas tuberculoides con necrosis caseosa.

En Argentina el tratamiento de la leishmaniasis cutánea se basa en el esquema terapéutico sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{3,6}. Las drogas de primera línea son los antimoniales pentavalentes: antimoniato de N-metilglucamina y estibogluconato de sodio. Se administran por vía intramuscular o endovenosa. En el caso del antimoniato de meglumina la dosis sugerida es de: 20 mg/kg/día durante 20 días consecutivos, seguido de un intervalo de 10 días sin tratamiento. Luego de este tiempo los pacientes son examinados clínicamente para decidir si es necesario

repetir otra serie de 20 días de tratamiento hasta lograr la cura. Las drogas de segunda línea son: el isetionato de pentamidina, la miltefosina, la anfotericina B y la anfotericina B liposomal.

Una vez finalizado el tratamiento, el paciente debe ser evaluado clínicamente. El seguimiento se realiza a los 45 días, a los 3 y 6 meses, y luego cada 6 meses durante 2 años, para vigilar síntomas y signos de compromiso mucoso. La lesión debería estar completamente cicatrizada a los 3 meses después de haber terminado el tratamiento. En casos de úlceras con tamaño atípico, mayores de lo habitual, y en personas con comorbilidades, la lesión suele cicatrizar luego de más tiempo y no solo necesitará tratamiento etiológico sino también acompañar su cicatrización con tratamiento local de las heridas. Es importante que no aumente su tamaño. En caso contrario, se re evaluará reiniciar el tratamiento.

Los criterios clínicos de curación de leishmaniasis cutánea que el médico debe tener en cuenta son: la epitelización total de la lesión, aplanamiento del borde de la úlcera, desaparición de la induración de la base, y/o cicatrización⁷.

CONCLUSIÓN

La leishmaniasis se considera una enfermedad re emergente y un problema creciente de la Salud Pública en el mundo⁶. En América, la leishmaniasis se transmite

Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

predominantemente por la picadura de flebótomos del género *Lutzomyia*. Existen alrededor de 53 especies involucradas en la transmisión⁸. En Argentina se han descrito 26 especies de flebótomos, pero sólo tres de éstas serían vectores de la leishmaniasis cutánea. La *Leishmaniasis brasiliensis* es la más frecuente, aunque pueden observarse casos por otras especies en viajeros o inmigrantes. Es la responsable de los brotes epidémicos y también de la leishmaniasis mucosa⁶.

El presente artículo muestra el caso de una paciente con leishmaniasis cutánea con una úlcera de tamaño atípico, que puede ser confundido con otras etiologías, especialmente vasculares. Es importante, por ende, tener en cuenta aquellas otras causas menos frecuentes de úlceras en miembros inferiores. Se debe, además, considerar a la leishmaniasis entre los principales diagnósticos diferenciales ante un paciente con úlceras proveniente de zona endémica para así poder instaurar un tratamiento correcto y mejorar la calidad de vida de los pacientes. 

BIBLIOGRAFÍA

¹ Bravo FG. Protozoos y helmintos, en Bologna J, Cerroni L, Schaffer J. Dermatología 4° Ed. Elsevier, Barcelona: 2018: 1470-1476.

² Leishmaniasis Informe epidemiológico de las Américas. [en línea], Organización Panamericana de la Salud, 2019; <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51739/leishreport8_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, [consulta: 12 de febrero del 2020].

³ Santi, AC. Úlceras por Leishmaniasis. [en línea], Flebología, 2017; 43 (43-48) <<http://www.sociedadflebologia.com/Revistas/2017/Vol-43-n1/Vol43N1-PDF14.pdf>>, [consulta: 01 de noviembre del 2019], [consulta: 01 de noviembre del 2019].

⁴ Malek J, Ghosn S. Leishmaniasis y otras infecciones por protozoos, en Fitzpatrick. Dermatología en medicina general. 8° Ed. Pa-

namericana, Buenos Aires: 2014: 2527-2537.

⁵ Aronson N. Cutaneous leishmaniasis: Clinical manifestations and diagnosis. [en línea] UpToDate, 2019 <<https://www.uptodate.com/login>> [consulta: 21 de agosto del 2019].

⁶ Caba C, Hidalgo SE, Sinagra A, Salomón D. Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud. Módulo IV: Leishmaniasis. [en línea], Ministerio de Salud, 2015; (7-24) <<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000171cnt-07-2-3-3-H-modulo-leishmaniasis.pdf>>, [consulta: 09 de febrero del 2020].

⁷ Villamil W, Sanchez B, Miranda MC, Vega JC. Guía para la atención clínica integral del paciente con Leishmaniasis. [en línea], Organización Panamericana de la Salud, 2010; (14-58) <<https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%ABlica/Ola%20invernal/Clinica%20Leishmaniasis.pdf>>, [consulta: 09 de febrero del 2020].

⁸ Leishmaniasis. [en línea], Organización Panamericana de la Salud; <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6417:2012-leishmaniasis-cutanea-mucosa&Itemid=39345&lang=es>, [consulta: 10 de enero 2020].

⁹ Investigación argentina publicada en la revista científica de la OPS aporta recomendaciones para vigilar y controlar la leishmaniasis. [en línea], Revista Panamericana de la Salud Pública, 2016 <https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10036:investigacion-argentina-publicada-en-la-revista-cientifica-de-la-ops-aporta-recomendaciones-para-vigilar-y-controlar-la-leishmaniasis&Itemid=268>, [consulta: 09 de febrero del 2020].

¹⁰ Aronson N. Cutaneous leishmaniasis: Treatment. [en línea] UpToDate, 2019 <<https://www.uptodate.com/home>> [consulta: 21 de agosto del 2019].



Hipoalergic®

APÓSITOS AUTOADHESIVOS PARA EL CUIDADO DE HERIDAS

CLINICARE Apósito estéril con centro absorbente



- » Centro de gran absorción
- » Con dorso respirable y flexible
- » Se adapta a las formas del cuerpo
- » No se pega a la herida

FILM Apósito transparente estéril



- » Resistente al agua
- » Adhesión segura y gentil con la piel
- » Flexible y confortable

Actualizaciones de Artículos Internacionales

En esta sección, los integrantes del comité Editor de la Revista **Cicatriz-Ar** realizamos actualizaciones de artículos internacionales, de temas novedosos de interés para la comunidad hispanoparlante. Nuestro objetivo es poder contribuir con la actualización de los conocimientos relacionados con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las heridas. Esperamos que esta sección sea de utilidad e inspiración para todos aquellos profesionales de la salud que nos dedicamos a esta disciplina.

Romina Vaccalluzzo. Secretaria de Redacción

TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS ALOGÉNICO COMO MÉTODO ADYUVANTE EFECTIVO Y SEGURO EN HERIDAS CRÓNICAS.

Artículo original: Allogenic Platelet-Rich Plasma Therapy as an Effective and Safe Adjuvant Method for Chronic Wounds

Xuan Liao, Jun-Xian Liang, Sheng-Hong Li, Su Huang, Jian-Xin Yan, Li-Ling Xiao, Jiang-Xing Song, Hong-Wei Liu

Journal of Surgical Research, 246 (2020): 284-291

El plasma rico en plaquetas (PRP) mejora la cicatrización de heridas refractarias y su aplicación en la actualidad, es cada vez mayor. Sin embargo, en pacientes con enfermedades subyacentes severas, o en pacientes añosos que no reúnen las condiciones necesarias para la extracción de sangre completa para la obtención de PRP autólogo, el PRP alogénico (procedente de otro individuo) puede ser una alternativa.

Métodos: se evaluó la eficacia y seguridad del PRP alogénico en la cicatrización de heridas crónicas refractarias. Este fue un estudio prospectivo, aleatorizado, que incluyó 60 pacientes (39 hombres y 21 mujeres, de 57 +/- 10 años de edad) que

se llevó a cabo en un solo centro durante el período de enero de 2014 a enero de 2018. Los pacientes con heridas crónicas refractarias fueron divididos en 2 grupos: el grupo de tratamiento y el grupo control, en base a si recibieron PRP alogénico en la herida crónica o si no lo recibieron, luego del desbridamiento de la misma.

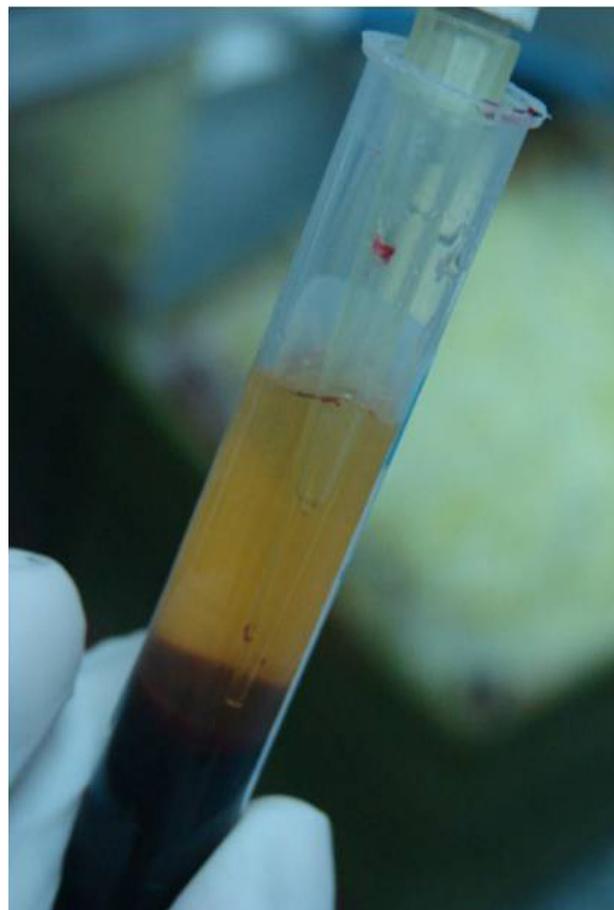


Figura 1. Plasma Rico en Plaquetas

El PRP alogénico se obtuvo de sangre completa de individuos sanos, centrifugada, en dos pasos. Los efectos clínicos fueron evaluados mediante la observación de las características clínicas de la herida.

Resultados: luego de 30 días de tratamiento, las heridas del grupo tratado con PRP alogénico, evidenciaron un tejido de granulación rojo, brillante, sangrante y una reducción del exudado. No se observaron reacciones de rechazo. La cicatrización fue mucho más rápida en el grupo tratado con PRP, en comparación del grupo control.

Conclusiones: este estudio evidenció que el tratamiento combinado en una herida crónica (tratamiento estándar y PRP alogénico) acorta significativamente el tiempo de cicatrización, lo que sugiere que el PRP alogénico es un tratamiento adyuvante eficaz y seguro para heridas crónicas.

CICATRIZACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS EN DIABETES CON OXÍGENO DISUELTO PROVENIENTE DE PARCHES DE MICROALGAS

Artículo original: Dissolved oxygen from microalgae-gel patch promotes chronic wound healing in diabetes

Huanhuan Chen, Yuhao Cheng, Jingrun Tian, Peizheng Yang, Xuerao Zhang, Yunhao Chen, Yiqiao Hu, Jinhui Wu

Science Advances 2020; 6 (20): eaba4311

Published online 2020 May 15. doi: 10.1126/sciadv.aba4311 PMID: 32440554

El oxígeno es fundamental en la cicatrización de heridas y participa en la proliferación celular, en la migración celular y en la

neovascularización. Las terapias actuales con oxígeno, incluyen oxígeno hiperbárico y oxígeno tópico, que principalmente liberan al oxígeno en su estado gaseoso, el cual es poco efectivo para penetrar a través de la piel. Los autores diseñaron un parche productor de oxígeno (AGP; del inglés, alga-gel patch) a base de un hidrogel que contiene microalgas vivas, que mediante la fotosíntesis producen oxígeno disuelto, que es liberado al lecho de la herida. La superioridad del parche, radica en que la liberación de oxígeno disuelto es 100 veces más eficiente que el oxígeno tópico gaseoso para penetrar a través de la piel. Existen estudios que evidencian que este parche promueve la proliferación, migración celular y neoangiogénesis in vitro, y mejoran la cicatrización de heridas crónicas y sobrevida de injertos cutáneos en ratones diabéticos. Los autores consideran que el AGP puede proveer oxígeno disuelto en forma continua para acelerar la cicatrización de heridas crónicas. 

Artículo

El paciente difícil.

Cherjovsky, R.¹

*¹Director de la Maestría en Cicatrización de Heridas de la Universidad Abierta Interamericana
Ex decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana*

Decano Emérito de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud UAI

Magister en Educación Médica - Cirujano torácico - Cirujano vascular

Miembro de la AIACH.

INTRODUCCIÓN

El paciente difícil ha sido definido de múltiples maneras por quienes se han dedicado a este también “difícil” tema de la atención médica.

Según O'Dowd: “Es un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el médico y en el equipo que los atienden”. Otra definición más coloquial es la de Ellis: “Paciente difícil simplemente es aquel que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago cada vez que lees su nombre en el listado de pacientes del día”¹.

En otro sentido, es interesante considerar una frase de Freud “No me gustaban esos pacientes... Me hicieron enojar y me sentí irritado al experimentarlos, ya que parecían tan distantes de mí mismo y de todo lo que es humano. Esta es una intolerancia asombrosa que me señala como un pobre psiquiatra”², en la que rescata el rol del médico en

lo que respecta a la aceptación del paciente tal como el paciente es y en su formación para contenerlo y atenderlo. Hall³ considera interesante estudiar no sólo las condiciones de un paciente difícil sino también del profesional que lo atiende y, como consecuencia de ello propone cambiar la terminología de “paciente difícil” por “encuentros o relaciones dificultosas”

En lo que nos concierne, el paciente con una herida crónica suele ser “un paciente difícil”, específicamente cuando, pese a lo largo de su padecimiento, somos consultados por él por primera vez. Se considera que en la consulta habitual, uno de cada seis pacientes suele ser difícil⁴.

El objetivo de este trabajo es tratar de discernir por qué el paciente es difícil, poder hacer un diagnóstico lo más cercano posible a la realidad sobre qué es lo que lo hace “difícil” para poder encarar la consulta de manera tal que quien nos está consultando deje de serlo.

Para poder acercarnos a estos objetivos debemos preguntarnos en primera instancia ¿por qué determinado paciente es difícil? Algunos lo son por su padecimiento, otros por su difícil diagnóstico, por su medio ambiente o familiar, algunos por su cobertura de salud, otros por la dificultad en lograr una relación empática y también porque... “*son o somos difíciles*”. En la literatura existen intentos de clasificación de los pacientes según el tipo o modelo que origina su dificultad.

Quienes sufren padecimientos crónicos y frecuentemente recidivantes como el linfedema o la úlcera de miembros inferiores son pacientes difíciles por un conjunto de factores que inciden psico-socialmente sobre su salud y su vida. Más cuando han visitado numerosos centros de atención y prestadores de salud sin una solución aceptable para sus problemas.

Su padecimiento suele ser una causa primordial en su forma de comportarse porque le modifica su imagen corporal (por deformación o por cambios en la postura) o social (dolor, secreciones, fetidez de la herida). Como consecuencia de la cronicidad antes mencionada y de las alteraciones referidas considera alterada su vida social, laboral, psicológica y espiritual.

Por otra parte, muchos de estos pacientes sufren por una posición socioeconómi-

ca deficiente que conspira contra el cumplimiento de las opciones terapéuticas necesarias para su mejoría o curación, su entorno familiar no siempre colabora o se ha agotado por la cronicidad del proceso y los magros resultados de tratamiento o consultas anteriores, o por ineficiencias del sistema sanitario en cuanto a la calidad y calidez de la atención.

Otras veces influyen en una problemática relación médico paciente, barreras sociales, culturales o comunicacionales; también creencias u opiniones divergentes entre ambos. La toma de decisiones en cómo llevar adelante la consulta ante un paciente difícil genera en el equipo de salud una incertidumbre en la toma de decisiones.

La toma de decisiones en la medicina ha sido definida como “*La ciencia de la incertidumbre*”. William Osler⁵ opinaba que “*La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad*”. El tema que estamos tratando genera en los integrantes del equipo de salud una importante incertidumbre en cuanto al manejo de la relación médico paciente.

Es importante conocer las habilidades con que debe contar el profesional para sobrellevar la incertidumbre. En la figura siguiente un esquema nos puede ayudar al tratamiento del tema:

El paciente difícil.

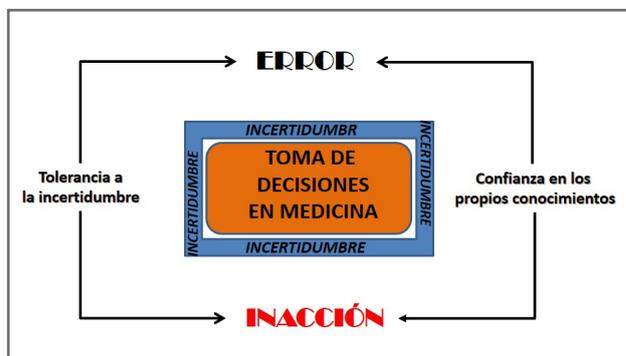


Figura 1. Toma de decisiones en medicina.

Existen dos elementos fundamentales para poder tomar decisiones adecuadas y son, por un lado contar con un nivel importante de tolerancia a la incertidumbre; por otro entender que tenemos la confianza necesaria en nuestros conocimientos sobre la relación médico paciente/familia y las lesiones a tratar. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que un exceso en la tolerancia a la incertidumbre y/o en la profundidad de nuestros conocimientos nos puede llevar, por falta de una consulta o de una búsqueda bibliográfica, al error en nuestra decisión. En sentido contrario, escasa tolerancia o nivel de conocimientos nos puede sumir en la inacción, generando cualquiera de las dos situaciones una atención deficitaria para los pacientes.

LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DIFÍCIL:

Obviamente, para las decisiones ante un paciente difícil es primordial hacer un diagnóstico, lo más certero posible, sobre cuál es la modalidad de la respuesta del paciente que nos consulta ante nuestras preguntas,

propuestas o gestos. El paciente “no difícil” generalmente responde con actitudes o palabras que transmiten su aceptación, expresa su interés en colaborar o afrontamiento de la realidad y de las necesidades de cumplir con determinadas consignas o tratamientos; el “difícil” suele hacerlo manifestando negación, auto conmisericordia o descreimiento en los resultados⁶. Las distintas modalidades en que se expresa o comporta un paciente difícil han sido reseñados por diversos estudios⁷.

CÓMO ENCARARLO:

Una vez que decidimos encarar como difícil la relación inicial con el paciente es necesario tratar de discernir si la causa de la dificultad en la relación es generada por el propio paciente o si tienen predominio en la situación las circunstancias en que él se desenvuelve. Estas circunstancias pueden ser una situación socioeconómica deficitaria que limita o impide su aceptación o cumplimiento de las medidas u opciones terapéuticas que indicamos, un nivel cultural muy bajo, un entorno laboral en el que está acostumbrado a que es él quien lidera y toma las decisiones, una relación íntima, social o familiar problemática, experiencias previas negativas con el sistema sanitario o los profesionales que lo atendieron en cuanto a sus padecimientos, la cronicidad o recidivas de la lesión u opiniones en contra de las ideas que exponemos en esta primera consulta.

Realizado un diagnóstico tendiente a poder abordar en forma relativamente adecuada la consulta el objetivo es lograr una relación médico paciente y familia empática y positiva. Para esto es necesario evitar el inicio de la buena (o aceptable) relación “culpando” al paciente y/o familia por el inicio del padecimiento, por su cronificación o por los fracasos ante los intentos reiterados de curación. También es imprescindible enfrentar a la familia cuando intenta “victimizar” al paciente haciéndolo responsable de los fracasos con los tratamientos realizados.

EL INTERROGATORIO:

Logrado un ambiente coloquial que permita comenzar con el interrogatorio es trascendente en el caso de las heridas crónicas y siendo que con nosotros es su primera consulta, pero atendiendo a que ya ha sido atendido por otros colegas, centrarse en la molestia que genera esta nueva consulta con un nuevo especialista. La etiología de la úlcera pasa a segundo plano ante la causa de su malestar actual. Cuáles son los motivos que ocasionan la necesidad de una nueva y distinta consulta: generalmente dolor, secreción aumentada o supuración, mal olor, edema. Es necesaria una escucha activa del presente del paciente manifestando interés mediante el lenguaje oral, postural y gestual, sin contradecir (en esta instancia) los dichos o actitudes del paciente o su familia u opiniones previas vertidas por otros colegas. Asimismo

es de utilidad manifestar una cierta y lógica preocupación por lo manifestado por el paciente acerca de su sufrimiento y durante el examen semiológico de las lesiones.

LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO

Llegado el momento de indicar el tratamiento el planteo debe sencillo, claro, manifestando una postura segura en nuestras indicaciones, lo que seguramente permitirá lograr la colaboración del paciente y eventualmente de su familia.

Antes de hacer las indicaciones, es necesario dejar bien en claro que el padecimiento de nuestro paciente es una enfermedad crónica, potencialmente recidivante, de tratamiento prolongado. Por lo tanto, debemos comenzar por mejorar su calidad de vida y los factores contraproducentes con nuestros objetivos para más tarde ocuparnos de la solución definitiva del problema.

EL SEGUIMIENTO:

Aquí no terminan los problemas con la atención del “paciente difícil”. Estos pacientes tienen comportamientos complejos luego de la primera consulta: suelen presentar mayor solicitud de consultas que otros pacientes, lo que acarrea nuevos estudios complementarios, derivaciones a otros especialistas y, obviamente mayores gastos, suelen sentirse insatisfechos por los resultados o la atención, cuando se hacen presentes para ser asistidos inciden negativamente en los integrantes del equi-

El paciente difícil.

po de salud, refieren en forma compleja los problemas que (probablemente solo ellos) perciben que los aquejan; por último, su entorno que debería generar una contención social y espiritual habitualmente se ha agotado, es insuficiente o poco adecuado.

Otros inconvenientes en la continuidad de la atención están representados por rechazos o faltas en la adhesión a las indicaciones terapéuticas realizadas, tales como la no aceptación de los cambios sugeridos en diferentes aspectos de sus hábitos de vida, no respetar las indicaciones para el manejo de la herida en lo que se refiere a la importancia en la forma de aplicar los vendajes, la frecuencia de las curaciones, el lavado de manos antes de realizar las curaciones, el lavado de la herida, la protección de la piel circundante, el uso de apósitos indicados y su periodicidad para el recambio, etc.

FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN AL PACIENTE:

El profesional el equipo de salud y el entorno dispuesto para la atención, tienen incidencia en el paciente y en su carácter de "difícil". No es infrecuente que nuestros quehaceres múltiples nos lleven a actuar con cierta prisa en la consulta; que un estrés de tipo laboral sumado a un temperamento propio peculiar nos genere actitudes impropias en la comunicación y una relación negativa con algunos pacientes. Estas actitudes pueden variar o coincidir con otras: Ex-

cesos en los pedidos de exámenes complementarios o indicación de medicamentos, ansiedad durante la consulta, dudas en la toma de decisiones y exponiendo diferentes excusas para tomarlas, o exhibir sus antecedentes y conocimientos como soporte de sus decisiones e indicaciones. Entre estas condiciones sobresalen en el camino para el éxito en la consulta la empatía, la calidad de la comunicación y el contenido ético en las actitudes del profesional, guardando la distancia emocional necesaria⁹.

El entorno en que se realiza la atención, desde la recepción del paciente, el recinto para la espera o los ámbitos para la atención propiamente dicha pueden ser un causal de deficiente relación con los pacientes, ya sea porque existen fallas en lo organizativo (por ejemplo en la fecha y hora para la consulta), esperas prolongadas para el comienzo de la atención, reiteradas interrupciones en la consulta o irrupciones de otras personas durante la misma, etc.

EL PACIENTE AGRESIVO

La relación con un paciente agresivo puede ser más dificultosa y puede migrar desde la sana intención original (como hemos tratado previamente) de comprenderlo y pacientemente tranquilizarlo, hasta sugerirle que dada su forma de actuar convendría que consulte a otro especialista o pedir la colaboración de quien pueda manejarlo eficientemente desde el punto de vista psi-

cológico. Como vimos al tratar de la toma de decisiones, la consulta oportuna es una ayuda para evitar errores de conducta.

Intentar tranquilizar al paciente es nuestro objetivo inicial, no siempre logrado, aunque si logramos el objetivo es posible que se transforme en uno de nuestros pacientes agradecidos. Para obtener resultados favorables y al comienzo de la consulta, cuando la hostilidad no es demasiado manifiesta, es importante dilucidar acerca de cuál es la razón de que lo percibamos como agresivo.

Si la hostilidad es manifiesta no es adecuado tratar de tranquilizar al paciente con razones, palabras o consejos. Es preferible un gesto que signifique que uno se preocupa por el paciente y ofrecerle un asiento, un vaso de agua, un café o un té y hasta que parezca que se ha tranquilizado no es conveniente tratar temas de su consulta o enfermedad. Cuando consideremos logrado el clima de tranquilidad esperado, es el momento de iniciar la consulta como con cualquier otro paciente sin las dificultades señaladas¹⁰.

CONCLUSIONES

El "paciente difícil" es relativamente frecuente en la consulta por heridas crónicas. Los motivos de su forma de actuar se centran en un triángulo conformado por el paciente y su entorno familiar el médico y equipo que lo atiende y el sistema de salud que

lo cubre. EL paciente puede presentar distintos modelos que lo caracterizarán como difícil, pero también el equipo de salud puede tener responsabilidades en la mala relación así como fallas en el sistema sanitario.

Dada la incertidumbre que genera una consulta que comienza con una deficiente relación entre paciente (y o familia) y equipo de salud es responsabilidad de este último tener las competencias necesarias para abordar la consulta en forma que, lentamente se transforme en satisfactoria y permita la atención correcta y útil del paciente.✍

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Garriga XM, Cruz Doménech J.M., Fañanás Lanau N., Allué Buil A., Zamora Casas I y. Viñas Vida R. "Pacientes de trato difícil en atención primaria, una aproximación cuantitativa y cualitativa" *Aten Primaria* 2003;31(4):214-21
- 2 Klugman B. "The difficult patient" Disponible en file:///C:/Users/Usuario/Documents/EL%20PACIENTE%20DIFÍCIL/e2-the-difficult-patient.pdf
- 3 Hall JA. "Some observations on provider-patient communication research". *Patient Educ Couns* 2003; 50:9-12.
- 4 Smith S. "Dealing with the difficult patient". *Postgrad Med J* 1995;1:633-57.
- 5 Loayssa Lara JR., Tandeterb H. "Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas". *Aten Primaria* 2001;28 (8):560-564.
- 6 Steinmetz D, Tabenkin H. The "difficult patient" as perceived by family physicians. *Family Practice* 2001;18:495-500.
- 7 Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the Difficult Patient. *Am Fam Physician*. 2005 Nov 15;72(10):2063-2068.
- 8 Serour M, OthmanH A, Khalifah GA. "Difficult Patients or Difficult Doctors: An Analysis of Problematic Consultations". *Eur J Gen Med* 2009;6(2):87-93.
- 9 Michaelse JJ.. Emotional distance to so-called difficult patients, *Scand J Caring Sci*; 2012; 26:90-97.
- 10 Wilson H. Reflecting on the 'difficult' patient *NZMJ* 2005,118;1-6.

Reglamento para publicación de artículos

La revista **Cicatriz-AR** es el órgano de difusión de la Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH), la cual tiene como objetivo la publicación de artículos de investigación, prevención, diagnóstico y manejo de las heridas y todos los temas relacionados con las mismas.

Tiene una publicación cuatrimestral (tres números por año) y presenta formato digital e impresión en papel. **Cicatriz-AR** se basa en los requisitos para revistas biomédicas, elaborado por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, cuya versión electrónica se encuentra disponible en: <http://www.icmje.org>

Cicatriz-AR publica artículos en castellano, de autores argentinos o extranjeros.

a) El envío de artículos a la Revista Cicatrizar implica que el mismo es original y no ha sido previamente publicado en cualquier otra revista. Solo será considerado el caso cuando los autores cuenten con la aprobación de los editores de ambas revistas.

b) Todos los artículos se deberán remitir por correo electrónico a info@aiach.com.ar

c) Para poder llevar a cabo la publicación de se deben adjuntar y enviar los siguientes documentos:

1. El artículo redactado según las instrucciones abajo mencionadas.
2. Una carta de los autores con sus datos personales, dirección de mail y teléfonos solicitando la evaluación del artículo para su publicación y garantizando que es un artículo original no publicado en otra revista.
3. Detallar que no existen conflictos de interés.
4. Los autores deberán constatar que ceden el derecho a la revista Cicatrizar.

d) Los manuscritos deberán redactarse con procesador word con letra Arial 12 puntos.

e) Las abreviaturas o siglas se limitarán a la cantidad mínima posible y solo serán aceptadas aquellas que se utilizan habitualmente. Las palabras abreviadas con siglas deberán redactarse por completo la primera vez y colocar la sigla entre paréntesis. El título no debe contener abreviaturas ni siglas.

f) La primera página incluirá el título sin abreviaturas en castellano e inglés y los autores (en orden correlativo; colocar también la casilla de correo del primer autor).

g) Se indicará la fecha en la cual el artículo fue presentado para su revisión.

h) Comenzar cada sección en una nueva página. Reseñar en el siguiente orden:

a. Título: sin palabras abreviadas. Puede existir un subtítulo.

b. Autores: en trabajos con más de seis autores, luego del sexto se añadirá "et al".

c. Resumen: debe tener un máximo de 250 palabras, y debe comentar los principales aspectos del desarrollo del trabajo y las conclusiones más relevantes. Debe ser en castellano e inglés.

d. Palabras clave: un máximo de cuatro. Deben colocarse en castellano e inglés.

e. Introducción: define el propósito del artículo. No debe mostrar resultados ni conclusiones.

f. Material y métodos: criterios de selección y exclusión, características de la muestra, detalle de los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados.

g. Resultados: los datos cuantitativos se incluirán en gráficos y tablas para no sobrecargar el texto y mejorar su comprensión.

h. Discusión: debe presentar los aspectos más importantes sobre el marco teórico del trabajo y los aspectos más actuales sobre el tema desarrollado, así como también la comparación con los resultados y conclusiones del trabajo presentado.

i. Conclusión: breve y clara.

j. Bibliografía: las referencias bibliográficas se citarán en secuencia numérica, en formato superíndice, de acuerdo con su orden de aparición en el texto. Ejemplo de reseña bibliográfica:

i. Revista: apellido e inicial del nombre del o de los autores. Título completo en su idioma original. Nombre de la revista, abreviado según la nomenclatura internacional (Index Medicus). Año, volumen, página inicial y final del artículo. Ejemplo: Callaham M. Controversies in antibiotic choices for bite wounds. Ann J. Emerg Med 1998; 17: 1321-1324.

ii. Libro: apellido e inicial del nombre del o de los autores del libro. Título del libro. Ciudad. Editorial y año. Ejemplo: Bologna J.L., Jorizzo J.L., Rapini R.P y col. Dermatología. 1° edición. Madrid. Elsevier, 2004.

iii. Capítulo de Libro: apellido e inicial del nombre del o de los autores del capítulo. Título del capítulo. Apellido e inicial del nombre del o de los autores del libro. Título del libro. Número de edición. Ciudad. Editorial, año: números de páginas Ejemplo: Linn P, Phillips T. Ulceras. En Bologna J.L., Jorizzo J.L., Rapini R.P y col. Dermatología. 1° edición. Madrid. Elsevier, 2004: 1631-1649.

iv. Artículo de revista publicado en internet: Pinos Laborda P, Garrido A. Heridas producidas por picaduras y mordeduras. Servicio de Urgencias hospital Universitario de Zaragoza. España. Disponible en: <http://www.emergencias.es.org>

i) Tablas y gráficos: estarán numerados según el orden de aparición en el desarrollo del texto y colocados al final del mismo.

j) Las ilustraciones en blanco y negro o color deben ser remitidas en forma individual, y las leyendas, a doble espacio, en página separada. Las imágenes deberán ser enviadas en formato JPEG a no menos de 300 DPI.

k) Incluir los permisos para reproducir material ya publicado o para el uso de ilustraciones que puedan identificar a personas.

l) Se debe revisar minuciosamente la redacción y el estilo antes de enviar el manuscrito.

m) Artículos considerados para publicación:

a. Artículo original: relacionado con investigación básica o clínica sobre heridas. Informes científicos de los resultados de investigaciones básicas, técnicas, diagnósticas, terapéuticas o clínicas originales. El texto no debe exceder las 3.000 palabras, con un resumen de hasta 250 palabras (traducido al inglés) y un resumen analítico de no más de 150 palabras, un máximo de 10 tablas y figuras y hasta 40 referencias bibliográficas no superior a 10 años de antigüedad, a excepción de bibliografía histórica relacionada con el inicio de un procedimiento.

b. Artículo especial: incluye datos y conclusiones personales, grupales o de un equipo de especialistas habitualmente enfocados en áreas como política económica, ética, leyes o suministro de la atención de la salud. El texto no debe exceder las 3.000 palabras, con un resumen de hasta 250 palabras (traducido al inglés) y un resumen analítico de no más de 150 palabras, un máximo de 10 tablas y figuras y hasta 40 referencias bibliográficas.

c. Artículo de revisión: generalmente editados por el director, el comité de redacción o los revisores de la revista.

d. Casos clínicos: informes breves que describen observaciones y tratamiento de pacientes con interés en la especialidad: el texto está limitado a 1.500 palabras. El trabajo deberá estructurarse de la siguiente manera: resumen de hasta 100 palabras (traducido al inglés), introducción breve, de no más de 50 palabras, caso clínico, comentarios y conclusiones. La presentación puede tener un máximo de 5 tablas y figuras y hasta 10 referencias bibliográficas.

e. Ateneos de casos complejos: casos de pacientes complejos tratados en ateneos hospitalarios. Deben contener un documento con la autorización de los asistentes al ateneo y autorización del hospital para su publicación.

f. Resumen de reuniones científicas y congresos: generalmente realizados por los integrantes de la comisión directiva, socios titulares u honorarios.

g. Cartas de lectores: comentario de no más de 500 palabras sobre las publicaciones arriba mencionadas. Serán evaluadas por el comité revisor y publicadas en el siguiente número de la revista (miembros titulares y adherentes).

h. Actualizaciones en heridas: resúmenes de artículos nacionales o internacionales de interés, realizados por el comité de redacción.

n) Revisión del trabajo: una vez recibido el trabajo el mismo pasa al comité revisor, el cual tendrá un plazo de un mes para evaluar el trabajo y dar respuesta a los autores. El artículo puede tener las siguientes categorías:

a. Aceptado para publicación

b. Aceptado con correcciones (el plazo para publicación dependerá de las correcciones a realizar)

c. Rechazado con correcciones (necesita correcciones mayores antes de ser aceptado)

d. Rechazado

La Dirección se reserva el derecho de rechazar artículos por razones técnicas, científicas, porque no se ajusten estrictamente al reglamento o porque no posean el nivel de calidad mínimo exigible acorde con la jerarquía de la publicación. En los casos en que por razones de diagramación o espacio se estime conveniente, podrán efectuarse reducciones o modificaciones del texto, o material gráfico, así como correcciones de estilo que no afecten los conceptos o conclusiones del artículo, sin previa autorización de los autores.

o) La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores.

p) La revista Cicatrizar, con la recepción del trabajo y la autorización del autor, adquiere los derechos y la propiedad del material remitido. Este no podrá ser reproducido ni publicado en otra revista sin la autorización expresa del comité editorial.

Iruxol[®]

colagenasa-cloranfenicol

Desde el principio al fin

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON IRUXOL^{1,2}

- 1.** *Disminuye el riesgo de contaminación de la herida.³*
- 2.** *Además de ofrecer un desbridamiento efectivo, promueve la angiogénesis y favorece la epitelización. Puede utilizarse desde el principio hasta el cierre de la herida.¹*
- 3.** *Actúa en forma sinérgica con la colagenasa autóloga acelerando el proceso natural de cicatrización.^{3,4}*
- 4.** *Provee una acción combinada con proteasas asociadas asegurando la digestión de todos los componentes proteicos de la herida, intensificando el efecto de limpieza de la misma.¹*
- 5.** *Brinda un ambiente óptimo que favorece el proceso de cicatrización.⁵*



PRESENTACIONES

Iruxol[®] ungüento x 15 gramos
Iruxol[®] ungüento x 30 gramos
Iruxol[®] ungüento x 50 gramos

 **pami 60%**
DESCUENTO

Referencias

1. Último prospecto de Iruxol aprobado por ANMAT.
2. Chronic Wound Care Guidelines. Abridged Version from Wound Healing Society's Chronic Wound Care Guidelines published in December 2006.
3. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.
4. Gregory Schultz, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg 2003;11:1-28.
5. Adisbeth Morales-Burgos, et al. Postoperative Wound Care After Dermatologic Procedures: A Comparison of 2 Commonly Used Petrolatum-Based Ointments. J Drugs Dermatol. 2013;12(2):163-164.

La información de prescripción completa se encuentra a disposición de los profesionales médicos en la Dirección Médica de Abbott Laboratories Argentina S.A. Ing. E. Butry 240 - Piso 12 - C1001AFB. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel (011) 5776-7200 o en nuestra página web: www.abbottlab.com.ar

Material de uso exclusivo para Profesionales de la Salud

WOUND CARE


Abbott