

Granuloma a cuerpo extraño (Tinta Roja del Tatuaje). Reporte de un caso.

MARLENE RAMÍREZ ESPINAL

Médico residente segundo año de Dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

LORYART MARTE GRULLÓN

Médico residente de tercer año de Dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

GERARDO FLORES SOLAEGUI

Médico residente de cuarto año de Dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

DENIS MARTÍNEZ

Médico dermatóloga, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

NERYS CHARLES RAMÍREZ

Médico patólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia: marlene_re@hotmail.com

Resumen. Los granulomas son formaciones nodulillares de carácter inflamatorio productivo, por lo común de 1 a 2 mm de diámetro, constituidas esencialmente por macrófagos; los cuales se clasifican histológicamente en tuberculoides, sarcoides y de cuerpo extraño. Un granuloma de cuerpo extraño se caracteriza histopatológicamente por la presencia de un material extraño identificable, rodeado de histiocitos, células gigantes multinucleadas y un número variable de otras células inflamatorias. Como tratamiento se han utilizado corticoides tópicos o intralesionales e inmunomoduladores tópicos como el tacrolímus o pimecrolímus, con resultados variables. En este caso presentamos una femenina de 25 años de edad, fototipo IV de Fitzpatrick, quien acude a consulta por dermatosis que afecta dorso de pie derecho de 2 meses de evolución, pruriginosa y dolorosa, con antecedentes de haberse realizado tatuaje en dicha área realizado 2 años previos. **Palabras clave:** *Granuloma por cuerpo extraño, Cuerpo extraño, Tatuaje, Tinta Roja.*

Foreign body granuloma. Case report

Abstract. The granulomas are nodulillares productive formations inflammatory character, usually of 1-2 mm in diameter, consisting essentially of macrophages; which are classified histologically in tuberculoid, sarcoid and foreign body. A foreign body granuloma is histologically characterized by the presence of an identifiable foreign material, surrounded by histiocytes, multinucleated giant cells and a variable number of other inflammatory cells. As treatment were used topical or intralesional corticosteroids and topical immunomodulators tacrolimus or pimecrolimus like, with varying results. Here we present a female 25 years old, Fitzpatrick skin type IV, who comes in for dermatosis affecting dorsum of the right foot of two months of evolution, itchy and painful, with a history of tattoo in that area made two years prior.

Keywords : *foreign body granuloma, foreign body, Tattoo, Red Ink.*

INTRODUCCIÓN

Los granulomas son formaciones nodulillares de carácter inflamatorio productivo, por lo común de 1 a 2 mm de diámetro, constituidas esencialmente por macrófagos. Ellas se explican por la presencia local de un agente causal insoluble. En los granulomas puede haber fenómenos alterativos, como necrosis, además, otras células de carácter inflamatorio, como polinucleares, linfocitos y plasmocitos; puede haber vasitos de neoformación, fibroblastos y fibrillas colágenas.^{1,2} El granuloma por reacción a cuerpo extraño está constituido por macrófagos, células epiteloides y, característicamente, por células gigantes. Los granulomas se clasifican en tuberculoides, sarcoides, en empalizada, supurativos y de cuerpo extraño.¹ Con frecuencia se observan hallazgos inmunológicos, como factores desencadenantes, depresión de la inmunidad celular y respuesta inmune de Th1 en los sitios donde se encuentra la enfermedad, puede encontrarse inmunocomplejos circulantes con signos de hiperactividad de células.^{3,4}

Un granuloma de cuerpo extraño se caracteriza histopatológicamente por la presencia de un material extraño identificable, rodeado de histiocitos, células gigantes multinucleadas y un número variable de

otras células inflamatorias. De acuerdo con el mecanismo de producción los granulomas de cuerpo extraño se pueden clasificar en granulomas de cuerpo extraño secundarios a traumatismos, por productos cosméticos, por causas laborales o post-quirúrgicos y por reacción a cuerpo extraño.⁴

Los tatuajes se realizan mediante la aplicación de una tinta de tatuaje en la dermis, donde la tinta queda permanentemente. La mayoría de los pigmentos utilizados para el tatuaje son realizados con sales metálicas: cobalto en el color azul, cromo en el color verde, cadmio en el color amarillo, manganeso en el purpura, y otros colores son el resultados de pigmentos orgánicos como el color rojo, que es el que con más frecuencia da problemas.^{5,6} Se han descrito como complicación de los tatuajes enfermedades infecciosas, la aparición en las zonas tatuadas de lesiones de dermatosis subyacente, acantosis, papilomatosis y están descritas reacciones de tipo liquenoide, granulomatosas (granuloma de tipo sarcoides y de tipo cuerpo extraño).^{6,7}

La clínica en todas ellas es inespecífica y suele cursar con prurito y sobre-elevación de las zonas afectadas.⁷

Se ha reportado el uso de prednisona a dosis de 50 mg al día vía oral, sin embargo, la mayoría de las reacciones a tatuajes persisten durante meses o años. Se ha empleado tratamiento con corticoides tópicos o intralesionales, y el uso de inmunomoduladores tópicos como el tacrolimus o pimecrolimus, con resultados variables.⁸⁻¹⁰

Hoy en día, la terapia con láser, no asegura la eliminación completa del pigmento en la piel. El uso de laser también conlleva algunos riesgos, por ejemplo, las deformidades como consecuencia de la reacción inflamatoria adicional que se forma o la modificación del color del pigmento en la dermis, como consecuencia de las reacciones de reducción de algunos pigmentos que contienen hierro.^{8,9,10}

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 25 años de edad, fototipo IV de Fitzpatrick, soltera, ama de casa, procedente y residente en Santo Domingo, quien acude a consulta del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, por dermatosis que afecta dorso de pie derecho de 2 meses de evolución, pruriginosa y dolorosa, con antecedente de tatuaje en dicha área realizado 2 años previos.

Al examen físico dermatológico presenta dermatosis constituida por numerosas placas eritematosas de 1-3 cm de diámetro aproximadamente, de bordes definidos, regulares, con centro violáceo, exulcerado, algunas de las lesiones supurando contenido seropurulento de aspecto impetiginizado. *Figuras 1 y 2.*



Fig 1. Placa eritematosa de bordes definidos, regulares, con centro violáceo, exulcerado.



Fig 2. Placa eritematosa de 1-3 cm de diámetro aproximadamente, centro violáceo, exulcerado con salida de material seropurulento de aspecto impetiginizado

Ante esta clínica se establece el diagnóstico de granuloma a cuerpo extraño, se procede a realizar toma de muestra de piel para estudio histopatológico recibiendo como resultados datos de: dermatitis perivascular e intersticial más mucinosis focal y demarcación de membrana basal, con sugerencia de investigar collagenopatía, ya que en la tinción con Hierro coloidal se visualiza ligero depósito de mucina en dermis. *Figuras 3 y 4.*

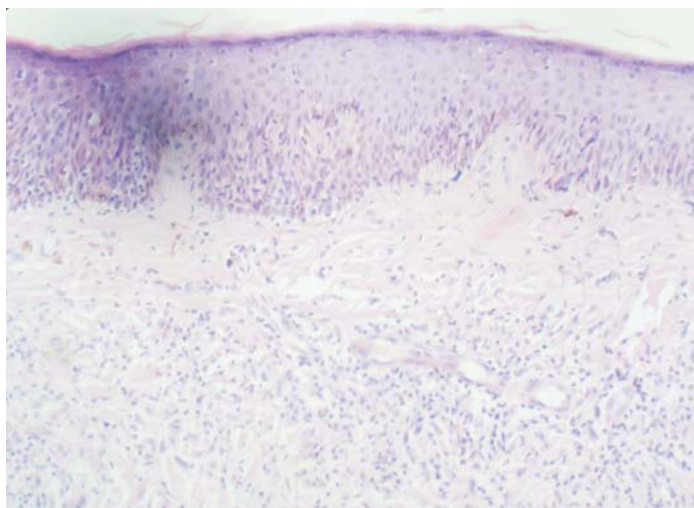


Fig. 3. Infiltrado inflamatorio HE10x

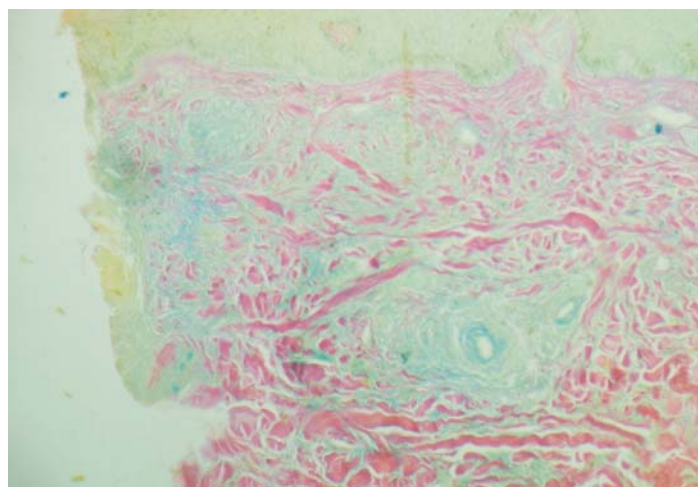


Fig. 4. Depósito de mucina a nivel de la dermis. HE10x

Se cita paciente, para correlación clínico-patológica en donde se solicita nueva biopsia. En busca de conclusión diagnóstica se le realiza una segunda biopsia encontrándose: epidermis que revela excoriación focal, acantosis y elongación de redes de crestas, en dermis subyacente se observa células gigantes multinucleadas fagocitando pigmento negruzco. *Figuras 5, 6 y 7.* Con un diagnóstico histopatológica dermatitis granulomatosa a cuerpo extraño, se observa pigmento exógeno, correspondiente a la tinta (tatuaje). En la nueva correlación clínico-patológica se concluye con reacción a cuerpo extraño (pigmento usado en tatuaje).

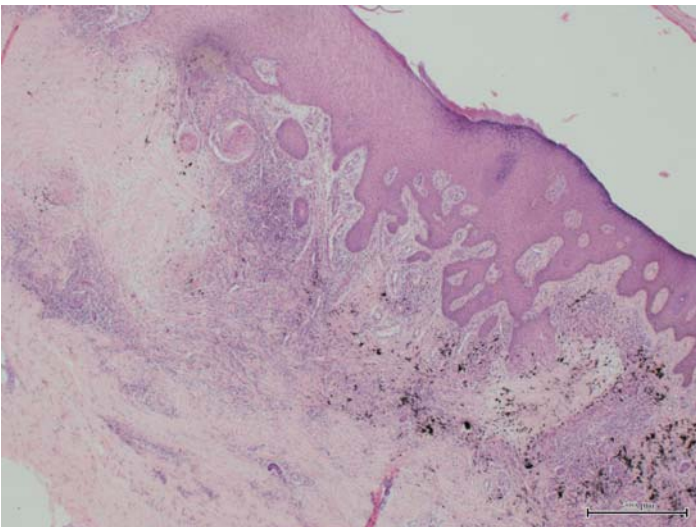


Fig. 5. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa de la epidermis. Dermis ocupado por pigmento negrozco, rodeado densos infiltrados de células epitelioides y linfocitos HEX10x

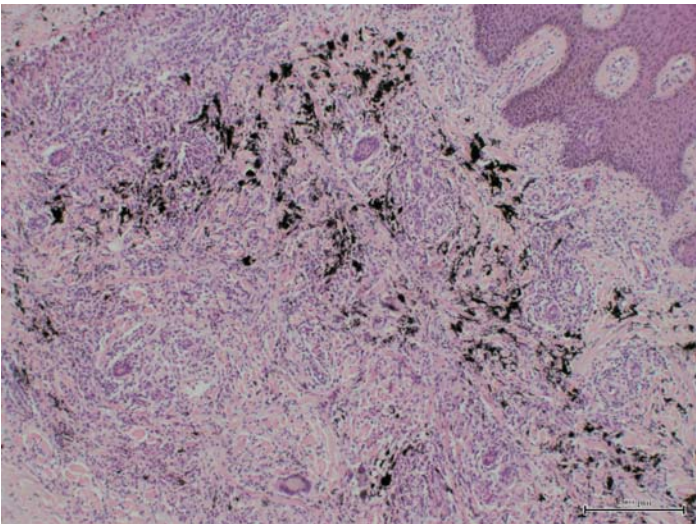


Fig. 6. Células epitelioides y gigantes fagocitando el pigmento exógeno HE20x

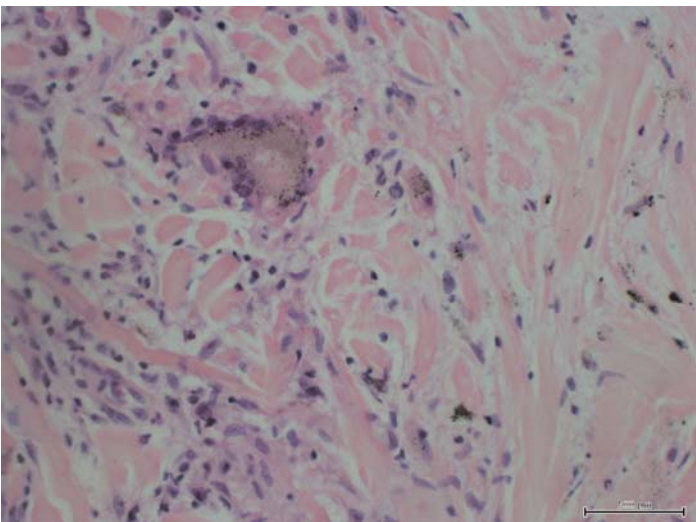


Fig. 7. Celulasepitelioidesdispersas ycelulas gigantes fagocitando el pigmento HE40x

Por lo que se realizan estudios paraclínicos como: hemograma, glicemia, examen de orina, HIV, VDRL; cuyos resultados estaban dentro de parámetros regulares, también se realizó eritrosedimentación reportando 22mm/h, se solicitaron pruebas de collagenopatías: ANA y Anti-DNA las cuales estaban dentro de parámetros de referencias.

Se instauro tratamiento en una primera visita haciendo énfasis en las medidas de higiene, donde se recomienda lavar lesiones con jabón de clorhexidina así como el uso de antibiótico tópico, tipo Gentamicina, para aplicar cada 12hrs. Posterior al uso de dicha terapéutica y en vista de mejoría de proceso infeccioso sobreagregado, se inicia tratamiento con esteroides intralesiones tipo triamcinolona 10mg, donde se infiltra 1cc en lesiones cada 4 semanas para un total de 3 dosis, obteniendo mejoría clínica evidente.

DISCUSIÓN

El pigmento que se deposita en la dermis desencadena una respuesta granulomatosa, que puede ser de tipo sarcoideo, siendo estos localizados o generalizados (como manifestación de una sarcoidosis sistémica). Aparece meses e incluso años después de practicado el procedimiento. Los pigmentos más asociados a estas reacciones son el rojo, verde, azul y rojo violáceo.^{6,7} En relación a la clínica, se describen pápulas que confluyen formando placas sobre elevadas de consistencia firme, como lo observado en nuestro caso, con placas sobre elevadas, de superficie lisa, firme, brillante, en donde el estudio histopatológico demuestra un infiltrado denso inflamatorio de células gigantes que fagocitan un pigmento negrozco en la dermis.⁶; tal es el caso que se reporta en el trabajo publicado en el año 2009 por Rodríguez Acar y cols en la revista del centro dermatológico de Pascua.¹¹

Para el tratamiento de los granulomas a cuerpo extraño en un artículo publicado por Mataix J y cols; en Actas dermosifilograficas, en el año 2010, se reporta el uso de prednisona a dosis de 50 mg al día vía oral, así como el uso corticoide tópicos o intralesionales, tipo triamcinolona, se ha descrito también el uso de inmunomoduladores tópicos como el tacrolimús o pimecrolimús^{8,9,10} con resultados variables. En nuestro caso se empleó triamcinolona intralesional, sin necesidad de corticoterapia de manera vía oral, obteniendo mejoría evidente.

CONCLUSIÓN

Hoy en día el uso de tinturas cosméticas ha ido en aumento, dentro de los efectos secundarios por lo que debemos estar conscientes de la probable aparición del granuloma a cuerpo extraño que tiene predilección por la tinta roja o reacciones sarcoideas en las áreas donde se han realizado implantes estéticos. El pronóstico de estos pacientes va a depender del tamaño del granuloma y de la característica clínica, ya que si se encuentra ulcerado debe iniciar el tratamiento con antibioterapia ya sea tópico o vía oral, por lo que retardará el tratamiento que irá dirigido a disminuir la actividad inmunitaria contra el cuerpo extraño detectado y consigo el tamaño del granuloma.

En nuestro caso hemos utilizado infiltraciones de triamcinolona un glucocorticoide sintético, utilizado como antiinflamatorio e inmunosupresor, documentado en la literatura observándose buenos resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Izquiero M, Requena L. Granulomas por cuerpos extraños. *Actas Dermosifiliográficas*. 1999; 90 (11): 543-57.
- 2- Chuaqui B, González S, editores. *Inflamación granulomatosa. Manual de Patología general*. 2ª ed. Santiago, Chile: En: Universidad Católica de Chile; 1999.
- 3- Macaluso J. Tatuó sarcoidosis. Jueves, 29 de agosto de 2013. URL disponible en <http://www.elrincondelamedicinainterna.com/2013/08/tatoo-sarcoidosis.html>.
- 4- Klitzman B, Koger E. Tintas para tatuajes. 16 julio 2007. URL disponible en: .
- 5- Novoa A, Torras B, Curell R. Reacción granulomatosa a cuerpo extraño, a sílice, silicona y ácido hialurónico, en paciente con sarcoidosis inducida por interferón. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104 (10):920-3.
- 6- Dr. Didac B. Sarcoidosis cutánea. Agosto 13 del 2014. URL disponible en: .
- 7- Begoña F, Díez P, Sierra C. Complicaciones y cuidados de los piercings y los tatuajes. *dermatológica. Enfermería dermatológica*. 2012; 15.
- 8- Mataix J, Silvestre J. Reacciones cutáneas adversas por tatuajes y piercings. *Actas Dermosifilogr*. 2009; 100 (8):643-56.
- 9- Ramirez A, Hernández-Gil A, Brufau C, Marín N. Dermatitis de contacto alérgica a tatuajes temporales de henna. *Actas Dermosifiliogr*. 2007; 98 (2):91-5.
- 10- Lapresta A, Perez C. Lesiones Faciales tras tatuaje. *Actas Dermosifiliogr*. 2010; 101(10): 889-90.
- 11- Rodríguez AMC y cols. Reacción granulomatosa por tatuaje cosmético. *Rev Cent Dermatol Pascua*. Vol. 18, Núm. 3 • Sep-Dic 2009.

Reacción a picadura de Cimícido (Chinche). Reporte de un caso.

YADELKIS GARCÍA VARGAS

Médico residente de segundo año de dermatología, IDDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

LORYART MARTE GRULLÓN

Médico residente de tercer año de dermatología, IDDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

GERARDO FLORES SOLAEGUI

Médico residente de cuarto año de dermatología, IDDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

MIGUELINA MEJÍA

Médico dermatólogo, IDDCP -DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia a: draygarcia@gmail.com

Resumen. La chinche de cama (*Cimex lectularius*) pertenece a la familia Cimicidae, del orden Hemiptera, cuya picadura ocasiona lesiones clínicas polimorfas que van desde pápulas eritematosas, pruriginosas e indoloras hasta reacciones anafilácticas, en raras ocasiones. Su diagnóstico es clínico y la identificación del artrópodo es fundamental, lo que hace difícil su diagnóstico y su diferencia frente a otras lesiones por picaduras de insectos. Presentamos un caso clínico de reacción a picadura de Cimícido (*Cimex lectularius*) en paciente femenina de 50 años de edad en cuyo caso la paciente trajo el espécimen y se pudo identificar el insecto, del mismo modo los artículos citados establecen que el uso de ivermectina está rezagada, en nuestro caso se decide utilizarla en combinación con antihistamínicos, sin esteroides tópicos obteniendo una resolución total de las lesiones en 15 días. **Palabras claves:** *Cimex lectularius*, chinche de cama, reacción a picadura.

Cimícido bite reaction (bug). Case report.

Abstract. The bedbug (*Cimex lectularius*) belongs to the Cimicidae family, Hemiptera order, whose bite causes clinically polymorphous lesions ranging from erythematous, pruritic, painless papules to anaphylactic reactions, rarely. Its diagnosis is clinical and identification of arthropod is essential, making a difficult diagnosis and their differentiation of other injuries insect bites. We report a case of a bedbug bite reaction in a 50 years old female in which case we could identify the insect, and although the use of ivermectine is uncommon, we decided to use it in our patient with antihistamines and without topical steroids obtaining a resolution of lesions in 15 days. **Key words:** *Cimex lectularius*, bedbug, bite reaction.

INTRODUCCIÓN

La *Cimex lectularius*, Figura 1, también conocida como chinche del murciélago, chinche golondrina o chinche de cama, es un miembro de la familia Cimicidae, del orden Hemiptera que afecta a los seres humanos como una ectoparasitosis de distribución mundial, cuyo origen es incierto, sin embargo se cita al medio oriente como uno de los primeros lugares en donde se reportaron casos, posteriormente se diseminó a Europa reportándose en Inglaterra a mediados de 1583.¹ Su diseminación se produce de forma pasiva (a través de equipajes, muebles, ropa o colchones) o activa (entre habitaciones y viviendas a través de tuberías).²



Figura 1. Chinche *Cimex lectularius*, hembra adulta, vista dorsal. Disseminated bullous eruption with systemic reaction caused by *Cimex lectularius*, JEADV 2003.

La infestación por la chinche de cama constituye un problema de salud mundial que va en aumento.³ Los métodos óptimos para su control y erradicación aún no son claros y es que su erradicación suele ser difícil debido a altas tasas de migraciones, resistencia a los insecticidas y que estos pueden sobrevivir hasta un año sin alimentarse.⁴

Estos insectos se pueden observar fácilmente, no poseen alas, pueden ser ovalados o planos, de color marrón rojizo, con tres pares de patas, una cabeza ancha con un par de antenas prominentes y miden entre 5 a 7 mm de longitud, siendo las hembras ligeramente más pequeñas que los machos.⁴

Se caracterizan por producir picaduras durante la noche atraídos por la percepción de la temperatura corporal y por la liberación de dióxido de carbono por el paciente.^{1, 2, 3, 5} Se alimentan por lo general cada 3-5 días durante 4-10 minutos y una hembra puede producir 200-500 huevos en toda su vida con una supervivencia promedio de 6-12 meses.^{1, 5, 6}

Las reacciones cutáneas secundarias a la picadura de las chinches son variables, presentándose en un periodo de minutos hasta 9 días posteriores, siendo éstas dependientes de exposiciones previas y de una respuesta inmunológica retardada.^{3, 4, 7, 8} En la mayor parte de los casos producen una molestia que suele ser transitoria, aunque no se debe ser considerada inocua, pues puede producir complicaciones locales y sistémicas, así como estrés emocional.⁶

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 50 años de edad, fototipo IV de Fitzpatrick, casada, empleada privada, natural y residente de Santo Domingo, República Dominicana, quien acude a consulta del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, por dermatosis que afecta tronco y extremidades superiores de 2 semanas de evolución, pruriginosa.

Al examen físico dermatológico se evidencia dermatosis constituida por múltiples pápulas y placas eritematosas, de bordes irregulares, bien delimitadas y algunas pápulas con microvesícula central. *Figura 2.*



Figura 2. Pápulas y placas eritematosas, de bordes irregulares, bien delimitadas y algunas pápulas con microvesícula central.

Se realizaron estudios paraclínicos hemograma, glicemia, examen general de orina, Inmunoglobulina E, antiestreptolisina O y VDRL dentro de los límites de referencia, negativo y no reactivo respectivamente. El departamento de micología realiza una identificación del insecto, que la paciente trae al momento de la consulta, y confirman que es compatible con una chinche de cama, *Cimex lectularius*. *Figura 3.*



Figura 3. Vista al microscopio de cara dorsal de Chinche de cama, *Cimex lectularius*, 4X.

De acuerdo a los hallazgos clínicos y la identificación del artrópodo se instauro tratamiento con énfasis en la educación sanitaria, asimismo se administra manejo farmacológico a base de Ivermectina 6mg (Ivexterm®): 2 tabletas de inicio y 2 tabletas en 7 días vía oral; Hidroxicina 25mg (Atarax®): 1 tableta en la noche por 5 días vía oral, con una evolución satisfactoria en un periodo de 15 días. *Figura 4.*



Figura 4. Fotos controles de la paciente a los 15 días postratamiento.

DISCUSIÓN

Las chinches de cama que pueden alimentarse de los humanos se agrupan en aproximadamente siete especies diferentes, incluyendo la chinche tropical *Cimex hemipterus*, que se encuentra principalmente en los trópicos, la *Leptocimex boueti*, que se encuentra en el África occidental y la chinche *Cimex lectularius* la cual es considerada como la chinche que pica al humano más común; está distribuida en todo el mundo y fue la especie identificada en nuestra paciente.⁴

Según los datos bibliográficos, clínicamente la picadura por *Cimex lectularius* produce pápulas eritematosas, pruriginosas, indoloras que siguen un trayecto lineal denominado desayuno, almuerzo y cena, también se describe que pueden seguir un patrón al azar.^{1,3,6,7,8} Siendo este la presentación clínica de nuestra paciente. Asimismo, se describe que, en raras ocasiones, pueden producir lesiones ampollares debido a una reacción de hipersensibilidad mediada por IgE a los componentes salivares del insecto como la nitroforina.⁷ Las picaduras se producen en áreas del cuerpo expuestas durante el sueño como: brazos, hombros, tórax anterior y miembros inferiores.^{1,2,3,7}

Las chinches de cama pueden estar infectadas con al menos 40 diferentes patógenos humanos^{3,5,6,7,11} y se presume que su picadura transmite enfermedades tales como hepatitis B, leishmaniasis, lepra, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o enfermedad de chagas, sin embargo, la literatura no es concluyente al respecto, pues aún no se han demostrado casos que puedan ser relacionados con este insecto como vector.^{1,2,3,8,6,11}

El diagnóstico es clínico y se confirma cuando se logra identificar el insecto, siendo la biopsia uno de los últimos recursos diagnósticos;^{1,6,7,8} en nuestro caso no fue necesario realizarla por la identificación oportuna del insecto.

La histopatología demuestra infiltrados inflamatorios perivasculares con abundantes eosinófilos, linfocitos y células plasmáticas, edema entre los haces de colágeno de la dermis,^{6,8} a menudo hay presencia de vesiculación subepidérmica y extravasación de eritrocitos.^{2,4} Estos datos no son patognomónicos⁸ y son similares a las reacciones ocasionadas por otros insectos,² pero son útiles en pacientes con una presentación clínica atípica.⁸

En cuanto al diagnóstico diferencial se debe realizar de acuerdo a las características clínicas de las lesiones, dentro de los más frecuentes se encuentran las picaduras por cualquier insecto (mosquito, arañas), escabiasis, erupción medicamentosa o alimentaria, penfigoide ampollar^{4,6,7} y urticaria papular.⁸

No existen tratamientos específicos y las reacciones clínicas tienden a ser tratadas empíricamente semejante a las picaduras por otros insectos e incluso en algunos casos no es necesario,^{2,6,8,9} pues las

picaduras son autolimitadas y las lesiones tienden a desaparecer en 1 a 2 semanas una vez que se erradican las chinches.^{2,9}

Dentro de los pilares básicos del tratamiento están las medidas de higiene (lavar la ropa, maletas, muebles con agua hirviendo)¹⁰ sellar las grietas y hendiduras donde se refugian y la utilización de pesticidas. Asimismo, es importante realizar un seguimiento de los casos³ en un periodo de 10-21 días para constatar la curación y erradicación de los insectos.²

Por otro lado, dentro del tratamiento farmacológico se pueden utilizar esteroides tópicos^{2, 8, 12} de mediana³ o alta potencia⁶ para controlar la inflamación, y antihistamínicos que proporcionan alivio del prurito^{2, 8, 12}; a pesar de esto existen reportes de casos en los cuales este tratamiento es inefectivo.³ Salvo que exista una sobreinfección bacteriana se utilizaran antibióticos tópicos (mupirocina) o sistémicos³ o lociones antisépticas.^{1,4} En casos de que se desarrollen reacciones sistémicas graves y anafilaxia se usa adrenalina intramuscular, corticosteroides sistémicos y antihistamínicos.^{3,9}

Por último, dado que no existe un consenso de manejo, uno de los nuevos enfoques consiste en la utilización de un agente vía oral con

propiedades antiparasitarias como la ivermectina, pues se ha utilizado con éxito en ectoparasitosis semejantes como la escabiasis y la pediculosis.¹² En el caso de nuestra paciente se consideró su utilización a dosis de 0.2 mg/kg/día en dos tomas separadas por 7 días, debido a que al provocar una liberación del fármaco a nivel sanguíneo al recibir una picadura y succionar sangre conlleva a la muerte del microorganismo, por lo que se también permite de forma indirecta el control de la infestación en el hogar. Además, se destaca el uso de un antihistamínico de primera generación, sin necesidad de utilizar esteroides tópicos, con excelentes resultados a los 15 días postratamiento por lo que coincide con los autores en que esta entidad puede tener resolución espontánea una vez se elimina el agente causal.

CONCLUSIÓN

Es fundamental que ante la sospecha clínica de una reacción a picadura por chinche común se identifique el agente, pues esto evita intervenciones médicas inapropiadas. Es esencial que al momento del tratamiento la educación sanitaria sea considerada como parte integral, de igual forma a pesar de que el uso de la ivermectina no está documentado ampliamente en la literatura, como se hace notar en nuestro caso tuvo buena respuesta al tratamiento por lo que esta podría ser una opción terapéutica a tener en cuenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zúñiga Carrasco I, Lozano J. Chinches de la cama: una ectoparasitosis intradomiciliaria subestimada. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría* [serie en internet]. 2012 [citado noviembre 19, 2014]; 26(101): 178-184. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b16a1b78-1cdf-41f9-af11-ccc8207844ab%40sessionmgr112&vid=1&hid=124>
- Kolb A, Needham G, Neyman K, High W. Bedbugs. *Dermatologic Therapy* [serie en internet]. 2009 [citado noviembre 19, 2014]; 22: 347-352. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=21aa7b52-4762-48c5-8752-34b1f47c1520%40sessionmgr4002&vid=7&hid=4114>
- Goddard J, deShazo R. Bed Bugs (*Cimex lectularius*) and Clinical Consequences of Their Bites. *JAMA* [serie en internet]. 2009 [citado en noviembre 19, 2014]; 301(13):1358-1366. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=183643>
- Thomas I, Kihiczak G, Schwartz R. Bedbug bites: a review. *International Journal Of Dermatology* [serie en internet]. 2004 [citado noviembre 19, 2014]; 43(6): 430-433. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=21aa7b52-4762-48c5-8752-34b1f47c1520%40sessionmgr4002&hid=4114>
- Delaunay P, Blanc V, Del Giudice P, Levy-Bencheton A, Chosidow O, Brouqui P, et al. Bedbugs and infectious diseases. *Clinical Infectious Diseases: CID* [serie en internet]. 2011 [citado noviembre 18, 2014]; 52(2): 200-210. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=21aa7b52-4762-48c5-8752-34b1f47c1520%40sessionmgr4002&hid=4114>
- Vera CI, Orduna T, Bermejo A, Leiro V, Maronna E. Dermatitis por picaduras de cimicidos. *Dermatol. Argent* [serie en internet]. 2012. [citado en noviembre 18, 2014]; 18(4): 295-300. Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/867/522>
- Doggett S, Russell R. Bed bugs - What the GP needs to know. *Australian Family Physician* [serie en internet]. 2009 [citado noviembre 22, 2014]; 38(11): 880-884. Disponible en: http://medent.usyd.edu.au/bedbug/papers/doggett_2009_afp.pdf
- Criado P, Belda Junior W, Criado R, Vasconcelos e Silva R, Vasconcelos C. Bedbugs (*Cimicidae* infestation): the worldwide renaissance of an old partner of human kind. *Braz J Infec Dis* [serie en internet]. 2011 [citado noviembre 22, 2014]; 15(1): 74-80. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=21aa7b52-4762-48c5-8752-34b1f47c1520%40sessionmgr4002&hid=4114>
- Doggett S, Dwyer D, Peñas P, Russell R. Bed bugs: clinical relevance and control options. *Clin. Microbiol. Rev* [serie en internet]. 2012 [citado noviembre 11, 2014]; 25(1): 164-192. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3255965/>
- Delaunay P. Human travel and traveling bedbugs. *Journal Of Travel Medicine* [serie en internet]. 2012 [citado noviembre 18, 2014]; 19(6): 373-379. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=21aa7b52-4762-48c5-8752-34b1f47c1520%40sessionmgr4002&hid=4114>
- Benoit J, Attardo G. Mechanisms that contribute to the establishment and persistence of bed bug infestations. *Terrestrial Arthropod Reviews* [serie en internet]. 2013 [citado noviembre 19, 2014]; 6(3): 227-246. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=21aa7b52-4762-48c5-8752-34b1f47c1520%40sessionmgr4002&hid=4114>
- Huntington M. When bed bugs bite. *Journal Of Family Practice* [serie en internet]. 2012 [citado noviembre 19, 2014]; 61(7): 384-388. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&sid=21aa7b52-4762-48c5-8752-34b1f47c1520%40sessionmgr4002&hid=4114>

73th Annual Meeting American Academy of Dermatology

San Francisco, California, EEUU

20 - 24 Marzo 2015

Cóctel del CILAD en el Meeting de la American Academy of Dermatology.

San Francisco – California, EEUU

22 de marzo de 2015

Centro Internacional de Exposiciones y Convenciones WTC.

Distrito Federal - México.

08 al 11 de Abril 2015

XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

Lima, Perú

1 - 4 Mayo 2015

Vancouver - Canadá

8-13 de junio, 2015

Santiago de Cali - Colombia

25-28 de junio, 2015

Hotel Hilton. Cartagena de Indias – Colombia

3 al 5 de septiembre

XXIX Congreso Centro Americano y del Caribe de Dermatología

XVII Congreso Dominicano de Dermatología

Centro de Convenciones Hard Rock Hotel. Bávaro, Punta Cana -

República Dominicana.

23 - 27 Septiembre 2015

Latinaderm 2015

Río de Janeiro - Brasil.

XXI Congreso Ibero Latinoamericano de Dermatología - CILAD.

Sheraton Hotel & Convention Center. Buenos Aires – Argentina.

25 al 29 de Octubre 2016

Instrucciones a los Autores: Normas para presentación y publicación de trabajos

La Revista Dominicana de Dermatología asume como suyos los Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas, del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas, por lo cual los interesados en publicar trabajos en esta Revista deben consultarlas.

Se considerará para publicación artículos originales, editoriales, revisiones y casos clínicos. Éstos serán sometidos a un proceso de revisión para su aprobación. Aquellos aprobados quedarán como propiedad permanente de la Revista Dominicana de Dermatología, permitiendo el autor su publicación exclusiva por ésta Revista, en cualquiera de los medios de difusión disponible, no pudiendo el autor realizar publicación independiente total o parcial del mismo, sin previa autorización del Comité Editorial.

Los trabajos deben tratar de Dermatología, Venerología, Leprología, Cosmiatría, Cirugía Dermatológica o afines.

Remisión de Manuscritos

Deberán ser enviados a la dirección de correo electrónico revista.dermatologica@dermatologico.org.do, adjuntando en un archivo el texto completo y en otro adicional las fotografías, gráficos y figuras con su respectiva identificación e información al pie de cada uno.

Cada trabajo deberá contener una carta de presentación por el autor dirigida al Comité de Redacción, donde se especifique el tipo de trabajo y relevancia del mismo. Además debe contener una declaración de que el contenido del trabajo es original, no ha sido publicado anteriormente, declaratoria de que todos los autores han leído el trabajo y que no existe conflicto de intereses.

En los casos de Investigaciones científicas con sujetos humanos o animales deberá contar con una carta de aprobación del comité de ética de la Institución correspondiente.

La primera página debe constar de: Título del trabajo en castellano e inglés. Nombre completo con apellidos del autor (es). Grado (Dermatólogo, Residente, Licenciado). Nombre completo de la Institución para la cual trabaja el autor (es). País de procedencia de cada autor. Dirección postal. Teléfono del autor principal y dirección de correo electrónico del autor identificado para correspondencia. Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, especificar al pie de página el nombre del evento, fecha y ciudad en que se realizó.

Artículos originales

Los artículos originales deberán contener: 1) Primera página, 2) Resumen, tanto en español como en inglés, de no más de 150 palabras o 2,500 caracteres, 3) Palabras claves, un mínimo de 3, en español y en inglés, 4) Introducción, de forma clara y breve, con un último párrafo donde se expongan los objetivos del trabajo, 5) Material y Métodos, 6) Resultados, 7) Discusión, 8) Conclusión, 9) Referencias bibliográficas.

En los casos de Investigaciones científicas con sujetos humanos y/o animales deberá contar con copia de la aprobación del comité de ética pertinente.

Casos Clínicos

Los casos clínicos deberán contener: 1) Primera página, 2) Resumen, tanto en español como en inglés, de no más de 150 palabras o 2,500 caracteres, 3) Palabras claves, un mínimo de 3, en español e inglés, 4) Introducción, 5) Caso clínico, 6) Discusión, 8) Conclusión, 9) Referencias bibliográficas.

Referencias bibliográficas

Las citas de referencias bibliográficas deben estar estructuradas de acuerdo a las normas del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (www.icmje.org):

- a) Si es de publicación periódica (revista, anuario, etc.): 1. Autor, apellido e iniciales de los nombres sin puntuación, en mayúscula la primera letra, si tiene más de un apellido separarlos con un guión. Cada nombre de autor debe ser separado por una coma; 2. Título, con la primera letra en mayúscula y las demás en minúsculas, se incluye el nombre original del trabajo y puntuación al final; 3. Nombre de la revista, abreviado, según el Index Medicus y con la primera letra en mayúscula y las demás en minúsculas; 4. Año de publicación seguido de un punto y coma; 5. Volumen y número entre paréntesis, en arábigo, seguido de dos puntos; 6. Páginas primera y última separadas por un guión.

Ej. 1. Bogaert H, Rosado M. Chancro blando: reporte de 6 casos. *Rev dom dermatol.* Ene-dic 1982; 16 (1-2): 55-9.

- b) Si es una monografía y/o libro, se seguirán las mismas acotaciones hechas para las citas de revistas: 1. Autor, sino es una autor propiamente, agregue a [este la abreviatura correspondiente según su función (ed., comp., etc.); 2. Título; 3. Edición, si no es la primera; 4. Ciudad, donde fue editado; 5. Editora; 6. Año de publicación.

Ej. 2. Gay J, Guthe T. *Treponematosi y enfermedades venéreas*, 4ª. Ed. Barcelona. Científico Médica, 1969.

Otros tipos de citas bibliográficas deben ser consultados en las Normas del Comité Internacional de Revistas Médicas.

Figuras, Tablas, Imágenes

Tanto las figuras, tablas e imágenes deben estar numeradas de forma continua en el texto, señalando claramente el lugar que le corresponde dentro del mismo.

- a) Las ilustraciones o imágenes se nombrarán con la abreviación Fig., seguida del número que le corresponda y de la inscripción al pie de la misma que la identificará. Estos datos deben ser incluidos en un documento anexo. Las figuras deben tener resolución no menor de 400 puntos por pulgada y deben ser entregadas en formato JPEG.
- b) Las tablas, gráficos y cuadros deben especificar un título o encabezado que sea claro y preciso y permita no tener que acudir al texto para su comprensión, asimismo deberá contener al pie la fuente de donde proviene la información. En caso de contener abreviaturas, éstas deberán estar explícitas de forma clara al pie de cada gráfica o tabla.

El Comité de redacción se reserva en derecho de publicar o no los trabajos presentados.



SANTO DOMINGO,
REPUBLICA DOMINICANA