

solicitó una tomografía de sustracción digital que indicó moderado edema de tejidos blandos y aumento de vascularización en el eje tibio-peroneopodio derecho. Dada la negativa de la familia a cualquier tipo de intervención quirúrgica, la paciente es revisada de forma sistemática de forma multidisciplinaria por los servicios de pediatría, dermatología y cirugía vascular de nuestro hospital.

Las proliferaciones vasculares dermatológicas constituyen un amplio grupo de enfermedades, que usualmente están limitadas a la piel, pero que pueden asociarse a alteraciones de otros órganos y sistemas; entre ellas destacan hamartomas, hiperplasias, malformaciones, neoplasias benignas y malignas.

El linfangioma adquirido progresivo es una neoplasia benigna de origen linfático, que precisa diagnóstico diferencial con otras tumoraciones de estirpe linfática y hemática de peor pronóstico, el angioendoteliooma bien diferenciado, el angiosarcoma de bajo grado y el sarcoma de Kaposi en personas de mayor edad. Por ello existen ciertos criterios para considerar su diagnóstico²: a) se desarrolla con frecuencia en niños y adolescentes; b) las localizaciones habituales no están limitadas a cabeza y cuello; c) en el momento inicial de diagnóstico la lesión suele ser plana y de color rojo-violáceo; d) su crecimiento es lento y su comportamiento biológico principalmente benigno, y e) en el estudio histológico los espacios linfáticos disecan los haces de colágeno y existe ausencia de figuras mitóticas atípicas.

En la mayoría de los casos comunicados las lesiones comienzan como una placa rojo-violácea de lento crecimiento que se desarrollan en cara, cuero cabelludo, pecho, brazos, pared abdominal y muñeca de forma asintomática.

Desde el punto de vista fisiopatológico el origen de esta entidad es desconocido³. No se han encontrado factores desencadenantes ni enfermedades relacionadas, aunque existen 2 casos referidos en pacientes sometidos a radioterapia para cáncer de mama⁴ y arteriografía femoral⁵, respectivamente. Excepcionalmente hay más de una lesión en el mismo paciente. En la inmunohistoquímica es posible detectar positividad para diferentes marcadores de estirpe vascular, tales como Ulex Europeus, aunque el factor VIII es negativo (a diferencia del linfangioma circunscrito y el angiosarcoma).

El interés del conocimiento de esta enfermedad radica en dos aspectos. Uno de ellos de orden diagnóstico, ya que hay que considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales clínicos de las tumoraciones vasculares, en este caso, en las extremidades de los adolescentes y otro de orden terapéutico, ya que, cuando la lesión es de reducido tamaño y se ha diagnosticado a tiempo, la exéresis quirúrgica es curativa. También se han descrito casos de resolución posterior a la aplicación de terapia corticoide sistémica⁶. En nuestro caso, la negativa de la familia, ha li-

mitado nuestros planteamientos terapéuticos, por lo que se continúa revisando a la paciente de forma periódica.

R. Ruiz-Villaverde, J. Blasco-Melguizo y R. Naranjo-Sintes

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España.

Correspondencia: Dr. R. Ruiz-Villaverde. Dr. López Font, 10, 5º A4. 18004 Granada. España. Correo electrónico: ismenios@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson-Jones E, Winkelmann RK, Zachary CB, Reda AM. Benign Lymphoendothelioma. J Am Acad Dermatol 1990;23:229-35.
2. Meunier L, Barneon G, Meynadier J. Acquired progressive lymphangioma. Br J Dermatol 1994;131:706-8.
3. Zachary CB, Wilson Jones E, Sapul J. Progressive lymphangioma: Differential diagnosis and endothelial cell markers studies. Arch Dermatol 1994;120:1617.
4. Rosso R, Gianelli U, Carnevali L. Acquired progressive lymphangioma of the skin following radiotherapy for breast carcinoma. J Cutan Pathol 1995;22:164-7.
5. Kato H, Kadoya A. Acquired progressive lymphangioma occurring following femoral arteriography. Clin Exp Dermatol 1996;21:159-62.
6. Watanabe M, Kishiyama K, Ohkawara A. Acquired progressive lymphangioma. J Am Acad Dermatol Venereol 1983;8:663-7.

Factor de impacto y traducción al inglés: a propósito de las hiperfosfatasemias

Sr. Editor:

Resulta encomiable que el Equipo de Dirección y Redacción de ANALES DE PEDIATRÍA se marque objetivos de calidad y consolidación de “nuestra” revista, que representa a la Asociación Española de Pediatría¹. La calidad científica de sus contenidos puede constatare en cada número, por lo que la difusión internacional de esta publicación, tanto entre los pediatras de habla hispana como inglesa, dependerá también de la adecuación de

TABLA 1. Algunos artículos sobre hiperfosfatemia publicados en ANALES DE PEDIATRÍA

Autores y año	Título en castellano	Título en inglés -Medline-
Gairi Tahull et al (An Esp Pediatr, 1983) ²	Hiperfosfatemia transitoria idiopática del lactante. A propósito de dos observaciones	Idiopathic transient hyperphosphatemia [sic] in an infant [sic] . Apropos of 2 observations
Diego Núñez et al (An Esp Pediatr, 1996) ³	Abetalipoproteinemia e hiperfosfatemia [sic] transitoria de la infancia	Abetalipoproteinemia and transient hyperphosphatemia [sic] of childhood
Diego Núñez et al (An Esp Pediatr, 1999) ⁴	Hiperfosfatemia persistente benigna esporádica en la infancia	Transient [sic] benign persistent hyperphosphatemia in children

Los errores se señalan en negrita y las contradicciones mediante subrayado.

los títulos de los artículos y de las palabras clave a su contenido y, por supuesto, de una correcta traducción al inglés, sobre todo si se tiene en cuenta el peso de Internet y el acceso generalizado de la comunidad científica a la base de datos Medline. Todo esto, obviamente, repercute en el factor de impacto que alcanzan los artículos publicados en esta revista.

En algún caso podemos comprobar cómo el contenido científico de algunos artículos resulta sepultado bajo un título desfigurador o incomprensible, bien en castellano, en su traducción al inglés o en ambos. Es el caso, por ejemplo, de la *hiperfosfatemia*, que ya en la primera publicación española se tradujo al inglés como *hiperfosfatemia* (tabla 1). Puede aducirse que este es un simple error mecanográfico, una disteclia, especialmente en el título en castellano, pero resultan mucho más llamativas las contradicciones en la traducción al inglés (tabla 1). Estos errores deben evitarse y corregirse en el momento en que son advertidos, de otro modo persistirán con carácter indefinido tanto en Medline como, eventualmente, en Embase, para descrédito y desprestigio de la pediatría española. El reto de la superación permanente manifestado por el Equipo de Dirección y Redacción de ANALES DE PEDIATRÍA debe incluir con carácter preferente la mejora de la calidad de la traducción al inglés, lo que supone, en el ámbito internacional, mostrar una atractiva presentación de las aportaciones de nuestra especialidad en España.

Este mismo ejemplo puede servirnos para plantear que el contenido de los suplementos de ANALES DE PEDIATRÍA se incluya en Medline, de este modo aparecerán en esta base de datos aportaciones científicas que de otra manera difícilmente serán consultadas y citadas. Es el caso, a título de ejemplo, de la comunicación "Síndrome de hiperfosfatemia transitoria en la infancia" realizada por Lacruz et al⁵ en el II Congreso Nacional de Reumatología Pediátrica⁵.

Cabe elogiar al actual Equipo de Dirección y Redacción de ANALES DE PEDIATRÍA que apuesta por la superación y no por la autocomplacencia, del mismo modo que estamos obligados a felicitar y apoyar a todos los pediatras españoles que con su esfuerzo y dedicación plasman en esta revista sus aportaciones científicas, que contribuyen a mostrar, dentro y fuera de nuestro país, el nivel científico de la pediatría española.

M.A. Diego Núñez

Unidad de Pediatría. Centro de Salud Campanillas.
Málaga. España.

Correspondencia: Dr. M.A. Diego Núñez.
Mochingo, 1, 2º J. 29010 Málaga. España.
Correo electrónico: madiegno@terra.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo de Dirección y Redacción. El factor de impacto, objetivo estratégico. *An Pediatr* 2003;58:1-2.
2. Gairi Tahull JM, Camarasa Piquer F, Caritg Bosch J, Castellanos Bermúdez S, Herrero Jimeno J. Hiperfosfatemia transitoria idiopática del lactante. A propósito de dos observaciones. *An Esp Pediatr* 1983;18:515-6.
3. Diego Núñez MA, González Menéndez A. Abetalipoproteinemia e hiperfosfatemia [sic] transitoria de la infancia. *An Esp Pediatr* 1996;44:634-5.
4. Diego Núñez MA, González Menéndez AE. Hiperfosfatemia persistente benigna esporádica en la infancia. *An Esp Pediatr* 1999;51:723-4.
5. Lacruz L, Calvo I, Soriano J. Síndrome de hiperfosfatemia transitoria en la infancia. *An Esp Pediatr* 2000;52:79.