

EDITORIAL

Dermatopatología: ayer, hoy ¿y mañana?

Félix Contreras Rubio

Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz.
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma. Madrid. España.

Presente, pasado y futuro son términos ambiguos, por su delimitación imprecisa y subjetiva. Caprichosamente podríamos poner el fin de la dermatopatología del pasado y el comienzo de la actual coincidiendo con un año especialmente significativo por cualquier suceso histórico o científico, por un descubrimiento o una publicación relevante o por el nacimiento o la muerte de un dermatopatólogo ilustre.

En estas reflexiones que voy a hacer con ustedes voy a permitirme la osadía de referir el presente y pasado de la dermatopatología en relación con mi propia vivencia de ella. El pasado de «mi dermatopatología» será la época de mi primer contacto con ella, cuando comencé a estudiarla, aprenderla y practicarla. Terminaré arbitrariamente ese pasado cuando comencé a enseñarla y practicarla con la suficiente soltura, seguridad y experiencia como para merecer el reconocimiento como dermatopatólogo entre mis colegas patólogos y dermatólogos.

Mis estudios de medicina, mi formación posgraduada como patólogo y mi primera etapa de trabajo como posgraduado y especialista tienen lugar entre 1953 y los últimos años de la década de los setenta. Aproximadamente 25 años constituyen lo que voy a considerar como «mi dermatopatología del pasado», y los 25 años siguientes, hasta el día de hoy, constituirá «mi dermatopatología del presente». Vamos, por tanto, a reflexionar juntos sobre medio siglo de dermatopatología española.

Probablemente, el hecho que más significativamente marque la transición entre ese pasado y ese presente de mi vivencia personal de la dermatopatología haya sido el cambio en su concepto y en su práctica. El cambio de una dermatopatología académica, básica, soporte de conocimientos nosológicos, etiológicos y patogénicos, a

Este trabajo fue presentado como conferencia invitada en el IV Simposio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, «Desafíos diagnósticos y terapéuticos», La Coruña 3-5 de abril de 2003.

Correspondencia: Dr. Félix Contreras Rubio.
Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz.
P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.

una dermatopatología asistencial como herramienta diagnóstica, imprescindible en el diagnóstico diferencial de cada día, medidora de la calidad asistencial dermatológica, controladora de la efectividad terapéutica en sus distintas facetas quirúrgicas, físicas o medicamentosas, y también herramienta útil en el manejo, en pro y en contra, de posibles reclamaciones de los pacientes a sus dermatólogos. En resumen, la dermatopatología académica del pasado se transformó en una herramienta necesaria en la práctica dermatológica de rutina de la medicina de nuestros días.

MI DERMATOPATOLOGÍA DEL PASADO

Mi aproximación a la dermatopatología como estudiante de medicina, como posgraduado en formación como patólogo y en los primeros años de patólogo en ejercicio tuvo lugar en la época en la que en España la dermatología estaba representada, esencialmente, por tres escuelas: las de los profesores José Gay Prieto, Xavier Vilanova y José Gómez Orbaneja. Los tres, muy justificadamente, demostraban en la práctica sus conocimientos dermatopatológicos obtenidos en su excelente formación en Alemania, Austria y Francia. Al igual que sus maestros europeos tenían sus laboratorios de dermatopatología en sus propias cátedras, totalmente independientes de los laboratorios de las cátedras de anatomía patológica. Ellos mismos participaban activamente en el estudio histopatológico de sus pacientes, aunque al frente de esos laboratorios tenían colaboradores entrenados en anatomía patológica, especialmente tutelados por ellos mismos. Dos de ellos, el Dr. Julio Rodríguez Puchol, en Madrid, y el Dr. Juan Rubió, en Barcelona, fueron mis primeros y decisivos introductores en la técnica y en la práctica de la dermatopatología. Ellos, aunque maestros, como desde luego yo, como principiante, nos sentíamos un poco «intrusos» en el campo de la dermatopatología, en el que para desenvolverse con soltura era preciso ser dermatólogo, porque la interpretación de los hallazgos microscópicos debía hacerse al amparo de los hallazgos macroscópicos (clínicos), debidamente valorados por el dermatólogo de mayor autoridad académica.

En aquella época la dermatopatología española era fiel reflejo de la europea, cuyos comienzos pueden encontrarse en los últimos años del siglo XIX, pero que en mi opinión adquiere su base real con el dermatólogo Paul Gerson Unna, cuyo libro sobre la histopatología de las enfermedades de la piel de 1894 y su atlas de 1910 son los primeros escalones sólidos de la bibliografía dermatopatológica. Darier y Gans, también dermatólogos, fueron los dermatopatólogos maestros directos de la siguiente generación, que ya enlaza directamente con la etapa que hoy estamos analizando. Aquiles Civatte y después su hijo Jean Civatte, en Francia, Félix Pinkus y después su hijo Herman Pinkus, ya en América, Montgomery, Allen, Winkelman, Lever, Wilson-Jones, etc., fueron en aquella época los líderes admirados de la dermatopatología y los autores de las publicaciones relevantes y de los libros en los que aprendíamos.

En el trabajo de rutina, en las publicaciones y en los textos la dermatopatología era esencialmente académica, orientada a la solución de problemas nosológicos y a la búsqueda de factores etiológicos o de mecanismos patogénicos. Muchos trabajos se planeaban como la búsqueda de sustrato morfológico microscópico de entidades o de lesiones descritas clínicamente. Estos trabajos podrían caricaturizarse de la siguiente forma: el profesor decide estudiar la histopatología de una enfermedad definida clínicamente. Se seleccionan pacientes que el profesor o sus ayudantes de confianza diagnostican de dicha enfermedad y se toman biopsias de las lesiones, también seleccionadas por ellos mismos. Los hallazgos microscópicos se consideran característicos de esa enfermedad. En ningún caso debe sospecharse que hallazgos sorprendentes puedan descartar el diagnóstico del profesor, a no ser que sea el propio profesor el que haga esta observación, en cuyo caso podría publicarse una nueva entidad o una variante peculiar de aquella.

Hoy parece increíble esta forma de trabajar. Sin embargo, teniendo en cuenta la categoría intelectual, la sólida formación, la capacidad de trabajo y la experiencia clínica de aquellos maestros, puede entenderse que, a pesar de la metodología, se consiguiese el desarrollo de la dermatopatología que llegó hasta nosotros en las décadas de los sesenta y setenta y que, en mi opinión, representa casi la totalidad del cuerpo de doctrina de la dermatopatología de nuestros días.

Desde principios a mediados del siglo xx, en esta época académica de la dermatopatología se pasó de los cortes por congelación, del microscopio monocular, y de los dibujos (por cierto, excelentes) de las preparaciones, a los cortes en criostato o tras inclusión en parafina, al microscopio binocular con foco de luz incluida, a la microfotografía y a la proyección de diapositivas en color. A las coloraciones empíricas se sumaron las técnicas de histoquímica, se desarrollaron técnicas de inmunofluorescencia y apareció el microscopio electrónico. No obstante, en Europa no se generaliza la inclusión en parafina para el estudio de biopsias hasta los años cuarenta o cincuenta. En España, hasta los años sesenta se continuaba utilizando la congelación, incluso para biopsias tan pequeñas como las endometriales. En una de mis estancias en el laboratorio de la cátedra del Prof. Vilanova, en el año 1961, Juan Rubió terminó el diseño de un aparato de inclusión automática en parafina, fabricado por MYR en Barcelona, que servía para incluir cuatro o seis biopsias al mismo tiempo. En el año 1963, recién ganadas las oposiciones para médico de laboratorio de la lucha antivenérea, instalé uno de éstos aparatos en el Laboratorio del Dispensario Azúa de la calle de Segovia, en Madrid, y enseguida otro, más perfeccionado, en el Laboratorio del Sanatorio San Francisco de Borja en Fontilles (Alicante).

En Europa la dermatopatología seguía cultivándose como ciencia básica, con una mínima aplicación diagnóstica, mientras en Estados Unidos se convertía progresivamente en una faceta de la patología quirúrgica. Aunque los patólogos clásicos seguían demostrando

poco interés por ella, su consideración progresiva como una rama más de la patología quirúrgica comenzaba a despertar el interés de los patólogos cultivadores de esta rama de la anatomía patológica. Este hecho resulta extraño. Es difícil comprender el motivo del retraso de la incorporación de la anatomía patológica a la práctica médica y la resistencia de los patólogos a utilizar la biopsia como herramienta diagnóstica.

Mark Wick, acreditado patólogo quirúrgico y dermatopatólogo, al escribir sobre la historia de la patología quirúrgica, atribuye, en parte, esta demora al suceso ocurrido en 1887, cuando Morell Mackenzie operó al káiser Federico III de Alemania de una lesión laríngea. Aunque no era costumbre en la época, condicionó el tipo de intervención al resultado del estudio histopatológico y encargó éste nada menos que a Rudolph Virchow en Berlín, ya entonces considerado padre de la patología y, por tanto, el más acreditado anatomopatólogo. El diagnóstico fue de lesión inflamatoria benigna y el káiser falleció poco tiempo después a causa de su cáncer de laringe. La conclusión «científica» que se obtuvo en aquella época fue que la biopsia no servía para hacer diagnósticos fidedignos y la patología académica rechazó durante años a la patología quirúrgica, que hubo de desarrollarse por los propios cirujanos, o en nuestro caso por los dermatólogos, casi a espaldas de las instituciones anatomopatológicas.

Hasta la década de los ochenta, los dermatopatólogos europeos seguíamos la tradición de raíz germana y francesa de esta especialidad. Nuestros libros de consulta eran el tomo primero de la *Nouvelle pratique dermatologique*, escrito por J. Darier, A. Civatte, C. Flandin y A. Tzanck, la histopatología entremezclada con la clínica en el libro de Degos y los textos americanos escritos por autores europeos emigrados o por algún autor americano con clara influencia europea, como los de Montgomery, Allen, Pinkus y el que mayor difusión y permanencia llegó a tener, el de Lever.

En la década de los sesenta tiene lugar en España un cambio decisivo en el desarrollo de la medicina. A propuesta del Prof. Segovia de Arana, la Seguridad Social opta por la jerarquización de sus hospitales y enseguida por la instauración del sistema MIR para la especialización de los médicos. Surge entonces la necesidad de la patología hospitalaria, tanto en su vertiente autopsica como de patología quirúrgica, iniciándose una expansión de la anatomía patológica, hasta entonces sólo existente en los hospitales universitarios como apéndice de las cátedras o en algunos escasos hospitales provinciales. La jerarquización de los hospitales supuso el reconocimiento de la anatomía patológica asistencial y en concreto de la patología quirúrgica como una especialidad médica necesaria e imprescindible, hasta entonces no existente en el ámbito de la Seguridad Social.

Por interés diagnóstico, por control de calidad, por necesidad de centralización de archivos, por control de gastos y por necesidades docentes en la enseñanza de posgraduados, se hace patente la necesidad de crear servicios anatomopatológicos centralizados; en primer

lugar, en los hospitales de la Seguridad Social y, posteriormente, en el resto de los hospitales públicos. Los laboratorios de patología quirúrgica de las distintas especialidades van centralizándose en un servicio anatomopatológico único en cada hospital. Los laboratorios de dermatopatología se resisten más a la centralización, porque su prestigio y eficacia son en algunos casos indiscutibles y porque la falta de preparación y de experiencia en dermatopatología hace que los patólogos no muestren un excesivo interés en la incorporación de esos laboratorios. Sin embargo, en los servicios centrales en los que se incorporó o se puso en marcha la dermatopatología se pusieron los medios para conseguir la especialización de algunos patólogos; así, poco a poco la dermatopatología se fue convirtiendo en una disciplina cada vez más apreciada y fueron surgiendo excelentes dermatopatólogos de procedencia anatomopatológica, que enriquecieron el Grupo Español de Dermatopatología, creado por dermatólogos.

A finales de la década de los setenta comenzamos a percibir en España el cambio en la orientación de la dermatopatología surgido en Estados Unidos. Probablemente, Wallace Clark y Richard Reed han sido los dermatopatólogos con más influencia en el enfoque de la dermatopatología como una rama de la patología quirúrgica, ya floreciente en Norteamérica y vigente en algunos países europeos. La monografía de Reed, *New concepts in surgical pathology of the skin* (1976), es un claro exponente de este movimiento que se iniciaba también en España.

El monumental y excelente libro de Ackerman, *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases*, de 1978, fue recibido con cierto escepticismo en Europa, pero para quienes practicábamos la dermatopatología supuso una aportación de valor incalculable, porque abría una nueva vía en el diagnóstico, capacitándonos para colaborar activamente en el diagnóstico de los pacientes, no sólo al confirmar o descartar ciertas propuestas diagnósticas clínicas, sino en la aportación de posibilidades insospechadas en el ejercicio del diagnóstico diferencial clinicopatológico. Tan importante me parece esta aportación que, en mi caso, la incorporación de la metodología diagnóstica del libro de Ackerman supuso el paso del pasado al presente de «mi dermatopatología».

MI DERMATOPATOLOGÍA DEL PRESENTE

A partir de los primeros años de la década de los ochenta, algunos servicios de anatomía patológica de diferentes puntos de España, y entre ellos el del Hospital La Paz de Madrid, comienzan a ser considerados en el ámbito de la dermatopatología, tanto por su trabajo asistencial en el diagnóstico dermatológico sistemático como por su participación en congresos, reuniones, cursos y publicaciones dermatopatológicas.

En 1981 se celebra en Londres el segundo simposio de la Academia Internacional de Dermatopatología, organizado por los dos dermatopatólogos más brillantes del momento: A.B. Ackerman, de Nueva York, y E. Wilson-

Jones, de Londres. El simposio tenía aparentemente un subtítulo festivo: «Sherlockian dermatopathology», adaptado al lugar de su celebración. En los enunciados de las distintas presentaciones se utilizaban los términos de «pistas», «claves», «sospechosos», «impostores», «culpables» y tantos otros vocablos del lenguaje «sherlockiano». En el transcurso del propio simposio comprendí que, tras la diversión de aquella puesta en escena, se nos enseñaba una nueva metodología del diagnóstico dermatopatológico, magistralmente transmitida por Bernie Ackerman, basada en el análisis de patrones lesionales, con el fin de establecer un diagnóstico histopatológico lo más objetivo posible, en beneficio del paciente.

Mi presente dermatopatológico es, sobre todo, la vivencia de la práctica diaria de esta metodología, tanto en el establecimiento diagnóstico sistemático como en la docencia a los alumnos, a los médicos residentes y a los jóvenes colegas que asisten a cursos y reuniones. Me siento satisfecho de haber sido partícipe en la divulgación de esta metodología, que hoy practican muchos dermatopatólogos en todo el mundo.

La dermatopatología actual en España se encuentra, en su mayor parte, incorporada a los servicios de anatomía patológica, o al menos en estrecha relación con ellos, y por ello participa, sin limitaciones, de todos los avances técnicos que maneja la patología de nuestros días. La microscopía electrónica de transmisión y de barrido, las técnicas de citometría y de morfometría en general, etc., han sido ampliamente utilizadas por los dermatopatólogos. En el momento actual, es la inmunohistoquímica, sin lugar a dudas, la técnica más utilizada en la elaboración diagnóstica y en los trabajos de investigación de la dermatopatología. Serios problemas de diagnóstico diferencial en el pasado se han resuelto en parte evaluando la expresión de la proteína S-100, de las queratinas de alto y bajo peso molecular, de CD1a, CD34 y CD30, o la tipificación de poblaciones linfocitarias en las lesiones linfoproliferativas.

En la actualidad, es posible la tipificación de virus, la investigación de monoclonalidad en las proliferaciones celulares y la demostración de la existencia de diferentes genes mediante técnicas de biología molecular, una metodología que está revolucionando la patología de nuestro tiempo y que de forma plena se incorpora a la dermatopatología del presente.

La dermatopatología actual es parte esencial de la patología quirúrgica. Más del 20% de las biopsias o piezas quirúrgicas de un servicio hospitalario de anatomía patológica son cutáneas y su estudio correcto exige unos conocimientos y habilidades que se adquieren y se desarrollan de forma más fácil y natural en el ámbito de la patología. Por ello, la dermatopatología se va incorporando paulatinamente a los servicios anatomopatológicos centrales de los hospitales. Esta situación puede ser peligrosa, porque el desarrollo de la dermatopatología precisa, inexorablemente, la influencia del dermatólogo, que en ningún caso debe desligarse de la histopatología de su propia especialidad. La necesidad del dermatólogo por aclarar problemas de diagnóstico, de patogenia, de

pronóstico y de tratamiento es la que justifica el esfuerzo del trabajo compartido en el campo dermatopatológico.

La nueva situación exige, en centros con suficiente volumen, la dedicación preferente de patólogos a la dermatopatología, en contacto casi continuo con los dermatólogos, celebrando sesiones de trabajo para discutir conjuntamente las lesiones a biopsiar y los resultados de las lesiones biopsiadas. Este contacto continuo supone una formación progresiva de los dermatólogos en los aspectos histopatológicos y, como está ocurriendo en distintos hospitales, da lugar a que algunos dermatólogos clínicos se interesen de forma especial por la histopatología cutánea, participen en el diagnóstico sistemáticos en los microscopios de observación múltiple simultánea y planifiquen y realicen trabajos dermatopatológicos, como parte de su actividad investigadora en el desarrollo de su especialidad.

Buscando el mayor beneficio para el paciente, el dermatólogo debe ser buen conocedor y participante de la histopatología cutánea. La dermatopatología es en la actualidad y debe seguir siendo un campo de trabajo cultivado compenetradamente por un dermatopatólogo patólogo y por un dermatopatólogo clínico dermatólogo. Las biopsias deben ser aportadas con toda la información clínica, seleccionada por un dermatólogo con buena formación dermatopatológica, y deben ser procesadas en el ámbito de la anatomía patológica, con toda la tecnología actualizada necesaria, e interpretadas por un patólogo con sólida formación dermatopatológica. En muchos casos, el diagnóstico clinicopatológico final requerirá la discusión del clínico y del patólogo con formación dermatopatológica.

Afortunadamente, en muchas ciudades españolas se practica en la actualidad este modelo de trabajo dermatopatológico conjunto, y la dermatopatología del presente resulta útil para el paciente, satisfactoria para el dermatólogo y gratificante para el patólogo. Por consiguiente, el número de estudios dermatopatológicos que se realizan en los servicios anatomopatológicos ha ido aumentando anualmente hasta alcanzar más del 20% de la patología quirúrgica en muchos servicios hospitalarios.

En la dermatopatología actual se cuida la formación de los posgraduados. En los programas de especialización de los patólogos se programan rotaciones largas específicas para el aprendizaje de la dermatopatología y en la formación de dermatólogos se programan rotaciones largas en los servicios de anatomía patológica. Se potencian e incluso se exigen las sesiones clinicopatológicas conjuntas y en las reuniones y congresos de ambas especialidades es ya una práctica normal la presentación de pósters y comunicaciones firmados por residentes de ambas especialidades.

La información bibliográfica, la disponibilidad de material didáctico, incluso de procesos poco habituales, el intercambio de información, el archivo de material propio, la preparación de material docente, las presentaciones científicas y la práctica asistencial diaria han cambiado drásticamente gracias a los avances informáticos

de los últimos 20 años. En la actualidad, no es admisible un servicio de dermatología o de anatomía patológica sin la informatización elemental. En el campo de la dermatopatología, el ordenador nos permite tener, junto al microscopio, las referencias y resúmenes de los trabajos más recientes, la relación de estudios previos del paciente, incluso imágenes clínicas o histopatológicas del propio paciente o de lesiones superponibles de otros pacientes, de nuestros propios centros o de los centros más prestigiosos del mundo. La informática ha facilitado enormemente la formación dermatopatológica, pero también, en beneficio del paciente, la práctica habitual de la dermatopatología.

Creo que la mayoría de los dermatopatólogos de esta generación nos sentimos satisfechos con la dermatopatología que estamos ejerciendo, porque pienso que hemos sabido recoger la antorcha de nuestros predecesores, hemos sabido aplicar los avances de la medicina, en concreto de la patología, al estudio de las lesiones cutáneas, y tenemos la sensación de haber sido útiles a nuestros pacientes.

¿CÓMO SERÁ LA DERMATOPATOLOGÍA DEL MAÑANA?

Los pesimistas predicen la práctica desaparición de la dermatopatología. El desarrollo de otras técnicas diagnósticas (bioquímicas, genéticas, etc.) haría perder interés diagnóstico a la dermatopatología. El desarrollo de eficaces y poco cruentas técnicas terapéuticas permitiría el tratamiento de algunas lesiones sin necesidad de realizar biopsias previas. Tal vez las técnicas sofisticadas de examen morfológico, como la dermatoscopia más evolucionada, la microscopia confocal del futuro o el examen citológico más desarrollado, podrían conseguir diagnósticos morfológicos suficientes, sin necesidad de realizar biopsias. Cualquier patólogo general sin especial formación podría bastarse para diagnosticar la afección o no de los bordes quirúrgicos o para medir el espesor de un tumor. Los dermatólogos perderían todo interés por la dermatopatología que, por otra parte, frente a otras facetas de la dermatología, es muy poco lucrativa y de escasa resonancia y consideración social.

Por el contrario, los que por vocación vivimos inmersos en la dermatopatología y nos sentimos satisfechos de los beneficios que nuestro trabajo reporta a los pacientes, es decir, los que ejerciendo la dermatopatología nos sentimos realizados como médicos, somos optimistas y vislumbramos un prolongado y brillante futuro a nuestra especialidad.

Philip Le Boit, en 1995, escribía que nada sustituirá en el trabajo diagnóstico a un microscopio conectado a un neocórtex bien dotado. David Weedon opina, en su última edición del año 2003 de *Skin pathology*, verdadera biblia de los dermatopatólogos actuales, que ninguna técnica podrá sustituir en el futuro a la dermatopatología en el estudio, la comprensión y el diagnóstico de las enfermedades cutáneas, porque cualquier rama de la medicina que requiera arte, además de ciencia, siempre tendrá un futuro brillante.

El desarrollo en distintos países ha supuesto un incremento patente en la atención médica y, dentro de ella, una expansión creciente de la dermatología. En esta expansión dermatológica, la preocupación por la objetividad, por conseguir la base en la evidencia, por el control de la calidad asistencial, por disponer de las bases para la defensa de una práctica correcta frente a posibles reclamaciones de derechos del paciente, frecuentemente mal entendidos, por los controles inevitables de la también inevitable medicina gestionada en el futuro inmediato, la dermatopatología se expansiona ligada a la dermatología.

El desarrollo de los países es imparable e irreversible y con él el incremento de la atención médica y, por tanto, de la dermatología y la dermatopatología. En los hospitales y fuera de ellos será preciso disponer de dermatopatólogos que contribuyan a garantizar la calidad de los diagnósticos y tratamientos que, con una agresividad, un riesgo, unas complicaciones y un coste mínimos, procuren los máximos beneficios para el paciente y, tal vez, inevitablemente, para quienes gestionen la medicina del futuro, ya sea en instituciones estatales o privadas. Tendemos hoy a considerar que esos objetivos son burocráticos, empresariales, poco científicos y economicistas. Tal vez en el futuro haya que aceptar que esas exigencias puedan orientarse en beneficio de los pacientes y que, por tanto, una dermatopatología más objetiva, precisa y exigente pueda resultar a la postre más barata para la sociedad y más humana y beneficiosa para el paciente. Para esta posible dermatopatología futura, la formación de nuevos dermatopatólogos habrá de ser mucho más exigente, porque tendrán que ser capaces de superar retos a los que los dermatopatólogos actuales todavía no nos hemos enfrentado.

Hay mucho trabajo dermatopatológico que podemos vislumbrar con nuestros conocimientos actuales. Se debe intentar establecer los fundamentos para conseguir diagnósticos más objetivos y precisos. Hay que desentrañar mecanismos patogénicos de enfermedades cuya naturaleza desconocemos. Hay que abordar seriamente el estudio de alteraciones genéticas que sólo intuimos actualmente en muchas enfermedades dermatológicas. Precisamos profundizar en el conocimiento de los factores de crecimiento, los factores de inducción, la regulación del ciclo celular, la regulación de la apopto-

sis, los mecanismos inmunopatológicos todavía desconocidos, etc.

Para afianzar el desarrollo de la dermatopatología y, por tanto, el futuro de los dermatopatólogos, los que en el presente trabajamos en este campo debemos esforzarnos en preparar, en lo posible, el futuro. Desde mi punto de vista, nuestras obligaciones más significativas en este sentido serían las expresadas en el siguiente decálogo:

- Exigirnos una técnica histopatológica perfecta.
- Contribuir, con nuestras posibilidades, al desarrollo de una nueva tecnología aplicable a la dermatopatología.
- Esforzarnos por realizar diagnósticos con la máxima objetividad posible.
- Esforzarnos en participar en la correlación clínico-patológica en sesiones de trabajo, comunicaciones personales constantes, sesiones interdepartamentales en los hospitales, etc.
- Ejercer nuestro trabajo dermatopatológico dentro de los límites de una ética médica incontestable.
- Garantizar la conservación perfecta del material estudiado (bloques de parafina, preparaciones histológicas, informes, material iconográfico, etc.).
- Garantizar un sistema de archivo adecuado. La informatización es hoy obligada.
- Exigir nuestra participación como dermatopatólogos en la docencia de los pregraduados, tanto en el seno de la patología como en el de la dermatología.
- Esforzarnos en la formación de dermatopatólogos con la mejor preparación posible.
- Contribuir a la expansión de la dermatopatología en el seno de las sociedades anatomopatológicas y dermatológicas nacionales e internacionales.

En ningún momento de mi primera etapa como patólogo yo hubiera podido imaginar cómo realmente fue el desarrollo de la dermatopatología en los siguientes 25 años, en los que la he practicado hasta el presente. Es absurdo, por tanto, intentar hoy vaticinar como será la dermatopatología dentro de los próximos 25 años. Sin embargo, sí estoy seguro de que la dermatopatología de hoy condiciona la dermatopatología de mañana y, por tanto, merece la pena cumplir nuestros compromisos actuales con esta especialidad, que con seguridad seguirá siendo una fantástica, fascinante y atractiva especialidad médica, al menos en los próximos 50 años.