

Resúmenes de los reportes de caso presentados al XXVII Congreso Colombiano de Dermatología

Acroqueratoelastoidosis de Costa, una rara enfermedad. Reporte de un caso.

Ángela Londoño, Rodrigo Restrepo, Flavio Restrepo.
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Se reporta el caso de una paciente de 44 años quien consultó por diez años de evolución de placas hiperqueratósicas en las caras laterales y el dorso de las uniones interfalángicas del primero y segundo dedo de las manos. La histología y las coloraciones especiales mostraron disminución de las fibras elásticas, lo que permitió realizar el diagnóstico de acroqueratoelastoidosis de Costa.

Amiloidosis sistémica con lesiones orales como manifestación inicial

Carlos Augusto Morales, Álvaro Tovar.
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E.

Se describe el caso de una paciente de 58 años de edad que consultó por cuadro de un mes de aparición de lesiones blanquecinas en la lengua y los labios, ocasionalmente dolorosas; algunas resecaadas por odontólogo sin conocimiento de reporte histopatológico. Como antecedentes, consumo de AINES e infiltraciones por artralgias. Con los hallazgos en el examen físico inicial se consideraron impresiones diagnósticas de verruga vulgar, leucoplasia del epitelio bucal y candidiasis oral.

El reporte histopatológico de las lesiones indicó cambios epiteliales reactivos y citopáticos sugestivos de infección viral. La paciente no regresó a controles hasta cuatro meses después, cuando refirió adicionalmente a sus lesiones en la cavidad oral: astenia, adinamia, dislalia, artritis, edema de MMII y varias pápulas amarillentas-pardas en diferentes regiones corporales. Con estos nuevos hallazgos se realizó una impresión diagnóstica de amiloidosis sistémica y se revisó la histopatología, encontrándose junto a los cambios epiteliales, un depósito no específico de material anómalo en el tejido conectivo. Actualmente la paciente está en tratamiento con quimioterapia.

Psoriasis pustulosa generalizada del embarazo

Liliana Aristizábal, Luis Fernando Palma.
Hospital Militar Central. EPS Sanitas.

Se presenta el caso de una paciente de 22 años, primigestante, con 21 semanas de embarazo, quien presentó lesiones pruriginosas que comenzaron de manera pro-

gresiva en el abdomen y en el cuello. Las lesiones se extendieron a la espalda, las extremidades superiores, la cara, el cuero cabelludo y por último a las extremidades inferiores.

Al examen físico se halló una paciente en buenas condiciones generales, sin fiebre y sin compromiso de su estado general ni de su embarazo. Se encontraron lesiones cutáneas localizadas en la cara, el cuero cabelludo, el cuello, las axilas, el abdomen, la espalda, las extremidades superiores, la ingle y el tercio superior de las extremidades inferiores. Las lesiones eran pápulas eritematosas con descamación gruesa blanquecina y placas eritematodescamativas, con presencia de pústulas en el borde de las lesiones. Las placas y las pápulas presentaban crecimiento periférico con formación de nuevas pústulas en el borde. No había compromiso de las mucosas ni de las uñas. La ecografía obstétrica reveló normalidad y bienestar fetal. La biopsia de piel mostró dermatitis perivascular superficial linfocitaria; espongirosis; hiperplasia psoriasiforme; paraqueratosis con microabscesos y formación de pústula espongiiforme de localización subcórnea; y capilares tortuosos en la dermis papilar. Se inició manejo por dermatología con ungüento emoliente y furoato de mometasona tópico mientras se descartaba cualquier foco infeccioso. Posteriormente se inició prednisona oral con buena respuesta inicial. (Evolución hasta el momento). Control por alto riesgo obstétrico.

Enfermedad de Paget extramamaria tratada con imiquimod

Juan Guillermo Chalela, Liliana Aristizabal Franco.
Hospital Militar Central.

Se presenta el caso de una paciente de 67 años quien consultó por cuadro de cuatro años de evolución de lesión en la vulva y la mucosa genital, intensamente pruriginosa, la cual se intensificó. La lesión fue tratada con drogas homeopáticas, antibióticos y corticoides sin mejoría.

Antecedentes personales: histerectomía. Ningún antecedente de patología cutánea. Al examen físico presentaba en el área vulvar, en los labios mayores y la mucosa genital numerosas lesiones tipo placa, eritematosas, maceradas, brillantes, con descamación, y áreas de liquenificación. La biopsia de piel reveló epidermis acantósica, con hipergranulosis y gruesa capa córnea compacta con paraqueratosis focal. Se observan numerosas células grandes situadas primordialmente en la capa basal, con

citoplasma claro y nucléolo prominente y frecuentes mitosis. Se desplazan a capas epidérmicas altas que incluyen la capa córnea; también se extienden a los acrosiríngeos pero no penetran la dermis. Esta presenta fibrosis e infiltrado linfocitario que tiende a ser liquenoide. La coloración de PAS muestra positividad citoplasmática en las células atípicas. Antígeno carcinoembrionario positivo, citoqueratinas CK7 positivo, S100 negativo.

Se diagnosticó enfermedad de Paget vulvar. Se realizó TAC abdominal sin presencia de lesiones y se descartó neoplasia de colon, recto, vejiga, cuello uterino, ovarios y riñón. Se inició tratamiento con imiquimod tópico dos veces al día. Un mes después de iniciado el tratamiento se encontró mejoría de las lesiones en la piel. Al tercer mes, al examen físico presentaba mínimo eritema vulvar, sin descamación ni dolor. Se continuó imiquimod una vez a la semana por dos semanas. Al control se encontró buena evolución, por lo que se suspendió la medicación. Dos meses después se observó una adecuada evolución clínica e histopatológica sin lesiones genitales.

Escleredema

Juan Guillermo Chalela, Liliana Aristizabal Franco.
Hospital Militar Central.

Se presentan dos casos de escleredema:

Paciente de 77 años, sexo masculino, quien consultó por dos meses de lesiones muy pruriginosas en toda la superficie corporal. Tratado con humectantes sin mejoría. Antecedentes personales: Diabetes mellitus tratada con insulina. Ningún antecedente de patología cutánea. Al examen físico se encontró edema duro, brillante que comprometía la región posterior del cuello y la espalda, con límites poco definidos.

Biopsia de piel: Epidermis sin lesiones; dermis superficial edematosa con fibrosis discreta e infiltrado linfocitario focal perivascular.

PLAN: Se inició colchicina y fototerapia UVA-1.

Paciente de sexo masculino quien consultó por cuadro de un mes de evolución de dolor y lesiones en las piernas que luego se tornaron eritematosas, con prurito y extensión de lesiones a la espalda y los brazos.

Antecedentes personales: prostatectomía por carcinoma de próstata, hipertrigliceridemia. Tratamiento con normolip, ASA. Al examen físico se encontró eritema generalizado con engrosamiento de la piel y con descamación superficial en toda la superficie corporal.

Biopsia de piel: epidermis normal, dermis papilar edematosa, dermis gruesa, con colágeno grueso y separado; infiltrado perivascular superficial, tejido celular subcutáneo reemplazado por tejido conectivo.

PLAN: Se inició colchimedio y fototerapia UVA-1

Ambos pacientes presentaron mejoría de su patología con disminución de la infiltración cutánea.

Granuloma anular profundo en un adulto

Claudia Andrea Hernández, Paula Mejía
Universidad Pontificia Bolivariana.

Se reporta el caso de un adulto con granuloma anular profundo de presentación atípica y con una larga evolución. Se trata de una paciente de 45 años quien consultó por cuadro clínico de tres años de evolución de aparición de nódulos de crecimiento progresivo, localizados en el segundo dedo de la mano derecha en la cara dorsal, en la palma derecha, en ambos codos y en la rodilla derecha. Refería dolor en la mano derecha al manipular objetos. Al examen físico se observaron placas anulares eritematosas en los codos y las rodillas asociadas a lesiones nodulares normocrómicas o levemente eritematosas, múltiples, confluentes, de gran tamaño y consistencia cauchosa en los codos, la muñeca izquierda y el segundo dedo de la mano derecha.

Se realizó el diagnóstico clínico de granuloma anular superficial y profundo; se tomó biopsia de ambos tipos de lesiones y se observó una lesión en la dermis superior constituida por colágeno desflechado por impregnación mucinosa rodeada por un prominente infiltrado granulomatoso conformado por linfocitos con células epiteloideas y algunas gigantes dispuestas en empalizada. Epidermis acatósica con paraqueratosis focal y lesión nodular voluminosa constituida por varios granulomas con centros fibrinoides rodeadas por células epiteloideas gigantes y linfocitos. Diagnóstico histopatológico: granuloma anular con fibrosis secundaria muy notoria.

Linfoma células T/NK nasal

Edgar Olmos, María Margarita Barrios.
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 21 años con cuadro de siete meses de rinorrea fétida, se diagnosticó como sinusitis y se inició manejo antibiótico sin mejoría. Posteriormente presentó lesiones necróticas en el paladar duro y en la región periorbitaria derecha, con pérdida de la fuerza en los miembros inferiores y disestesias en la pierna izquierda.

Se hospitalizó con diagnóstico de granulomatosis de Wegener. Se inició terapia con corticoides sistémicos con evolución tórpida. La biopsia y cultivo de la lesión de la piel periorbitaria derecha reportaron criptococosis cutánea por *Cryptococcus gattii*. Se inició manejo con anfotericina B. Evolucionó adecuadamente pero persistió una pequeña lesión de la piel.

Se tomó una nueva biopsia que reportó infiltrado linfoide atípico al igual que la lesión del paladar. Se realiza una impresión diagnóstica de linfoma T/NK nasal (granuloma letal de la línea media), que se confirmó con inmunohistoquímica. Se inició manejo con quimioterapia CHOP,

con respuesta parcial. Posteriormente quimioterapia de rescate con VIP y radioterapia.

Actualmente el paciente no reporta progresión de la enfermedad. Se presenta el caso por ser una entidad poco frecuente pero de gran importancia que debe ser reconocida por los dermatólogos.

Poliarteritis nodosa cutánea

Carlos Fabián Avellaneda

Universidad Militar Nueva Granada. Hospital Militar Central.

Paciente con cuadro clínico de dos años de evolución de aparición de hiperpigmentación no dolorosa ni pruriginosa de color pardo en el muslo derecho. Posteriormente presentó lesiones papulares y nodulares eritemato-violáceas de diversos tamaños, dolorosas, bilaterales, en los miembros inferiores que luego comprometieron los miembros superiores, dejando hiperpigmentación post inflamatoria. Se realizaron ACA, IgM e IgG: Negativos. La electromiografía reportó una poli neuropatía sensitiva; la biopsia de piel evidenció en la dermis escasos linfocitos perivasculares y en la unión dermoepidérmica se observó un vaso de mediano calibre trombosado, rodeado de linfocitos y neutrófilos con algunos eritrocitos extravasados. No se observó leucocitoclastia. IDx: Vasculitis de medianos vasos.

- HBsAg: 0.69 negativos. Acs HC: 0.37 negativos. Acs HA: negativos.
- Cuadro hemático: leucocitos, 7340; neutrófilos, 63%; linfocitos, 27%; monocitos, 5%; eosinófilos, 5%; plaquetas, 393000.
- P ANCAS: Negativo. C ANCAS: Negativo.
- T3: 1.99 (negativo) T4: 106 (negativo) TSH: 3.92 (negativo).
- VDRL: Negativo. ELISA VIH: Negativo.
- ANAS: Patrón moteado 1 en 80. ENAS: Negativo.

Se hace el diagnóstico de una poliarteritis nodosa cutánea, el cual fue corroborado con la histología.

Síndrome de Sneddon Wilkinson

Carlos Fabián Avellaneda.

Universidad Militar Nueva Granada. Hospital Militar Central.

Se presenta el caso de una mujer de 79 años con cuadro clínico de diez años de evolución consistente en aparición de pápulas y pústulas eritematosas, pruriginosas, exacerbadas en clima cálido, algunas con borde descamativo fino y coalescencia para formar placas. Estas lesiones se iniciaron en los pliegues axilares, y posteriormente se extendieron al tórax, al abdomen, la espalda y los miembros superiores.

Se tomó biopsia de lesión que evidenció una pústula subcórnea con infiltrado de predominio polimorfonuclear y en menor proporción infiltrado monicítico. Se hace el

diagnóstico de dermatosis pustular subcórnea (Síndrome de Sneddon Wilkinson).

Elastolisis de la dermis media

Juan Guillermo Chalela, Rafael Andrade, Gerzaín Rodríguez.

Fundación Santafé de Bogotá -Asociación Médica de los Andes.

Se presenta el caso de una mujer de 36 años con placas pigmentadas, reticuladas, que arrugan fácilmente a la digitopresión, localizadas en el abdomen. Se hizo diagnóstico de morfea.

La paciente se manejó con fototerapia UVA1, lo cual agravó la enfermedad. Se tomó biopsia para microscopía de luz y electrónica, con diagnóstico final de elastolisis de la dermis media. Se presenta el caso por ser una patología poco común que debe ser conocida por el dermatólogo.

Enfermedad de Grover. Presentación de un caso

Nancy Castro, Marian Rolón.

Fundación Santafé de Bogotá.

Paciente de 63 años, de sexo masculino, con historia de brote recurrente en el tórax anterior y posterior de un año de evolución, acompañado de prurito. Tratamientos sin mejoría. Antecedentes de carcinoma de próstata dos años antes de la enfermedad actual. Al examen se encontraron pápulas eritematosas foliculares y no foliculares, algunas escoriadas con costra central, en el tórax anterior y posterior. Se practicó biopsia de piel que evidenció acantolisis suprabasal con infiltrado linfocitario perivascular superficial. Con diagnóstico de acantolisis transitoria, enfermedad de Grover, se inició tratamiento con tretinoína tópica tres veces a la semana durante doce semanas con franca mejoría. El paciente persiste en tratamiento con uso de tretinoína una o dos veces a la semana con buen resultado.

Paniculitis de equitadoras en invierno

Juan Guillermo Chalela, Juliana Ortiz.

Fundación Santafé de Bogotá.

Se presenta el caso de una paciente de 21 años de edad, equitadora, quien consulta con cuadro de cuatro meses de evolución de aparición de placas violáceas asintomáticas localizadas en la cara lateral externa del tercio proximal de ambos muslos. En el momento de la consulta se evidencian lesiones de aspecto residual, pardas, circulares-figuradas, en la localización antes mencionada, ligeramente descamativas. Durante el interrogatorio la paciente refiere que las lesiones se presentan en época de invierno, y que todas sus compañeras de equitación presentaron lesiones similares durante la misma época. La paciente no permite realizar biopsia de lesión. Se sugiere entonces el diagnóstico de una paniculitis por frío en mujeres equitadoras.

Hemangiomas neonatal benigna

Carolina Concha, Jairo Victoria
Universidad del Valle.

Se presenta el caso de una paciente lactante menor de nueve meses, procedente de Cali, con aparición de lesiones desde los 20 días de nacida. Las lesiones fueron inicialmente maculares, eritematosas, angiomas. Estaban localizadas en la frente, el cuero cabelludo, los brazos, el tronco y la espalda, con crecimiento progresivo; tornándose nodulares y tumorales, algunas con ulceración.

Se realizó IDx: hemangiomas neonatal difusa vs hemangiomas neonatal benigna. Se solicitaron paraclínicos para determinar compromiso visceral: RMN de cerebro contrastada, Eco abdominal total, pt, ptt, hemograma TSH, valoración por pediatría, neurología, oftalmología y ORL. Todos los paraclínicos fueron normales, sin evidenciar compromiso visceral.

Por presentar compromiso del campo visual se inició manejo con prednisona a 2mg/kg/día.

Histiocitosis de células de Langerhans: reporte de caso

Olga Del Carmen Parra, Alvaro Acosta De Hart, Xavier Rueda, Leonardo Pulido.
Instituto Nacional de Cancerología.

Menor de 22 meses con cuadro de un año de evolución de diabetes insípida, placas descamativas en el cuero cabelludo y las ingles, pápulas purpúricas y xantomatosas en el tronco, asociadas a lesiones líticas óseas. La biopsia de piel confirma el diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans. Respondió satisfactoriamente a la quimioterapia.

Hidradenitis supurativa grave

Carolina Sepúlveda.
Universidad de Antioquia.

Paciente de sexo masculino de 24 años de edad, natural de una zona rural de Córdoba y residente en la misma región, que se desempeñaba en oficios variados del campo. Consultó por cuadro clínico de dos años de evolución consistente en brote papulopustular en la cara, el cuello y el tórax. Tratado como acné noduloquístico con antibióticos e isotretinoína oral, por largos periodos, sin mejoría. Posteriormente presentó extensión de las lesiones a la región perianal y a las axilas. Las lesiones iniciales se hicieron confluentes hasta formar trayectos fistulosos con secreción purulenta abundante y constante.

Al examen físico se encontró un paciente en malas condiciones generales, pálido, con úlceras y múltiples trayectos fistulosos que dejaban grandes áreas cruentas, con exposición de tejidos blandos y abundante secreción purulenta. Las lesiones comprometían las mejillas, el

cuello (caras laterales y anterior), la zona anterosuperior del tórax y las axilas. Se realizaron múltiples paraclínicos, entre los que sólo se destacó una anemia normocítica normocrómica y la biopsia de piel que fue compatible con hidradenitis supurativa. Se desbridaron las lesiones y se hicieron injertos de piel en el cuello y colgajos en las axilas. Además se iniciaron los trámites para administrar terapia biológica con infliximab, pero por condiciones sociales no se realizó. El paciente continuó en seguimiento por dermatología con excelente evolución.

Cromoblastomycosis

Carolina Sepúlveda.
Universidad de Antioquia.

Paciente de sexo femenino, de 64 años de edad, natural de área rural de Titiribí (Antioquia) y residente en la misma región, ama de casa. Consultó por la aparición de tres lesiones verrucosas en el antebrazo derecho, asintomáticas, sin mención de trauma previo, de tres meses de evolución.

Al examen físico presentaba tres placas redondeadas, infiltradas, de 1 cm de diámetro con centro queratósico, y escasos puntos negros en la superficie, ubicados en el dorso del antebrazo derecho, con un patrón lineal. Se tomó KOH donde se observaron abundantes cuerpos escleróticos de Medlar. Se realizó cultivo que mostró crecimiento de *Fonseca pedrosoi*. La biopsia de piel confirmó el diagnóstico de cromoblastomycosis. Por las condiciones socioeconómicas de la paciente se hizo tratamiento con terbinafina 250 mg/día por seis meses y resección quirúrgica de las lesiones, con excelente evolución y sin recaídas.

Micosis fungoide estadio tumoral

Carolina Sepúlveda.
Universidad de Antioquia.

Paciente de sexo masculino, 50 años, procedente de Nariño (Antioquia), agricultor. Consultó por placas eritematodescamativas en el hombro izquierdo, pruriginosas, de seis meses de evolución, que no respondieron a los tratamientos convencionales para eczema crónico. Se le realizó una biopsia que reportó micosis fungoide (MF). Por las condiciones socioeconómicas se inició tratamiento con PUVA sol con buena respuesta durante el primer año. Al cabo de este tiempo reaparecieron las lesiones previas y nuevas en otros sitios del tronco. Se le realizaron 32 sesiones de PUVA con respuesta parcial, por lo que se tomó nueva biopsia que reportó una mucinosis folicular asociada a MF.

Por dificultades económicas se suspendió el PUVA y el paciente evolucionó negativamente, con extensión de las lesiones de características tumorales a todo el cuerpo y empeoramiento de las mismas.

Se le realizaron tres sesiones de quimioterapia y debido a la falta de respuesta se le hizo trasplante de médula ósea, pero presentó una recaída y falleció.

Enfermedad de Rosai Dorfman limitada a la piel

Carolina Sepúlveda.

Universidad de Antioquia.

Paciente de 64 años, ama de casa, procedente de Frontino (Antioquia). Consultó por la aparición de un nódulo eritematoso, asintomático, en el brazo derecho, de siete años de evolución. Se le practicó una biopsia excisional cuyos hallazgos fueron compatibles con la enfermedad de Rosai Dorfman. Se le realizaron tinciones de inmunohistoquímica que confirmaron el diagnóstico. Posteriormente el nódulo reapareció.

Al examen físico se observaba un nódulo de 2 cm de diámetro, rosado, de superficie lisa, localizado en la cara externa del brazo derecho. Se le hicieron estudios de extensión los cuales fueron negativos.

No se le realizó resección porque la paciente no aceptó el procedimiento.

Tumor de colisión: carcinoma espinocelular y metástasis de adenocarcinoma

Zully Milena González.

Universidad de Antioquia.

Paciente de sexo femenino, 74 años, ama de casa, residente en Medellín. Consultó por la aparición de lesiones eritematosas, dolorosas, en la zona inferior del abdomen de siete meses de evolución. Como antecedentes personales relató: cáncer de cérvix IIIB en 1991, por el cual recibió 18 sesiones de radioterapia; tiroidectomía sin terapia de reemplazo hormonal; y nódulos mamarios benignos en seguimiento por ecografía.

Al examen físico se observaban múltiples lesiones tipo placas, algunas en forma lineal, y nódulos mal delimitados, sobre un área hiperpigmentada, infiltrada, difusa, con algunas lesiones exulceradas, localizadas en la piel del hipogastrio y el pubis.

A la paciente se le realizó una biopsia de piel que mostró hallazgos compatibles con carcinoma espinocelular y adenocarcinoma metastásico en la misma muestra. Se le realizaron tinciones de inmunohistoquímica así: tiroglobulina:(-), citoqueratina 20:(-) y receptores para estrógenos y progesterona. Debido a estos resultados la metástasis probablemente fue originada en el pulmón, el páncreas o las vías biliares. Como exámenes complementarios se le realizaron una coloscopia biopsia (abril/08): negativa para displasia y una gammagrafía ósea: positiva en las zonas frontal derecha, lumbosacra, sacroiliaca, coxofemoral y en la rodilla derecha. Recibió tratamiento paliativo con morfina, trazodone, amitriptilina y compresas con ace-

tato de aluminio y falleció al mes de haberse realizado el diagnóstico.

Lesión pigmentada congénita e hipopigmentaciones adquiridas

Carolina Torres, Juan Guillermo Chalela.

Hospital Militar Central.

Se presenta el caso de un paciente de diez años de edad, quien desde los dos años mostraba una mácula pardo claro en la mejilla izquierda, sobre la cual fueron apareciendo pápulas pardo negruzcas a lo largo del tiempo. A los seis años de edad el paciente comenzó a presentar máculas acrómicas en el rostro, las manos, las rodillas y los pies. Se tomaron biopsias con las que se hizo diagnóstico de un nevus de Spilus congénito y vitiligo.

En la literatura no se encuentran reportes de casos de nevus Spilus y vitiligo, sino de nevus melanocítico congénito y vitiligo en los cuales se muestra un curso variable del nevus, que llega algunas veces a disminuir de tamaño pero con un mayor riesgo de desarrollar melanoma. El nevus de Spilus puede ser considerado un tipo de nevus melanocítico congénito, lo que permite extrapolar los hallazgos reportados. Se decidió realizarle seguimiento clínico a la lesión névica e iniciarle tratamiento para el vitiligo con tacrolimus al 0,1% y calcipotriol, con resultados favorables.

Lesiones ampollas y agenesia congénita de piel localizada

Carolina Torres, Juan Guillermo Chalela.

Hospital Militar Central.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino que desde el nacimiento presentó agenesia de piel localizada en los miembros inferiores, lesiones ampollas mucocutáneas que afectaron principalmente las áreas de roce, y alteraciones ungueales. Se tomó biopsia de piel sugestiva de dermatitis ampollas subepidérmica y epidermolisis bulosa congénita. La microscopía electrónica planteó como diagnóstico una epidermolisis bulosa del grupo dérmico, posible variedad distrófica dominante. Con los hallazgos clinicopatológicos se hizo el diagnóstico de una agenesia de piel congénita localizada y una epidermolisis ampollas distrófica. A esta asociación se la conocía como síndrome de Bart, denominación que ha sido revaluado al encontrar que la agenesia congénita localizada de la piel es una manifestación clínica de cualquiera de los tipos de epidermolisis ampollas.

Al paciente se le inició tratamiento preventivo (evitando trauma que desencadene la aparición de nuevas lesiones), curaciones con vaselina y mupirocina para facilitar la cicatrización y prevenir la sobreinfección de las lesiones ya existentes, soporte nutricional y manejo analgésico; con adecuada respuesta.

Mastocitosis cutánea

**Claudia Zúñiga, Nancy Castro, Marian Rolón,
Blanca Lesmes.**

Fundación Santafé de Bogotá.

Paciente femenina de 43 años que consultó por aparición de lesiones en la piel de cinco años de evolución con aumento progresivo en el tronco y las extremidades, sin otra sintomatología asociada. Al examen físico se encontró una paciente en buen estado general, con máculas pigmentadas y pápulas eritematosas entremezcladas, localizadas en el tronco, los muslos y los glúteos, que respetaban el rostro y con predominio acral en los miembros superiores y proximal en los miembros inferiores, y con signo de Darier negativo. Se practicó biopsia de piel que mostró edema de la dermis superficial con infiltrado linfocitario perivascular, algunos eosinófilos con abundantes mastocitos en la coloración de azul de toluidina. Hemograma normal; VSG, 2; función renal, hepática y tiroidea normales; uroanálisis normal; triptasa, 25.8 (valores referencia 1.9-13.5); estudios imageneológicos normales (TAC tórax y abdomen, EVDA, colonoscopia). Se hizo diagnóstico de mastocitosis cutánea, iniciando manejo con fototerapia UVA-1 con mejoría de pápulas eritematosas con las primeras doce sesiones. Continúa con fototerapia tres sesiones semanales con UVA-1,660 Jul/cm².

Mastocitosis ampollosa

**Juan Guillermo Chalela, María Margarita Barrios,
Yury Nahidú Pardo.**

Hospital Militar Central.

Se trata de una paciente de dos años de edad con cuadro clínico que inició a los seis meses de edad, posterior a vacunación, consistente en fiebre, astenia y adinamia seguido de lesiones ampollas, intensamente pruriginosas; recibió manejo con aciclovir ante sospecha de virus vacunal, sin mejoría. Se realizó biopsia, que fue diagnóstica de mastocitosis, por lo cual se inició manejo con antihistamínicos sin respuesta favorable. A la fecha ha presentado varios episodios de lesiones ampollas hemorrágicas y períodos de ampollas tensas, siempre precedidos de iguales síntomas. Se publica el caso por ser una presentación rara de mastocitosis.

Melanomas en sitios inusuales

Edgar Olmos, Miguel Olmos.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Hospital San José de Bogotá.

Se reporta a tres pacientes que presentaron melanomas en sitios inusuales. La primera es una mujer de 50 años de edad, que consultó por un cuadro clínico de dos años de evolución caracterizado por aparición de lesión tumoral hiperpigmentada de aproximadamente 0.5 cm en el ombligo. Se realizó la impresión diagnóstica de

melanoma vs. carcinoma escamocelular. Se tomó una biopsia que reveló un melanoma de extensión superficial. Es llevado a cirugía donde se realizó resección del tumor con márgenes de 1 cm.

El segundo es un hombre de 60 años de edad que consultó por un cuadro clínico de ocho meses de evolución caracterizado por una lesión tumoral nodular en la cara lateral del glande. Se tomó una biopsia en donde se encontró un melanoma nodular. Se realizó interconsulta con urología, que decidió resección oncológica, lo que implicaba amputación del pene. El paciente se negó a la intervención. Mediante consentimiento informado se le realizó crioterapia paliativa. El paciente falleció a los nueve meses.

La tercera es una mujer de 53 años, quien consultó por un cuadro clínico consistente en aparición de una mácula hiperpigmentada en el ojo derecho. Se decide realizar escisión más estudio histopatológico y reconstrucción mediante plastia libre del ojo izquierdo. En la patología se evidenció un melanoma.

Arteritis de células gigantes

**Natalia Andrea Orjuela, Margarita María Velásquez,
Luis Alfonso Correa.**

Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación Dermatológica, GRID.

Se presenta el caso de un paciente de 66 años de edad, natural de Quibdó y residente en la misma ciudad, raza negra, con historia de seis semanas de evolución de úlceras en el cuero cabelludo intensamente dolorosas, de rápido crecimiento y progresión, precedidas de cefalea intensa y claudicación mandibular. Concomitantemente presentó pérdida de 12 kg de peso, visión borrosa y claudicación de los miembros inferiores.

Antecedente personal de HTA, alcoholismo y tabaquismo crónico; además epilepsia y exotropía secundarias a herida por arma de fuego en la región temporal izquierda hace tres años.

Al examen físico se encontró un paciente en regulares condiciones generales, con cefalea intensa, engrosamiento y tortuosidad en las arterias temporales, y úlceras profundas y extensas en la zona frontoparietotemporal bilateral, cubiertas por una escara necrótica, con escasos focos de secreción purulenta. Con la impresión diagnóstica de arteritis de células gigantes se hospitalizó para estudio y manejo.

En la biopsia incisional del cuero cabelludo comprometido se encontró ulceración y necrosis. En el estudio histopatológico de la arteria temporal se observó compromiso focal y segmentario con distorsión arquitectural, reducción del calibre luminal e infiltrado inflamatorio en las capas íntima y media, constituido por acúmulos de linfocitos con células gigantes multinucleadas. Se

realizó elástico que demostró fibras gruesas y fragmentadas. En los paraclínicos de extensión se encontró leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis (628.000 mm^3), aumento de la velocidad de sedimentación globular (96 mm/h) y aumento de la proteína C reactiva (15.6 mg/L). De igual forma, aumento de las fracciones del complemento C3: 238 mg/dl (normal: $90 - 180$) y C4: 80.4 mg/dl (normal: $10 - 40$). No se encontraron alteraciones en las funciones hepática y renal. En el perfil reumatológico el estudio para ANAS y ANCAS fue negativo, con un ligero aumento de la IgG anticardiolipinas: 13.2 U/ml (V/N $0 - 10$) e IgM normal: 2.6 U/ml (V/N: $0 - 7$). Se practicó RMN, en la cual se descartó la presencia de aneurisma cerebral; por el antecedente de claudicación en los miembros inferiores, se realizó pletismografía arterial que evidenció la presencia de estenosis fémoropoplíteica en el miembro inferior izquierdo.

Durante la hospitalización recibió tratamiento con tres pulsos de metilprednisolona 500 mg IV , prednisona 60 mg/día , metotrexate $12,5 \text{ mg/sem}$, ASA 100 mg/día y oxacilina $2 \text{ gm IV c/4 horas}$ por 10 días . Las úlceras fueron manejadas adicionalmente con apósitos e injertos por cirugía plástica. Con la terapia instaurada el paciente presentó mejoría completa de sus lesiones cutáneas y de sus síntomas sistémicos, continuando en control con reumatología y dermatología.

Hamartoma de músculo liso en niño de un año de edad

Juliana Calle, Lina María Quiroz, Carolina Velásquez, Ana Cristina Ruiz.
Universidad CES.

Niño de sexo masculino de un año de edad, nacido en Medellín y residente en Apartadó (Antioquia). Producto del tercer embarazo a término sin complicaciones, parto por cesárea. Lo llevaron a consulta por presentar desde los quince días de vida la aparición de una lesión en el glúteo izquierdo. La lesión, pruriginosa, no había aumentado de tamaño. Como antecedentes personales, tenía historia de reflujo gastroesofágico y espina bífida oculta en seguimiento. Como antecedente quirúrgico, herniorrafia inguinal derecha. Al examen físico presentaba una placa eritemato-café de 10 cm de diámetro en el glúteo izquierdo, con presencia normal de anexos. No presentaba induración ni signos inflamatorios. Al frotar la placa no había presencia clara del signo de Darier. Se plantearon los siguientes diagnósticos de trabajo: mastocitoma solitario vs granuloma anular vs hamartoma de músculo liso. La anatomía patológica reportó múltiples haces de músculo liso en la dermis media, sin ningún cambio epidérmico. Se realizaron tinciones de inmunohistoquímica para los marcadores actina de músculo liso, h-caldesmon y desmina, lo cual confirmó el origen muscular liso de

las células. Con lo anterior se realizó el diagnóstico de hamartoma de músculo liso.

Infiltración linfocítica de Jessner. Dos presentaciones clínicas en un mismo paciente

Lucy García, Sara María Lozada, Liliana Muñoz.
Universidad del Valle. Hospital Universitario del Valle.

Las enfermedades cutáneas que se presentan con infiltrados linfocitarios dérmicos son un reto diagnóstico por las diferencias y semejanzas que entre ellas existen y por las implicaciones en el manejo y el pronóstico. La infiltración linfocítica de Jessner es una patología poco frecuente, de comportamiento impredecible, clasificada dentro de los linfomas cutáneos por algunos, y descrita por otros como parte del espectro del lupus cutáneo. Se presenta el caso de una paciente de 27 años con historia de dos años de evolución de aparición de lesión en placa hiperpigmentada indurada brillante en la región mandibular derecha de 5 cm de diámetro, que sanó con hiperpigmentación. Un año después se observó una lesión anular eritematosa infiltrada sobre la misma área anatómica. Los hallazgos histopatológicos de ambas muestras, presentaron un infiltrado linfocítico perivascular moderadamente denso, que afectaba los plexos vasculares, superficial y profundo de la dermis, los folículos pilosebáceos y el tejido celular subcutáneo. El infiltrado linfocítico a la inmunohistoquímica fue, en ambas muestras, de linfocitos T (CD3+) con un índice CD4+/CD8+ conservado. La inmunofluorescencia fue negativa.

Paniculitis lúpica en una niña de once años: reporte de un caso

Carolina Cárdenas Henao, Germán Santacoloma Osorio, Martha Cecilia Bernal Escobar.
Universidad de Caldas.

Se presenta el caso de una niña de once años de edad, con una historia clínica de masa dolorosa en la mejilla derecha, diagnosticada inicialmente por otorrinolaringología como quiste parotídeo y tratada infructuosamente con recanalización del conducto.

Tres meses después mostró resolución espontánea de la lesión y fue remitida a consulta de dermatología por presentar depresión e hiperpigmentación de la zona afectada. En nuestra consulta se identifican nuevos nódulos localizados en los brazos. Con el diagnóstico de una paniculitis lúpica se realizó una biopsia profunda de la lesión más significativa y se confirmó el diagnóstico.

Lupus vulgar: reporte de un caso

Natalia Vargas Navia, Antonio Torres, Raúl Argote.
Universidad del Valle.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 75 años, quien consultó por un cuadro clínico de cinco

años de evolución consistente en placas eritematosas en la mejilla derecha, y desde hace un año por la aparición de placas y nódulos en los miembros superiores. Al examen físico se evidenciaron placas eritematosas infiltradas cubiertas por costras mielécricas y hemáticas localizadas en las regiones malar y maxilar derecha; además, placas y nódulos eritematosos en los miembros superiores. Se realizaron biopsias de las lesiones en la cara y el brazo derecho. El estudio histopatológico evidenció la presencia de granulomas en la dermis rodeados por linfocitos, sin evidencia de microorganismos. Se realizaron tinciones especiales y se enviaron muestras para cultivo, en el cual se aisló *Mycobacterium tuberculosis*. Se realizaron estudios complementarios, PPD de 20 mm, y Rx de tórax sin alteraciones.

Basados en los hallazgos clínicos, histológicos y microbiológicos se hizo el diagnóstico de lupus vulgar y se inició tratamiento acortado supervisado anti-TBC propuesto por la OMS. La paciente presentó mejoría del cuadro dermatológico tres meses después de iniciar dicho manejo.

Manifestaciones cutáneas atípicas de leishmaniasis cutánea en paciente con HIV

Liliana Herrera, Ximena Sánchez.

Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia.

Paciente de 21 años con cuadro clínico de cuatro meses de evolución de pápulas y placas eritematodescamativas que inician en los miembros inferiores y posteriormente se generalizan en el tórax y los miembros superiores. Como antecedentes se encontró infección por HIV diagnosticado en el 2007 por Elisa y Western Blot, sin manejo actual; último conteo de CD 4+, 200 cel/mm³; malaria en el año 2007, leishmaniasis cutánea localizada en región frontal manejada con glucantime en dos ocasiones, con cicatrización. Sin otros antecedentes de importancia.

Al examen físico presentaba en la cara, el tronco y las extremidades placas infiltradas descamativas eritematosas de bordes regulares, no dolorosas ni pruriginosas; en el miembro inferior izquierdo úlcera de bordes infiltrados, de fondo granulomatoso y limpio, con eritema perilesional, no dolorosa.

Con estos hallazgos clínicos se practica una impresión diagnóstica de psoriasis vulgar más una leishmaniasis cutánea vs. una leishmaniasis diseminada.

Se realizó biopsia de piel la cual reportó una dermatitis nodular con formación de granulomas, con infiltrado inflamatorio linfocitario y abundantes microorganismos en las vacuolas fagocíticas. Se realizó tinción PAS y Gomory los cuales fueron negativos. Se concluyó que el estudio histopatológico correspondía a una leishmaniasis cutánea. Los casos de co-infección por HIV y leishmaniasis en nuestro medio son menos frecuentes que en

Europa y África y diversas sus manifestaciones cutáneas, lo que representa un reto diagnóstico originado por las múltiples infecciones cutáneas con gran mimetismo de estos pacientes.

Pilomatrixoma gigante en miembro inferior

María Isabel Moreno, Ana Francisca Ramírez.

Universidad del Valle.

Paciente masculino de 48 años de edad quien consultó por historia de un año de evolución de lesión tumoral, eritematosa, de aspecto verrugoso, con úlcera central sobreinfectada y bordes infiltrados, que presentaba en su interior lesiones pseudoquisticas de aspecto claro, xantomatoso. La lesión, de crecimiento rápido, medía 12 cm x 8 cm de diámetro, y se encontraba ubicada en la región lateral de la rodilla derecha. Refería dolor e incapacidad para la marcha. Se realizaron estudios histopatológicos y cultivos para descartar micosis profundas, parásitos, mycobacterias atípicas y neoplasias.

La biopsia escisional reportó una lesión bien circunscrita que comprometía la totalidad de la piel y el tejido celular subcutáneo, con presencia de células fantasma; además, presentaba células multinucleadas gigantes con áreas de calcificación y osificación, metaplasia, edema y hemorragia. Con base en esto realizamos diagnóstico de pilomatrixoma gigante.

Se reporta este caso debido a la presentación en un adulto, a la característica verrugosa y a la localización poco usual de esta patología.

Tratamiento eficaz de angioqueratoma de Fordyce en la vulva con laser PDL y Nd:YAG. Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Juan Esteban Arroyave, Luz Adriana Vázquez, Verónica Molina, Olga Lucía Forero, Flavio Restrepo.

Universidad Pontificia Bolivariana.

Los angioqueratomas son un grupo de enfermedades vasculares raras, que consisten clínicamente en pápulas de color rojo violáceo, hiperqueratósicas, que confluyen formando placas. Histológicamente se encuentra dilatación de vasos, situados en la dermis papilar, con acantosis e hiperqueratosis reactiva. Entre las opciones terapéuticas, se han descrito la electrofulguración, la crioterapia, la escisión quirúrgica y diferentes tipos de láser: argón 578 nm, cobre 578 nm, KTP 532 nm y Nd:YAG 1064 nm; sin embargo, estas opciones representan gran peligro de cicatrización y deformidad. Otra alternativa es el láser PDL 585 nm, que disminuye de forma considerable el riesgo de esta cicatrización. Presentamos el caso de una paciente con angioqueratoma de Fordyce en la vulva, tratado eficazmente con laser PDL 585 nm y Nd:YAG 1064 nm, con resultado estético excelente y sin cicatrización de importancia.

Urticaria pigmentosa en edad adulta

Carolina Ivette Cortés, Eduardo Fierro Abella.

1. Universidad Nacional de Colombia.

Se presenta un paciente de 54 años, quien consultó por un cuadro de ocho años de evolución consistente en la aparición de lesiones eritematosas en las extremidades y el tronco, con prurito de predominio nocturno. Fue manejado con múltiples corticoides tópicos sin mejoría. Al examen físico se observaron múltiples pápulas eritematosas pardas, con signo de Darier positivo. Se hizo una biopsia de piel con impresión diagnóstica de urticaria pigmentosa, la cual confirmó el diagnóstico al realizarse tinción de azul de toluidina. Como la mastocitosis sistémica es más frecuente en adolescentes y adultos se decidió descartar compromiso sistémico y se solicitaron niveles de triptasa sérica, la cual se encontró en 126, con valores de referencia entre 1,9 y 13,5. Se solicitó valoración por hematología, que practicó una biopsia de médula ósea donde se observó escasos mastocitos atípicos sin que se configure totalmente el compromiso sistémico, pero se decidió realizar seguimiento estricto. El paciente está siendo tratado con doxepina 25 mg día con la cual se han controlado completamente sus síntomas.

Poroma Ecrino

Natalia María Vélez, Juliana Calle, Carolina Velásquez, Ana Cristina Ruiz.

Universidad CES, Hospital Pablo Tobón Uribe.

Paciente de 77 años, natural del municipio de Urrao y residente en Itagüí, Antioquia. Pensionado. Consultó por lesión de tres años de evolución en el pie derecho, dolorosa, sangrado fácil con el trauma, que lo limitaba para la marcha. Antecedentes personales: HTA, DM, EPOC, dislipidemia, enfermedad arterial oclusiva. Antecedentes tóxicos: exfumador. Al examen físico se observaba una lesión tumoral de aproximadamente 4 cm x 2 cm, localizada en la planta del pie derecho, en área de apoyo de metatarsianos, entre el cuarto y el quinto dedo, exofítica, verrucosa, con marcada hiperqueratosis de los bordes.

Diagnósticos de trabajo: Porocarcinoma vs carcinoma verrucoso vs poroma ecrino. Se realizó resección completa de la lesión, cuya histología reportó un poroma ecrino.

Calcinosis cutis en paciente con lupus eritematoso sistémico

Ana María Rivas, Verónica Molina, Luz Adriana Vásquez, Olga Lucía Forero. Ana Cristina Ruiz.

Universidad Pontificia Bolivariana, Hospital Pablo Tobón Uribe.

Se presenta el caso de una paciente de 24 años de edad, con antecedente de LES que consultó por placas eritematosas,

induradas, mal definidas en los glúteos y los muslos que evolucionaron a abscesos con formación de fístulas. La paciente fue manejada con múltiples tratamientos antibióticos, curaciones y drenajes quirúrgicos de las lesiones con muy pobre respuesta al tratamiento y recaídas frecuentes. Luego de realizar varias biopsias cutáneas y múltiples cultivos para descartar infecciones por hongos y micobacterias, se logró establecer que el proceso subyacente a las infecciones de tejidos blandos correspondía a una calcinosis cutis. Se presenta este caso con el fin de discutir la calcinosis cutis en el contexto de lupus eritematoso sistémico, puesto que la asociación de estas dos entidades es poco frecuente.

Síndromeseudoglucagonoma y eritema necrolítico migratorio en paciente con desnutrición crónica

Ana María Rivas.

Universidad Pontificia Bolivariana, Hospital Pablo Tobón Uribe.

Se presenta el caso de un paciente de 26 años que consultó por cuadro clínico de ocho días de evolución consistente en lesiones en la piel pruriginosas, que iniciaron en la cara y luego se extendieron al resto del cuerpo. Asociado a las lesiones cutáneas refería edema generalizado, múltiples deposiciones diarreicas y pérdida objetiva de quince kilos de peso en los últimos cuatro años. El paciente tenía antecedente de insuficiencia pancreática exocrina secundaria a pancreatoduodenectomía hacía cuatro años por insulinoma. Al examen físico presentaba lesiones puntiformes diseminadas que confluían hasta formar máculas pardo-eritematosas, descamativas, de bordes irregulares, localizadas en la región posterior del cuello, en las extremidades superiores e inferiores, en el escroto y en los glúteos. Se tomó biopsia de piel que reportó hallazgos compatibles con eritema necrolítico migratorio, con lo que se confirmó el diagnóstico de síndromeseudoglucagonoma en el contexto de una desnutrición crónica. Se publica este caso representativo porque el eritema necrolítico migratorio es una entidad poco frecuente y hay pocos casos reportados de esta condición en el contexto de una desnutrición crónica.

Lepra multibacilar (BL) con reacción de reversa: presentación de un caso

Ana Milena Montes, Beatriz Orozco, Mónica Gaviria.

Universidad Pontificia Bolivariana.

Paciente de 44 años de edad con cuadro de cinco meses de evolución de una placa eritematosa en la espalda que fue aumentando de tamaño dejando un centro claro y borde elevado eritematoso; posteriormente aparecieron más lesiones similares acompañadas de hipoestesia en los antebrazos. Ante la sospecha clínica de lepra se realizó un índice bacilar en moco y linfa el cual fue 2.6. Se inició

tratamiento con poliquimioterapia (rifampicina 600 mg/mes, clofazimina 150 mg/mes, dapsona 100 mg/día). Tres meses después de haber iniciado el tratamiento aparecieron más lesiones similares, generalizadas, asociadas a anestesia y sensación de calambres en los miembros superiores e inferiores. Se realizó una biopsia en donde se observó un infiltrado separado de la epidermis por una banda de colágeno (Zona de Grenz), abundantes linfocitos, con células espumosas y células epitelioides en moderado número. No se encontraron granulomas bien formados, ni infiltrado perineural, ni infiltrado de anexos. Se hizo un diagnóstico de una reacción de reversa tipo 1 y se inició manejo con prednisolona 60 mg/día con respuesta favorable.

Azatioprina: una alternativa terapéutica en eczema numular refractario

Claudia Marcela Arenas, Juan Guillermo Chalela.

Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central.

Paciente de sexo femenino de 57 años con cuadro clínico de cuatro meses de evolución consistente en la aparición de una placa numular de bordes bien definidos con secreción serosa y costra mielisérica muy pruriginosa, que inició en los miembros inferiores y posteriormente se extendió. Paraclínicos: Cuadro hemático normal, IgE: 151 IU/ml; coprológico negativo para parásitos intestinales; EVDA: negativo para *H. pylori*; duplex miembros inferiores: sistema venoso superficial y profundo permeable.

Histología: acantosis psoriasisiforme, espongirosis, parakeratosis, neutrófilos intracórneos, infiltrado inflamatorio superficial de linfocitos y eosinófilo. Coloración PAS negativa para microorganismos. Con estos hallazgos se realizó un diagnóstico de un eczema numular. Se inició tratamiento con corticoides tópicos y antibiótico tópico, sin mejoría. Se continuó con corticoides y antibióticos sistémicos, con mejoría parcial. Posteriormente la paciente presentó aumento en el número y el tamaño de las lesiones, por lo cual se le dió tratamiento con azatioprina, con resolución de las lesiones a los tres meses. Aún persiste pigmentación postinflamatoria. Se publica este caso porque siendo una paciente que no muestra una etiología clara y que no respondió a tratamientos con antibióticos ni corticoides tópicos y sistémicos, presentó una adecuada respuesta a azatioprina, por lo cual es ésta una opción terapéutica en pacientes con eczema numular refractario a tratamiento.

Esporotricosis linfangítica en paciente pediátrico

Juana López, Marysol Rebolledo.

Universidad del Valle.

Se presenta el caso de una paciente de siete años, procedente de zona rural, quien presentó herida en el segundo

dedo de la mano izquierda con arma corto punzante contaminada de material vegetal. Ocho días después mostró placa eritematosa en el sitio del trauma con leve edema, y a los quince días aparecieron lesiones papulares y nodulares satélites a la lesión inicial que seguían un trayecto lineal, con secreción de material purulento, formación de abscesos y edema en el sitio comprometido. En un hospital periférico diagnosticaron una celulitis e iniciaron manejo con oxacilina intravenosa con poca mejoría. Fue valorada por dermatología y por los hallazgos al examen físico se hizo diagnóstico de esporotricosis linfangítica vs. leishmaniasis esporotricóide vs. infección por micobacterias. Se realizó biopsia de piel en donde reportaron epidermis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa con formación de granulomas supurativos. El cultivo para micobacterias fue negativo; el examen directo y cultivo para *leishmania* fue negativo, y el cultivo para *Sporothrix schenckii* fue positivo. Se inició tratamiento con yoduro de potasio cinco gotas, aumentando progresivamente de una gota por día tres veces al día hasta llegar a quince gotas. La paciente quince días después del tratamiento reportó la desaparición de la mayoría de las lesiones nodulares del antebrazo, disminución del eritema y edema de la lesión del dedo. En el momento se encuentra en seguimiento.

Leishmaniasis mucocutánea

David Andrés Londoño, Marta Cecilia Sierra.

Universidad de Antioquia.

Hombre de raza negra, 42 años de edad, natural de Bahía Solano, Chocó y residente en la misma región. Remitido al Hospital Universitario San Vicente de Paúl por cuadro de cinco meses de evolución consistente en lesiones induradas en el dorso nasal, las cuales aumentaron paulatinamente de tamaño y posteriormente se ulceraron hasta perforar el dorso nasal, con salida de secreción purulenta a través de la perforación y dolor local. Además, anosmia, rinorrea purulenta y fiebre subjetiva. Como antecedentes personales relataba sinusitis a repetición en los últimos seis años, tabaquismo de 12 paquetes/año y consumo de licor ocasional. Los antecedentes familiares eran negativos. Al examen físico presentaba en el dorso nasal una placa eritematoviolácea, de bordes irregulares, indurada y dolorosa a la palpación, con ulceración central de 1 cm de diámetro, la cual comunicaba con la cavidad nasal. Además, salida de secreción purulenta y fétida a través de la perforación. En la boca presentaba perforación del paladar. Con impresiones diagnósticas de leishmaniasis mucocutánea, paracoccidioidomicosis, carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y granulomatosis de Wegener, el paciente fue hospitalizado para su estudio. Se le realizó examen directo para *leishmania* el cual fue negativo. Se tomó biopsia cutánea para hematoxilina-eosina (HE), en la cual se halló un corión cutáneo con extensa

reacción granulomatosa crónica; las coloraciones especiales de ZN, ZN modificado, plata metenamina y PAS, fueron negativas; la coloración de Giemsa fue positiva para cuerpos de *leishmania*. Adicionalmente se realizó intradermo reacción con un resultado a las 48 horas de 15 mm e IFI con un título de 1:64. Los demás estudios practicados permitieron descartar las restantes impresiones diagnósticas. Además, se realizó TAC de la nariz y los senos paranasales el cual mostró engrosamiento mucoperiosteico de los senos y la cavidad nasal, junto con un gran defecto óseo del septo nasal, las paredes mediales, los senos maxilares y el paladar.

Con el diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea confirmado, se inició tratamiento con miltefosina 50 mg VO c/8 horas por 28 días. Igualmente, se realizó evaluación por cirugía plástica para programar la reconstrucción del defecto nasal una vez lograda la curación. El paciente fue dado de alta para continuar su manejo ambulatorio por consulta externa con controles de cuadro hemático y pruebas de función renal y hepática. Sin embargo, se interrumpió el seguimiento del paciente cuando éste no volvió a los controles programados.

Paquioniquia congénita: reporte de un caso

Mónica Lorena Cárdenas, Luis Fernando Balcazar, Natalia Vargas Navia.

Universidad del Valle.

Se reporta el caso de un niño de ocho años, con cuadro clínico desde el nacimiento consistente en dentición neonatal, hiperqueratosis distal de las placas ungueales de las manos y los pies, focal en la región palmo plantar y el mentón. Queratosis con acentuamiento folicular en la nuca, los codos, las rodillas, la región lumbosacra y los glúteos. Además placa alopecica en la región occipital, queilitis angular, placas blancas (leucoqueratosis) en la punta y la cara lateral derecha de la lengua. Durante la evolución del cuadro presentó aparición de ampollas y flictenas en sitios de fricción y cuadros de foliculitis a repetición. El KOH y cultivo para hongos de uñas fueron negativos. Como antecedentes heredo-familiares se destaca el hecho que el paciente es producto de la unión de primos hermanos. Además se reportó la presencia de hiperqueratosis de uñas como único hallazgo en el abuelo paterno, el padre, dos hermanos y dos primos en primer grado. Con estos hallazgos en la valoración por dermatología y dismorfología se consideró el diagnóstico de paquioniquia congénita tipo 1 (Jadassohn-Lewandowsky) autosómica dominante.

Vitiligo, morfea y tiroiditis

Claudia Marcela Arenas, Juan Guillermo Chalela.

Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central.

Paciente femenina de 42 años con cuadro clínico de seis

años de evolución, consistente en aparición de mácula acrómica de bordes regulares en el miembro inferior derecho y la fosa iliaca derecha; y una placa ovalada de 12 cm por 5 cm hiperpigmentada, con hipopigmentación en confeti, con halo violáceo, esclerosada a la palpación en el flanco izquierdo. Al examen físico se observaba aumento de tamaño de la glándula tiroideas.

Paraclínicos: ANAS: 1/1289 patrón nucleolar; TSH: 1.87 uIU/ml; VR: 0,4- 4 uIU/ml; Anti TPO: 53.1 IU/mL; VR: 10-35 IU/mL; Antitiroglobulina: 0.096 UI/ml; Gammagrafía: Captación del trazador homogénea con aumento de tamaño simétrico a expensas de ambos lóbulos tiroideos. Biopsia de lesión del miembro inferior: escaso infiltrado inflamatorio superficial. Tinción Fontana Mason: ausencia de melanocitos. Biopsia de lesión del flanco izquierdo: Homogenización de fibras de colágeno con compresión de los anexos.

Con estos hallazgos se realizó una impresión diagnóstica de vitiligo, versus morfea, versus tiroiditis. Se inició tratamiento para vitiligo con inmunomodulador tacrolimus, calcipotriol y UVB tres veces por semana con pigmentación de lesiones. Para morfea se inició corticoide intralesional con mejoría. Se presenta este caso porque la asociación de vitiligo, morfea y tiroiditis no es común: existe sólo un caso reportado en la literatura. En estudios recientes se han asociado al Gen NALP1 que se encuentra codificado en el brazo corto del cromosoma 17 y que estimula citoquinas proinflamatorias que juegan un rol importante en la fisiopatología de la enfermedad a través de la activación vía de las caspasas inflamatorias 1 y 5.

Tinea capitis por *Trichophyton tonsurans*: agente emergente en Colombia

Joaquín Benavides, Janeth Villanueva.

Universidad del Valle.

Paciente de tres años con siete meses de evolución de placas descamativas múltiples, parcialmente alopecicas, dispersas en el cuero cabelludo, asintomáticas, sin fluorescencia a la luz de Wood. Se le había diagnosticado como dermatitis seborreica en centro periférico y manejado con ketoconazol tópico durante un mes, sin mejoría. Se realizó estudio micológico de las lesiones, con examen directo para hongos de la escama del cuero cabelludo, y se visualizaron esporas abundantes y cabellos sin parasitación aparente.

El cultivo en agar Sabouraud mostró crecimiento de una colonia pulverulenta, de coloración amarillenta en el anverso y color café al reverso. Al análisis microscópico se observaron múltiples hifas hialinas septadas con microconidias piriformes numerosas de tamaño variable a los lados de las hifas, características de *Trichophyton tonsurans*. Se inició tratamiento con terbinafina oral.

Enfermedad de Rosai-Dorfman

Joaquín Benavides, Ricardo Rueda, Gustavo Corredor.
Universidad del Valle.

Paciente de 27 años con dos años de evolución de placas eritematovioláceas, no sintomáticas, en la región escapular derecha, de crecimiento progresivo. La valoración clínica evidenció placa infiltrada en la región escapular derecha. El estudio histopatológico reportó una proliferación histiocítica con presencia de emperipolesis, que se interpretó como una enfermedad de Rosai-Dorfman. Los estudios paraclínicos de extensión fueron negativos.

La enfermedad de Rosai-Dorfman es una histiocitosis de células no Langerhans, de compromiso sistémico frecuente. Se presenta entre los 10-30 años. Se caracteriza por unas placas infiltradas de crecimiento progresivo y curso indolente localizadas en la cabeza y el cuello, generalmente múltiples, que representan la forma limitada a la piel de la histiocitosis del seno con linfadenopatía masiva.

Neurotekeoma en miembro inferior: reporte de un caso

Francisco Javier López, Lucy García.
Universidad del Valle.

Se reporta el caso de una paciente de quince años procedente de Liberia, Jamundí (Valle), quien hace año y medio presentó la aparición de una pápula dolorosa en el dorso del pie izquierdo, según relato de la paciente, después de la picadura de un insecto. La lesión mostró crecimiento lento, sin variación en la sintomatología.

Al examen físico se encontró en el dorso del pie derecho un nódulo violáceo de bordes bien definidos, superficie ligeramente hiperqueratósica, mamelonada y dolorosa a la palpación, de 2 cm de diámetro. La histología reveló lesión neoplásica de origen mesenquimal, constituida por nidos de células fusocelulares con núcleo vesicular y citoplasma eosinofílico rodeado por colágeno denso. No se evidenció angioinvasión ni actividad mitótica, se concluyó como diagnóstico: neurotekeoma.

Paraqueratosis granular de la axila

Juan Guillermo Chalela, Gerzaín Rodríguez.
Fundación Santa Fe de Bogotá- Asociación Médica de los Andes

Presentamos el caso de una mujer de 62 años, con historia de hiperhidrosis axilar y lesiones de diez años de evolución, multitratadas sin mejoría. Al examen se encontraron placas pigmentadas, hiperqueratósicas, aterciopeladas, en ambas axilas.

Se tomó una biopsia que diagnosticó una paraqueratosis granulosa de la axila. Se inició tratamiento con retinoides tópicos, con mejoría completa de las lesiones.

Síndrome Sweet

Paola Andrea Londoño, Luis Hernando Moreno, Ricardo Rueda.
Universidad del Valle.

Se presenta el caso de una paciente de 60 años con antecedente de quimioterapia para cáncer de mama (5-fluoracilo, ciclofosfamida y doxorubicina), que consultó por un mes de evolución de placas eritematosas, infiltradas, dolorosas, algunas con tendencia al ampollamiento, inicialmente en las manos y los talones, y que posteriormente (la última semana) involucraron los antebrazos, el cuello y la cara. Se realizó el diagnóstico de síndrome Sweet y como diagnóstico diferencial eritema acral G III-IV; se tomó biopsia y se inició tratamiento con prednisolona 1 mg/kg, pentoxifilina 800 mg c/8 h. y compresas frías, con el cual la paciente presentó marcada mejoría desde las primeras 48 horas. En el caso que se publica, dados los antecedentes y los hallazgos clínicos, la paciente podría cursar con cualquiera de las tres entidades enunciadas. La histopatología fue clave para establecer el diagnóstico.

Porocarcinoma ecrino bilateral

Diana Patricia Ocampo, Felipe Jaramillo.
Universidad de Caldas

Se presenta el caso de una mujer adulta con porocarcinoma ecrino bilateral en los pies.

El porocarcinoma ecrino es una neoplasia infrecuente originada en la porción intraepidérmica ductal de la glándula ecrina. Se presenta más en los adultos mayores y tiende a localizarse en las extremidades inferiores, siendo los pies los sitios más afectados. Su apariencia clínica es variable: se ha descrito como placas verrucosas o crecimientos polipoides. Su comportamiento biológico también es variable, puede evolucionar por años con pocos cambios o hacer metástasis a la piel, las vísceras y los nódulos linfáticos regionales. Su tratamiento es quirúrgico y tiende a recidivar.

Hepatitis C crónica coexistente con alopecia frontal fibrosante, liquen escleroso y liquen plano

Karen Zapata, Lucy García, Alvaro Rodríguez.
Universidad del Valle.

Paciente femenina de 70 años, con historia de un año de evolución consistente en ulceración, dolor y prurito vulvar, con hallazgos histopatológicos compatibles con liquen escleroso. Seis meses después nota alopecia difusa con eritema y edema perifolicular, de predominio frontal. La histopatología revela una alopecia fibrosante. A los cuatro meses presenta aparición de pápulas eritematovioláceas con descamación fina en la cara interna del muslo izquierdo, siguiendo un trayecto lineal, compatible

con liquen plano. Como antecedente de importancia se le hizo diagnóstico de hepatitis C crónica activa hace cinco años; manejada con interferón y ribavirín sin mejoría. El amplio rango de las manifestaciones extrahepáticas de la hepatitis C, que incluye crioglobulinemia mixta, porfiria cutánea tarda, liquen plano, neuropatías, síndrome sicca, fibrosis pulmonar idiopática, poliartritis crónica, diabetes, cardiopatías, aterosclerosis y síndromes linfoproliferativos, entre otros, sugiere que la infección crónica debe ser considerada como una enfermedad sistémica. Diferentes estudios epidemiológicos demuestran la existencia de una correlación entre el liquen plano, el liquen escleroso y la hepatitis C crónica. La asociación entre alopecia frontal fibrosante y el virus de la hepatitis C no ha sido establecida.

Se presenta un caso de hepatitis C crónica activa con liquen escleroso vulvar, liquen plano lineal -entidades con evidencia estadística de asociación con la hepatitis C- y alopecia fibrosante, considerada no asociada hasta el momento con la enfermedad. La coexistencia de las tres patologías constituye lo llamativo de este caso.

Piodermitis vegetante en un paciente con aplasia medular

María Cristina Trujillo, Alonso Cortés, Luz Adriana Vásquez, Olga Lucía Forero, Ana Cristina Ruiz.

Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU)

Se presenta el caso de un paciente de 41 años con antecedente de aplasia medular, con un mes de evolución de pápulo-pústulas en las regiones cervical y retroauricular derecha que evolucionaron hasta formar placas vegetantes friables, con un borde eritematoso elevado que comprometen ambas mejillas, los pabellones auriculares y el cuello. Se descartaron diagnósticos como tuberculosis verrucosa, infecciones micóticas y bacterianas, leishmaniasis, pénfigo vegetante, entre otras. Los estudios histopatológicos reportaron infiltrado neutrofílico con formación de microabcesos. Recibió tratamiento con múltiples antibióticos sistémicos sin mejoría de su cuadro. Se hace diagnóstico de piodermitis vegetante y se inicia tratamiento con esteroides sistémicos e intralesionales acompañados de curetaje de las lesiones, con lo cual evolucionó satisfactoriamente hasta su alta hospitalaria.

Hidradenitis ecrina neutrofílica

Tatiana González, María Carolina Ruiz, Lina Quiroz, Ana María Aristizábal, Ana Cristina Ruiz.

Universidad CES, Medellín.

Paciente de sexo femenino, natural de Apartadó y residente en la misma ciudad, de diez meses de edad, evaluada por el servicio de dermatología por presentar cuadro clínico de tres semanas de evolución consistente en un

brote máculo papular eritematoso, muy pruriginoso, en el tronco que respetaba la cara, las palmas y las plantas. Como antecedentes personales, la paciente es el producto de la segunda gestación, su madre sufrió diabetes gestacional y el parto fue por cesárea; posteriormente presentó ano imperforado, fístula recto-vaginal, síndrome bronco obstructivo y recibió muy tempranamente alimentos como carne de cerdo. Se tomó biopsia de la lesión, la cual presentó infiltrado inflamatorio neutrofílico alrededor y dentro del aparato ecrino con compromiso de los componentes glandular y ductal. Constituye un caso de hidradenitis ecrina neutrofílica.

Diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar por lesión metastásica a la lengua

María Carolina Ruiz, Guillermo Jiménez, Ana Cristina Ruiz.
Universidad CES, Medellín

Paciente de sexo femenino de 79 años de edad, evaluada por el servicio de dermatología por un nódulo en la lengua, doloroso, de varios meses de evolución. La paciente se encontraba hospitalizada por un cuadro de dolor en el hemitórax derecho asociado a dificultad respiratoria, en estudio. Los estudios imagenológicos reportaron un gran derrame pleural derecho con líquido negativo para malignidad; exámenes de laboratorio que reportaron 12,300 leucocitos con 90% de neutrófilos; el resto de los exámenes dentro de límites normales.

Se realizó biopsia de la lesión descrita en la lengua en la que se reportó lámina propia y músculo infiltrados por adenocarcinoma pobremente diferenciado.

Se le pidió un panel de anticuerpos para descartar origen mamario, gastrointestinal y pulmonar.

La inmunohistoquímica demostró origen pulmonar CK7 y TTF-1 positivos, que sumado a las características histológicas, clínicas e imagenológicas orientan hacia un origen pulmonar. Se presenta un caso de diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar por metástasis a la lengua.

Eritema necrolítico migratorio

Juan Guillermo Chalela, Juliana Ortiz Peralta.

Fundación Santafé De Bogotá.

Se reporta el caso de una paciente de 64 años de edad, con cuadro clínico de cuatro años de evolución de aparición de lesiones tipo placas, eritematosas, denudadas, figuradas y dolorosas que se presentan de forma cíclica en los miembros inferiores y posteriormente comprometen toda la superficie corporal. Además presentaba lesiones importantes en las mucosas que se manifiestan con placas eritematosas denudadas en las regiones anal y vulvar, glositis importante y rágades bilaterales. Importante edema en cuellos de pies y rodillas.

Durante varios años fue manejada con tratamientos tópicos sin mejoría. Como antecedente de importancia, a

la paciente se le realizó hace dos años un TAC abdominal que evidenció una lesión pancreática de aspecto benigno, la cual fue dejada en observación. Con este cuadro clínico y antecedentes se propone el diagnóstico de un eritema necrolítico migratorio, secundario a tumor secretante de glucagón y se solicitan estudios complementarios, entre ellos valores de glucagón en la sangre, el cual se encuentra elevado, y un TAC de abdomen haciendo énfasis en que los cortes pancreáticos fueran específicos para descartar lesiones neuroendocrinas, el cual evidencia lesión importante en cola de páncreas y tres lesiones focales en el hígado. Se confirma entonces: Eritema necrolítico migratorio; glucagonoma; metástasis hepáticas. La paciente es llevada a cirugía para resección de la lesión pancreática y de las metástasis hepáticas. Durante la exploración quirúrgica, se encuentra que el tumor era irreseccable por su extensión y compromiso local y a distancia. Se decide entonces iniciar manejo con octreótido.

Poroqueratosis superficial diseminada de la cara

Liliana Bohórquez, Ana Isabel Arango, Angela Zuluaga, Ana Cristina Ruiz.
Universidad CES, Medellín.

Paciente de 29 años de edad, de sexo femenino, natural de Medellín y residente de esta ciudad, con cuadro clínico de diez años de evolución de aparición de placas anulares de borde hiperqueratósico y centro atrófico en la cara, asintomáticas, con aumento progresivo en el tamaño y número de las mismas. El cuadro no se asociaba a otros síntomas y la paciente negaba desencadenantes traumáticos, infecciosos o de cualquier otra índole. Se tomó biopsia del borde de una de las lesiones y se observaron mediante coloración con hematoxilina eosina columnas de células paraqueratósicas, algunas provenientes de los folículos pilosos y otras localizadas en invaginaciones de la epidermis. El hallazgo histológico fue compatible con poroqueratosis. Mediante el reporte de la biopsia y los hallazgos clínicos de la paciente se hizo un diagnóstico definitivo de poroqueratosis superficial diseminada de la cara.

Se inició tratamiento con calcipotriol, sin ninguna mejoría; luego se manejó con tretinoína 0.1% y 5 FU tópicos sin respuesta; además recibió tratamiento con crioterapia y peeling y en la última evaluación se inició tratamiento con isotretinoína oral. Se discute el caso por lo poco frecuente y desfigurante de esta forma de poroqueratosis diseminada de la cara.

Pénfigo foliáceo esporádico infantil

Carolina Giraldo Sierra.
Universidad de Antioquia.

Paciente de sexo femenino de cuatro años de edad, natural de Sincelejo (Sucre) y residente en esa ciudad, con

cuadro clínico de seis meses de evolución de aparición de ampollas y costras untuosas en el cuero cabelludo. Posteriormente se extendieron al tórax, a las extremidades y evolucionaron a eritrodermia, sin lesiones en las mucosas. Se tomó biopsia de piel que evidenció acantolisis superficial, con ampolla subcórnea y neutrófilos en su interior; inmunofluorescencia directa que mostró depósitos de IgG y C3, con patrón reticular en los queratinocitos, lo cual permitió hacer el diagnóstico de pénfigo foliáceo esporádico infantil. Se inició manejo con prednisona 15 mg/día (1mg/kg/día), azatioprina 25 mg/día, vaselina y betametasona tópicas, difenhidramina, calcio y calcitriol, con mejoría total de las lesiones.

Acrodermatitis enteropática

Carolina Giraldo Sierra.
Universidad de Antioquia

Paciente de sexo femenino de dos años, natural y procedente de Negua (Chocó), con antecedentes personales y familiares desconocidos; cuadro clínico desde los dos meses de vida consistente en aparición intermitente de áreas denudadas, costrosas, con impetiginización secundaria, de predominio periorificial, acral y en los pliegues del cuello, axilar y perineal, asociado a alopecia universal, onicodistrofia y episodios intermitentes de diarrea.

Se tomó biopsia de piel que evidenció paraqueratosis, con hiperqueratosis epidérmica, espongirosis, ausencia de capa granular, con queratinocitos necróticos y vesículas subcórneas; niveles sanguíneos de zinc en la sangre 123.77ug/dl (70-150), fosfatasa alcalina 34U/L (<40U/L), hemoleucograma con anemia microcítica hipocrómica, reactantes de fase aguda elevados; lo que permitió hacer el diagnóstico de acrodermatitis enteropática impetiginizada y desnutrición aguda moderada y global crónica leve. Se inició tratamiento con oxacilina, sulfato de zinc 50 mg cada ocho horas y apósitos hidrocoloides en pliegues, con mejoría total de las lesiones.

Calcinosis cutis similar a milia asociado a hiperparatiroidismo

Paula Andrea Arango.
Universidad de Antioquia.

Paciente de sexo femenino de seis años de edad, natural de Medellín y residente en la misma ciudad, con cuadro clínico de dos años de evolución de aparición de micropápulas color piel, algunas hiperqueratósicas, otras blanquecinas, de superficie lisa en la región hipogástrica, asintomáticas, que han ido aumentando de número en los últimos seis meses.

Se tomó biopsia de piel que mostró siringomas que contenían un material amorfo en su interior que corresponde a calcio. Con estos hallazgos histológicos y la clínica de la paciente se hace el diagnóstico de una calcinosis

cutis similar a milia; ante ello se le ordenaron estudios complementarios para descartar una enfermedad de base, entre los que se incluyeron niveles de parathormona los cuales fueron elevados, hipocalcemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia, por lo que se asoció el diagnóstico previo con hiperparatiroidismo. La paciente está actualmente en manejo conjunto con endocrinología, que instauró tratamiento con calcio y calcitriol.

Penfigoide ampoloso. Presentación de un caso pediátrico

Carolina Montes.

Universidad de Antioquia

Niño de seis años de edad natural de Tarazá, Antioquia. Consultó por tres días de fiebre asociada a una erupción eritematosa con aparición de ampollas. La madre refería que el paciente había presentado cinco episodios similares en los últimos seis meses. El paciente no tenía ningún antecedente personal ni familiar de importancia. Fue tratado con antibióticos orales, con mejoría parcial. Al examen físico se evidenciaron ampollas tensas con contenido claro de diversos tamaños sobre una base eritematosa localizadas en la región perioral, la mucosa yugal, el tronco anterior y posterior, el abdomen, los miembros superiores e inferiores, la base del pene y en el escroto. Se tomó biopsia de piel para hematoxilina-eosina y para inmunofluorescencia directa.

El resultado de la biopsia fue compatible con una enfermedad ampolosa subepidérmica que más tarde, por medio de la inmunofluorescencia directa, se clasificó como un penfigoide ampoloso (depósitos lineales de IgG y C3 en la membrana basal). Los exámenes paraclínicos fueron normales durante toda su hospitalización. Se inició manejo con prednisolona a 1mg/kg/día y luego dapsona a igual dosis con muy buena evolución. Se dio de alta a los doce días de hospitalización con igual tratamiento, además de un esteroide tópico. Debido a que en las revisiones posteriores a la hospitalización al paciente le aparecieron lesiones nuevas fue necesario un ajuste de dosis de dapsona y un pulso de metilprednisolona oral (100mg/día) por tres días. Se realizó desmonte gradual de esteroides, continuó con igual dosis de dapsona y siete meses después de la realización del diagnóstico el paciente presentaba remisión completa de su enfermedad.

Prurigo actínico. Presentación de un caso pediátrico

Carolina Montes.

Universidad de Antioquia

Niño de diez años, natural de área rural de Cañasgordas, Antioquia, y residente en ella. Consultó por una erupción intensamente pruriginosa de cuatro años de evolución localizada en la cara, las extremidades y el tronco. En la

revisión por sistemas el paciente relataba prurito ocular intenso. Fue tratado con baños de ramas e hidrocortisona tópica sin mejoría. Al parecer las lesiones empeoraban con la exposición a la luz solar. No tenía antecedentes personales ni familiares de importancia.

Al examen físico se evidenciaron placas eritematodescamativas con algunas áreas que mostraban cambios de liquenificación en las mejillas y la parte distal del dorso nasal. En la frente se observaban algunas pápulas eritematosas; en el labio inferior placas ulceradas y costras superficiales, además de una placa de aspecto eczematoso levemente exudativa con zonas liquenificadas en la piel del labio superior. Al examen oftalmológico se evidenció una conjuntiva bulbar con coloración marrón difusa, una hipertrofia conjuntival que invade la córnea en su periferia y una conjuntiva tarsal congestiva. En el resto de examen físico se encontraron algunas pápulas eritematosas; otras máculas y pápulas de aspecto cicatricial con hipopigmentación central localizadas en la cara interna de ambos antebrazos, la parte inferior de la espalda y el abdomen y la parte superior de ambos muslos. Entre los paraclínicos realizados se destacaban una eosinofilia marcada y un coprológico que evidenció parasitosis intestinal, la cual fue tratada en su momento. El resultado de la biopsia de piel fue compatible con un prurigo actínico. Fue manejado con ciclo corto de prednisolona 0.5 mg/kg/día y medidas antisolares, con lo cual mostró notoria mejoría del cuadro clínico. Se dio de alta con betametasona tópica, cloroquina 5 mg/kg/día y con medidas de fotoprotección estricta. En la actualidad el paciente no presenta lesiones en la piel, sólo su queratoconjuntivitis ha sido de difícil manejo.

Aparición de pioderma gangrenoso durante tratamiento con infliximab: reporte de un caso

Natalia Jaimes López, Juan Arroyave, Verónica Molina, Ana Cristina Ruiz, Luz Adriana Vásquez.

Universidad Pontificia Bolivariana, Hospital Pablo Tobón Uribe.

El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad inflamatoria rara, de etiología desconocida y patogénesis poco comprendida. Su presentación clínica es variable y un gran porcentaje de casos están asociados con enfermedad inflamatoria intestinal. Aunque existen reportes de tratamiento eficaz con anti-TNF (infliximab, etanercept y adalimumab) para PG, reportamos el caso de un paciente con colitis ulcerativa quien desarrolla un cuadro de PG a pesar de estar en tratamiento con infliximab.

Este caso nos conduce a cuestionarnos si esta situación está reflejando la gravedad de la enfermedad intestinal de base y por lo tanto el anti-TNF no modifica la evolución/aparición del PG; o si, por el contrario, y más raro, corresponde a un efecto adverso del infliximab.

Escoriaciones y prurito

Juan Guillermo Chalela, Dora Luz Fonseca Osorio.
Hospital Militar Central.

Hombre de 36 años con dos años de escoriaciones, prurigo y cicatrices en el cuerpo y la cara, asociadas a prurito intenso. Refiere salida de material filamentososo a través de su piel. Se describe la clínica e histopatología de la enfermedad Morgellons, para dar a conocer esta rara condición, que debe ser sospechada por los dermatólogos.

Reticulohistiocitosis multicéntrica

Natalia Andrea Orjuela, Andrea Vargas,
Luis Alfonso Correa.
Universidad de Antioquia.

Mujer de 49 años natural y residente de Medellín, con cuadro de un año de evolución consistente en lesiones papulares pruriginosas infiltradas de tamaño variable que comprometían múltiples áreas de la superficie corporal, asociadas a síntomas constitucionales y artralgias. No refería otros antecedentes personales de importancia.

Al examen físico se encontró una paciente en aceptables condiciones, que presentaba múltiples pápulas infiltradas de 0.5 cm a 1 cm de diámetro, confluentes en algunas zonas formando placas, algunas con escoriaciones, con tendencia a localizarse en los pabellones auriculares, el pecho, la espalda y los brazos. Por los hallazgos descritos se realizó una biopsia de piel la cual mostró un infiltrado de histiocitos vacuolados en la dermis superior y algunas células gigantes multinucleadas; la inmunohistoquímica demostró marcadores CD68 positivos, S100 y CD1a negativos y una tinción de PAS positiva.

Con los resultados se hizo el diagnóstico de una reticulo-histiocitosis multicéntrica y se solicitaron estudios de extensión, entre los cuales se realizó un factor reumatoideo 76.8 UI/ml, VDRL no reactivo, VIH negativo, perfil hepático, renal, hemograma y glicemia reportados normales. La citología cervicovaginal no tenía malignidad. Tenía Rx de tórax normales; en los Rx de manos se encontraba resorción ósea de las falanges distales y signos de artritis erosiva. El perfil reumatológico demostró ANAS, 1:80 patrón homogéneo; Anti-RNP, 7.7; Anti-Sm, 11.5; Anti-Ro, 117.1 y Anti-La, 115.9; últimos elevados (0-20). Posteriormente se le detectó fibrosis pulmonar, para lo cual está en tratamiento médico y se le realizó biopsia de ganglio con cultivos para micobacterias, negativos. A la paciente, a pesar de los múltiples paraclínicos realizados, no se le halló una enfermedad específica asociada, reumatológica o neoplásica. La paciente recibió tratamiento con prednisolona 50 mg, alendronato y calcio, sin mejoría; luego metotrexate 20 mg semana sin respuesta; luego seis ciclos de etopóxido, prednisolona y metotrexate, sin respuesta clínica; por lo cual se le realizó terapia biológica con etanercept 50 mg semana por tres meses, sin mejoría

al igual que a la terapia con azatioprina 150 mg/d; ante ello se inició terapia con PUVA, con mejoría parcial de su cuadro cutáneo.

Síndrome de Poems

María Yolanda Camargo, Esperanza Meléndez, Jairo Fuentes,
Jesús Pérez, Ramiro Quintero, Garip Chadid, José Celano.
Institución Clínica General Del Norte.

Paciente de sexo femenino de 62 años de edad, quien es llevada al servicio de urgencias de la Clínica General del Norte por cuadro clínico caracterizado por dolor abdo-minal difuso ubicado en el hipocondrio derecho, de 24 horas de evolución, sin otros síntomas gastrointestinales. Adicionalmente a su ingreso presentaba deterioro del sensorio, junto con pérdida de fuerza muscular, de cinco meses de evolución en los miembros inferiores que progresó a los miembros superiores con predominio del miembro superior izquierdo; dolor a la movilización y a la palpación muscular, con incapacidad para la marcha. Toda esta sintomatología neurológica se acompañó desde su inicio de lesiones cutáneas asintomáticas distribuidas en los miembros y en el tórax. Entre los antecedentes se venía estudiando por consulta externa por polineuropatía mixta sensitivo motora y compromiso axonal, con déficit motor importante que le afectaba el miembro inferior derecho, de intensidad aguda. En la valoración inicial, como datos positivos, se halló disminución del murmullo vesicular en la base pulmonar izquierda, taquipnea, hepatomegalia (4 cm por debajo del reborde costal derecho), edema del miembro inferior grado I, y lesiones cutáneas distribuidas en la cara anterior del tórax, los miembros inferiores y superiores, caracterizadas por máculas eritematovioláceas, estrelladas, irregulares, simétricas, reticuladas. En la valoración neurológica somnolienta en respuesta al llamado, disminución de la fuerza muscular en los miembros inferiores y los miembros superiores, además de la mano izquierda caída con merma de la sensibilidad. Con todo lo anterior se hizo un diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, polineuropatía mixta de tipo axonal de origen a determinar, hepatomegalia a estudio. Se ordenó una radiografía de tórax que evidenció un infiltrado basal izquierdo.

Se solicitó valoración por dermatología que realizó una impresión clínica de vasculitis versus síndrome antifosfolípido versus síndrome de Poems. Se solicitó electroforesis de proteína, perfil inmunológico, perfil tiroideo, extendido de sangre periférica, anticuerpos antifosfolípidos y biopsia de piel. Se halló una TSH de 10 unidades, una electroforesis que mostró pico monoclonal gamma y la biopsia de piel reportó acantosis irregular, daño vacuolar de la basal con zonas de desprendimiento de la unión dermoepidérmica y epitelio basofílico de

apariencia apoptósica con zonas asociadas a edema y congestión dérmica acompañada de trombos de fibrina en vasos capilares pequeños y de mediano calibre, venosos y arteriales, con escasos linfocitos intersticiales, que podría corresponder a síndrome antifosfolípido. Se hace con todo lo anterior una impresión clínica de síndrome de Poems, por lo que se solicitó valoración por hematología que realizó mielograma que reportó medula ósea con población de células plasmáticas, lo cual podría corresponder a discrasia o reactividad medular, histiocitos y células plasmáticas menores del 5%.

Ante el diagnóstico confirmado de síndrome de Poems se inició manejo con bolos de metilprednisolona, antibióticos de amplio espectro, corrección de desequilibrio hidroelectrolítico. La paciente presentó un deterioro progresivo de su patrón respiratorio, por lo que requirió asistencia ventilatoria mecánica, hemodiálisis por falla renal aguda, infusiones de amiodarona y diuréticos por falla cardíaca descompensada y fibrilación auricular. Al día treinta falleció por sepsis de origen pulmonar y falla multiorgánica.

Síndrome de los Peroxisomas

Juan Guillermo Chalela, William Kattah, Yury Nahidú Pardo, María Margarita Barrios.

Fundación Santa Fe de Bogotá. Asociación Médica de los Andes. Hospital Militar Central. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Hospital de San José.

Se presenta el caso de una mujer de 38 años, natural y procedente de Villa de Leyva (Boyacá), remitida por endocrinólogo con cuadro de 18 años de evolución de lesiones pruriginosas en la piel del cuero cabelludo, acompañadas de lesiones en el cuello y las axilas, que habían aumentado en los últimos meses en intensidad y tamaño. Asociado a esto registraba un aumento de peso y cambios en la distribución de la grasa. La paciente se había aplicado clobetasol en loción y terapias homeopáticas.

Laboratorios: Hiper cortisolismo, hiperinsulinismo con resistencia a la insulina, hiperlipidemia a expensas de colesterol total, con disminución de colesterol de alta densidad, hiperandrogenismo. Se inicia manejo con avandia 8 mg al día y daivobet tópico. Regresa a control al mes de tratamiento, con notoria mejoría de lesiones en la piel, y de los paraclínicos. Se presenta el caso por ser una psoriasis asociada a síndrome metabólico con hiper cortisolismo e hiperandrogenismo, lo que conforma un desorden en el metabolismo de los peroxisomas.

Telangiectasia unilateral nevoide

Jasbleidy Guzmán López – Elsa Victoria Hoyos
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E.

Se presenta el caso de una niña de nueve años de edad quien desde el nacimiento mostraba máculas eritematosas,

unilaterales, asintomáticas en la mano izquierda, que hacia los cinco años de edad se extendieron comprometiendo además la cara, el brazo y la lengua, para lo cual no había recibido ningún tipo de tratamiento. No se encontraron antecedentes personales o familiares de importancia; no había presentado menarquia.

En el examen físico se encontraron numerosas telangiectasias confluentes que desaparecían a la digito-presión, localizadas en el paladar duro, la lengua, la región malar del dorso nasal, glabella y el labio superior, el lado izquierdo sin sobrepasar la línea media, y también en la cara anterior del antebrazo y la mano izquierda.

Se solicitaron pruebas de función hepática que fueron normales; no se practicó biopsia, teniendo en cuenta la edad de la paciente y que los cambios histopatológicos no eran específicos.

Ante la presencia de las lesiones características en los sitios más frecuentemente comprometidos y de localización exclusiva unilateral, se consideró el caso de la paciente como compatible con el diagnóstico de una telangiectasia unilateral nevoide.

Paniculitis lúpica. Un caso pediátrico

Zully Milena González

Universidad de Antioquia

Paciente de sexo femenino, de dos años de edad, producto del primer embarazo, procedente de Medellín. Su madre consultó inicialmente a pediatría por la aparición de una lesión indurada, de cuatro meses de evolución, hiperpigmentada, asintomática, en la cara externa del brazo izquierdo, que se tornaba hipertérmica por episodios. No relataba síntomas sistémicos ni constitucionales.

Fue remitida a dermatología con la impresión diagnóstica de Morfea. Al examen físico presentaba una placa atrófica, infiltrada a la palpación de forma irregular, hiperpigmentada, de aproximadamente 5 cm x 4 cm, no dolorosa a la palpación, localizada en la cara externa del brazo derecho. Antecedentes personales y familiares: negativos. Se le tomó una biopsia de piel que reportó una paniculitis lúpica. Se le realizaron paraclínicos: hemoleucograma, pruebas de función hepática y renal, normales; y ANAS: 1:160. Se le inició tratamiento con betametasona tópica e hidroxicloroquina a 3 mg/kg/día, con evolución favorable.

Carcinoma espinocelular de novo

Zully Milena González

Universidad de Antioquia

Paciente de sexo femenino, 41 años, ama de casa, desplazada, tres hijos, procedente de San Carlos (Antioquia), residente en Medellín. Consultó por la aparición de una lesión nodular, inflamatoria, dolorosa, en la axila derecha,

la cual se ulceró y rápidamente aumentó de tamaño, de cuatro meses de evolución. La paciente fue manejada con varios ciclos de antibióticos pensando en un absceso sin mejoría. No tenía antecedentes personales ni familiares de importancia. Al examen físico se observó una masa exofítica, ulcerada en toda la superficie. El tejido del fondo era friable, exuberante, con secreción blanco amarillenta, mal oliente y sangrado muy fácil; de bordes eritemato-violáceos, infiltrados, de aproximadamente 8 cm por 5 cm. Adyacente a ésta lesión, sobre la línea axilar posterior, presentaba un nódulo eritematoso, muy doloroso a la palpación, con sitio de drenaje central de secreción seropurulenta, de 2 cm de diámetro y gran eritema y empastamiento perilesionales.

Se le realizó una biopsia que reportó un carcinoma espinocelular infiltrante. Los cultivos de la secreción de la úlcera y del nódulo, reportaron bacilos gram- y cocos gram+. Se le prescribió tratamiento con ciprofloxacina, y cefalexina, una TAC de tórax y evaluación por cirugía plástica.

Herpes diseminado en un paciente con trasplante renal

Natalia Jaimes López, Juan Arroyave, Verónica Molina, Ana Cristina Ruiz, Luz Adriana Vásquez

Universidad Pontificia Bolivariana, Hospital Pablo Tobón Uribe,

El trasplante de órganos ha mejorado no solo la calidad de vida, sino también la sobrevivencia de los pacientes; sin embargo, ciertas complicaciones como las infecciones y el rechazo al injerto, continúan siendo las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes con trasplante de órgano sólido. A lo anterior se suma la posibilidad de presentaciones clínicas atípicas, diferentes y confusas, que retardan su diagnóstico y por consiguiente su tratamiento. Se reporta el caso de un herpes diseminado en un paciente trasplantado renal, luego de dos años del trasplante. A pesar de la gravedad de las lesiones, el inicio oportuno de aciclovir intravenoso permitió su mejoría. Aunque esta forma de herpes es poco frecuente, en un paciente con trasplante puede llegar a ser fatal si no se inicia un tratamiento adecuado.