

Haga usted el diagnóstico de dermatopatología

make your own diagnosis

**Fabio Bonilla¹, Andrea Caicedo¹, Andrés Vidal², Liliana Muñoz³,
Johanna Schweineberg⁴, Edwin Carrascal⁵, Joaquín Rosales⁶**

1. Médico, residente de III año, Departamento de Medicina Interna, Fundación Valle del Lili-Universidad CES, Cali, Colombia
2. Médico dermatólogo, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia
3. Médica dermatopatóloga, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia
4. Médica nefróloga, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia
5. Médico patólogo, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia
6. Médico hematólogo, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

Caso clínico

Se trata de un paciente de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial. Consultó por un cuadro clínico de 8 meses de evolución, consistente en pérdida de peso (aproximadamente, 30 kg), hiporexia y adinamia; además, edema progresivo de miembros inferiores y ampollas hemorrágicas en la piel de manos y pies. También, presentó deposiciones sanguinolentas, disminución en la capacidad funcional y cambios en la voz.

En el examen físico se encontró un paciente afebril, con aspecto de enfermo crónico, con cifras bajas de tensión arterial e hipotensión ortostática. Presentaba disfonía, macroglosia, edema de grado III con fovea en los miembros inferiores, y ampollas hemorrágicas en los dedos de las manos y de los pies. No se encontró ictericia, adenopatías, sinovitis ni déficit neurológico.

Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron: creatinina, 4,4 mg/dl; depuración de creatinina, 15 ml por minuto; potasio, 5,6 mmol/L; BUN, 29 mg/dl; calcio, 10,9 mg/dl, y 1 g de proteínas en orina de 24 horas. La resonancia magnética de abdomen no demostró tumores sólidos.

Se tomaron biopsias de piel (**FIGURAS 1-6**) y radiografías de cráneo (**FIGURA 7**).

Se practicaron exámenes de laboratorio complementarios: la proteína de Bence-Jones fue positiva; la B2 microglobulina estaba elevada y se encontraron cadenas livianas kappa-lambda en orina y suero, con evidente disociación; la albúmina fue de 3,0 g/dl; la electroforesis de proteínas, la TSH, la PTH, el cortisol y los tiempos de coagulación, estuvieron dentro de parámetros normales. Se descartaron infecciones como hepatitis C, VIH, tuberculosis o bacterianas.

En la ecocardiografía transtorácica se encontró una fracción de eyección de 65%, hipertrofia de las paredes de las cavidades con engrosamiento del tabique (14 mm) y válvulas normales. En la biopsia de médula ósea se observó una población de células plasmáticas de fenotipo patológico, menor de 1%, y se descartó mieloma múltiple; la tinción de rojo Congo fue negativa.

Correspondencia:

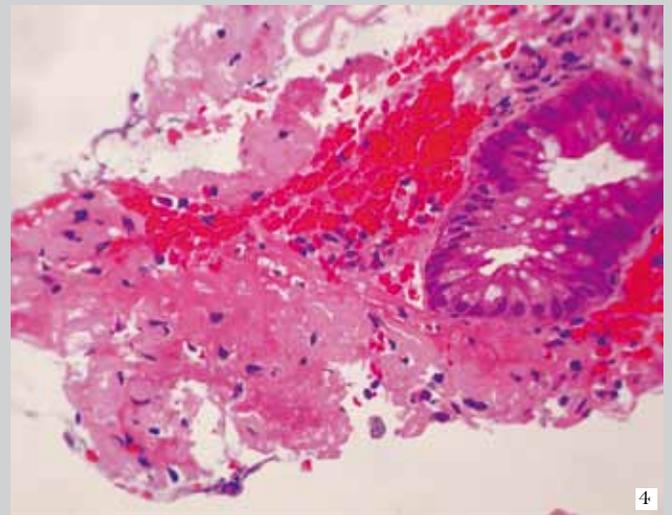
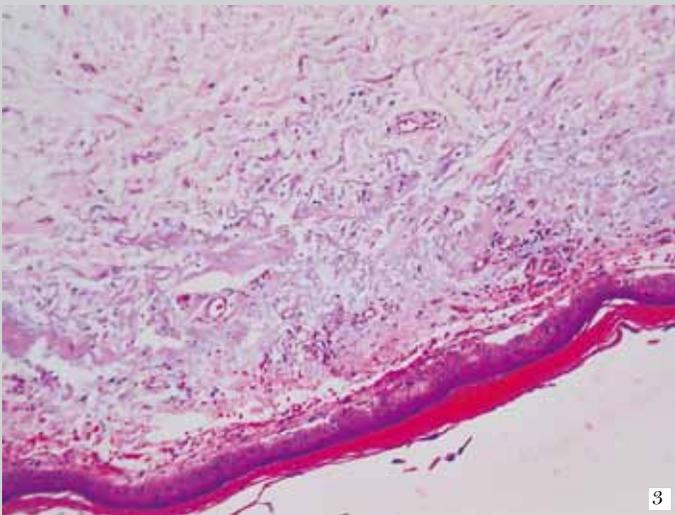
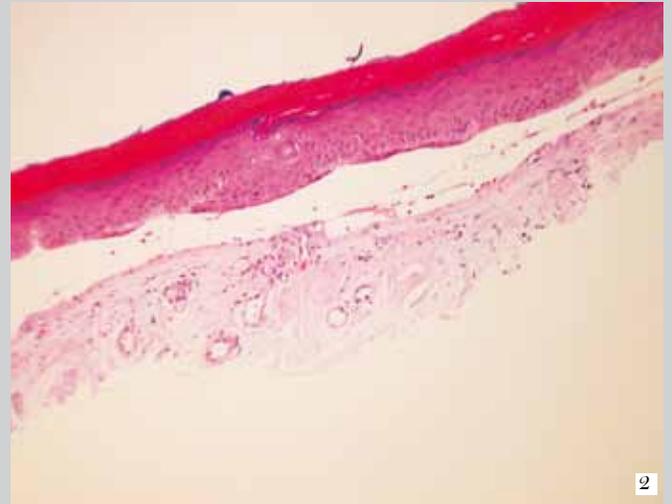
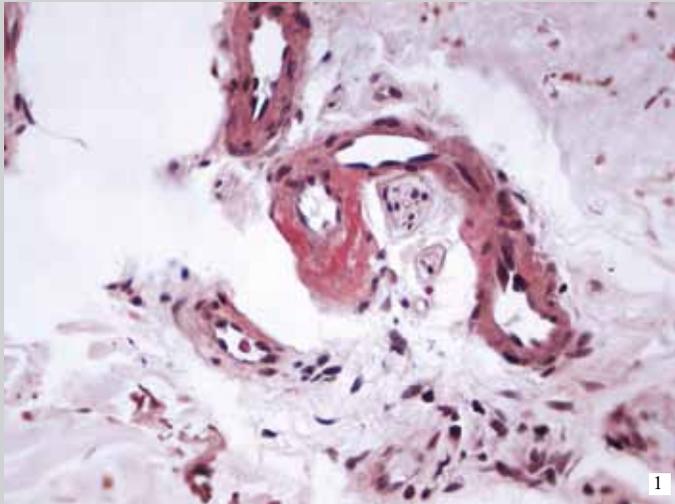
Fabio Bonilla

Email: fbac82@hotmail.com

Recibido: 15 de marzo de 2011.

Aceptado: 17 de abril de 2011.

No se reportan conflictos de intereses.



A partir de la descripción del caso clínico, las fotografías histológicas (1-6), y la radiografía de cráneo (7),
¿Cuál es su diagnóstico?

Haga usted el diagnóstico de dermatopatología
pasa a la página 179