

## Pósters

### ALOPECIA MUCINOSA

**Milena Danies Silva**  
**Jaime Pérez**  
**Maira Jimeno**  
**Teresita Díaz Granados**

Paciente de sexo masculino de 17 años de edad que consultó por cuadro de tres meses de evolución consistente en placas asintomáticas, hipocrómicas con escamas finas e infiltradas en el área ciliar interna, el pómulo y los hombros izquierdos.

El estudio histopatológico con hematoxilina y eosina fue reportado como alopecia mucinosa. La tinción con PAS fue positiva para mucina.

Se realizaron marcadores tumorales que fueron positivos para micosis fungoides.

Recibió manejo con PUVA y corticoides tópicos, y presentán buena respuesta.

---

*Milena Danies Silva, Dermatóloga Coomeva EPS*  
*Jaime Pérez, Dermatólogo Coomeva EPS*  
*Maira Jimeno, Dermatóloga Coomeva EPS*  
*Teresita Díaz Granados, Dermatóloga Coomeva EPS*  
 Correspondencia: Dirección: Calle 26 A No. 3-55 Of. 509. Santa Marta. Teléfono: 423 1065  
 Email: milenadanies@yahoo.com

### HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS. UN CASO

**Jesús Santander Guerrero**  
**José Jaramillo**  
**Fabiola Congote**  
**Petty Bonivento**  
**Yolima Mercado**

Se presenta el caso de un paciente de 10 meses de edad atendido en consulta externa por dermatosis de 6 meses de evolución caracterizada clínicamente por pápulas eucrómicas asintomáticas, aplanadas y coalescentes que forman placas en algunas zonas, localizadas en la cara, los pabellones auriculares y los miembros superiores.

Se hizo diagnóstico histopatológico de histiocitosis de células de Langerhans variedad granuloma eosinófilico.

Se practicó un estudio inmunohistoquímico, que confirmó el diagnóstico.

Se solicitaron exámenes de laboratorio de rutina, Rx de tórax y TAC de cráneo que fueron normales.

---

**Jesús Santander Guerrero José Jaramillo, Fabiola Congote, Petty Bonivento, Yolima Mercado**

Correspondencia: Dirección: Calle 20 No. 12-12 Consultorio 5 A. Santa Marta. Saludcoop EPS

### INFECCIÓN POR MICOBACTERIUM MARINUM

**Quintero R.**  
**Chadid, G.**  
**Celano, J.**  
**Fuentes, J**  
**Meléndez, E.**

Paciente de sexo femenino, de 43 años de edad, natural y procedente de Barranquilla, docente, quien consulta a la Liga de Lucha contra el Cáncer por presentar lesión dolorosa de un año de evolución, localizada en el dorso de la mano. Se le había practicado un estudio histopatológico que refería granuloma anular, para lo cual recibió tratamiento con corticoides tópicos sin experimentar mejoría, motivo por el cual consultó a esta institución. La paciente tiene como antecedente importante que le gusta la piscicultura en pecera. Refiere trauma previo con una piedra de la pecera.

Al examen físico se encuentra lesión tumoral, nodular, hiperqueratósica, eritematosa, en el dorso de la mano izquierda, infiltrada. Se hace una impresión diagnóstica de infección por micobacteria atípica, o esporotricosis y se toman los siguientes paraclínicos: cuadro hemático y química sanguínea normal.

Se practica biopsia excisional que reporta epidermis acantósica y discretamente hiperqueratósica; la dermis presenta compromiso inflamatorio difuso con predominio de linfocitos en la dermis media. Se observan microabscesos subepidérmicos. Se realiza coloración de PAS y ZN, que no evidencian microorganismos. Se hace el diagnóstico de cambio compatible con proceso inducido por micobacte-

rium atípica. Se ordena cultivo para micobacterias y en él se identifica *Micobacterium marinum*. Se solicita radiografía de manos que se reporta normal, y se inicia tratamiento con rifampicina, claritromicina y minociclina.

El objetivo de esta presentación es recordar que cada vez más aumentan las infecciones por micobacterias atípicas y resaltar lo importantes que son los antecedentes en la historia clínica para llegar al diagnóstico.

**Fuentes J. Chadid G. Quintero R. Meléndez E. Pérez J. Celano J.**

Hospital General de Barranquilla. Liga de Lucha contra el Cáncer. Barranquilla-Colombia.

Correspondencia: Jairo Fuentes Carrascal. Dirección: Cra. 49 C. No. 80-55. cons 205.

Teléfono: 3565353 Fax: 3782673

E-mail: esmelend@yahoo.com

## **LESIONES DIGITALES EN PACIENTES CON SIDA**

**John Fabio Zúñiga López  
Adriana Motta Beltrán**

Las enfermedades cutáneas son complicaciones frecuentes en el curso de la infección por el VIH y se presentan hasta en el 90 % de los casos, constituyendo a menudo la primera manifestación de la enfermedad. Representan, además, un marcador de progresión de la misma<sup>1</sup>.

En ocasiones la presentación de estas entidades es atípica o su compromiso es sutil, lo cual no se considera para el diagnóstico, lo que conlleva un aumento en la morbimortalidad de estos individuos.

Presentamos tres pacientes VIH (+) con lesiones en los dedos de las manos, la primera o única manifestación en ellos de enfermedades asociadas que empeoraban el pronóstico de la infección inicial.

**John Fabio Zúñiga López, Residente de Dermatología Universidad El Bosque**

**Adriana Motta Beltrán, Jefe el Servicio de Dermatología, Universidad El Bosque**

Correspondencia: John Fabio Zúñiga López Calle 151 N° 23-16 Apto 206, Bogotá, D.C, Colombia, teléfono: 2589322

E-mail: fabiozl@hotmail.com

## **PÉNFIGO VULGAR EN NIÑA MENOR DE 10 AÑOS**

**Adriana Gaita Ramírez  
Adriana Motta Beltrán**

Paciente de 8 años de edad, sexo femenino, raza negra, natural de Chocó y procedente de Bogotá, quien consultó al servicio de dermatología del hospital Simón Bolívar en marzo de 2006 por presentar cuadro clínico de dos meses de evolución que inició con lesiones en la boca, descritas como erosiones dolorosas, que fueron manejadas inicialmente por un médico general como candidiasis oral, con enjuagues de nistatina sin ninguna mejoría. Estas lesiones, por lo dolorosas, dificultaron la alimentación de la paciente, con la consecuente importante pérdida de peso,

El cuadro aumentó en intensidad y la paciente empezó a presentar lesiones similares en la piel, por lo cual la hospitalizaron y la trataron con antibiótico intravenoso, con leve mejoría.

Al ingreso se encontró una paciente en regular estado general, álgida, signos vitales estables, peso de 15 kg, con lesiones localizadas en los genitales, la mucosa bucal y en la piel consistentes en ampollas flácidas de diferente tamaño, algunas hemorrágicas, otras con contenido seroso. La paciente también presentaba erosiones con bordes irregulares, mal definidos, algunas con costra superficial, otras eritematosas y dolorosas.

Con una sospecha clínica de pénfigo vulgar se tomaron muestras para estudio anatomopatológico e inmunofluorescencia directa. En el primero se evidenció un fragmento de piel con área central de ampolla suprabasal con importante fenómeno de acantolisis, presencia de edema en la dermis papilar, infiltrado linfocitario perivascular superficial con ocasionales melanófagos sueltos; en la segunda, depósitos granulares intercelulares epidérmicos intensos de IgG y C3 en las superficies de los queratinocitos. Ambos exámenes corroboraron el diagnóstico de pénfigo vulgar.

Se desparasitó a la paciente y se inició un ciclo diario intravenoso con metilprednisolona durante tres días, observándose notable mejoría clínica. Las erosiones cicatrizaron progresivamente y no hubo evidencia de nuevas lesiones.

Se inició prednisolona 15 mg al día junto con 50 mg día de azatioprina como tratamiento ambulatorio para no prolongar la estancia hospitalaria y evitar infecciones.

Un mes después de iniciado este manejo hubo curación total de las lesiones en las mucosas y la piel. Sólo se

evidenciaron máculas residuales hiperpigmentadas oscuras en los sitios de las lesiones, por lo cual se disminuyó la dosis de prednisolona y se continuó con la misma dosis de azatioprina.

**Adriana Gaita Ramírez**, Residente de Dermatología Universidad el Bosque Hospital Simón Bolívar.

**Adriana Motta Beltrán**, Dermatóloga Universidad el Bosque Hospital Simón Bolívar.

Correspondencia: **Adriana Gaita Ramírez** - Dirección: Transversal 26 No 121-09 Teléfono: 6124021-6126185 Bogotá- Colombia  
E-mail: gordagaita@hotmail.com

## MELANOMA AMELANÓTICO

**María Isabel Moreno Castañeda**  
**Ana Francisca Ramírez**  
**Antonio José Torres**

Se presenta el caso de una paciente de 53 años de edad, originaria de Caicedonia (Valle) y procedente de la zona urbana de la ciudad de Cali, con cuadro clínico de siete años de evolución consistente en placa eritematosa descamativa en la región malar izquierda, que fue tratado inicialmente como eccema por los médicos generales, con esteroides tópicos, sin mejoría.

Se decidió entonces tomarle biopsia el 13 de julio de 2005, la cual reportó léntigo maligno melanoma amelanótico.

Se le practicó cirugía micrográfica de Mohs variedad en parafina, con posterior reconstrucción quirúrgica con colgajo.

Se reporta este caso por lo poco común y por la dificultad en su diagnóstico.

**María Isabel Moreno Castañeda**, Residente de Dermatología de la Universidad del Valle.

**Ana Francisca Ramírez**, Dermatóloga y oncóloga, Docente de la Universidad del Valle.

**Antonio José Torres**, Dermatopatólogo, Docente de la Universidad del Valle.

Correspondencia: Dirección: Hospital Universitario del Valle, Departamento de Dermatología Consulta Externa 4to piso. Cali. Teléfono: 556 0233  
E mail: mimoreno@imbanaco.com.co

## GRANULOMA ANULAR ACTÍNICO MANEJADO CON HIDROXICLOROQUINA

**César González Ardila**  
**Ricardo Calvache**  
**Lina Llanos**  
**Marian Rolón**

Paciente de 55 años de edad, de sexo femenino con cuadro de tres meses de evolución de lesiones en el cuello, en el antebrazo y dorso de la mano, pruriginosas, que han aumentado en número y diámetro. La paciente había sido tratada con antimicótico tópico sin mejoría de los síntomas. Antecedentes personales y familiares negativos. Al examen físico presenta múltiples placas eritemato parduscas coalescentes, de disposición anular, con el borde infiltrado y el centro de la lesión sano, que se distribuyen de forma simétrica en el cuello, el antebrazo y el dorso de la mano.

Se toman los siguientes paraclínicos: Cuadro hemático, glicemia pre y post prandial normales. La biopsia de piel reporta ligera hiperqueratosis con paraqueratosis, degeneración focal de la dermis reticular y un intenso infiltrado de macrófagos con algunas células gigantes multinucleadas y elastofagocitosis. Con los hallazgos clínicos e histopatológicos se realiza un diagnóstico de granuloma anular actínico y se inicia manejo con hidroxycoloroquina 400 mg, vitamina E 800 UI y protector solar de amplio espectro.

A los cuatro meses del inicio de los antimaláricos desaparecen las lesiones, por lo cual se decide suspender la medicación. La paciente ha persistido asintomática por dos años y ha requerido sólo protector solar y vitamina E.

**César González Ardila**, Dermatólogo. Clínica Reina Sofía

**Ricardo Calvache**, Dermatólogo. Clínica Reina Sofía

**Lina Llanos**, Dermatóloga. Clínica Reina Sofía

**Marian Rolón**, Dermatóloga. Clínica Reina Sofía

Correspondencia: **César González Ardila**. Dirección: Calle 114 No. 11A- 13. Casa .Bogotá- Colombia  
Teléfono Fax: 2136773. Celular: 3112293908  
Email: drcesargonzalez@yahoo.com.ar

## **SÍNDROME VERRUCOSO TROPICAL**

**Jairo Francisco Fuentes C.  
Chadid, G.  
Quintero, R.  
Meléndez, E.  
Pérez, J.  
Celano, J.B.  
Orozco B.**

Se presentan varios casos clínicos de pacientes a quienes se les realizó el diagnóstico de síndrome verrucoso tropical, cuyas descripciones clínicas e histopatológicas coinciden en un diagnóstico que las engloba: el síndrome verrucoso tropical, constituido por tuberculosis cutánea, cromomycosis, leishmaniasis, esporotricosis, infección por micobacteria atípica y una lesión tumoral que es el carcinoma espinocelular; su principal diagnóstico diferencial.

**Fuentes, J. Chadid, G. Quintero, R. Meléndez, E. Pérez, J. Celano, J. Orozco, B.**

*Hospital General de Barranquilla. Liga de Lucha contra el Cáncer. Barranquilla Colombia.*

*Correspondencia: Jairo Fuentes Carrascal. Dirección: Cra. 49 C. No. 80-55. Cons 205.*

*Teléfono: 3565353 Fax: 378 2673*

*E-mail: esmelend@yahoo.com*

## **SIRINGOMAS ERUPTIVOS GENERALIZADOS EN TRILLIZOS**

**Ángela Zuluaga de Cadena  
Sol Beatriz Jiménez de Orozco.  
Ana Isabel Arango  
Miguel Gaitán  
Claudia Gaviria**

Paciente de 23 años de edad, de sexo femenino, estudiante, natural de Medellín, y residente en esa ciudad, trilliza, quien consultó por la aparición de pápulas de color amarillo en ambas regiones infraorbitarias, asintomáticas, de trece años de evolución. Posteriormente se manifestaron las mismas lesiones en la parte inferior del abdomen. Al examen físico mostró lesiones papulares bien definidas de

color amarillo y de superficie lisa. Antecedentes personales negativos. Antecedentes familiares: las otras dos hermanas de la trilliza, así como su hermana mayor, mostraban la misma patología.

El estudio histopatológico de las biopsias, tomadas tanto de la región infraorbitaria como del abdomen, confirmó el diagnóstico de siringomas eruptivos.

---

**Ángela Zuluaga de Cadena, Dermatóloga y Docente del CES.**

**Sol Beatriz Jiménez de Orozco, Dermatología CES**

**Ana Isabel Arango, Dermatología CES**

**Miguel Gaitán, Dermatología CES**

**Claudia Gaviria, Dermatología CES**

*Correspondencia: Ángela Zuluaga de Cadena. Dirección: Calle 2 Sur #46-55. Teléfono Fax: 312-01-46*

*Email: azuluaga@epm.net.co*

## **TERAPIA ROM EN ENFERMEDAD DE HANSEN**

**Victor Adolfo Benítez Campo  
Adriana Arrunátegui .**

Se presenta una serie de casos de 10 pacientes con diagnóstico de lepra lepromatosa o dimorfa lepromatosa, con contraindicaciones para el uso de dapsona, por tener anemia moderada o grave, o por tener déficit de G6PD. Se inició esquema de tratamiento ROM: el cual consiste en rifampicina, ofloxacina y minociclina, con respuesta terapéutica similar al esquema tradicional de rifampicina, dapsona y clofazimine. No hubo efectos adversos de significancia estadística.

---

**Victor Adolfo Benítez Campo, Residente de Dermatología de la Universidad del Valle.**

**Adriana Arrunátegui, Dermatóloga y Docente de Dermatología de la Universidad del Valle.**

*Correspondencia: Dirección: Hospital Universitario del Valle Departamento de Dermatología Consulta Externa 4to piso. Cali. Teléfono: 556 0233*

*E mail: victor3636@emcali.net.co*