

Posters

QUERATOACANTOMA CENTRÍFUGO MARGINADO: REPORTE DE DOS CASOS

*Marysol Rebolledo Quiroz
Claudia Juliana Díaz Gómez
Antonio Torres
Gustavo Corredor*

El primer paciente, de 54 años, sin antecedentes, con tres años de placas múltiples irregulares, en la cara, de aspecto verruciforme y crateriforme. En los miembros superiores también presentaba placas atróficas descamativas con bordes bien definidos de diferente morfología. El segundo paciente, de 68 años, sin antecedentes, con siete meses de evolución de lesión anular con bordes eritematosos descamativos y centro hipopigmentado en antebrazo izquierdo.

Se realizaron biopsias de las lesiones, observándose un epitelio escamoso queratinizante bien diferenciado en los lados y en el fondo de la lesión, con un cráter central de apariencia simétrica, sin atipia ni mitosis.

El queratoacantoma es una neoplasia cutánea benigna que semeja un carcinoma escamocelular. Se desarrolla particularmente en la sexta a séptima décadas de la vida, y afecta principalmente a los hombres.

El subtipo marginado fue descrito por Miedzinski en 1962 y los reportes son escasos, alrededor de 30 casos en el mundo. Las lesiones exhiben crecimiento periférico con formas crateriformes y tendencia a la curación central. La causa es desconocida, pero la presencia de múltiples queratoacantomas se pueden asociar con neoplasias sebáceas o viscerales de bajo grado de malignidad como síndrome de Muir-Torre, o a infecciones por VIH. Se han empleado diferentes métodos de tratamiento como cirugía micrográfica de Mohs, bleomicina o 5-FU local y retinoides orales.

LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T PERIFÉRICO

*Andrés Vidal C.
Juan Carlos Maya
Ana Francisca Ramírez
Ricardo Rueda*

Hombre de 63 años con cinco meses de evolución de tumores en el tercio distal de la pierna izquierda. Al examen físico se observaron, en tercio distal de la pierna y talón izquierdos, tumores de aspecto granulomatoso, eritemato-violáceos, ulcerados, de bordes infiltrados, algunos con superficie hiperqueratósica con tendencia a confluir; en el muslo de la misma extremidad, tres placas infiltradas, eritematovioláceas, pequeñas, y otra en cuello. Se hace un diagnóstico por correlación clínico-patológica de un LCCT periférico. Los exámenes de extensión fueron negativos. Recibió seis ciclos de poliquimioterapia con esquema CHOP con resolución completa de las lesiones.

H&E: infiltración masiva de linfocitos con patrón perianxial, perivascular y en la interfase dermo-epidérmica. A un mayor aumento se observa que son linfocitos monomorfos de mediano a gran tamaño, con núcleos pleomórficos y frecuentes figuras mitóticas.

Inmunohistoquímica: CD3 dudosa, CD7+ (Æ), CD56-, CD79A -, CD20 -, K167 con alto índice de proliferación mayor del 80%. CD30 + en algunas células linfoides grandes sin corresponder al patrón de linfoma anaplásico.

Los linfomas cutáneos de células T (LCCT) son neoplasias malignas originadas de linfocitos T que residen en la piel. Los LCCT comprenden aproximadamente el 80% de los linfomas cutáneos primarios, siendo el más frecuente la micosis fungoides; los LCCT periféricos son una variedad poco frecuente.

La presentación clínica es similar a la de otros linfomas cutáneos, y en ella aparecen como placas o tumores que pueden ser únicos o múltiples. La histopatología del linfoma de células T periférico evidencia un infiltrado polimorfo denso en la dermis superior y media, de tamaño y forma variables, marcado pleomorfismo nuclear. Algunos núcleos pueden ser multilobulados, pero no cerebriforme. No es muy frecuente el epidermotropismo, que se ve en un 30% de los

Correspondencia: Claudia Juliana Díaz, Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, consulta externa Dermatología 4° piso, teléfono 5560233, fax: 558 5412; e-mail: : dermaunivalle@emcali.net.co, clajudiaz@yahoo.com

Resúmenes Congreso - Posters

casos. La inmunofenotipificación es positiva para CD3, CD2, CD5 y CD7; el CD4 y el CD8 pueden ser positivos o negativos. El curso clínico es agresivo, con una sobrevida a 4 años de 22%.

Correspondencia: Andrés Vidal, Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, consulta externa Dermatología 4º piso, teléfono: 5560233, fax: 5585412; E-mail: dermaunivalle@emcali.net.co, andresvc75@hotmail.com

SÍNDROME HIPER IgE CON INFECCIONES RECURRENTE - ESPECTRO CLÍNICO DE UNA MISMA ENFERMEDAD

Ximena Hormaza
Luis Fernando Cárdenas Cardona
Jairo Victoria
Lucy García

Hermanas de 10 y 11 años de edad, que desde el primer año de vida presentan infecciones respiratorias recurrentes con múltiples hospitalizaciones, piodermitis con formación de abscesos fríos y cuadro cutáneo similar a dermatitis atópica con eczema crónico y prurito. Antecedente de herpes zóster en una de ellas.

Mujer de 15 años de edad con infecciones del tracto respiratorio alto desde los dos años; infecciones en piel con formación de abscesos en axilas, glúteos y región inguinal. Cuadro de artritis séptica en rodilla derecha y fracturas femorales con traumas mínimos. Historia de prurito generalizado y alopecia progresiva posterior a cuadros de foliculitis.

Las tres pacientes presentaban peso y talla bajos para la edad, fascies atópica y toscas con ala nasal ancha; cicatrices en áreas de infecciones previas, xerosis y excoiraciones por rascado; pelo seco y quebradizo en los tres casos, con zonas de alopecia cicatrizal en el último.

Como hallazgos de laboratorio fue relevante la marcada elevación en los niveles de IgE y la eosinofilia.

En la histología se evidenció espongirosis e infiltrado perivascular mixto de predominio crónico.

El síndrome hiper IgE con infecciones recurrentes es un raro desorden inmunológico congénito transmitido de forma autonómica dominante, con grados variables de penetrancia. Fue reportado inicialmente en 1966 por Davis y colaboradores y se caracteriza por niveles séricos altos de IgE, eczemas crónicos e infecciones recurrentes bacterianas graves en piel y otros órganos, especialmente los pulmones. Se

han reportado al menos cien casos hasta la fecha. El abordaje terapéutico se basa en la administración de antibióticos y antihistamínicos y en los cuidados de la piel.

Correspondencia: Luis Fernando Cárdenas, Hospital Universitario del Valle, Servicio de Dermatología, Consulta Externa 4º piso, teléfono 5560233, fax 5585412, Cali, Colombia. E-mail: lfcardenas@uniweb.net.co

REACCIÓN LEPRÓTICA ULCERANS

Adriana Arrunátegui R.
Luis Hernando Moreno M.
Marisol Rebolledo Q.
Luis Fernando Cárdenas C..

Hombre de 39 años con diagnóstico de lepra multibacilar dimorfa, lepromatosa, detectada tanto clínica como histológicamente, que después de seis meses con tratamiento triconjugado mostró lesiones infiltradas y exacerbación de lesiones previas; cinco días después todas las lesiones presentaron necrosis y ulceración.

La histopatología mostró inflamación granulomatosa crónica, con abundantes BAAR fragmentados y cambios inflamatorios de enfermedad de Hansen, dimorfa, en reacción tipo 1.

Se expone este caso por la presencia de necrosis y ulceraciones en la reacción tipo 1, lo cual es poco frecuente.

Universidad del Valle, Cali

Correspondencia: Adriana Arrunátegui, carrera 38-A No. 5-A-100, consultorio 401, teléfono 5584377, fax 5584276, Cali, Colombia. E-mail: adriana.arrunategui@imbanaco.com.co.

LEPRA HISTIOIDE DE WADE

Esperanza Meléndez
Álvaro Correa
Jairo Fuentes
Jorge Cure
Garip Chadid
Jesús Pérez
Ramiro Quintero

La lepra histioide, o lepra seudoneoplásica, fue descrita por Wade en Filipinas en pacientes que habían sido tra-

tados con sulfonas. Son nódulos cutáneos o subcutáneos que se asientan sobre una piel aparentemente normal o infiltrada, con un patrón histopatológico constituido por histiocitos alargados en forma de huso y múltiples bacilos de morfología característica.

Presentamos el caso de un paciente de 59 años de edad, procedente de la Zona Bananera, remitido con diagnóstico de neurofibromatosis, con lesiones de 15 años de evolución, caracterizadas por múltiples nódulos que se iniciaron en el brazo y se extendieron por todo el tegumento, incluyendo la mucosa oral.

El paciente acusaba además epistaxis y tupidéz nasal. Sin antecedente epidemiológico. Al examen físico hallamos verdaderas placas conformadas por múltiples nódulos en el abdomen y en el tercio inferior de las extremidades inferiores. Algunos de estos nódulos estaban ulcerados en su superficie.

Presentaba anestesia en el pie izquierdo. Se hace una impresión diagnóstica de lepra histioide. Se solicita baciloscopia de moco y linfa la cual reporta un IB de 3.0; y el estudio histopatológico mostró infiltrado nodular superficial y profundo con células hitiocíticas grandes y componente profundo de tipo difuso con células fusiformes y patrón verticilar. Al ZN, abundantes bacilos BAAR intrahistiocíticos.

Se inicia tratamiento multibacilar. Tomamos una baciloscopia de control a los tres meses con un resultado de 2.8 y el índice morfológico reportaba bacilos intactos. Ante esta poca mejoría clínica y baciloscópica, decidimos agregar al esquema ciprofloxacina. A los dos meses el IB reportó 1.8 con bacilos fragmentados.

Presentamos este caso por lo poco frecuente de esta variedad de lepra lepromatosa y por la gravedad del compromiso, que obliga al dermatólogo a hacer diagnóstico diferencial con lobomycosis y leishmaniasis difusa.

Hospital General de Barranquilla.

Correspondencia: Esperanza Meléndez Ramírez, carrera 49C No. 80-55 consultorio 205, teléfono 3565353, fax 3782673, Barranquilla. E-mail: esmelend@yahoo.com

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA

Ramiro Quintero

Álvaro Correa

Garip Chadid

Jairo Fuentes

Jorge Cure

Esperanza Meléndez

Dermatosis descrita por el patólogo cirujano inglés James Paget en 1874. Es poco frecuente y se presenta en pacientes de edad comprendidas entre los 55 y los 85 años, predominando en mujeres (4:1). Se localiza preferiblemente en áreas ricas en glándulas apocrinas, vulva (65%), zona perianal (14%) y genitales masculinos (14%). En relación con su etiología se han propuesto varias teorías.

1. Las células de Paget en la epidermis se originan de un adenocarcinoma in situ de las glándulas sudoríparas y migran a lo largo del conducto apocrino o ecrino.
2. Las células de Paget derivan de un adenocarcinoma que se origina de forma multifocal en células pluripotenciales de la epidermis.
3. Las células de Paget en la epidermis son el resultado de un efecto multicéntrico, de un estímulo carcinógeno desconocido, que puede ser ejercido sobre la epidermis y anexos.

A pesar de las variadas causas propuestas, la teoría que hasta el momento ha sido comprobada en la enfermedad de Paget extramamaria es la de origen glandular, mostrando diferenciación apocrina, y cuando está limitada a la epidermis puede originarse en células precursoras epidérmicas.

Presentamos tres casos de paciente masculinos de 90, 64 y 61 años, quienes consultaron al Hospital General de Barranquilla entre septiembre del 2002 a marzo de 2003, por lesiones tipo placas eritematosas, en dos de ellos, unilaterales de lado izquierdo y bilaterales en el otro paciente que comprometían el escroto y la región perianal. Todos acusaban prurito y habían recibido corticoides sin mejoría alguna.

Se hizo impresión diagnóstica de enfermedad de Paget extramamaria vs. enfermedad de Bowen. Se tomaron varias muestras para estudio histopatológico, las cuales reportaron neoplasia intraepidérmica, donde se apreciaban células balonadas por arriba de la basal, las cuales son PAS positivas, confluentes, con campos donde forman verdaderas glándulas epiteliales, confirmando así el diagnóstico de enfermedad de Paget extramamaria. Se realizaron en todos

Resúmenes Congreso - Posters

los pacientes los siguientes exámenes complementarios: hemograma, urianálisis, fosfatasa alcalina, Rx de tórax, EKG, ecografía renal y de testículo hallándose los resultados dentro de los límites normales. También se realizó colonoscopia, que evidenció sólo en uno de ellos diverticulosis. El tratamiento elegido fue la extirpación quirúrgica, con recidiva en dos de los pacientes, a uno de ellos se le realizó doble ectrocuretaje, criocirugía y 5-fluorouracilo. Al paciente de mayor edad se le aplicó imiquimod por 12 semanas con buena respuesta clínica, pero posteriormente falleció por sepsis secundaria a diverticulitis.

Presentamos esta serie de casos de Paget extramamario por su poca frecuencia y más aún su manifestación en el sexo masculino, y por los diagnósticos diferenciales clínicos que pueden presentarse.

Hospital General de Barranquilla

Correspondencia: Ramiro Quintero, carrera 49C No. 80-55, tel. 3565353, fax 378 2673, Barranquilla, Colombia.

LA LEPRO HECHA ARTE

Jairo Fuentes
Esperanza Meléndez
Álvaro Correa
Ramiro Quintero
Carip Chadid
Jorge Cure

Esta presentación es un conjunto de fotografías en donde podemos apreciar las diferentes manifestaciones clínicas, casi artísticas, de la enfermedad de Hansen, que adoptan su propio lenguaje transmitiéndonos diferentes mensajes orientados a la sensibilidad, a la cuidadosa observación clínica, al aspecto inmunológico y su diseminación.

Las formas clínicas donde hallamos estas expresiones dibujadas fueron la lepra histioide y las diferentes clasificaciones de la lepra dimorfa.

Hospital General de Barranquilla

Correspondencia: Jairo Fuentes Carrascal, carrera 49C No. 80-55, consultorio 205, teléfono 356 5353, fax 378 2673, Barranquilla, Colombia, E-mail: esmelend@yahoo.com

TRICOGRAMA: TÉCNICA E INTERPRETACIÓN

Luis Miguel Covo Segrera
Germán Covo Segrera
Nancy Leño Peláez.

Nuestro trabajo presenta en forma explicativa la técnica de realización y los parámetros de interpretación, con ánimos de impulsar el uso de dicho método como herramienta de uso diario en la consulta.

Toma de la muestra: se deben tomar aproximadamente 50-100 hebras de cabello con pinza curva de Kelly, cuyo extremo se forra con pequeños fragmentos de látex blando para proteger las hebras. En los casos de alopecia difusa, la toma se realiza de tres zonas diferentes, principalmente frontal y parietales; en los casos de placas alopécicas se toma de la periferia de las placas. Se coloca dicha muestra sobre portaobjetos con dimetilamino-cinamaldeido al 1% + ácido clorhídrico al 0.5% durante tres minutos, se seca con papel filtro y se le aplica capa fina de laca transparente cubriéndola con el cubreobjetos inmediatamente.

Lectura: microscopio óptico con aumentos de 4X y 10X, observando tanto las características del asta como las del folículo propiamente dicho.

Interpretación: se siguen los criterios estipulados en el cuadro siguiente:

Laboratorio de Dermatopatología y consultorios particulares.

Correspondencia: Luis Miguel Covo Segrera, Centro Médico Bocagrande, Local No. 1, Cartagena, Colombia.

E-mail: lumico@enred.com

Hallazgo	Síntomas	Tracción	Diámetro	Otros	Dx probable
Telógenos	Caída aumentada	Fácil	Normal		• Efluvio telógeno
Telógenos (a veces con distróficos)	Rarefacción sin caída	Difícil	Desigual	Desiguales, atróficos.	• Alopecia androgenética
Telógenos (a veces con distróficos)	Caída en placas	Fácil	Atrofia proximal	Señal de Widy Hipopig. prox.	• Alopecia areata.
Anágenos		Difícil	Normal		• Fisiológico.
Anágenos	Caída en placas	Difícil Dolorosa.	Normal	Saco epitelial. Astas partidas.	• Tricotilomania.
Anágenos	Caída difusa	Fácil	Normal	Sin vainas radiculares	• Síndrome anágeno suelto.
Distróficos	Caída lenta.	Difícil	Irregular	Desiguales, atróficos.	• Alopecia androgenética.
Distróficos	Caída en placas	Fácil	Atrofia proximal	Widy. Hipopig. Prox.	• Alopecia areata.
Distróficos	Variable	Fácil.	Variable	Alteraciones de las astas.	• Genodermatosis. (tricorrexis, moniletrix, kinky hair, pili torti).
Distróficos o en placas	Difusa	Fácil.	Normal	Burbujas, etc.	• Trauma físico/químico (tintes, blower, etc.)
Distróficos	Caída abrupta.	Fácil	Irregular	Formas varias	• Efluvio anágeno.

COLGAJO EN ISLA DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL LABIO SUPERIOR Y SURCO NASOGENIANO

Luis Miguel Covo Segrera
Germán Covo Segrera

De todos los colgajos regionales, el colgajo en isla de pedículo subcutáneo es uno de los más ventajosos en cuanto a su movilidad se refiere. El hecho de desligarlo selectivamente de los tejidos circundantes nos ayuda a conseguir esto, aunque debe guardarse un balance adecuado entre la separación y la preservación del riego sanguíneo, para asegurar su viabilidad.

Su ejecución exitosa depende de un diseño apropiado respetando la anatomía de la vascularización. Usualmente se escoge un diseño triangular de manera que el defecto secundario cierre en forma de V-Y, considerándose en general la creación del pedículo como la parte más difícil.

La incisión en el perímetro triangular interrumpe la circulación horizontal del plexo vascular dérmico y crea una isla cutánea basada en un pedículo subcutáneo amplio, profundo y generalmente bien vascularizado. Para obtener la movilidad se realiza una separación de los tejidos circundantes a nivel subdérmico, cuidando de preservar el subcutáneo; en caso de no ser suficiente, se puede cortar parte del pedículo subcutáneo, teniendo en cuenta la preservación de las estructuras que pueden estar incluidas en el mismo como vasos y nervios. En casos en los que es nece-

Resúmenes Congreso - Posters

sario obtener gran movimiento se puede cortar el pedículo en su parte más profunda, preservando las porciones laterales del mismo.

En la región perioral, y más específicamente en el labio superior y en el surco nasogeniano, tenemos algunas ventajas adicionales:

- Cosméticamente se puede adaptar a las líneas naturales.
- Necesita de áreas con buena calidad y cantidad de tejido celular subcutáneo, lo cual se cumple a cabalidad en las zonas utilizadas como donantes para esta zona como la mejilla.
- Por su gran movilidad es difícil que cause retracciones de borde libre del labio.
- Por tener pedículo subcutáneo, no es frecuente que presente fenómenos de abultamiento.

*Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer, Regional Cartagena.
Correspondencia: Luis Miguel Covo, Centro Médico Bocagrande local No. 1, teléfono 6650410-6658793, celular: 315-7351300 Cartagena, Colombia. E-mail: lumico@enred.com*

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A LOS ANTICONVULSIVANTES

**Petty Bonivento Johnson
Yolima Mercado De La Hoz
Mayra Jimeno Ceballos
Teresita Diaz-Granados Fuentes
Milena Danies Silva
Jesús Santander Guerrero
José Jaramillo**

Hombre de 46 años de edad, con antecedente de ausencias, pérdida del equilibrio y en ocasiones pérdida de la conciencia, que consulta por fiebre y síncope. Luego de múltiples exámenes se concluye que se trata de un síndrome convulsivo y se inicia manejo con anticonvulsivantes (difenilhidantoína); dos semanas después presenta erupción eritematosa generalizada. El examen dermatológico muestra lesiones eritematosas y ampollas que comprometen la piel de la cara, las mucosas oral, nasal y ocular, la piel del tórax y de las extremidades. Se practica biopsia incisional, reportada como eritema multiforme. Se suspende anticonvulsivante, se

inicia prednisona a dosis de 50 mg/día por siete días para luego disminuir gradualmente. Luego de siete días de tratamiento las lesiones involucionan totalmente.

Clinica José María Campo Serrano; Instituto de Seguros Sociales; E.S.E José Prudencio Padilla, Santa Marta.

LEPRA DIMORFA TUBERCULOIDE - PRESENTACIÓN INUSUAL

**Mayra Jimeno Ceballos
Teresita Diaz-Granados Fuentes
Milena Danies Silva
Petty Bonivento Johnson
Yolima Mercado De La Hoz
Jesús Santander Guerrero
José Jaramillo**

Paciente femenina de 47 años de edad, con dermatosis de seis meses de evolución, consistente en nódulo, eritema, descamación, prurito, dolor en el lóbulo y en el pabellón auricular izquierdo. Sin historia familiar de importancia para la dermatosis.

Al examen dermatológico se evidenció, en la hélix y el lóbulo izquierdo, eritema, descamación, tumefacción, dolor y pigmentación residual. Se hizo impresión diagnóstica de condrodermatitis. Se practicó biopsia de cartílago con hallazgos de granulomas constituidos por células epiteloides gigantes, infiltrado inflamatorio; dermis papilar y reticular con presencia importante de linfocitos que penetran y destruyen algunos nervios. Se hizo diagnóstico de enfermedad de Hansen dimorfa tipo tuberculoide.

Se realizaron estudios complementarios BK linfa negativo, VDRL no reactiva, ZN positivo.

Se inicia tratamiento con esteroides sistémicos, 30 mg/d, con reducción progresiva por reacción leprosa, multibacilar: rifampicina, clofazimina, DDS, con importante involución de la sintomatología.

Presentamos el caso por la localización atípica de la enfermedad.

Dermatólogos y Patólogos práctica privada

SÍFILIS SECUNDARIA PAPULO-ESCAMOSA: UN CASO EN EL HOSPITAL LA SAMARITANA DE BOGOTÁ

Juan Mauricio Betancur López

Se presenta una mujer de 38 años de edad con cuadro clínico de lesiones en placas y pápulas en la cara, con posterior progresión al tronco, los brazos, las piernas, las palmas y las plantas, sin sintomatología general y sin factores de riesgo para ETS.

Se realizó serología VDRL ante sospecha clínica de lues secundaria, el resultado fue 1:128 DILS; FTA-ABS positivo. La patología reportó perifoliculitis granulomatosa.

Para la documentación del caso se cuenta con fotografías iniciales de la paciente y seguimiento fotográfico posterior al tratamiento.

Juan Mauricio Betancur Lopez, RI Dermatología, Universidad Nacional de Colombia, Hospital La Samaritana, Bogotá, D.C.
E-Mail: jumabelo@yahoo.com

ESCLERODERMIA LOCALIZADA ASOCIADA CON VITILIGO Y PSORIASIS INVERSA: UN CASO EN EL HOSPITAL DE LA VICTORIA DE BOGOTÁ

Juan Mauricio Betancur Lopez

Se presenta el caso de un paciente de 12 años de edad con historia de varios años de evolución de esclerodermia localizada lineal, en tratamiento con inmunomoduladores, quien presenta desde el año anterior vitiligo localizado en la espalda y psoriasis inversa en las axila y región inguinal.

Para documentar el caso se presentan fotografías del paciente y reportes histológicos que confirman la asociación de estas tres entidades.

Juan Mauricio Betancur Lopez, RI Dermatología, Universidad Nacional de Colombia, Hospital La Samaritana, Bogotá, D.C.
E-Mail: jumabelo@yahoo.com

TBC CUTÁNEA. DIAGNÓSTICO POR CASO DE TELEDERMATOLOGÍA

Carlos Alberto Ojeda Trujillo

Michel Faisal

J.A Baez

Manuel Elkin Patarroyo

La tuberculosis es una enfermedad granulomatosa producida por un bacilo aerobio intracelular facultativo que se transmite en humanos por inhalación, ingestión o inoculación directa en piel.

La forma cutánea se puede clasificar, de acuerdo con la vía de contagio, como diseminación hematogena, por contigüidad o inoculación directa. La incidencia mundial aumenta en un 3% anualmente. En Colombia ésta alcanza un valor de 25-40 casos por 100.000 habitantes.

Reportamos el caso de un paciente masculino de 13 años de edad, interconsulta realizada al servicio de teledermatología de la Universidad Nacional; procedente del Amazonas colombiano con cuadro de cinco años de lesión inguinal izquierda con secreción episódica, que recibió múltiples tratamientos sin mejoría. No presentaba signos clínicos ni paraclínicos de enfermedad pulmonar. Se realiza diagnóstico presuntivo por clínica, epidemiología e histología de TBC cutánea, la cual se confirma por amplificación de DNA por reacción de cadena de polimerasa (PCR) usando el gen MTP-40 y IS6110 de *Mycobacterium tuberculosis*

Carlos Alberto Ojeda Trujillo, R2 Universidad Nacional

Michel Faisal, Docente Universidad Nacional

J.A Baez, Centro Telemedicina Universidad Nacional, Sede Leticia

Manuel Elkin Patarroyo, Instituto de Inmunología de Colombia

Cra. 44 No. 7-35 S Bogotá, teléfono: 202 1472 E-mail: draoat@yahoo.com

Correspondencia: Carlos Ojeda Trujillo

ENFERMEDAD DE FABRY

Eduardo Fierro A.

Héctor Castellanos L.

Juan Carlos Prieto

Hombre de 30 años de edad natural de Boabita (Boyacá) y procedente de Bogotá, obrero de construcción, desempleado, casado.

Resúmenes Congreso - Posters

Refiere diez años de evolución de un "brote" que inició en los glúteos y el abdomen, y posteriormente se extendió al dorso, los codos y las rodillas, sin tratamiento previo. Presentaba acroparestesias ocasionales desde hacía ocho años. Tenía antecedentes médicos de toxoplasmosis del ojo derecho en la infancia. Al examen físico mostró múltiples micropápulas eritomasas con tendencia a confluir, en el dorso, la región periumbilical, los glúteos, los muslos y los codos. La biopsia de piel arrojó angioqueratomas.

Diagnóstico: Angioqueratomas corporis diffusum (enfermedad de Fabry). Evaluación oftalmológica: Disminución de la agudeza visual (miopía); test de Schirmer (Disminución de la secreción lacrimal); microaneurismas y tortuosidad de vasos conjuntivales; vasos retinarios tortuosos. Alfa-galactosidasa A: 03.

El estudio de niveles de alfa galactosidasa A de familiares reportó en cinco de ellos índices marcadamente disminuidos. Se realizó estudio genético de mutación a la familia.

Universidad Nacional de Colombia, Hospital La Victoria, Bogotá, D.C.

Correspondencia: Eduardo Fierro, carrera 9ª. No. 50-50, apartamento 802, teléfonos 442 2115, 249 7670, Bogotá, Colombia. E-mail: efierro76@hotmail.com.

RESISTENCIA DEL MYCOBACTERIUM LEPRAE A LA POLIQUIMIOTERAPIA PARA LEPRO MULTIBACILAR: DOS CASOS EN EL HOSPITAL LA VICTORIA DE BOGOTÁ

Juan Mauricio Betancur Lopez

Se presentan en poster dos casos detectados en la consulta dermatológica del hospital La Victoria de Bogotá, en los cuales fracasó la terapia instaurada para tratamiento de lepra lepromatosa a pesar de la culminación del esquema completo recomendado para lepra multibacilar.

Para documentar los casos se cuenta con registros clínicos fotográficos de los pacientes y además comprobación histológica con biopsias compatibles con lepra multibacilar posterior al tratamiento.

Para complementar los hallazgos clínicos e histológicos se realizó PCR de las biopsias de piel de estos pacientes para detectar los genes responsables de la resistencia bacteriana a la poliquimioterapia en estos casos.

Juan Mauricio Betancur Lopez, RI Dermatología. Universidad Nacional de Colombia, Hospital La Victoria, Bogotá, D.C. E-mail: jumabelo@yahoo.com

POROCARCINOMA

**Andrés Luque
Adriana Téllez**

Se presenta el caso de una paciente de 70 años con lesión en el dorso de un dedo del pie izquierdo de un año de evolución, dolorosa, de crecimiento progresivo, y para lo cual había recibido múltiples tratamientos sin mejoría. Sin antecedentes de importancia para la enfermedad actual.

Al examen físico presentaba lesión tumoral de 1 cm de diámetro, en placa eritematosa, blanda, sobre el dorso del primer dedo del pie izquierdo. Con impresión diagnóstica de fibroma traumático. Se toma biopsia que reporta tumor de anexos cutáneos.

Se realiza resección completa de la lesión con márgenes de 1 cm y reparación con colgajo de avance. La patología reporta porocarcinoma completamente resecado.

Presentamos este caso por la dificultad inicial en el diagnóstico clínico.

Correspondencia: Calle 134 No. 13-83, consultorio 1021, teléfono 5202230, fax 2499843, Bogotá, D.C. E-mail: andluque@yahoo.com, adrianatellez@yahoo.com

EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME. ¿UNA GENODERMATOSIS CON COMPORTAMIENTO BENIGNO?

**Angela María Londoño G.
Ana F. Ramírez E.
Xavier Rueda C.
Alvaro E. Acosta de Hart**

La epidermodisplasia verruciforme (EV) es una genodermatosis poco frecuente, que determina una susceptibili-

Resúmenes Congreso - Posters

dad en el individuo a la infección por subtipos específicos del virus del papiloma humano (EV-PVH), que producen una morbilidad baja en la población normal pero que en pacientes susceptibles provocan una infección limitada a la piel, persistente, polimorfa y generalizada.

En las últimas décadas esta entidad ha despertado bastante interés por su probable contribución a la proliferación benigna y maligna de la piel, constituyéndose en un modelo de carcinogénesis cutánea inducida por virus del papiloma humano.

Con esta serie describimos seis casos llamativos por las formas clínicas tumorales caracterizadas por su agresividad, manifestada como invasión local y capacidad de hacer metástasis.

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.

Correspondencia: Angela María Londoño García, 3311414, Bogotá, D.C. E-mail: anafrancisca@hotmail.com

VESTUARIO Y FOTOPROTECCIÓN

Ana Francisca Ramírez E.

Xavier Rueda C.

Alvaro E. Acosta de Hart

Poster ilustrativo sobre las recomendaciones relacionadas con fotoprotección y vestuario.

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C.

Correspondencia: Ana Francisca Ramírez Escobar, teléfono 3311414, Bogotá, Colombia. E-mail: anafrancisca@hotmail.com

CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES JÓVENES. SERIE DE 39 CASOS

Ana Francisca Ramírez E.

Alvaro E. Acosta De Hart

Xavier Rueda C.

Gustavo A. Pérez

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer más frecuente en el ser humano. El comportamiento biológico del CBC en pacientes jóvenes es controvertido. Algunos estudios sugieren un comportamiento más agresivo en este gru-

po etéreo. Después de revisar la literatura, no encontramos estudios sobre CBC en pacientes menores de 35 años en Colombia ni en América Latina.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes jóvenes con CBC de inicio a una edad menor de 35 años, que ingresaron al grupo de Dermatología Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología en el periodo enero 1997 y diciembre 2003.

Se detectaron 42 pacientes, de los cuales se incluyeron 39 pacientes: 18 (46.2%) hombres y 21 (53.8%) mujeres. Se descartaron 3 pacientes con síndrome de Gorlin. La edad de inicio de la enfermedad estuvo en un rango entre los 16 y los 35 años con una mediana de 30 años. La mediana del tiempo transcurrido entre la aparición de la enfermedad y el diagnóstico fue de tres años. La mediana del tamaño tumoral en los 34 casos en los que se registró fue de 11 mm. Se encontraron 38 (97.4%) tumores en la cara; 33 (84.6%) tumores se localizaron en zonas de alto riesgo para recidiva de CBC. La mayoría de los CBC correspondieron a subtipos histológicos agresivos y de agresividad intermedia (69.2%). Los CBC son tumores que deben ser sospechados en jóvenes. Este cambio de actitud llevaría a un diagnóstico temprano y a un tratamiento oportuno con menos morbilidad para el paciente.

Correspondencia: Ana Francisca Ramírez, Instituto Nacional de Cancerología, teléfono 3311414 Bogotá, D.C. E-mail: anafrancisca@hotmail.com

ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA CARA: IMPLICACIONES ONCOLÓGICAS

César González Ardila

Alvaro Acosta de Hart

Xavier Rueda

Ana Francisca Ramírez

El Instituto Nacional de Cancerología se ha convertido en centro de referencia obligado en el diagnóstico y manejo de gran parte de la patología tumoral cutánea, no sólo local sino también nacional.

Una de las dificultades en el enfoque diagnóstico y terapéutico de estos pacientes es el desconocimiento, por parte del médico remitente, de la adecuada localización anatómica de la lesión, lo cual es vital a la hora de establecer las características de la misma y, por lo tanto, definir el manejo más adecuado, en entidades donde la preservación de

Resúmenes Congreso - Posters

tejido sano significa para muchos pacientes la diferencia que permite la realización de una reconstrucción estéticamente aceptable.

Es de interés entonces difundir un material didáctico, de fácil aceptación visual, que nos permita utilizar un lenguaje común de localización anatómica que apoye la adecuada referencia del paciente, y además ofrezca datos útiles de implicación oncológica, tales como la subdivisión de unidades estéticas, líneas de tensión de la cara y las zonas de recidiva tumoral para carcinoma basocelular.

César González Ardila, Instituto Nacional de Cancerología - U. El Bosque, Bogotá, D.C.

Alvaro Acosta de Hart, Instituto Nacional de Cancerología - Bogotá, D.C.

Xavier Rueda, Instituto Nacional de Cancerología - U. El Bosque, Bogotá, D.C.

Ana Francisca Ramírez, Instituto Nacional de Cancerología - Bogotá, D.C.

Correspondencia: Cesar Fernando González Ardila, Cra 65 No 9-07 Apto 604, teléfono 3450139, Bogotá drcesargonzalez@yahoo.com

PLACA ÚNICA EN MUSLO POSTERIOR

Ximena Escovar L.

Ana Francisca Ramírez E.

Mariam Rolón

Xavier Rueda C.

Alvaro Acosta de Hart

Mujer de 56 años con veinte años de evolución de placa única en el muslo posterior derecho, de crecimiento lento. Consulta por prurito y enrojecimiento ocasional de la placa. Al examen físico presenta una placa eritematoviolácea con bordes circinados de 18 cm por 11 cm en la región posterior y distal del muslo derecho. El resto del examen físico fue normal.

Se toma biopsia que reporta un linfoma primario de piel anaplásico CD30+.

Se decide iniciar tratamiento con radioterapia

Los linfomas cutáneos primarios CD30+ de células grandes son linfomas no Hodgkin que derivan de un clon dominante de células T en la piel. Clínicamente se presentan como nódulos o tumores solitarios que pueden ulcerarse; la presentación en placas es muy rara, y debe hacer sospe-

char que el linfoma CD30+ se ha originado sobre una placa previa de micosis fungoides; aunque aun en estos casos se presenta como un nódulo o tumor sobre la lesión de micosis fungoides.

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Ana Francisca Ramírez.

E-mail: anafrancisca@hotmail.com

CARCINOMAS TRATADOS CON IMIQUIMOD

Andrés Luque A.

Adriana Téllez

Los carcinomas cutáneos son cada vez más frecuentes y el carcinoma basocelular el tumor cutáneo no melanoma más común, con incidencia en aumento. El tratamiento convencional es la cirugía con márgenes indicados que dependen del tipo histológico del tumor. Otras opciones de tratamiento de segunda línea y eficaces son crioterapia, electrocoagulación, radioterapia, láser. En los últimos años se han evaluado otras como la terapia fotodinámica y el interferón alfa-2b intralesional.

Recientemente se han presentado trabajos donde el imiquimod en crema ha sido eficaz en el tratamiento de diversas formas de carcinomas, especialmente basocelulares, al promover efectos antivirales y antitumorales debido a la modificación de la respuesta inmune e inducción de la liberación de citoquinas e interferones.

Presentamos los casos de pacientes con carcinomas basocelulares de diferentes patrones histológicos, que no deseaban ser operados y tampoco mostraban condiciones adecuadas para la resección quirúrgica, con evaluación clínica e histológica antes y después del tratamiento con imiquimod, tres veces a la semana por doce semanas.

El imiquimod en crema al 5% se muestra como otra opción no quirúrgica y curativa tópica para el tratamiento de algunos tipos de carcinomas en pacientes seleccionados.

Se requieren estudios adicionales para confirmar la eficacia del imiquimod a largo plazo, así como comparaciones con las otras modalidades de tratamiento.

Andrés Luque A., Cirujano Dermatólogo, Bogotá, D.C.

Adriana Téllez, Dermatóloga, Bogotá, D.C.

ESPOROTRICOSIS: PRESENTACIÓN EN ÁREA URBANA

Adriana Téllez
Andrés Luque G.
Leticia Sopó

Se presentan cinco casos de pacientes con diagnóstico de esporotricosis confirmado por laboratorio: cuatro mujeres y un hombre, tres de ellos miembros de una misma familia (padre, madre e hija) y las otras dos personas residentes en el mismo barrio y todos tienen una relación cercana. Las lesiones aparecieron simultáneamente y en dos pacientes fueron interpretadas como proceso infeccioso. Se tomaron biopsias que reportaron, en uno de los casos, posible infección por micobacterias atípicas y en el otro, ectima piógeno. Se realizaron estudios para micobacterias en el Instituto Nacional de Salud, que fueron negativos. Los dermatólogos tratantes iniciaron tratamiento con minociclina, 100 mg al día, por período de dos meses, sin obtener respuesta clínica.

La paciente más joven, niña de 8 años, nos consultó; se le solicitó micológico, examen directo y cultivo en donde se reportó *Sporotrix* spp. Debido a la historia y los antecedentes, se examinaron los cuatro casos restantes; a todos se les solicitó micológico y en todos ellos se cultivó el mismo agente micótico. Se realizó una visita a la zona de residencia en Bogotá (barrio en Suba) sin encontrar ningún factor epidemiológico para infección por dicho agente. Los pacientes negaron haber salido de la ciudad. Como único dato de importancia es que otra persona vecina había traído un cargamento de frutas tropicales y hubo mosquitos en la zona.

Con la confirmación del diagnóstico se inició la administración de solución saturada de yoduro de potasio al 20% (dosis calculada para cada paciente) con respuesta adecuada.

Presentamos estos casos porque los consideramos inusuales por afectar a varios miembros de una misma familia y a sus vecinos y sin un factor epidemiológico claro, en una zona urbana.

Correspondencia: calle 134 No. 13-83, consultorio 1021, teléfono 5202230, fax 2499843, Bogotá, D.C.
andluque@yahoo.com adrianaatellez@yahoo.com

ESPOROTRICOSIS CUTÁNEA FIJA AUTORRESOLUTIVA EN COMERCIANTE DE MADERA

Lina María Llanos
Adriana Marín
Adriana Motta Beltrán

Presentamos el caso de un paciente masculino de 47 años de edad, quien consulta al servicio de dermatología del Hospital Simón Bolívar por presentar lesión en la espalda de un mes y medio de evolución, que se inicia con pústulas confluentes, formando una placa, de crecimiento rápido y progresivo. Consultó inicialmente a médico general, quien le formuló antibiótico y corticoide tópico durante un mes y al observar ausencia de mejoría y crecimiento de la lesión remitió el paciente al especialista. Como antecedentes importantes se trata de un paciente procedente de Bogotá, sin historia de viajes previos a la aparición de la lesión, quien se desempeña como comerciante de madera en la capital. Al examen físico se evidencia placa eritematoviolácea, formada por la confluencia de pápulo-pústulas de aspecto verrucoso, infiltrada y granulomatosa.

Se toma biopsia de piel por losange y se envía la mitad de la misma para cultivo micológico, obteniéndose cinco días más tarde crecimiento abundante de *Sporotrix schenckii*. La biopsia reporta dermatitis nodular granulomatosa con granulomas mixtos, considerando la posibilidad de micosis profunda.

Por razones de trabajo el paciente no asiste a control posterior a la biopsia y al cultivo, y tres meses más tarde regresa a la consulta, donde se le observa cicatriz ligeramente hipertrófica, eritematosa, en lugar de la lesión inicial, sin evidencia clínica de actividad de la infección.

Presentamos este caso por tratarse de una forma típica de esporotricosis adquirida en área urbana, teniendo en cuenta que se trata de una patología predominantemente rural y por su evolución hacia la autorresolución.

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

Correspondencia: Lina María Llanos Mena, carrera 7ª No. 133-30, apartamento 102, torre 3, teléfono: 6159168, fax: 6158799, Bogotá, D. C. E-mail: linamariallanos@hotmail.com

LINFOMA DE CÉLULAS B CUTÁNEO EN PACIENTE VIH

Gonzalo García Luque
Adriana Motta Beltrán

Los linfomas B malignos comprometen la piel en un 6% a 20% de los casos y su manifestación cutánea puede ser el primer signo.

Se presenta el caso de un hombre de 25 años, con diagnóstico de VIH, quien ingresa al servicio de urgencias por mostrar una masa en la región parietotemporal derecha asociada a alopecia areata, motivo por el cual interconsultan a dermatología.

Al examen físico se encuentran unas masas tumorales localizadas en la región parietotemporal derecha y malar izquierda, máculas violáceas en la región malar derecha y placas alopecicas circunscritas, confluentes, en el cuero cabelludo y las cejas, con lo que se hace una impresión diagnóstica de linfoma cutáneo de células B, alopecia areata y reacción liquenoide. Se toman biopsias que reportan toxidermia liquenoide versus lues secundaria. El tumor crece rápidamente por lo que se decide tomar resonancia nuclear magnética que muestra hallazgos compatibles con lesión subdural de tipo crónico con importante efecto sobre la convexidad fronto-parietal derecha, con compromiso intra y extracraneano. El paciente se deteriora rápidamente, lo que impide la cirugía, y muere.

Postmortem se realiza craneotomía y biopsia de masas extra e intracraneales que reportan linfoma. Posteriormente se realizan marcadores, identificando así un linfoma B difuso de célula grande plasmoblástico.

Con éste son seis los pacientes que consultan al servicio de dermatología del Hospital Simón Bolívar en los últimos nueve años y en quienes se ha podido confirmar el diagnóstico de linfoma B por biopsia. En todos la progresión ha sido muy rápida, motivo por el cual se decide presentar este caso para conocimiento de todos los dermatólogos, ya que con la pandemia del sida es muy frecuente que aumenten las consultas de este tipo de lesiones.

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

Correspondencia: Gonzalo García, transversal 20 No. 121-13, apartamento 403, teléfono 2163582, teléfono 216 3582, Fax 5203035; Bogotá, D. C. E-mail: gonzogarcia@hotmail.com

AMPUTACIÓN EN UNA NIÑA CON Pioderma GANGRENOSO POR UN DIAGNÓSTICO INICIAL ERRADO

Ana María Bravo Vélez
Adriana Motta Beltrán

Se presenta el caso de una niña de 12 años con diagnóstico de pioderma gangrenoso. Esta enfermedad se presenta en la mayoría de los pacientes durante la tercera y cuarta décadas de la vida, con reportes en niños de aproximadamente el 4%, y rara vez con compromiso digital.

Consideramos que se trata de un caso valioso, pues en la mayoría de los pacientes la edad de aparición es entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con reportes en niños del 4% aproximadamente, y rara vez con compromiso digital.

Además, es importante recordar las manifestaciones clínicas de esta enfermedad, que pueden sugerirnos un diagnóstico acertado y un tratamiento eficaz, pues a esta niña se le practicó una amputación innecesaria por un diagnóstico inicial errado.

Dermatología/Hospital Simón Bolívar

Correspondencia: Ana María Bravo Vélez, calle 53 No. 3-27 B-7 Apto. 701, teléfono 2170080 Bogotá, Colombia. E-mail: ambravov@yahoo.com

LOBOMICOSIS: PRESENTACIÓN CLÍNICA DISEMINADA. REPORTE DE UN CASO

Ana María Rebolledo Alvarez
Alfonso Rebolledo Muñoz
Gerzain Rodríguez

La lobomicosis es una enfermedad cutánea crónica, subepidérmica, caracterizada por placas o nódulos que se parecen queloides; puede tener apariencia verrucosa y en ocasiones tumoral. Las lesiones contienen abundante *Laccasia lobo*, su agente etiológico. La diseminación de la mayoría de los casos reportados en la literatura se explica por autoinoculación, pero las lesiones a distancia podrían explicarse por *diseminación linfática o hematológica*.

Se presenta el caso de un paciente de 58 años, procedente de la zona tropical ecuatoriana, quien hace 30 años, cuando trabajaba en dicha región como agricultor de banana, presentó un nódulo en la pierna izquierda de crecimiento

to progresivo, con posterior diseminación en la misma pierna y contralateral. Progresivamente, hasta hace cinco años las lesiones se fueron extendiendo hasta el estado actual, comprometiendo los miembros inferiores, los miembros superiores, el tórax anterior, y la cara. Clínicamente se evidenciaron extensas placas nodulares, algunas de aspecto queiloideano, otras tumorales e hiperqueratósicas, las de mayor tamaño con tendencia a la ulceración y necrosis. Se hizo el diagnóstico clínico de lobomicosis. Se realizó biopsia de las lesiones y en el estudio histopatológico se observaron células gigantes y macrófagos vacuolados con levaduras de un hongo de pared gruesa, multigemente, que tiñe con PAS y Grocott, característico de *Lacazia loboi*.

Consideramos de importancia el reporte de este caso, porque la lobomicosis es una patología tropical infrecuente y se encuentran pocos casos reportados con una forma de diseminación tan extensa. Este tipo de presentación nos lleva al análisis de su mecanismo de diseminación, planteando la posibilidad de que éste haya sido por vía hematológica, además de representar un reto para su tratamiento.

Universidad el Bosque, Dermatología, Bogotá, D.C.

*Correspondencia: Ana María Rebolledo Álvarez,
Bogotá, Colombia. E-mail: rebolledoana@hotmail.com*

ÚLCERA ORAL EN PACIENTE CON TRANSPLANTE RENAL

Piedad Almarío A.

Nancy Castro S.

Eduardo Carrizosa

Rocío López

Juan Guillermo Chalela

Diana Pina

Paciente de 56 años de edad, con transplante renal cadavérico desde el 12 de noviembre de 2003; en tratamiento inmunomodulador con ciclosporina, 150 mg cada 12 horas; azatioprina, 50 mg cada 12 horas y prednisona, 10 mg/día. Consulta por leucoplaquia lingual de los dos tercios distales de 20 días de evolución con la aparición posterior de úlcera central profunda (1 cm x1.5 cm) y dolorosa, lesiones ulcerosas en los bordes de la lengua y en los pilares anteriores de menor tamaño. Desde hace diez días la lesión ulcerada central está cubierta por membranas de fibrina y rodeada por placas blanquecinas adheridas. Se hizo

diagnóstico clínico de candidiasis oral y se inició manejo con fluconazol, 200 mg/día por 7 días, sin mejoría. Se decidió tomar biopsia de la úlcera y del borde.

Histología, con la tinción H-E: mucosa con áreas de hiperplasia, extensas zonas ulceradas con exudado necroinflamatorio, predominantemente PMN y acúmulos bacterianos en el corión. Marcada proliferación vascular, infiltrado inflamatorio mixto y presencia de numerosas inclusiones intranucleares, unas grandes, hipercromáticas, con halo claro periférico, muchas de ellas en las células endoteliales: otras intraepiteliales y en la superficie epitelial multinucleadas con núcleos claros, cromatina reforzada en la periferia y moldeamiento nuclear. Se hizo diagnóstico de citomegalovirus, por lo que se practicó estudio de inmunohistoquímica para citomegalovirus (CMV Cell Marque coctel de dos anticuerpos monoclonales DDG9/CCH2), que confirmó la positividad para citomegalovirus en las inclusiones. Además, se realizaron tinciones especiales de PAS, Zn, Goory, las cuales fueron negativas para hongos y bacilos ácido-alcohol resistentes.

El tratamiento que recibió la paciente fue valganciclovir, 900 mg VO, cada 12 horas, por 21 días, con mejoría de las lesiones y epitelización de la lengua. Posteriormente la paciente presentó cuadro de dificultad respiratoria progresivo que correspondió a linfoma de células B, ulceraciones en colon que sugieren infección por citomegalovirus.

La infección por citomegalovirus es la más frecuente complicación infecciosa tras el transplante de órganos. Las lesiones orales por citomegalovirus son úlceras como cualquier otra y para su diagnóstico es necesario hacer biopsia con marcadores específicos. Además, son muy raras y aparecen con más frecuencia en estados avanzados de la enfermedad. Se han reportado casos confirmados de múltiples lesiones inespecíficas y ulceradas por estos virus, en pacientes postransplante de médula ósea. La infección por citomegalovirus es frecuente durante la infancia y hay estudios que demuestran que a la edad de 35 años, en países desarrollados, 50% de la población tiene anticuerpos positivos por haber tenido la infección.

Los herpes virus tienen la capacidad de permanecer latentes por mucho tiempo, con muy baja tasa de replicación y pueden reactivarse en el momento de la inmunomodulación en los trasplantes de órganos sólidos, como riñón e hígado.

En los pacientes trasplantados la incidencia de infección sintomática varía entre un 20% a un 60%, con incremento en la morbimortalidad, así como la supervivencia

del órgano, puesto que producen una reacción de rechazo agudo tardío. También se ha asociado con aterosclerosis y rechazo crónico. Su causa puede ser la reactivación de un virus latente o la transmisión del donante del órgano transplantado, y es muy frecuente en los primeros tres meses postransplante, especialmente en los pacientes que reciben ciertas terapias como el micofenolato mofetil. La familia de los betavirus está compuesta por el citomegalovirus y los herpes virus humanos tipos 6 y 7; se caracterizan por tropismo por los linfocitos T y el sistema redefensa. Esto hace que tenga la capacidad de producir inmunosupresión y facilitar las infecciones por otros virus, bacterias y hongos. Se han descrito múltiples coinfecciones tanto con virus tipo HHV tipos 6 y 7 como con hongos como el aspergillus.

*Hospital Militar Nueva Granada-Fundación Santafé, Bogotá, D.C.
Correspondencia: Piedad Almario, calle 96 No. 28-40, teléfonos 611 0234, 300 569 9676, Bogotá, Colombia. E-mail: piedy@hotmail.com*

ANGIOSARCOMA CUTÁNEO

Gerardo Arturo Arellano Sánchez

Se presentan dos casos de angiosarcoma cutáneo con diferentes manifestaciones clínicas. El primer caso se trata de un paciente de 55 años con un cuadro clínico de ocho meses de evolución consistente en adinamia, tos seca, disnea progresiva y edema de piel de la pared abdominal. El segundo caso es una mujer de 51 años, con una lesión tumoral multilobulada de 3 cm de diámetro con aspecto angiomatoso, y crecimiento rápido de un año de evolución ubicada en la región temporal derecha.

El angiosarcoma cutáneo es un tumor maligno de estirpe vascular, rápidamente progresivo y de alta mortalidad. La etiología es desconocida; están implicados la radioterapia, el linfedema crónico y el daño actínico. Se conocen cuatro patrones clínicos: idiopático, el asociado con linfedema, el post-radioterapia y el epiteliode. No hay un tratamiento óptimo definido; se han utilizado citoquinas, talidomina, quimioterapia, radioterapia e interferón alfa, entre otros. Las lesiones menores de 5 cm tienen mejor pronóstico. La sobrevida a los 5 años es del 12%.

Gerardo Arturo Arellano Sánchez, Universidad de Antioquia-Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.

HIDRADENTIS ECRINA NEUTROFÍLICA

**Gener Alejandro Mancilla Díaz
Luis Alfonso Correa
Amparo Ochoa Bravo**

Se reporta el caso de dos pacientes: el primero un hombre de 37 años con diagnóstico de leucemia mieloide crónica de tres años de evolución, en tratamiento con busulfan y allopurinol, quien presentó lesiones nodulares de ocho días de evolución, de aproximadamente 1 a 2 cm de diámetro, móviles, dolorosas, localizadas en el tórax anterior, el abdomen y escasas en miembros superiores. Se tomó biopsia de piel que fue reportada como hidradenitis ecrina y paniculitis neutrofílica.

El segundo caso, una niña de tres años y medio con antecedente de amigdalofaringitis, tratada con penicilina benzatínica, quien posteriormente empezó a presentar placas eritematosas, edematosas, con ampollas en su superficie, localizadas en las extremidades, de un mes de evolución. Al examen físico se encontró una placa activa con flictena en el centro, mal definida, localizada en el dorso del pie derecho, y máculas hiperpigmentadas residuales en las extremidades. Se tomó biopsia de piel; la histopatología demostró hidradenitis ecrina neutrofílica. No hubo otros hallazgos clínicos o de laboratorio importantes.

Se reportan aquí dos casos de presentación clínica diferente, que se ubican dentro del espectro de una misma patología, la hidradenitis ecrina neutrofílica, una dermatosis neutrofílica de presentación infrecuente, descrita recientemente.

La hidradenitis neutrofílica se caracteriza por necrosis de glándulas ecrinas y un infiltrado aséptico formado por polimorfonucleares neutrófilos. Esta entidad se describió inicialmente en pacientes que recibían quimioterapia por leucemia mieloide aguda. El 90% de los casos reportados se asocia con neoplasias. La patogénesis de esta entidad es desconocida y se resuelve espontáneamente en pocos días.

Universidad de Antioquia, Medellín.

Correspondencia: Gener Alejandro Mancilla Díaz, calle 40 No. 101-A-243 agrupación 6-7, apartamento 420, teléfonos: 2637667 / 2520429, Medellín. E-mail: genermancilla@hotmail.com

ESCROFULODERMIA: REPORTE DE DOS CASOS

Silvia Herrera Higueta
Juan Carlos Wolff Idárraga
Luis Alfonso Correa L.

Hombre de 41 años de edad que consultó por lesiones induradas de un mes de evolución, asintomáticas, localizadas en la axila derecha y tórax anterior derecho que posteriormente se fistulizaron dejando úlcera de bordes violáceos invertidos de 10 cm x 10 cm de diámetro.

Mujer de 46 años de edad que consultó por fiebre, pérdida de peso, tos crónica y lesiones nodulares a ambos lados del cuello de tres meses de evolución, asintomáticas, que aumentaron de tamaño y drenaron material purulento.

A ambos pacientes se les tomó biopsia de piel que reportó granulomas tuberculosos y bacilos ácido-alcohol resistentes; el cultivo de las lesiones presentó crecimiento de colonias de micobacterias, con prueba de niacina positiva para *M tuberculosis*. Los pacientes fueron tratados con el esquema oficial del Ministerio de Protección Social para el tratamiento de la tuberculosis, con mejoría clínica de las lesiones a los 2 y 3 meses respectivamente; en la actualidad terminaron el tratamiento.

La tercera parte de la población mundial está infectada por el bacilo tuberculoso, responsable de 8 a 10 millones de casos nuevos y causa la muerte a 3 millones de personas al año. La tuberculosis es responsable del 30% de las muertes evitables y presenta la morbi-mortalidad más elevada de todas las enfermedades infecciosas.

La tuberculosis es desencadenada por *M tuberculosis*, *M bovis*, bacilo Calmette guerin, cepa atenuada de *M bovis*. Se asocia con inmunosupresión, HIV, desnutrición y mala higiene.

Las manifestaciones clínicas en la piel dependen del modo de infección (exógena, endógena, vacunación), del estado inmunológico del hospedero, edad del huésped y factores ambientales

La escrofulodermia, llamada también tuberculosis colicuvativa cutis, es una de las formas más comunes de tuberculosis cutánea, resultante de la invasión directa del bacilo tuberculoso a la piel, que recubre otro proceso tuberculoso como una linfangitis tuberculosa, una tuberculosis ósea, articular, etc. Ocasionalmente se puede ver, después de vacunaciones por BCG en pacientes con inmunodeficiencia congénita o adquirida, en bajo porcentaje: uno en un millón de vacunados.

Clínicamente se presenta como nódulos subcutáneos firmes o como una región infiltrada, bien definida y móvil; con el tiempo estas lesiones se ulceran y fistulizan, drenando material acuoso, purulento o caseiforme, dejando úlceras lineales, serpinginosas, con bordes socavados invertidos violáceos de fondo granulomatoso, con destrucción secundaria de la piel adyacente; se localiza principalmente en región parotidea, región submandibular, supraclavicular y caras laterales del cuello; en menor proporción se presenta en extremidades y tórax. Se debe hacer diagnóstico diferencial con gomas sifilíticas, infecciones micóticas profundas, esporotricosis, hidraadenitis supurativa. La curación espontánea ocurre en años, dejando áreas de tejido cicatrizal.

Conclusión: se debe sospechar tuberculosis en presencia de lesiones crónicas asintomáticas que no respondan a los tratamientos convencionales.

Universidad de Antioquia

Correspondencia: Silvia Herrera Higueta, carrera 77B No. 48B-59, teléfonos 234 00 31 ó 212 5921, fax: 263 7947, Medellín; E-mail: silviah@epm.net.co

MACROLIPODISTROFIA: REPORTE DE 2 CASOS

Alejandra Sañudo
Amparo Ochoa
Juan Carlos Wolff

Primer caso clínico: paciente de sexo femenino, 15 años, que desde el nacimiento presenta aumento progresivo del tamaño del brazo y mano derechos y de tres dedos de la mano izquierda. Tratada con terapia compresiva. Adicionalmente presenta linfangiectasias en la axila derecha.

Segundo caso clínico: Niña de 8 meses de edad que desde el nacimiento presenta gigantismo localizado en el pie derecho, comprometiendo los dedos y el antepié. Al examen físico se aprecia aumento del diámetro de los dedos, sin evidencia de edema ni signos de trastorno en la circulación. Se hace el diagnóstico de macrolipodistrofia.

La macrolipodistrofia es una malformación congénita localizada, no hereditaria, de poca frecuencia, en la que hay aumento de tamaño tanto de los tejidos blandos como del hueso.

Resúmenes Congreso - Posters

En la histopatología se encuentra una masa de tejido fibrolipomatoso en cercanía de las estructuras neurales. Se han propuesto varios mecanismos fisiopatológicos, entre ellos una alteración en la circulación fetal, la segmentación o una influencia trófica neural.

El manejo es quirúrgico y muy complejo para mejorar el aspecto estético y funcional de la extremidad afectada.

Universidad de Antioquia, Medellín.

Correspondencia: Alejandra Sañudo Pérez, calle 52 No. 81-32, apartamento 501 Edificio Calazans, teléfono 2348487, Medellín, Colombia. E-mail: alejasap@msn.com

DESBRIDAMIENTO DE ÚLCERAS EN PIEL CON TERAPIA LARVAL

Silvia Herrera Higuíta
Mónica Escobar Franco
Juan Carlos Wolff I.
Marta Isabel Wolff E.

El aumento de la población anciana en el mundo ha llevado al aumento de las úlceras crónicas, que se asocian con deterioro de la calidad de vida, morbilidad significativa y altos costos. Las causas son múltiples y el paciente debe ser estudiado para establecer el origen. En el tratamiento se debe combinar manejo local y el de la causa subyacente.

Un paso importante en el tratamiento de las úlceras crónicas es el desbridamiento del tejido fibrinoide y el material necrótico que presentan estas lesiones; para este propósito existen diferentes métodos: autolítico, mecánico, biológico. El biológico utiliza larvas de la mosca verde *Lucilia phaenicia sericata*, que se alimentan de tejido neurótico o parcialmente descompuesto dentro de la úlcera, haciendo una especie de microcirugía. Igualmente disminuyen el grado de infección dentro de la úlcera al destruir las bacterias infectantes, estimulan el tejido de granulación incrementando la motilidad de los fibroblastos, e inducen vasodilatación mejorando la oxigenación y el edema. Se aplican 10 larvas por cm² del área de la úlcera, humedecidas en solución salina, rodeadas de un apósito hidrocoloide perilesional y cubiertas por una malla estéril; se dejan por 48 horas dentro de la úlcera y posteriormente se retiran.

Hasta la fecha se han realizado 46 tratamientos de úlceras crónicas de diferente etiología, que no respondieron

a los tratamientos convencionales, con buena respuesta, facilitando la curación de estas lesiones, considerándose una técnica de desbridamiento simple, bien tolerada, de bajo costo con el que se transforma una úlcera crónica en una úlcera aguda susceptible de ser tratada por un método convencional.

Universidad de Antioquia, Medellín.

Correspondencia: Silvia Herrera Higuíta, carrera 77B No. 48B-59, 234 0031 ó 212 5921, fax 263 7947, Medellín, Colombia. E-mail: silviah@epm.net.co

ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA

Gloria Andrea Vargas Suaza
Gerardo Arturo Arellano Sánchez

Se presentan cuatro casos de pacientes con leucemia, que recibieron trasplante de médula ósea. Los pacientes desarrollaron enfermedad injerto contra huésped; dos casos fueron agudos y dos crónicos.

La enfermedad injerto contra huésped (EiCh) es la principal complicación del trasplante de médula ósea y de órganos que contengan células linfoides como el corazón y el riñón, y transfusiones en pacientes inmunocomprometidos. La EiCh se caracteriza por una inflamación epitelial selectiva que afecta la piel, el tracto gastrointestinal y el hígado, y genera compromiso desde leve a grave que puede afectar la vida del paciente. La EiCh se ha dividido en dos formas: aguda y crónica.

La forma aguda ocurre en los primeros 100 días posttrasplante, y la forma crónica después de 100 días posttrasplante. La EiCh aguda puede manifestarse en la piel con prurito o dolor, exantema maculopapular diseminado, brote eritematoso en palmas y plantas y una despigmentación violácea de las orejas y las mejillas o zonas laterales del cuello. En la EiCh crónica, el compromiso de piel se presenta con manifestaciones liquenoides o esclerodermiformes; las lesiones más tempranas son las liquenoides, caracterizadas por pápulas o placas eritematosas con superficie descamativa; las lesiones esclerodermiformes se

desarrollan más tardíamente con placas amarillas pardas, induradas, escleróticas.

La EicH tiene una amplia gama de manifestaciones en piel que pueden confundirse con otras entidades cutáneas, de ahí la importancia para el dermatólogo de aprender a reconocerlas a tiempo para iniciar un tratamiento adecuado.

Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

DESCRIPCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES NEURO-CUTÁNEAS EN HETEROCIGOTOS Y HOMOCIGOTOS CON ENFERMEDAD DE FABRY

Gloria Sanclemente
Mario Arbeláez
Luis Alfonso Correa
Ligia Cabeza

La enfermedad de Fabry es una enfermedad rara ligada al cromosoma X que se caracteriza por una deficiencia de la enzima α -galactosidasa A, lo que conlleva la acumulación de glicosfingolípidos en el endotelio vascular y en otros órganos y tejidos. Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad dependen del sexo, siendo los hombres (homocigotos) los mayormente afectados, comparativamente con las mujeres (heterocigotas). La principal manifestación cutánea en hombres son los angioqueratomas (*Angioqueratoma corporis diffusum*), mientras que en las mujeres son las acroparestesias, además del compromiso de otros órganos y tejidos.

Presentamos el caso de una familia con deficiencia confirmada de α -galactosidasa en varios miembros afectados y con portadoras femeninas muy sintomáticas, en quienes se encuentran manifestaciones cutáneas con unas características histopatológicas no reportadas aún en la literatura.

Universidad de Antioquia, Departamento Medicina Interna, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín-Colombia.

Correspondencia: Gloria Sanclemente, calle 5ª. Sur No. 22-290, apartamento 226, teléfonos 2623992, 2125921, 2637667, fax: 2620928, Medellín, Colombia. E-mail: gsanclemente@epm.net.co

DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL CON ARTRITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

María Cristina Lotero Acevedo
Ana Cristina Ruiz Suárez
Alejandro Vélez

La dermatitis granulomatosa intersticial con artritis es una condición rara, con manifestaciones cutáneas y articulares, descrita recientemente. Los hallazgos histopatológicos consisten en un infiltrado dérmico intersticial de histiocitos que rodean colágeno degenerado.

Se reporta el caso de una paciente con historia de artritis reumatoide y un cuadro de dermatitis granulomatosa intersticial.

Instituto de Ciencias de la Salud - Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: María Cristina Lotero, Clínica Medellín (Poblado), fax 266 3052, Medellín, Cristinalotero@epm.net.co; mauriana@geo.net.co

INCONTINENCIA PIGMENTI

Ana María Aristizábal Dávila
María Cristina Lotero

La incontinencia pigmenti es una genodermatosis que afecta a los tejidos derivados del neuroectodermo, con herencia dominante ligada al cromosoma X y mortalidad típica en varones. La característica principal de este síndrome son las lesiones cutáneas típicas, clásicamente subdivididas en cuatro estadios: vesicular, verrugoso, pigmentado, macular y atrófico.

El déficit de pigmento que se observa en la incontinencia pigmenti resulta de la mutación en el gen NEMO. En el sexo femenino algunas células tienen el gen NEMO funcional (el gen del cromosoma X normal). Así, se piensa que los síntomas de incontinencia pigmentaria en las niñas resultan de células con el gen alterado en el tejido afectado (mosaicismo funcional).

Se describe, por su interés clínico e ilustrativo, el caso de una niña con manifestaciones cutáneas pigmentarias desde el nacimiento

Resúmenes Congreso - Posters

Paciente de 8 meses de edad, con cuadro clínico desde el nacimiento de máculas hiperpigmentadas con patrón lineal y otras zonas con patrón arremolinado. La paciente es sana, con un desarrollo adecuado para la edad. Sin otras manifestaciones extracutáneas. El diagnóstico fue realizado por la clínica y la historia familiar, por lo que no se practicó estudio microscópico.

Todas las mujeres de la familia presentan lesiones con distinto grado de severidad, la abuela refiere dos abortos de hijos hombres.

Este es el caso de una paciente de sexo femenino que desde el nacimiento presenta lesiones hiperpigmentadas. La madre refiere que no presentó ampollas ni lesiones verrucosas. Todas las mujeres de la familia están afectadas con distinto grado de severidad.

Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Medellín.

Correspondencia: Ana María Aristizabal Dávila, calle 10D No. 30-A-178 Ed. Galicia, teléfono 3120313, Medellín, Colombia.
E-mail: anitaad45@hotmail.com

COMPORTAMIENTO DE LOS AGENTES ETIOLÓGICOS DE LAS ONICOMICOSIS EN EL LABORATORIO DE MICOLOGÍA CIB, MEDELLÍN 1994-2003

Angela Zuluaga de Cadena
Catalina de Bedout
Angela Tabares
Luz Elena Cano
Angela Restrepo
Hans Hurtado
Rubén Manrique

Las onicomicosis representan el 50% de las enfermedades de las uñas. Su incidencia varía del 2% al 20% en los diferentes países. En Colombia se desconoce su frecuencia. Pueden ser causadas por dermatofitos, levaduras y mohos. Hasta hace poco tiempo los dermatofitos eran los principales responsables de la infección en las uñas, principalmente de los pies, seguidos por la *Candida albicans*, la cual afectaba principalmente las manos. Por múltiples factores esto ha cambiado y cada vez se reportan mohos ambientales y especies de *Candida* diferentes a *albicans*, como agentes productores de onicomicosis.

Con el fin de conocer la frecuencia de la enfermedad en nuestro medio, y cómo ha sido su comportamiento en los últimos 10 años, realizamos un estudio retrospectivo, tomando como fuente los registros de los pacientes enviados para cultivo de hongos en las uñas al laboratorio de la CIB en Medellín, desde el primero de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre del 2003. De los 23.064 estudios micológicos que fueron tomados durante este período, 7040 eran de las uñas (30.5%), 1071 de las manos (15.2%), 5537 de los pies (78.7%) y 412 (5.9%) de ambos. Tres cuartas partes (74%) de los pacientes eran mujeres, con un promedio de edad de 44.33 años, el 713% había sido remitido por dermatólogos y el 10.4% tenía lesiones en otras áreas, además de las uñas, principalmente en las plantas.

Diferentes especies de *Candida* fueron los primeros agentes causantes de onicomicosis en las manos, en su orden *C. albicans*, *parasilopsis*, *Candida* sp., *tropicales* y *guillermoidii*. En las uñas de los pies los agentes aislados, en orden de frecuencia, fueron: *Trychophyton rubrum*, *Candida parasilopsis*, *T. mentagrophytes*, *Fusarium*, *Scytalidium dimidiatum* (*Natrassia*), *Candida* spp y *C. guillermoidii*.

Cuando analizamos el comportamiento de los agentes causales durante los 10 años, vimos que en las manos la *Candida albicans* y *parasilopsis* mostraban una leve tendencia a disminuir, la *Candida* sp. tendía en forma franca a disminuir, la *C. tropicales* se mantuvo estable y la *C. guillermoidii* disminuyó en los primeros 5 años y se incrementó de ahí en adelante. En las uñas de los pies, el *T. rubrum* y *mentagrophytes* y el *Scytalidium dimidiatum* no mostraron cambios, pero el *Fusarium* y la *C. parasilopsis* tenían una franca tendencia al incremento.

Del anterior trabajo se concluye que la onicomicosis es muy frecuente en nuestro medio, que somos los dermatólogos quienes hacemos el diagnóstico y que los agentes causales están cambiando con el tiempo.

Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Medellín.

Correspondencia: Ángela Zuluaga de Cadena, carrera 46 No. 2 Sur-45, teléfono 3120146, Medellín, Colombia.
E-mail: azuluaga@epm.net.co

TUMORES DE LA GLÁNDULA ECRINA

José Librado Vásquez López

Caso 1. Paciente de 81 años, sexo femenino, con cuadro de más de diez años de evolución de lesión en el dorso de la mano izquierda de aproximadamente 1 cm de diámetro, asintomático. Sin antecedentes personales importantes. Al examen físico se observa una lesión tumoral de 1 cm de diámetro en su base, exofítica, de aproximadamente 1 cm de altura. La lesión presentaba borde perlado papular y centro hiperqueratósico. Se toma biopsia por afeitado de toda la lesión y se envía a patología con diagnóstico presuntivo de cuerno cutáneo vs. carcinoma escamocelular. La patología reportó el diagnóstico de poroma ecrino.

Caso 2. Mujer de 75 años, sexo femenino, que consultó por un cuadro de dos años de evolución de lesión en el pubis, asintomática. En los últimos seis meses se le realizó rebanado y electrocoagulación de la lesión con reaparición rápida. La paciente sufría de epilepsia (pequeño mal), HTA y dislipidemia.

Al examen físico se observaba una lesión tumoral exofítica, ligeramente pedunculada, de 1 cm de diámetro, de color rojo y consistencia dura. No se palpaban adenomegalias inguinales.

Con impresión diagnóstica de poroma ecrino vs. granuloma telangiectásico, se toma biopsia por afeitado y se envía a patología. La patología reportó el diagnóstico de porocarcinoma. La paciente es programada para resección quirúrgica

José Librado Vásquez López, Universidad Pontificia Bolivariana, carrera 22 No. 45-65, teléfono 269 48 43, Medellín. E-mail: jlibrado@epm.net.co

TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL CALCIO

José Librado Vásquez López
Luz Marina Gómez V.
Rodrigo Restrepo M.
Juan E. Arroyave

Caso 1. Mujer de 38 años, que presenta desde hace aproximadamente año y medio lesiones nodulares en miembros inferiores, asintomáticas. Hace once años tiene un diag-

nóstico de LES y de insuficiencia renal crónica como consecuencia de su enfermedad, sometiéndose a hemodiálisis, tres veces por semana, desde hace dos años; además es hipertensa. Recibe tratamiento con captopril, clonidina, furosemida, calcio, ácido fólico, complejo B, sulfato ferroso y omeprazol. Al examen físico se aprecian tres lesiones nodulares en la región pretibial izquierda, cara interna de la rodilla derecha y tercio proximal del muslo derecho, desde 2 hasta 4 centímetros de diámetro, de consistencia dura, pétreas. La lesión de la región pretibial izquierda presenta en el centro una zona blanda, fluctuante y eritema moderado en la superficie. Con diagnóstico clínico de calcifilaxis se toma biopsia en elipse profunda, la cual es reportada por el patólogo como compatible con el diagnóstico por contener acúmulos de calcio

Caso 2. Mujer de 70 años, que consultó en julio de 1999 por cinco años de evolución de masa de 1.5 cm, ubicada en el antebrazo derecho y de 5 centímetros en el glúteo derecho, de consistencia dura, pétreas, adherida a planos superficiales, levemente dolorosa. Además, se observaron múltiples telangiectasias faciales, en semimucosa de labios, en dorso de manos y en palmas, limitación para la apertura bucal; esclerodactilia en algunos dedos de las manos. No relataba disfagia ni fenómeno de Raynaud.

Con diagnóstico presuntivo de calcinosis cutis, como parte de un CREST, se tomó biopsia de las lesiones pétreas que mostró en dermis áreas extensas de calcificación con tejido homogéneo rosado, hialinizado, calcificado y rodeado por estroma fibroso. Dos meses después inicia dolor en pulpejos de manos y pies con descamación y ulceración leve de los mismos; siete meses después presenta franco fenómeno de Raynaud con necrosis distal en dos rayos de pie derecho, esclerodactilia marcada en ambas manos y disfagia para sólidos..

El daño vascular continuó progresando y requirió amputación a nivel de 1/3 proximal de la pierna izquierda y por encima de la rodilla, de la pierna derecha, empeoramiento marcado del fenómeno de Raynaud, telangiectasias generalizadas, disfagia para líquidos y tos. Su tratamiento actual es multidisciplinario.

José Librado Vásquez López, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Luz Marina Gómez V, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Rodrigo Restrepo M, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Juan E. Arroyave, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: **José Librado Vásquez López**, carrera 22 No. 45-65, teléfono 269 48 43 Medellín, E-mail: jlibrado@epm.net.co