CILAD

MADRID
30 JUNIO- 03 JULIO
2022

23 CONGRESO IBERO LATINO-AMERICANO DE DERMATOLOGÍA

www.cilad2022.com

Libro de resúmenes

CILAD 2022: Todos bajo una misma piel

Colegio Ibero-Latino-Americano de Dermatología

23º Congreso Ibero-Latinoamericano de Dermatología

Libro de resúmenes

Versión 1/6/2022

Comité Organizador

Presidente de Honor, Francisco Camacho
Presidente, José Luis López Estebaranz
Vicepresidente, Rubén del Río
Tesorero, Pablo de la Cueva
Secretario General, Diego del Ojo Cordero
Secretaria Adjunta, Almudena Nuño

Comité Científico Local

José Luis López Estebaranz (Presidente)
Rafael Botella
Diego del Ojo Cordero
Pablo de la Cueva
Raúl de Lucas
Yolanda Gilaberte
Julián Conejo-Mir
Ana Giménez Arnau
Paola Pasquali
Pedro Redondo
Hugo Vázquez Veiga
Agustín Viera

Secretaría Técnica

Bco Congresos
Barceló GRUPO

Plaza Europa 17-19, 1ª planta
08908 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, ES
T +34 93 882 38 78
cilad2022@bcocongresos.com

Panel de revisores

01. Acné y rosácea:	José Luis L. Estebaranz y María Barquín
02. Biología molecular:	Yolanda Gilaberte
03. Cabellos y uñas:	Miriam Fiallos
04. Cáncer de piel:	Rafa Botella y Enrique Uraga
05. Cirugía dermatológica:	Pedro Redondo
06. Dermatología cosmética:	Diego del Ojo y Miriam Yat
07. Dermatología clínica:	Yolanda Gilaberte y Fermín Jurado
08. Dermatología pediátrica:	Raúl de Lucas
09. Dermatopatología:	Pablo Prahl
10. Dermatoscopia:	Paola Pasquali y Virginia González
11. Dermatosis de anexos cutáneos:	Raúl de Lucas
12. Dermatosis Infecciosas:	Hugo Vázquez Veiga
13. Dermatosis inmuno-alérgicas:	Ana Giménez Arnau y Jorge López
14. Dermatosis metabólicas:	Raúl de Lucas
15. Dermatosis neoplásicas:	Rafa Botella y Fabiola Ramallo
16. Dermatosis por agentes físicos, químicos y mecánicos:	Selva Iris Ale
17. Dermatosis psicosomáticas, neurogénicas y psicogénicas:	Paola Pasquali y Fabiola Ramallo
18. Dermatosis vasculares:	María Rosa Cordisco y Fabiola Ramallo
19. Dermatosis vesículo-ampollares:	Ana Giménez Arnau y Jorge Neira
20. Epidemiología:	Jorge Neira
21. Farmacología-Reacción a drogas:	Enrique Herrera Acosta y Jorge Neira
22. Fotobiología-Fototerapia:	Yolanda Gilaberte y Mariel Isa Pimentel
23. Genodermatosis:	Pedro Redondo y Emma Guzmán
24. Métodos de imagen no invasivo:	Paola Pasquali y Sofía Nicoletti
25. Psoriasis-Descamativas:	Pablo de la Cueva
27. Terapéutica dermatológica:	Fermín Jurado
28. Miscelánea:	Diego del Ojo y Luz Almanzar Lantigua
29. Láser y fuentes de energía:	Rubén del Río y Ricardo Galván
Comité de revisión de becas:	Rosalía Ballona, Diego del Ojo, Judith Domínguez-Cherit, Elda Giansante y Almudena Nuño.

Tema	Página
01. Acné y rosácea	4
02. Biología molecular	23
03. Cabellos y uñas	25
04. Cáncer de piel	46
05. Cirugía dermatológica	105
06. Dermatología cosmética	121
07. Dermatología clínica	139
08. Dermatología pediátrica	222
09. Dermatopatología	281
10. Dermatoscopia	290
11. Dermatosis de anexos cutáneos	299
12. Dermatosis infecciosas	305
13. Dermatosis inmuno-alérgicas	382
14. Dermatosis metabólicas	401
15. Dermatosis neoplásicas	411
16. Dermatosis por agentes físicos, químicos y mecánicos	473
17. Dermatosis psicosomáticas, neurogénicas y psicogénicas	483
18. Dermatosis vasculares	492
19. Dermatosis vesículo-ampollares	507
20. Epidemiología	522
21. Farmacología-Reacción a drogas	539
22. Fotobiología-Fototerapia	564
23. Genodermatosis	572
24. Métodos de imagen no invasivo	591
25. Psoriasis-Descamativas	596
26. Tele-dermatologia y e-medicina	624
27. Terapéutica dermatológica	630
28. Miscelánea	655
29. Láser y fuentes de energía	694
Índice de autores	698

01. Acné y rosácea

63

Epidemiología e impacto en la calidad de vida en pacientes con acné juvenil

Magdalena Bosio Bonet[1]
[1]Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El acné es un trastorno autolimitado multifactorial de la unidad pilosebácea. Se caracteriza por el desarrollo de lesiones polimorfas que consisten en comedones, pápulas, pústulas, nódulos y quistes. Se define como acné juvenil al que se presenta entre los 14 y 25 años de edad. Diversos reportes han demostrado que los pacientes con acné tienen algún deterioro en su calidad de vida.

Objetivos: Generales: Describir las características epidemiológicas y el impacto en la calidad de vida de pacientes con acné juvenil. Específicos: Describir la relación existente entre el grado de severidad del acné y: edad, sexo, y antecedentes heredofamiliares. Describir factores agravantes considerados por el paciente. Describir la relación entre áreas afectadas y sexo. Determinar el DLQI de nuestros pacientes con acné. Determinar si existe relación entre el DLQI y: el sexo, edad, valoración subjetiva de severidad y área afectada.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, entre el 1º julio del 2015 y el 30 de diciembre de 2016. La investigación se realizó en el Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. Para el análisis estadístico se utilizaron Microsoft Excel y SPSS Statistics 20.

Resultados y conclusiones: Un total de 200 pacientes fueron incluidos. La media de edad fue de 19,9 años (D.E=3,46). El 52% correspondió al sexo femenino y el 48% al masculino. El 57% tenía antecedentes familiares de acné, el fototipo más frecuente fue el tipo II, el subtipo clínico más frecuente fue el tipo pápulopustular (60%).
Un subgrupo de 100 pacientes realizó el cuestionario DLQI. El rango de valores fue de 0 y 18, con una media de 3,68, la cual se correlaciona con poca afectación en la calidad de vida. Cerca del 30 % de los pacientes tuvieron una puntuación mayor a 6 lo cual se correlaciona con: moderada y muy severa afectación en la calidad de vida. Los pacientes de sexo masculino se relacionaron de forma estadísticamente significativa con valores mayores de DLQI, una media de valor de DLQI de 4,89 vs 2,91 para el sexo femenino (p: 0,0078).

519

Rosácea unilateral: A propósito de un caso

Yadira Aguilar Benavides[1], Patricio Freire Murgueytio[2], Verónica Posso[3]
[1]Posgradista Dermatología UTE, Quito, Ecuador, [2]Médico Dermatólogo, Coordinador Posgrado Dermatología UTE, Quito, Ecuador, [3]Médica Patóloga, Docente UTE, Quito, Ecuador

1. INTRODUCCIÓN
La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica centrofacial caracterizada por la aparición de eritema, telangiectasias, pápulas y pústulas. Su etiología es desconocida, aunque se han implicado varios factores como los trastornos de la reactividad vascular y la respuesta inmunológica frente a microorganismos como Demodex folliculorum o Helicobacter pylori. Como consecuencia del limitado conocimiento sobre la fisiopatología de la enfermedad, las opciones terapéuticas no están dirigidas contra los mecanismos patogénicos ni son curativas. El tratamiento se basa en el uso de antibióticos, antiinflamatorios y retinoides, por vía tópica o sistémica.
La razón por la cual se presenta este caso clínico es por su rara forma de presentación unilateral; por la misma razón es de díficil diagnóstico y se puede confundir con otras dermatosis como el granuloma de Majocchi, dando lugar a tratamientos erróneos.

2. CASO CLÍNICO
Paciente masculino de 74 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial controlada. Acudió por presentar lesiones en mejilla derecha de 2 meses de evolución, refiere exacerbación con la exposición solar y al calor. Niega tratamientos.
Al examen físico, cuadro cutáneo localizado en cara a nivel de malar derecho caracterizada por eritema, presencia de pápulo-pústulas y escasos nódulos eritematosos.
En los exámenes complementarios el KOH fue negativo y en el estudio histopatológico se observó epidermis delgada con áreas de espongiosis y focos de paraqueratosis, infiltrado inflamatorio linfohistocitario con ocasionales células gigantes tipo cuerpo extraño sobre todo alrededor del aparato pilosebáceo, además telangiectasias y elastosis solar; hallazgos compatibles con Rosácea.
Se realizó tratamiento con ivermectina oral dos dosis con 1 semana de diferencia mas antibioticoterapia a base de doxiciclina por un período de 6 meses, con adecuada tolerancia y buenos resultados.

3. CONCLUSIÓN
La rosácea unilateral es un trastorno crónico que se caracteriza por eritema persistente, telangiectasia, pápulas y pústulas, y rara vez son nódulos.Tiene un componente estético que provoca una importante afectación en la calidad de vida del paciente. Por lo que el diagnóstico clínico e histopatológico oportuno y el tratamiento adecuados son necesarios.

574

Acné fulminans severo inducido por el uso de isotretinoína

Iván Roberto Niño Pinto[1], Zully Johanna Ballesteros Zarate[1,2,3,4], María Carolina Gómez Franco[1]
[1]Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia, [2]Instituto de Ciências da Saúde Izamar Milidiú da Silva, Rio de Janeiro, Brasil, [3]International Association of Aesthetic Medicine, Rio de Janeiro, Brasil, [4]Instituto de Ciências da Saúde Izamar Milidiú da Silva, Rio de Janeiro, Brasil

Introducción: El acné fulminante (AF) fue descrito por primera vez en 1959 por Burns y Colville, siendo la forma más severa de acné, con una incidencia menor al 1% del total de los casos. Se caracteriza por la aparición abrupta de lesiones dolorosas nodulares y ulcerativas profundas cubiertas por costras hemorrágicas, por lo general asociadas a fiebre, poliartralgia, lesiones osteolíticas, leucocitosis y miopatía debido a la rápida pérdida de peso. Su etiopatogenia no es clara, sin embargo se considera un posible origen multifactorial: infeccioso, genético, hormonal e inmunológico. Se han descrito pocos casos asociados al uso de isotretinoína, probablemente por una respuesta desmesurada de hipersensibilidad tipo III y IV, por contacto masivo con antígenos de cutibacterium acnes, favorecida por la fragilidad epitelial (específicamente del ducto pilosebáceo) causada por el fármaco.

Caso clínico: Paciente masculino de 16 años en seguimiento dermatológico desde 2017 por cuadro clínico de acné pápulo-pustuloso en rostro. En 2018 progresa a acné severo con lesiones nodulares dispersas en dorso. Al no obtener respuesta al tratamiento con tetraciclina, adapaleno y peróxido de benzoilo, se inició manejo con isotretinoína, dosis inicial de 10 mg al día. Durante la primera semana se evidenció aumento de lesiones nodulares, asociadas a dolor severo, edema y costras hemorrágicas, paraclínicos dentro de límites normales, por lo que se aumentó dosis de isotretinoína a 30 mg al día y se adicionó corticoterapia. Dos semanas más tarde, se evidenció exacerbación de las lesiones, asociadas a edema palpebral y labial, fiebre, artralgias, pérdida de peso (8 kg), leucocitosis (20.220 µL), neutrofilia (82%) y aumento de PCR (49.7 mg/dL), por lo que se suspendió isotretinoína y se continuó corticoterapia asociada a antibiótico por presencia de lesiones pustulosas. Al no evidenciarse adecuada evolución clínica al culminar 30 días de tratamiento, se realizó junta médica, decidiendo suspender antibioticoterapia, reiniciando isotretinoína y continuando corticoide sistémico, con diagnóstico de acné fulminans. Al cabo de 11 meses se alcanzó dosis total 6.960 mg de isotretinoína (120 mg/kg), con reducción gradual de corticoide durante 3 meses, obteniendo adecuado control de cuadro clínico acneico.

Conclusiones: Según el estudio Global Burden of Disease (GBD), el acné afecta aproximadamente al 85% de las personas entre los 12 a 25 años. Dicha prevalencia se explica, en parte, por la elevada producción de andrógenos durante la pubertad. El AF afecta por lo general a los hombres, siendo inicialmente acné leve o moderado, y de forma súbita y abrupta se desarrollan sus manifestaciones epiteliales y sistémicas. Existe poca evidencia en la literatura sobre AF asociado al tratamiento con isotretinoína. El tiempo que transcurre entre el inicio del medicamento y la aparición de su sintomatología, oscila entre 10 días y 6 semanas. Aunque la isotretinoína puede ser un desencadenante, se ha demostrado que a bajas dosis asociada a corticoide sistémico se obtiene adecuada respuesta clínica. Se debe realizar adecuado control paraclínico y radiográfico, con el fin de evitar exacerbaciones y secuelas óseas. Su diagnóstico y tratamiento debe ser temprano con el fin de disminuir sus secuelas físicas y psicológicas.

594

Tratamiento de cicatrices hipotróficas secuelas de acné usando solución estéril con polinucleótidos vehiculizada a través de microneedling

Ramon Pigem[2], Martín Gastón Álvarez[1]
[1]*Antiaging Group Barcelona, Barcelona, España,*
[2]*Centro Medico de Salud, Barcelona, España*

Introducción: Las cicatrices hipotróficas surgen como resultado de la destrucción de los tejidos de la piel y grasa subcutánea, pueden surgir después de formas severas de acné y varicela, pueden ser grandes o pequeñas, con márgenes marcados y bien definidos o suaves. Aparecen después de la regresión de las dermatosis, donde el elemento primario era el nodo.(1) Se ha propuesto una clasificación clínica y morfológica de la cicatrización, basada en el nivel de correlación de la piel circundante con la superficie de la cicatriz: normotrófico, atrófico, hipotrófico, hipertrófico y queloide. Las cicatrices hipotróficas, atróficas y normotróficas se agrupan en el grupo 1 y se forman como resultado de una reacción fisiopatológica de la piel en respuesta a un trauma y comparten una estructura histológica similar. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia y seguridad en la reducción de cicatrices hipotróficas mediante el tratamiento con polinucleótidos. El protocolo propuesto busca provocar un "auto-relleno" estimulando la formación de colágeno y así llevar el fondo del valle de la cicatriz hasta el ras de la piel circundante.

Material y métodos: Entre junio y septiembre 2019 se llevó a cabo un estudio en el que se incluyeron 7 voluntarios de ambos sexos de edad entre los 17 y 54 años, con cicatrices postacenicas rodantes o rectangulares. Se realizaron seis sesiones una cada 15 días y un control final a los 15 días de la última sesión. Cada sesión consistió en la vehiculización de una solución transepidérmica (con polinucleótidos, silicio orgánico, extracto de Chlorella vulgaris y darutósido) en las cicatrices de todo el rostro mediante microneedling a una profundidad de entre 1 y 1,5 mm.

Los métodos de valoración fueron el registro fotográfico con cámara normal y VISIA, el registro ecográfico y la encuesta de satisfacción del paciente e investigador.

Resultados: Se obtuvieron resultados muy evidentes en la reducción del tamaño y apariencia de las cicatrices. Las mediciones ecográficas registraron una reducción de la amplitud de las cicatrices de hasta el 71% al final de tratamiento y relleno tisular de la lesión cicatricial tras 45 días. La única reacción cutánea presentada fue eritema transitorio leve de resolución espontanea, derivado de la técnica de microneedling. El 100 % de los voluntarios volvería a realizar el tratamiento y lo recomendaría si fuera necesario.
Conclusiones: El tratamiento ha demostrado ser eficaz y seguro en la mejoría de la apariencia de las cicatrices hipotróficas, con evidencia ecográfica de disminución de su tamaño y de nueva formación de tejido fibroso tras 45 días.

640

Enfermedad de Morbihan, los retos diagnósticos y terapéuticos ilustrados en un caso

Gloria Nayeli Vega Hernández[1], Rosa María Ponce Olivera[1], María Ivonne Arellano Mendoza[1], Uriel Pérez García[1]
[1]*Hospital General de México, Ciudad de México, México*

La enfermedad de Morbihan o también llamada edema sólido facial, es una enfermedad rara con una etiología desconocida, se ha descrito como complicación de acné y rosácea; y se caracteriza por la presentación clínica de edema y eritema en los dos tercios superiores de la cara, puede acompañarse ocasionalmente de pápulas, pústulas y nódulos, y se asocia a síntomas inespecíficos y de difícil tratamiento. El edema y la deformación en la cara puede provocar a los pacientes discapacidad visual, molestias y problemas cosméticos. Elegimos este caso clínico por la infrecuencia del padecimiento y por el reto diagnóstico y terapéutico que representa.

Se trata de un masculino de 51 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, que inició su padecimiento actual 7 meses previos a su evaluación en nuestro servicio, caracterizado por una dermatosis localizada a cara a nivel de región de párpado superior e inferior de ambos ojos, ambas mejillas de predominio de lado derecho, y dorso de la nariz, constituida por edema, eritema y algunas pústulas, se planteó el diagnóstico de enfermedad de Morbihan, por lo que se solicitó biopsia de piel con tinciones complementarias con hierro coloidal y azul alcián, la cual se reportó como compatible con edema facial persistente, se tomaron otros paraclínicos entre ellos química sanguínea, pruebas de función tiroidea y biometría hemática las cuales se encontraron dentro de parámetros de referencia, por lo cual se concluyó el diagnóstico de enfermedad de Morbihan, se decidió el inicio de tratamiento con isotretinoína 20 mg/día durante 12 meses, sin adecuada respuesta clínica, actualmente se encuentra con tratamiento con ketotifeno 1 mg/día.

Nuestro caso es un claro ejemplo de esta entidad nosológica poco frecuente, en la que fue posible ilustrar mediante estudio histológico los hallazgos más característicos, y en el que se evidencia el difícil tratamiento de la enfermedad y las repercusiones funcionales y psicológicas que representa en la vida diaria del paciente.

719

Beneficio a 50 semanas de la utilización a largo plazo de un dermocosmético de campo a base de extracto del fruto de Silybum Marianum en la reducción de los brotes de acné en adolescentes y adultos jóvenes con pieles propensas al acné

Ariadna Ortiz Brugues[1], Therese Nocera, Pr Jh Saurat, Pascal Reygagne, Guillaume D'auzers, Gwendal Josse, Pierre Jacques Ferret
[1]*Pierre Fabre Dermocosmetiques, Research & Development Dept., Toulouse, France*

Introducción: El extracto de fruta de Silybum Marianum (SMFE) cosmético de campo contribuye a mejorar el estado de la piel clínicamente no lesionada en pacientes con acné mediante el mantenimiento de un índice de microcomedones (MCI) bajo, lo que resultó en una mejora significativa del estado clínico en 8 semanas y 6 meses de pruebas. Dado que el uso de SMFE tiene como objetivo mantener la remisión a largo plazo, hemos evaluado su eficacia y tolerancia en pacientes con acné durante 12 meses, usado solo o asociado con el tratamiento recetado para el acné cuando sea necesario.

Materiales y métodos: Un estudio internacional multicéntrico abierto, con un seguimiento de 52 semanas, en sujetos con acné leve a moderado, de 12 a 35 años. El protocolo y los resultados globales serán presentados en particular la tolerancia y la eficacia. Aquí analizamos el beneficio en términos de frecuencia y severidad de los brotes de acné, durante todo el período de seguimiento.
Resultados: La tolerancia global del investigador fue "excelente" para el 98,04% de la población. Se informaron 6 salidas del estudio, solo uno debido a la tolerancia del producto (sequedad, picazón). El cumplimiento terapéutico del producto fue muy bueno. Hubo una gran mejoría significativa (p <0,0001) en el recuento total de lesiones. La puntuación del investigador clínico (GEA) a los 6 y 12 meses de la visita del estudio también mejoró al mismo tiempo (p <0,0001). Se informaron pocos brotes durante el período de 12 meses: 14 brotes en 8 sujetos con empeoramiento del acné, definido como "GEA ≥3 (moderado) y tratamiento requerido". La eficacia está mínimamente o no relacionada con los fármacos orales: solo 4 sujetos informados (que padecen 5 brotes) necesitan ser tratados con tratamiento oral. El porcentaje de días totales de antibióticos orales fue inferior al 2% (doxiciclina y limeciclina) del período de seguimiento. Los brotes más leves solo requirieron prescripción de tratamiento local contra el acné: el principal asociado fue el peróxido de benzoilo (PBO), que representa el 1,5% del total de días utilizados solo); PBO en asociación con adapaleno (1,1%) o clindamicina (0,01%). La evaluación del voluntario desde el primer mes mejoró: 77,5 y 81,2% de los sujetos declararon mejoría respectivamente a los 6 y 12 meses.

Conclusión: Este estudio internacional de 12 meses demostró la eficacia y muy buena tolerancia de esta nueva formulación que contiene extracto de fruta de Silybum Marianum en pieles propensas al acné en adolescentes y adultos jóvenes. Por tanto, este producto dermocosmético de campo que reduce el índice de microcomedones, contribuye a mantener la remisión del acné y a reducir el uso de farmacoterapia para mejorar la piel propensa al acné.

728

Tratamiento del acné grave con terapia fotodinámica luz de día: ¿Una alternativa útil?

Aniza Giacaman[1], Luis Javier del Pozo Hernando[1], Juan Garcías-Ladaria[1], Inés Gracia-Darder[1], Ana LLull-Ramos[1], Ana Martín-Santiago[1]
[1]Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España

Introducción: Aunque actualmente disponemos del uso de tratamientos tópicos y orales eficaces para el tratamiento del acné, es importante conocer alternativas terapéuticas como la terapia fotodinámica (TFD), para utilizar en casos recalcitrantes o en pacientes con contraindicación a algunos medicamentos.

Caso: Mujer de 21 años, con antecedente de hepatitis autoinmune de 7 años de evolución, en tratamiento con corticoides orales y azatioprina. Consultó por acné nodular de varios años de evolución y predominio en la región facial, con mala respuesta a los tratamientos tópicos. Se indicó tratamiento con claritromicina oral durante un mes, lo que le provocó un alteración del perfil hepático que requirió ingreso hospitalario. Por este motivo, y debido a su patología hepática de base, descartamos el tratamiento con isotretinoina oral, y planteamos la terapia fotodinámica luz de día (TFD-LD) con ácido 5-metil amino-levulinato (MAL), sin otro tratamiento tópico asociado.
Previa aplicación de un fotoprotector solar químico, se aplicó directamente en ambas mejillas de la paciente el MAL y se le indicó exponerse a la luz solar durante 2 hrs.
Tras 5 sesiones espaciadas cada 4 semanas, la paciente evolucionó con una notoria disminución de las lesiones inflamatorias, con una reducción de los nódulos y pápulas, persistiendo el eritema leve y algunas cicatrices. El tratamiento fue bien tolerado. No se observaron efectos adversos y la paciente describió una gran satisfacción con los resultados alcanzados.
Después de las 5 sesiones, se indicó tratamiento tópico con retinoides. En el seguimiento tres meses después se mantenían los resultados y se realizó una nueva sesión de TFD-LD. Tres meses después, la paciente se mantiene en tratamiento tópico con buena tolerancia y sin lesiones inflamatorias significativas.

Discusión: El acné vulgar es una enfermedad inflamatoria de la piel que afecta alrededor del 85% de la población general, y se asocia a una excesiva producción de sebo, a la presencia de cutibacterium acnes y a un aumento en la respuesta inflamatoria local.
Si bien el mecanismo de acción no es del todo conocido, el uso TFD con ácido 5-aminolevulínico (ALA) y su variante metilada (MAL) se han descrito como alternativas útiles y seguras, tanto en la forma convencional con lámpara, como con luz de día. Actualmente no existen recomendaciones respecto al sensibilizante más adecuado, el tiempo entre sesiones, la duración total del tratamiento, ni el seguimiento a largo plazo.

Conclusión: Al igual que otros casos descritos en la literatura, en nuestra paciente la TFD ha constituido una herramienta útil en el manejo del acné grave cuando no es posible utilizar otros tratamientos clásicos.

792

Efecto beneficioso de los extractos Myrtacine y Celastrol sobre la virulencia de Cutibacterium acnes y la inmunoinflamación en el acné

Valérie Mengeaud, Celine Mias[1], Martine Maitre, Nathalie Chansard, Marie Florence Galliano, Lucile Garidou, Sandrine Bessou-Touya, Helene Duplan
[1]*Pierre-Fabre Dermo-Cosmétique, Toulouse, France*

Introducción y objetivos: el acné vulgar es una enfermedad cutánea crónica y recurrente que afecta a muchos adolescentes y adultos a lo largo de su vida. En la patogénesis del acné intervienen varios factores, como la sobreproducción de sebo y la hiperqueratosis folicular. Más recientemente, se ha identificado otro factor clave en esta patología: el microbioma, y más concretamente la especie Cutibacterium acnes (C. acnes), que desempeña un papel clave en el acné, en particular al estimular la respuesta inflamatoria local. de hecho, el acné se caracteriza por una disbiosis del microbioma cutáneo con una pérdida de diversidad del filotipo de C. acnes y un fuerte predominio del filotipo IA-1. Este filotipo se asocia a una mejor organización del biofilm y a una mayor virulencia. Además, promueve la inflamación local y, más concretamente, la vía TH17.

Materiales y métodos: en este estudio se investigaron las propiedades farmacológicas de Myrtacine®, el extracto de Myrtus communis y los extractos de cultivos celulares vegetales enriquecidos con Celastrol, solos o asociados. Se estudió el efecto de Myrtacine sobre la adhesión y la disrupción del biofilm de C. acnes. También se investigó el efecto de Myrtacine sobre la virulencia del filotipo IA-1 de C. acnes mediante la cuantificación de la expresión génica de los factores de virulencia: gehA, lysM1, Ds-1, Ai-2, Camp2. A continuación, se evaluó la actividad de Myrtacine y Celastrol sobre la cascada inmunoinflamatoria utilizando un modelo celular de monocitos estimulados con un biofilm de los filotipos IA-1 de C. acnes. Por último, se estudió el efecto específico de Celastrol sobre la vía Th17 utilizando modelos celulares y de tejido cutáneo tridimensional.

Resultados: Myrtacine (0,001%) mostró una actividad antibiofilm en C. acnes al inhibir su formación y promover su destrucción. Además, Myrtacine mostró un efecto antivirulento a través de una importante y marcada inhibición de la expresión de los genes de varios factores de virulencia, ejerciendo entre un 60 y un 95% de inhibición en comparación con la afección sin tratar. Myrtacine (0,001%) y Celastrol (0,0025%) inhibieron de forma significativa la producción de citoquinas proinflamatorias (IL-6, IL-8, IL-10, IL-12p40 y TNFα) en respuesta al filotipo IA1 de C. acnes. Curiosamente, la asociación de estos dos principios activos indujo un efecto sinérgico, con una inhibición superior al 50%. Por último, se demostró un efecto inhibidor de Celastrol, en solución o formulado al 0,3%, específicamente sobre la IL-17 liberada por las células inmunitarias in vitro pero también por los linfocitos Th17 integrados en un modelo de piel reconstruida en 3 dimensiones.

Conclusiones: nuestros resultados demuestran las fuertes propiedades reguladoras de Myrtacine y Celastrol sobre C. acnes y la inmunoinflamación mediada por Th17, tanto empleados solos como en asociación. Por lo tanto, se demuestra el verdadero interés de estos dos principios activos para una terapia dirigida contra la enfermedad inflamatoria del acné.

Palabras clave
Acné, microbioma, inflamación, vía Th17

793

Tolerancia y eficacia de un nuevo producto dermocosmético con ácido glicólico y extractos enriquecidos de Myrtus communis y Celastrol en lesiones no inflamatorias en adultos, adolescentes y preadolescentes con acné vulgar

Marie-dominique Thouvenin[1], Sandrine Dalmon, Valérie Mengeaud, Virginie Ribet
[1]*Pierre-fabre Dermo-cosmétique, Toulouse, France*

Introducción
El acné vulgar es una enfermedad muy común los adultos y en los adolescentes, y existen indicios de que su prevalencia está aumentando entre los preadolescentes. Con frecuencia, los dermatólogos recomiendan el uso de productos dermocosméticos como complemento del tratamiento médico. Los objetivos del estudio fueron evaluar la tolerancia y la eficacia de un nuevo producto dermocosmético con ácido glicólico, extracto de Myrtus communis y extracto de cultivo celular vegetal enriquecido con Celastrol.

Materiales y métodos
Estudio clínico abierto en el que participaron individuos de entre 9 y 35 años de edad. Se aplicaron el producto en la totalidad del rostro dos veces al día, durante 8 semanas. Se planificaron cuatro visitas (D1, D8, D29, D57). Los principales criterios de inclusión fueron: acné leve a moderado con un total de 15 a 40 lesiones de acné (LT) con al menos 10 lesiones no inflamatorias (LNI) y entre 5 y 10 lesiones inflamatorias (LI) en la cara de adultos y adolescentes, y de 5 a 40 TL, con al menos 5 LNI y no más de 10 LI en preadolescentes; piel mixta a grasa. El criterio principal del estudio fue evaluar la tolerancia del producto. Entre los criterios secundarios se encontraban el recuento de las lesiones de acné, la gravedad del acné según la escala de Evaluación Global del Acné (GEA), las evaluaciones clínicas del brillo y la rugosidad de la piel mediante escalas de 10 puntos, la evaluación global del acné por parte de los participantes, la evaluación de la calidad de vida (utilizando el Índice de Discapacidad del Acné de Cardiff/CADI, el Índice de Calidad de Vida en Dermatología/DLQI y el Índice de Calidad de Vida en Dermatología para Niños/CDLQI), el nivel y la excreción de sebo (usando Sebumeter® y Sebutape®).

Resultados
Se analizaron 50 individuos (20 adultos, 20 adolescentes y 10 preadolescentes, incluyendo un análisis estadístico descriptivo para la población preadolescente). La tolerancia del producto fue evaluada como muy buena por el investigador. Los resultados de eficacia (n=40) mostraron una disminución significativa de las lesiones no inflamatorias desde el D1 y de las lesiones totales los días D8, D29 y D57 respectivamente ($p<0,05$). Hubo una mejora significativa de la puntuación GEA a partir del D8 ($p<0,001$) y el 89% de los participantes notificó una mejora del acné el D8. El investigador observó una disminución significativa del brillo cutáneo y el nivel y la excreción de sebo mejoraron significativamente en todos los intervalos de tiempo ($p<0,05$). La calidad de vida mejoró significativamente según el cuestionario CADI y los índices DLQI / CDLQI los días D29 y D57 ($p<0,05$). El análisis descriptivo en preadolescentes mostró evoluciones similares.

Conclusión
Los resultados de tolerancia y eficacia, así como la buena apreciación (todos importantes criterios para la observancia, especialmente en la población preadolescente) de este nuevo producto dermocosmético con ácido glicólico, extracto de Myrtus communis y extracto de cultivo de células vegetales enriquecido con Celastrol, ponen de manifiesto el posible interés de este producto como cuidado complementario en el acné vulgar.

811

Acné, la utilidad de usar una DermoCosmética

Charles Taieb[1], Lidye Daumont
[1]*European Market Maintenance Assessment, Vincennes, France*

Introducción
El acné es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel muy común que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos. Varios estudios han confirmado que el acné también afecta a los adultos, un 7% según el proyecto Objectifs Peau publicado recientemente por la SFD; sin embargo, pocos estudios se han centrado en el impacto del acné en esta población.

Material y métodos
Para evaluar el impacto de la utilización de una DermoCosmetique [cuidado de la piel que contiene APF, ácido salicílico y pantenol], administramos el cuestionario de carga AI-ADL [Dreno B, JEADV 2021] a D cero y a D 30 a adultos cuyo diagnóstico y gravedad del acné habían sido confirmados por un dermatólogo durante una consulta espontánea.

Resultados
Un total de 524 encuestados tenían 18 años o más, con una proporción de sexo a favor de las mujeres [74%, n = 361]. La edad media fue de 24,5 años y la mediana de 21. De ellos, el 92% [N=484] declararon haber utilizado la DermoCosmetique, a los que nos referiremos como el grupo expuesto. Se identificaron tres grupos de gravedad: El 57,3% se identificó como leve [n = 297], el 34,9% como moderado [n = 181] y el 7,7% como grave [n = 40]. En términos de carga, en el día 30, la prevalencia de la mejora en el grupo expuesto fue del 79,9%. La puntuación media de la carga evolucionó de 19,4 a 12,8 entre el día cero y el día 30. P<0,001 En el grupo no expuesto, la prevalencia de la mejora fue del 64,1%. La puntuación media de la carga evolucionó de 19 a 14,7 entre el día cero y el día 30. p=0,2 Más allá de estos resultados, después de 30 días de uso, el 95% estaban satisfechos con el producto, y el 91% dijeron que el producto había ayudado a reducir sus imperfecciones.

Discusión
La adherencia a los tratamientos contra el acné suele ser un obstáculo para el éxito del tratamiento. El hecho de que los pacientes estén satisfechos con el producto o de que sus imperfecciones hayan mejorado nos permite esperar un mejor cumplimiento. La mejora de la carga después de 30 días de uso también mejora el cumplimiento.

839

Un gel facial multiácido eficaz y bien tolerado trata las imperfecciones del acné y restaura la barrera cutánea

Komal Patel[1], Nada Baalbaki[2], Margarita Yatskyer[1]
[1]L'Oréal USA Investigación e Innovación, Clark, United States, [2]CeraVe, LLC, New York, United States

Productos agresivos para el acné, tanto de prescripción como sin ella, pueden dañar aún más la barrera cutánea, dando lugar a una piel seca, escamosa e irritada. Esos efectos adversos pueden perjudicar la adherencia de los pacientes y reducir su satisfacción con los resultados. En este documento describimos la eficacia de un gel facial hidratante de uso una vez al día con una combinación de alfa y beta hidroxiácidos y ceramidas en sujetos con acné leve a moderado.

Materiales y Métodos: Estudio de evaluación clínica que incluyó 52 sujetos de edades entre 13 y 45 años con acné leve a moderado (puntuación IGA de 2 o 3), apariencia de los poros, textura de la piel, uniformidad del tono de piel, enrojecimiento visible (50% de los sujetos) y piel autopercibida como grasa y propensa al acné. La eficacia clínica se evaluó mediante el recuento de lesiones y la puntuación clínica de atributos faciales globales al inicio del estudio y en día 3. Además, se cumplimentaron questionarios de autoevaluación de los sujetos en las semanas 2, 4 y 8. Se capturaron imágenes en cada momento del studio. Se realizaron también evaluaciones objetivas y subjetivas de tolerancia en cada visita del estudio.

Resultados: Se observó una reducción estadísticamente significativa en la altura, anchura y enrojecimiento de la lesión inflamatoria rastreada en el día 3. En la segunda semana, el recuento de lesiones era significativamente menor que al inicio del estudio; esta mejoría se mantuvo hasta la semana 8 del estudio. También fue visible una reducción significativa en el tamaño de los poros y el enrojecimiento de la piel en la semana 2, y la piel se mostraba más uniforme y tersa en la semana 4. Al final del estudio, más del 85% de los sujetos afirmaron que la apariencia general de su piel era mejor y se mostraron satisfechos con el gel facial. Las evaluaciones globales de tolerancia mostraron que el gel de uso diario fue bien tolerado.

900

Análisis del acné en mujeres adultas condicionado por el uso de mascarillas (Maskne) durante el periodo de la pandemia COVID-19

Sara Guirao Sánchez[1], María Gamo Guerrero[2], Ana Simón Gozalbo[2], Kevin Diez Madueño[2], Claudia García Martín[2], Pablo de la Cueva Dobao[2]
[1]Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España, [2]Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Introducción: El acné es una enfermedad de carácter inflamatorio y etiología multifactorial de la unidad pilosebácea. A raíz de la pandemia COVID-19 declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020 y la introducción sistemática de las mascarillas como medida de prevención de la transmisión del SARS-CoV-2, se ha incluido la oclusión que provocan las mismas como un posible factor etiológico en el desarrollo y empeoramiento de la enfermedad, introduciendo así un nuevo término en la literatura que nace de la combinación de las palabras 'Mask' (mascarilla en inglés) y 'Acne' (acné en inglés): 'Maskne'. Existen limitadas publicaciones acerca del mismo y son necesarios más estudios que expliquen el mecanismo fisiopatológico subyacente y reflejen el verdadero impacto en el nivel de calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Los principales objetivos del estudio son analizar el curso clínico y las principales características del acné condicionado por el uso de mascarillas, identificar posibles factores de riesgo que puedan estar influyendo en su desarrollo, estudiar específicamente la relación de los hábitos de uso de la mascarilla en la evolución y gravedad del mismo y evaluar el impacto en la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid en el que se incluyen pacientes diagnosticados de acné con edades comprendidas entre los 18 y 40 años y de género femenino. El estudio se basa en la utilización de un cuestionario específico en una única visita presencial en el que se incluyen aspectos sociodemográficos, clínicos, preguntas acerca de hábitos de uso de mascarilla y se evalúa la calidad de vida e impacto de la pandemia en la enfermedad.

Resultados: En los 50 pacientes que se analizan se constata un empeoramiento generalizado del acné condicionado por el uso de las mascarillas, relacionado con el tiempo de duración de las mismas. Se evidencia un aumento del nivel de estrés de las pacientes, una disminución de la calidad del sueño, del desempeño laboral, de la calidad de vida (DLQI y Acné-QoL) y un aumento de ansiedad y depresión (escala HADS). Así mismo se constata un infratratamiento de la patología y una necesidad de tratamiento adicional. (Pendiente análisis completo).

Conclusiones: La utilización extendida de la mascarilla facial junto con otros equipos de protección individual como medida preventiva tras la pandemia COVID-19 ha desencadenado un aumento en la aparición de dermatosis faciales, siendo el acné una de las más frecuentes, con una gran repercusión tanto clínica como estética y psicológica. Es importante conocer con más detalle los factores que puedan estar influyendo en el desarrollo de este acné condicionado por el uso de mascarillas, como por ejemplo el tipo de mascarilla utilizada, el tiempo de utilización de la misma, la realización de descansos o la asociación con otros factores como el estrés, el sueño o el tabaco. De esta manera se podrán establecer nuevas guías clínicas y recomendaciones terapéuticas básicas que permitirán el manejo específico de la patología.

962

Acné y su repercusión en la autoestima y la calidad de vida de adolescentes de una población rural argentina: Estudio transversal

María Rocío Bollea Garlatti[1], María Inés Garlatti[2], María Luz Bollea Garlatti[1], Anamá Di Prinzio[1], Luis Daniel Mazzuoccolo[1]
[1]Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, [2]Catede Dermatología - Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Argentina

Introducción: El acné es una enfermedad inflamatoria crónica que suele afectar a adolescentes y puede causar secuelas tanto cutáneas como mentales permanentes en ellos, a corto y largo plazo.
Los objetivos de este trabajo fueron conocer la frecuencia de esta patología, grado de severidad, y su repercusión en el autoestima y calidad de vida dermatológica de los adolescentes de una zona rural de la provincia de Tucumán- Argentina.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron adolescentes de entre 11 y 18 años estudiantes de la Escuela Politécnica n°1 de Ranchillos-Tucumán. Médico especialista en dermatología evaluó a participantes cuyos tutores dieron consentimiento para diagnóstico y clasificación según severidad del acné y, además, se administraron dos encuestas ad-hoc (Escala de Autoestima de Rosemberg e Índice de Calidad de vida dermatológica).

Resultados: Se evaluó 264 alumnos de los cuales el 52% presentaba acné y, de ellos, el 57% eran de sexo femenino. El 60% de los afectados tenía un grado de acné leve. El 3% de los hombres y el 1% de las mujeres presentaron acné severo, encontrándose una asociación significativa entre el sexo y severidad de la patología. El 70% de adolescentes tenían algún grado de alteración en su nivel de autoestima. Al comparar los grupos con y sin acné, si bien los afectados tenían mayor porcentaje de alteración en su nivel de autoestima (73% versus 69%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En cuanto a la calidad de vida dermatológica, el 60% de los pacientes con acné presentó alteraciones. Se estudió dicha variable según los grados de severidad de acné, y se observó mayor prevalencia en aquellos con acné severo, donde un 67% mostró una calidad de vida alterada, hallándose asociación significativa entre ambas variables. En cuanto al sexo, 71% de mujeres y un 46% de hombres presentó alteraciones en su calidad de vida, diferencia que fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: El acné es una patología de gran prevalencia en adolescentes, sin diferenciar contexto social, económico o cultural y lejos está de ser solo una enfermedad inflamatoria cutánea. Son escasos los estudios publicados sobre la verdadera prevalencia y repercusión de dicha enfermedad en Argentina. La afección de la autoestima y la calidad de vida de los pacientes repercute de manera directa en su salud mental. Esto se presenta en igual o incluso en mayor magnitud en las poblaciones rurales periféricas, y se ve condicionado por la falta de acceso a un sistema de salud que disponga de especialistas capacitados para realizar un tratamiento específico, lo cual resulta en gran vulnerabilidad de dicho grupo social. Es necesario buscar soluciones prácticas a este problema y realizar un abordaje integral de esta patología para brindar una adecuada atención a los adolescentes afectados, ya que un tratamiento temprano disminuiría de manera significativa las secuelas en ellos.

1008

Candidiasis Granulomatosa Crónica y Rosácea asociada a paciente con inmunodeficiencia innata y ganancia de función de STAT. Reporte de caso

Zyanya Lorely Montes Flores[1], Valeria Lyzzete Díaz Molina[1], Sagrario Hierro ORozco[1]
[1]*Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México*

La candidiasis granulomatosa crónica es común en pacientes con inmunodeficiencia innata o adquirida. Las mutaciones el transductor y activador de la proteína de transcripción (STAT1) es la causa genética más frecuente asociada a esta patología.1
La mutación de STAT1, genera una activación de citocinas: interferón α/β/γ, interleucina (IL)-27, y 6 y 21 dependientes de STAT3. La alteración de estas señalización ocasiona una ganancia de función, alterando los linfocitos T Reguladores (TH17), con menor producción de IL-17 y 22, necesarias para la defensa en contra de infecciones asociadas a Cándida .2
Femenino de 42 años con los siguientes antecedentes de importancia: hipotiroidismo subclínico (2017) en sustitución hormonal, trastorno depresivo menor (2018) en tratamiento con mitarzapina y escitalopram, fibromialgia (2018) manejado con pregabalina. Inmunodeficiencia primaria de IgM con deficiencia selectiva de subclases IgG, (2011)tratada con Inmunoglobulina IV mensual. Se realizó mapeo genético encontrando mutación con ganancia de función de STAT 1.
Inicia su padecimiento por presentar dermatosis localizada a cara de la cual afecta frente, región malar, submandibular, mentón y nariz; caracterizada por múltiples pápulas eritematoviólaceas de 0.5 mm que alternan con pústulas, comedones abiertos y cerrados, maculas hiperpigmentadas eritema difuso, telangiectasias y rinofima de evolución crónica desde el 2017 y asintomática.
Estomatitis en dorso de lengua caracterizada por erosiones, eritema y atrofia de papilas linguales de evolución crónica desde 2011 con presencia de disgeusia y ardor.
Cuenta con los siguientes estudios paraclínicos: Leu 5.95 miles/ mmm3 . INMUNOGLOBULINA G 1646 (+), INMUNOGLOBULINA A 353.3. INMUNOGLOBULINA M 83.7. Subpoblaciones de linfocitos: CD3, Cd8, Cd4, Relación Cd4-Cd8, Complemento C3 y C4 con valores normales. Se realizó biopsia de piel de región malar con diagnóstico de granuloma facial, en lengua y mucosa de Carrillo se reporto únicamente tejido de granulación con múltiples colonias bacterianas, y se realizó prueba con cinta de Scotch para valoración de demodex la cual resulto negativa, posterior a tratamiento de Ivermectina tópica.
Actualmente en tratamiento con Inmunoglobulina IgG mensual Ivermectina 1% topica, fotoprotección, enjuagues orales con nistatina. Con control parcial de las dermatosis.
Se reporta caso de paciente con inmunodeficiencia innata dónde se identifica ganancia de función de STAT 1 con hallazgos clínicos de candidiasis granulomatosa crónica y rosácea. La asociación de rosácea a esta mutación es una manifestación emergente, de fisiopatología desconocida se piensa que facilita la proliferación de Demodex Folicorum Este caso ilustra la importancia de la amplia expresión fenotípica que presentan estos pacientes y la probable necesidad de prolongar el tratamiento para su control.

1-Martinot M, Korganow AS, Wald M, Second J, Birckel E, Mahe´ A, Souply L, Mohseni-Zadeh M, Droy L, Tarabeux J, Okada S, Migaud M, Puel A and Guffroy A (2021) Case Report: Case Report: A New Gain-of-Function Mutation of STAT1 Identified in a Patient With Chronic Mucocutaneous Candidiasis and Rosacea-Like Demodicosis: An Emerging Association. Front. Immunol. 12:760019. doi: 10.3389/fimmu.2021.760019

2- Molho-Pessach V, Meltser A, Kamshov A, Ramot Y, Zlotogorski A. STAT1 gain-of-function and chronic demodicosis. Pediatr Dermatol. 2019;00:1–3. https://doi.org/10.1111/pde.14011

1015

Eritema facial asociado a dupilumab tratado con éxito con ivermectina oral

Javier Gil Lianes[1], Daniel Morgado-Carrasco[1]
[1]*Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España*

Introducción
El dupilumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe IL-4 e IL-13, ha revolucionado el tratamiento de la dermatitis atópica (DA). El eritema facial asociado a dupilumab (EFD) se ha descrito en el 10% de los pacientes y puede llevar a la interrupción del tratamiento. La etiología aún no está clara y el tratamiento puede representar un desafío. Aquí presentamos un paciente con DFE tratado con éxito con ivermectina oral.

Caso clínico
Una mujer de 20 años con antecedentes de DA grave, refractaria a la terapia tópica y ciclosporina, comenzó con dupilumab. Después de 6 semanas de tratamiento, se observó una resolución casi completa de las lesiones de DA. Sin embargo, manifestó prurito y eritema facial que no había presentado previamente. Al examen físico se aprecian placas eritematosas descamativas mal definidas en frente y mejillas. La dermatoscopia mostró pequeñas pústulas. Se realizó diagnóstico clínico de EFD. No se realizaron pruebas epicutáneas. No se observó respuesta a corticoterapia tópica ni a tacrolimus, ni tampoco a itraconazol oral ni ketoconazol tópico. Dado que en la dermatoscopia se observaron pequeñas pústulas, se sospechó la presencia de rosácea asociada a dupilumab. Para evitar efectos adversos locales, se pautó una dosis única de ivermectina oral de 200 mcg/kg. La paciente presentó una respuesta completa a las 3 semanas, que se ha mantenido tras 14 meses.

Discusión
La dermatitis de cara y cuello en la DA es un reto diagnóstico con un amplio diagnóstico diferencial en el que dupilumab añade un nuevo grado de complejidad. En una revisión sistemática reciente de 101 pacientes con EFD, el 45 % presentaron síntomas cutáneos diferentes a los preexistente. Se han propuesto diversas etiologías para EFD: brote de DA, dermatitis alérgica de contacto (DCA), rosácea, abstinencia post-corticoides tópicos (ACT), hipersensibilidad a M. furfur y rubor facial por alcohol. En un estudio retrospectivo de 94 pacientes con dupilumab, el 6 % presentó foliculitis rosácea-like, con aumento de Demodex en microscopía confocal.
Aunque la patogenia de EFD sigue sin conocerse. En la rosácea, especialmente si papulopustulosa, los dos factores principales son la inducción de la proliferación de Demodex por bloqueo Th2 y la respuesta inflamatoria Th17.
Como proponen Jaros et.al., el manejo de EFD debería comenzar con un diagnóstico diferencial preciso dado que las diferentes etiologías responden a abordajes diferentes. Los corticoides tópicos y los inhibidores de la calcineurina son los más utilizados con bajas tasas de respuesta. Por ello, la mayoría de los fracasos terapéuticos podrían explicarse por considerarse la EFD erróneamente como una entidad única.
La evidencia sobre el tratamiento de la dermatitis rosácea-like sigue siendo escasa. Se han reportado respuestas parciales o completas a agentes acaricidas (metronidazol, ivermectina tópica o doxiciclina). No hay reports de tratamiento exitoso con ivermectina oral.
En pacientes en tratamiento con dupilumab que presenten eritema facial, se debe considerar EFD. Más que una entidad única, la EFD debe considerarse como un compendio de diagnósticos diferenciales. Si se sospecha una dermatitis similar a la rosácea, la ivermectina oral podría representar una buena alternativa y bien tolerada.

1099

Comorbilidades dermatológicas en una población colombiana de pacientes con rosácea

David Alfredo Castillo-Molina[1], Sara Muñoz-Ordoñez[1], Jesus Daniel Fierro-Lozada[1], Jorge Andres Ríos-Duarte[1], Tatiana Solórzano-Rojas[1], Jennipher A. Blanco-Gomez[1], Natalia Muñoz-Angulo[1], Pablo R. Cañas-Rojas[1]
[1]Funinderma, Bogotá, Colombia

Introducción
La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica que se asocia a múltiples comorbilidades, cuya fisiopatología y etiología no están totalmente dilucidadas. Sin embargo se han propuesto que anormalidades vasculares, patología gastrointestinal, daño de la matriz dérmica o de la unidad pilosebácea, agentes infecciosos, químicos y alimentos, están involucrados en su aparición (1). Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de comorbilidades dermatológicas en pacientes con rosácea, de esta forma, a futuro, plantear posibles relaciones en la etiopatogenia de estas entidades que optimicen el tratamiento individualizado.

Materiales y métodos
Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal entre 2016 y 2021 en un centro dermatológico de Bogotá, Colombia. La información se recolectó de las historias clínicas de 1015 pacientes diagnosticados con rosácea, y se obtuvo información respecto al sexo, la edad y a la presencia de otras comorbilidades dermatológicas presentes al momento de la consulta. Se analizaron frecuencias absolutas y relativas. Los datos fueron analizados a través del procedimiento PROC FREQ en SAS 9.4 OnDemand for Academics.

Resultados
De 1015 pacientes, 80,10% (n=813) fueron mujeres. La edad media fue de 48.63 (DE 17.56). De acuerdo a nuestro análisis de resultados, se evidenció que más de un tercio de los pacientes diagnosticados con rosácea presentaban al menos una comorbilidad dermatológica (38.13%). Se encontró que la comorbilidad más frecuente fue dermatitis seborréica en 155 pacientes entrevistados (15,27%). Otras condiciones asociadas fueron acné con 92 pacientes (9,06%), 59 con dermatitis atópica (5,81%) y 52 con carcinoma basocelular (5,12%). Adicionalmente, otras enfermedades asociadas en orden de frecuencia fueron alopecia, dermatitis de contacto, melasma, psoriasis, urticaria, liquen plano, carcinoma escamocelular, vitiligo y melanoma, las cuales corresponden al 14,97% (n=152).

Conclusiones
Se evidenció una posible asociación de la rosácea con diferentes comorbilidades de predominio inflamatorio como el acné y la dermatitis seborréica. Esto podría explicarse desde los mediadores inflamatorios que tienen en común dichas patologías, sin embargo, es pertinente la realización de más estudios analíticos donde se pueda clarificar la asociación entre la rosácea y otras enfermedades inflamatorias de la piel. Adicionalmente, se encontró con frecuencia en pacientes con carcinoma basocelular, que podría estar vinculado con el proceso inflamatorio crónico presente en la piel de las personas con rosácea, sin embargo, hacen falta más estudios para poder determinar dicha relación. Es importante evaluar si el control de estas patologías inflamatorias sistémicas y cutáneas mejora los síntomas de la rosácea y, además, crear estrategias de manejo de los factores de riesgo modificables y ambientales, junto con estilos de vida que contribuyan al mejoramiento de esta patología.

1116

Utilización segura de un dermocosmético en asociación de una combinación de adapaleno 0,1%/peróxido de benzoilo 5% en pacientes con acné leve o moderado

Brigitte Dréno[1], Amir Khammari[1], Karine Duhamelle[2], Catherine Delva[3], Delphine Kerob[4]
[1]Departamento de Onco-dermatología, CHU de Nantes, Nantes, Francia, [2]Intertek, París, Francia, [3]Sylia-Stat Lancrenon, Bourg-La-Reine, Francia, [4]L'Oréal Cosmética Activa Internacional, Levallois-Perret, Francia

Introducción:
Los tratamientos tópicos del acné, especialmente los basados en retinoides, pueden causar dermatitis, incluyendo eritema y/o sequedad.
Este estudio evaluó la eficacia y seguridad de la asociación de un dermocosmético con ingredientes activos (NP) y una combinación de adapaleno 0.1% y peróxido de benzoilo 5% (A-BPO) en pacientes con acné.

Materiales y métodos
Estudio multicéntrico, randomizado, doble ciego en pacientes con acné leve a moderado (escala GEA de II a III) con al menos 12 lesiones inflamatorias. Se aplicó a cada grupo de tratamiento A-BPO y NP o un emoliente estándar durante 12 semanas de forma diaria. La eficacia se evaluó mediante el contaje de lesiones inflamatorias y no inflamatorias, valoración según escala GEA, hidratación de la piel, sebometría, tolerancia local (signos, síntomas y efectos adversos) y satisfacción del paciente.

Resultados
Se reclutaron 200 pacientes. 77.2% mujeres, edad media de 22.1±4.1años. Número medio de lesiones inflamatorias de 17.7 en el grupo NP+A-BPO y 17.1 en el grupo E+A-BPO. En cuanto a las lesiones no inflamatorias, media de lesiones 25.6 en el grupo NP+A-BPO y 25.4 en el grupo E+A-BPO; el 51.1% y el 55.7% presentaron, según la escala GEA, un grado II; el resto presentaron un grado III según dicha escala. Después de 12 semanas, reducción de lesiones inflamatorias en un 71.9±23.3% (NP+A-BPO) y 68.0±25.0% (E+A-BPO), y las no inflamatorias en un 36.3±45.8% (NP+A-BPO) y 31.5±61.2% (E+A-BPO). La tolerancia a los productos fue buena, sin diferencias entre los dos grupos, y sin efectos adversos asociados. Únicamente la combinación NP+A-BPO mejoró significativamente ($p<0.001$) la hidratación y la producción de sebo. Los pacientes mostraron preferencia por la combinación NP+A-BPO debido a su calidad en la limpieza, confort y textura (todas $p<0.0001$).

Conclusiones
El dermocosmético testado NP puede emplearse de forma segura en asociación con A-BPO, ayudando a proporcionar protección y reparación de la barrera de la piel, así como un efecto regulador de sebo.

Palabras clave: acné, adapaleno/peróxido de benzoilo, phytosolution, GEA

1120

Estudio en mitad del rostro que evalúa el beneficio clínico, la tolerabilidad y el grado de satisfacción de un dermocosmético compuesto por agua mineralizante, probióticos, ácido hialurónico, niacinamida y tocoferol en sujetos con rosácea asociada a eritema y piel sensible

Stéphanie Leclerc-Mercier[1], Delphine Kerob[1], Enzo Berardesca[2], Adriana Bonfigli[3], Claudia Cartigliani[3], Jerry Tan[4]
[1]L'Oréal Cosmética Activa, Levallois-Perret, France, [2]Phillip Frost Dept de Dermatología, Universidad de Miami, Miami, EE. UU., [3]ISPE, Milán, Italia, [4]Western University, Departmento de Medicina y Windsor Clinical Research Inc, Windsor, Canadá

Introducción
Los factores del Exposoma, como los medioambientales (ej. contaminación, humo de tabaco) y/o los internos (ej. falta de sueño, estrés psicosocial) pueden alterar la barrera cutánea y sus funciones defensivas. La rosácea es una dermatosis crónica inflamatoria facial común, con brotes inducidos por los factores del Exposoma. Eritema persistente, rubor, pápulas y pústulas son características primarias de esta patología. Algunos de los síntomas no visibles de piel sensible (tirantez, picor, quemazón, dolor y prurito) se han descrito como características secundarias de la rosácea en la reciente publicación de la caracterización fenotípica. M89PF, compuesto por agua mineralizante, fracciones probióticas, ácido hialurónico, niacinamida y tocoferol se ha desarrollado para reparar la barrera cutánea y reforzar sus defensas frente al Exposoma, que puede ser particularmente problemático en pacientes con rosácea asociada a eritema y piel sensible, agravada por el uso continuado de mascarillas. Este estudio evaluó la eficacia y tolerabilidad de M89PF en pacientes con rosácea asociada a eritema y piel sensible en el contexto de la pandemia COVID-19 y el uso de mascarillas.

Materiales y métodos
Estudio intraindividuo, ciego, diseño mitad de rostro. Se compara efecto de M89PF vs producto de cuidado facial convencional, dos/día durante 30 días en 20 adultos (20-60 años, fototipos I-III) con rosácea asociada a eritema y menos de 3 pápulas o pústulas y piel sensible (stinging test positivo con ácido láctico 15%). Evaluación de eritema, descamación, tirantez, sequedad, sensación de quemazón, picor y escozor, así como tolerabilidad local a D15 y D30. Evaluación instrumental mediante cromametría (eritema), corneometría (hidratación cutánea) y de la pérdida de agua transepidérmica (TEWL con Tewameter). Se realizaron fotografías clínicas bilaterales en todas las etapas. Satisfacción de los sujetos evaluada en D15 y D30. Densidad de Demodex evaluada en D30 utilizando el método SSSB.

Resultados
Los sujetos llevaron mascarilla durante una media de 4.4 horas al día (1-8 horas). La evaluación de eritema (cromametría) mostró diferencia significativa con M89PF en ambos momentos ($p<0.01$ D15, y $p<0.001$ D30). La sensibilidad de la piel (stinging test) mejoró significativamente ($p<0.01$) con M89PF en D30 respecto al inicio del estudio y en comparación con el cuidado convencional. La hidratación de la piel y TEWL mejoraron en D15 ($p\leq0.05$) y D30 ($p\leq0.01$) respecto al inicio del estudio con M89PF, y fueron mejores en el lado tratado con M89PF, al igual que el eritema, la tensión y la sequedad (todas $p\leq0.05$). En D30, se observó una reducción significativa ($p<0.01$) de la densidad media de Demodex en el lado tratado con M89PF. Los sujetos se mostraron muy satisfechos con M89PF en D15 y D30. Tolerancia muy buena en todos los sujetos.

Conclusión
M89PF reduce significativamente el eritema, la tensión y sequedad de la piel en tan solo 15 días, así como la sensibilidad de la piel tras 30 días de uso dos veces al día en sujetos con rosácea, incluso con uso de mascarillas. Aumenta la hidratación, reduce TEWL y la densidad de Demodex. M89PF fue bien tolerado y obtuvo elevadas puntuaciones de satisfacción por parte de los usuarios.

1126

Láser de CO_2 en rinofima: serie de 9 casos

Diego de la Vega Ruiz[1], Joseph Simon Griffiths Acha[1], Elena Naz Villalba[1], José Gregorio Álvarez Fernández[1], Claudia Sarró Fuente[1], Giulia Greta Dradi[1], Marta Menéndez Sánchez[1], Reyes Gamo Villegas[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]*Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España*

Introducción
El rinofima es la forma más severa de rosácea caracterizada por una deformidad a nivel nasal debido a la hiperplasia de las glándulas sebáceas y de la dermis papilar. La consecuencia directa es un evidente defecto estético, y si la proliferación es muy llamativa, puede llegar a obstruir la vía aérea nasal. Para su tratamiento, se precisan técnicas capaces de eliminar el tejido sobrante con el mínimo número de complicaciones secundarias. El láser ablativo de dióxido de carbono (CO_2), usado por primera vez en esta patología en 1980 por Shapshay y colaboradores, es considerada una alternativa terapéutica muy eficaz.

Serie de casos
Presentamos una serie de 9 casos de pacientes diagnosticados de rinofima moderado – severo, tratados con láser de CO_2 con resultados satisfactorios. La totalidad de los pacientes eran varones con una edad comprendida entre los 56 y 79 años. Entre los tratamientos previos para el control de la fase inflamatoria de la rosácea, 2 de ellos recibieron isotretinoína oral con buena respuesta y 1 de ellos sulfona vía oral y varias sesiones de terapia fotodinámica con regular respuesta. Ninguno había realizado terapias ablativas tradicionales quirúrgicas. Todos los pacientes recibieron una única sesión de laserterapia CO_2, a excepción de 1 paciente que requirió tres sesiones. No se evidenciaron recurrencias en el seguimiento a 6 meses.

Conclusiones
Nuestra serie de casos se asemeja a la literatura descrita, considerando el láser de CO_2 como un tratamiento seguro, eficaz y con baja tasa de recurrencias para el rinofima moderado-severo. En comparación, las técnicas ablativas tradicionales (escisión tradicional con bisturí frío, electrocirugía…) presentan mayor tasa de efectos secundarios: tiempos de curación elevados, costras hemáticas, dolor postoperatorio, riesgo de formación de cicatrices o estenosis de la fosa nasal. Por consiguiente, los resultados obtenidos nos animan a realizar nuevos estudios dónde valorar qué tamaño del spot, modo o ajustes de energía a emplear para obtener resultados aún más satisfactorios.

02. Biología molecular

851

MicroRNA126 y microRNA146a como marcadores serológicos de actividad de vitíligo

Yuriria Asbel Gálvez Juárez[1], Juan Pablo Castanedo Cázares[1], María Bertha Torres Álvarez[1], Diana Vianey Hernández Blanco[1], Juan Diego Cortés García[1]
[1]*Hospital Central "Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí, México*

• Introducción. El vitíligo es una enfermedad crónica e inflamatoria que afecta cerca del 2% de la población en el mundo y repercute de forma importante en la calidad de vida del paciente. La vía más aceptada para explicar su fisiopatogenia es la del estrés oxidativo que desencadena autoinmunidad al exponer las proteínas relacionadas con la melanogénesis. Los melanocitos en los pacientes con vitíligo son más susceptibles a los radicales libres de oxígeno, debido a polimorfismos en genes relacionados con mecanismos antioxidantes, condicionando desequilibrio en el potencial óxido-reducción de las células implicadas en la melanogénesis. Luego de la apoptosis del melanocito, se liberan proteínas como Melan-A, MART1 y glucoproteína 100 modificadas por el estrés oxidativo al que fueron sometidos. Así mismo se liberan microRNAs, que son un subtipo de RNA no codificante cuya función principal es modificar el fenotipo de las células que los internalizan mediante la inhibición de genes. Uno de los signos de actividad de la enfermedad es el fenómeno de Koebner, sin embargo, no siempre existe despigmentación en el sitio directo de trauma, sino a zonas a distancia; por ello, se tiene la hipótesis que la despigmentación es secundaria a la liberación de moléculas relacionadas con inflamación y microRNAs que causan la presencia de manchas acrómicas nuevas en sitios a distancia.
Se determinaron los niveles de 2 microRNA para establecer su relación con la actividad de la enfermedad, microRNA 126 el cual se eleva por activación endotelial y microRNA146a que se eleva como respuesta a inflamación.

• Material y métodos: Se reclutaron 10 pacientes con vitíligo activo que recibieron tratamiento con dexametasona 4 mg tabletas durante 2 días consecutivos a la semana por 2 meses, a los cuales se les tomó una muestra de 5 mililitros para obtención de suero antes y después del tratamiento para determinar los niveles de microRNA en suero por RT-qPCR. Se realizó el mismo proceso para el grupo control de sujetos sanos.

• Resultados: Los niveles de microRNA 146a se encuentran elevados en pacientes con actividad de vitíligo comparados con los controles sanos. Los niveles de microRNA 126 se encontraron disminuidos en pacientes con vitíligo activo comparados con el grupo de control sano. El tratamiento con minipulsos de dexametasona aumenta la expresión en suero de miRNA-126. Los niveles de microRNA146a, disminuyen con el tratamiento sistémico.

• Conclusiones. Los niveles de microRNA126 son inversamente proporcionales a la actividad de la enfermedad, los niveles de microRNA 146a se relacionan de forma directamente proporcional a la actividad del vitíligo. Su posible modificación puede ser un blanco de nuevas terapéuticas para favorecer la disminución de la actividad de la enfermedad y la repigmentación de la piel afectada

1048

Optimización de limpiadores de manos comunes para la protección frente a la propagación viral y dermatosis ocupacionales

Natalie Winder[1], Michael Cork[2], Kylie Stark[1], Simon Danby[2], Munitta Muthana[1]
[1]Dept. de Oncología y Metabolismo, The University of Sheffield Medical School, Sheffield, United Kingdom, [2]Dept. de Infección, Immunidad y Enfermedad Cardiovascular, The University of Sheffield Medical School, Sheffield, United Kingdom

Introducción: El lavado de manos con jabón y agua tibia durante 20 segundos es una medida fundamental adoptada a nivel mundial para ayudar a controlar la propagación de virus infecciosos, incluyendo SARS-CoV-2. El aumento en la incidencia y severidad de la dermatitis irritativa de contacto (DIC) es una compliación potencialmente evitable causada por el lavado de manos frecuente. La DIC afecta a más de 1 de cada 5 profesionales sanitarios, que típicamente gestionan su condición sustituyendo el jabón por un limpiador emoliente para su higiene de manos. De forma crítica, no está claro si los limpiadores emolientes tienen el mismo nivel de actividad de eliminación de virus que el jabón, ni si su actividad es diferente para virus envueltos y no envueltos. El objetivo de este estudio es evaluar la actividad de eliminación viral de una serie de limpiadores emolientes frente a una serie de virus envueltos y no envueltos, incluyendo Adenovirus (Ad), Coronavirus y virus Herpes Simplex (HSV).

Materiales y Métodos: De acuerdo con los estándares europeos actuales para el testeo de eficacia antiviral, se hizo interaccionar una serie de limpiadores, desde jabones tradicionales a emolientes moderados, con virus en diferentes condiciones (“limpias” y “sucias”) para simular las condiciones de higiene de manos, para duraciones concretas (20, 40 y 60 segundos). La viabilidad viral se determinó mediante ensayo de placas (criterio de referencia para cuantificación viral) o ensayos TCDI50. También se usó microscopía electrónica de transmisión para examinar alteraciones en la arquitectura viral tras la interacción con los jabones y emolientes.

Resultados: El jabón tradicional (jabón natural de ácidos grasos), jabones sintéticos y limpiadores emolientes (como cremas y espumas que contienen ceramidas, limpiadores espumosos, champús y geles) exhibieron actividad antiviral, mostrando una reducción significativa ($p<0.05$) en la viabilidad de virus envueltos (como HSV). Sin embargo, la actividad viral de jabones tradicionales se redujo drásticamente en combinación con agua dura. Además, los virus no envueltos (como Ad) fueron menos susceptibles tanto a jabones sintéticos como emolientes. Los jabones de Castilla (tradicionales) fueros los únicos agentes efectivos a altas concentraciones.

Discusión: Prácticamente todos los emolientes fueron tan eficaces como los jabones de manos en la eliminación de virus envueltos en las concentraciones utilizadas para el lavado de manos, sugiriendo que son una alternativa aceptable al jabón para controlar la propagación de virus envueltos, como SARS-CoV-2, y proteger frente a la DIC. Los virus no envueltos mostraron resistencia a la mayoría de los productos de higiene de manos testados, excepto al jabón de Castilla. Sin embargo, solamente la eficacia del jabón de Castilla se vio sustancialmente reducida cuando se mezcló con agua dura, y en combinación con virus envueltos. Esto sugiere que el lavado de manos por sí solo puede no ser suficiente para el control de la propagación de virus no envueltos.

03. Cabellos y uñas

3

Onicomicosis producidas por hongos filamentosos no dermatofitos y sus características en la Clínica Carlos Durán Segundo Nivel Costa Rica, del 18 de abril al 18 de diciembre del 2018

Mónica Banard[1]
[1]Banard Derma Center, Heredia, Costa Rica, [2]Caja Costarricense Seguro Social, San José, Costa Rica

Las onicomicosis corresponden a un 50 % de las afecciones ungueales. Se ha observado un incremento en las onicomicosis por hongos filamentosos no dermatofitos que anteriormente eran considerados únicamente como contaminantes como lo son especies de Fusarium sp, Acremonium sp, Aspergillus sp, penicillium sp, scytalidium sp, que de acuerdo a reportes de literatura mundiales su frecuencia va desde 1.5 hasta un 22%, lo cual nos obliga a estudiar a éstas especies con detenimiento.

Objetivos:
1.Determinar las características clínicas de las onicomicosis producidas por hongos filamentosos no dermatofitos de acuerdo a la escala de severidad de onicomicosis.
2.Establecer el tipo clínico más frecuente de las onicomicosis producidas por hongos filamentosos no dermatofitos.
3.Caracterizar epidemiológicamente la población afectada con onicomicosis producidas por hongos filamentosos no dermatofitos.
Se realizaron un total de 219 análisis de muestras de uñas de manos y pies con clínica de onicomicosis, se les realizó frotis con koh 40% y cultivo en medio dextrosado de Sabouraud y también en Micosel.
La prevalencia de onicomicosis por hongos filamentosos no dermatofitos fue de 5.3%, el 80% correspondieron a fusarium sp.
Clínicamente los tipos más frecuentes encontrados fueron la onicomicosis distrófica total y la subungueal distal y lateral.
La aplicación del índice de severidad de las onicomicosis (OSI), debería ser una rutina en la práctica clínica. El 71% de los pacientes con onicomicosis causadas por hongos filamentosos no dermatofitos obtuvieron un puntaje mayor a 16, en promedio 23 puntos, lo que indica que son onicomicosis severas y que y de difícil manejo.
Las onicomicosis, continúan siendo un reto para los dermatólogos ya que aún es un campo que debe investigarse y estudiarse mucho más.
Sedebe tener en cuenta que los hongos filamentosos no dermatofitos pueden ser los agentes causales o pueden coexistir con otros agentes etiológicos.

488

Estudio transversal de factores pronósticos de alopecia frontal fibrosante en un Hospital de tercer nivel

Laura Linares González[1], Teresa Ródenas Herranz[1], Jorge Juan Vega Castillo[1], Francisco José Navarro Triviño[1], Ricardo Ruiz Villaverde[1]
[1]*Servicio de Dermatología. HU San Cecilio, Granada, España*

Introducción
La alopecia frontal fibrosante (AFF) es un tipo de alopecia cicatricial de evolución impredecible y curso crónico, caracterizada clínicamente por el retroceso en la línea de implantación frontotemporal. Típicamente afecta a mujeres postmenopáusicas. En la última década se ha producido un importante aumento de su incidencia. Son muchos los factores que se han relacionado con esta patología, desde la susceptibilidad genética y la influencia hormonal hasta ciertos factores ambientales, sin poder establecerse a día de hoy una etiopatogenia clara. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de un grupo de pacientes atendidas en nuestra Unidad, y evaluar los factores pronósticos previamente publicados en otras series nacionales e internacionales.

Material y métodos
En nuestro trabajo incluimos un total de 24 mujeres con diagnóstico clínico e histológico de AFF, de las que recogimos datos epidemiológicos (sexo y edad), uso de fotoprotector y cremas antiedad diariamente, antecedentes personales de rosácea, liquen plano pilar, hipotiroidismo, hábito tabáquico, toma de raloxifeno o terapia hormonal sustitutiva, histerectomía, antecedentes familiares de AFF y características clínicas propias de la patología (tiempo de evolución, presencia de tricodinia, pápulas faciales, afectación temporal, occipital, ciliar o corporal y patrón de afectación de AFF). La gravedad se cuantificó mediante la medida del retroceso de la línea de implantación en 5 grados: I (<1 cm); II (1–2.99 cm); III (3–4.99 cm); IV (5–6.99 cm); V (≥7 cm) y la puntuación según el Frontal Fibrosing Alopecia Severity Score (FFASS).

Resultados
La edad media de nuestras pacientes fue de 64,5 años, similar a la descrita en otras series previas, y la media de tiempo de evolución de la enfermedad fue 6,58 años. Encontramos antecedentes familiares de la enfermedad, descritos por la propia paciente, en 6 mujeres (25% de los casos). Un total de 23 pacientes (96%) fueron no fumadoras, lo que parece ir de acuerdo con la preponderancia significativa de pacientes no fumadores en AFF, descrita anteriormente por otros autores, si bien es un porcentaje similar al porcentaje de mujeres españolas no fumadoras en ese rango de edad (93,26%). Además, encontramos una prevalencia de hipotiroidismo (33%) significativamente mayor en comparación con la prevalencia de hipotiroidismo en España para mujeres mayores de 45 años (4,2%). Clínicamente, 11 mujeres (46%) admitieron sufrir tricodinia, 4 (16%) presentaban a la exploración pápulas faciales y hasta 21 (87%) sufrían pérdida de cejas. La afectación temporal fue mayoritaria (92%), siendo infrecuente la afectación occipital (4,2%) y corporal (21%). La mayoría de las pacientes presentaron AFF media (grados I y II) y la puntuación media obtenida en FFASS fue de 9,4.

Discusión
Las pacientes con AFF grave (grados III-V) presentaron un mayor tiempo de evolución de la enfermedad (8,33 años), pérdida de cejas en la totalidad de los casos y afectación corporal en un 56%. Todos estos factores se han relacionado previamente con el peor pronóstico en la AFF y pueden ser útiles para predecir el transcurso de la patología desde la evaluación clínica inicial, permitiéndonos seleccionar aquellas pacientes que, con mayor probabilidad, requerirán tratamiento sistémico.

595

Colocalización de Vitíligo y Alopecia Frontal Fibrosante: Reporte de un caso y análisis de su fisiopatología

Laura Trujillo Gaviria[1], Daniela Gómez Osorio[1], Juan David Ruiz Restrepo[1], Oscar Jairo Valencia Ocampo[1,2]
[1]Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, [2]IPS Universitaria, Medellín, Colombia

Introducción:
El vitiligo es el trastorno despigmentante más frecuente, afecta entre 0.5% al 1% de la población mundial. La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial, que predomina en las mujeres posmenopáusicas y su diagnóstico ha aumentado en la última década. Los mecanismos fisiopatológicos del vitiligo han sido ampliamente descritos, como factores genéticos, autoinmunidad, estrés oxidativo, y neurotoxicidad, entre otros. Para la AFF se consideran también los factores genéticos, la activación del sistema inmune innato y factores hormonales. La colocalización de vitiligo y AFF es poco frecuente, el entendimiento de la fisiopatología en común puede brindar nuevas claves para el tratamiento de la AFF, la cual hasta la fecha, se considera progresiva y recalcitrante.

Caso clínico:
Paciente femenina de 60 años, con antecedente familiar de LES en una hermana, e historia de 2 años de lesiones despigmentadas en frente, cejas y región anterior del tórax. Además, con un año de caída asintomática del pelo. Al examen físico con máculas acrómicas que seguían la línea de implantación del pelo, las cejas y la región anterior del tronco. Presentaba retroceso de la línea frontal y temporal de implantación del pelo, con alopecia y cambios cicatriciales, además algunas pápulas eritematosas con descamación peri folicular. A la visualización con lámpara de Wood se encontró fluorescencia en las lesiones. En la dermatoscopia se evidenció eritema y descamación perifolicular, con algunos pelos solitarios en la región frontal. Se tomaron 2 biopsias de piel que evidenciaron daño de la capa basal de los folículos, con abundantes queratinocitos necróticos, fibrosis lamelar en el corion cutáneo e infiltrado inflamatorio mononuclear. Coloración especial de Fontana Masson y coloraciones de inmunohistoquímica para S100 y MelanA, fueron negativas para la presencia de melanocitos.

Conclusiones:
Se han reportado 7 casos en la literatura de coexistencia en los mismos sitios anatómicos entre alopecia frontal fibrosante y vitiligo. En este artículo reportamos un caso de colocalización entre estas 2 patologías. Se han considerado algunas hipótesis acerca del mecanismo fisiopatológico que explique este fenómeno, como la actividad de los linfocitos citotóxicos CD8 (común en ambas patologías), el fenómeno de Koebner que pueda dar inicio al desarrollo de AFF en sitios con afectación previa por vitiligo y el daño actínico ocasionado por la radiación solar en zonas de piel acrómica.
Se ha encontrado algún componente familiar en el diagnóstico de AFF y vitíligo, con mayor incidencia en miembros de una misma familia. Se han descrito algunos HLA de riesgo que en ambas patologías están relacionados con daño citotóxico autoinmune.
La paciente presentaba uso constante de tintes para el cabello, lo cual pudo haber sido uno de los desencadenantes de ambas patologías. El fenol es un componente frecuente en productos despigmentantes, genera una respuesta inflamatoria con posterior autoinmunidad y destrucción de los melanocitos. El contacto con estos químicos puede llevar a la exposición de autoantígenos foliculares, que pueden ser detectados y atacados por el sistema inmune celular. Éste estímulo prolongado puede explicar la posterior destrucción de los folículos pilosos en la AFF.

621

Onicomatricoma pigmentado: uma rara e exuberante apresentação

Aniela Maria Rodrigues[1], Henrique José Cavellani de Magalhães[1], Bruno Carvalho Fantini[1], Cacilda Silva Souza[1]
[1]*Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil*

Introdução: O onicomatricoma é um tumor benigno e raro da matriz ungueal. A variante pigmentada ocorre por estímulo de melanócitos da matriz ungueal, pode se apresentar como melanoníquia longitudinal, além das características clássicas do onicomatricoma. Este trabalho tem o objetivo de descrever a rara e exuberante apresentação do onicomatricoma pigmentado.

Caso clínico: Mulher, 53 anos, negra, lesão subungueal em 4º pododáctilo direito há 2 anos. A radiografia não mostrou acometimento ósseo, e a exérese foi realizada com a hipótese de onicomatricoma, confirmada por histopatologia.

Conclusões: O onicomatricoma pigmentado é uma variante dos onicomatricomas. É um tumor raro, que acomete a matriz ungueal. Além das características clássicas (faixa longitudinal amarela, hemorragia em estilhaço, hipercurvatura longitudinal e projeções digitiformes) pode se apresentar como melanoníquia longitudinal. A provável causa da pigmentação é ativação dos melanócitos da matriz.

625

Alopecia Frontal Fibrosante en mujeres mayores. Una patología silente subdiagnosticada

Luis Parada Iglesias[1], Marco Chahuan Miranda[1], Gabriel Aedo Inostroza[1], Robinson Guerrero Araya[2]
[1]*Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile,*
[2]*Clinica Robinson Guerrero, Santiago, Chile*

Introducción
La alopecia frontal fibrosante (AAF) es un tipo de alopecia cicatricial primaria linfocítica, siendo variante del liquen plano pilaris. Se origina por un desorden inmunomediado por linfocitos autorreactivos contra la unidad pilosebácea a nivel del infundíbulo e istmo (promontorio).
La AAF es de baja incidencia, más frecuente en sexo femenino y edad mayor. En la siguiente revisión se describirá una serie de 3 casos de pacientes de distintas morbilidades.

Desarrollo
Caso 1. Mujer 72 años, antecedentes de Cancer de mama hace 7 años, en remisión, tabaquismo, consulta por historia de 2 años de alopecia en zona frontal y madarosis, estudio examenes de laboratorio general normal, perfil inmunológico sin alteraciones, y biopsia compatible con AAF. Se decide manejo inicial con Loción capilar (LC) Recetario Magistral (RM): Finasteride 0.05% + Clobetasol 0.05% + Minoxidil 5% y finasteride oral.
Caso 2. Mujer 73 años, antecedentes de Tiroiditis de Hashimoto sin terapia de sustitución, osteoporosis, consulta por historia de alopecia en zona frontal y preauricular de 2 años de evolución progresiva. Estudio laboratorio general normal, ANA 1/160 y biopsia compatible con AAF. Manejo inicial con LC RM: Acido retinoico 0.01% + Clobetasol 0.05% + Capixil 2%, finasteride oral e IL con Hair Factor (Oligopeptido 3).
Caso 3. Mujer 86 años, antecedentes depresión en tratamiento y usuaria e THR, presenta historia de alopecia zona frontal 1 año de evolución. Dentro de su estudio destaca examenes laboratorio normal y biopsia compatible con AAF. Manejo inicial con LC RM: Capixil 5% Pilexil 3% y corticoide IL.

Conclusión
La AAF clinicamente se evidencia pérdida de cabello (pelo terminal y vello) en una distribución en banda que usualmente compromete la zona frontal del cuero cabelludo así como preauricular, occipital o parietal, puede existir pequeña cantidad de pelos a nivel de la banda de alopecia denominada signo de ''cabellos solitarios''. Se describe folículos eritematosos e hiperqueratóticos en áreas periféricas de alopecia similar a lo que ocurre en LPP además de tricodinia, prurito (30%) y madarosis, que puede preceder el compromiso del cuero cabelludo. La dermatoscopia muestra perdida de pelos con puntos rojos/violáceos en la zona folicular. A nivel facial se puede ver compromiso de vellos que se manifiesta como pápulas rojizas, además de eritema difuso debido al intenso infiltrado liquenoide folicular e interfolicular. Los diagnósticos diferenciales son; Alopecia Areata, Alopecia por tracción, Queratosis Folicular Espinulosa Decalvante, Alopecia Mucinosa.
No hay tratamiento alguno efectivo contra la enfermedad, sin embargo, el uso de corticoides IL es usado como primera opción con respuesta variable. Terapias sistémicas han tenido al menos resultados parciales donde se incluye hidroxicloroquina, finasteride/dutasteride, minoxidil y corticoide oral.

Discusión
Es importante considerar esta causa de alopecia en mujeres mayores y por lo general su diagnóstico es tardío considerando los meses de evolución, siendo “tiempo dorado” para generar alguna intervenciones y así evitar su progresión. Es necesario destacar asociación con otras morbilidades como tiroiditis crónica, deficit vitamina D, patología metabólica, inmunológica y también psiquiátrica, por lo que se exige manejo multidisciplinario para una mejor respuesta a la terapia dermatológica.

689

Caracterización de la zona donante para transplante capilar de acuerdo al fototipo de piel usando el software de análisis tricológico hairscope

Cristina Elizabeth Sanoja Valor[1], Annya Luzardo Fermín, Jorge Ariel Díaz Ramírez, Aaron Muñoz
[1]*Kaloni, Bogotá, Colombia*

Una opción terapéutica en la alopecia androgénica masculina y femenina, es el trasplante capilar, el cual transfiere unidades foliculares de la zona occipital para ser implantadas en áreas alopécicas. Por su parte, las características tricológicas en la zona donante es uno de los aspectos fundamentales en la evaluación médica al planificar procedimientos de microinjerto capilar y debido a variaciones individuales de los pacientes con alopecia androgénica (edad, raza y grado de alopecia) identificar parámetros idóneos en la zona donante puede ser confuso o subjetivo, en este sentido establecer parámetros claros, que permitan con mayor certeza proceder a planificar el microinjerto capilar, se convierte en un reto, y hasta el momento no se han publicado investigaciones que hagan referencia a este particular. Objetivos: Identificar el rango de valores de grosor del pelo, densidad capilar de acuerdo al fototipo de piel. Metodología: se diseñó un software que permitiera identificar las características de cada zona donante, se llevó a cabo la obtención de las microfotografías, mediante la tricoscopía digital (200X), y para su análisis se implementó un software de desarrollo propio “HairScope 1.0” en ambiente ImageJ 2.0 desarrollado en el National Institute of Health de los Estados Unidos bajo ambiente Windows. Resultados: Se analizaron inicialmente 54 fotografías tricoscopicas de zonas donantes con características clínicas idóneas para realizar microinjerto capilar, obteniéndose los siguientes resultados: grosor del pelo 66 a 98 micras (media 89.19), longitud 13 a 32 mm (media 26.4), densidad folicular 195 a 320 pelos por cm2, porcentaje de densidad folicular promedio 23,03%. Posteriormente la recolección de fotografías de tricoscopia, de 90 pacientes diferentes divididos en los siguientes parámetros: pacientes masculinos, edad promedio 36.5 años, Hamilton/Norwood III, se agruparon en tres grupos: fototipo según fitzpatrick I-II, III – IV y V-VI se obtuvieron los siguientes resultados: grosor del pelo promedio en fototipo I-II 88.32 micras, fototipo III-IV 88.38 micras y fototipo V – VI 94.97 micras, apreciándose poca diferencia entre el primer y segundo grupo, pero mayor grosor en fototipos oscuros. Longitud del pelo sin diferencias significativas entre los tres grupos, fototipo I-II 25.66 mm, fototipo III-IV 26.8 mm y fototipo V-VI 25.09 mm. Densidad capilar: Fototipo I – II 297.8 pelos/cm2, fototipo III-IV 313.04 pelos/cm2 y Fototipo V-VI 442,1 pelos /cm2, evidenciándose que menor densidad en fototipos claros en relación a fototipos oscuros. En relación al porcentaje de densidad capilar en fototipo I-II 21.3%, fototipo III-IV 24.06% y fototipo V-VI 23.83%. Discusión: existen variaciones de las características del pelo de acuerdo a la raza y por lo tanto al fototipo de piel. Se constata que los fototipos claros muestran menor grosor que los fototipos oscuros (variación de 10%). En relación a la densidad capilar, los datos obtenidos nos mostraron aumento progresivo desde los fototipos I-II a los fototipo V-VI, evidenciando por incremento de la densidad y del porcentaje de densidad capilar, estas variaciones según el fototipo se deben considerar para poder realizar una planificación operativa y un diseño adecuado del microinjerto capilar.

763

Cutis Verticis Gyrata. Serie de 5 casos

Julián Boix Vilanova[1], Cristina Gomez[2], Aniza Giacaman[1], Juan Escalas Taberner, Inés Gracia-Darder[1], Ana Llull[1], Ana Martin-Santiago[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Son Espases, Palma, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Son Espases, Palma, España

El cutis verticis gyrata (CVG) es una alteración del cuero cabelludo que se caracteriza por la formación, de forma congéntia o adquirida, de pliegues que recuerdan a las circunvoluciones de la corteza cerebral y que no se pueden reducir a la tracción o compresión.

Presentamos una serie de 5 casos de CVG: Dos varones de 27 años y 21 años que referían haber notado desde la adolescencia la aparición de pliegues y surcos con una disposición predominantemente anteroposterior y simétrica. Ninguno de ellos asociaba otra patología. El tercer caso, un varón de 14 años diagnosticado de síndrome de Sotos, presentaba pliegues más gruesos que los casos anteriores, aunque con una disposición similar. Además presentaba retraso psicomotor, convulsiones, nistagmus, dolicocefalia, manos y pies grandes, pies planos y uleritema ofriógenes. El cuarto paciente era un varón de 30 años con una lesión congénita segmentaria que había ido aumentando de tamaño lentamente formando grandes pliegues, blandos pero irreductibles en la región temporo-parieto-occipital izquierda. Una resonancia magnética descartó conexión intracraneal y el estudio anatomopatológico de la lesión mostró un neurofibroma. No se evidenciaron otras lesiones cutáneas ni sistémicas. El último caso se trataba de una niña recién nacida con una cresta única, congénita, con disposición anteroposterior. Al nacimiento presentaba una exploración oftalmológica normal y un cariotipo normal. A los 14 años se diagnosticó de pies planos.

Los casos de CVG se han clasificado en CVG primaria esencial cuando no asocian otra patología, CVG primaria no esencial si asocian alteraciones neuropsiquiátricas u oftalmológicas y CVG secundaria cuando su aparición se asocia a patología inflamatoria del cuero cabelludo, neoformaciones ya sean benignas o malignas, enfermedades sistémicas o enfermedades genéticas como el síndrome de Turner o el síndrome de Noonan. Se han descrito múltiples casos aislados aportando otras asociaciones. Típicamente los casos de CVG primarias presentan las circunvoluciones siguiendo una distribución simétrica, anteroposterior y principalmente localizadas en vértex y occipucio, mientras que los casos secundarios suelen tener una presentación más atípica. El tratamiento en caso de requerirlo es fundamentalmente quirúrgico.

Aportamos dos casos de CVG primaria esencial, un caso de CVG secundaria asociada al síndrome de Sotos que no se había descrito previamente, otro caso de CVG causado por un neurofibroma subyacente y un caso con una cresta o circunvolución única, que es una presentación clínica inhabitual.

799

Alopecia androgénica en hombres trans: un desafío terapéutico

Lola Kuperman Wilder[1], Luciana Cabral Campana[1], Ana Campastri[1], David Muhafra[1]
[1]*Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina*

La alopecia androgénica en hombres trans hormonizados es una consulta dermatológica frecuente y es necesario conocer las diferencias con el tratamiento estándar. La testosterona (intramuscular o transdérmica) produce alopecia androgénica en alrededor del 45% de los pacientes, su desarrollo dependerá de su predisposición genética y edad. El tratamiento con finasteride o dutasteride no está recomendado hasta que los caracteres sexuales secundarios terminen de desarrollarse y también es indispensable evaluar los deseos de gestar del paciente.

Caso 1
Paciente hombre trans de 24 años en tratamiento con testosterona intramuscular hace 3 años, consultó por pérdida de pelo en zona occipital y retracción de la línea de implantación frontal y bitemporal de 2 años de evolución. Al examen físico se evidenció disminución de la densidad capilar en la zona occipital, frontal y bitemporal. A la dermatoscopia, se observó anisotricosis, puntos amarillos y vellos.
Se arribó al diagnóstico de alopecia androgénica con patrón masculino. Se decidió en conjunto con endocrinología no utilizar finasteride y se indicó minoxidil 2,5 mg vía oral hasta una dosis máxima de 5mg. A los 4 meses, se observó repoblación de las zonas afectadas y el paciente se encontraba conforme con la respuesta terapéutica.

Caso 2
Paciente hombre trans de 22 años en tratamiento con testosterona intramuscular hace 3 años. Consultó por escamas en cuero cabelludo asociado a retracción bitemporal de la línea de implantación y menor densidad capilar en zona frontal. Al examen físico se evidenciaron en cuero cabelludo escamas finas generalizadas, seborrea y vellos en zona bitemporal que se extendían hacia la zona frontal. Presentaba anisotricosis en la dermatoscopia.
Se arribó al diagnóstico de dermatitis seborreica y alopecia androgénica con patrón masculino. Se decidió iniciar minoxidil vía oral hasta aumentar a 2mg en los controles sucesivos y shampoo con ketoconazol al 2% en forma diaria. Al tercer mes de tratamiento, no se observaban escamas en cuero cabelludo, presentaba resolución de la seborrea capilar y repoblación en las zonas afectadas. Asimismo, se evidenció crecimiento de su vello facial por lo que el paciente se encontraba sumamente satisfecho.

Conclusión
La alopecia androgénica es una de las consultas más frecuentes realizadas en el servicio de dermatología por parte de los hombres trans hormonizados con testosterona transdérmica o intramuscular. El tratamiento es un desafío terapéutico ya que el finasteride y el dutasteride no se recomiendan por su posible interferencia con la hormonización. Además, se trata de una consulta frecuente durante la edad fértil, por lo que es necesario siempre evaluar los deseos de gestar de estos pacientes. El minoxidil oral surge como una buena opción terapéutica y estimula el crecimiento del vello facial, que suele ser muy buscado por estos pacientes.
El equipo médico debe trabajar en forma interdisciplinaria e informarse sobre las necesidades específicas de la población trans. Para poder acompañarlos adecuadamente, se decidió crear el primer consultorio dermatológico para la comunidad trans en un hospital público de Argentina donde los efectos adversos de la hormonización, como la alopecia androgénica, son consultas frecuentes.

862

Alopecia lúpica simulando una alopecia frontal fibrosante en doble línea

Pedro Sánchez Sambucety[1], Víctor Onecha Vallejo[2], Rubén Linares Navarro[3], Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, María Asunción González Moran[5], Manuel Ángel Rodríguez Prieto[6]
[1]Caule, León, España, [2]CAULE, León, España, [3]CAULE, León, España, [4]CAULE, León, España, [5]CAULE, León, España, [6]CAULE, León, España

La alopecia en doble linea es un subtipo poco frecuente de presentación clínica de la alopecia frontal fibrosante donde la alopecia avanza lineal en la región pronto temporal pero dejando respetada la zona de pelo próximal (pseudoflequillo) .

Presentamos el caso de una mujer de 63 años que acude a consulta por presentar placas alopecia eritemato telangiectasicas en doble carril localizadas en ambas regiones fronto temporales.

En el estudio histopatologico de la biopsia realizada se muestran sobre un epitelio ligeramente adelgazado la presencia de tapones córneos en la desembocadura de los infundíbulos pilosos junto con cambios de degeneración vacuolar en la capa basal. A nivel dérmico infiltrado inflamatorio crónico superficial y profundo dispuesto a nivel perianexial y perivascular constituido por linfocitos.
En dermis superficial también se observan capilares ligeramente dilatados y modera cantidad de pigmento pardo correspondiente a incontinencia pigmentaria por el daño de la interfase. Con la técnica de Azul-alcian se percibe mucina entre las fibras de colageno.
El resultado de la inmunofluorescencia directa muestra positividad granular en membrana nasal a lo largo del folículo piloto de IgG y C3.

Estos hallazgos sugestivos de lupus discoide junto con los valores positivos de autoanticuerpos ANA 1/80 y Ro nos apoyan en el diagnostico

La alopecia frontal fibrosante excepcionalmente se asocia al lupus (1,2), la Virginia Velasco Tamariz et al describen una serie de14 pacientescon esa asociación (en la reunión del grupo de tricologia de la aedv) y postulan una vía inmunitaria innata seria la responsable de ambos procesos .
Presentamos un caso de alopecia en doble vía simulando una alopecia frontal fibrosante como primera manifestación de un lupus cutáneo que invita a continuar explorando la asociación entre estas entidades.

Bibliografia:
1- Fernández-Crehueta, P ,Ruiz-Villaverde R. Frontal Fibrosing Alopecia and Discoid Lupus Erythematosus: More Than a Coincidence. Actas Dermo-Sifiliograficas 2019;110:417–9.
2 del Rei M, et al of frontal fibrosing alopecia and discoid lupus erythematosus of the scalp in 7 patients: just a coincidence
. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016

880

Liquen plano pilaris, una entidad que no deja de sorprender

Andrea Vanessa Suárez Echávez[1], Cecilia Navarro Tuculet[1], María Echeverria[1], Anama Di Prinzio[1], Luis D Mazzuoccolo[1]
[1]Servicio Dermatología Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción
El liquen plano pilaris (LPP) forma parte de las alopecias cicatriciales primarias, junto con un grupo heterogéneo de patologías que lleva al reemplazo de la anatomía folicular por una cicatriz fibrosa.
Se caracteriza por tener progresión clínica impredecible y naturaleza recidivante, con gran impacto en la calidad de vida.
Destacamos 2 casos de pacientes con LPP: una con superposición con Lupus discoide (LED) y otra con evolución a foliculitis decalvante (FD).

Caso 1: Mujer de 41 años, fototipo III, con antecedente de liquen escleroso genital y asma. Consultó inicialmente por prurito y múltiples placas alopécicas cicatrizales de límites irregulares, localizadas de forma difusa en piel cabelluda de 3 años de evolución. A la evaluación clínica y tricoscópica presentaba eritema y descamación perifolicular, áreas confluentes blanco marfil con aperturas foliculares ausentes y múltiples vasos arboriformes. El estudio histopatológico informó folículo piloso con infiltrados de tipo liquenoide a nivel infundibular y fibrosis concéntrica, compatible con liquen plano pilaris. A las dos semanas, evolucionó con aparición de múltiples pápulas perifoliculares, pústulas y costras melicéricas que confluían formando placas que se extendían a predominio de la región fronto-parietal y vertex. Además de eritema en napa, formación de pseudo penachos de 2 a 3 pelos, e intenso prurito. Se realizó cultivo con aislamiento de Staphylococcus aureus meticilino sensible.
La correlación clínica histopatológica fue compatible con la evolución de LPP a FD.
Se inició tratamiento con hidroxicloroquina 400 mg, Doxiciclina 100 mg/ día, higiene con clorhexidina 4%, con estabilización de la enfermedad a los 2 meses de tratamiento.

Caso 2: Mujer de 55 años, fototipo III, con antecedente de tiroiditis de hashimoto. Consultó por placas eritematoescamosas con áreas alopécicas difusas en zona frontal, parietal derecha, vertex y pérdida de la cola de cejas de 10 años de evolución.
En la tricoscopia se visualizaron puntos rojos, parches blancos cicatriciales, capilares ramificados prominentes y tapones de queratina.
La histopatología del área inflamatoria fronto-parietal evidenció la presencia de folículos pilosos con fibrosis peri-infundibular e intensos infiltrados inflamatorios mononucleares.
La inmunofluorescencia directa fue positiva a IgM con depósitos a lo largo de la membrana basal. Además las biopsias de lesiones faciales y vertex mostraron folículos pilosos con infiltrados de tipo liquenoide a nivel infundibular y fibrosis concéntrica.
El laboratorio con anticuerpos específicos evidenció FAN + 1/80 moteado fino y anti Ro positivo. Estos hallazgos fueron compatibles con superposición de LED/LPP.
Se realizaron múltiples líneas de tratamientos, entre los cuales se utilizaron corticoides intralesionales, tópicos, retinoides y tetraciclinas a dosis antiinflamatorias, con respuesta subóptima. Actualmente se encuentra en manejo con hidroxicloroquina 400 mg, clobetasol loción 0.05%, intercalados con tacrolimus 0.3%, sin embargo continúa con respuesta parcial.

Comentarios:
El LPP puede presentarse con diferentes fenotipos clínicos, tricoscopicos e histológicos, pudiendo coexistir o evolucionar a otras entidades de alopecia cicatricial primaria.
Destacamos la importancia de la correlación clínico-histo-dermatoscopica para reconocer este espectro, en favor de hacer un abordaje terapéutico ajustado al predominio celular y evitar la progresión de esta entidad que cada día es más frecuente en la consulta dermatológica.

888

Fibromixoma acral superficial, un tumor periungueal poco frecuente

Cristina Berumen Glinz[1], Mariana Catalina De Anda Juárez[1], Verónica Fonte Ávalos[1]
[1]*Hospital General Manuel Gea González, México*

Título
Fibromixoma acral superficial, un tumor periungueal poco frecuente.

Introducción
El fibromixoma acral superficial es un tumor poco frecuente que tiene predilección por la región periungueal. Fue descrito por primera vez en 2001 y apenas existen 300 casos en la literatura. Se caracteriza por ser un tumor de crecimiento lento y asintomático. No presenta manifestaciones clínicas específicas por lo que representa un reto diagnóstico para los dermatólogos. El diagnóstico es histológico y se caracteriza por presentar una neoformación no encapsulada, compuesta por fibroblastos en un patrón esteriforme o fasciculado en un estroma fibromixoide. En estudios de inmunohistoquímica es un tumor positivo para CD34. También es frecuente la expresión de CD10, CD99 y EMA, por lo que algunos autores postulan que este tumor tiene su origen en células madre mesenquimales. El tratamiento es quirúrgico con un alta tasa de recurrencia.

Objetivo del estudio fue describir las características clínicas, epidemiológicas e histológicas del fibromixoma acral superficial en pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Dermatológica del Hospital General “Manuel Gea González”.

Material y Métodos
Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal utilizando la base electrónica del servicio de Dermatopatología del Hospital General Manuel Gea González del año 2001 al 2021. Se utilizó estadística descriptiva para el analisis.

Resultados
Se incluyeron un total de 8 pacientes con fibromixoma acral superficial. Este tumor se presentó en mujeres en el 62.5% (n=5). La edad promedio fue de 46.3 años (21-60 años). El tiempo medio entre la aparición del tumor hasta el diagnóstico fue de 17 meses (4-36 meses). La localización del tumor fue más frecuente en manos (n=5). El tamaño promedio fue de 14.1 mm (7-20 mm). Seis pacientes presentaron distrofia ungueal. El diagnóstico clínico preoperatorio de envío fue de melanoma, carcinoma epidermoide, fibroqueratoma, quiste mixoide; sólo en 1 caso se sospechó este tumor. El 62.5% de los pacientes tuvo antecedente de traumatismo. Se realizó estudio de imagen a 2 pacientes y 1 presentó lisis ósea. Hubo dolor en el 62.5% de los casos. El diagnóstico se confirmó histológicamente. Los 8 pacientes presentaron inmunohistoquímica positiva para CD34 y negativa para S100. CD99 y CD10 fueron positivos en 5 pacientes. El tratamiento fue la escisión completa del tumor, sólo en un caso se reportó lesión focal en el borde quirúrgico profundo. El 50% tuvo recurrencia de la lesión.

Conclusiones
El fibromixoma acral superficial es un tumor poco frecuente con un amplia variabilidad clínica. A pesar de su comportamiento benigno puede presentar involucro óseo. En esta serie más del 50% de los pacientes presentó dolor por lo que consideramos debe ser inlcuido como un diagnóstico diferencial de los tumores periungueales. La tasa de recurrencia es alta por lo que se recomienda un seguimiento estrecho de estos pacientes.

905

Estudio piloto con loción tópica de glicosaminoglicanos y microneedling para alopecia androgenética

Oscar Muñoz Moreno-Arrones[1], Pablo Fernandez-Gonzalez, Pedro Jaén, Sergio Vañó-Galván
[1]*Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid, España*

Introducción:
El microneedling (MN) es un procedimiento mínimamente invasivo en el que se realizan pequeñas incisiones en el cuero cabelludo del paciente con el objetivo de potenciar el crecimiento del cabello a través de la estimulación molecular resultante de la reparación tisular. Además, estos microtúneles se pueden utilizar para aumentar la absorción percutánea de productos tópicos.

Material y métodos:
Dieciséis pacientes con diagnóstico de alopecia androgenética fueron reclutados para este estudio analítico prospectivo. Los criterios de exclusión fueron edad <18 años, embarazo y uso de cualquier medicamento tópica o sistémico en las últimas 24 semanas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local (452/20). Todos los pacientes fueron sometidos a cuatro sesiones de MN y la aplicación tópica posterior a cada sesión de una loción purificada a base de glicosaminoglicanos (número CAS 94945-04-7) y los siguientes excipientes: cloruro sódico, fosfato (dihidrógeno) sódico, fosfato disódico y agua. Las sesiones se realizaron cada 4 semanas. El procedimiento de MN se realizó con agujas estériles de 1,5 mm en el cuero cabelludo frontal, interparietal y vértex con el objetivo de obtener un sangrado puntiforme sin la ayuda de anestesia. Ocho (50%) de los pacientes eran mujeres; el 75% (6) padecía alopecia de patrón femenino grado I de Ludwig y el 25% restante grado II. La edad media de los pacientes fue de 42,2 años. En el caso de los hombres, el 37,5% padecía alopecia de patrón masculino grado II de Hamilton-Norwood, el 50% grado III y un paciente grado IV, con una edad media de 35,6 años.

Resultados:
Los pacientes evaluaron una escala analógica visual (EVA) para el dolor del procedimiento (de 0: sin dolor a 10: dolor máximo) y resultó en una puntuación de 2,7 (rango 1-6). Asimismo, se realizó una escala de Evaluación Global del Paciente (PGA) de la mejora de la caída del cabello resultando en una gran mejora en un caso, una mejora moderada en siete casos (43,75 %), una mejora leve en cinco casos (31,25 %) y ninguna mejora en los tres restantes. La evaluación tricoscópica del grosor folicular y la densidad del cabello se realizó en un área de 1 cm2 ubicada a 12 centímetros por encima de la glabela con el software TrichoLAB (FotoFinder Systems GmbH, Alemania). El tratamiento aumentó globalmente la densidad del cabello (p=0,02) y el grosor (p=0,02). Las fotografías clínicas estandarizadas mostraron mejoría leve de dos pacientes (12,5%) y estabilidad clínica del resto al final del estudio. No se observaron efectos adversos excepto dolor.

Conclusiones:
Este estudio muestra que el tratamiento de MN asociado con la administración transdérmica de una matriz de hidrogel de glicosaminoglucanos aumenta la densidad del cabello y el grosor folicular en pacientes con alopecia androgénica; este efecto podría ser sinérgico. Debido al mecanismo de acción de este tratamiento, los efectos adversos sistémicos son improbables. Este tratamiento podría ser útil como terapia independiente en casos leves de alopecia androgenética o como tratamiento complementario con medicación oral.

938

Tricorrexis nodosa por aplicación inadecuada de Minoxidil tópico

Juan Manuel Liñán Barroso[1], María Teresa Monserrat García[1], Carmen Cruz Catalán[1], Teresa de Zulueta Dorado[2], Guillermo José Jiménez Thomas[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]
[1]UGC Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, [2]UGC Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: La tricorrexis nodosa (TN) es la anomalía estructural capilar asociada a fragilidad más frecuente. Se debe generalmente a una respuesta anómala del cabello frente a factores externos produciéndose fracturas del tallo del pelo con proyecciones hacia fuera de las células corticales.

Caso clínico: Paciente varón de 23 años, con antecedentes de acné, que consulta por caída crónica de cabello. En la exploración se aprecia disminución de densidad capilar en mitad anterior del cuero cabelludo con miniaturización de los folículos. Se realiza analítica con hemograma, bioquímica y coagulación, incluyendo autoinmunidad con resultado normal. Se diagnostica de alopecia androgenética masculina y se trata con loción de minoxidil 5% vía tópica y suplemento alimenticio basado en biotina, zinc, hierro y vitaminas del grupo B. En la revisión anual, continúa con caída de cabello y comenta tener el cabello más frágil; en la exploración con tricoscopio se observa el cabello de aspecto rugoso, alternando estrecheces con rugosidades en el tallo piloso. Se añade al tratamiento solución de finasteride 1% vía tópica y se envía muestra a Anatomía Patológica para Tricograma, que describen como nudos deshilachados en el tallo capilar, diagnosticando tricorrexis nodosa. El paciente reconoció aplicación de minoxidil varias veces al día e intenso masajeo en su aplicación. Se explicó naturaleza del diagnóstico con objetivo de que evitara traumatismos repetidos y aplicación compulsiva de minoxidil. Se continuó el tratamiento con minoxidil 5% vía tópica, cambiando a finasteride 1 mg/24h vía oral, con mejoría de tricorrexis nodosa y alopecia androgenética en revisiones posteriores.

Conclusión: La tricorrexis nodosa es el defecto del tallo del pelo más frecuente. Se caracteriza por fracturas en el tallo capilar con fragmentos de células corticales que se proyectan hacia fuera, dando un aspecto de nudo deshilachado en el tricograma. Esto se debe a que las células cuticulares del tallo capilar se afectan por una agresión externa que altera la sustancia intercelular que mantiene la estructura del cabello, dando lugar a pérdida de brillo y a ruptura. En casos pediátricos se debe descartar aciduria arginosuccínica, citrulinemia o síndromes neurocutáneos; mientras que, a partir de la adolescencia, lo más frecuente es que se deba a agentes externos. Por tanto, la etiología suele ser variada, por ejemplo, causada por cepillados intensos, tricotilomanía, aplicación compulsiva de Minoxidil, entre otras causas. En nuestro caso, la causa identificada fue la aplicación excesiva con intenso masajeo de solución de Minoxidil, con mejora del cabello tras explicar la forma de aplicación y además con mejoría de la alopecia androgenética subyacente. Existen casos publicados de TN por agentes externos identificados, según la bibliografía consultada, el único similar al nuestro y además en nuestro medio, el caso reportado en 2002 por Serrano-Ortega et al. Para el diagnóstico de esta entidad, recomendamos realizar una detallada historia clínica que incluya afrontamiento psicológico del paciente y realización de tricoscopia/tricograma en microcopio, como pruebas complementarias.
En conclusión, presentamos un caso inusual de tricorrexis nodosa por aplicación compulsiva de minoxidil tópico, con franca mejoría tras establecer pauta correcta de aplicación.

942

Evaluación de alopecia androgenética femenina en pacientes con síndrome metabólico del Hospital Civil de Guadalajara, estudio de casos y controles

Andrea Serrano Bojórquez[1], José Alfonso Cruz Ramos[1]
[1]*Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, México*

Introducción.
En este trabajo se reporta el resultado de un estudio analítico observacional de casos y controles que tiene el objetivo demostrar una relación entre pacientes con síndrome metabólico y alopecia androgenética femenina.

Materiales y métodos.
Se estudiaron un total de 85 pacientes del Hospital Civil de Guadalajara, 50 casos y 35 controles dependiendo de la presencia o ausencia de síndrome metabólico. Se tomaron en cuenta las siguientes variables: glucosa, triglicéridos, HDL, perímetro abdominal, tensión arterial, edad, comorbilidades y tiempo de evolución de sus comorbilidades, se buscó la presencia de alopecia androgenética, la cual se clasificó según la escala de Sinclair. La comparación de frecuencias de datos cualitativos se realizó a través de la prueba de chi cuadrada o la prueba exacta de Fisher. La comparación de medias se realizó con prueba T de student y pruebas no paramétricas como la U de Mann y cuando se compararon varios grupos se realizó la prueba de Jonckheere-Terpstra. La correlación entre glucosa y la escala Sinclair se realizó con una prueba de Spearman.

Resultados.
No hubo diferencia significativa con la prueba de chi cuadrada entre la frecuencia de alopecia entre los grupos con y sin síndrome metabólico, sin embargo, se observa tendencia a una mayor proporción de alopecia en los pacientes con síndrome metabólico.
Al evaluar la relación de cada grado de alopecia con la presencia o no de síndrome metabólico se evidenció asociación entre los grados más severos de Sinclair en pacientes que presentan síndrome metabólico, con p de 0.003.
También se evaluó cada variable cuantitativa en relación con la presencia o ausencia de alopecia, obteniendo una diferencia significativa entre los valores de glucosa con p de 0.022, el resto de las variables no fueron significativas. Se observó una media de glucosa de 118 mg/dl en pacientes sin alopecia y 154 mg/dl en pacientes con alopecia. Al obtener este resultado se estudió la relación de la variable glucosa con los grados de severidad de alopecia, encontrando correlación entre los niveles de glucosa y la escala de Sinclair, con p de 0.003.

Conclusiones.
En este estudio se encontró que la alopecia androgenética es un padecimiento muy frecuente en la población femenina del Hospital Civil de Guadalajara, sin embargo, no influye en su prevalencia la presencia o ausencia de síndrome metabólico.
Dos hallazgos importantes son la relación entre grados severos de alopecia y síndrome metabólico, al observar escalas de Sinclair más altas en las pacientes positivas a alteraciones metabólicas y de los factores que componen el síndrome metabólico, el más relacionado a alopecia fue la glucosa plasmática, la cual se correlaciona directamente con la severidad, observando que mientras más elevada se encuentre, mayor grado de alopecia.
Esto sugiere que los efectos de la glucosa elevada en el organismo y el estado proinflamatorio de las pacientes con DM2 podría jugar un papel en la patogenia de alopecia androgenética femenina.
El siguiente trabajo se declara sin conflicto de interés.

953

Osteocondroma en un paciente pediátrico. ¿Debo sospechar algo más?

María Camila Velez-Pelaez[1], Alejan María Avila-Alvarez[2]
[1]Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia, [2]Clínica Aurora, Medellín, Colombia

Introducción
El osteocondroma múltiple hereditario (OMH) es una patología poco frecuente caracterizada por dos o más osteocondromas en el esqueleto apendicular y axial. Las manifestaciones ungulares pueden ser la primera forma de presentación o motivo de consulta de los pacientes.

Presentamos un caso clínico que resalta la importancia del examen físico completo en la consulta dermatológica para llegar a un adecuado diagnóstico clínico.

Caso clínico
Paciente de 7 años que se presento al servicio de dermatología por cuadro clínico de 2 meses de una "uña levantada" en el quinto dedo del pie izquierdo, la cual era dolorosa. Como único antecedente refería una fractura de radio distal a los 6 años.

Al examen físico presentaba desviación en varo del quinto dedo del pie izquierdo y a nivel distal una lámina ungular delgada, con onicosquisis y por debajo de esta un tumor, que a la dermatoscopia presentaba vasos tortuosos y dilatados sobre un fondo amarillo-blanquecino.

Al ampliar el examen físico se encontraron además en el tercer y quinto de la mano izquierda, nódulos subcutáneos por debajo de los pliegues ungulares proximales y en dedo medio de la mano derecha un nódulo subcutáneo sobre la articulación interfalángica proximal que llevaba a desviación en valgo de este dedo. Presentaba también en la porción medial y proximal de ambas tibias, tumores bien definidos, regulares, sin cambio epidérmico asociado, de aproximadamente 5 cm de diámetro.

Teniendo en cuenta las características clínicas y dermatoscópicas descritas de la lesión ungular, asociadas a los demás nódulos interfalángicos y tumores tibiales se realiza el diagnóstico clínico de OMH y se inició manejo multidisciplinario con ortopedia.

Conclusión
Los osteocondromas ungulares son una consulta relativamente frecuente en la práctica dermatológica por lo que el conocimiento de los síndromes que pueden asociarse a esta entidad, como OMH, es de gran relevancia para el especialista.

A pesar de que esta es una entidad autosómica dominante, se ha reportado que hasta el 10% de los casos puede ocurrir por mutaciones de novo, por lo que un alto índice de sospecha es necesario para llegar a este diagnóstico, sobretodo en la población pediátrica, en la que un manejo multidisciplinario es esencial para los desenlaces musculoesqueléticos.

Reasaltamos también que hallazgos anormales al examen físico pueden pasar desapercibidos por los pacientes e incluso por los médicos cuando no realizamos una revisión completa de toda la piel y anexos.

Presentamos un caso clínico de osteocondromas múltiples hereditarios en un paciente pediátrico cuya consulta inicial se limitaba a una lesión en la quinta uña del pie izquierdo.

973

Microinyecciones intradérmicas de dutasteride en combinación con minoxidil oral vs monoterapia con minoxidil oral en hombres con alopecia androgenética. Un análisis retrospectivo de 105 pacientes

Estefanía Boland Rodríguez[1], César Daniel Villarreal Villarreal[2], Nora Ximena Ugalde Trejo[1], Marielva Castro González[1], Rebeca Rodríguez Cabral[1], Abraham Benjamín Alfaro Sánchez[1]
[1]ISSSTE, Monterrey, México, [2]CEDAVI Derma experts, Monterrey, México

Introducción:
La alopecia androgenética es la forma más común de alopecia. La evidencia reciente sugiere que el minoxidil oral es una opción de tratamiento segura y eficaz. Las microinyecciones intradérmicas de dutasteride han surgido como una terapia coadyuvante en alopecia androgenética, sin embargo, la información sobre su efectividad es escasa. El objetivo de este estudio fue confirmar la eficacia de la mesoterapia con dutasteride más minoxidil oral para alopecia androgenética y comparar su eficacia con la monoterapia con minoxidil oral.

Material y métodos:
Se diseñó un estudio retrospectivo con pacientes con diagnóstico de alopecia androgenética atendidos en CEDAVI Derma experts, unidad de restauración capilar, en Monterrey, México. Solo se incluyeron en el estudio los pacientes que rechazaron tratamiento con antiandrógenos sistémicos (finasteride / dutasteride).

Resultados:
Un total de ciento cinco pacientes completaron los criterios de inclusión: 58 pacientes tratados solo con minoxidil oral y 47 con microinyecciones intradérmicas de dutasteride y minoxidil oral. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la evaluación fotográfica global en el área del vértice del grupo de minoxidil oral más dutasteride intradérmico en comparación con el grupo de minoxidil oral sistémico (p = <0,001).

Conclusiones:
Nuestro estudio muestra que la mesoterapia con dutasteride es una opción de tratamiento segura y eficaz en el área del vértice de pacientes con alopecia androgenética que no son candidatos a tratamiento con antiandrógenos sistémicos.

1003

Automedicación en onicomicosis, un problema de salud creciente

Nora Ximena Ugalde Trejo[1], Karla Paola Delgado Moreno[1], Marielva Castro González[1], Estefanía Boland Rodríguez[1], Enrique Villarreal Ríos[2], Alexandro Bonifaz Trujillo[3], Paola Pérez Lee[4], Abraham Benjamín Alfaro Sánchez[1], Judith Pérez Rendón[5], María Alcocer León[6]
[1]Clínica Hospital Constitución, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Monterrey, Nuevo León, México, [2]Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, Santiago de Querétaro, México, [3]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Departamento de Micología del Servicio de Dermatología, Ciudad de México, México, [4]Hospital General Regional #2, Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marqués, Querétaro, México, [5]Hospital General de Querétaro, Quéretaro, Santiago de Querétaro, México, [6]Hospital Regional 1° de Octubre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México

Introducción: La onicomicosis es la primera causa de enfermedad ungueal, corresponde a 18-40% de las onicopatías. Su prevalencia mundial es 0.1 a 11%, en México es la segunda dermatofitosis. La automedicación, es considerada como un problema de salud pública. Objetivo: Determinar la prevalencia de onicomicosis en pacientes con onicodistrofia, y describir los agentes terapéuticos más utilizados en la automedicación para onicomicosis.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo. Se incluyeron pacientes con antecedente de automedicación para onicodistrofia que acudieron a consulta externa de medicina familiar, sin diagnóstico paraclínico de onicomicosis. El diagnóstico de onicomicosis se realizó mediante KOH 20%. Se trabajo con un total de 142 pacientes.

Resultados: La media de edad de la población fue 58.61 años, predominaron mujeres 61.7%. Un 42.5% de los pacientes tenían Diabetes Mellitus y la media del tiempo de evolución 10.37 años. En el primer ortejo del pie derecho la prevalencia de onicodistrofia fue 89.3% y de onicomicosis 49.6%; en el primer ortejo del pie izquierdo 81.5% y 46.1% respectivamente. En el quinto ortejo del pie derecho la prevalencia de onicodistrofia fue 70.9% y de onicomicosis 36.9%; en el quinto ortejo del pie izquierdo la prevalencia de onicodistrofia 70.2% y onicomicosis 34.8% respectivamente. Del total de pacientes 50% tenía diagnóstico de onicomicosis. Miconazol fue el tratamiento más empleado 42%, seguido de Bifonazol y Ketoconazol, 27% y 17% respectivamente, dentro de los agentes no farmacológicos se encuentra cloro 5% y vinagre 2.8%.

Conclusiones: Se encontró onicomicosis en 50% de los pacientes de nuestra población, pese a que no toda la onicodistrofia es onicomicosis, el total de la población había recibido tratamiento para ésta onicopatía, exponiéndose a efectos adversos e interacciones farmacológicas no supervisadas. Los imidazoles fueron los fármacos usados con mayor frecuencia en este estudio, son medicamentos cuya venta no requiere prescripción médica, perpetuando su uso indiscriminado.

1007

Tricoscopía en alopecia de cejas de pacientes con lepra

Cesar Jair Ramos Cavazos[1], Cristo Moreno[2], Alejan Villarreal Martínez[1], Minerva Gómez Flores[1], Jorge Ocampo Candiani[1], Sonia Chávez Álvarez[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario UANL, Monterrey, México, [2]Facultad de Medicina UANL, Monterrey, México

Introducción
La lepra es una infección crónica causada por Mycobacterium leprae y Mycobacterium lepromatosis que afecta principalmente a la piel y las células de Schwann. América tiene la incidencia más alta y la detección de nuevos casos sigue aumentando según la OMS. La presentación clínica es muy polimorfa y es frecuente la afección de anexos cutáneos, llegando a producir alopecia y anhidrosis. La madarosis puede ser la única manifestación de esta enfermedad. Algunos autores han reportado madarosis en el 76% de los pacientes con lepra multibacilar. Este estudio describe los hallazgos tricoscópicos de alopecia de cejas en pacientes con diferentes subtipos de lepra.

Material y métodos
Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Departamento de Dermatología del Hospital Universitario "José Eleuterio Gonzalez" en Monterrey, México durante tres meses (septiembre 2019- noviembre 2019). Se incluyeron en el estudio un total de 25 pacientes con diagnóstico confirmado (baciloscopía y confirmación histopatológica) de lepra. Se buscaron 10 características dermatoscópicas en las cejas de los pacientes, tal como lo describieron previamente Doche et al. Se incluyeron imágenes de la porción medial y distal de la ceja. Estas fueron tomadas con una cámara dermatoscópica. La evaluación fue realizada de forma independiente por dos dermatólogos. Para el análisis de los parámetros evaluados se utilizó el coeficiente Kappa de Cohen; se consideró como correlación representativa un valor de Kappa > 0,4. Si se observaba algún desacuerdo, se llegaba a un acuerdo por consenso.

Resultados
De los 25 pacientes, 14 eran hombres (56%) y 11 mujeres (44%). Los hallazgos más comunes en la porción medial de la ceja fueron pelos vellosos, áreas sin estructura de color blanco amarillento y densidad de pelo reducida. En la porción distal de la ceja, las características más comunes incluyeron pelos vellosos, áreas sin estructura de color blanco amarillento, puntos blancos, pigmentación en diana y densidad de pelo reducida. Encontramos que la pigmentación en diana en la porción distal de la ceja fue el hallazgo más frecuente en pacientes con lepra lepromatosa (17/17). Todos los casos de lepra tuberculoide (2/2) tenían pelos vellosos en la ceja medial y distal e hiperpigmentación perifolicular. En pacientes con lepra indeterminada (3/3) en ceja medial y distal encontramos puntos blancos y pelos vellosos. En nuestra serie de pacientes se identificaron tres nuevos hallazgos dermatoscópicos (pelos blancos, hiperpigmentación perifolicular y puntos amarillos).

Conclusiones
En nuestro estudio, los hallazgos tricoscópicos más comunes fueron pelos vellosos en ceja medial y en la ceja distal pelos vellosos, áreas sin estructura blanco amarillentas y densidad de pelo reducida. Estos resultados sugieren un proceso de alopecia no cicatricial, como el descrito por Doche et al. Asimismo, este es el primer estudio de su tipo en clasificar los hallazgos tricoscópicos según el subtipo de lepra y describir las diferencias de hallazgos en ceja medial y distal. Estos hallazgos pueden ayudar a los dermatólogos a distinguir la madarosis de la lepra de otras causas como alopecia areata, alopecia frontal fibrosante, genodermatosis, traumatismos, mucinosis folicular y tricotilomanía.

1131

Alopecia Frontal Fibrosante. Estudio de corte transversal descriptivo de 95 pacientes en un centro de tercer nivel en Buenos Aires

Ery Ayelen Ko[1], Maria Ines Giustozzi[1], Anamá Diprinzio[1], Jessica Barochiner[1], Cecilia Navarro Tuculet[1], Luis Mazzuoccuolo[1]
[1]Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción. Los datos locales de alopecia frontal fibrosante (AFF) son escasos. El siguiente trabajo tuvo por objetivo describir las características demográficas, clínicas y de hábitos de cuidado capilar de los pacientes con AFF.

Material y métodos. Se diseñó un estudio de corte transversal descriptivo, identificando pacientes con diagnóstico clínico y/o histopatológico de AFF atendidos en la sección de Tricología del Hospital Italiano de Buenos Aires desde julio 2018 a enero 2022. Se excluyeron pacientes que presentaban signos clínicos de otras alopecias cicatrizales como el liquen plano pilaris (LPP). Se solicitó a los pacientes responder un cuestionario que fue llenado por un dermatólogo especialista.
Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartil, según distribución. Las variables categóricas se expresaron como frecuencia relativa.

Resultados. Se incluyeron 95 pacientes, 96.8% mujeres, con una mediana de edad de 69 años (intervalo intercuartil 59-74). La edad media de inicio de la enfermedad en los fue de 61.7 (+/-11.3) años. El grado de severidad de inicio que predominó fue el grado II (41.5%). El 44.1% tenían antecedentes de tiroideopatía y el 52.5% tenía alopecia androgenética (AAG) concomitante. El 56.2% reportó uso de fotoprotección mínimo 2 veces por semana, mientras que la frecuencia reportada 5 años previos a la primera consulta fue de 33.3%. Durante los 5 años previos a la primera consulta por AFF, el 62.41% reportó no haber utilizado productos capilares como spray, gel o mousse, y el 91.9% reportó haber realizado prácticas como coloración y alisado permanente. El 49.3% reportó una frecuencia de lavado de menor a 3 veces por semana mientras que el 38% informó una frecuencia similar durante los 5 años previos a la primera consulta. En relación a los signos clínicos, se destacaron la madarosis, la alopecia en miembros inferiores, miembros superiores, y la presencia de lonely hair, siendo sus frecuencias 93.8%, 79.7%, 75%, 63.6%, respectivamente. Finalmente, los tratamientos más utilizados fueron los inhibidores de calcineurina tópicos (78.9%) seguido por el minoxidil tópico (71.4%).

Conclusiones. El trabajo tiene tres principales hallazgos. En primer lugar, la frecuencia de aplicación de protectores solares es menor antes del diagnóstico de AFF que después del mismo. Se requieren más estudios de carácter analítico para determinar el uso de protectores solares como factor de riesgo. En segundo lugar, llama la atención que casi la mitad de los sujetos con AFF tienen una frecuencia de lavado de cuero cabelludo menor a 3 veces por semana. El lavado infrecuente podría ser un factor que contribuya en la acumulación de elementos que cumplan un rol en la fisiopatogenia de la AFF.
En tercer lugar, las frecuencias relativas de pápulas faciales, madarosis previo al compromiso del cuero cabelludo, pestañas y vello corporal son significativamente mayores que las reportadas en trabajos en otros países.

1147

Caracterización y tratamiento de la alopecia inducida por inhibidores de las quinasas dependientes de ciclinas 4 y 6: Serie de 11 pacientes

Gerald Selda Enriquez[1], Patricia Burgos Blasco, Ana Melián Olivera, Óscar Muñoz Moreno-Arrones, Ángela Hermosa Gelbard, Sergio Vañó Galván, David Saceda Corralo
[1]*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*

INTRODUCCIÓN
Los inhibidores de las quinasas dependientes de ciclinas 4 y 6 (CDK4/6i), entre los que se incluyen Palbociclib, Ribociclib y Abemaciclib, son unos fármacos específicos para el tratamiento de cáncer de mama hormonodependiente metastásico. Se ha visto en los ensayos clínicos que los CDK4/6i con TH tienen más riesgo de alopecia que la TH sola. Nuestro objetivo es describir la alopecia inducida por CDK4/6i.

MÉTODOS
Se recopilaron a pacientes con cáncer de mama que referían aparición o empeoramiento de alopecia tras el comienzo con los CDK4/6i. Se recogieron sus datos demográficos, tratamientos previos, el tipo de alopecia que presentaban y el tratamiento propuesto.

RESULTADOS
Un total de 11 pacientes se recopilaron con alopecia por CDK4/6i. Todas eran mujeres con cáncer de mama hormonodependiente metastásico y tenían una edad media de 57,2 años. Recibieron tratamiento con minoxidil 5% tópico (2 pacientes), minoxidil oral de 0,25 a 1 mg al día (7 pacientes), una combinación de ambos (1 paciente) y una única paciente no recibió tratamiento. A la revisión, la alopecia había mejorado un grado en la escala de Sinclair o mantenido en todas las pacientes.

CONCLUSIONES
Los CDK4/6i provocan una interrupción del ciclo celular provocando la apoptosis de las células tumorales, aunque tiene efectos adversos como pueden ser astenia, alteraciones hematológicas o mucositis. Está descrita la mayor incidencia de alopecia en los pacientes en tratamiento con CDK4/6i. Se piensa que se puede producir por un efecto antiproliferativo sobre el folículo piloso o por un empeoramiento de la alopecia inducida por TH. En nuestro estudio se describe la alopecia por hormonoterapia en un patrón androgénico, que apoyaría más la segunda hipótesis. En nuestra experiencia, el tratamiento con minoxidil tópico u oral ofrece unos resultados positivos. El conocimiento de este tipo de efecto adverso con los CDK4/6i puede ayudar a prevenir y mejorar la alopecia en pacientes que reciban estos fármacos.

1193

Prevenção de alopecia induzida por quimioterapia através do sistema de resfriamento do couro cabeludo no sistema público de saúde do Brasil

Juliana Lopes Correa[1], Talyta Moreira Demuner[1], Marina Vieira Rodrigues de Queiroz[1], Ana Carolina Tardin Rodrigues de Medeiros[1], Vitor Fiorin de Vasconcellos[1], Karina Demoner de Abreu Sarmenghi[1], Ingrid Zon Sassine[1]
[1]*Hospital Santa Casa de Misericordia de Vitoria, Vitoria, Brazil*

Introdução: Câncer de mama é a neoplasia mais prevalente em mulheres em todo mundo. A terapia sistêmica com intuito curativo ou paliativo ainda é um pilar do tratamento desta neoplasia e a alopecia induzida pela quimioterapia tem impacto direto na qualidade de vida e adesão ao tratamento. O resfriamento do couro cabeludo é uma técnica validada internacionalmente para prevenção da alopecia induzida por quimioterápicos. Contudo, os dados na população brasileira são escassos e não há dados disponíveis dessa técnica aplicada a pacientes do sistema público de saúde.

Objetivos: Avaliar a proporção de alopecia de pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico submetidas ao resfriamento do couro cabeludo, além de traçar o perfil epidemiológico e de efeitos adversos dessa técnica aplicada no sistema público de saúde do Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo de corte prospectiva de população de 30 pacientes do sexo feminino acompanhadas entre março/2021 e janeiro/2022, realizado em hospital que presta atendimento a pacientes do sistema público de saúde no Brasil.

Resultados: 34 pacientes do sexo feminino com idade mediana de 56 anos de idade foram avaliadas. Houve 5 casos de desistência devido ao tempo prolongado de resfriamento do couro cabeludo e frio intenso e 1 caso de descontinuação do uso do equipamento pelo diagnóstico de metástase no sistema nervoso central com indicação de radioterapia. O esquema quimioterápico com taxanos foi utilizado em 53,6% e os outros 46,4% foram submetidos a doxorrubicina. A análise do grau de alopecia das 28 pacientes realizada pela aplicação da escala de Dean revelou queda de cabelo menor que 25% (grau 1) em 57,2% e queda de 25-50% (grau 2) em 42,8% das mulheres que não descontinuaram o uso da técnica de resfriamento. Todas as pacientes que abandonaram o estudo apresentaram queda de cabelo maior do que 75% de acordo com a escala aplicada pela equipe médica. Efeitos colaterais foram reportados por 10 pacientes, são eles: frio intenso, tontura e dor no couro cabeludo.

Conclusão: o uso da técnica de resfriamento do couro cabeludo em pacientes com câncer de mama reduz significativamente a queda de cabelo induzida pelo tratamento quimioterápico alopeciante e a técnica possui poucos efeitos colaterais. Desse modo, o uso do resfriamento do couro cabeludo deve ser considerado sempre que possível

04. Cáncer de piel

7

Fascitis eosinofílica como manifestación de linfoma cutáneo tipo B: reporte de caso

Marco Antonio Bolaños[1], Lorena Estrada Aguilar[1], Fernando Enrique De la Torre[1], Isaías Uh Sánchez[1]
[1]Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", Ciudad de México, México

Paciente femenino de 62 años de edad originaria y residente de la CDMX, la cual acudió por una dermatosis diseminada bilateral y simétrica la cual afectaba a las cuatro extremidades. Estaba constituida por esclerosis difusa que impide el plegamiento de la piel. Además en su superficie adquiere aspecto de piel de naranja. En región acral dicha dermatosis respetaba a los dedos pero ocasionaba disminución de los arcos de movimiento de las articulaciones. En el resto de Exploración física sin hepato-esplenomegalias, sin ganglios palpables ni otros hallazgos relevantes.

Este padecimiento inició como edema de miembros pélvicos en mayo de 2019 después de realizar actividad física intensa, se acompañaba de artralgias y rigidez con predominio matutino, además de fatiga y disnea.
Había sido tratada previamente con esteroide no especificado, pregabalina y celecoxib.
Antecedentes personales de importancia de la paciente: tenía DM2 de 6 años de evolución y trastorno bipolar.
En estudios paraclínicos, la biometría hemática mostró la presencia de eosinofilia discreta.
Resto de estudios paraclínicos sin hallazgos relevantes.
Se realizó toma de biopsia de piel el 31 de oct de 2018.

En la biopsia de piel no se encontraron alteraciones a nivel de la epidermis o de la dermis, sin embargo a nivel profundo se encontró engrosamiento de la fascia, además de degeneración de las fibras y un infiltrado celular difuso intenso compuesto por múltiples linfocitos.
Con dichos hallazgos se realizó el diagnóstico de fascitis eosinofílica, que fue tratada con deflazacort.
Siete meses después en mayo de 2019, a la paciente se agregó otra dermatosis, la cual es bilateral, simétrica y localizada en tronco posterior de manera difusa, estaba constituida por múltiples nódulos que se acompañaban de prurito intenso.
Por lo cual se toma una nueva biopsia de piel, en el cual se obseró una angeítis granulomatosa. Se realizaron otras tinciones ZN, PAS, Brown Bren y Whartin Starry negativas.
Y tres meses después en agosto de 2019 la paciente presentó una nueva dermatosis localizada que afectaba a tronco sobre la línea axilar posterior derecha, constituida por una neoformación infiltrada eritematoviolácea, de aproximadamente 10cm, forma irregular y mal delimitada, sobre su superficie se asientan múltiples costras melicéricas.

Se toma una 3ª biopsia de piel, en la que se observó un infiltrado celular denso en todo el espesor de la dermis. Se observaron múltiples células neoplásicas grandes, con formas abigarradas y mitosis atípicas.
También se realizaron tinciones de IHQ: CD20 que previamente había sido negativo, ahora es positivo en todas las células neoplásicas.
Con lo que se hizo diagnóstico de Linfoma cutáneo tipo difuso de células grandes tipo B (CD20+), angiocéntrico.
Existen pocos reportes de fascitis eosinofílica asociada linfomas cutáneos tipo T, pero no hay reportes de fascitis eosinofílica asociada a linfoma cutáneo de células B.
Una posible explicación de la relación entre estas dos entidades es que comparten vías inflamatorias en común, como la de la IL-5.

8

Factores asociados con invasión subclínica extensiva en pacientes latinos con carcinoma basocelular tratados con cirugía micrográfica de Mohs

Maximiliano Ruiz Arango[1], Willmar Patino[2], Angela Londoño[1], Andrés Gaviria[1], Lorena Valencia[1], Elsa Vasquez[1], María Coronado[1], David González[1], Andrea Trujillo[1], Camila Arias[1], Natalia Camacho[1], Diego Rijas Gualdron[1]
[1]Universidad Ces, Medellín, Colombia, [2]Sagis Diagnostics, Houston Texas, USA

Introducción: hay resultados controvertidos en cuanto a los factores asociados a invasión subclinica extensa (ISE) en pacientes con carcinoma basocelular (CBC) tratados con cirugía micrográfica de Mohs (CMM).

Objetivo: determinar los factores asociados a ISE (definida como tumor que requiere tres o mas estadios en CMM), también los factores asociados con dos o mas estadios en pacientes con CBC tratados con CMM.

Materiales y métodos: realizamos un estudios de corte transversal en un centro de referencia para cáncer de piel en Colombia. Incluimos 1042 CBC tratados con CMM entre marzo de 2017 y abril de 2018.

Resultados: CBC mayores a 20 mm fueron asociados significativamente a ISE. Edad mayor a 70 años y tamaño mayor a 11 mm, fueron significativamente asociados con dos o mas estadios en CMM.

Conclusión: los factores asociados con ISE puede ayudar a predecir aquellos pacientes con CBC tratados con CMM que requieren mayor tiempo para lograr aclaramiento microscópico y quirúrgico. Este estudio es el tercero mas grande reportado en la literatura mundial y el más grande en pacientes latinos.
Palabras claves: carcinoma basocelular, Cirugía micrográfica de Mohs, invasión subclinica extensiva.

10

Miasis que cura a un paciente con carcinoma escamoso inoperable

Jacqueline Díaz Acosta[1]
[1]Clínica Internacional Siboney, La Habana, Cuba

Introducción: el carcinoma escamocelular ocupa el segundo puesto en frecuencia entre los cánceres de piel. Un grupo de ellos tiene un comportamiento biológico muy agresivo, y cursa con recurrencia local, metástasis y muerte. El evento etiológico principal es la radiación ultravioleta que induce el daño de los queratinocitos, especialmente en las personas blancas. Pueden ulcerarse y ser secundariamente infestados. En otro orden, la miasis es una zoonosis producida por la infestación o invasión de tejidos vivos o muertos por larvas de moscas las que requieren de cinco a diez semanas de maduración, alimentándose del tejido circundante y migrando a capas más profundas haciendo uso de sus garfios periorales. Se expone un caso clínico de un paciente con carcinoma escamoso inoperable que tras ser colonizado por larvas de mosca alcanzó la curación total.

Caso clínico: paciente femenina, de 86 años de edad, raza blanca, con antecedentes de retraso mental y poliomyelitis en la infancia que dejó como secuela severos daños motores y deformidades óseas, con carcinoma epidermoide ulcerado inoperable, de 6 centímetros de diámetro, en la región facial, diagnosticado por biopsia hace 3 años, que por descuido es colonizada por larvas de moscas. Se realiza extracción manual de las mismas ayudándonos por pinzas y soluciones con anís y seguimiento en días alternos con curas, produciéndose un cierre total a los 2 meses. Se realiza biopsia a los 6 meses y porterior al año de ocurrida la infestación, con ausencia de células neoplásicas en la región anatómica donde se encontraba el tumor, además de una cicatrización total de la zona, sin recidivas hasta el momento. No existe conflicto de intereses para la exposición de este trabajo.

Conclusiones: el material extraído de la úlcera de la paciente correspondió a Dermatobia hominis, de la familia Cuteribridae. En este caso clínico, la lesión producida por el carcinoma escamoso permitió atraer moscas las que depositaron sus huevos en ellas de donde eclosionaron sus larvas que ocasionaron la miasis cutánea. Utilizando esta colonización a través de larvas de lesiones tumorales ulcerados se pudiera tratar casos como estos que por las condiciones del paciente y por las características del tumor no pueden ser operados.

46

Adenoma de Glándulas de Meibomio: una entidad excepcional

Itzel Anayn Flores Reyes[1], Sonia Elena Reyes Meza[1], Ernesto Velazco Manzo[1], Marco Antonio Rodríguez Castellanos[1], Ma. Socorro Hernández Arana[1], María de las Mercedes Hernández Torres[1], Liliana Burgos Mora[1]
[1]Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio., Jalisco, México

Introducción
Las glándulas de Meibomio son glándulas sebáceas modificadas, que se localizan en las placas tarsales, que al no están asociadas a folículos pilosos, se descargan mediante ductos revestidos de epitelio escamoso a un ducto central, que se vacía al párpado. Su secreción contribuye al contenido lipídico de las lágrimas.
El adenoma de glándulas de Meibomio (AGM) fue reportado por primera vez por Jakobiec F. en 1974 y lo definió como una hiperplasia de células bien diferenciadas de las glándulas sebáceas.
En la literatura hay menos de 10 casos reportados, la mayoría anecdótica y uno asociado a Síndrome de Muir Torre, dada su excepcionalidad, se presenta el siguiente caso clínico.

Caso Clínico
Paciente masculino de 25 años, inició su padecimiento hace 4 años, con "bolita" en párpado derecho, el cual ha incrementado de tamaño gradualmente en el último año y produce malestar a la oclusión. Sin tratamientos previos.
A la exploración física, dermatosis que afectaba párpado inferior derecho, en su tercio medio. Constituida por una neoformación, cupuliforme, de 1.3x0.9x0.3 cm, con áreas amarillo claro y rosadas, aspecto perlado, telangiectasias sobre su superficie, bordes precisos, sobreelevados, de evolución aparente crónica. Dermatoscopia: lesión no melanocítica con vasos arborizantes.
Se realizó toma de biopsia. Estudio histopatológico: epidermis con acantosis, hiperpigmentación de capa basal y una proliferación de células epiteliales con diferenciación sebácea, agrupadas y dispuestas en acinos de forma y tamaño irregular.
Fue sometido a manejo quirúrgico con resección en cuña del párpado, margen de seguridad de 3 mm de piel sana y reparación mediante un colgajo de avance. Actualmente a 3 meses del postquirúrgico sin datos de recurrencia.

Discusión
El AGM es un tumor benigno, raro, en el cual no se ha identificado predominio de edad o sexo, debido a los pocos casos reportados. Un estudio realizado por Kaeser et al. reportan 1% de prevalencia.
Su etiopatogenia no es del todo clara. Podría estar relacionado a trauma, infección viral, exposición a carcinógenos y radiación solar crónica.
La descripción clínica reportada es una neoformación lobulada, menor a 5 mm, amarilla o pápula rosada, ocasionalmente con telangiectasias, bien delimitada.
El diagnóstico clínico es difícil, siendo imperativo el análisis histopatológico. Se observa hiperplasia y desorganización con pérdida del patrón estructural, en particular del conducto central. La capa germinal bien diferenciada es prominente y consiste en 3 a 4 capas de células.
El principal diagnóstico diferencial es adenocarcinoma de glándulas sebáceas.
El tratamiento es quirúrgico mediante su escisión. El pronóstico en bueno y no se han reportado recurrencias postquirúrgicas. En un caso se reportó asociación con Síndrome Muir Torre y tumores gastrointestinales a los 5 años de seguimiento. Es importante la evaluación en la búsqueda de neoplasia oculta.

Conclusión
El AGM es una entidad poco habitual y sería el segundo caso de manera aislada (sin otros tumores). No existen pautas diagnósticas ni terapéuticas. Por si solo es una entidad con nula recurrencia postquirúrgica. Ante la asociación con Síndrome de Muir Torre, no se descarta el seguimiento ante futuras neoplasias internas y su estudio en caso necesario.

54

Evaluación de la eficacia del diagnóstico clínico de melanoma: el número necesario a extirpar

Fernando De La Barreda Becerril[1], Sonia Toussaint Caire, **Larissa Zárate**
[1]Hospital Ángeles Lomas, Ciudad de México, México,
[2]Hospital Gea González, Ciudad de México, México

Introducción.
El número necesario a extirpar (NNE) es un concepto que se utiliza para evaluar nuestra eficacia en el diagnóstico clínico de melanoma. Se obtiene al dividir el total de lesiones pigmentadas resecadas entre el número de melanomas encontrados. Mide cuantas lesiones tienen que extirparse para diagnosticar un melanoma. Un NNE bajo significa que se pueden diagnosticar melanomas con un número aceptablemente bajo de biopsias innecesarias de lesiones benignas. Ello se traduce en menor morbilidad y costos.
El riesgo de utilizar esta medición es que no evalúa la sensibilidad. Mas aun, al tratar de obtener un NNE bajo, ésta podría ser sacrificada. Para tratar de evitarlo, existe la relación melanoma-melanoma in situ (MM/MIS) como una medida adicional, que permite ver si diagnosticamos melanomas en etapas tempranas.
Los NNE publicados son muy variables, entre 2.7 y 15 para dermatólogos y hasta 83 para médicos generales.

Material y métodos.
En un período de un año analizamos a todos los pacientes que fueron atendidos por un dermatólogo en un consultorio privado por una lesión pigmentada. Se calcularon el NNE y el MM/MIS para el grupo total. El NNE se calculó también por separado en tres grupos de pacientes, de acuerdo al motivo de consulta: aquellos que deseaban hacer un tamizaje de cáncer y en quienes se realizó un examen completo de piel (ECP), pacientes que consultaban por una lesión pigmentada específica (LPE) y aquellos que fueron vistos por una dermatosis distinta, en quienes la lesión fue un hallazgo fortuito (HF) durante el examen clínico.

Resultados.
En el período de estudio se atendieron 341 pacientes con una lesión pigmentada, se tomó biopsia en 23 (6.7%) de ellos. Se diagnosticó melanoma en 6. El NNE fue de 3.8, el MM/MIS, de 3. En el grupo de ECP se tomaron 7 biopsias en 216 pacientes. Ninguna de ellas diagnosticó melanoma, de modo que en este grupo no se pudo calcular el NNE pero habría sido al menos de 7. En el grupo LPE se estudiaron 90 pacientes, se efectuaron 12 biopsias y se encontraron 5 melanomas, el NNE fue de 2.4. En el grupo HF, se evaluaron 36 pacientes, se hicieron 4 biopsias y se diagnosticó un melanoma. El NNE fue de 4.

Conclusiones.
Se utiliza el NNE como una medida de eficacia diagnóstica. El NNE de 3.8 obtenido en este estudio se encuentra en el límite inferior de los que han sido publicados por diferentes grupos. Un MM/MIS de 3 indica que la proporción de melanomas tempranos y tardíos diagnosticados es muy aceptable. Al analizar nuestro desempeño diagnóstico en los tres subgrupos de pacientes encontramos que este es muy superior en los de LPE y HF, probablemente debido a que el número de pacientes que deben evaluarse en un tamizaje para encontrar un melanoma puede ser muy alto. La medición del NNE de cada clínico o grupo que atienden melanoma es muy deseable porque nos ofrece una autoevaluación y permite analizar nuestro aprendizaje con el tiempo.

395

Carcinoma basocelular de vulva. Presentación de un caso

Daniela Antonieta Plata Calderon[1]
[1]*Hospital Obrero N1 Caja Nacional de Salud, La Paz, Bolivia*

Introduccion
El carcinoma basocelular es el tumor más frecuente de la piel abarcando 75% de todos los carcinomas, la mayoría estan localizados en regiones fotoexpuestas, ya que la fotoexposicion es el principal inductor de esta neoplasia, sin embargo existe un pequeño porcentaje menor al 1% localizado en región vulvar, y del 2 al 4% de todas las neoplasias vulvares.
Su presentación es en mujeres postmenopausicas entre los 50 a 80 años como una lesión asintomática; algunos factores asociados a su topografía poco frecuente, es la inmunodepresión, traumatismos y factores hormonales. Se presenta el caso de una mujer con antecedente de CA de mama.

Caso clínico
Fémina de 66 años, con antecedente patológico de carcinoma ductal de mama bilateral en tratamiento con quimioterapia, antecedentes ginecobstetricos G:3, P:3, FUM:2010, PAP:2010 negativo. Consulto hace 10 años por lesión en vulva como una pápula con leve prurito, al transcurrir el tiempo evidencia crecimiento progresivo de lesión lo que decide acudir a consulta de dermatología. Al examen físico se evidencia dermatosis localizada en labio mayor derecho de vulva caracterizado por una neoformación oval ulcerada de borde infiltrado de 1,5 x 1cm (fig 1), no se palpan masas ganglionares, a la dermatoscopia se observa telangiectasias arboriformes (fig 2), asocia glóbulo azul-gris en la periferia (fig 3). Se diagnostica como carcinoma basocelular ulcerado, se realiza escisión completa de lesión (fig 4) y se manda muestra para estudio histopatológico con posterior reporte de carcinoma basocelular solido e infiltrante íntegramente extirpado (fig 5 y 6). Presenta evolución postoperatoria satisfactoria, mostramos control iconográfico de la paciente una semana después de la escisión con buenos resultados libres de lesión (fig 7). En mes de enero del 2020 se le realizo mastectomía total bilateral con evolución favorable.

Fig1. Aspecto clínico de la lesión
Fig 2. Dermatoscopia: telangiectasias arboriformes.
Fig 3. Dermatoscopia: glóbulo azul-gris
Fig 4. Escisión completa de lesión
Fig 5. Grupos de células basaloides, e infiltración de dermis.
Fig 6. Células basaloides y zonas de fibrosis
Fig 7. Control libre de lesión

Conclusiones
Se considera que la localización poco frecuente en vulva de este carcinoma está asociada a un 20% a pacientes inmunodeprimidos que presentan una segunda neoplasia. Este tipo de carcinoma basocelular vulvar presenta crecimiento lento, poder infiltrativo alto, recidivas en más del 20% y escasa capacidad de metástasis. Se considera que el CBCV no se diagnostica en fases tempranas por un cuadro clínico inespecífico y hasta a veces un hallazgo casual en una exploración ginecológica rutinaria, si bien el cuadro clínico es presuntivo debe realizarse una biopsia de forma inmediata para descartar además diagnósticos diferenciales como el carcinoma de células escamosas o la enfermedad de Bowen. El tratamiento adecuado, pese a no existir aun un consenso, es la escisión completa y amplia de la lesión, en casos donde la cirugía sea contraindicada se puede emplear inmunomoduladores como el imiquimod y/o la radioterapia. El pronóstico de esta entidad es excelente, pero por su alta tasa de recidiva se requiere controles periódicos y manejo conjunto con ginecología para descartar patologías asociadas.

424

Sarcoma Pleomórfico Cutáneo

María Fabiola Chirinos Gonzalez[1], Luisa Poleo[1], Gustavo Farias[1], Naxfiel Brito[1], Libia Jimenez[1], Francisco Gonzalez[1], José Rafael Sardi[1], Nisa Valentina Morante[1]
[1]Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela

El sarcoma pleomórfico cutaneo es una entidad muy infrecuente y poco descrita que afecta a pacientes de la tercera edad el cual puede confundirse con el fibroxantoma atipico. Paciente masculino de 84 años de edad, natural de Portugal y procedente de miranda, refiere inicio de enfermedad actual: enero de 2018, con tumor eritematoso en región parietal derecha, rápido crecimiento, en abril de 2018 acude con dermatólogo tratante, refiriendo a nuestro hospital para resolución quirúrgica.

Antecedente: Resección de múltiples carcinomas espinocelulares en cuero cabelludo en los últimos 8 años. Otros Quirúrgicos: colecistectomía, reemplazo de hemicadera izquierda y de rotula izquierda, hace 20 años sin complicaciones. Examen físico: Piel FT 2, con daño actínico severo, con tumor ulcerado, eritematoso, sangrante, redondeado, de aprox. 3x3 cm, localizado en región parietal derecha. Tomando en cuenta antecedentes quirúrgicos y característica de la lesión se plantea: carcinoma espinocelular recidivante. Plan de trabajo: tomografía de cabeza y cuello con contraste EV, perfil laboratorios perioperatorios, y resolución quirúrgica por cirugía dermatológica. Exámenes paraclínicos: dentro de limites normales, el día de la cirugía el paciente acude sin estudios de imágenes, presentando sangrado activo de días de evolución, se decide resolución quirúrgica de emergencia. Durante exceresis del tumor, se observa defecto oseo de solución de continuidad en tabla externa del hueso, evidencia exposición de meninges, de aprox. 1x1cm. Se realiza cura atada compresiva, se hospitaliza indicándose terapia antimicrobiana con cefalosporinas de 3G a dosis meningea, e Interconsulta de emergencia por neurocirugía; evalúan y solicitan estudios de imágenes con contraste EV y a la espera de resultado de biopsia. Para instaurar plan quirúrgico. Biopsia de piel: epidermis ulcerada con infiltración de la dermis por neoplasia, ocupa todo el espesor de la dermis hasta el borde profundo. No se identifica tejido oseo, Tumor densamente celular, patrón estoriforme y ovillos de células fusiformes, citoplasma claro, con núcleos atípicos, En otras áreas células epitelioides, actividad mitótica alta (11 en 10 CA). Eritrocitos extravasados y hemosiderina. Conclusion: tumor maligno de células fusiformes y epitelioides con componente de células claras que puede corresponder a: meningioma, sarcoma de células claras, o carcinosarcoma. Se solicita estudio de inmunohistoquimica: Inmunoreaccion positiva: Vimentina y CD68. AML: resalta el exagerado patrón vascular que acompaña a este tumor. (negativo en células neoplásicas). Inmunoreaccion negativa: proteína S100, HMB45, Melan A, CKAE1/AE3, CD34. Se concluye el caso: Sarcoma pleomórfico cutaneo. Paciente egresa en estables condiciones, seguimiento por dermatologia, y neurocirugía para resección, de margen oncologico de tabla osea y ser derivado a radioterapia. Observandose en 6 meses recidiva del tumor, cefalea y fotofobia, se ingresa por neurocirugia, Realizan craniectomía con margen amplio de tabla osea, exceresis del tumor, durectomía y duroplastia con fascia interna del cuero cabelludo, cierre parcial del defecto con colgajo de transposición tipo limberg. En postoperatorio inmediato se evidencia neumoencéfalo a tensión que amerito reintervencion, fallece 6 horas después, por insuficiencia respiratoria aguda.

Conclusión: el sarcoma pleomórfico cutáneo es un tumor mesenquimal, infrecuente, de comportamiento agresivo y localización inusual. Donde como todos los tumores de piel es importante el diagnostico precoz.

463

Reconstrucción de defecto frontal mediante dermis artificial e injerto de piel del cuero cabelludo

Ángela Estenaga Pérez de Albéniz[1], Nuria Rodriguez Garijo[1], AlejanTomás Velázquez[1], Javier Antoñanzas Pérez[1], Marta Ivars Lleó[2], Pedro Redondo Bellón[1,2]
[1]Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España, [2]Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España

Introducción
La reconstrucción de defectos tras cirugía dermatológica oncológica puede suponer un reto para el cirujano. En defectos frontales pequeños, los colgajos locales y los injertos de espesor parcial o total pueden ser buenas opciones. En defectos grandes, en cambio, los colgajos locales pueden ser insuficientes y cuando el defecto es profundo e incluye periostio, los injertos no son viables. Las dermis artificiales pueden suponer una buena alternativa para el cierre de este tipo de defectos en región frontal.

Caso clínico
Presentamos una paciente de 41 años, fototipo II, con historia de intensa fotoexposición desde la infancia. En 2017 se diagnosticó un carcinoma basoescamoso microcordonal en región frontal, que requirió tratamiento quirúrgico en tres ocasiones (marzo de 2017, marzo de 2018 y julio de 2019). En la última intervención se procedió al cierre del defecto mediante injerto de espesor total obtenido en brazo derecho, que abarcaba aproximadamente dos tercios de la región frontal. Acudió a nuestra consulta en enero de 2020, presentando tres nuevas lesiones erosivo-costrosas en piel circundante al injerto. Tras confirmarse la recidiva multifocal con biopsias tipo punch, en febrero de 2020 se procedió a la exéresis de la lesión completa mediante cirugía de Möhs en parafina, incluyendo todo el periostio subyacente. Dos días más tarde se cubrió el hueso frontal expuesto con una dermis artificial (Integra®). Pasadas 4 semanas se retiró la lámina de silicona y se cubrió con un injerto de piel de espesor parcial obtenido del cuero cabelludo parieto-occipital, con resultado excelente.

Discusión y conclusiones
Integra® es una dermis artificial con estructura bicapa; la capa más profunda está compuesta por una red de colágeno bovino y glicosaminoglicanos, cubiertos por una lámina de silicona. La malla de colágeno es infiltrada por células endoteliales y fibroblastos que migran desde la piel sana circundante, formando una “neodermis” en el plazo de 3-6 semanas. Pasado ese periodo es necesario realizar un injerto de piel de espesor parcial.(1)
Existe amplia evidencia en la literatura de la utilidad de dermis artificiales en la reconstrucción de defectos cutáneos profundos y/o muy extensos en cuero cabelludo, pero su uso en reconstrucción facial es menos frecuente.(2)
Presentamos un caso de defecto amplio y profundo en región frontal, que fue reconstruido mediante el uso de Integra® y un injerto de piel parcial del cuero cabelludo, con un buen resultado cosmético. Se comenta la idoneidad de esta zona dadora frente a otras áreas anatómicas.

Palabras clave
Cirugía dermatológica, Cáncer de piel, dermis artificial.

Bibliografía
1. Jones I, Currie L, Martin R. A guide to biological skin substitutes. British Journal of Plastic Surgery. 2002.
2. Johnson MB, Wong AK. Integra-based reconstruction of large scalp wounds: A case report and systematic review of the literature. Plast Reconstr Surg - Glob Open. 2016.

490

Doença de Bowen pigmentada periungueal: Relato de caso

Tatiane Benini[1], Elizabeth Leocadia Fernandes[1], Maria Luiza Mussi Stefan Oliveira[1]
[1]*Universidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, Brazil*

Introdução
A Doença de Bowen pigmentada é uma forma incomum da doença, sendo que poucos casos de acometimento periungueal foram relatados. A etiologia permanece desconhecida e diferentes apresentações clínicas podem coexistir, parecendo-se com lesões benignas ou malignas das unhas. Apresentamos um caso Doença de Bowen pigmentada periungueal. O motivo da apresentação é demonstrar a raridade do caso em questão.

Caso clínico
Paciente do sexo feminino, quinta década, relata surgimento de lesão ungueal há 6 meses. Exame dermatológico revelou melanoníquia de cor castanho escura com hiperqueratose subungueal de mesma tonalidade no terceiro quirodáctilo direito. Exame dermatoscópico caracterizado por linha marrom escura longitudinal que se estende à região periungueal, com presença de áreas sem estruturas e grumos de cor marrom escuro e preto na região subungueal na borda distal da unha do 3º quirodáctilo direito. Procedeu-se biopsia excisional, cujo exame histológico revelou atipia de espessura total dos queratinócitos epidérmicos, pigmento de melanina na epiderme inferior; núcleos grandes, redondos e hipercromáticos com mitoses nas papilas dérmicas, compatível com Carcinoma espinocelular "in situ" pigmentado (Doença de Bowen).

Conclusão
A Doença de Bowen é um carcinoma espinocelular in situ da pele e mucosas que normalmente apresenta-se como uma placa eritematosa descamativa. A Doença de Bowen pigmentada apresenta-se como uma placa hiperpigmentada com superfície descamativa ou hiperceratótica, com quantidade variável de pigmentação. Pode simular clinicamente queratose seborreica, queratose actínica, carcinoma basocelular, nevo atípico ou melanoma. A causa da doença de Bowen inclui danos solares, exposição ao arsênico, radiação, imunossupressão e infecção pelo HPV. O carcinoma espinocelular ungueal é um tumor maligno raro que geralmente origina abaixo da lâmina ungueal. A ocorrência de Doença de Bowen periungueal foi relatada na literatura, e poucos casos de melanoníquia longitudinal associada à doença de Bowen na unidade ungueal foram descritos. À dermatoscopia podem ser visualizados vasos glomerulares e superfície com escamas na forma pigmentada e não pigmentada, e presença de grumos marrons e áreas sem estruturas na forma pigmentada. Apesar de sua raridade, a Doença de Bowen pigmentada periungueal deve ser incluída entre os diagnósticos diferenciais das lesões que simulam melanoma.

510

Factores de riesgo asociados a desarrollo de cáncer de piel no melanoma mediante valoración clínica dermatológica en pacientes de 30 a 80 años en Ecuador

Deysi Milena Bastidas Torres[1], Daniela Catalina Caicedo Chávez
[1]*UCE/Pugsya, Quito, Ecuador*

Introducción: La frecuencia del Cáncer de Piel no Melanoma se ha incrementado debido fundamentalmente a una mayor exposición a la luz ultravioleta de los individuos en sus actividades diarias y se considera parte principal de la carga mundial de enfermedades. En Ecuador representa la segunda causa de enfermedades oncológicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico analítico de casos y controles aplicando un muestreo para casos y controles. La muestra fueron 42 casos con diagnóstico clínico e histopatológico de cáncer de piel no melanoma atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito-Ecuador, entre 30 y 80 años y 42 controles sin cáncer de piel no melanoma, que asistieron al mismo servicio y en igual grupos de edades.

Resultados: En los casos predominó el grupo de 70- 80 años de edad (29,8%), el sexo masculino (27,4%) y la procedencia urbana (42,9%). Los factores de riesgo asociados fueron, de acuerdo al análisis de Odds Ratio, la edad mayor de 50 años, los antecedentes familiares y la exposición ocupacional a las radiaciones UV. El lugar de residencia de los casos fueron las provincias de Pichincha (25%) seguidos de Chimborazo (13,1%) e Imbabura con (8,3%), el fototipo de piel que predomina en casos y controles fue el tipo III de fitzpatrick con un 44% no existió ningún caso que haya tenido antecedente de uso de fototerapia, el tipo de cáncer de piel que predomino fue el Carcinoma Basocelular con 83,3%. Se realizo un examen clínico dermatológico donde se evaluó lesiones premalignas y por fotodaño la zona de piel que predomino fue el rostro 48,8% con un valor de p 0,026 seguidas del dorso de manos 15,5%, las lesiones premalignas que predominan son queratosis actínicas y las lesiones por fotodaño son las ritides valor de p 0,016.

Conclusiones: La probabilidad de que un adulto mayor a 50 años presente cancer de piel no melanoma es de 10 veces superior que para los adultos menores de 50 años. Para los individuos que se exponen al sol durante el trabajo el riesgo es 2,390 veces mayor que para los que no se exponen. Los individuos con una historia familiar positiva de cáncer de piel tienen una probabilidad o riesgo de 6,50 veces más de presentar cáncer de piel no melanoma con relación a los que no tienen este antecedente.

512

Perfil genético del melanoma y nevos acrales en una población chilena

Marcos Silva Feistner[1], Elena Ortiz Lazo[1], Álvaro Abarzúa[1], Pablo Uribe[1], Sergio González[1]
[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción:
El melanoma lentiginoso acral (MLA) tiene una reducida supervivencia general y supervivencia libre de enfermedad. EL MLA presenta aberraciones cromosómicas en CCDN1, TERT y KIT. Existen pocos estudios que comparen el perfil genético o la expresión de proteínas entre MLA y Nevos Acrales (NA).

Objetivo:
Comparar el perfil genético entre MLA y NA en población chilena utilizando análisis de expresión de proteínas por inmunohistoquímica.

Métodos:
Se realizó estudio observacional de casos y controles evaluando la expresión inmunohistoquímica de CCND1, TERT, BRAF y KIT en MLA y NA.

Resultados:
NA presentó una expresión CCND1 significativamente mayor (91% y 69% respectivamente p = 0.007) y expresión de TERT (63% y 19% respectivamente, p <0.001) en comparación con MLA (Figura 2 A y B).
NA mostró una expresión de KIT significativamente menor en comparación con MLA (23% frente a 44% respectivamente, p = 0.044) (Figura 2 C).
No hay diferencias significativas en la expresión BRAF entre NA y MLA.
Hubo una expresión significativamente mayor de CCND1 en MLA in situ en comparación con MLA invasivo (91% y 57% respectivamente; p = 0,005). (Figura 3)
Para los MLA invasivos, la positividad de BRAF se correlacionó significativamente con un mayor grosor de Breslow (2.7 frente a 1.2 mm; p = 0.03) (Figura 4); y los MLA invasivos con expresión BRAF, mostraron una invasión linfovascular significativamente mayor.

Discusión:
En nuestra cohorte, el MLA mostró una positividad significativamente mayor de la expresión de CKIT, a la vez que una expresión negativa de CCND1 y TERT.
La positividad de CCND1 fue significativamente mayor para la MLA in situ en comparación con la MLA invasiva.
La positividad BRAF se asoció significativamente con marcadores pronósticos peores.

513

Conocimientos y prácticas sobre prevención de melanoma maligno cutáneo en pacientes que consultan a dermatología en un hospital de segundo nivel en Cali, Colombia

Natalia Calvache Hernández[1,2], Robinson Pacheco[1], Jairo Victoria[1,2], David Andrés Arias[1,2]
[1]Universidad Libre, Cali, Colombia, [2]Hospital de San Juan de Dios, Cali, Colombia

Introducción:
El melanoma es la forma más seria de cáncer de piel y su incidencia continúa incrementando en todo el mundo. La probabilidad de morir aumenta a medida que avanza la enfermedad y se retarda el tratamiento. Explorar el conocimiento que tiene la población sobre el melanoma, respecto a los factores de riesgo principales y las prácticas que usan para prevenirlo, es un primer paso para tomar medidas de salud pública, con el propósito de evitar su aparición y que consulten temprano. El objetivo del estudio fue describir los conocimientos y prácticas sobre prevención de melanoma maligno cutáneo en pacientes que consultaron a dermatología en un hospital de segundo nivel en Cali.

Materiales y métodos:
Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes ≥18 años que asistieron a consulta externa de dermatología en el Hospital San Juan de Dios en Cali, Colombia y que aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio. Se realizó una encuesta compuesta por 5 preguntas de conocimientos y 8 de prácticas. Se encuestaron 200 personas. Se obtuvo consentimiento informado verbal y escrito de todos los participantes. Los datos fueron tabulados en una base de datos electrónica en Microsoft Excel. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados:
Se encuestaron 143 (71.5%) mujeres y 57 (28.5%) hombres. La mediana de edad fue 50 años RIQ (32.5 – 60.2). El 76% pertenecía a estratos sociales I y II. La mayoría (77.5%) tenían educación primaria y/o bachillerato. Con respecto al conocimiento sobre qué es melanoma: 38 (19%) personas respondieron que el melanoma era un cáncer de piel, 128 (64%) manifestaron no saber qué era y 34 (17%) pensaron que era una enfermedad benigna o una infección cutánea. El 88% respondieron no conocer ni haber escuchado sobre el ABCD en melanoma. El 70% contestó no saber si el melanoma causaba muerte.

Un total de 183 (91.5%) personas identificaron la exposición solar como un factor de riesgo, sin embargo, otros factores como: quemaduras solares en la niñez, tener muchos lunares, ser de piel blanca y ojos azules, familiares con melanoma, fueron declarados situaciones que no aumentaban el riesgo cáncer de piel. El 59.5% recordó haber tenido una o varias quemaduras solares. El 38% nunca se ha revisado la piel en busca de lunares nuevos o de cambios en los lunares que tienen y el 43.5% nunca se ha buscado lesiones en las palmas y plantas.

La mitad de los pacientes (50.5%) afirmaron que nunca han utilizado bloqueador solar y 26% solo lo utilizaba en paseos. La principal razón por la cual no lo utilizaban fue por el costo elevado (74.5%), otras razones fueron: olvido (36%), no creían que protegiera del sol (10%), incomodidad al aplicarlo (10%). Con respecto al uso de medidas físicas, la más utilizada fue la sombrilla (49.5%), seguido de caminar por la sombra (48%), utilizar sombrero, gorra o cachucha (36.5%).

Conclusiones:
Este estudio documenta las deficiencias en el conocimiento y en las prácticas relacionadas a la prevención de melanoma y soporta la necesidad de campañas de educación pública.

515

Seguridad oncológica en el uso de metotrexato intralesional neoadyuvante en carcinoma epidermide cutáneo

Marta Bergón-Sendín[1], Ana Pulido-Pérez[1], Lucía Barchino-Ortiz[1], Ángel Manuel Rosell-Díaz[1], Lula María Nieto-Benito[1], Elisa Hernández de la Torre-Ruiz[1], Inmaculada Balaguer-Franch[1], Ricardo Suárez-Fernández[1]
[1]Servicio de Dermatología-Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Introducción
El metotrexato intralesional (MTX-il) es un tratamiento eficaz en la reducción del tamaño tumoral en el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). El objetivo de este trabajo es valorar comparativamente la tasa de recidivas y metástasis entre pacientes tratados con MTX-il neoadyuvante a la cirugía y aquellos tratados de forma exclusiva con cirugía.

Métodos
Hemos realizado un estudio prospectivo con dos cohortes de pacientes con CEC confirmado histológicamente: 100 casos que recibieron MTX-il en neoadyuvancia al tratamiento quirúrgico convencional (grupo 1-casos) y 100 casos con tratamiento quirúrgico exclusivo (grupo 2-controles). El grupo 1 (casos) recibió dos dosis de 20mg de MTX-il por tratamiento, separadas entre sí por una semana, antes del tratamiento quirúrgico.

Resultados
Se incluyeron 100 pacientes en cada cohorte. Se analizaron las características basales de ambos grupos para garantizar su comparabilidad: edad, sexo, antecedentes médicos, dimensiones tumorales iniciales, localización de la lesión, grado de diferenciación y subtipo histológico en muestra de biopsia e intervalo de tiempo transcurrido entre la inclusión en el estudio y el tratamiento quirúrgico definitivo. No se encontraron diferencias estadísticas en ninguna estas variables.
En el grupo 1(casos) un 93% de los pacientes redujo en tamaño tumoral antes de la cirugía y un 56% alcanzó la resolución completa de la lesión (confirmada histológicamente).
El periodo de seguimiento medio fue de 18,24±5,87 meses. En el grupo 1 (casos) un 2% de los pacientes presentó recidiva local del tumor y un 1% desarrolló metástasis ganglionares. En el grupo 2 (controles), se produjeron recidivas locales en el 2% de los pacientes y metástasis ganglionares en otro 2%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusiones
El MTX-il aporta indudables ventajas en el manejo del CEC ya que disminuye el tamaño tumoral y facilita el abordaje quirúrgico posterior. Por otra parte, consigue la resolución completa del tumor en un porcentaje muy elevado de los casos, lo que tiene indudables ventajas desde el punto de vista clínico y económico. Nuestro estudio, con un periodo de seguimiento medio de 18,24 meses, apoya la seguridad oncológica de esta terapia, al no haberse encontrado mayor tasa de recidivas ni metástasis respecto al tratamiento quirúrgico estándar. Otro dato relevante es la ausencia de recidivas o lesiones a distancia en aquellos pacientes que alcanzaron la resolución completa del CEC después del tratamiento con MTX-il. Esto coincide con lo descrito en la bibliografía disponible respecto al control oncológico conseguido con esta terapia, aportando datos referidos a una cohorte prospectiva con una casuística mayor que la recogida en estudios previos.

544

Un caso raro de linfoma cutáneo primario de células T en párpados. Reporte de un caso

Edith Torrejón Silva[1], San Encinas Maldonado[1], Félix Rollano Garabito[1], Martín Sangueza Acosta[2]
[1]Hospital de Clínicas, La Paz, Bolivia, [2]Consultorio de Patología, La Paz, Bolivia

Introducción. Los Linfomas del párpado son entidades raras cuyo diagnóstico suele ser difícil ya que enmascaran un diagnóstico de infección o inflamación sistémica, por lo cual se considera un desafío llegar al diagnóstico definitivo.

Caso clínico. Paciente masculino de 25 años de edad con dermatosis de 6 meses de evolución en párpados, de inicio súbito, asociado a diplopía y visión borrosa, tratado por oftalmología con antibióticos y corticoides sistémicos por dos meses y medio, con mejoría parcial. Al examen dermatológico se aprecia edema facial del tercio medio; en párpados inferiores presencia de placas edematosas eritematovioláceas, con telangiectásias en superficie, de consistencia pétrea, que se extienden hasta mejillas, bordes irregulares, de 4,3 cm de diámetro (lado izquierdo); 4,2 cm de diámetro (lado derecho) y 1,6cm de diámetro en párpado superior izquierdo (región infraciliar), dolorosas a la palpación, que limita la apertura ocular en ambos ojos. Asocia facies de luna llena.
Se realizaron dos biopsias en dos oportunidades, ambos estudios histopatológicos reportaron fibrosis perianexial, por lo cual fue tratado con Isotretinoína 20mg/día, con exacerbación del cuadro al mes de tratamiento. Se realiza un tercer estudio histopatológico de una nueva biopsia, la cual evidencia un proceso linfoproliferativo paniculítico de células T, CD45+, CD20-, CD3+, CD138-, CD8+, CD4-.
Se decide iniciar tratamiento quimioterápico, con esquema RCHOP, el paciente intercurre con TB renal, por lo que se reinicia esquema quimioterápico a los 4 meses de tratamiento específico, con buena respuesta al tratamiento

Conclusiones. Los linfomas del párpado pueden manifestarse en personas de edad joven, la biopsia y el estudio histopatológico revelan el diagnóstico y subtipo de linfoma del párpado. El linfoma de células T es el tipo menos frecuente de linfomas que afectan el párpado, su forma de presentación generalmente es unilateral, sin embargo existen otras formas de presentación raras como es la bilateral. Su diagnóstico diferencial debe realizarse con la Enfermedad e Morbihan, Síndrome de Melkersson-Rosenthal, amiloidosis, sarcoidosis, patología tumoral ocular, mixedema, angioedema así como patología autoinmune como LES, dermatomiositis y Enfermedad por IgG4, las cuales fueron descartadas en el caso presentado.

546

Prevalencia de cáncer cutáneo y hábitos de fotoprotección en un grupo de agricultores en España

Alba Navarro Bielsa[1], Manuel Almenara Blasco[1], Tamara Gracia-Cazaña[2], Ana García-Malinis[3], Carmen Quintana[6], Natividad Gavín[6], Raquel Martinez-Sánchez[6], Rocío Mateo-Gallego[5], Miguel Zazo[4], Yolanda Gilaberte[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, [2]Servicio de Dermatología, Hospital de Barbastro, Barbastro, España, [3]Servicio de Dermatología, Hospital San Jorge, Huesca, España, [4]Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España, [5]Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España, [6]Centro de Salud de Grañén, Huesca, España

INTRODUCCIÓN
Uno de los principales factores de riesgo para el cáncer cutáneo es la radiación solar ultravioleta (RUV). En una encuesta nacional realizada en España, el 16,9% de los trabajadores pasaba la mayor parte de su jornada laboral al aire libre. La agricultura es uno de los sectores que pertenece al grupo de profesionales al aire libre con mayor exposición crónica al sol.
Objetivo: estudiar la prevalencia del cáncer de piel en los agricultores y conocer sus hábitos de fotoprotección.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio observacional transversal prospectivo realizado en agricultores de la provincia de Huesca (latitud N42°) entre Mayo y Junio de 2019 para conocer sus hábitos de fotoprotección y su fotodaño. Para ello se utilizó un cuestionario validado sobre exposición solar y hábitos de fotoprotección, seguido de un examen de la piel realizado por dermatólogos para evaluar: fotoenvejecimiento medido por la escala de Glogau, presencia de nevus melanocíticos y lesiones de precáncer cáncer y cáncer cutáneo, además de colorimetría de la piel. Se realizó estadística descriptiva y analítica utilizado el test de chi cuadrado y correlación de Spearman.

RESULTADOS
Se incluyeron 215 agricultores (84,4% hombres; 65,8±14 [23-98] años) que trabajaban al aire libre al menos 20 horas por semana. La mayoría de ellos tenían fototipos II, III y IV (19.1%, 17.2% y 48.4% respectivamente). La media de años trabajados en los campo fue de 45±18 [0,55-80]. Se detectó queratosis actínicas (QA) en 89 participantes (41,4%), carcinoma basocelular (CBC) en 21 (9,8%), carcinoma espinocelular (CE) en 3 (1,4%) y lentigo maligno en 2 (0,9%). Las QA se clasificaron según el grado de Olsen, 77 participantes (35.8%) presentaron QA grado I, 42 (19.5%) grado II y 19 (8.8%) grado III. 128 agricultores (59.5%) presentaron un grado de fotoenvejecimiento IV.
Los sombreros o gorras fueron la medida de fotoprotección más utilizada,132 agricultores (61.4%) los usaron regularmente, seguido de gafas de sol (63 (29.3%)), fotoprotector FPS> 30 (36 (23.8 %)) y por último, fotoprotector labial (7 (3,3%)).
Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el grado de fotoenvejecimiento y la presencia de QA (ρ=0,452) y CBC (p=0,006), pero no con el CE. Las QA grado II y III se correlacionaron con el CE (ρ=0,142 y ρ=0,240 respectivamente), sin embargo el número total de QA no. No se encontró correlación entre presencia de CBC y de QA.

CONCLUSIONES
A pesar de la alta RUV a la que están expuestos estos trabajadores, la mayoría de los agricultores no usan regularmente medidas de fotoprotección.
La prevalencia de cáncer cutáneo no melanoma fue mayor en estos participantes que en la población general. En concreto, la prevalencia de QA obtenida fue del 40,9% sin restricciones de edad, muy superior al 28,6% obtenida en pacientes ambulatorios dermatológicos mayores de 45 años en España.
En pacientes con exposición solar crónica la presencia de QA grado II y III y no el número total de QA, podría ser un marcador de mayor vigilancia por su asociación con CE.

552

Melanoma desmoplásico con buena respuesta terapéutica a anti PD-1

María Noelia Andrade[1], Ana Luisa Gallmann[1], Julieta Roxana Brusa[1], Valeria Elizabeth Rossello[1], Anahí Bringas[1], Mabel Jimena Nocito[1], Santiago Rafael Bella[1], Andrés Guidi[1], Mariana Beatriz Papa[1]
[1]Clinica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Introducción: El melanoma desmoplásico (MD) es una variante poco común de melanoma, que suele presentarse como una tumoración indurada no pigmentada inespecífica, lo cual contribuye al retraso en su diagnóstico. Es más frecuente en hombres, sobre piel fotodañada de la cabeza y el cuello. Su histología característica exhibe células fusiformes en un estroma fibrótico denso, y las técnicas inmunohistoquímicas son fundamentales para su diagnóstico. Cuando la enfermedad es localizada, la escisión amplia con márgenes negativos es la terapéutica de elección, pudiendo utilizar radioterapia adyuvante para recurrencias locales, y en los casos avanzados se demostró excelente respuesta a la inmunoterapia con anticuerpos contra el receptor de muerte celular programada (anti PD-1) y el ligando (anti PD-L1).

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, de 49 años de edad, sin antecedentes patológicos, consultó por lesión tumoral mamelonada, de 3 por 2 cm de diámetro, eritematosa con telangiectasias, infiltrada y levemente dolorosa a la palpación, localizada en región malar derecha, de 8 meses de evolución. Se le realizó biopsia cutánea, cuyo informe histopatológico fue compatible con lupus profundo. Inicialmente recibió tratamiento con meprednisona 40 mg por día vía oral (VO) con dosis decrecientes, hidroxicloroquina 400mg por día VO, corticoide tópico e intramuscular, presentado empeoramiento clínico, por lo que se rotó a dapsona VO e infiltraciones locales con triamcilonona, sin respuesta terapéutica. Concomitantemente, se le realizaron tomografía axial computada y resonancia magnética, que informaron lesión infiltrante, polilobulada, de límites definidos, con un tamaño de 37 x 11 x 25 mm, que se proyectaba a tejido subcutáneo de región malar y nasogeniana derecha, sin compromiso óseo ni adenopatías, y se descartaron secundarismos. En análisis de sangre se evidenció citológico, eritrosedimentación, factor reumatoideo y complemento normales, anti DNA, ANA, anti Ro-La, Sm y RNP negativos. Se repitió biopsia cutánea insicional, informándose en el estudio histopatológico una neoplasia fusocelular con marcada desmoplasia, y con técnica de inmunohistoquímica se evidencia anticuerpo monoclonal positivo para vimentina y proteína S-100 en célula fusada, negativo para CD 34, permitiendo el diagnóstico de melanoma desmoplásico subvariante puro y elastosis grado 3. Debido a su rápido crecimiento y por su localización irresecable, se instauró tratamiento con Ipilimumab 3mg /kg asociado a nivolumab 1mg/kg cada 15 días, pero luego de 3 ciclos requirió internación por hepatitis y colitis ambas grado 3 secundarias a la inmunoterapia, por lo que recibió corticoide endovenoso con buena respuesta. Actualmente se encuentra medicada con nivolumab 1 mg/kg cada 15 días, y luego de 2 meses de tratamiento se objetiva mejoría clínica significativa.

Conclusión: La inmunoterapia ha demostrado mejorar el pronóstico en pacientes con neoplasias avanzadas. En el caso del MD metastásico o localmente avanzado, recientemente se comprobó su utilidad debido a que estos tumores poseen una importante carga mutacional y alta expresión de PD-L1. Presentamos el caso por manifestar una patología poco frecuente donde a pesar del retraso en su diagnóstico, presentó rápida respuesta al tratamiento con inmunoterapia.

583

Tratamiento satisfactorio del carcinoma de células basales con láser de colorante pulsado y láser CO2 fraccionado

Gabriel Huerta Rivera[1], Ileana Arreola Jáuregui[1], Aline Baeza Echeverría[1], Manuel Soria Orozco[1], Juan Basilio López Zaldo[1], Ilse Meyer Nava[1], Clara Madrid Carrillo, Iara Zaldo Rolón[1], Kenia Lepe Moreno[1]
[1]DERMACenter, Aesthetic Clinic Laser, Guadalajara, México

INTRODUCCION
El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más común. La cirugía es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. En las últimas décadas, se han analizado otras modalidades terapéuticas efectivas y seguras, que permiten tasas de curación adecuadas, así como una disminución de las recurrencias, la morbilidad y los costos asociados. Se presenta un análisis retrospectivo de la terapia combinada: láser de colorante pulsado (PDL) + láser fraccionado ablativo de CO2, entre pacientes hispanos de una clínica privada en México.

CASO CLÍNICO
Estudio retrospectivo de 5 pacientes con diagnóstico de CBC nodular o superficial entre octubre de 2019 y enero de 2020, no candidatos para cirugía convencional. Los pacientes, después del diagnóstico histopatológico y el consentimiento informado, se sometieron a tratamiento con 595 nm PDL, mancha uniforme de 7 mm, 45 ms, 10-15 J / cm2, con punto final de eritema y púrpura, seguido de láser fraccional ablativo con fluidez de 20- 30 J / cm2 y densidad de 25 en una pasada. El rango de edad fue de 34 a 68 años (promedio de 49 años), siendo 3 mujeres y 2 hombres. El tratamiento de 9 CBC se realizó en estos 5 pacientes, 67% (n = 6) correspondiente a CCB nodular y 33% (n = 3) a CCB superficial, por topografía el sitio principal estaba en la cara (67%), seguido de escisión (22%) y un caso en la extremidad superior (11%). No hubo eventos adversos inmediatos ni en citas posteriores. El seguimiento clínico e histopatológico se realizó a los 3 meses sin recurrencia de CBC.

CONCLUSIONES
En la literatura, se ha informado el uso de láser Nd:Yag de pulso largo de 1064 nm, PDL y láser fraccionado con tasas de curación de hasta 80% en CBC nodular y superficial, con seguimiento por tomografía de coherencia óptica o ultrasonido. El PDL está dirigido al proceso de angiogénesis activa para la nutrición del mismo tumor, a través del principio de fototermólisis selectiva de la vasculatura tumoral.
El láser de CO2 al provocar ablación a la profundidad deseada y coagular simultáneamente el tejido. Por otro lado, se ha descrito el uso de la terapia combinada, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía micrográfica de Mohs. Si bien lo que se informa en la literatura parece alentador, los estudios futuros se centrarán en una muestra más grande y en la estandarización de los protocolos y el seguimiento del paciente.

597

Fibroxantoma atípico: serie de casos tratados con cirugía micrográfica de Mohs

Michelle Roberts[1], Dolores Pilar Bastard[1], Amalia María Luna[1], Gastón Néstor Galimberti[1], Victoria Inés Volonteri[1], María Manuela Martínez Piva[1], Aldana Soledad Vacas[1], Leisa María Molinari[1], María Victoria Rodríguez Kowalczuk[1], Damián Ferrario[1], Luis Daniel Mazzuoccolo[1]
[1]Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción
El fibroxantoma atípico (FXA) es una neoplasia de origen mesenquimal fibrohistiocítico poco frecuente. Por sus características clínicas e histopatológicas, su diagnóstico es un desafío. Si bien autores refieren que es un tumor benigno, por la relación estrecha con el sarcoma dérmico pleomorfo (SPD), el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica con control de márgenes.
El objetivo es describir las características epidemiológicas y clínicas de los tumores con diagnóstico histopatológico de FXA tratados con cirugía micrográfica de Mohs (CMM). Describir además defecto quirúrgico inicial y final, número de estadios quirúrgicos requeridos para obtener márgenes libres, y tipo de reconstrucción utilizado para el cierre.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de FXA que fueron tratados con CMM en el Servicio de Dermatología del HIBA en el período comprendido entre septiembre 2007 y octubre 2019.

Resultados:
Fueron 17 los pacientes con diagnóstico histopatológico de FXA en el período en estudio. El 84% (n= 14) de sexo masculino. El promedio de edad fue de 79,6 años [54-94]. La localización tumoral más frecuente fue cuero cabelludo (N=10; 59%), seguida de rostro (N=6; 35%) y tórax (N=1; 6%).
Todos los pacientes fueron tratados con cirugía micrográfica de Mohs. La media de tamaño tumoral inicial fue 545,5 mm2 con una media de tamaño de defecto postquirúrgico final de 767,8mm2. La extensión subclínica media fue de 402,2mm2. Doce pacientes (71%) requirieron un solo estadio quirúrgico para obtener márgenes negativos, mientras que 5 (29%) requirieron 2 estadios. Con respecto a la técnica de reconstrucción utilizada, en 8 (47%) pacientes se realizó cierre simple por afrontación de bordes, 7 (41%) por segunda intención y 2 (12%) por colgajo.
Dos pacientes presentaron progresión a SPD con evolución desfavorable.

Conclusión:
En un período de 12 años, fueron sólo 17 los pacientes con diagnóstico de FXA, lo cual, en coincidencia con la literatura, refleja su baja incidencia.
En nuestro estudio, al igual que lo descrito por otros autores, se presentó en pacientes de sexo masculino, añosos, y en áreas fotoexpuestas.
La extensión subclínica de los tumores (promedio de 400 mm2) y el requerimiento de más de un estadio en el 29% de los pacientes, refleja por qué la CMM es el tratamiento de elección en estos tumores de comportamiento incierto.

624

Estudio clínico, epidemiológico e histopatológico de una serie consecutiva de pacientes con melanoma maligno en Hospital Carlos Bocalandro, Buenos Aires, Argentina. Periodo 1997-2019

Noelia Cardozo[1], Claudio Cambiasso[1], Romina Cuellas[1], Vanina Martínez Buttie[1], Natalia Pastore[1], Cecilia Raco[1], Maria Sol Rodriguez Barros[1], María Gabriela Plaza[1]
[1]Hospital Carlos Bocalandro, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN
El objetivo del presente estudio es determinar características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas de melanoma maligno.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, retrospectivo, y transversal en base a los datos de historias clínicas, registros electrónicos e informes histopatológicos de cáncer cutáneo tipo melanoma, realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital Carlos Bocalandro ubicado en la localidad de Loma Hermosa de la provincia de Buenos Aires, Argentina entre los años 1997 y 2019.

RESULTADOS
Obteniéndose que predominó en el sexo femenino con el 65%. Respecto a la edad el 49 % se ubicó entre los 61-80 años, 19,6 % entre 41-60 años, 15,6 % en mayores de 80 años, y con 14.7% menores de 40 años, con una media de 63.4 años.
Topográficamente con mayor afectación de tronco en un 29.4% en mujeres y en miembros inferiores en un 25.5% para el caso de los hombres, seguidos por miembro superior 18.6%, cabeza y cuello 15.6% y acral con un 11.7%; la forma clínica más frecuente fue el extensivo superficial con 52%, seguido por nodular en un 29,4%.
Al analizar la estacionalidad, los meses de enero y diciembre fueron los que registraron mayor cantidad de diagnósticos, siendo Enero el mes que encabeza la notificación con 17 casos.

CONCLUSIONES
El melanoma predominó en miembros inferiores en hombres y tronco en mujeres; sitios correlacionados con antecedentes de exposición solar intensa, intermitente y quemaduras y en el caso del sexo masculino podría estar dado por la exposición de ocupacional en la zona de trabajos de jardinería, albañilería y venta ambulante.
El diagnóstico mayormente fue durante la primavera –verano, asociándose a la menor cantidad de ropa con mayor exposición de superficie corporal, haciendo visibles "lesiones" que no fueron percibidas con anterioridad. Asimismo, relacionándose estas fechas con la exposición más intensa y con menos protección de la ropa a los rayos UV. Se observó leve inclinación hacia el sexo femenino en una relación 1.7/1, dado por la incorporación femenina al campo laboral o por predilección del hábito de "tomar sol", diferente con los datos de la estadística nacional, donde el sexo masculino asciende al 50,6%, con una prevalencia en fototipos tipo I y II siendo otro factor de riesgo para el desarrollo de melanoma. Clínicamente prevalece el melanoma extensivo superficial con el 52%, mientras que el acrolentiginoso solo en un 5,8%, guardando relación con la topografía menos frecuente. En nuestro estudio la edad promedio fue de 63.4 años con una tendencia al diagnóstico a edades más tempranas en el sexo femenino; interpretándose como una exposición más anticipada al sol, y/o de una consulta dermatológica más temprana; pero globalmente nuestros resultados muestran una consulta más tardía, justificando el desarrollo de más campañas de educación regional que promueva consultas y pesquisas más tempranas. Finalmente aunque observamos una incidencia de casos en aumento, cabe destacar la importancia de obtener datos, como antecedentes familiares de melanoma, presencia del síndrome de nevus displásico, y otros factores de riesgo, aún no claramente asociados, como por ejemplo el tabaquismo para proyecciones más exactas.

644

Epidemiología de cáncer de piel en pacientes trasplantados de órgano sólido: 8 años de revisión en un centro de tercera complejidad

Cheryl Distel[1], María Luz Bollea Garlatti, Mariana Paula Caviedes, Aldana Soledad Vacas, Barbara Agustina Hernandez, Dolores Pilar Bastard, Luis Daniel Mazzuoccolo
[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*

Introducción: El cáncer de piel (CP) representa la neoplasia más frecuente en pacientes trasplantados de órgano sólido (TOS)[1]. Respecto a la población general, los pacientes TOS presentan mayor incidencia de CP, recurrencia y riesgo de metástasis[2]. El objetivo de este trabajo fue describir la proporción de pacientes TOS que fueron atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), y de ellos, describir el tipo de evaluación. Describir la incidencia de CP en pacientes TOS, sus características clínicas, epidemiológicas y tratamiento.

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo. Se solicitó al área de gestión de la información para la investigación del HIBA el número total de pacientes TOS entre enero 2010 - diciembre 2017. Luego, se revisaron las historias clínicas de aquellos que fueron evaluados en el Servicio de Dermatología de este hospital.
Resultados: En el período de estudio, 292 de los 679 (43%) pacientes TOS fueron atendidos en dermatología. Se realizó evaluación pretrasplante en 41 de ellos (15%) y evaluación postrasplante adecuada en 141 (50%). El 19% fue evaluado al menos una vez al año. Se diagnosticaron 50 CP en 27 pacientes (9,2%). Veintinueve fueron carcinoma basocelular (CBC), 22 carcinoma espinocelular (CEC), uno melanoma y uno sarcoma de Kaposi (SK). La relación CBC:CEC fue de 1,3:1. Veintidós pacientes presentaron un único tipo histológico de tumor y 5 más de uno. El 74% de los tumores se localizaron en zonas fotoexpuestas. El tiempo al desarrollo del tumor desde el trasplante fue de 26,2 meses (rango intercuartílico 13,6 y 37,7). Respecto a la modalidad terapéutica implementada, 44/50 tumores fueron resueltos quirúrgicamente. En 43 se realizó cirugía micrográfica de Mohs y en 1 cirugía convencional, este último correspondió al melanoma variedad extensivo superficial. Un paciente recibió tratamiento tópico, en 1 paciente se indicó radioterapia, en 1 paciente tratamiento quimioterápico y en otro paciente se realizó cambio a un inmunosupresor de la familia mTor por presentar SK.

Conclusiones: A pesar de que el CP es la neoplasia más frecuente en pacientes TOS, menos del 50% de los pacientes fueron evaluados en dermatología. Y de ellos, en sólo la mitad se revisó todo el tegumento en búsqueda de neoplasias. Si bien nuestra incidencia se encuentra dentro de lo comunicado en la literatura mundial (2,5-53%)[3],[4]; creemos que tenemos un subdiagnóstico. A partir de estos resultados, se están realizando acciones para promover la derivación de los pacientes TOS a dermatología, su correcta evaluación y seguimiento.

Bibliografía:
[1]Berg D, Otley CC. Skin cancer in organ transplant recipients: epidemiology, pathogenesis, and management. J Am Acad Dermatol 2002;47:1-17.
[2]Miao Y, Everly JJ, Gross TG, et al. De novo cancers arising in organ transplant recipients are associated with adverse outcomes compared with the general population. Transplantation 2009;87:1347-59.
[3]Gonçalves Pereira C, Moritz Trope B, Ramos-e-Silva M. Non-melanoma skin cancer in renal transplant recipients: a study in a Brazilian reference center. Clin Cosmet Investig Dermatol 2015;8:339–344.
[4]Ramsay HM, Fryer AA, Hawley CM, Smith AG, Harden PN. Non-melanoma skin cancer risk in the Queensland renal transplant population. Br J Dermatol 2002;147(5):950–956.

647

Cirugía micrográfica de Mohs en pacientes trasplantados de órgano sólido: estudio retrospectivo de casos y controles

María Guillermina Ferraresso[1], Amalia Luna[1], Marian Caviedes[1], Lucía Peréz[1], Paula Crivaro[1], María Manuela Martínez Piva[1], Aldana Vacas[1], Damian Ferrario[1], Leisa Molinari[1], María Victoria Rodriguez Kowalczuk[1], Gastón Galimberti[1], Luis Mazzuoccolo[1]
[1]Hospital Italiano de Buenos Aires, Capital Federal, Argentina

Introducción:
El cáncer de piel no melanoma (CPNM) es la neoplasia más frecuente en los pacientes trasplantados de órgano sólido (44%) y se presenta a una edad más temprana, con mayor incidencia, agresividad, recurrencia y riesgo de metástasis que en la población general. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) constituye tratamiento de primera línea en estos pacientes.
El objetivo principal es describir las características del CPNM en pacientes trasplantados de órgano sólido tratados con CMM en el Hospital Italiano de Buenos Aires durante un período de 10 años y compararlos con un grupo control de pacientes no trasplantados que fueron tratados con CMM. Se evaluará la agresividad del CPNM por sus características histológicas, el número de estadios durante la CMM, la invasión subclínica y la evolución clínica.
Como objetivo secundario se describirán las características clínicas (relacionadas con trasplante, tratamiento inmunosupresor) de CPNM de los pacientes trasplantados tratados con CMM.

Materiales y métodos
El diseño del estudio es observacional retrospectivo de casos y controles. Se seleccionaron aquellos pacientes trasplantados de órgano sólido que fueron tratados con CMM por CPNM en el servicio de dermatología del Hospital Italiano de Buenos Aires en un período de 10 años y fueron comparados con un grupo de pacientes no trasplantados de órgano sólido que fueron seleccionados de acuerdo a fecha de cirugía, sexo y edad.

Resultados
Cincuenta y seis pacientes trasplantados de órgano sólido fueron tratados con CMM por 148 tumores de piel. El 59% presentaban trasplante renal; la mediana de tiempo desde el trasplante al desarrollo del cáncer de piel fue 6,6 años (RIC 3,3-13,1). Noventa y nueve controles fueron tratados por 175 tumores con CMM. En ambos grupos la mayoría de los pacientes no presentaba antecedentes de CPNM y se observó un predominio en el sexo masculino.
El tumor predominante en los pacientes trasplantados fue el carcinoma espinocelular (CEC) en un 60%, mientras que en el grupo control fue el carcinoma basocelular (CBC) en un 84%. En ambos grupos la localización más frecuente fue la de alto riesgo. La mediana de tumores tratados por CMM en el grupo de trasplantados fue de 2 (RIC 25-75= 1-3,5) y en el grupo control fue de 1 (RIC 25-75= 1-2). En ambos grupos el 2% presentó recurrencia local, con un tiempo a la recurrencia de 1,65 años en el grupo de trasplantados (RIC 25.75=1-2,1) y de 4,07 años en el grupo control (RIC 25-75=3,03-5,70).
El 67% de los tumores operados por CMM en el grupo de trasplantados resolvió en 1 solo estadio, mientras que en el grupo control se observó esto en un 57%,
La invasión subclínica del tumor fue de 138 mm en el grupo de trasplantados (RIC 25-75= 72-334) y de 83 mm en el grupo control (RIC 25-75=47-214).

Conclusiones
Los pacientes trasplantados tienen mayor número de tumores tratados por CMM, con predominio del CEC y mayor invasión subclínica del tumor. No se evidencio aumento de la recurrencia local en este grupo en relación al grupo control.

721

Angiosarcoma en cara. A propósito de un caso

Paola Andrea Urquijo Pérez[1], Oscar Eduardo Mora Hernandez[1], Monica Alejan España Valenzuela[1], Wilmer Andres Buitrago Hernandez[1]
[1]Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS, Bogotá, Barrios Unidos, Colombia

Introducción:
El angiosarcoma cutáneo es una neoplasia maligna derivada de células endoteliales que representa el 2% de todos los sarcomas y que se presenta con gran frecuencia en tejidos blandos, con mayor aparición en cabeza y cuello. Protagoniza un desafío importante en el momento del diagnóstico y pronóstico, debido la falta de bibliografía disponible por la baja tasa de presentación (dos a cinco casos por 1.000.000 personas al año), su curso agresivo y el desarrollo de metástasis temprana.
El diagnóstico a menudo se retrasa debido a su clínica inespecífica, ya que a menudo es confundido con una equimosis o un hematoma y por lo tanto se asemeja en gran medida a otro tipo de entidades.
El tratamiento aún no está definido con parámetros claros; sin embargo, se ha evidenciado que el pilar del tratamiento se basa en la combinación de cirugía y radioterapia, e igualmente es imprescindible tener en cuenta las características de extensión del tumor, edad del paciente, antecedentes patológicos y localización para definir el pronóstico y manejo adecuado.

Caso clínico
Se presenta caso de un paciente masculino de 87 años de edad, quien consulta por una masa de 6 meses de evolución en ala nasal izquierda, de crecimiento progresivo asociado a ulceración en la superficie y sangrado fácil. Se toma biopsia de piel con sospecha diagnóstica inicial de leishmaniasis mucocutánea, sin embargo a la histología se observa lesión neoplásica maligna compuesta por células grandes con núcleos pleomórficos y algunas mitosis pobremente diferenciadas compatible con angiosarcoma cutáneo, el cual se confirma con inmunohistoquímica. Se realizan tomografía de senos paranasales que evidencia masa de tejidos blandos anteriores a la fosa nasal izquierda, que se relaciona con ala nasal de 28x10 mm. Se remite a cirugía de cabeza y cuello donde indican rinectomía total sin embargo el paciente fallece durante el procedimiento quirúrgico.

Conclusiones
El angiosarcoma es una neoplasia maligna rara, derivada de células endoteliales vasculares que tiene predilección por la piel y tejidos blandos superficiales. Su comportamiento es muy agresivo, con gran tendencia a la recidiva local y con una supervivencia a 5 años de entre el 12% y el 34% según la mayoría de los estudios. Al ser un tumor de baja frecuencia de presentación y ser muy agresivo con alta tasa de mortalidad, los casos reportados son pocos; por lo cual publicar y dar a conocer esta patología hace que se pueda realizar un diagnóstico oportuno y por ende un tratamiento a tiempo. Sin embargo hay que tener en cuenta que muchas veces el manejo es desalentador. Ambos hechos nos motivan a presentar este caso tratado en el Hospital de San José en Bogotá Colombia.

741

Perfil clínico e histopatológico de carcinoma basocelular en menores de 40 años

Wendoline Almeida Vega[1], Víctor Fernando Muñoz Estrada[1]
[1]*Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, México*

Introducción.
El carcinoma basocelular es el cáncer de piel no melanoma más común a nivel mundial, con una incidencia de 3.5 millones de casos diagnosticados por año, de este un 80% corresponde a carcinoma basocelular, actualmente encontrando un aumento del 10% su incidencia; se cuenta con escasa información epidemiológica, clínica e histopatológica del carcinoma basocelular en menores de 40 años, el objetivo de nuestro estudio es identificar las características clínicas e histopatológicas del carcinoma basocelular en este grupo poblacional.

Material y métodos.
Estudio observacional, descriptivo, ambispectivo y transversal en pacientes menores de 40 años con diagnóstico clínico e histológico de carcinoma basocelular realizado en la consulta externa de Dermatología del Hospital Civil de Culiacán, en un periodo de tiempo del 1 de enero de 1994 al 31 Noviembre de 2021, los datos se obtuvieron de fuentes directas.

Resultados.
En un período de 27 años se estudiaron 1078 pacientes, de los cuales 17.72% (n=191) fueron menores de 40 años. La edad mínima presentada fue de 22 años, máxima de 39 años, con una media de 35 años. De 0 a 20 años no se registró ningún caso, el 85.86% (n=164) correspondió a pacientes entre 30 y 39 años de edad. Respecto al sexo, la mayoría de los pacientes fue al sexo femenino en 54.45% (n=104), con una relación hombre mujer de 1:1.19. La ocupación más frecuente fue ama de casa en 43.46% (n=83), el 100% de los pacientes (n=191) provenían de 8 de los 18 municipios que componen el estado de Sinaloa, principalmente Culiacán en 51.80% (n=99). El fototipo cutáneo de Fitzpatrick más común correspondió al fototipo III en 42.93% (n=82), en relación a la topografía, el 100% (n=191) de los casos se presentó en cabeza y de ésta, la región más frecuente fue nariz 63.35% (n=121). Respecto a la morfología, la forma más común fue la nodular en 62.83% (n=120). El patrón histológico de carcinoma basocelular, predominó el tipo sólido en 58.64% (n=112).

Conclusiones.
En nuestra población existe un alto porcentaje en incidencia de carcinoma basocelular en menores de 40 años, siendo un grupo poco estudiado, encontramos en el estado de Sinaloa una incidencia mayor en amas de casa probablemente a una exposición prolongada y repetida a los rayos UV durante el día, observamos mujeres mayormente afectadas ya que son el grupo poblacional que busca mayor atención en salud en comparación con el sexo masculino, en cuanto a otras regiones geográficas y distintos grupos de edad no hay diferencia respecto a su localización facial, específicamente nasal en su variante nodular con patrón sólido. Este estudio tiene como objeto marcar la pauta para seguir estudiando esta patología a nivel mundial específicamente en un grupo poco estudiado e igualmente vulnerable.

767

Melanoma y vitiligo: un fenómeno inmunológico a ser comprendido

Lílith Sodré De Souza Eller[1], AlejanJmelnitsky[1], Cesar Chiappe[1], Gabriela Poppi[1], Ana Clara Acosta[1], David Muhafra[1]
[1]Hospital General de Agudos José Maria Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

La asociación entre melanoma y lesiones hipocrómicas símil vitiligo es un fenómeno inmunológico observado y descrito en la literatura. Presentamos una serie de 7 pacientes con diagnóstico de melanoma y vitiligo. A todos se les realizó extirpación quirúrgica completa de la lesión, 5 pacientes fueron tratados con radioterapia, quimioterapia y/o biológicos, 2 pacientes no recibieron ningún tipo de terapia adyuvante. Pese al seguimiento estricto, todos nuestros casos presentaron metástasis y además vitiligo en el curso de su enfermedad.

Caso N° 1: mujer, 66 años, fototipo 2. Presentó en 2005 melanoma extensivo superficial en brazo izquierdo. A los 5 años metástasis tratada con dacarbazina e interferón. A los pocos meses aparición de lesiones símil vitiligo en cara, tronco y miembros superiores que persisten hasta la actualidad.

Caso N° 2: mujer, 38 años, fototipo 3. Presentó en 2009 melanoma nodular en pierna derecha y metástasis ganglionar. Realizó extirpación completa asociado a dacarbazina, interferon y radioterapia. Al año presentó nueva metástasis y recibió nuevo ciclo de dacarbazina, radioterapia, interferon, cisplatino, carmustina e infiltraciones intralesionales con interferón. Evolucionó con lesiones símil vitiligo en región peri oral, pre esternal, escapular derecha y axilas. Falleció a los pocos meses.

Caso N° 3: mujer, 74 años, fototipo 2. Presentó en 2009 melanoma acrolentiginoso en planta del pie derecho. Realizó extirpación quirúrgica completa, recibió radioterapia, pembrolizumab e ipilimumab. Presentó metástasis cutáneas y posteriormente lesiones símil vitiligo en dorso de ambas manos. Falleció a los pocos meses.

Caso N° 4: hombre, 68 años, fototipo 2. Presentó en 2013 melanoma extensivo superficial. No realizó controles posteriores. En 2016 consultó por nuevas lesiones tumorales y ganglionares al mismo tiempo que presentó lesiones símil vitiligo en cuero cabelludo, nariz, dorso, región pre esternal y escroto. Discontinuo el seguimiento.

Caso N° 5: hombre, 64 años, fototipo 3. Presentó en 2015 melanoma acrolentiginoso. Realizó seguimiento estricto hasta que en 2021 metástasis en región pre esternal y aparición de lesiones símil vitíligo en cara. Falleció a los 5 meses sin haber recibido terapia adyuvante.

Caso N° 6: mujer, 60 años, fototipo 4. Presentó en 2015 melanoma acrolentiginoso en hallux izquierdo. Realizó extirpación completa, vaciamiento ganglionar y radioterapia. En 2019 fue tratada con pembrolizumab por progresión y al mes evolucionó con lesiones símil vitiligo periorales.

Caso N° 7: mujer, 43 años, fototipo 4. Presentó en 2019 melanoma acrolentiginoso en talón izquierdo. Realizó extirpación completa, radioterapia y nivolumab. A los 3 meses se observaron lesiones símil vitiligo en región perioral que persisten hasta la actualidad.
El interés del caso radica en comunicar que la presencia de melanoma y vitiligo en nuestra experiencia demostró ser una asociación de mal pronóstico, ya que todos nuestros pacientes presentaron metástasis pese al tratamiento quirúrgico y/o sistémico recibido. En el futuro, queda por descubrir si la asociación de melanoma y vitiligo es un fenómeno inmunológico que podrá servir como criterio a ser evaluado en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en esta enfermedad.

769

Carcinoma hemorragiectoide: presentación clínica infrecuente de metástasis cutánea por adenocarcinoma pulmonar

Nelson Lobos-Guede[1,2,3,4], Felipe Carvajal Villarroel[2], Paloma Matus Concha[3], Catalina Silva-Hirschberg[3], Magdalena Delgado Barros[4,5]
[1]Dept. de Cirugía Cabeza y Cuello, Servicio de Dermato-oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile, [2]Dept. de Radioterapia, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile, [3]Dept. de Dermatología, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile, Santiago, Chile, [4]Dept. de dermatología, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile, [5]Dept. de Anatomía Patológica, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción:
Las metástasis cutáneas (MC) son poco frecuentes y ocurren en el 5-10% de los pacientes con neoplasias internas. Los tumores primarios de origen más comunes son el adenocarcinoma de mama, pulmón y melanoma. Clínicamente, las MC pueden presentarse de forma pleomórfica, siendo más frecuentes los nódulos dérmicos. Generalmente, tienden a aparecer en la región vecina al tumor primario, pero no siempre es así. Pueden simular tumores benignos y malignos, múltiples dermatosis y lesiones vasculares debutando como placas inflamatorias, fibróticas, esclerodermiformes, similares a vasculitis, queratoacantomas y granulomas telangiectásicos, entre otros. Un tipo especial y muy inusual de MC es el carcinoma hemorragiectoide. Corresponde a un subtipo inflamatorio de MC caracterizado por placas violáceas, purpúricas e induradas, que a la histología evidencia infiltración de células tumorales en vasos sanguíneos, linfáticos o ambos. A la fecha, solo se ha descrito en 4 pacientes con primarios en mama y conducto salival.
A continuación presentamos un caso de metástasis cutánea de adenocarcinoma pulmonar con morfología hemorragiectoide.

Caso clínico:
Mujer de 58 años con diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar primario con metástasis cerebrales en estadio IV. Recibió tratamiento combinado con cirugía, radioterapia y quimioterapia convencional. Debido a la progresión ganglionar durante el seguimiento, se decidió iniciar Nivolumab completando 8 ciclos con escasa respuesta. Evolucionó con aparición progresiva de placas violáceas-purpúricas extensas con algunas áreas infiltradas sobre hemicara izquierda, cuello, zona esternal, hombros, mamas y axilas asociadas a prurito y ardor. Fue referida al servicio de demato-oncología por sospecha de reacción adversa a Nivolumab realizándose una biopsia incisional que evidenció dermis infiltrada por nidos de células epiteliales atípicas, con extensas permeaciones en vasos sanguíneos y linfáticos. La inmunohistoquímica mostró positividad intensa para citoqueratina 7, TTF1 y NapsinA con lo cual se confirmó el diagnóstico de MC de adenocarcinoma poco diferenciado de origen pulmonar. Se realizó radioterapia externa (RTE) paliativa 20 Gy en 4 fracciones, evolucionando con una disminución significativa de la extensión, infiltración y sintomatología de las lesiones. Posteriormente, se indicó Erlotinib con mayor mejoría de las lesiones. La enfermedad se mantuvo estable transitoriamente, pero evoluciona con progresión ósea y deterioro progresivo que llevó al fallecimiento de la paciente.

Conclusión:
Las metástasis cutáneas son infrecuentes, pero cuando están presentes son un indicador de diseminación sistémica y mal pronóstico. El dermatólogo debe estar al tanto de sus diversas manifestaciones morfológicas para hacer un diagnóstico histológico oportuno. Cuando es posible, la resección quirúrgica es el tratamiento de elección, porque disminuye la carga tumoral mejorando funcionalidad, calidad de vida e incluso, parcialmente la sobrevida. En aquellos casos que están fuera del alcance quirúrgico, la combinación de terapias aplicadas directamente sobre la piel e inmunoterapia han demostrado ser más efectiva que cada una por separado. En nuestro caso el uso de RTE en dosis paliativas mostró por sí sola excelentes resultados disminuyendo la extensión, infiltración y sintomatología de las lesiones. Posteriormente, tras la indicación de Erlotinib, se obtuvo una sinergia terapéutica optimizando la respuesta. A nuestro entender, este es el primer caso de MC de adenocarcinoma pulmonar con morfología hemorragiectoide reportado.

775

Efecto de una intervención educativa en un grupo de adultos con alto riesgo para cáncer de piel, sobre las conductas de fotoprotección y la recurrencia de cáncer queratinocítico: ensayo clínico aleatorizado

Georgina Quetzalli Chirino Castillo[1], Martha Alejan Morales Sánchez[1], María Luisa Peralta Pedrero[1]
[1]*Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, México*

Introducción: El cáncer de piel se encuentra entre las neoplasias más frecuentes en población caucásica y su incidencia se ha incrementado durante los últimos años a nivel mundial. En México uno de cada tres pacientes con diagnóstico de cáncer, tiene cáncer de piel. Se han realizado múltiples estudios en los que utilizan intervenciones educativas, para promover las conductas de protección solar, todos ellos realizados en la población general o pacientes inmunosuprimidos, pero no en pacientes con antecedente de cáncer de piel.

Metodología: Ensayo Clínico Aleatorizado. A los pacientes en el grupo de intervención se les impartieron tres sesiones mensuales grupales, de 2 horas, con fines informativos, para incrementar la percepción de vulnerabilidad, desarrollar autoeficacia y autorregulación en el autocuidado. A los pacientes del grupo control se les entregó un folleto informativo. Las variables de estudio fueron número de lesiones inducidas por exposición solar (léntigos solares, queratosis seborréicas y queratosis actínicas), conductas de fotoprotección, percepción de riesgo de cáncer de piel, medición de eritema y pigmentación por regiones faciales y recurrencia de carcinoma queratinocítico. El seguimiento se realizó a los tres, seis y doce meses.

Resultados: 108 paciente participaron en el estudio, 52 en el grupo control y 56 en el grupo intervención. En el 41.1% de los participantes su percepción de riesgo fue mayor al finalizar el estudio, en comparación con el grupo control en el cual sólo el 21.2% incrementó el puntaje ($p < 0.05$). Las conductas de fotoprotección de mayor frecuencia en ambos grupos fueron: usar protector solar FPS>30, buscar la sombra para evitar el sol y evitar el sol de las 10 a las 16:00 horas. Tres pacientes del grupo control desarrollaron un nuevo carcinoma basocelular y dos pacientes carcinoma epidermoide a los 12 meses de seguimiento, en contraste, ningún paciente del grupo de intervención tuvo diagnóstico nuevo

Conclusiones: Si bien hubo un aumento en la percepción de riesgo de cáncer de piel, no observamos cambios significativos para las conductas de fotoprotección entre grupos. Sin embargo, ningún paciente del grupo de intervención presento un nuevo diagnóstico de carcinoma a los 12 meses de seguimiento.

788

Abordaje quirúrgico diagnóstico en melanoma subungueal: reporte de caso

Valeria Álvarez Rivero[1], Daniel Alcalá Pérez[1]
[1]Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, México

El melanoma subungueal acral es una variante de melanoma acral que afecta el aparato ungueal, tiene una incidencia anual de 0.1 por 100,000 habitantes, sin distinción de raza o sexo, representa el 50% de los melanomas en fototipos altos, es más frecuente entre 50-70 años de edad y afecta principalmente extremidades inferiores en la 1era o 2nda lámina. Se presenta como melanoniquia longitudinal irregular, con distrofia, ulceración y signo de Hutchinson. Cuenta con mal pronóstico (25-51% supervivencia a 5 años) debido a su naturaleza agresiva, poca respuesta a terapias inmunomoduladoras y retraso diagnóstico ya que imita múltiples condiciones clínicas e histológicas. La tasa de recurrencia y el ancho de la escisión local correlacionan con el grosor de Breslow, el cual en este tipo de tumores cuenta un promedio de 3mm. Algunos casos el diagnostico se dificulta por los diagnósticos diferenciales, y su abordaje quirúrgico para realizar la biopsia; se debe conocer la anatomía, patogenia así como tener cierta habilidad quirúrgica para escoger el sitio de la biopsia en la matriz, lecho o ambas y si es necesario realizar una exploración de la matriz ungueal mediante alguna ventana o colgajo de la piel, levantar sólo la lamina ungueal o realizar exéresis total. Los melanomas subungueales en niños son raros aun en nuestra población en la que el melanoma acral ocupa el primer lugar. Es poco frecuente que en la misma región anatómica se presente un nevo compuesto y un melanoma subungueal dificultando más el diagnóstico.
Paciente femenino de 10 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México. Acude por presentar dermatosis localizada a extremidad superior izquierda que afecta 100% de la 1era lámina ungueal. Constituida por una neoformación pigmentada asimétrica, con bordes regulares, diferentes tonos de color, de 1.3x1cm con borde distal elevado la cual presenta desde el nacimiento, a la dermatoscopía se observan bandas longitudinales de pigmento con pérdida del paralelismo, de diferentes grosores, pigmento con distribución granular, afecta hiponiquio y paroniquio con signo de hutchinson.
Interrogatorio, madre refiere presentar desde el nacimiento un lunar con dolor a la palpación. Sin antecedentes personales de importancia. Se realiza una primera biopsia incisional en la que se reporta nevo compuesto y verruga viral. Se toma segunda biopsia debido a las características clínicas y se diagnostica nevo compuesto con displasia leve. Con este diagnóstico se programa extirpación total de la lesión en la cual se diagnostican 2 tumores, melanoma acral lentiginoso tipo subungueal Clark 2, Breslow 0.5mm, 1 mitosis por campo, moderada reacción inflamatoria sin invasión linfovascular ni neural, y además nevo intradérmico con patrón congénito. Se refiere al servicio de oncología pediátrica para su tratamiento integral.
El melanoma es el cáncer de piel más agresivo. <5% de los nevos congénitos evolucionan a melanoma, de ahí la importancia de realizar un adecuado escrutinio para un diagnóstico temprano y certero. Por tal motivo el dermatólogo debe conocer la evolución y patogenia del melanoma así como la anatomía del aparato ungueal para poder realizar el abordaje quirúrgico diagnóstico y terapeutico.

825

Eficácia e segurança do creme de 5-Fluorouracil 5% versus peeling com solução de Jessner e 5-Fluorouracil 5% loção no tratamento do campo de cancerização cutâneo: um ensaio clínico randomizado

Ana Claudia Shwetz[1], Juliano Villaverde Schimitt[1], Anna Carolina Miola[1]
[1]*Universidade Estadual Paulista - UNESP, Botucatu, Brazil*

Introdução: A estabilização e tratamento das queratoses actínicas (QA) e campo de cancerização cutâneo (CCC) pode diminuir a incidência de neoplasias cutâneas. O 5-Fluorouracil (5-FU) 5% é a terapia padrão ouro no tratamento do CCC. O peeling com solução de Jessner pode ser utilizado como meio para permitir maior penetração do 5-FU, sem a necessidade de aplicação diária – conferindo melhor posologia ao medicamento.

Métodos e casuística: Ensaio clínico randomizado, autocontrolado, aberto, em que 15 pacientes com três a dez QAs por antebraços foram randomizados para obter 5-FU 5% creme (uma vez ao dia por quatro semanas – grupo 5-FU) ou peeling de solução de Jessner associado ao 5-FU 5% loção (uma vez por semana, por quatro semanas – grupo peeling). O objetivo principal foi o clareamento total de lesões após 180 dias do início do tratamento. Os objetivos secundários foram clareamento parcial (>50%) e redução da atividade do CCC, avaliada através do escore de gravidade das QAs (EGQA) e escala do fotoenvelhecimento dos antebraços (EFA) antes do início dos tratamentos e ao final de 180 dias. Os efeitos colaterais foram avaliados após 30, 60 e 180 dias. Todos os pacientes incluídos fizeram parte da população ITT (intention to treat). A contagem de QAs, ECGA e EFA foram comparados de acordo com o tempo e grupos (ao longo do tempo) pelo modelo linear generalizado de efeitos mistos. A significância adotada de p (bicaudal) foi de <0.05. Não houve nenhum dropout durante a realização do estudo.
Resultados: Constatou-se um clearance total de 13,33% com o peeling e de 26,67% com o 5-FU 5% creme; clearance parcial (>50%) em 73,33% no grupo peeling e 80% no grupo 5-FU. A ECGA diminuiu 55% e 74% com o uso do peeling e 5-FU, respectivamente. Ambos os tratamentos melhoraram os sinais de fotoenvelhecimento nos antebraços. Em ambos os grupos, a dor foi o principal efeito colateral relatado após 30 dias. A ulceração significativamente maior no grupo 5-FU após 30 e 60 dias.

Conclusão: O tratamento com peeling de solução de Jessner com 5-FU 5% loção semanal e o 5-FU 5% em monoterapia diária são seguros e eficazes no tratamento de QAs e do campo de cancerização. O 5-FU em forma de peelings semanais apresentou menos efeitos colaterais e maior comodidade na aplicação, quando comparado ao uso do 5-FU 5% creme uma vez ao dia. Trata-se de uma terapêutica interessante e que deve ser colocada no arsenal terapêutico do dermatologista.

836

Siringoma condroide en filtrum simulando un quiste epidérmico

Iñigo Aranguren López[1], Iraide Bernal Simón[2], Mary Yohana Silva Carmona[2], José Zubizarreta Salvador[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, Donostia-san Sebastián, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián, España

INTRODUCCIÓN
El siringoma condroide, también llamado tumor mixto cutáneo, es una rara neoplasia anexial cutánea benigna derivada de las glándulas sudoríparas, aunque algunos autores lo clasifican como un hamartoma adquirido. Es un tumor que clínicamente puede simular múltiples neoplasias, tanto benignas como malignas, por lo que supone un reto diagnóstico para el dermatólogo. Presentamos un caso de siringoma condroide en filtrum que simulaba un quiste epidérmico.

CASO CLÍNICO
Varón de 65 años, sin antecedentes de interés, presentaba en filtrum una lesión única de aparición hace 1 mes, con rápido crecimiento. La exploración física mostró en piel de filtrum derecho una lesión nódulo-quística de 1cm de diámetro, bien delimitada, con consistencia dura al tacto, móvil, no adherida a planos profundos. La piel suprayacente a la lesión no presentaba alteraciones. La dermatoscopia resultó inespecífica. Ante la sospecha de un quiste epidérmico, se practicó una exéresis con márgenes estrechos.
El análisis histopatológico demostró en dermis e hipodermis una lesión nodular bien delimitada que presentaba 2 componentes diferenciados: por un lado, células epiteliales cuboideas que formaban nidos y estructuras ductales y glandulares; por otro lado, rodeando a este componente epitelial, un abundante estroma de escasa celularidad con diferenciación condroide y mixoide. No se hallaron signos de atipia citológica ni otros hallazgos sugestivos de malignidad. Los bordes quirúrgicos se encontraban libres de lesión. Con estos datos, se llegó al diagnóstico de siringoma condroide. Un año después de la extirpación, el paciente no mostraba recidiva de la lesión.

CONCLUSIONES
El siringoma condroide es una neoplasia muy infrecuente, representando menos del 0.1% de los tumores cutáneos primarios. Típicamente se presenta como una lesión cutánea o subcutánea de pequeño tamaño (1-3cm) y crecimiento lento en cabeza y cuello, con especial predilección por el área nasal, mejillas y labio superior, afectando habitualmente a varones adultos. Aunque existen casos descritos de transformación maligna, generalmente se considera una neoplasia benigna e indolente. Su diagnóstico histológico resulta sencillo, encontrándose una población celular dual que consta de islas de células epiteliales rodeadas por un estroma abundante que puede presentar diferenciación cartilaginosa, mixoide o lipocítica, entre otros. En función del patrón de diferenciación del componente epitelial, el siringoma condroide puede dividirse en 2 tipos, ecrino y apocrino. A pesar de sus bien definidas características histológicas, clínica y dermatoscópicamente el siringoma condroide puede simular una gran variedad de lesiones tanto benignas (quiste epidérmico, nevus azul, cilindroma, espiradenoma, poroma ecrino, dermatofibroma, neurofibroma, pilomatricoma) como malignas (carcinoma basocelular, tumores anexiales malignos), por lo que es preciso incluirlo en cualquier diagnóstico diferencial de lesiones nodulares de pequeño tamaño que asienten en cabeza y cuello. El tratamiento de elección es la exéresis mediante cirugía.

846

Margen quirúrgico requerido para la resección completa de melanoma in situ y microinvasor, tipo lentigo maligno y acral lentiginoso, por técnica de “espagueti”

Zonia María Quijada Ucelo[1], Mariana Catalina De Anda Juárez[1], María Elisa Vega Memije[1]
[1]Hospital General Manuel Gea González, Ciudad de México, Ciudad de México

Objetivos: Reportar el margen quirúrgico requerido para la resección completa de melanoma in situ y microinvasor descrito por técnica de “espagueti”; características demográficas, clínicas e histopatológicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron todos los expedientes clínicos y reportes histológicos de pacientes con melanoma in situ y microinvasor, tipo lentigo maligno y acral lentiginoso, tratados con técnica de “espagueti”; obtenidos de la base de datos de cirugía dermatológica y dermatopatología del Hospital General Manuel Gea González, durante el período 2013 al 2021.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes: lentigo maligno (n= 9) y melanoma acral lentiginoso (n= 6). El margen quirúrgico promedio para resección del tumor fué de 10.5 mm con una media de 1.46 tiempos quirúrgicos de la técnica de “espagueti”. La edad promedio de presentación fué de 72.6 años, el diámetro promedio de 2.2 cm y el tiempo de evolución de 5.9 años. El tiempo de seguimiento promedio fue de 2.3 años. La tasa de control local fue de 92.4%, con una (n=1) recurrencia a distancia por melanoma in situ a los 36 meses.

Conclusiones: El promedio de margen requerido para la curación de lentigo maligno y melanoma acral lentiginoso fue de 10.5 mm. La técnica de “espagueti” es simple y confiable, demostró resultados funcionales y resolutivos preservando el tejido adyacente. No requiere una formación específica de cirujanos o patólogos; los pacientes no quedan con una herida abierta antes de la reconstrucción final. Una desventaja es que en el primer estudio histopatológico se obtiene un nivel de Breslow provisional, el cual puede variar en el estudio final.

861

Análisis de los cambios en seguimiento digital de los nevus azules utilizando técnicas de inteligencia artificial y genética: Estudio de cohorte retrospectivo de 21 años

Francesc Alamon Reig[1], Marc Combalia[1], Laura Serra-García[1], Cristina Carrera[1,4], Llúcia Alós[2], José Luis Villanueva-Cañas[3], Joan Anton Puig-Butillé[3], Susana Puig[1,4], Josep Malvehy[1,4], Sebastian Podlipnik[1]

[1]Servei de Dermatologia, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España, [2]Servei d'Anatomia Patològica, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España, [3]Laboratorio CORE de Biología Molecular, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España, [4]Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España

Introducción:
Los nevus azules son proliferaciones melanocíticas dérmicas benignas que a menudo son fáciles de reconocer clínicamente. En raras ocasiones, estas lesiones pueden mostrar hallazgos atípicos, como un crecimiento progresivo, que puede indicar la aparición de un nevus azul maligno o simular metástasis cutáneas de melanoma. La determinación del curso natural de los distintos subtipos morfológicos de nevus azules puede ser útil para tomar decisiones clínicas, como cuándo monitorizar o extirpar estas lesiones. El objetivo de este estudio fue describir la evolución clínica de los nevus azules a lo largo del tiempo, evaluar la necesidad de seguimiento digital de estas lesiones y evaluar el perfil molecular de los nevus azules que presentan un comportamiento atípico.

Material y métodos:
Realizamos un estudio de cohorte retrospectivo de 103 pacientes que se habían sometido a un seguimiento digital entre diciembre de 1998 y noviembre de 2019. Se utilizó un algoritmo de inteligencia artificial de aprendizaje activo para identificar los nevus azules de la base de datos de dos dispositivos de epiluminiscencia digital. Para caracterizar las lesiones que presentaban un crecimiento progresivo, se estudió el perfil genómico molecular mediante next generation sequencing.

Resultados:
De las 279 lesiones identificadas, se incluyeron 124 nevus azules en seguimiento de 103 pacientes. Solamente dos de los nevus azules incluidos (1,61%) presentaron crecimiento progresivo en el tiempo y fueron extirpados. Los nevus azules en crecimiento resultaron ser nevus azules celulares que presentaban una baja carga de mutación tumoral y se identificó la alteración GNAQ c.626A>T en ambas lesiones.

Conclusiones:
Los nevus azules se mantienen estables en el tiempo en términos de tamaño. En raras ocasiones, algunos nevus azules celulares pueden mostrar un crecimiento progresivo, aunque no se han identificado signos histopatológicos o moleculares de malignidad en estas lesiones. En consecuencia, el seguimiento digital de los nevus azules no parece necesario y solo deberían extirparse aquellas lesiones que presenten características clínicas o dermatoscópicas sospechosas.

866

Precisión diagnóstica de la biopsia con aguja guiada por imagen en el estadiaje inicial y seguimiento de pacientes con melanoma: experiencia en vida real

Laura Serra García[1], Jesica Eliana Radonich[1], Ignasi Martí Martí[1], Ramon Vilana[1], Enric Ripoll[1], Marcelo Sánchez[1], Llúcia Alós[1], Cristina Carrera[1], Susana Puig[1], Josep Malvehy[1], Sebastian Podlipnik[1]
[1]*Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España*

Introducción
El desarrollo de metástasis locorregionales o a distancia empeora significativamente el pronóstico de los pacientes con melanoma, siendo la supervivencia a los 5 años del 59% y del 25%, respectivamente. Su detección precoz es, por tanto, clave para iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible.
El presente estudio pretende estimar la precisión diagnóstica de la biopsia con aguja guiada por imagen para detectar metástasis de melanoma en práctica clínica real.

Materiales y Métodos
Estudio de corte transversal retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes en seguimiento en la Unidad de Melanoma de un hospital de tercer nivel desde noviembre 2004 hasta febrero 2021, sometidos a biopsia con aguja guiada por imagen durante el estadiaje inicial o seguimiento. Se recogieron datos demográficos, características histológicas del tumor primario y metástasis, estadiaje según la 8ª edición de la AJCC, técnica de biopsia, localización anatómica y gold standard (confirmación histológica o seguimiento clínico-radiológico). Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN). El estudio se realizó siguiendo los estándares para el reporte de precisión diagnóstica (STARD) de 2015.

Resultados
Se incluyeron un total de 600 biopsias realizadas en 460 pacientes, 59% varones, con una edad media de 57 años, diagnosticados de melanoma: 50% de extensión superficial y 30% nodular. El estadiaje más frecuente fue IIIC (28%), seguido de IIB y IIA. Las biopsias se practicaron mayormente durante el seguimiento, mediante punción aspirativa con aguja fina guiada por ecografía, sobre adenopatías patológicas. Un 92% de las muestras fueron suficientes para diagnóstico, resultando melanoma en 69% de los casos. El análisis estadístico reveló una sensibilidad y especificidad del 92% y 96% respectivamente, con un VPP del 98% y VPN del 82%. Se obtuvieron 6 (1%) falsos positivos y 32 (5,3%) falsos negativos. Los sub-análisis de sensibilidad según tejido biopsiado, localización anatómica, tamaño de la lesión y técnica empleada revelaron una menor precisión diagnóstica de las biopsias guiadas por imagen del pulmón, adenopatías inguinales y lesiones con un tamaño < 1 cm.

Conclusiones
La biopsia con aguja guiada por imagen en lesiones sugestivas de metástasis de melanoma presenta una alta sensibilidad y especificidad, pudiendo considerarse una herramienta útil para la detección de metástasis de melanoma, lo que permite instaurar precozmente un tratamiento que alargue la supervivencia de estos pacientes. El tipo de tejido, localización anatómica y tamaño de la lesión sospechosa pueden influenciar la precisión diagnóstica. Ante un resultado negativo de la biopsia con alta sospecha clinico-radiológica de malignidad, aconsejamos realizar un seguimiento estrecho o repetir la biopsia para evitar falsos negativos.

868

Carcinoma basocelular supergigante. Tratamiento con inhibidores Hedgehog

José Luis López Estebaranz[1], Reyes Gamo Villegas[1], Diana Ruiz Genao[1], Claudia Sarro Fuente[1], Miguel Vela Ganuza[1], José Gregorio Álvarez Fernandez[1], Oscar Cerezo Aranda[1], Henar Sanz Robles[1]
[1]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

Introducción:
El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente. En general son de pequeño tamaño al diagnóstico y tienen excelente pronóstico con un tratamiento precoz que es quirúrgico en la mayoría de los casos. Se conoce como carcinomas basocelulares gigantes aquellos de más de 5 cm de diámetro y supergigantes a aquellos con un diámetro mayor de 20 cm. Apenas se han descrito 11 casos de estos últimos que conllevan mayor riesgo de metástasis y mortalidad.

Caso Clínico:
Presentamos el caso de una mujer de 56 años que acude por presentar en espalda lesión ulcerada de más de 26 años de evolución que sangraba en últimos meses y presentaba exudación seropurulenta. En la exploración se objetivo una lesión ulcerada endofítica de 26 x 20 cm con bordes sobreelevados friables y sangrado superficial con exudación seropurulenta. Refería haber recibido radioterapia local por malformación vascular en la infancia en zona lumbar. El estudio histológico de dos biopsias de los bordes de la lesión confirmó el diagnóstico de carcinoma basocelular infiltrativo. En pruebas complementarias en TAC toracoabdominal se objetivó invasión hasta fascia muscular sin invasión de tejidos periféricos ni metástasis a distancia. En analítica se observó una anemia microcítica hipocroma con valores de Hb de 7.3 gr/dl y reactantes de fase agua elevados. Tras valoración por comité de tumores se decidió iniciar tratamiento con inhibidores vía Hedgehog para hacer un debulking y reducción tumoral química y valorar posible cirugía posteriormente. Tras 12 meses de tratamiento con sonidegib 200 mg/ día se objetiva una reducción de más del 50% del tamaño tumoral inicial sin haber presentado efectos adversos significativos y con normalización de la anemia tras control hemorragia y aporte de hierro oral.

Conclusiones:
Los inhibidores de la vía Hedgehog, vismodegib y sonidegib están aprobados para el tratamiento del carcinoma basocelular avanzado o metastásico no subsidiario o refractario al tratamiento con cirugía o radioterapia. Las tasas de respuesta objetiva (ORR) para vismodegig y sonidegib descritas son del 47 y 60% a los 21 y 18 meses respectivamente. El caso presentado ha mostrado una respuesta satisfactoria tras 12 meses de tratamiento con sonidegib sin presentar efectos adversos. Es sorprendente hoy día la existencia aun de tumores de estas características en pacientes que no consultan antes por alteraciones psicológicas o miedo a la enfermedad.

872

Valoración de la calidad de vida en pacientes con neoplasias cutáneas malignas en Colombia

Natalia Giraldo[1], Daniel Camilo Aguirre[1], Gloria Sanclemente Mesa[1]
[1]*Grupo de investigación GRID, Facultad de medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

Introducción: La incidencia del cáncer de piel ha venido en aumento en las últimas décadas lo que implica una gran carga para la atención dermatológica. Como en general estas neoplasias (excepto el melanoma), suelen no asociarse con una importante mortalidad, pero si con una alta morbilidad, los resultados reportados por los pacientes en estas neoplasias son muy relevantes ya que la percepción de dicho trastorno de la piel puede diferir de la de los profesionales de la salud, del de las aseguradoras de salud y del tipo de población estudiada.

Objetivo: Valorar el impacto en la calidad de vida de los pacientes colombianos con neoplasias malignas cutáneas que acudieron a consulta en diferentes instituciones de salud de Colombia.

Materiales y métodos: Este estudio descriptivo de corte transversal incluyo datos de pacientes recolectados de manera prospectiva, sumado a datos retrospectivos de pacientes recolectados en un estudio multicéntrico que incluyó pacientes de diferentes ciudades de Colombia. En ambos casos se utilizó el mismo cuestionario. Se encuestaron individuos mayores de 16 años, de cualquier sexo ya sea hospitalizados o atendidos en la consulta dermatológica ambulatoria que hubiesen firmado el consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con cualquier discapacidad mental. Para la evaluación de la calidad de vida se usó la versión validada en Colombia del instrumento Skindex-29.

Resultados: En la muestra de pacientes recolectados de manera prospectiva se incluyeron un total de 94 pacientes (47% hombres y 53% mujeres), con una edad media de 66,3 años. El 91,5% de los pacientes pertenecieron a los estratos económicos más bajos. El 96,7% de los pacientes presentaron fototipos claros (I-III). La media del puntaje total del Skindex-29 fue de 43±13,6, mientras que la de los dominios de síntomas, emocional y funcional correspondieron a 48,4±21,7, 48,5±14,8 y 35,2±13,5, respectivamente. En la muestra de pacientes recolectados de manera retrospectiva se incluyeron un total de 111 pacientes (43% hombres y 57% mujeres), con una edad media de 59 años. El 56,7% de los pacientes pertenecieron a los estratos económicos más bajos y la mayoría ya habían sido tratados al momento de la encuesta. La mediana del puntaje total del Skindex-29 fue de 18,1, mientras que la de los dominios de síntomas, emocional y funcional correspondieron a 21, 27 y 6,2, respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes correspondieron al carcinoma basocelular, al carcinoma escamocelular, al melanoma y al linfoma cutáneo de células T.

Conclusiones: En este estudio se confirmó que el cáncer de piel impacta en la calidad de vida de los pacientes afectados. Aunque la mayoría de los pacientes estudiados de manera retrospectiva habían comenzado el tratamiento al momento de la encuesta (lo que posiblemente condujo a obtener unos puntajes menores), los datos recolectados de forma prospectiva demuestran una gran afectación principalmente en los dominios global, de síntomas y de emociones. Es así como independiente del tipo de tumor, este diagnóstico afecta emocional y sintomáticamente a los pacientes por lo que cobra gran relevancia el promover el manejo integral de estos pacientes.

874

Carcinoma basocelular gigante infiltrante variedad Ulcus-Rodens de presentación atípica: reporte de caso

Sarahy Guadalupe Cerna Andrade[1], Conrado Romo Sanchez[1]
[1]*Instituto Dermatológico de Jalisco, Guadalajara, México*

Introducción. El cáncer queratinocitico es la neoplasia maligna más frecuente,el carcinoma basocelular (CBC) representa el 80% de los casos.1,2 Dentro de sus variantes se reconoce el tipo primariamente ulcerado (ulcus-rodens) una presentación rara y agresiva, que llega a producir invasión hasta músculo, cartílago y hueso. La presencia de metástasis es frecuente, por lo que tiene peor pronóstico. Se presenta en una edad media de 67.7 años, más frecuente en sexo masculino (2:1). Afecta primordialmente tórax posterior y cara. El CBC gigante, se define como aquella neoformación que mide 5 cm o más en su diámetro mayor. 3 4 Reportamos un caso de presentación atípica.

Caso clínico. Masculino de 39 años sin antecedentes de alcoholismo, uso de drogas, ni padecimientos psiquiátricos, sin otros comórbidos acude refiriendo prurito intenso en piel cabelluda desde hace un año, y úlcera de 2 meses de evolución tratada con antibióticos tópicos y sistémicos sin mejoría . Presenta dermatosis localizada en piel cabelluda en región temporal derecha, constituida por una neoformación ulcerada de 5x3x0.8cm, cubierta por costra amarillo-verdosa gruesa, y erosiones en la superficie, bordes edematosos eritemato-violáceos precisos, de evolución crónica. Se sospecha de úlcera traumática auto inflingida impetiginizada, se indicó tratamiento antimicrobiano tópico y sistémico de amplio espectro, así como desbridación, con vigilancia estrecha. Figura 1 Al seguimiento presenta úlcera limpia con bordes realzados y zonas de aspecto perlado, sin adenomegalias, a la dermatoscopia presenta fondo rojo lechoso, telangiectasias finas-cortas, vasos arborizantes, y nidos ovoides de coloración azul/grisácea. En base a características clínicas y dermatoscópicas se sospecha de CBC y se toma biopsia. La histopatología reporta epidermis ulcerada con proliferación en la dermis de numerosos cordones de células basaloides inmersos en estroma fibroso. Figura 2. De acuerdo a las características clinicopatológicas se integró el diagnóstico de carcinoma basocelular infiltrante nodular-ulcerativo gigante agresivo variedad ulcus-rodens por lo que es enviado a servicio de cirugía dermatológica en donde se realiza cirugía de resección de tumor con 1 cm de margen y colocando apósito hidrocoloide para cierre secundario. Figura 3 El histopatológico de la pieza quirúrgica reportó bordes quirúrgicos libres.

Comentarios finales. Nuestro caso es relevante ya que se trata de un CBC gigante de variante rara y agresiva con presentación atípica en un paciente joven, en topografía no habitual e inmunocompetente, siendo imitadora de diversas dermatosis ulcerativas, mostrándonos la importancia de hacer un abordaje completo ya que el realizar el diagnóstico de forma oportuna y precisa influye directamente en el pronóstico. El estudio histopatológico y tratamiento quirúrgico son el estándar de oro, el cual requiere de un amplio margen quirúrgico (10.0 mm) con un riesgo de tumor residual de aproximadamente 68.0%.5

907

Carcinoma epidermoide sobre úlceras crónicas en paciente diagnosticado de Lepra

Román Miñano Medrano[1], Enrique Gómez de la Fuente[1], Yolanda Gómez Serna[1], Fernando Pinedo Moraleda[1], Ana Pampín Franco[1], Uxua Floristan Murazabal[1], Arantxa Muñiz de Lucas[1], Diana Ruiz Genao[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

Las úlceras en pacientes diagnosticados de lepra surgen como consecuencia de la anestesia cutánea debida a la lesión del sistema nervioso periférico. La úlcera de Marjolin es la degeneración maligna, generalmente un carcinoma espinocelular, de una úlcera crónica bien debida a una lepra o bien a otras etiologías no infecciosas. Su tratamiento es básicamente quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 78 años natural de Toledo con los antecedentes personales de lepra, hipertensión, hipercolesterolemia, insuficiencia renal crónica estadio 4-5, anemia de trastornos crónicos multifactorial, gammapatía policlonal reactiva. Primeros síntomas hacia los 14 años: alteraciones de la sensibilidad en MMII y alopecia en cejas fundamentalmente. Comenzó tratamiento, al principio con Dapsona y después con "J15" 1 comprimido diario durante muchos años hasta hace 6-8 años que se lo retiraron en Madrid. Desde los 16 años, y durante unos 4-6 años estuvo en Trillo en un sanatorio especializado. Entre los 20-30 años vino a Madrid y desde entonces le trataban en un centro de referencia para seguimiento de la enfermedad de Hansen en Madrid. Controles bianuales con baciloscopias (generalmente cejas, lóbulos) y análisis de sangre, todo negativo según el paciente. Durante 2 años recibió el tratamiento correcto según la OMS para esta enfermedad con tres fármacos. Respecto a las úlceras en miembros inferiores, comenzaron en torno a los 35-40 años; ha precisado: intervención de injerto cutáneo extenso sobre úlcera en pierna izquierda en una ocasión hace 25 años, cirugía de varices en pierna izquierda, pérdida de otro injerto en pierna derecha hace 1 año, varios ingresos desde el año 2000 en Cirugía Vascular por celulitis y, en general, presencia constante de úlceras sobretodo en MID extensas, de evolución tórpida por lo que acude a curas a este hospital. Remitido en el año 2001 por pico monoclonal IgG kappa, pero que en últimas analíticas se observa desaparición del componente monoclonal, siendo un aumento de IGG policlonal secundario a su proceso de base (ulceras crónicas).

Consultan al servicio de dermatología por presentar unalesión excrecente de unos 10 cm, friable al tacto y mal delimitada en los bordes de una de las úlceras en la pierna derecha. Se realizó estudio histológico que confirmo un carcinoma espinocelular. En el estudio de imagen (resonancia magnética) se observo infiltración muscular y ósea del tumor). Se decidió tratamiento quirúrgico, amputación infracondílea, que en un primer momento el paciente rechazó, accediendo posteriormente por el crecimiento de la lesión. Meses después aparece un nuevo carcinoma espinocelular en el borde de la úlcera de la pierna izquierda, con infiltración muscular. Se realizó amputación infracondílea. Al año de la última intervención el paciente fallece por complicaciones de insuficiencia renal.

Presentamos un paciente diagnosticado de lepra con úlceras de evolución tórpida con desarrollo de carcinoma espinocelular a pesar de realizar un seguimiento estrecho de las mismas, con biopsias repetidas y estudios de imagen. Patología descrita en la literatura pero poco frecuente y de dificultad diagnóstica.

921

Porocarcinoma ecrino. Una entidad poco frecuente

Mónica Alejan España Valenzuela[1]
[1]Fundacion Universitaria de Ciencias de La Salud, Bogotá, Colombia

Introducción.
El porocarcinoma ecrino, conocido también como poroma ecrino maligno, es un tumor de anexos localmente invasivo y con alta capacidad metastásica a ganglios linfáticos y viscerales. Es un tipo de cáncer de piel poco frecuente, de crecimiento lento y bastante agresivo originado en el acrosiringio de las glándulas sudoríparas ecrinas. Puede surgir de un poroma previo o de novo y puede reaparecer después de la escisión quirúrgica.

Se localiza más frecuentemente en las extremidades inferiores en un 65% de los casos. Su presentación clínica es variable, pueden encontrarse como placas verrugosas, lesiones nodulares o polipoides de tamaño variable.

En resumen, debido a su baja frecuencia, dificultad en el diagnóstico y escasas pautas terapéuticas disponibles en la literatura, el porocarcinoma ecrino se convierte en un desafío para el dermatólogo. Por ello, se presenta el caso de un paciente con diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímico de porocarcinoma ecrino en región escapular, tratado de manera exitosa con cirugía micrográfica de Mohs, con el objetivo de ilustrar las características clínicas y anatomopatológicas de esta entidad y fortalecer las pautas diagnósticas y terapéuticas claves al dermatólogo.

Caso clínico.
Se presenta un caso de un paciente masculino de 95 años de edad, quien consulta por una masa de 6 meses de evolución en región dorsal, de crecimiento progresivo asociado a ulceración en la superficie y sangrado fácil. Se toma biopsia de piel donde se observa un tumor del grupo poroma, con áreas de atipia citológica, erosión y focos con aspecto infiltrativo, compatible con porocarcinoma ecrino y se confirma con inmunohistoquímica siendo positivo para EMA (antígeno epitelial de membrana) y CEA (antígeno carcinoembrionario) en algunas células ductales del tumor, con abundantes células positivas para proteína P53 e índice de proliferación celular Ki67 del 35%.
Se realiza cirugía micrográfica de Mohs más reconstrucción con colgajo, obteniendo un resultado satisfactorio para el paciente.

Conclusiones.
El porocarcinoma ecrino representa un raro grupo de tumores de las glándulas ecrinas con un gran potencial destructivo a nivel local y metástasis. Es un tumor poco frecuente, donde su incidencia varía del 0,005% al 0,01% de todos los tumores de piel y se considera el tumor ecrino más prevalente. Se ha descrito su inicio como transformación maligna de un poroma ecrino benigno previo hasta en un 50% de los casos y aparición de novo, entre otras. Hasta la fecha, la resección quirúrgica es el pilar del tratamiento por su gran potencial metastásico. Se describe éste caso con el fin de resaltar la presentación inusual de éste tumor de piel y demostrar su variabilidad clínica que hace que se confunda con otros tipos de tumores cutáneos confiriendo un reto en el diagnóstico para el dermatólogo.

930

Carcinoma basoescamoso de la unidad ungueal: reporte de un caso

Gabriela Elizabeth Flores Raygoza[1], Georgina Sierra Silva[1], María Elena Reyes Moreno[1], María de las Mercedes Hernández Torres[1], Teresa de Jesús Corona Núñez[1], Itzel Anayn Flores Reyes[1]
[1]Instituto Dermatológico de Jalisco, Zapopan, México

Introducción
Las neoplasias malignas del aparato ungueal son poco frecuentes, siendo el carcinoma de células escamosas (CCE) la variedad más frecuentemente reportada.1 El carcinoma de células basales (CCB) en esta localización es infrecuente.2 Presentamos el caso de una paciente con CCB variedad basoescamosa en la unidad ungueal.

Caso clínico
Femenino de 87 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica de larga evolución en tratamiento.
Acude con dermatosis de año y medio de evolución, posterior a traumatismo en dedo de la mano, recibiendo múltiples tratamientos sin mejoría. A la exploración presenta una dermatosis en dedo pulgar izquierdo, pliegue lateral interno, así como lecho ungueal, localizada y asimétrica; constituida por una neoformación en forma de placa, irregular, de 1.2x0.4x0.3cm, superficie anfractuosa y queratósica, con costras hemáticas y destrucción de la lámina ungueal, bordes mal definidos, de evolución aparente crónica. A la dermatoscopia se observan áreas rojo lechosas, áreas blancas desestructuradas, masas de queratina y costras hemáticas. Se realiza toma de biopsia por sacabocado para estudio histopatológico en el cual se reporta carcinoma basoescamoso.

Conclusiones
El carcinoma basoescamoso (CBS) es un subtipo de CCB con diferenciación escamosa, el cual se considera una variedad poco frecuente, con una incidencia estimada del 1.2 al 2.7%.3,4 En la literatura no hay reportes epidemiológicos de este subtipo en topografía ungueal.
Es frecuente en personas de fototipos claros y predomina en hombres mayores de 70 años. 3,5 La localización más común es en cabeza y cuello. 3,6,7 La unidad ungueal resulta un sitio muy raro para el desarrollo de CBS.6 Existen reportes de CCB en la unidad ungueal, para el que se establece asociación con exposición solar crónica, traumatismo crónico, quemaduras, radioterapia, entre otros.2,8
La presentación clínica del CBS en esta localización es inespecífica y variada, lo que puede retrasar el diagnóstico.2,3,5 La dermatoscopia es de utilidad para sospecha diagnóstica, siendo los hallazgos encontrados con más frecuencia los vasos arborizantes no enfocados asociados a masas de queratina y áreas blancas sin estructuras (reportados en topografía extra ungueal), mismos que nos orientan a sospechar este diagnóstico.5,6
El estudio histopatológico es el estándar de oro para establecer diagnóstico.3,5 Se caracteriza por presentar dos elementos: un crecimiento infiltrativo de células basaloides y agregados de células escamosas, cerca del centro o dispersas por toda la lesión, ambos elementos separados por una zona de transición.3
El CBS tiene un comportamiento agresivo, con alto potencial de metástasis y recurrencias.3 El potencial metastásico de CBS oscila entre el 4 y el 8,4%.3,5 Los ganglios linfáticos regionales son el sitio más frecuente de metástasis.6
Este caso es relevante ya que no existen casos reportados en la literatura de CCB variedad basoescamosa en la unidad ungueal. Es importante sospechar de malignidad ante cuadros crónicos e inespecíficos en esta localización aunados a pobre respuesta terapéutica. Debemos apoyarnos en la dermatoscopia ya que nos orienta a sospechar CBS, sin embargo, el diagnóstico debe confirmarse con el estudio histopatológico.

932

Fascies leonina de larga evolución: Micosis Fungoides foliculotrópica

Carlos Daniel Sánchez Cárdenas[1], Tania Mendoza Ibarra, Marcela del Carmen García Ventura, Nancy Pulido Díaz
[1]*Instituto Mexicano Del Seguro Social, Centro Médico Nacional "La Raza", Ciudad de México, México*

Introducción
La micosis fungoides foliculotrópica es un subtipo de Micosis fungoides (MF) muy agresivo. Afecta las unidades foliculares, principalmente la cabeza y el cuello, con afección principal de las cejas. Tiene varias presentaciones: parches, placas, nódulos, lesiones acneiformes, comedones, quistes, alopecia y similar al prurigo nodular. La fascies leonina es rara. Con poca respuesta al tratamiento y mal pronóstico. Se presenta un caso de esta variante de MF con afección diseminada, facies leonina y de larga evolución.

Caso clínico
Femenino de 53 años, antecedente de Diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial sistémica. Acude al servicio de dermatología por dermatosis compuesta de múltiples placas, acompañadas de intenso prurito, con afección inicial en tronco y posterior diseminación a extremidades y cara, de 10 años de evolución. Tratamiento previo con esteroide tópico, sin mejoría. Refiere progresivo aumento de las lesiones y aparición de nódulos y úlceras dolorosas. Sin otros signos o síntomas acompañantes. A la exploración física; dermatosis diseminada a cara, tronco y extremidades, constituida por múltiples placas infiltradas, con pápulas foliculares, eritemato-violáceas, ulceradas, algunas con nódulos, costras hemáticas y mielicéricas, de bordes bien definidos, de múltiples formas y tamaños con destrucción nasal y deformación de la arquitectura de la cara. Se realiza biopsia, la cual reportó: Micosis fungoides foliculotropa (infiltrado de linfocitos atípicos con epidermotropismo, foliculotropismo y depósito de mucina en dermis), con presencia de eosinófilos >50%, con la siguiente inmunohistoquímica: CD3+, CD4+, CD7, 8 y 20 con patrón reactivo, CD4/CD8 6:1. Biometría hemática, DHL, VSG, PCR normales. Tomografía abdomino-pélvica simple y contrastada: Ganglios axilares e inguinales de características infiltrativas. Con lo anterior, se envía a Hematología quienes iniciaron baño de electrones y realizaron biopsia de ganglios linfáticos (con infiltración de células linfoides atípicas). Actualmente se encuentra con buena respuesta al tratamiento y en fase de remisión.

Conclusiones.
La MF foliculotrópica es una variante de MF reconocida por la Organización Mundial de la Salud. Afecta más a hombres (2-5:1), con una mediana de edad de 46-59 años. Puede presentar placas, parches o nódulos, con alopecia, induración, escamas y eritema; afectando cara y cuello en fases tardías, tronco y extremidades en fases tempranas. En nuestro caso, la presentación de múltiples lesiones en todo el cuerpo, compuesto de diferentes estadios, la destrucción facial (facies leonina) y la larga evolución de la paciente, hacen de este un caso atípico, demostrando la agresividad de esta variante de MF y la dificultad para pensar en este diagnóstico. El diagnóstico se realiza a los 18-48 meses después del inicio de las lesiones. En nuestra paciente, se tardó más de 9 años en realizar el diagnóstico, encontrando infiltración linfática y destrucción facial. La histopatología de esta patología: foliculotropismo con infiltrado perifolicular de linfocitos atípicos, con o sin mucinosis, siringotropismo, con expresión de CD4/CD8 DE 6-10:1, con o sin expresión de otros marcadores T. Lo anterior fue observado en nuestro caso.
Es importante tener en mente este tipo de linfoma en los pacientes con la clínica de nuestro caso, puesto que es muy agresivo y de muy mal pronóstico.

949

Angiosarcoma radioinducido tras cáncer de mama

Belén Romero Jiménez[1], Jorge Román Sainz[1], Fernando Gruber Velasco[1], Nicolás Silvestre Torner[1], Adrián Imbernón Moya[1], Sergio Tabbara Carrascosa[1], María Dorado Fernández[1], Marcela Martínez Pérez[1], Elena Vargas Laguna[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

Introducción:
El angiosarcoma (AS) cutáneo es un tumor infrecuente y agresivo originado a partir de las células endoteliales con tres variantes clínicas: clásica idiopática, radioinducida y asociada a linfedema crónico.

Caso clínico:
Presentamos una mujer de 77 años con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha tratado mediante cuadrantectomía, linfadenectomía, quimioterapia y radioterapia adyuvante en remisión clínica. Seis años después del tratamiento presenta unas lesiones cutáneas asintomáticas en la mama derecha de un mes de evolución, sin mejoría tras aplicación de corticoides tópicos. En la exploración dermatológica presenta máculas eritematovioláceas parcheadas induradas con predominio en cuadrante inferomedial y un nódulo violáceo periareolar. El estudio histológico reveló una neoplasia dérmica compuesta por una proliferación de estructuras vasculares tapizadas por células endoteliales con atipia y pleomorfismo. El estudio inmunohistoquímico mostró sobreexpresión de c-MYC y positividad para marcadores vasculares (CD34, CD31, ERG). Con el diagnóstico de angiosarcoma radioinducido y estudio de extensión negativo se realiza una mastectomía simple y en el seguimiento sigue sin recidiva.

Conclusiones:
El AS radioinducido se presenta habitualmente en mujeres mayores de 60 años que han recibido radioterapia por cáncer de mama, con tiempo de latencia variable y media de 6 años.
El tratamiento de elección es la cirugía radical por la multifocalidad, aunque parece que su combinación con radioterapia y quimioterapia puede ser más adecuada. No obstante, su pronóstico es malo, debido a la alta tasa de recidivas y metástasis ganglionar regional y pulmonar, con una supervivencia a 5 años entre el 28 y el 54%.
Ante la aparición de unas lesiones de aspecto contusiforme sobre una mama irradiada debemos valorar un diagnóstico diferencial que incluya AS, proliferaciones vasculares atípicas postradiación y malformaciones linfáticas. A nivel histológico puede simular otros tumores vasculares, siendo en la mayoría de los casos c-MYC positivo un dato clave para su diagnóstico. Dado el comportamiento muy agresivo e infiltrante, es fundamental la sospecha clínica para realizar un diagnóstico histológico temprano y un tratamiento precoz que disminuya la morbimortalidad.

952

Tumor mixto cutáneo: Reporte de dos casos

Fabiola Del Pino Troconis[1]
[1]Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela

El siringoma condroide, denominado tumor mixto de la piel, es un tumor cutáneo benigno, poco frecuente, con una incidencia aproximada de <0,01% de los tumores de la piel, constituido por estructuras epiteliales y mesenquimatosas. El diagnóstico clínico de este tumor es difícil, por lo que el estudio histopatológico es indispensable. Se presenta esta serie de casos por tratarse de un tumor primario cutáneo infrecuente con ubicación anatómica y variantes histológicas inusuales que se debe tener en cuenta al momento de plantearse el diagnóstico diferencial con otros tumores cutáneos.

1012

Progresión de melanoma durante tratamiento adyuvante y tratamiento secuencial posterior

Alberto Conde Taboada[1], Carlos Aguado[2], Lucía Campos[1], Elena González-Guerra[1], Álvaro Iglesias[1], María Luisa González[3], Eduardo López-Bran[1]

[1]Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, [2]Servicio de Oncología. Hospital Clínico San Carlos., Madrid, España, [3]Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos., Madrid, España

Introducción
El tratamiento adyuvante con inmunoterapia o terapias dirigidas ha demostrado mejorar la supervivencia libre de enfermedad en pacientes con biopsia selectiva de ganglio centinela positiva.

Caso clínico
Paciente mujer de 29 años que acude a revisión de nevus al servicio de dermatología. Se realiza la extirpación de una lesión en espalda, con el resultado anatomopatológico de melanoma infiltrante Breslow 2.4 mm, ulcerado. El estudio con PET-TC no mostró metástasis a distancia. En la biopsia selectiva de ganglio centinela se encontraron metástasis en los 2 ganglios centinelas extirpados. Se decidió iniciar tratamiento adyuvante con Nivolumab. Tras 5 meses de tratamiento, se produjo la aparición de múltiples lesiones pigmentadas nuevas por toda la superficie corporal. Con el diagnóstico de metástasis cutáneas se suspendió Nivolumab y se inició tratamiento con Dabrafenib y Trametinib. Tras este cambio dejaron de aparecer lesiones en la piel y se procedió a la extirpación conservadora de las metástasis. Los estudios de imagen no mostraron afectación visceral sistémica. Tras 10 meses con la terapia dirigida se produjo progresión de enfermedad a nivel de sistema nervioso central (lesión mesencefálica), hígado y pulmón. Se suspendió el tratamiento y se inició la combinación Ipilimumab + Nivolumab. Tras un ciclo de tratamiento se produce un empeoramiento del estado general con insuficiencia renal, pancitopenia e hipercalcemia, observándose progresión de las lesiones cerebrales y produciéndose finalmente el fallecimiento de la paciente.

Conclusiones
La aparición de los nuevos tratamientos de inmunoterapia y terapias dirigidas han modificado la actitud en los casos de melanoma avanzado. No obstante, siguen existiendo dudas en su manejo práctico; no hay estudios sobre la mejor aproximación en caso de progresión durante el tratamiento adyuvante como el caso que presentamos. Ante la pérdida de eficacia del tratamiento con inmunoterapia, en general se decide cambiar a terapias dirigidas (inhibidor BRAF+ inhibidor MEK) en caso de presentar mutación de BRAF. Más allá de este cambio, existen estudios que avalan la posibilidad de emplear la combinación nivolumab + ipilimumab (u otro tipo de inmunoterapia) en casos en los que el tumor ha progresado tras el uso de inhibidores de checkpoint inmune.

1021

Masa abdominal de rápido crecimiento: sarcoma de difícil tipificación

Giulia Greta Dradi[1], Elena García Zamora[1], Miguel Vela Ganuza[1], Arantxa Muñiz de Lucas[1], José Gregorio Álvarez Fernandez[1], Reyes Gamo Villegas[1], Marta Menéndez Sanchez[1], Elena Naz Villalba[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Servicio de Dermatología, Madrid, España

Introducción
Los sarcomas cutáneos constituyen un grupo amplio de tumores con comportamiento biológico y agresividad diferentes entre sí, que habitualmente requieren un tratamiento multidisciplinario y frecuentemente complejo.

Caso Clínico
Presentamos el caso de una paciente de 77 años con una placa infiltrada de 12 centímetros en el flanco derecho, de un año y medio de evolución. Tras descartar enfermedad a distancia se realizó una extirpación en bloque de la masa obteniendo márgenes libres. Pese a ello la paciente ingresó un mes y medio después por un derrame pleural masivo y en las pruebas de imágenes aparecieron lesiones hepáticas y pulmonares compatibles con metástasis que llevaron al fallecimiento de la paciente en pocos días. El estudio histológico evidenció un tumor de células claras con células epitelioides y zonas amplias de necrosis, núcleos vesiculosos con atipia y un elevado índice mitósico, sin una clara arquitectura establecida. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para desmina, y negatividad para SMA, HMB45 y S100, además de positividad para MITF1. Por su complejidad el caso fue enviado y revisado por patólogos expertos en tumores de partes blandas, y en conjunto la lesión fue más sugestiva de PEComa cutáneo maligno. Los pecomas son una familia de tumores mesenquimales de histogénesis aun incierta, aunque se piensa que derivan de células epitelioides perivasculares. Su localización más frecuente es el útero y otros órganos viscerales, aunque se han descrito casos en la piel de forma excepcional. En la literatura hay 34 casos publicados de pecomas cutáneos, de los cuales únicamente 7 cumplían criterios de malignidad. Debido a la rareza de este tipo de tumores, resulta de gran ayuda el estudio inmunohistoquímico, expresando típicamente marcadores tanto melanocíticos como de musculo liso. En cuanto al tratamiento no hay guías al respecto, cuando es posible se considera de primera elección una resección con márgenes y en casos de enfermedad avanzada, ya sea a local o a distancia, se han empleado distintos esquemas de quimioterapia y/o radioterapia. En nuestro caso, a pesar de conseguir una extirpación con márgenes libres la enfermedad avanzó rápidamente llevando a la muerte de la paciente en un corto plazo de tiempo.

Conclusiones
Presentamos un caso atípico de una mujer con una lesión de un año y medio de evolución, que tras acudir a nuestro servicio para estudio evoluciona de manera agresiva conllevando al fallecimiento de la paciente. Los estudios confirmaron un sarcoma de alto grado sugestivo de pecoma cutáneo maligno, una entidad rara con tan solo 7 casos publicados en la literatura.

1035

Linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes ALK+ simulando un granuloma piogénico en una paciente embarazada

Jorge Adsuar Mas[1], Amador Solà-Truyols[1], Mª Cruz Álvarez-Buylla[1], Verónica Fernández-Tapia[1], Àlex Llambrich-Mañes[1], Eva Marie Herding[2], Javier Ibarra de la Rosa[2], Fernando Terrasa-Sagrista[2], Mª Elisabet Parera-Amer[1]
[1]Hospital Universitario son Llàtzer, servicio de Dermatología, Palma de Mallorca, España, [2]Hospital Universitario son Llàtzer, servicio de Anatomía Patológica, Palma de Mallorca, España

Introducción. El linfoma cutáneo anaplásico de células grandes es un linfoma primario cutáneo de células T CD30+ conocido por su buen pronóstico y su buena respuesta al tratamiento. Se caracteriza por tratarse de lesiones nodulares o placas ulceradas de rápido crecimiento pudiendo remedar en ocasiones un granuloma piogénico. El diagnóstico durante el embarazo es excepcional.

Caso clínico. Mujer de 25 años gestante de 14 semanas remitida por una lesión en hombro izquierdo de reciente aparición. A la exploración se observó una lesión tumoral eritematosa y erosionada compatible clínicamente con un posible granuloma piogénico. Se decidió realizar exéresis en el quirófano y el estudio anatomopatológico informó de infiltración cutánea por un linfoma anaplásico de células grandes CD30+ y ALK+. El estudio de extensión mediante resonancia magnética y biopsia de médula ósea fue negativo y se completó el tratamiento con radioterapia local. La paciente dio a luz sin complicaciones y actualmente, más de un año después, está en seguimiento por Dermatología y Hematología libre de enfermedad.

Conclusiones. Es importante conocer que ciertos tipos de linfomas cutáneos se pueden presentar clínicamente simulando otras entidades como por ejemplo un granuloma piogénico. Además, es fundamental saber que la expresión de la proteína ALK es muy infrecuente en los linfomas anaplásicos de células grandes primarios cutáneos, siendo la expresión de ALK más frecuente (aunque no exclusiva) en los linfomas de origen nodal. Este caso es un ejemplo de que existen los linfomas cutáneos primarios de células grandes con expresión de ALK lo cual plantea dificultades a nivel diagnóstico y terapéutico teniendo en cuenta además que la paciente estaba embarazada.

1056

Carcinoma de células de Merkel: reporte de casos en los últimos 30 años

Melanie Reichardt[1], Martina Buffetti[1], Miguel Angel Mazzini[1], Alejandro Sanz[1], Mauro Etcheverry, Graciela Carabajal[1]
[1]Hospital Churruca Visca, Caba, Argentina

Introducción: El Carcinoma de Células de Merkel (CCM) es una neoplasia cutánea infrecuente de carácter agresivo. El característico perfil inmunohistoquímico y los avances en dicho método han contribuido al aumento en su diagnóstico, sin embargo en los últimos años se ha reportado un marcado aumento en su incidencia por razones desconocidas. El objetivo de este estudio es realizar una revisión de los casos de CCM diagnosticados en nuestro servicio con el fin de determinar el comportamiento de dicha patología en nuestra población en comparación con la bibliografía.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo cuyo criterio de inclusión fue la revisión de pacientes con diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímico de CCM en el periodo comprendido entre Enero 1992 y Enero 2022 en el servicio de Dermatología del Hospital Churruca Visca. Los datos se reportaron como medias, rangos y proporciones. Resultados: Se estudiaron 13 pacientes evidenciando un claro predominio masculino (69%) con una relación 2.25:1 y una media de 72 años de edad al momento del diagnóstico (48-89). En el periodo comprendido entre 1992 – 2007 (Grupo 1) se diagnosticaron 3 CCM mientras que en el periodo comprendido entre 2007 y 2022 (Grupo 2) se diagnosticaron 11 CCM. La media de tiempo de evolución de la dermatosis fue de 4 meses, localizándose en un 69% en zonas fotoexpuestas y un 31% en zonas no fotoexpuestas. La mayoría se presentó clínicamente como una lesión tumoral eritematocostrosa ulcerada, sin embargo tuvimos un paciente sin afectación cutánea primaria. Una cuarta parte de los pacientes presentaba antecedentes personales oncohematológicos y de inmunosupresión y el 30% de la población tenía antecedentes de patologías dermatológicas asociadas a la RUV como queratosis actínicas, CEC y CBC. Con respecto al estadio al momento del diagnóstico, el 23% presentaba compromiso ganglionar regional y el 23% debutó con enfermedad metastásica. El 54% de los pacientes falleció a causa de la evolución de la neoplasia y la media de sobrevida fue de 52 meses.

Conclusiones: Nuestros hallazgos en este estudio con respecto a la epidemiologia fueron similares a los señalados en la bibliografía. Se ha evidenciado en los últimos 15 años un marcado aumento en la incidencia de dicha patología, en concordancia con lo publicado recientemente. En nuestra institución en los últimos 15 años se han cuadriplicado los casos diagnosticados de CCM, en concordancia con estadísticas publicadas del Hemisferio Norte y Australia.
Resulta menester definir herramientas que contribuyan al diagnóstico precoz debido a la alta tasa de mortalidad de esta patología que también fue evidenciada en nuestra población, donde más de la mitad de los pacientes fallecieron a causa de esta neoplasia. A su vez un tercio de los pacientes presentaban concomitantemente patologías cutáneas asociadas a la radiación ultravioleta, por lo que recalcamos la importancia de la fotoeducación por parte de los dermatólogos como herramienta de prevención.
Esperamos que con el análisis de nuestra casuística podamos contribuir en futuros estudios multicéntricos a fin de estimar la incidencia de dicha patología en nuestro país y poder contribuir a determinar la tendencia global.

1071

Recidiva de carcinoma basocelular en pacientes intervenidos quirúrgicamente

Adriana del Cisne Loaiza Vivanco[1]
[1]Universidad de Ciencias Médicas La Habana, Habana, Ecuador

Introducción:
El cáncer de piel es el más común en los seres humanos, abarca cerca de un tercio total de las neoplasias. Anualmente, en Cuba se notifican alrededor de mil casos de cáncer no melanoma, estos constituyen el segundo lugar en la tabla general de tumores malignos. Según informes del Anuario Estadístico de Salud, en el 2007 fallecieron 332 personas por esta causa, para una tasa de 3 x 100 000 habitantes. Otra investigación realizada en la isla, desde enero de 2000 a diciembre de 2009, concluyó que casi la mitad de los pacientes presentaron diagnóstico de esta neoplasia. La Sociedad Americana de Cáncer estima que, en 2012, se diagnosticaron 5.4 millones de casos de cáncer no melanoma (carcinoma basocelular y espinocelular) en 3.3 millones de personas. Aproximadamente 8 de cada 10 casos fueron de carcinoma basocelular. En México, el carcinoma basocelular representa entre el 75 y 80% de los tumores malignos cutáneos. Un estudio realizado en México, en un centro dermatológico de Yucatán, reportó como región anatómica más afectada la nariz con 36%, la mejilla con 19.2% y el párpado con 8%. Por la alta incidencia de esta patología debería ser considerado un problema de salud pública y es por ende el propósito de este estudio cuyo objetivo principal fue caracterizar los pacientes con carcinoma basocelular tratados quirúrgicamente y estimar el tiempo se supervivencia libre de enfermedad en el Hospital “Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras” en el período de enero 2015 a enero del 2020. Entre los materiales y métodos se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la consulta de Dermatología del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, del período de enero de 2015 a enero de 2020, donde el universo quedó constituido por 115 pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años y con diagnóstico clínico, dermatoscópico e histopatológico de Carcinoma Basocelular. Resultados: se determinó que de entre los 115 pacientes diagnosticados con CBC; 30 pacientes tuvieron recidivas luego de su intervención quirúrgica con predominio en el ala nasal y mejillas. Conclusiones: Se concluyó que el tiempo de supervivencia libre de enfermedad en pacientes con recidivas de CBC, previamente operados; es de 3 meses, y que la localización más frecuente es la cara con predominio en ala nasal, punta de la nariz y mejillas. Por lo tanto las personas que tuvieron Carcinoma Basocelular en alguna ocasión en su vida están predispuestos a presentarlo de nuevo, y por lo tanto los controles deben ser regularmente 4 veces al año cada 3 meses.

1083

Carcinoma ecrino siringoide una patología inusual

Alejan Jaramillo Arboleda[1], María Juliana Sánchez Zapata[1], Cynthia Delgado Soto[2], Catalina Santa Velez[2], Adriana Motta Beltran[1], Juan Pablo Ospina[2]
[1]Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia,
[2]Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Resumen:
El carcinoma ecrino siringoide también llamado tumor de células basales con diferenciación ecrina, siringoma maligno o carcinoma de glándulas sudoríparas con características siringomatosas, es un tumor raro, maligno, anexial y localmente agresivo, que representa menos del 0,01% de los carcinomas anexiales. Su nombre se debe a que tiene diferenciación ecrina (se deriva de las glándulas sudoríparas) e histológicamente parece un siringoma al presentarse con estructuras ductales, quísticas y en forma de renacuajo, sin embargo se diferencia del siringoma porque presenta mayor celularidad e invasividad más profunda. Se caracteriza por ser más prevalente entre la cuarta y séptima década de la vida y presentar un curso lento con tendencia a la recurrencia pero las metástasis a distancia son muy raras, sin embargo puede presentarse, predominantemente a los ganglios linfáticos regionales y posteriormente a los huesos. Debido a su baja incidencia, clínica inespecífica y en su mayoría asintomáticos son subdiagnosticados. Decidimos presentar el siguiente caso debido a que se trata de una patología poco común, especialmente por el sitio anatómico del caso clínico aquí reportado, la cual tiene una clínica inespecífica lo que hace difícil su diagnóstico en nuestro ejercicio médico.

Caso clínico
Se trata de un paciente masculino de 60 años de edad, residente en la ciudad de Medellín, Colombia, con antecedente de hipertensión arterial en manejo con losartán sin otros de importancia, quien fue remitido al servicio de dermatología oncológica por lesión en antebrazo izquierdo de 2 meses de evolución sin otros síntomas asociados. Al examen físico presentaba una cicatriz de biopsia en antebrazo izquierdo con una placa infiltrada eritematosa residual, abdomen blando depresible sin visceromegalias, sin cadenas ganglionares palpables.
Reporte de Patología e inmunohistoquímica positiva para CKC, CK5/6, CK7, CK19, CK17, CK14, EMA, CEA policlonal, CA 19.9, Ki67 del 20%. Con los anteriores hallazgos se enfocó inicialmente como lesión cutánea por adenocarcinoma metastásico de posible origen biliar o pancreático, por lo que se le solicitó RMN de abdomen contrastada y PET CT los cuales descartaron cualquier tipo de compromiso en hígado, vía biliar o páncreas y metástasis a distancia respectivamente, por lo anterior se solicitó nueva lectura de láminas de patología la cual fue concluyente para carcinoma ecrino siringoide. Se llevó caso a staff de tumores de piel donde se decidió realizar resección local amplia de lesión y estudio de márgenes.

Conclusión
El carcinoma ecrino siringoide es un tumor anexial maligno raro y localmente agresivo. Representa un reto diagnóstico por su baja incidencia y sintomatología inespecífica. La confirmación histopatológica es el gold standard diagnóstico. La resección quirúrgica puede lograr el control oncológico pero puede requerir otros medios terapéuticos como radioterapia adicional. Todos los casos requieren un seguimiento estricto.
Conflicto de interés
Los autores no declaran potenciales conflictos de interés que puedan interferir con la realización del presente caso clínico

1089

Melanoma acral amelanótico

Natalia Tena Angulo[1], Karla Fiorella Aguilar García[1], Stefany Cabanillas Chávez[1], Ana Rodríguez Guzmán[1], César Chian García[1]
[1]*Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú*

Se presenta el caso de una paciente mujer de 73 años, peruana, quien desde hace un año presenta una tumoración de color rosado en borde interno de primer dedo de pie izquierdo, de 2x2 cm de bordes definidos. En la histopatología, se encuentra una neoplasia melanocítica atípica. El estudio de inmunohistoquímica mostró como positivos los marcadores SOX-10, Melan-A y HMB 45, con un índice proliferativo Ki-67 de 8-10%. Se le realizaron estudios de imágenes, donde se evidencian ganglios de caracteristicas normales, determinándose el estadio clínico I. Asimismo fue evaluada por cirugía quien indica amputación de dedo comprometido más disección ganglionar. El caso corresponde a un melanoma acral amelanótico.

1098

Estudio descriptivo de 101 casos de carcinomas basocelulares en el Centro Dermatológico CEPI, Quito-Ecuador

Valeria Ureña López[1,2], Lizeth Lafuente Cevallos[1,2], Camila Félix Caviedes[1,2], María Augusta Basantes Orbea[1,2], Nathalie Lascano Gallegos[1,2], Santiago Palacios Alvarez[1,2]
[1]Universidad UTE, Quito, Ecuador, [2]Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador

Introducción:
El carcinoma basocelular (CBC) es considerado el subtipo de cáncer de piel no melanoma (CPNM) más frecuente. Aunque las células implicadas en el origen del CBC siguen siendo motivo de controversia, existe evidencia de que derivan de las células pluripontenciales de la epidermis interfolicular y de la vaina externa del folículo piloso. Los CBC han sido clasificados histopatológicamente como variantes de alto y bajo riesgo. Actualmente, la dermatoscopia ha sido considerada como una herramienta útil para predecir el subtipo histopatológico; además de ayudar a diferenciar a los CBC en superficiales y no superficiales. Las características dermatoscópicas de los CBC superficiales son las estructuras en hoja, las estructuras en rueda de carro, las estructuras concéntricas, las múltiples erosiones y las telangiectasias cortas finas; mientras que, las telangiectasias arboriformes, los nidos ovoides grises-azulados, los múltiples puntos y glóbulos grises-azulados, la ulceración y las estructuras blanquecinas se han descrito en CBC no superficiales.

Materiales y métodos:
Se realizó un estudio descriptivo, en el cual se incluyeron 101 casos de CBC, durante un período comprendido desde septiembre 2019 hasta enero 2022 en el Centro de la piel en Quito, Ecuador. Los datos se obtuvieron de fuentes primarias a través de los registros de histopatología, de fotografía y del sistema automatizado de nuestro centro. Se analizaron edad, género, localización anatómica, características dermatoscópicas y subtipos histopatológico.

Resultados:
Un total de 101 casos de CBC fueron recopilados y analizados. De estos, 51 pacientes (50.4%) fueron hombres y 50 (49.5%) fueron mujeres, con una edad media de 70.34. El fototipo de piel más frecuente fue el III (48 pacientes, 47.5%), seguido del IV (45 pacientes, 44.5%). Las unidades anatómicas más afectadas fueron la nariz (40 casos, 39.6%), la mejilla (11 casos, 10.9%) y la frente (9 casos, 8.9%). El subtipo histopatológico más común fue el nodular (57 casos, 56.4%), seguido del de diferenciación anexial (20 casos, 19.8%), el infiltrante (14 casos, 13.8%), el superficial (5 casos, 4.9%), el de diferenciación escamosa (3 casos, 2.9%) y el micronodular (2 casos, 1.9%).

Conclusiones:
A pesar de que el diagnostico definitivo de las lesiones tumorales se lo obtiene a través del estudio histopatológico, la dermatoscopia ha demostrado ser un método no invasivo en constante evolución, que podría predecir los hallazgos encontrados por las biopsias cutáneas, lo que potencialmente en países en vías de desarrollo puede reducir el tiempo de espera para el tratamiento a partir del diagnóstico.

1105

Carcinoma espinocelular simil queratoacantoma

Ana Laura Costa[1], Ana Laura Campastri[1], Rocío Foenquinos[1], Ana Clara Acosta[1], César Chiappe[1], David Muhafra[1]
[1]*Hospital Ramos Mejía, Capital Federal, Argentina*

Introducción:
El diagnóstico diferencial entre el carcinoma espinocelular y el queratoacantoma es un desafío. Algunos autores consideran al queratoacantoma como una neoplasia benigna, otros como una variante diferenciada o al menos una variante abortiva que raramente progresa a carcinoma epidermoide invasivo. El interés de esta presentación radica en mostrar el desafío en el diagnóstico clínico e histológico de ambas entidades y definir el tratamiento correspondiente.

Caso clínico:
Mujer de 66 años, ex tabaquista, consultó por lesión de 1 mes de evolución en dorso de mano derecha. Al examen físico presentaba lesión tumoral de 1 x 1 cm cupuliforme, redondeada, circunscripta, eritematosa con queratina en la región central. En la Dermatoscopía se evidenció queratina central, áreas blancas sin estructuras y vasos tortuosos en su porción central. Con la clínica y la evolución rápida de la lesión se sospechó queratoacantoma y se realizó biopsia por shave. La anatomía patológica informó carcinoma espinocelular bien diferenciado. A la espera de la escisión completa, la lesión mostró una rápida reducción de tamaño por lo que se decidió control evolutivo. Luego de 9 meses, persiste la cicatriz acrómica sin signos de recidiva.

Conclusión:
Esta presentación nos permite reflexionar sobre la dificultad en el diagnóstico diferencial entre ambas entidades. Representa un desafío debido a sus similitudes y a la falta de criterios diagnósticos fiables para distinguirlas. La verdadera naturaleza del queratoacantoma y su relación con el carcinoma espinocelular continúa siendo objeto de controversia.

1106

Reporte de un caso: carcinoma triquilemal proliferante

Andrea Lanziano[1], Carlos Andrés Cortes Buitrago[2]
[1]Hospital Emiro Quintero Cañizares, Ocaña, Colombia, [2]Hospital Emiro Quintero Cañizares, Ocaña, Colombia

El tumor triquilemal proliferante es una neoplasia poco frecuente, de 0.1% de los tumores cutáneos benignos, usualmente sólida o parcialmente quística que se origina de la vaina radicular externa del folículo piloso. Puede desarrollarse sobre un quiste triquilemal existente, de novo o coexistir con uno o más quistes triquilémicos. Se considera un carcinoma de baja malignidad para presentar metástasis raras y de baja frecuencia. Como regla general, aparece como una lesión solitaria después de la quinta década de vida. El 90% se encuentra en la piel cabelluda, pero se ha descrito en distintas topografías como: muñecas, codos, monte de venus (pubis), vulva, glúteos, tórax, frente, entre otros. Generalmente los tumores son pequeños, alrededor de los 2 cm, pero pueden alcanzar hasta los 25 cm de diámetro. Fueron descritos por primera vez en 1966, por Wilson-Jones, pero hasta 1983 Saida et al los definieron en tres estadios: quiste trichilemal (estadio adenomatoso), tumor triquilemal proliferante (estadio epiteliomatoso), y tumor triquilemal proliferante maligno (estadio carcinomatoso). El diagnóstico se establece mediante examen histopatológico usando hematoxilina-eosina tinción que, cuando sea necesario, se complementa con inmunohistoquímica de la lesión. El tratamiento puede ser la técnica de Mohs o la simple escisión de lesiones. Informamos del caso de una paciente femenina con carcinoma triquilemal proliferante localizado en cuero cabelludo.

PRESENTACIÓN DE CASO
Se trata de paciente de género femenino de 60 años, ama de casa, que consultó por primera vez a dermatología por un cuadro clínico de ocho años de evolución caracterizado por lesión nodular solitaria localizada en el cuero cabelludo en región temporoparietal izquierda. niega antecedente de trauma en la cabeza. al examen físico, se identificó una lesión ligeramente elevada de aspecto nodular, color eritematoso amarillento, de consistencia blanda, no dolorosa a la palpación, localizada en región temporoparietal del lado izquierdo de la cabeza. La paciente no manifiesta antecedentes personales patológicos relacionados con la patología. Durante el examen físico no se encontró ninguna alteración por aparatos ni sistemas, ni se palparon adenopatías cervicales, submentonianas, retro ni preauriculares.
Se revisaron las láminas de histología, que reportó tumor pilar proliferante maligno. Se realizaron también coloraciones histoquímicas de PAS, las cuales fueron positivas en las células tumorales.

Descripción Histopatológica: Epidermis con hiperqueratosis y acantosis irregular, la dermis papilar y reticular presenta una proliferación tumoral de células epiteliales malignas, de núcleo ovoide, pleomorfismo nuclear focal y membrana basal prominente. En algunas áreas se identifica queratinización pilar, escasas mitosis y numerosos focos de necrosis.
La paciente se manejó con resección del tumor con márgenes quirúrgicos libres. Debido al curso de la lesión, generalmente no desarrollar metástasis o recurrencia local, se decidió no realizar terapia adyuvante, sólo seguimiento periódico de la lesión.

Conclusiones: el Tumor Triquilemal Proliferante es una entidad para tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones tumorales en el cuero cabelludo con características distintivas específicas.

1109

Carcinoma basocelular en menores de 40 años: estudio retrospectivo de 10 años

Ileana Camardella[1]
[1]*Hospital Lagomaggiore, Mendoza, Argentina*

Carcinoma basocelular en menores de 40 años: estudio retrospectivo de 10 años.

Resumen no disponible

1111

Úlcera de Marjorlin en cicatriz secundaria a quemadura

Claudia Natali Cano Pallares[1], Nancy Pulido Díaz[1], Roberto Arenas Guzmán[2]
[1]Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Méxicano del Seguro Social, CDMX, México, [2]Hospital General Manuel Gea González. Secretaría de Salud, CDMX, México

Introducción.
La ulcera de Marjorlin es una neoplasia poco frecuente que surge en áreas de inflamación y lesiones crónicas de la piel. Se presentan con más frecuencia en cicatrices de quemaduras dónde el proceso de curación es lento, pero también se observan como resultado de lesiones tisulares crónicas y de tejidos cicatriciales de otros orígenes como úlceras por estasis venosa, úlceras por presión, heridas postraumáticas y úlceras crónicas.
Se reporta una incidencia de 0.7 al 2% en cicatrices post quemadura, el periodo de transformación maligna es de aproximadamente 30 años sin embargo existen reportes con menor tiempo de evolución. Las extremidades inferiores siguen siendo la localización más frecuente; el tipo histológico predominante es el carcinoma de células escamosas (80-90%) seguido del carcinoma basocelular (9.6%) y por último del melanoma (2.4%); sin embargo, se han reportado casos de leiomiosarcoma, dermatofibrosarcoma y sarcoma.
El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica con márgenes, después de la resección, es necesario un seguimiento estrecho debido al alto riesgo de recurrencia de hasta el 50%.
Presentamos el caso de un paciente con antecedentes de quemadura que tras un periodo de latencia desarrolló un carcinoma epidermoide bien diferenciado sobre cicatriz.

Caso clínico: Mujer de 68 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica en tratamiento, cuenta con antecedente de quemadura en la infancia en cara lateral de pierna derecha. Refiere iniciar hace 2 años con ulcera en cara lateral de muslo derecho donde presenta quemadura previa (hace 40 años). A la exploración se aprecia ulcera sobre cicatriz de quemadura de 12.5x7.5cm con bordes irregulares y oblicuos, fondo festoneado con secreción serosa, dolorosa a la palpación. Se realiza toma de biopsia la cuál reporta carcinoma epidermoide bien diferenciado con diagnóstico final de ulcera de Marjorlin. Se envía al servicio de oncología en dónde se realiza resección amplia con disección reportando bordes libres de lesión, durante su evolución en manejo con cirugía plástica quien realiza reconstrucción con colgajo y colocación de injerto. Actualmente la paciente muestra evolución favorable del injerto, se mantiene en vigilancia.

Conclusiones: La degeneración neoplásica de una cicatriz es poco frecuente, a veces los tratamientos tienden a ser radicales dependiendo la zona anatómica por lo que es importante un diagnóstico temprano de úlceras o heridas crónicas sobre una piel con traumatismo previo.
Este caso representa la patología, además de resaltar en las ulceras crónicas con evolución tórpida o desarrollo de tumoración o proliferaciones es imprescindible el estudio histopatológico para lograr un diagnostico temprano y así reducir el riesgo de destrucción de tejido y resección quirúrgica extensa.

1117

Manejo sistémico de paciente con carcinoma epidermoide irresecable

Fernando Gruber Velasco[1], Nicolás Silvestre Torner[1], Belén Romero Jiménez[1], Jorge Román Sainz[1], Adrián Imbernón Moya[1], Sergio Tabara Carrascosa[1], Maria Dorado Fernández[1], Elena Vargas Laguna[1], Marcela Martínez Pérez[1], Eva Fernández Cogolludo[1], Antonio Aguilar Martínez[1]
[1]Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

Varón de 73 años visto en dermatología por lesión quística de aproximadamente 4 cm de aspecto abscesificada, localizada en la fosa inguinal derecha. Realizó tratamiento con amoxicilina-clavulánico y mupirocina tópico durante una semana, con escasa mejoría. Se efectúa biopsia en la que se observa carcinoma epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado. Se realiza extirpación completa de la lesión con márgenes libres.
En TC abdominopélvico de revisión se hallan adenopatías en cadena iliaca externa y femoral y tumoración polilobulada que afecta a musculatura y tejido celular subcutáneo, sugerente de recidiva. Se plantea realizar nueva cirugía junto a radioterapia adyuvante. El paciente rechaza intervención e inicia tratamiento con cemiplimab. Tras dos meses de tratamiento con cemiplimab se observa mejoría de las lesiones satélite del tumor y un aumento del índice de necrosis. A pesar de respuesta parcial inicial, seis meses después se decide retirar tratamiento por pérdida de eficacia. En el servicio de oncología inician ciclos de quimioterapia con capecitabina con buena respuesta y disminución del tamaño tumoral.

DISCUSIÓN
El carcinoma epidermoide es el segundo cáncer de piel más frecuente. Únicamente el 5% de los casos desarrollan metástasis a distancia. Los factores de mal pronóstico son: tamaño mayor de 2cm, profundidad mayor a 2m, nivel de Clark mayor o igual a IV, invasión perineural, invasión linfovascular, mala diferenciación, afectación de determinadas zonas anatómicas y algunos subtipos histológicos. En pacientes de alto riesgo se recomienda llevar a cabo estadiaje con ecografía ganglionar, tomografía computarizada o resonancia magnética.
Como tratamiento de carcinoma epidermoide irresecable o metastásico recientemente se ha aprobado el cemiplimab. El cemiplimab es un anticuerpo dirigido frente al receptor programmed death 1 (PD1). Induce una respuesta en el 50% de los pacientes tratados, aumentando la supervivencia libre de progresión. En los casos en los que este tratamiento fracase o no pueda ser administrado, se debe iniciar quimioterapia convencional con ciclos con 5-fluorouracilo, anti receptores de factores de crecimiento epitelial (EGFR) o interferón.

CONCLUSIONES
Los pacientes con carcinoma epidermoide de mal pronóstico deben llevarse a cabo un estudio de extensión con pruebas radiológicas como ecografía o tomagrafía computarizada. En caso de ser irresecables y que se descarte la cirugía o radioterapia terapéutica, se deben ofrecer tratamientos sistémicos con cemiplimab o quimioterapia. Estos pacientes complejos deben ser tratados por un equipo multidisciplinar que incluya dermatólogos, oncólogos y radioterapeutas.

1153

Relato de caso. Melanoma acral

July Barcellos Quimquim[1], Marina Morais Machado, Karla Spelta
[1]*Hospital Santa Casa de Misericordia de Vitória, Vitória, Brazil*

Relato de caso referenciando paciente do sexo masculino, 73 anos, com relato de aparecimento de lesão enegrecida em região plantar do pé direito há cerca de 6 anos, com evolução progressiva e crescimento acelerado no ultimo ano. Ao exame fisico apresenta macula enegrecida, acastanhada de cerca de 9 cm - a Dermatoscopia: presença de microulcerações, presença de pigmentos em cristas, multiplas cores: marrom, preto, castanho, branco e vermelho. Durante a realização da biópsia foi possível observar a olho nu a invasão a nível vertical da lesão.

1158

Melanoma y metástasis en tránsito: un reto terapéutico

Ana Bolena Cardozo Figueroa[1], Maria Virgina Sauro de Carvalho[1], Martin Greco[1], Matias Maskin[1]
[1]Centro de Educación Medica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC), Buenos Aires, Argentina

Introducción:
Las metástasis en tránsito se presentan en el 5-10% de los pacientes con melanoma. Tiene serias implicaciones en su pronóstico debido al riesgo aumentado de progresión de la enfermedad, con compromiso local y a distancia, que limitan las opciones de tratamiento quirúrgico y que dificultan la decisión sobre que terapia opcional a usar y cuando ofrecerla.

Caso clínico:
Se presenta el caso de una paciente femenina de 73 años con diagnóstico en 2012 de melanoma en la cara anterior de la pierna derecha para la que recibió tratamiento quirúrgico con márgenes ampliados. Dos años después tuvo recaída local con requerimiento de nueva resección y tratamiento con ipilimumab. Evolucionó con insuficiencia suprarrenal después del 4to ciclo de inmunoterapia, por lo que fue suspendida y requirió suplencia hormonal con hidrocortisona.
Posteriormente, recayó con metástasis en tránsito (BRAF negativo), por lo que en agosto de 2018 fue sometida a nueva resección e inicio de inmunoterapia con pembrolizumab 200 mg cada 21 días con el plan de completar 1 año de tratamiento. Se realizó PET/TC multislice que no mostró hipercaptación metabólica a distancia.
Sin embargo, evolucionó con insuficiencia renal aguda AKIN 3 por nefritis intersticial medicamentosa. Ante la sospecha de toxicidad por inmunoterapia, se decidió suspender el tratamiento, tras haber recibido 10 ciclos, e iniciar meprednisona. Posteriormente se evidenció descenso progresivo de los niveles de creatinina.
Durante el tiempo de suspensión del tratamiento, evolucionó con nuevas metástasis en tránsito identificadas en septiembre de 2019. Se realizó PET con hallazgo de hipercaptación en la cara externa de la pierna derecha. Se realizó nueva exéresis de área hipercaptante, con informe en la anatomía patológica de metástasis en tránsito en ambas piezas quirúrgicas.
Se reinició inmunoterapia con pembrolizumab, sin embargo, evolucionó con nuevas metástasis en tránsito tras 4 ciclos de tratamiento y el mismo fue suspendido. Se decidió iniciar terapia de perfusión aislada de extremidad con pobre respuesta y complicación por trombosis venosa profunda y celulitis. Inició quimioterapia con Temozolamida y radioterapia, a pesar de lo cual, tuvo progresión local de las lesiones y su tratamiento fue rotado a carboplatino, sin éxito.
Actualmente, la paciente ha recibido 2 ciclos de tratamiento intralesional con T-VEC (no disponible en Argentina) con reducción de las lesiones y detención de aparición de nuevas satelitosis, en plan de inicio de coadyuvancia con ipilimumab.

Conclusiones:
Las ventajas de cada opción terapéutica deben sopesarse frente al estado funcional del paciente, la toxicidad potencial propia de los fármacos utilizados y la carga tumoral. En el caso estudiado, la alta recurrencia tumoral restringió la indicación de resección quirúrgica como herramienta terapéutica y los efectos adversos de la terapia regional y sistémica limitaron su continuidad. Se destaca entonces la utilidad y efectividad de la terapia intralesional con T-VEC, con la cual se obtienen menores tasas de recaída y mayor eficacia en combinación con ipilimumab. Sin embargo, esta es una herramienta de alto costo que no está disponible ampliamente en países de América latina, así como también las terapias de categoría 2B como IL-2 o BCG intralesional.

1165

Carcinoma basocelular transformado a basoescamoso y sincrónico con adenocarcinoma de próstata

Stephanie Mabel Lupercio Macias[1], Sagrario Hierro Orozco[2], Valeria Lyzzete Diaz Molina[3], Lucia Achell Nava[4]
[1]Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México, [2]Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México, [3]Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México, [4]Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México

El carcinoma basoescamoso, es un subtipo raro de carcinoma de células basales que muestra características histológicas tanto de células basales como de células escamosas. Se ha reportado una incidencia aproximada de 1.2% a 2.7%. Este tumor puede tener un comportamiento agresivo semejante al carcinoma escamoso, en términos de invasividad y mal pronóstico.

Típicamente aparece en pacientes de la séptima década de vida, como un nódulo de larga evolución que se ulcera gradualmente, principalmente en cabeza y cuello (70.5-80%). No está claro si, se desarrolla de Novo o evoluciona a partir de un carcinoma basocelular preexistente. No hay reportes de carcinoma basoescamoso en tronco en coexistencia con múltiples carcinomas basocelulares, aunado a presencia de otro tumor primario no cutáneo.

Se presenta el caso de masculino de 76 años de edad con historia familiar de múltiples canceres y exposición solar prolongada. Inició con lesiones de 10 años de evolución, las cuales fueron progresivas con aspecto nodular, hiperpigmentadas de aumento gradual en tórax posterior y axila derecha con ulcera pequeña, friable y sangrante, a libre evolución. En Enero 2020 se diagnosticó adenocarcinoma de próstata de alto grado, al mismo tiempo presentó aumento de sangrado y ulceración, acompañado de secreción serosa constante, prurito perilesional y ardor a nivel cutáneo.

Biopsia cutánea con reporte histopatológico de carcinoma basocelular, sin manejo. Estudios de extensión: gamagrama óseo con enfermedad metastásica en isquion derecho y L2. TAC toracoabdominal con hipoplasia renal derecha. Estudios paraclínicos con tasa de filtrado glomerular de 22ml/min y anemia microcítica hipocrómica.

Un año posterior acudió a nuestro servicio por aumento de dolor y ulceración de lesiones cutáneas y aparición de dos nuevas lesiones eritematosas en tórax anterior y abdomen. Se tomó nueva biopsia de lesiones con reporte histopatológico de carcinoma basoescamoso en tronco posterior, basocelular nodular en tórax anterior y basocelular superficial en abdomen. Dado la presencia de enfermedad metastásica y daño renal, se determinó no candidato a cirugía ni quimioterapia, otorgándose manejo con radioterapia paliativa e imiquimod tópico. Actualmente, se evalúa riesgo-beneficio del uso de vismodegib y envió a valoración genética por cáncer de próstata sincrónico presentado.

El carcinoma basoescamoso, al igual que el basocelular, se ha visto relacionado con exposición a radiación UV. Nuestro caso resalta la necesidad de considerar esta variante rara y agresiva de carcinoma de células basales, así como del seguimiento estrecho, diagnóstico y manejo oportuno. Apoya la teoría de la conversión o "escamatización", demostrada por una lesión de carcinoma basocelular de larga data, diagnosticada por biopsia que posteriormente se transformó en carcinoma basoescamoso. Enfatiza la necesidad de establecer un plan terapéutico individualizado, considerando las características y comorbilidades del paciente.

1171

Carcinoma sebáceo y nevo de Jadassohn, una rara asociación

Andrés Felipe Uribe Restrepo[1], Juan Carlos Jaimes Ramírez[1], Samuel Morales[2], Eduardo Fierro Abella[1,2]
[1]Universidad Libre, Cali, Colombia, [2]Medicentro 93, Bogotá, Colombia

El nevo sebáceo de Jadassohn es una neoplasia benigna y congénita de la piel, que se manifiesta en el cuero cabelludo y se ha asociado con diferentes tipos de tumores benignos y malignos que crecen en él. Se desconoce la incidencia exacta y el riesgo a transformación maligna, de la cual el más común es el carcinoma basocelular. No obstante, el carcinoma sebáceo ha sido reportado en muy pocos casos en la literatura como transformación del nevo organoide. Además, existe la duda para tamización de síndrome de Muir-Torré en los pacientes con este tipo de carcinoma sebáceo extraocular. Por lo anterior, el objetivo de este estudio es reportar el caso una paciente adulta con diagnóstico de nevo sebáceo de Jadassohn con transformación maligna a carcinoma sebáceo, tratado mediante cirugía micrográfica de Mohs. Paciente de sexo femenino de 42 años, quien consulta a dermatología oncológica en Bogotá, Colombia, sin antecedentes patológicos personales y familiares relevantes. Refirió cuadro clínico de 5 meses de evolución, con aparición de nódulo asintomático, de tamaño 1.5 cm de diámetro sobre nevo sebáceo de Jadassohn que medía en su totalidad 4 cm de diámetro. Se tomó biopsia por incisión con reporte de patología con coloración básica, para carcinoma sebáceo asociado a nevo sebáceo de Jadassohn. Dicha paciente fue programada para cirugía micrográfica de Mohs, procedimiento realizado en octubre del 2021, con extirpación total del nevo sebáceo organoide y el tumor maligno de origen sebáceo. La paciente se ha seguida clínicamente de modo mensual con dermatología oncológica, hasta el momento por 4 meses desde el procedimiento curativo, con cicatrización adecuada y sin signos de recidiva tumoral.

El nevo sebáceo de Jadassohn es una neoplasia benigna asociada con diversos tumores secundarios benignos y malignos. En nuestro caso, la paciente fue tratada por dermatología oncológica con cirugía micrográfica de Mohs de manera exitosa y quien hasta el momento en 4 meses de seguimiento ha cicatrizado adecuadamente y sin signos de recaída. Además, el carcinoma sebáceo extraocular asociado a nevo organoide es extremadamente raro, con unos pocos reportes de caso en la literatura mundial, en los cuales la gran mayoría no se asoció a síndrome de Muir-Torre, que, entre sus características comunes, son la presencia de tumores malignos del tracto digestivo. Por lo anterior, y basados en la escaza literatura reportada, se decidió no tamizar a la paciente con estudios gastrointestinales en búsqueda activa de neoplasias malignas asociadas, sin embargo, se recomendó por guías nacionales colombianas, tamización para cáncer de colon al cumplir 50 años.

1181

Corazón melanocítico

Jessica Gill Oliveira[1], Andrea Gabriela Rojas Benitez[1], María Belén Grau Figueredo[1], Vania Diez Pérez[1]
[1]*Hospital Central IPS, Asunción, Paraguay*

Introducción: El melanoma representa 4% de todos los tumores malignos de la piel, pero es el responsable de 80% de las muertes por este tipo de tumores. La mayoría de los melanomas se localizan en la piel (95%) y con menos frecuencia en mucosas, retina o meninges.

Presentación del caso: Mujer de 40 años, sin patologías de base, con antecedente familiar de madre con cáncer mamario. Tras realizarse un autoexamen de rutina, la paciente se percata de dos tumoraciones nodulares palpables en mama y axila derecha. Consulta con mastología, se realiza mamografía la cual informa BIRADS IV, y una ecografía mamaria la cual anuncia BIRADS V. Se biopsian ambos nódulos, los cuales mostraron proliferación neoplásica maligna con patrón de crecimiento en nidos, constituida por células grandes de núcleos hipercromáticos con nucleolo prominente. Las células neoplásicas muestran pigmento melánico intracitoplasmático, aspecto histológico compatible con Melanoma Metastásico.

Se deriva al servicio de dermatología, en consultorio se percibe al examen físico una dermatosis en región infra-auricular derecha constituida por una placa pigmentada de color negruzca, asimétrica, de 1x0,5cm, de bordes irregulares, levemente infiltrados, de 3 años de evolución. Posterior a un interrogatorio exhaustivo, la paciente comenta que hace 4 años tenía una lesión de características similares en región del tórax, la cual se realizó excéresis total en un facultativo de su zona, sin enviarse a estudio de anatomía patológica.
A la dermatoscopia se observa una lesión asimétrica, de coloración heterogénea, puntos glóbulos pizzara, estructuras romboidales oscuras y velo blanco-azulado. Se toma biopsia con un punch 3, la cual retorna Melanoma Léntigo Maligno en fase de crecimiento radial y vertical. La proliferación se extiende hasta dermis reticular. Espesor de Breslow 0,5mm. Márgenes comprometidos.
Se deriva a la paciente a oncología. Se realiza estudios auxiliares, previo al inicio de tratamiento. En el barrido tomográfico se constatan múltiples nódulos subcutáneos a nivel de tórax, abdomen y pelvis. En ecocardiografía transtorácica se observa una masa polilobulada en de 33x25mm de bordes regulares, ecoestructura heterogénea, que asienta en la orejuela derecha y protruye ampliamente en la cavidad auricular derecha sin comprometer el llenado ventricular. Estudio de BRAAF negativo. Con dichos datos se inicia tratamiento quimioterápico y luego se rota a inmunoterapia. Inicia heparina de bajo peso molecular dosis anticoagulante.
Se deriva a cardiocirugía para excéresis tumoral. Se constata masa móvil, irregular, multilobulada, de coloración negruzca de 4cm de diámetro. Se comprueba por anatomía patológica Melanoma Metastásico en medio del tejido muscular cardiaco y epicardio. Continua con esquema de inmunoterapia, en último control de ecocardiografía no muestra reaparición de tumor cardiaco. En controles secuenciales de barrido tomográfico se constata disminución del diámetro de nódulos subcutáneos.

Conclusión: Se presenta un caso de Melanoma Maligno en estadio avanzado con metástasis a otros órganos, lo cual indica el valor del diagnóstico oportuno para elevar la sobrevida del paciente y resaltar la importancia de la extirpación quirúrgica de las lesiones metastásicas accesibles en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

05. Cirugía dermatológica

80

Cirugía Micrográfica de Mohs, experiencia tras dos años desde su implantación en un hospital de 3º nivel

Angela Ayen-Rodriguez[1], José María Llamas-Molina[1], Laura Linares-Gonzalez[1], Teresa Ródenas-Herranz[1], Francisco Manuel Almazán-Fernández[1], **Ricardo Ruiz-Villaverde[1]**
[1]Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

IIntroducción. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) es una técnica quirúrgica para neoplasias cutáneas que permite la extirpación con control histopatológico de los bordes de manera intraoperatoria. Esto permite una mejor tasa de curación del tumor con mayor preservación de piel sana perilesional. Esta técnica se ha desarrollado en España a lo largo de las últimas décadas tanto en centro de ámbito público como privado. El objetivo de este estudio es describir las características clinicopatológicas de los pacientes intervenido con CMM en nuestra unidad desde su implementación en la misma en 2018, así como las características quirúrgicas.

Material y Métodos. Se realizó un estudio de cohortes prospectivo en el que fueron reclutados aquellos pacientes intervenidos mediante CMM por parte de nuestro servicio durante los años 2018 a 2021. Se recogieron datos demográficos, clínicopatológicos y quirúrgicos quirúrgicos.

Resultados. El número de pacientes incluidos fue de 90, con una edad media en el momento de la intervención de 64,49 años (desviación estándar 14.66, rango 24-93) con un ligero predomino de hombres tal y como sucede en el registro nacional REGESMOHS (H:M = 52,22:47,78). El 2.2% (n=2) estaban inmunodeprimidos, 12.23% (n=11) eran diabéticos, 12.23% (n=11) tomaban antiagregantes, 15.56% (n=14) tomaban anticoagulantes y 4.44% (n=4) llevaban con corticoides orales más de 3 meses. Respecto a las características de los tumores, un 91.11% (n=82) de los tumores fueron carcinomas basocelulares, de los cuales el subtipo histológico predominante fue el esclerodermiforme (n=36) seguido del micronodular (n=20). La mayoría estaban localizados en cara y cuero cabelludo, siendo la nariz la localización más frecuente (n=34). El 75.56% de las intervenciones se debían a persistencia o recurrencia tumoral, habiendo recibido la mayoría tratamiento quirúrgico previamente. La CMM necesitó sólo 1 o 2 pases en la mayor parte de casos 81.11 %, con un tamaño tumoral prequirúrgico medio de 15.32 mm, y final de 23.96 mm. En el 60% de los casos la técnica reconstructiva empleada fue el colgajo.

Conclusiones. Los datos observados en nuestro estudio son similares a los de otras series publicadas y los datos basales del registro español de cirugía de Mohs (REGIMOHS). La principal diferencia la encontramos en que sólo el 25% de nuestras intervenciones fueron sobre tumores primarios, frente al 62.60% del REGIMOHS. Es por tanto importante el uso de esta técnica quirúrgica no sólo en recurrencias, para así evitar nuevas intervenciones en tumores con localizaciones o características particulares.

368

Todos los caminos llevan a Roma: opciones quirúrgicas en la reconstrucción de la pirámide nasal

Antonio Martínez Torres[1], Iosune Vilanova Urdaiz[2], Laura Francés Rodriguez[1], Ana Ramirez Bosca[1], Irene Latour Alvarez[1]
[1]Hospital Universitario del Vinalopó., Elche, España, [2]Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

Introducción.
La nariz es una zona frecuentemente implicada en la cirugía dermatológica oncológica.
Existe una gran variabilidad en la elección de la mejor técnica reconstructiva para cada localización.
Dado que no disponemos de guías consensuadas, la elección de dicha técnica va a depender de diversos factores como las características anatómicas de la región, grosor y elasticidad de la piel y principalmente de la experiencia personal del dermatólogo.
Proponemos distintas técnicas de reconstrucción para una misma localización de un defecto quirúrgico.

Casos Clínicos.
Se presentan varios casos de carcinoma cutáneos localizados en pirámide nasal resueltos mediante distintas técnicas de reconstrucción.

Conclusiones.
Consideramos importante conocer las distintas técnicas de reconstrucción.
Ello nos permitirá elegir la técnica adecuada a cada situación.
La técnica idónea, elegida por el dermatólogo, será aquella que consiga el mejor resultado funcional y estético con el menor riesgo de complicaciones.

545

Verrugas Faciales tratadas con Bleomicina intralesional: reporte de un caso

Alfredo Chávez Cifuentes[1], María Lía Pieretti[1], Enrique Úraga[1]
[1]*Centro Dermatológico Úraga, Guayaquil, Ecuador*

Introducción.
Existen varias opciones terapéuticas para el tratamiento de verrugas víricas, pero ninguno logra una cura completa en todos los casos, y con el riesgo de efectos secundarios. Las verrugas víricas son proliferaciones epidérmicas benignas de la piel y mucosas causadas por Virus del Papiloma Humano (VPH), y se clasifica en verrugas planas, verrugas vulgares, verrugas plantares, palmares y condilomas. Las verrugas ocurren con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes y su contagio se debe a contacto directo, pueden aparecer en lugares propensos a traumatismos como cara, cuello y extremidades.
Bleomicina tiene actividad antitumoral, antibacteriana y antiviral, que esta relacionado con la ruptura de la cadena de bleomicina y la eliminación de las bases de pirimidina y purina. La enzima bleomicina-hidrolasa, que inactiva la bleomicina se encuentra en pocas cantidades en todo el cuerpo incluyendo la piel, pues así al inyectarlo por vía intralesional, en poca cantidad es suficiente para el tratamiento de las verrugas.

Caso Clínico.
Femenina de 8 años de edad, con cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por pápulas verrugosas y filiformes localizadas en región periocular y centrofacial, que habían sido tratadas con imiquimod al 5%, criocirugía y electrocoauterización bajo sedación en otra casa de salud; se propone la aplicación intralesiones de vacuna triple viral (SRP) por 4 ocasiones en las que se observa poca mejoría, se plantea la infiltración de bleomicina (1mg/ml) en las lesiones papulares verrugosas de mayor tamaño (5), se evalúa respuesta a las 3 semanas observando gran mejoría, presentando escasas lesiones en región centro facial, por lo que se procede a realizar una segunda infiltración de las verrugas restantes; se solicita control al mes, observamos eliminación de la lesiones, y se evidencian cicatrices atróficas y máculas hiperpigmentadas de los tratamientos anteriores, se indicó aplicación de imiquimod al 5% en la zonas tratadas pasando una noche por un mes y controles rutinarios en caso de presentar recidivas.

Conclusión.
La infiltración intralesional de bleomicina en verrugas en cara demostró ser una opción terapéutica efectiva y segura. Presento ligero dolor en el momento de la aplicación, no se observó efectos secundarios, eliminado las lesiones verrugosas sin dejar cicatriz. Se realizó seguimiento de la paciente por un periodo de seis meses, no ha presentado recidivas hasta la actualidad.

690

Microinjerto capilar por técnica FUE en cicatriz frontal secundaria a quemadura: a propósito de un caso

Annya Luzardo[1], Cristina Sanoja[1], Erick Ruiz[2], Adriana Ochoa[2], Ariel Diaz[2]
[1]Consulta Privada, Maracaibo, Venezuela, [2]Kaloni Holding Group, México

Las alopecias cicatriciales pertenecen a un grupo de patologías caracterizadas por la destrucción o pérdida irreversible de los folículos pilosos donde existe un reemplazo de los mismo por tejido fibroso1. Se clasifican en alopecias cicatriciales primarias, donde hay una destrucción del folículo y es el blanco especifico, y según el infiltrado inflamatorio se dividen en linfocíticas, neutrofilicas y mixtas; y las de tipo secundaria donde la destrucción de la unidad folicular es inespecífica y casi siempre por causas externas como traumatismos, radioterapias, querion, entre otras. Sin embargo, la patogenia de muchas sigue siendo desconocida2. Presentamos un caso de alopecia cicatricial secundaria a quemadura física por agua hirviendo de 10 años de evolución, afectando toda la línea de implantación frontal y parte de laterales. Realizar una corrección quirúrgica del defecto de una alopecia cicatricial en cuero cabelludo es un desafío3, se realizó microinjerto capilar con técnica FUE y corte de zona donante tipo cortina, se administraron 3 sesiones previas al procedimiento, con intervalo de 15 días de plasma rico en plaquetas (PRP) e infiltración de 2 mg de triamcinolona diluida al 50% con lidocaína al 1% en la zona cicatricial, esto con el objetivo de mejorar la vascularización y disminuir la fibrosis, obteniendo el día del procedimiento un buen sangrado y dando resultados satisfactorios para nuestro paciente.

Palabras claves: Alopecia Cicatricial, Microinjerto Capilar, Técnica FUE.

738

Urgencias en cirugía dermatológica: Carcinoma escamocelular con compromiso ocular por miasis, reporte de caso

María Camila Toscano Madero[1], Miguel Olmos Pérez[1], Santiago Leal[1], Paula AlejanDubeibe[1]
[1]*Fundación Universitaria Ciencias de La Salud, Bogotá, Colombia*

Introducción: La miasis cutánea es una infección parasitaria que causa infestación por larvas de moscas del orden Diptera. La miasis orbitaria es una enfermedad infrecuente, que afecta especialmente a pacientes con edad avanzada, procedentes de área rural, cuidado personal e higiene deficiente y en aquellos con barrera cutánea, mucosa u oral alterada por traumatismos, úlceras, cirugías y/o tumores. El tratamiento va a depender del grado de invasión, requiriendo en la mayoría de los casos de manejo quirúrgico, el cual va desde el desbridamiento hasta exenteración en aquellos pacientes con daño extenso del globo ocular y penetración profunda del parásito a tejidos adyacentes. Adicionalmente, el uso concomitante de ivermectina oral podría reducir el daño colateral causado por esta infestación. Presentamos el caso de una miasis cutánea con compromiso orbitario, que además de ser una entidad rara, expone la importancia de un manejo multidisciplinario y oportuno para prevenir complicaciones que pueden ser fatales.

Caso clínico: Femenina de 93 años, procedente de área rural, con pobre soporte social quien consulta a nuestro servicio por cuadro clínico de 3 años de evolución de lesión en canto externo de ojo izquierdo con aumento progresivo de tamaño, asociado en las últimas semanas a olor fétido, sangrado y limitación para apertura ocular. Al examen físico paciente estuporosa, con presencia de tumor exofítico sangrante, con exudado amarillento fétido y burbujeo (imagen 1), que comprometia 2/3 de región orbitaria izquierda. Se decide hospitalizar para inicio de cubrimiento antibiótico, vacuna antitetánica, ivermectina oral, oclusión de la zona afectada con vaselina y realización de tomografía axial computarizada de globo ocular y cráneo, la cual se retrasó por episodio de delirium que requería sedación para su toma. Al retirar vendaje oclusivo el día siguiente, se observa exposición de incontables larvas móviles sobre la superficie (Imagen 2). Dado compromiso extenso por miasis, mal estado de la paciente y hemograma con leucocitosis se difiere toma de imagen y se decide pasar a salas de cirugía de carácter prioritario para realización de desbridamiento y toma de nuevas biopsias bajo anestesia general. Durante el procedimiento, se observa pérdida de la arquitectura del globo ocular acompañado de compromiso orbitario profundo hasta musculatura extraocular, sin evidencia de afectación adyacente adicional. Se realiza extracción de larvas, desbridamiento de tejido necrótico y exenteración en compañía de cirugía de cabeza y cuello, con posterior reconstrucción del defecto con colgajo de avance de tipo Mustarde (Imagen 3 y 4). Durante la hospitalización, la paciente presenta deterioro progresivo y fallece al noveno día postoperatorio. Se recibe posteriormente, resultado de patología compatible con carcinoma escamocelular bien diferenciado, infiltrante y ulcerado.

Conclusiones: El carcinoma escamocelular con infestación orbitaria por miasis es una entidad poco frecuente que se debería considerar dentro de las urgencias en cirugía dermatológica, en donde la mitad de los pacientes van a requerir una intervención quirúrgica oportuna con el fin de evitar pérdida completa de la visión, extensión a tejidos adyacentes y hasta la muerte. Es importante sensibilizar a la personas sobre esta afección para reforzar medidas preventivas.

781

Reconstrucción de defectos en dorso nasal mediante colgajo de 30 grados, reporte de dos casos

Anny Peña Marte[1], Rafael Isa[1], Betssy Hazoury[1], Angel Taveras[1]
[1]*Instituto Dermatologico Dominicano Y Cirugia de Piel "Huberto Bogaert Diaz", Santo Domingo, Rep. Dominicana*

Introducción.
Los colgajos romboidales tienen una versatilidad significativa por lo que se pueden usar en casi todas las áreas anatómicas. Estos ofrecen modificaciones como es el colgajo de 30° que produce una redistribución de la tensión promoviendo una mejor revascularización en los extremos más distales del colgajo, lo que garantiza un tiempo de cicatrización más rápido con menos posibilidades de necrosis del colgajo distal ofreciendo buenos resultados cosméticos utilizándolos en dorso nasal.

Casos clínicos.
Caso No. 1
Femenina de 72 años de edad, ama de casa, antecedentes de hipertensión arterial. Con lesión en dorso nasal de 7 años de evolución, asintomática. Diagnóstico histopatológico de carcinoma basocelular sólido. Evaluación prequirúrgica, analíticas y bioquímicas sanguíneas dentro de parámetro. Es llevada a sala de cirugía previa donde previa asepsia y antisepsia del área afectada se realiza marcaje con márgenes de seguridad de 0.3 cm, se infiltra con lidocaína 1% más epinefrina se incide lesión hasta tejido celular subcutánea, se procede a al diseño del colgajo de 30 grados transponiendo hacia el defecto, se cierra defecto con nylon 5-0 puntos simples continuos y discontinuos, se cubre defecto con apósitos.

Caso No. 2
Femenina de 51 años de edad, camarera, no antecedentes. Con lesión en dorso nasal de 2 años de evolución asintomática. Diagnóstico histopatológico de carcinoma basocelular nodular. Evaluación prequirúrgica, analíticas y bioquímicas sanguíneas dentro de parámetro. Es llevada a sala de cirugía donde previa asepsia y antisepsia del área afectada se realiza marcaje con márgenes de seguridad de 0.3 cm, se infiltra con lidocaína 1% más epinefrina se incide lesión hasta tejido celular subcutánea, se procede a al diseño del colgajo de 30 grados transponiendo hacia el defecto, se cierra defecto con nylon 5-0 puntos simples continuos y discontinuos, se cubre defecto con apósitos.

Conclusiones.
El uso de colgajo de 30 grados en las diferentes áreas anatómicas ya sean defectos pequeños y grandes es una buena opción quirúrgica, produciendo un defecto secundario más pequeño que el primario. Si bien es cierto cada caso es diferente por lo que la reconstrucción debe adaptarse al defecto. Los colgajos romboidales y sus modificaciones con una adecuada selección del paciente estos deben de considerarse una opción de primera línea para reconstrucción casi de cualquier área, ya que es una tecnica facil, con buenos resultados estéticos, preserva las funciones del área, técnica rápida de realizar, piel con características similar ya que sus ángulos que pueden diseñarse de la parte más conveniente, produce menos cicatrices en trampilla y es seguro.

El uso de este colgajo ha aumentado en los últimos años ya que nace de la técnica de Limberg que fue el colgajo romboidal inicial proporcionado una cicatriz eficaz y apariencia aceptable.

El colgajo de 30 grados se ha convertido en una herramienta valiosa y de uso universal para el cirujano dermatólogo ya que se puede usar en áreas pequeñas con poca movilidad como el dorso nasal.

891

Enfisema subcutáneo inducido por Criocirugía. Reporte de caso

Teresa de Jesús Corona Nuñez[1], María del Consuelo García Silva[1], Guillermo Solis Ledesma[1], Gabriela Elizabeth Flores Raygoza[1]
[1]Instituto Dermatológico de Jalisco, Guadalajara, México

Introducción. La criocirugía con nitrógeno líquido utiliza su baja temperatura para tratar una gran variedad de condiciones dermatológicas, al inducir destrucción del tejido e inflamación. Entre los efectos adversos más comunes están dolor, eritema, edema e hipopigmentación. El enfisema subcutáneo (ES) se define como la presencia de aire u otros gases dentro de tejidos blandos; se postula que la apertura en la superficie cutánea actúa como válvula unidireccional por donde entra el gas con presión positiva y se esparce por el tejido subcutáneo (TS). (2,3,4) Se han reportado muy pocos casos de ES como complicación asociada a la criocirugía con técnica abierta (1,2); únicamente existen seis reportes de casos en la literatura internacional. Los factores de riesgo asociados son la pérdida de continuidad de la piel, criocirugía sobre piel atrófica, piel muy laxa, regiones ulceradas o la aplicación de esteroide intralesional; todo lo anterior sin relación aparente con el tipo de lesión que recibió tratamiento (3,4).

Caso clínico. Mujer de 86 años de edad, con antecedentes de diabetes, hipertensión y fibrilación auricular con uso de anticoagulantes orales, así como múltiples carcinomas espinocelulares, desde el año 2013, tratados con cirugía y criocirugía. Acudió a consulta dermatológica por "granito" en brazo izquierdo de 6 meses de evolución, con crecimiento rápido. En el examen físico se observa neoformación exofítica, queratósica, con aspecto de cráter, de 1 X 1 X 0.3cm, amarilla, de bordes precisos e infiltrados. Se sospechó una lesión premaligna sugestiva de una queratosis actínica hipertrófica, se decidió manejar con criocirugía. El día del procedimiento se realizó rasurado de la parte queratósica de la lesión enviándose a estudio histopatológico. Se logró adecuada hemostasia con aplicación de ácido tricloroacético a saturación. Inmediatamente posterior al inicio del ciclo de criocirugía con técnica abierta, se observó abultamiento de la piel perilesional que se extendía hasta 3cm de radio, acompañado de crepitación difusa a la palpación, por lo que se suspendió el procedimiento.

Conclusiones. El ES es una complicación rara, es importante tener precaución en pacientes de edad avanzada, sobre todo cuando se aplica criocirugía con técnica abierta en regiones de piel muy delgada. En nuestro caso, se presentó la complicación a pesar de haber logrado adecuada hemostasia posterior al rasurado. Consideramos que en caso de requerirse toma de biopsia, debiera realizarse dos semanas antes de la aplicación de criocirugía, con el fin de evitar posibles sitios de acceso al TS. Esta complicación sólo se ha reportado aunque en pocas ocasiones, en criocirugía con técnica abierta, por lo que cambiar a técnica cerrada, puede ser una buena opción.

896

Cierre por segunda intención en párpado posterior a resección de carcinoma basocelular

María Teresa Rosas Morett[1], Miguel Ángel Cardona Hernández[1]
[1]*Centro Dermatológico "Ladislao de La Pascua", Ciudad de México, México*

Introducción. El carcinoma basocelular es el cáncer de piel más común a nivel mundial. Durante la última década se ha observado un incremento en la frecuencia de esta neoplasia en pacientes menores de 40 años de edad. Los factores predisponentes más asociados son fototipos claros y exposición solar intensa e intermitente. La presentación periocular corresponde alrededor de 2% en la población menor a 40 años. Reportamos el caso de una paciente joven con carcinoma basocelular la cual fue tratada mediante cierre por segunda intención.

Caso clínico. Paciente femenino de 30 años de edad maestra de educación física, con antecedente heredofamiliar de madre con melanoma en piel, resto de antecedentes negados o sin relevancia. Acude por dermatosis de 6 meses de evolución localizada a la cabeza de la que afecta tercio interno de parpado inferior derecho constituida por una neoformación hemisférica de coloración marrón azulado con ulcera central, bordes bien delimitados de 4mm de diámetro. A la dermatoscopia resaltan glóbulos de pigmentos, vasos arborescentes y ulcera central. Se realiza diagnóstico clínico de carcinoma basocelular tumoral pigmentado y ulcerado y se procede a realizar biopsia excisional con 4mm de margen. Se decide dejar defecto a cierre por segunda intención con uso de apósito hidrocoloide. La pieza fue enviada a estudio histopatológico reportando en la dermis superficial y media cordones tumorales de células basaloides que presentan empalizada periférica; abundante pigmento melánico dentro y fuera de los cordones y presencia de un infiltrado moderado de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas, con lo que se concluye carcinoma basocelular sólido y pigmentado con extirpación completa. Al mes del procedimiento quirúrgico se observa adecuado cierre de la herida con excelentes resultados cosméticos y funcionales.

Conclusiones. En algunas circunstancias resulta imposible o complicado el cierre directo o mediante colgajos cutáneos, por lo que en algunos casos la mejor opción es la cicatrización por segunda intención. El uso de apósitos hidrocoloides en la cicatrización por segunda intención de heridas quirúrgicas disminuye el tiempo de curación, determina un resultado estético de bueno a excelente y minimiza las molestias con una buena relación costo/beneficio. El cierre por segunda intención en la zona de los parpados en defectos menores al 50%, es una alternativa eficaz para prevenir efectos adversos como ectropión con adecuados resultados cosméticos y funcionales.

914

Colgajo en cerradura empleado para reparar defectos de dorso nasal

Sebastián Olivares Rodríguez[1], Julio Magliano[1], Carlos Bazzano[1]
[1]*Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay*

INTRODUCCIÓN:
La cirugía Micrográfica de Mohs (CMM) es el tratamiento de elección para ciertos cánceres de piel tales como el carcinoma basocelular (CBC) y carcinoma espinocelular que están ubicados en áreas de alto riesgo de recidiva. Dentro de las técnicas para la reparación de defectos quirúrgicos, el colgajo en cerradura es una opción interesante para reparar defectos de dorso nasal cercanos a la punta nasal, otorgando excelentes resultados estéticos. Presentamos 2 casos en los que se utilizó el colgajo en cerradura para reparar un defecto quirúrgico ubicado en dorso nasal, posterior a cirugía convencional y posterior a (CMM); logrando un excelente resultado funcional, anatómico y estético sin complicaciones a corto plazo.

CASOS CLÍNICOS:
Caso 1: 68 años con un CBC nodular de dorso nasal. El tumor medía 0,6 cm y requirió 1 fase de CMM para lograr márgenes libres, obteniendo un defecto quirúrgico de 1 cm.
Caso 2: 74 años con CBC nodular en dorso nasal, sin disponibilidad de CMM, optándose por cirugía convencional.
Se decidió reparar los defectos utilizando un colgajo en cerradura. El cierre se produjo en forma T y con un leve levantamiento de la punta nasal.

CONCLUSIONES: Entre las técnicas para la reparación de defectos quirúrgicos, el colgajo en cerradura es de mucha utilidad para reparar defectos de dorso nasal cercanos a la punta nasal. Otorga gran irrigación a la zona anatómica, eleva la punta nasal y otorga excelentes resultados funcionales y estéticos. Este método debería ser considerado como una opción para el cierre de defectos menores a 1 cm post CMM ubicados el área en dorso de nariz cercanos a la punta y en la línea media.

916

Técnicas quirúrgicas combinadas para reconstrucción de alopecia cicatricial postquemadura

Esthefanía Muñoz Aguirre[1], Jennyfer Granizo Rubio[1]
[1]*Hospital Metropolitano, Quito, Ecuador*

Introducción
Las alopecias cicatriciales son un reto terapéutico en el que no suele ser fácil obtener resultados satisfactorios. Particularmente las cicatrices postquemadura suelen ser atróficas en su mayoría, razón por la que al realizar un trasplante de pelo sin preparación previa de la cicatriz la sobrevida del injerto capilar puede ser mala o nula.
El manejo mediante lipoimplantes en una cicatriz atrófica nos brinda la posibilidad de tener un tejido adecuado en el que se pueda realizar un trasplante con mayor tasa de éxito; sin olvidar que en ocasiones se requerirá de varios tiempos quirúrgicos. La pérdida del pelo en áreas expuestas como la cabeza son difíciles de ocultar, lo cual genera un impacto en la autoestima y calidad de vida de los pacientes, siendo estas zonas un recordatorio constante del incidente traumático que las provocó. Presentamos el caso de alopecia cicatricial secundaria a quemadura manejado con lipoimplante y trasplante capilar con un resultado exitoso.

Caso clínico
Paciente femenina de 38 años sin antecedentes, sufre quemadura térmica a los 3 años de edad provocando un área de alopecia cicatricial. Al examen físico se observa una placa alopécica de 15 x 7 cm, McCauley IA en región fronto temporal derecha. Se valora el espesor de la zona receptora, la cual mide 2 mm por lo que se decide realizar lipoimplantes previos al trasplante capilar. Se obtiene tejido adiposo autólogo de zona abdominal por medio de una cánula previa anestesia tumescente, el mismo que se infiltra de forma directa en la zona afectada mediante jeringuilla y aguja N18. Este procedimiento se realiza en dos ocasiones.Tres meses después se valora nuevamente el espesor de la zona donante el cual mide ahora 4 mm, el mismo que es suficiente para realizar trasplante capilar. Se realizan dos tiempos quirúrgicos mediante técnica FUE de 450 unidades foliculares cada uno, en el primer tiempo se utilizó incisión previa mediante punch de 0,8 mm para extraer pequeños segmentos de cicatriz y evitar empaquetamiento y en el segundo tiempo se realizó incisión previa con bisturí de 0,9 mm. Al año de tratamiento se evidencia crecimiento importante de estructuras pilosas con un aspecto natural.

Conclusiones
Se han publicado diversos enfoques para el manejo de la alopecia cicatricial posterior a quemadura con ciertas limitaciones en los resultados obtenidos debido a la dificultad que implica el trasplante capilar en tejido cicatricial. Los datos con respecto al porcentaje de supervivencia de folículos trasplantados son escasos y ningún tratamiento ha sido aceptado como de elección hasta el momento. La técnica combinada que presentamos es un método novedoso para manejo de alopecias cicatriciales, en el que deben considerarse ciertas modificaciones con relación a la técnica utilizada de forma convencional.

960

Injertos en sello como estrategia terapéutica en heridas crónicas: Nuestra experiencia (serie de casos)

Inmaculada Alcaraz León[1], Lara Haya Martínez[1], María Dolores Mendoza Cembranos[1], María del Rosario Haro Ramos[1], Luis Requena Caballero[1]
[1]H. U Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Las úlceras crónicas forman parte de la consulta habitual en dermatología y a menudo su tratamiento y resolución se prolonga en el tiempo generando un importante consumo de tiempo y recursos. Los injertos cutáneos de piel parcial constituyen una técnica de reconocida utilidad en el manejo de las heridas crónicas de diversa índole y se posicionan como segunda línea de tratamiento en úlceras que no has respondido a un tratamiento etiológico eficaz en un plazo de 4 -6 semanas.

En los últimos años se está trabajando en la técnica de injertos en sello (microinjertos) como una alternativa a los clásicos, que presenta varias ventajas respecto a estos: puede hacerse de forma ambulatoria, a bajo coste, precisa pocos materiales fungibles, es reproducible, muy bien aceptada por el paciente y con importantes beneficios en cuanto a la aceleración de la epitelización de las heridas y disminución del dolor.
En algunas ocasiones, existe beneficio al combinar esta técnica con Terapias de presión negativa.

Presentamos nuestra serie de pacientes tratados con esta técnica, analizando los resultados en distintos perfiles de pacientes y en ulceras de diversa etiología.
Consideramos que es una opción muy atractiva para médicos y pacientes, que reduce el tiempo hasta la curación y disminuye el dolor en el proceso. En nuestra experiencia es una técnica no solo aplicable a úlceras vasculares en extremidades inferiores, sino que tiene gran valor en la epitelización de defectos postquirúrgicos.

966

Tumores glómicos extraungueales: Experiencia de 12 años de un Centro Dermatológico del sur de México

Delia Lizbeth Cárabes Corona[1], Rosalva Dinorah Chang Heredia[1], Josefina Navarrete Solis[1], Diana González Cabello[1], Hector Proy Trujillo[2]
[1]Instituto Mexicano Del Seguro Social, Monterrey, México, [2]Centro Dermatológico de Yucatán, Mérida, México

Introducción: Los tumores glómicos son neoplasias mesenquimales benignas que se localizan comunmente en topografías ricas en cuerpos glómicos, principalmente en la región subungueal. La presentación clínica habitual consiste en un pequeño nódulo azul-rojo, comúnmente asociado a dolor paroxístico y sensibilidad al frío o a la estimulación táctil. El objetivo de este estudio es Determinar las características clínico-epidemiológicas de los tumores glómicos y la prevalencia de estos cuando se presentan fuera de la topografía ungueal, en los últimos 12 años.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, ambispectivo y analítico. Se incluyo a todos los pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de tumor glómico valorados en el servicio de Cirugía Dermatológica del Centro Dermatológico de Yucatán,México, en el periodo de tiempo comprendido de Enero de 2009 a Diciembre de 2021. En el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas, porcentajes, medias y medianas con desviaciones estándar o rangos, para análisis inferencial se utilizó X^2 o probabilidad exacta de Fisher.

Resultados: Se evaluaron 28 pacientes. La topografía ungueal es la mas frecuente; 64.2% de los casos, sin embargo se encontró una prevalencia de 35.7% de tumores glómicos extraungueales. La topografía extraungueal mas frecuente fue en extremidades superiores (4)14.28%, seguido de; extremidades inferiores 3 participantes que corresponden con el 10.71%, hélix de oreja 1(3.57%), labio bermellón 1(3.57%) y tórax posterior 1(3.57%). El 75% de los participantes son mujeres, con una media de edad 41.92 años. La principal manifestación clínica fue el dolor; presente en el 85.71% de los casos. Todos los casos fueron confirmados con estudio de histopatología y tratados mediante extirpación quirúrgica. Se reportó recurrencia de tumor en un participante 3.5%.

Conclusiones: Se describe una serie de 28 casos de tumor glómico. Estos tumores son infrecuentes y la topografía extraungueal es todavía más rara y es debido a la poca familiaridad con otras localizaciones que representan un reto diagnóstico.

1023

Reconstrucción de ala nasal mediante colgajo nasogeniano. Presentación de un caso

Yosmeily Rosanna Peña Lorenzo[1], Rafael Isa
[1]*Instituto Dermatológico Y Cirugía de Piel Huberto Bogaer Díaz., Santo Domingo, Rep. Dominicana*

La nariz es la localización más frecuente del cáncer de piel. El Carcinoma basocelular es el tipo de carcinoma predominante en dicha zona de la cara. En porcentajes del 90% de los Carcinomas basocelulares que se localizan en la cabeza y el cuello, el 25% se sitúa en la región nasal.
La elevada incidencia para el desarrollo de este cáncer en esta ubicación, se debe a que la posición central y prominente de la nariz en la cara se correlaciona con su constante y prolongada exposición a la luz solar.
El crecimiento del carcinoma generalmente es lento, y en la mayoría de los casos, progresa hacia la ulceración. Se extiende localmente y su metástasis es extremadamente rara. Los defectos nasales pueden afectar piel y tejido celular subcutáneo, a la musculatura, a la estructura ósteocartilaginosa o a la mucosa y suelen ser provocados por resección de tumores, traumatismos, quemaduraso infecciones.
Una de las opciones para la reconstrucción de ala nasal es la utilización del Colgajo Nasogeniano. El mismo se diseña sobre el surco nasogeniano, se puede diseñar con un tamaño de 2x5cm., corresponde a un patrón fasciocutaneo, aunque ciertos autores lo han considerado axial.
Puede usarse con pedículo distal o proximal. Cuando se basa en la porción inferior, sirve como cobertura de la porción distal de la nariz, el labio superior e inferior, e incluso alcanza la cavidad intraoral.

Caso clínico
Se trata de paciente masculino de 61 años de edad, Fototipo III de Fitzpatrick, procedente y residente en Santo Domingo R.D. Acude por dermatosis que afecta ala nasal izquierda de 1 año de evolución asintomático. Al examen físico dermatosis constituida por neo formación de 1.5 cm, de bordes irregulares, con costra serohematica en la superficie. Por lo que se realiza biopsia de piel que reporta Carcinoma basocelular sólido y adenoide. Ante estos hallazgos se realizan analíticas y estudios de imágenes con la finalidad de realizar extirpación y posterior estudio histopatológico de la lesión, encontrándose dentro de límites de referencia, negativos y no reactivos respectivamente. Además de evaluación cardiovascular la cual autoriza dicho procedimiento. Previa Asepsia y antisepsia de delimita lesión dejando márgenes de seguridad de 5mm de piel sana, se extirpa lesión y cubrir defecto se diseña colgajo Nasogeniano, obteniéndose buenos resultados funcionales y estéticos.

Referencias bibliográficas
1) Vera Navarro Liliana. Colgajos cutáneos para la reconstrucción del área nasal invadida por Carcinomas basocelulares. Rev. Méd. La Paz vol.21 no.1 La Paz 2015
2) Jardón J, Alemán O. Técnicas quirúrgicas estéticas en pacientes con defectos faciales por carcinoma basocelular. MEDISAN [revista en Internet]. 2017 Ene [citado 2018 Mar 29];21(1):96 101.
3) Meyer R: Cirugía reconstructiva de la nariz.3°Ed, Ediciones científicas y técnicas S.A. Masson, Barcelona- España, 2214-2223, 2003

1102

Reconstrucción de labio inferior mediante colgajo Bernard-Webster tras extirpación de carcinoma escamocelular, serie de tres casos

Sara Merino Molina[1], Ignacio Castaño Uhagon[1], Jorge Alonso Suárez Pérez[1], Gustavo Garriga Martina[1], Ricardo Juan Bosch García[1], Enrique Herrera Acosta[1]
[1]*Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España*

Introducción.
La resección del carcinoma escamocelular (CEC) de labio inferior supone un reto en el área de la cirugía oncológica, ya que su reparación tiene como principal inconveniente conservar una adecuada inervación, funcionalidad muscular y evitar la microstomía.
Cuando el tumor ocupa más del 50% del tamaño del labio inferior, resulta necesaria una técnica quirúrgica que permita conservar la movilidad y funciones básicas que desempeña, así como un adecuado resultado estético tras la cirugía.
Se exponen tres casos de pacientes con CEC en labio inferior intervenidos mediante el colgajo de Bernard-Webster con reconstrucción completa.

Caso clínico.
Se presentan tres pacientes con CEC de labio inferior, cuyas dimensiones ocupan la práctica totalidad de la superficie del mismo.
Se trata de tumores que infiltran en profundidad, llegando a capa muscular, y cuya resección con márgenes libres supone la pérdida de gran parte de la estructura del labio inferior, por lo que para su reconstrucción se plantea una técnica mediante colgajo de Webster-Bernard.
Inicialmente se procede a la resección tumoral con la correspondiente superficie labial que implique una extirpación completa.
Posteriormente, se tallan colgajos de avance cutáneo, colgajo muscular y de mucosa yugal.
Para el adecuado avance y cierre sin tensión de estos colgajos se realizan dos triángulos de Burow por encima y por debajo de los extremos laterales del colgajo cuadrangular. Se procede al cierre de mucosa por avance V-Y y anclaje de los colgajos musculares en línea media.
La reconstrucción del bermellón (neo-bermellón) se lleva a cabo con colgajo de mucosa yugal evertida.
El postoperatorio en los tres casos ha transcurrido sin incidencias, y tras la revisión a los dos meses se aprecia buena apertura oral, preservando funcionalidad y buen resultado estético.

Conclusiones.
Ante lesiones que ocupan más del 50% de la superficie labial, es necesaria cirugía reconstructiva mediante colgajos.
Resulta fundamental tener especial cuidado en la preservación de ramas del nervio facial para evitar la disfunción motora del labio, así como una amplia disección de los colgajos que nos permita evitar la microstomía.
En nuestra experiencia, la técnica de Bernard-Webster ha permitido conseguir una adecuada competencia oral con buena apertura bucal y movilidad, y realizar un neo-bermellón con la mucosa yugal evertida, constituyendo una técnica apropiada en casos de carcinomas epidermoides avanzados en los que se ve afectada toda la estructura labial.

1136

Versatilidad del colgajo nasolabial en cirugía oncológica nasal

Ignacio Castaño Uhagón[1], Jorge Alonso Suárez Pérez[1], Pilar Luque Varela[1], Ricardo Bosch García[1], Enrique Herrera Acosta[1]
[1]H. Universitario Virgen de La Victoria, Málaga, España

Introducción:
La nariz es la ubicación más frecuente de los tumores cutáneos. El conocimiento de su anatomía y la elección del tipo de reconstrucción en cirugía dermatológica es importante debido a la desfiguración facial que puede causar este tratamiento. El ala nasal es una zona especialmente compleja debido a su funcionalidad. Para el mantenimiento de la estructura del ala nasal, se han propuesto varias opciones de reconstrucción quirúrgica. Por una parte, se describen colgajos pediculados a distancia y colgajos locales de piel nasal. Para reforzar la estructura del ala nasal se utiliza en ocasiones cartílago autólogo y por otra parte materiales sintétios

Materiales y métodos:
Se describe una serie de casos del uso del colgajo nasolabial. Un colgajo a distancia pediculado tomado de la parte lateral del surco nasogeniano para diferentes indicaciones y defectos en cirugía oncológica del ala nasal. Se trata de un tipo de reconstrucción en un solo tiempo y sin la necesidad del uso de materiales de soporte.
Se toman seis casos de cirugía tras extirpación de carcinomas basocelulares con técnica de Mohs mediante colgajo nasolabial en un solo tiempo. Por una parte se describirán tres casos de defectos completos y por otra parte tres defectos que incluyen solamente piel y tejido subcutáneo sin requerir extirpación de estructuras profundas para tener márgenes tumorales libres.

Resultados:
Este tipo de colgajo se propone como una opción en un solo tiempo quirúrgico y con buenos resultados para la reconstrucción de defectos quirúrgicos tanto parciales como de todo el espesor del ala. Se realiza evaluación en postoperatorio temprano y a los tres meses tras la cirugía.
El diseño del colgajo nasolabial tiene un origen superior y lateral al defecto del ala nasal y desciende lateralmente al surco nasogeniano de la mejilla. Con una longitud total de entre 3 y 4 cm y una anchura correspondiente a las dimensiones del defecto del ala nasal. El colgajo se diseca a través del tejido subcutáneo a una profundidad de 3mm avanzando superiormente hasta el defecto cutáneo. Posteriormente se realizará una rotación del colgajo para adecuarlo al defecto en el ala nasal.
En el caso de defectos completos del ala nasal el colgajo será rotado 90º sobre su eje y la parte distal una vez disecado el tejido celular subcutáneo y quedando en el extremo terminal solamente epidermis y dermis se pliega sobre sí mismo para dar sustento al orificio nasal.
En los defectos parciales del ala nasal no es necesario plegar el colgajo en su totalidad.
En la evaluación posterior se obtienen unos resultados cosméticos adecuados sin ningún caso de necrosis o infección.

Conclusiones:
El colgajo nasolabial es una opción quirúrgica adecuada para la reconstrucción de defectos parciales y completos del ala nasal. Una de las ventajas es que logramos una reconstrucción en un solo tiempo, la reproducibilidad del procedimiento, y muy bajas tasas de necrosis y de infección. Esta técnica quirúrgica tiene una baja morbilidad y un buen resultado estético debido a la conservación anatómica de las cicatrices y una adecuada funcionalidad.

1190

Cirugía micrográfica de Mohs en Carcinoma Basocelular Metastásico

Ana Sirgado Martínez[1], Alberto Conde Taboada[1], Lucía Campos Muñoz[1], María Luisa González Morales[2], Eduardo López Bran[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción: El carcinoma basocelular se trata del tumor cutáneo más frecuente en los seres humanos. Se calcula que alrededor de un 70% de los tumores cutáneos malignos son carcinomas basocelulares. A pesar de su alta incidencia, particularmente en individuos caucásicos, tienen tasas de curación superiores al 90%. Las metástasis son excepcionales, con una tasa de incidencia en Estados Unidos del 0.0028% to 0.55%.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 84 años a seguimiento en nuestras consultas por múltiples carcinomas basocelulares en región facial. El paciente había presentado el año anterior en la misma localización un carcinoma basocelular de patrón expansivo que, en la histología, presentaba bordes libres. En la revisión anual, volvió a consultar por una lesión perlada en la misma localización. Al considerarla una recidiva en una región de alto riesgo, le planteamos la resección mediante cirugía micrográfica de Mohs. El paciente dio su consentimiento.
Se realizaron tres pases hasta obtener márgenes no afectos. Debido a la afectación en profundidad de la lesión, nos vimos obligados a resecar una porción de parótida, libre de enfermedad y un ganglio linfático con afectación neoplásica por epitelioma basocelular. No presentaba invasión linfovascular o perineural.
Se cerró el defecto cutáneo con un colgajo de trasposición retroauricular.
Ante estos datos, se realizó una sesión clínica con oncología radioterápica, en la que se desestimó el tratamiento con radioterapia por la alta morbilidad del paciente y se propuso seguimiento clínico y radiológico mediante TC de cabeza y cuelo
De este modo, de mantuvo estable clínica y radiológicamente durante 3 años. No obstante, en una revisión en 2019 presentaba zonas sospechosas de carcinoma basocelular en la región preauricular ipsilateral. Las biopsias confirmaron nidos de carcinoma basocelular de patrón esclerodermiforme infralobares y en el ala nasal.
El paciente rechazó tratamiento quirúrgico y falleció meses después por causas ajenas al tumor.

Conclusiones: El carcinoma basocelular es un tumor cutáneo de pronóstico excelente. Sin embargo, éste empeora de manera significativa en tumores metastásicos o localmente avanzados y sin posibilidad de resección quirúrgica. Las metástasis en el carcinoma basocelular son excepcionales y, cuando ocurren, las localizaciones más frecuentes que están descritas suelen ser ganglios linfáticos, pulmones y hueso. Asimismo, la baja incidencia de carcinomas basocelulares metastásicos implica que no existe un esquema de tratamiento establecido para estos pacientes. Algunas de las terapias adyuvantes descritas en la literatura son la radioterapia y algunos fármacos quimioterápicos como el cisplatino o la bleomicina. Los fármacos novedosos como los inhibidores de la vía de hedgehog y el cemiplimab pueden suponer un cambio de paradigma para estos pacientes.
En nuestro caso, las comorbilidades del paciente imposibilitaron el tratamiento adyuvante y el paciente falleció por causas ajenas al tumor tras haber sufrido una recidiva.

06. Dermatología cosmética

17

Mejorando la textura de la piel combinado tecnologías

María Fernanda Flores[1], Noelia Marabini, Valeria Garcia Llaver, Maria Jose Cippitelli, Viviana Parra
[1]*Dermatologia Mendoza, Mendoza, Argentina*

Introducción
La textura de la piel determina el grado de uniformidad de la piel del rostro, su perdida es un parámetro de envejecimiento, sumado a las alteraciones del, la perdida de volúmenes y la poiquilodermia
Estos cambios resultan del actuar de factores intrínsecos y extrínsecos algunos modificables y otros no, así que la creciente demanda de tratamientos mínimamente invasivos, sin "down time" y con resultados naturales, incentivo el uso de tecnologías combinadas, incluso en la misma sesión potenciando así los efectos de cada uno de ellas.
Las aparatologías basadas en energía han sido ampliamente investigadas y se han demostrado beneficios sobre, el Fotoenvejecimiento, las arrugas y la perdida de colágeno.
Es así que el láser Q switch promueve colagenogenesis, actuando a nivel de la dermis, logrando tensado y mejoría de poros, la IPL actúa sobre el fotoenvejecimiento y también sobre el colágeno y finalmente el láser ablativo Er. YAG, trabaja a nivel epidérmico mejorando alteraciones en la textura.
De esta manera en una misma sesión actuamos desde la profundidad a la superficie de la piel cubriendo gran parte de los signos de envejecimiento con tres tecnologías diferentes.
Esta triple combinación (Q, switch + IPL + Er YAG) ha sido probada en un protocolo como alternativa mínimamente invasiva para combatir el envejecimiento.

Métodos
Se incluyeron en el estudio trece (13) mujeres, edad promedio 59.8 +- 6.2, con un deterioro de la textura de la piel de moderado a severo (arrugas, flacidez, poros dilatados, lentigos) las pacientes se sometieron a una sola sesión de rostro completo combinando IPL (540), Er. Yag seguidas por 4 sesiones de Q. switched (1064 nm pixelado) con un intervalo de 4 semanas entre las sesiones de Q switched. Se programó una sesión de control a las 4 semanas de la última sesión.
La calidad de la textura se evaluó por separado teniendo en cuenta, el tamaño de los poros, las arrugas/ elastosis y el tono de la piel con una escala de 5 puntos (0= sin cambios, -4 = 75% - 100% de mejoría) combinando los resultados para obtener una mejoría luego de la 4 semana de finalizado el tratamiento. Efectos adversos menores fueros registrados durante el estudio.

Resultados
Las puntuaciones de arrugas/elastosis fueron los parámetros que mas mejoraron exhibiendo una puntuación de 3.92 +_ 0.3 (12/13 con mejoras entre el 75%-100%) el tamaño de los poros y tono de la piel mostraron puntajes de mejoría de 3.62 +- 0.5 (8/13 con puntaje de grado 4) y de 3.15 +_ 1 (6/13 con puntajes de grado 4) respectivamente para los dos parámetros.
La puntuación total de mejoría en la textura de la piel fue 3.56 +_ 0.39. Con buena tolerancia y un "down time" mínimo de 3 días

Conclusión.
El tratamiento combinado de Q switched, IPL y Er YAG ablativo, demostró ser una opción segura, efectiva y bien tolerada para la mejoría de la textura de la piel y lograr un profundo efecto de rejuvenecimiento

516

Eficacia de un complejo de activos cosméticos en la melanogénesis, en la inflamación inducida por rayos ultravioleta y en sujetos brasileños afectados por melasma

Elena Engel[1], Baba Teme[2], Benoît Cadars[1], Julie Scalia[2], Marlène Chavagnac-Bonneville[1], SanTrompezinski[2], Michèle Sayag[1], Aurélie Fauger[1]
[1]Naos, Lyon, France, [2]Naos, Aix-en-Provence, France

Introducción: El melasma se asocia con una sobreactivación de la actividad de la tirosinasa, que a menudo se caracteriza por una persistencia y una recurrencia, en especial debido a los rayos ultravioleta (UV). De hecho, los UV son responsables de inducir la activación de los mediadores proinflamatorios, especialmente de la prostaglandina E2 (PGE2), capaces de hiperestimular a los melanocitos. El propósito de este trabajo es demostrar la eficacia de un complejo de activos sobre la melanogénesis y la inflamación inducida por los UV in vitro, y posteriormente sobre el melasma in vivo.

Material y métodos: La melanogénesis se evalúa in tubo mediante la actividad de la tirosinasa, midiendo la transformación de la tirosina en dopacromo absorbido a 490 nm. La inflamación inducida por los UV se mide mediante el nivel de la PGE2 in vitro empleando el ELISA. Los queratinocitos humanos primarios normales son pretratados durante 2 horas con el complejo (extracto de las hojas de Andrographis paniculata, extracto de raíz de Glycyrrhiza glabra [regaliz], ácido azelaico y niacinamida) a distintas concentraciones, luego son irradiados con UV (5 J/cm2 UVA y 200 mJ/cm2 UVB) y después reincubados durante 24 horas con los activos. Para evaluar la eficacia in vivo, se incluyó en un ensayo clínico controlado dermatológico a 41 mujeres brasileñas de 37 años de media con melasma de leve a moderado. Durante 5 meses, los sujetos se aplicaron sobre la cara un fotoprotector por las mañanas y el producto con el complejo (sin niacinamida) por las noches. En D0, D28, D56, D84 y D140, el investigador tomó fotografías estandarizadas (VISIA CR®), calculó la puntuación modificada del Melasma Area and Severity Index (mMASI) y evaluó la eficacia general y la tolerancia. En D0 y D140, los sujetos evaluaron el impacto del melasma sobre su calidad de vida (MELASQoL) y la eficacia general en D140.

Resultados: In tubo, el complejo inhibió significativamente la actividad de la tirosinasa en un 81,7% ($p<0,001$). In vitro, el complejo redujo significativamente la síntesis de PGE2 en un 71% a un 74% según las concentraciones. In vivo, a partir de los 28 días, la puntuación del mMASI se redujo significativamente en un 15,8%, asociada con una mejoría en el 58,5% de los sujetos. Esta mejoría continuó durante los meses siguientes, con un desarrollo de hasta el 75,6% de los sujetos en D140, asociada con una reducción en la puntuación del mMASI de un 29,8%, un 49,1% y un 59,6% respectivamente en D56, D84 y D140. La calidad de vida de los sujetos mejoró significativamente en D140. De hecho, los sujetos informaron de una eficacia moderada a muy importante de manera general para 90,2% de los casos. El producto fue bien tolerado por el 78,2% de los sujetos.

Conclusión: En conclusión, el complejo de activos, al inhibir notablemente la actividad de la tirosinasa y la inducción de la PGE2 por los UV, permite reducir la gravedad del melasma a los 28 días tras su aplicación y así mejorar la calidad de vida de los sujetos.

554

Resultados beneficiosos de un estudio observacional internacional con aminexil clinical 5 en sujetos con alopecia moderada

Pascal Reygagne[1], Victor Desmond Mandel, Sr Jean-François Michelet, Sra Florence Pouradier, Delphine Kerob, Michaela Havlíčková, Kamila Padlewska, Rose Khalil, Veronique Meuleman, Gilberto Adame-Miranda, Mariya Nevskaya
[1]*Hôpital St Louis, Paris, France*

Introducción: La alopecia androgenética en hombres (MAGA) y pérdida de cabello en patrón femenino (FAGA) son causas frecuentes de cabello que pueden impactar de forma muy importante en la autoestima y su autoimagen. MAGA y FAGA son causados por una mayor sensibilidad de los folículos capilares a la dihidrotestosterona (DHT) que conduce a un desequilibrio de la cascada inflamatoria. Como consecuencia se produce un proceso de miniaturización del cabello a lo largo del tiempo, junto con un patrón de distribución característico, que varía entre hombres y mujeres.. Histológicamente se observaron infiltrados celulares y microinflamación. Dado que es una condición crónica, la eficacia de los productos y también su tolerancia, cosmeticidad y la satisfacción de los pacientes son claves para asegurar el correcto cumplimiento del tratamiento..
El objetivo fue evaluar el beneficios y tolerancia de Aminexil clinical 5 (AC5, que contiene, aminexil, arginina, SP94, piroctona olamina y agua mineralizante de Vichy como ingredientes activos) en sujetos con alopecia moderada.

Materiales y métodos: Fue un estudio observacional abierto, internacional, realizado en condiciones reales de vida en 527 hombres y mujeres adultas con alopecia moderada. La línea base se estableció realizando a los un examen clínico que incluyó la puntuación de Ludwig para mujeres y Hamilton Norwood para hombres y recibieron AC5 para aplicar una vez al día durante un mínimo de 45 días. Al final del tratamiento, los sujetos evaluaron el crecimiento y la calidad del cabello, la satisfacción y la tolerancia local; Los investigadores evaluaron el impacto de AC5 en el cabello de los sujetos.

Resultados: La análisis de eficacia se realizó con los datos de 421 sujetos. Los datos de tolerancia disponibles fueron de 509 sujetos.. 58.7% de los sujetos eran mujeres, la media de edad fue de 34.1±9.1 años. La duración media de la caída capilar en mujeres era de 1.3±1.8 años y en hombres de 2.3±2.6 años, en general la duración media en años 1.7±2.2. AC5 fue utilizado en combinación con la prescripción de otros tratamientos en el 14.8% de los casos (principalmente tópicos) con la inclusión de productos no farmacológicos (tópicos y/o orales) en el 42.2% de los casos; 71.3% presentaban una valoración en la escala de Ludwig de 1 y 40.8% de los hombres presentaban una valoración 2 en la escala de Hamilton Norwood.
Después de una media de 82.9±17.5 días de uso, la evaluación dermatológica determinó una mejora en el ratio de la pérdida de cabello en el 87.1% de los sujetos comparado con la línea base, ligeramente superior en mujeres (91.8%) frente a los hombre (80.3%). La satisfacción de los sujetos, determinada en una escala de 0 (nada satisfactorio) a 10 (completamente satisfactorio) fue de 7.9±1.7. La tolerancia fue de buena a muy buena en el 98.6% de los sujetos. La textura fue considerada placentera para el 95% de los sujetos.

Conclusiones: En sujetos con alopecia moderada, AC5 reduce la caída del cabello tanto en hombres como mujeres con una textura placentera. AC5 fue bien tolerado y altamente apreciado por los sujetos e investigadores.

591

Propuesta de un método de corrección y regulación melanocítica como tratamiento de la hiperpigmentación cutánea de la zona íntima de pacientes femeninas

Leticia Lazzaletta[1], Adrian Gaspar, Ramón Pigem
[1]Instituto Lazzaletta, Palma Mallorca, España, [2]Clínica Espacio Gaspar, Mendoza, Argentina, [3]Centro Medico de Salud, Barcelona, España

Introducción;
El objetivo de este estudio fue comprobar la eficacia y seguridad de un método despigmentante en mujeres con elevada pigmentación en el área íntima y sus zonas adyacentes.
El rejuvenecimiento íntimo está cobrando cada vez más importancia, al atender problemas que a muchas mujeres les preocupa. La hiperpigmentación genital es multifactorial y puede ocasionar problemas emocionales en algunas mujeres.1 Puede tener un origen fisiológico, hay mayor prevalencia en los fototipos altos, se presenta mayor actividad melanocítica en el área genital2 y durante el envejecimiento. El aumento de pigmentación genital está influenciado por factores hormonales, el incremento de estrógenos se asocia con aumento de la producción de melanina debido a la estimulación de la actividad de la tirosinasa.3 Algunos factores exógenos que influyen en la hiperpigmentación de la zona íntima son el uso de anticonceptivos hormonales, técnicas de depilación, roce mecánico en cara interna de muslos y uso de prendas ajustadas. En esta investigación proponemos un tratamiento no invasivo, capaz de corregir y regular la actividad melanocítica en la zona íntima de manera eficaz y segura para aquellas mujeres que padecen este problema.

Material y métodos
Estudio multicéntrico, prospectivo con inclusión de treinta y cinco mujeres con hiperpigmentación cutánea en la zona íntima.
Inicialmente en consulta se aplicó una sesión con exfoliación química para facilitar la penetración de los principios activos y neutralización a los 7 minutos, posteriormente se administraron multicapas de máscara despigmentante, finalmente se cubrió con una película oclusiva especial. Tras 2 horas, las voluntarias retiraron la película y máscara con agua en su domicilio, a los 2 días comenzaron a aplicarse crema despigmentante diario antes de dormir durante 45 días con el fin de continuar con la regulación melanocítica. Los métodos de valoración fueron el registro fotográfico antes y después y la medida de satisfacción del paciente, valoración con escala visual analógica modificada.

Resultados:
El 100% de las pacientes estuvieron satisfechas con el tratamiento y mostraron una reducción de la hiperpigmentación calificada de muy evidente, así como una mejoría en la calidad de la piel. Las reacciones adversas fueron leves y no superaron los 3 días, todas las pacientes completaron el tratamiento.

Conclusiones:
Con este estudio se comprobó la eficacia y seguridad de un método de despigmentación íntima, eficaz en una sola sesión clínica más tratamiento domiciliario, que puede solucionar los problemas de hiperpigmentación cutánea íntima.

729

Estudio comparativo de eficacia entre dos técnicas de aplicación con diferentes biorevitalizantes comercializados de acción intradérmica

Vimerson Vaz De Lima Dallo[1], Enrique Lorente Prieto
[1]Clínica del Remei, Barcelona, España, [2]Clínica Sagrada Familia, Barcelona, España

Introducción. El envejecimiento de la piel aparece especialmente en las áreas más expuestas a los agentes ambientales, provocando la pérdida de elasticidad, hidratación y firmeza, siendo el área facial la más expuesta a estos agentes.
Actualmente existe un auge creciente en la demanda de tratamientos mínimamente invasivos, entre ellos la mesoterapia, que se define como un tratamiento médico estético en el cual se introducen pequeñas cantidades de sustancias, como los biorevitalizantes, en la dermis mediante múltiples inyecciones. A pesar de ser una buena técnica de tratamiento, no todos nuestros pacientes la aceptan por la aprensión a las agujas. En este contexto han aparecido en el mercado equipos simples o combinados con electroporación que permiten la penetración de sustancias vía transdérmica sin la necesidad del uso de inyecciones. La electroporación consiste en la aplicación de campos eléctricos que favorecen la creación de micro canales hidrofílicos temporales en las bicapas lipídicas de las membranas celulares y de los espacios intercelulares, que se potencian por la acción de la microabrasión simultánea sobre la piel, que permite el transporte de sustancias activas a diferentes niveles de la piel.
El objetivo del estudio fue comparar la eficacia en la aplicación de 2 compuestos ya comercializados mediante dos técnicas: a) mesoterapia realizada en modo punto a punto con aguja de calibre 30 G x 4mm, b) con la técnica combinada de electroporación asociada a microabrasión.

Material y método. En 5 voluntarios de ambos sexos, se realizó un estudio comparativo Split Face: en el lado derecho de la cara se inyectó mediante técnica de mesoterapia punto a punto, el compuesto 1, producto de referencia internacional; en el lado izquierdo, mediante la técnica combinada de electroporación con microabrasión se vehiculizó el compuesto 2 de composición similar al anterior, fabricado en España.
En total fueron 5 sesiones cada 15 días.

Resultados.
En el lado derecho donde se aplicó el compuesto 1 mediante la técnica de mesoterapia, la firmeza mejoró en un 2.2%, la elasticidad neta mejoró un 27.7% y la hidratación disminuyó un 4.1% respecto al estado basal.
En el lado izquierdo donde se aplicó el compuesto 2 mediante electroporación combinada con microabrasión, la mejora de la firmeza fue del 8.3%, la elasticidad neta mejoró un 43.8% y la hidratación disminuyó un 7.5% respecto al estado basal.
Los voluntarios mostraron mayor confort en el lado izquierdo donde se aplicó el producto mediante la técnica combinada de electroporación con microabrasión.

Conclusiones
A pesar del número reducido de voluntarios, se concluye que los resultados obtenidos con ambas técnicas son equiparables, a su vez dichos resultados confirman que el uso de técnicas combinadas no invasivas favorece la penetración de las sustancias activas utilizadas. Con estas valoraciones se abre un abanico de posibilidades para aquellos usuarios que no toleran o rechazan las inyecciones intradérmicas, posibilitando tener resultados similares sin tratamientos invasivos, sin efectos secundarios, favoreciendo la adherencia de los pacientes al tratamiento y permitiéndoles incorporarse a su vida cotidiana de forma inmediata.
Palabras claves. Biorevitalizantes cutáneos, split face, mesoterapia, electroporación, microabrasión.

815

Tolerancia y eficacia de un dermocosmético aplicado durante 4 semanas en pacientes con eczema periorbital

Ann'laure Demessant-flavigny[1], Delphine Kerob[1], Caroline Le Flo'ch[1], Guénaëlle Le Dantec[1], Jerry Tan[2]
[1]La Roche Posay Internacional, Levallois-Perret, France, [2]Western University, Department of Medicine and Windsor Clinical Research Inc,, Windsor, Canada

Introducción
La dermatitis en el párpado o eczema periorbital es una afección frecuente en pacientes con diátesis alérgica o atópica.
El dermocosmético testado (DC) ha sido específicamente desarrollado para restaurar la barrera den la piel en la región periocular y proporcionar alivio de los signos y síntomas relacionados con el eczema. Contiene niacinamida, fracciones del probiótico Sphingobioma y neurosensina, un compuesto natural calmante que actúa sobre la sensibilidad de la piel y disminuye el eritema, la irritación y el prurito.
Este studio evaluó la tolerancia y eficacia del DC en sujetos con eczema periorbital.

Materiales y Métodos
Se trata de un estudio abierto realizado bajo control oftalmológico y dermatológico en adultos con eczema periorbital y piel sensible. El DC debía ser aplicado dos veces al día durante 28 días.
Los signos y síntomas dermatológicos en la región periorbital, y los signos y síntomas oftalmológicos, así como el tiempo de rotura de película lagrimal y la examinación colorimétrica de la córnea y la conjuntiva fueron analizadas en los días 0, 14 y 28. Los sujetos evaluaron su calidad de vida utilizando la escala DLQI, la eficacia y la aceptación del DC.

Resultados
Se incluyeron 41 sujetos, el 59% de ellos fueron mujeres. La edad media fue 52.4±15.8 años y el 100% tenía piel periorbital sensible.
El DC tuvo un efecto inmediato (10 minutos tras la primera aplicación) en la reducción de la intensidad del picor, el escozor, la sequedad, la rigidez y la quemazón. Los signos clínicos (eczema, descamación/sequedad, eritema, hinchazón, aspereza) evaluados por dermatólogos, y los síntomas (picor, escozor, quemazón, rigidez) evaluados por los propios sujetos habían mejorado significativamente ($p<0.001$) en D14, y la mejoría se mantuvo hasta el D28.
De acuerod a los sujetos, el DC mejoró significativamente ($p<0.001$) la percepción de irritación (73%) e hinchazón (66%) provocando un efecto calmante (59%) en la región periorbital de la piel en D28.
La calidad de vida evaluada mediante DLQI había mejorado significativamente en el día 28 (0.82±1.0) en comparación con el día 0 4.17±2.23).
No se reportaron efectos adversos locales. Los exámenes oftalmológicos mostraron resultados paralelos a la excelente tolerancia dermatológica del DC.

Conclusión
EL DC testado es altamente eficaz en la reducción de signos clínicos y síntomas del eczema periorbital y es bien tolerado.
Conflictos de interés
Delphine Kerob, Ann' Laure Demessant-Flavigny, Guénaëlle Le Dantec and Caroline le Floc'h son empleadas de La Roche Posay Internacional.

920

Evaluación del efecto de un tratamiento combinado utilizando fórmulas lipolíticas y de estimulación celular para el remodelado mandibular

Ingrid Rivera Pineda[1], Víctor Ollarves, Denise Ortiz, Denis Alexander Lugo, Zulay Rivera, Isabel Hagel

[1]Escuela de Medicina José María Vargas. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela, [2]Unidad Médico Estética Láser, Caracas, Venezuela

Introducción: El mentón y la línea de la mandíbula son áreas comunes de preocupación en estética debido a que el exceso de grasa en la papada influye en la percepción de la edad y atractivo físico. La papada consiste en dos almohadillas de grasa superior e inferior, con un tabique mandibular que actúa como cabestrillo debajo de ambas almohadillas y se fusiona con el músculo platisma. El desplazamiento de los compartimentos del tabique mandibular de la grasa de la papada produce los cambios anatómicos, en conjunto con la acumulación de grasa en algunas de las almohadillas. Además, el compromiso dérmico del colágeno y la elastina durante el proceso de envejecimiento cutáneo, conduce también a la laxitud y descolgamiento de la papada, ocasionando la pérdida de la definición de la línea de mandíbular, así como acentuación del surco nasogenenano con la formación de un pliegue cutáneo engrosado. Recientemente se han desarrollado técnicas, mínimamente invasivas de inyecciones intradérmicas para la administración de nuevos fármacos en dosis diminutas y cócteles de mezclas de compuestos (extractos de plantas, nutrientes, enzimas, productos farmacéuticos, vitaminas, aminoácidos y otras sustancias bioactivas), no sólo para la reducción del exceso de grasa sino también para efectos rejuvenecedores.

Objetivo: Estudiar el efecto del tratamiento combinado utilizando fórmulas lipolíticas y de estimulación celular para la disminución de la grasa submentoniana, bolas de Bichat, remodelado mandibular y mejoría del aspecto del surco nasogeneano. Métodos: Se evaluaron y trataron 159 mujeres (47,1 ± 11,7 años) de las cuales 45% de las pacientes presentaron niveles de grasa submentoniana leve, 25% moderada y 30% grave. La fórmula lipolítica (aplicación subcutánea) contiene L-carnitina, fosfatidilcolina e hidrolizado de algas rojas, cafeína, silicio orgánico y troxerutina. La fórmula intradérmica para reafirmar la línea mandibular contiene hidrolizado de algas rojas, silicio orgánico, myricelineTM, péptidos biomiméticos y DMAE. Se aplicaron inyecciones de la fórmula intradérmica en la línea mandibular y pliegue cutáneo del surco nasomentoniano, en conjunto con una fórmula lipolítica en la zona submentoniana y bolas de Bichat.

Resultados: Todas las pacientes lograron una reducción significativa de la papada, mayor definición de la línea mandibular y disminución de las arrugas y de los pliegues de la piel producto del tejido adiposo localizado, mejorando significativamente la tersura de la piel, reposicionando los tejidos y recuperándose el triángulo de la juventud. Análisis de imágenes mostraron una disminución ($p<0,05$) del 2% en el ángulo mentocervical y un 10% en el área tratada.

Conclusión estudio proporciona evidencias semicuantitativas de que la combinación de una fórmula intradérmica reafirmante con una lipolítica subcutánea es un método mínimamente invasivo, seguro y eficaz para la reducción de la grasa submentoniana, y el remodelado de la definición de la línea mandibular con efectos apreciables de rejuvenecimiento de la piel.

Palabras clave: línea mandibular, contorno facial, lipolisis, rejuvenecimiento, fórmula intradérmica, papada.

923

Rejuvenecimiento facial con toxina botulínica en el músculo malaris

Zulay Rivera Pineda[1], Ingrid Rivera, Víctor Ollarves, Denise Ortiz, Dennis Alexander Lugo, Isabel Hagel, Nancy Díaz, Gladys Velasco
[1]*Escuela de Medicina José María Vargas. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela., Caracas, Venezuela*

Los músculos de expresión facial juegan un papel esencial en el envejecimiento. Se distribuyen en grupos funcionales alrededor de la cara. El músculo Orbicularis oculi desempeña un papel importante en la producción de movimiento alrededor de la región orbital y durante el proceso de envejecimiento se vuelve atrófico, estirado o delgado, lo que resulta en la aparición de signos de envejecimiento en la cara media. Además, los movimientos repetitivos de la contracción del músculo facial y la gravedad, empeoran estos signos. Las fibras musculares externas de la parte orbitaria, generalmente se extienden más allá del borde orbitario a las regiones periorbitarias, incluidas las mejillas, la frente y las sienes, e interdigitan con los músculos circundantes. Se han descrito haces musculares distintivos, como el músculo malaris, localizado justo debajo de la piel en la región lateral del músculo orbicularis particularmente en población asiática y africana. Este músculo impide la relajación de los tejidos blandos de la cara media, al ayudar a los ligamentos de retención del orbicularis a mantener la almohadilla de grasa malar alrededor del cigoma. Sin embargo su presencia y funcionalidad no ha sido estudiada en la población latina. Objetivo: Evaluar el efecto de la aplicación de toxina botulínica tipo A sobre la funcionalidad del músculo Malaris en un grupo de mujeres latinas así como sobre el efecto en la apariencia y morfometría facial, como tratamiento de rejuvenecimiento superficial.

Métodos: Previo consentimiento informado, se evaluó un grupo voluntario de 15 mujeres latinas (de origen español con mestizaje indígena y / o africana y fototipos III-IV), de edades comprendidas entre 40 – 70 años, que acudieron a la consulta privada de estética de UNIMEL (Caracas, Venezuela). Todas las pacientes presentaban signos de envejecimiento facial y laxitud de la piel. Se les aplicó en una sola sesión, inyecciones de toxina botulínica tipo A en la región del sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) de forma lateral al músculo Malaris favoreciendo así el mantenimiento de su actividad tensora.

Resultados: El tratamiento fue bien tolerado. Análisis de imágenes de fotografía 3D, mostraron que las pacientes corrigieron significativamente la ptosis de la piel de la mitad de la cara, levantando la almohadilla de grasa malar alrededor del cigoma, corrigiendo las bolsas malares. Además se observó una disminución del marcaje del surco nasomentoniano y realce de los pómulos al sonreir y recuperarse el denominado triángulo de la belleza con la base en los pómulos y el vértice en el mentón. Todas las voluntarias involucradas en este trabajo manifestaron un alto grado de satisfacción con los resultados finales obtenidos.

Conclusión: Este procedimiento es un método mínimamente invasivo, seguro y eficaz que ejerce un efecto lifting hacia el origen del músculo de la fascia temporalis superficialis manteniendo la actividad tensora del músculo Malaris. Sin embargo, la aplicación del mismo requeriría de un conocimiento anatómico y funcional más profundo del sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS).

Palabras claves: toxina botulínica, Malaris, SMAS, rejuvenecimiento, rostro

929

Edema tardío intermitente y persistente relacionado al relleno dérmico de ácido hialurónico después de una infección por coronavirus

Michelle Elizabeth Camacho Marroquín[1], Camila Paiva Hentzy de Faria[1], Ana Paula Bovaretto Tessari[1]
[1]*Policlínica Geral Do Río de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil*

Introducción
La demanda de la dermatología cosmética creció durante la última década, especialmente los procedimientos con rellenos dérmicos de ácido hialurónico al considerarlos de aplicación mínimamente invasiva y con un relativo bajo índice de complicaciones tardías. El siguiente caso clínico es uno de los pocos casos reportados en la literatura científica que una patología como el edema tardío intermitente y persistente (ETIP) tiene como gatillo desencadenante una infección por el virus SARS COV-2, presentando reacciones inmunológicas al relleno de ácido hialurónico y que además las manifestaciones clínicas se presentan 16 meses después de la aplicación del producto tomando en consideración que la validez y tiempo de vida media del ácido hialurónico inyectable es aproximadamente 10 meses.

Caso clínico
Paciente femenina de 32 años, nacida en la ciudad de Teresópolis residente en Río de Janeiro, Brasil. Profesión: Médica, Sin antecedentes patológicos y quirúrgicos relevante previos, niega alergias.
Acude a la consulta presentando cuadro clínico caracterizado por edema bilateral de la región infraorbitario de una semana de evolución, la línea de tiempo del cuadro clínico se remota a diciembre del año 2018 cuando la paciente se realizó un procedimiento con relleno de ácido hialurónico aplicado 1ml en cada surco infraorbitario sin complicaciones inmediatas.
El día 13 de marzo de 2020 la paciente presentó cuadro de COVID-19 confirmada con una prueba PCR. En Abril de 2020 (16 meses después de la aplicación del producto) la paciente presentó el primer episodio de edema infraorbitario bilateral para lo cual usó Prednisona 40mg vía oral una vez al día por 3 días con mejora del episodio. En septiembre de 2020 presentó el segundo episodio caracterizado por edema firme no depresible bilateral sin síntomas ni signos acompañantes, nuevamente hizo uso de prednisona 40mg vía oral, una vez al día por 3 días. En octubre 2020 aconteció el tercer y último episodio presentando nódulos firmes bilaterales sin síntomas acompañantes.
Fue solicitado un hemograma, examen microscópico de orina y un Eco Doppler de partes blandas de la región infrapalpebral reportando la presencia de imágenes pseudocísticas aneicoicas bien definidas restrictas al tejido celular subcutáneo correspondiendo a un relleno dérmico compatible con ácido hialurónico.
El diagnóstico concluyó como un ETIP (Edema tardío intermitente y persistente), como tratamiento fue utilizado Hialuronidasa 2000 UTR diluidas em 5ml por una sola sesión además de prednisona 40mg dosis única. La paciente no presentó complicaciones durante el procedimiento con hialuronidasa mas que un eritema en el lugar de su aplicación. La paciente presentó resolución total del cuadro clínico en quince días.

Conclusiones
a) Una adecuada anamnesis en relación a procedimientos estéticos realizados es de suma importancia especialmente al conocer el papel de una infección por coronavirus como gatillo para complicaciones tardías.
b) La ecografía es una gran herramienta en la dermatología cosmética para reconocimiento de complicaciones tras procedimientos y para seguridad durante su aplicación.
c) Las complicaciones tras los rellenos de ácido hialurónico se pueden producir por varios meses después del tiempo de vida media o de degradación del producto establecido.

1034

Innovadora fórmula tópica despigmentante con acción sinérgica para el tratamiento del melasma desarrollada por inteligencia artificial y estudios in vitro

Alfredo Martínez[1], Mari Carmen González, Susana Gómez-Escalante, Luis Shotze Luis G
[1]*privado, Barcelona, España*

Introducción
El melasma se caracteriza por poseer una fisiopatología compleja en la que intervienen diferentes tipos celulares y vías de señalización. Los factores paracrinos secretados por queratinocitos, fibroblastos y células endoteliales actúan en los melanocitos y estimulan la melanogénesis mediante la regulación de diferentes rutas como WNT, EDN1, αMSH y SCF.1 El objetivo de este estudio es utilizar inteligencia artificial para averiguar la mejor combinación de activos con el fin de formular un método tópico despigmentante eficaz que actúe en las diversas vías de señalización que regulan la melanogénesis.

Material y métodos
Se analizaron 12 activos con eficacia despigmentante demostrada mediante inteligencia artificial según diferentes bases de datos (DrugBank/FDA/literatura científica). En primer lugar, se realizaron análisis basados en redes neuronales artificiales para predecir las combinaciones sinérgicas. A continuación, se realizaron modelos matemáticos basados en métodos de muestreo para averiguar el mecanismo de acción de los activos seleccionados. Se llevaron a cabo estudios in vitro en melanocitos humanos primarios, estimulados con L-tirosina y tratados con activos que se añadieron sucesivamente o en combinación. Los lisados celulares se incubaron con L-DOPA y MBTH durante 1 h y se midió la absorbancia a 492 nm mediante espectrofotómetro para cuantificar la actividad de la tirosinasa.

Resultados
Se encontró una combinación sinérgica para 3 compuestos. El ácido ferúlico inhibe la tirosinasa, disminuye la síntesis de melanina e inhibe las anhidrasas carbónicas que dan lugar a la pigmentación inducida por el estrés oxidativo. El retinol, a través de la activación de los receptores de ácido retinoico, reduce la señalización de NF-kB y WNT/β-catenina, el estrés oxidativo mediante el superóxido dismutasa, y aumenta la citoquina antipigmentaria IL-1b. La diosmina inhibe la vía WNT/β-catenina y PAX3. Los datos in vitro muestran una reducción estadísticamente significativa del 54% en la actividad de la tirosinasa cuando los 3 activos se añadieron en combinación al cultivo celular estimulado con L-tirosina, en comparación con una disminución estadísticamente significativa del 21% en la actividad de la tirosinasa cuando cada activo se añade al cultivo celular de forma sucesiva.

Conclusiones
En este estudio hemos descubierto un complejo despigmentante que consiste en un retinoide, un potente antioxidante y un derivado de la flavona que actúa de forma sinérgica en las diferentes vías de señalización del proceso melanogénico.

1. Pigment Cell Melanoma Res. 2018 Jul;31(4):461-465.

1041

Evaluación de los signos clínicos e histológicos producidos por el fotoenvejecimiento tratados con un 15% de Vitamina C pura, fresca y estable

María Del Rosario Rodríguez Azeredo[1], Anthony Brown[1], Marta Furmanczyk[1], Javier Bustos[1], Antonio R. Fernández de Henestrosa[1], Eric Jourdan[1]
[1]*Innovación y Desarrollo, ISDIN, Barcelona, España., Barcelona, España*

Introducción
La Vitamina C (ácido L-ascórbico), conocida por su efecto antioxidante, es ampliamente utilizada, para su uso tópico, en la formulación de cosméticos destinados a prevenir y revertir los signos de la edad y el fotoenvejecimiento. El ácido L-ascórbico, sin embargo, es inherentemente inestable debido a su oxidación al exponerse al aire y a la luz . A fin de evitar esta oxidación, se ha desarrollado un sérum antienvejecimiento en el que el ácido L-ascórbico y su vehículo se encuentran separados físicamente y se mezclan inmediatamente antes de uso para crear una solución estable al 15% w/v (AA15). En este estudio se ha querido demostrar la capacidad de este sérum para reducir los signos clínicos de la edad y el fotoenvejecimiento en condiciones normales de uso, así como descifrar algunos de los mecanismos biológicos a través de los cuales se ejercen estos efectos antienvejecimiento.

Materiales y métodos
Las propiedades antienvejecimiento de AA15 se evaluaron en 30 mujeres entre 45 y 70 años con arrugas leves a moderadas, imperfecciones y tono de piel apagado. Los sujetos se aplicaron AA15 en el rostro una vez al día, por la mañana, durante 28 días. Las mejoras en los signos clínicos relacionados con la edad y el fotoenvejecimiento se valoraron mediante los análisis instrumentales, la evaluación del investigador y la autoevaluación del sujeto.
La capacidad de AA15 para ayudar a la piel a recuperarse de las agresiones externas recibidas durante el día, se evaluó exponiendo explantes de piel humana a una combinación de humo de tabaco, polución urbana y radiación ultravioleta. Los marcadores de estrés oxidativo fueron examinados mediante inmunohistoquímica.

Resultados
Tras 10 días de uso, el número de arrugas disminuyó en un 32,3% en comparación con el día 0, así como su volumen y profundidad, que disminuyeron en un 12,5% y un 6,9% respectivamente, manteniéndose hasta el día 28.
Después de 28 días de uso, la luminosidad de la piel aumentó un 9,6% versus día 0. La evaluación de la calidad de la piel realizada tanto por sujetos como por dermatólogos, mostraron una mejora en el 100% de los casos y no se notificó ninguna reacción adversa ni sensación de disconfort durante 28 días del uso del producto.
El tratamiento con AA15 al cual se sometieron los explantes de piel humana mostró un aumento de los niveles de colágeno-1 en un 155% ($p<0,01\%$) y una reducción de los niveles de metaloproteinasa-1 en un 53% ($p<0,01\%$) en comparación con los explantes no tratados después de la exposición al estrés ambiental combinado.

Conclusión
Los datos sugieren que AA15 presenta una alta eficacia revirtiendo los signos de la edad, causados por factores internos y externos, como la edad o la exposición UV. AA15 está recomendado para el tratamiento y la prevención frente al fotoenvejecimiento de la piel.

1051

Estudio clínico sobre la seguridad y eficacia de las hiperpigmentaciones con un tratamiento tópico despigmentante con activos de acción sinérgica que actúan en los procesos celulares clave de la melanogénesis

Luis Shotze Luis G.[1], Fernando Galcerán, Martín Gastón Álvarez, Susana Gómez-Escalante
[1]*Privado, Barcelona, España*

Introducción
La evidencia científica reciente ha demostrado que existen varias vías de señalización mediante las cuales se regula la melanogénesis.1 Dependiendo de la predisposición genética del individuo y los factores ambientales, los melanocitos hiperactivos pueden producir una acumulación de melanina que da lugar a varias afecciones dermatológicas como hiperpigmentaciones cutáneas. El objetivo de esta investigación fue evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento de las hiperpigmentaciones con una fórmula tópica con activos como el retinol, el ácido ferúlico y la diosmina con los que se ha comprobado mediante inteligencia artificial y estudios in vitro que actúan de forma sinérgica en las diferentes vías de señalización del proceso melanogénico.

Material y métodos
Ensayo unicéntrico, abierto y prospectivo realizado en España entre octubre de 2018 y febrero de 2021 con 54 (2 drop-out) voluntarios de ambos sexos y una edad media de 34 años. Los criterios de inclusión fueron; fototipos II, al IV con melasmas, lentigos, HPI y/o efélides. El protocolo de tratamiento comprendía una sesión clínica con aplicación de mascarilla despigmentante más mascarilla iontoforética más un tratamiento domiciliario de 120 días con un producto despigmentante dos veces al día. Los métodos de evaluación utilizados fueron VISIA, Mexameter, Janus, índice MASI, registro fotográfico, cuestionarios de seguridad y eficacia y encuestas tipo Likert. Las visitas de control se programaron en los días 0, 7, 15, 30, 60, 90 y 120. Los cambios en las variables se analizaron en cada visita de control respecto al control inicial los datos fueron tratados estadísticamente se realizó prueba t de Student e intervalo de confianza de 95%. Se utilizó el método estadístico d de Cohen para calcular el tamaño del efecto.

Resultados
Se observó una disminución media de 57,37% del MASI total y una d de Cohen de 2,84, lo que evidencia un cambio de MASI estadísticamente significativo con un tamaño de efecto muy grande. Los datos de Mexameter mostraron una disminución estadísticamente significativa del 17,39% en la pigmentación ($p < 0,001$), con una d de Cohen de 1,784 que indica un gran tamaño del efecto. Los resultados de Janus demostraron una reducción significativa de las arrugas. La evaluación del investigador registró un aumento del 92% en la luminosidad de la piel, una reducción del 118,18% de la hiperpigmentación, una uniformidad del tono de la piel del 95,45%, un aumento de la firmeza del 118,75% y un aumento de la mejora general del 103,7% con una d de Cohen de 3,12 que indica un gran tamaño del efecto. Solo se reportaron 14 reacciones cutáneas locales, en su mayoría derivadas del tratamiento y disminuyendo completamente a nivel basal.

Conclusión
Este estudio ha demostrado la eficacia y seguridad de un innovador tratamiento despigmentante (en melasma, HPI, efélides y lentigos), que regula diversos procesos celulares que intervienen en la melanogénesis, con una evolución positiva en la evaluación clínica y el 100% de los investigadores/voluntarios satisfechos.

1. Brenner M et. al. Photochem. Photobiol. 84 (3) (2008) 539–549.

1063

Tratamiento de las hiperpigmentaciones con DYE láser y un nuevo método despigmentante tópico con efecto sinérgico

Luis Shotze Luis G.[1], Martín Gastón Álvarez[1], Fernando Galcerán[1], Susana Gómez-Escalante[1]
[1]*Privado, Barcelona, España*

Introducción
Los últimos datos demuestran que las lesiones de melasma presentan más elastosis y vascularización que la piel perilesional.1 El DYE láser es una terapia estándar para las lesiones vasculares cutáneas y ha demostrado ser una opción de tratamiento eficaz en combinación con cremas despigmentantes para el tratamiento del melasma.2,3 El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la terapia combinada de DYE láser con un nuevo método despigmentante tópico en el tratamiento de las hiperpigmentaciones. Esta nueva fórmula ha sido diseñada mediante inteligencia artificial, demostrando con estudios in vitro que actúa sobre las principales vías de señalización de la melanogénesis.

Material y métodos
Se realizó un estudio split-face con 10 pacientes de ambos sexos y diferentes fototipos de piel/edad. Criterios de inclusión: melasma, HPI, efélides y lentigos. En primer lugar, los pacientes recibieron 1 sesión de DYE láser (D0) en todo el rostro como tratamiento estrictamente correctivo en la clínica. El día 7, tras el control de la sesión de láser, los voluntarios siguieron un tratamiento domiciliario con una crema despigmentante para regular el proceso melanogénico en la hemicara izquierda del rostro, por la mañana y por la noche durante 4 meses (crema placebo en la hemicara derecha). Al D30, más del 50% de los pacientes presentaban diferencias significativas entre ambas mitades y por motivos éticos se decidió retirar el placebo y que los voluntarios iniciaran la aplicación de la crema despigmentante en todo el rostro hasta el final del tratamiento. La sesión de láser DYE se realizó el día 0 y se registraron las visitas de control los días, 7, 15, 30, 60, 90 y 120. Métodos de evaluación: VISIA, Mexameter, JANUS, índice MASI y registro fotográfico, cuestionarios de pacientes / investigadores.

Resultados
En el D30 se observaron diferencias la hemicara izquierda con el nuevo tratamiento despigmentante frente a la hemicara derecha que no fue tratada con la crema. Estas diferencias incluyeron una mejora en la hiperpigmentación y algunas reacciones cutáneas locales que pueden ocurrir durante este método de despigmentación. En el control final D120, en el 100% de los voluntarios la mejoría en la apariencia de las lesiones pigmentadas fue evidente y ninguno de los pacientes había presentado repigmentación. Asimismo, hubo un efecto interesante en la mejora de la calidad de la piel en el 100% de los casos y todos los pacientes quedaron satisfechos con los resultados. Las reacciones cutáneas locales fueron leves y transitorias que revertieron al final del tratamiento y asociadas a la técnica de aplicación. Se registraron irritación, escozor y ardor en 7 pacientes, edema y costras en 4 pacientes y descamación 8 pacientes.

Conclusiones
Esta investigación ha demostrado que el tratamiento combinado del DYE láser con la nueva crema despigmentante estudiada es un tratamiento seguro y eficaz para las patologías pigmentarias por su acción tanto correctora como reguladora.
1. Kim EH et.al. J Dermatol Sci. 2007;46(2):111-116. 2. Passeron T. J Am Acad Dermatol 2013;69:e141-e142. 3. Passeron T et. al. Arch Dermatol 2011;147: 1106-1108.

1065

Determinación de la eficacia antioxidante y potencial antienvejecimiento de fórmulas cosméticas en ampollas con Vitamina C, caso de estudio

Almudena Martin Martínez[1], Diana Martínez Casanova, Mercedes Abarquero Cerezo[2], María Matabuena Yzaguirre[1]
[1]Invitrotecnia S.L., Madrid, España, [2]L'Oréal España S.A., Madrid, España

Introducción: El desarrollo de productos es fundamental para proteger la piel del daño por ROS inducido por factores externos (UV, VL e IR, contaminación medioambiental, humo de tabaco, temperatura) e internos (dieta, consumo de alcohol, estrés, falta de sueño), que conforman el Exposoma de la piel.
El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia antioxidante de varias fórmulas cosméticas en ampollas con vitamina C (20%, 15%, 10%), evaluando su potencial antienvejecimiento.

Materiales y métodos: La capacidad antioxidante global fue cuantificada mediante ensayos "in tubo", la protección frente al estrés oxidativo se infirió por la viabilidad celular en cultivos de queratinocitos y fibroblastos humanos, y la cantidad de colágeno de nueva síntesis se determinó en fibroblastos incubados con sobrenadantes de RHE tratados con los productos.

Resultados: Los productos mostraron una elevada capacidad antioxidante, en torno al 94% a todas las concentraciones.
Muestras con vitamina C 10%-15% mostraron un efecto protector superior (63.6%) en queratinocitos, pero no de forma directa en fibroblastos. Sólo la fórmula vitamina C10% aumentó la síntesis de colágeno (+11.2%) mediante activación del diálogo celular.

Conclusiones: El contenido de vitamina C no tiene relación directa con la eficacia de los productos evaluados.
Únicamente la fórmula con vitamina C 10% demostró capacidad antioxidante global, protección de queratinocitos frente a estrés oxidativo de queratinocitos y eficacia antienvejecimiento (aumento de colágeno).

Palabras clave: vitamina C, péptidos, antioxidante, antienvejecimiento, cultivo celular

1100

Evaluación de un nuevo tratamiento para las ojeras mediante el dispositivo “Bio Blue Light Scanner” que permite la evaluación de la intensidad y extensión de la ojera

Maria Vitale Villarejo[1], Ana Gil de Bernabé, José Luis Mullor Sanjosé
[1]Cantabria Labs, Madrid, España, [2]Bionos Biotech S.L, Valencia, España

Introducción: La piel del contorno de ojos es fina, sensible y con mayor riesgo de deshidratación, lo que la predispone a la aparición de signos de envejecimiento como las bolsas y arrugas. En esta zona también se detectan con gran frecuencia, ojeras e hiperpigmentación, que afectan a ambos sexos, de todas las edades y etnias. En estos casos las causas son múltiples, entre ellas: pigmentación excesiva por depósito de melanina, vasodilatación y estasis venosa y los cambios estructurales de la zona orbitaria que ocurren durante el envejecimiento (piel más fina, flácida y con alteración de la distribución de la grasa subcutánea). Dada la etiología multifactorial, son diversos los ingredientes activos necesarios para mejorar los signos que afectan el área periocular y en particular las ojeras e hiperpigmentación.
El objetivo principal de este estudio es la evaluación in vivo y objetiva mediante un novedoso dispositivo, de los efectos de una nueva combinación de aplicación tópica en la zona del contorno de ojos con ojeras e hiperpigmentación, tras 56 días de uso. Esta novedosa combinación presenta ingredientes activos con actividad despigmentante (ácido tranexámico, Vitamina K1 óxido), tecnologías que favorecen la renovación celular (RetinSphere®) y que presentan potentes actividades antioxidantes y anti-polución (Edafence®)

Materiales y Métodos: Se incluyeron un total de 20 voluntarios entre 20 y 65 años, con ojeras e hiperpigmentación. Se estableció la zona infraorbitaria como el área experimental en cada voluntario y se midió tanto el área como la intensidad de las ojeras, evaluando el contraste de estas con la piel normal; mediante el dispositivo “Bio Blue Light Scanner”. Las visitas de seguimiento se realizaron, previa al inicio del tratamiento (D0), tras 28 días (D28) y al finalizar el tratamiento (D56). Además, se realizaron valoraciones subjetivas por parte de los voluntarios y un grupo de expertos valoró el tratamiento mediante una escala de evaluación basada en la severidad de la pigmentación de las ojeras (grado 0-5), en las visitas D28 y D56.

Resultados: El tratamiento redujo significativamente el área total de las ojeras en un 8,23 ± 3,42% y en un 14,22 ± 3,42 % a los 28 y 56 días de tratamiento, respectivamente ($p< 0.05$). También disminuyó significativamente el contraste de las ojeras en D28 y D56 en 7,93 ± 2,04% y 9,58 ± 2,04%, respectivamente ($p< 0.05$). Los resultados basados en la Escala de Evaluación de Expertos, mostraron una disminución progresiva y estadísticamente significativa de la hiperpigmentación de la piel tanto a los 28 como a los 56 días desde el inicio del tratamiento.

Conclusiones: La combinación terapéutica evaluada demostró ser una nueva opción muy bien tolerada y eficaz en el tratamiento de las ojeras. La coherencia, concordancia y significación entre la escala de evaluación de expertos y los resultados objetivos del “Bio Blue Light Scanner” ayudan a validar la eficacia del tratamiento. Además, cabe añadir que estos resultados se correlacionaron con los cuestionarios de autoevaluación de los voluntarios, mostrando un 76% de aceptación global tras solo 28 días de tratamiento.

1123

Eficacia antienvejecimiento de un producto dermocosmético que contiene péptidos, ácido salicílico, ácido glicólico y agua volcánica mineralizante en mujeres brasileñas con piel grasa

Claudia Marçal[1], Priscila Correia[2], José Euzébio Junior[2], Beatriz Sant'Anna[2]
[1]Clínica Privada Espaço Cariz, Campinas, Brazil,
[2]L'Oréal Brasil, Río de Janeiro, Brasil

Introducción: El envejecimiento de la piel es un proceso natural relacionado con el envejecimiento cronológico, agravado por los factores del exposoma.
Este estudió evaluó los beneficios de un producto dermocosmético (DC) que contiene péptidos, ácido salicílico, ácido glicólico y agua mineralizante de Vichy en mujeres con piel grasa y signos visibles de envejecimiento en la piel.

Materiales y métodos: 33 mujeres de entre 35 y 60 años de edad, con fototipo II a IV, piel grasa y arrugas leves a moderadas. Se instruyó a las pacientes para que utilizaran entre 1 y 2 dosificaciones del producto dermocosmético (DC) por la mañana durante 90 días, junto a un fotoprotector SPF 30 por la mañana y por la tarde. La eficacia clínica se evaluó utilizando la escala EVA y determinaciones instrumentales. La neocolagenogénesis se determinó mediante espectroscopía de reflectancia difusa.

Resultados: Se observó una mejoría significativa ($p<0.05$) en arrugas (-9%), elasticidad (+24%), firmeza (+34%), pérdida transepidérmica de agua (-20%) y secreción de grasa en la piel (-27%) tras 90 días de uso diario del DC. Estos beneficios fueron clínicamente confirmados por dermatólogos. El DC aumentó la síntesis de colágeno tipo I en un 16%. La satisfacción del consumidor fue muy elevada (puntuación EVA: 9.2/10) y la tolerancia al DC fue excelente.

Discusión: El DC testado estimula la síntesis de colágeno y proporciona beneficios frente al envejecimiento y la cantidad de grasa de la piel. DC es muy bien tolerado y altamente apreciado por los sujetos participantes en el estudio.

Palabras clave: producto dermocosmético, envejecimiento de la piel, neocolagenogénesis, arrugas, elasticidad de la piel, hidratación de la piel, agua mineralizante de Vichy

1203

Manejo de ojeras con tratamiento tópico con Vitamina K óxido + ácido hialurónico hidrolizado + Palmitoyl Tetrapeptide-7 + Eyeliss asociando aplicación de ácido hialurónico reticulado. Presentación de una serie de casos

Jaime Piquero-Casals[1], Daniel Morgado Carrasco[2], Rubén Del Río[3], Antonio Macaya Pascual[4], Vanesa Piquero Casals[1]
[1]Clinica Dermik, Barcelona, España, [2]Hospital Clinic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España, [3]Hospital de L'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España, [4]Hospital Universitari Bellvitge, Barcelona, España

Introducción
Las ojeras o hipercromía idiopática del anillo orbitario, se refieren al efecto visible oscuro del área infraorbital. Es un problema estético para muchos individuos que lo padecen que pueden parecer “cansados”. Entre las diferentes causas, están la predisposición genética/racial, herniación de la grasa infra-orbital, sombra infraorbital por laxitud y piel translucida sobre el musculo orbicularis oculi. Debido a las diversas causas, el manejo terapéutico debe ser individualizado para cada paciente.

Casos clínicos
Presentamos una serie de ocho pacientes con ojeras mixtas (vascular + pigmentadas), manejadas con tratamiento combinado con el uso de tratamiento tópico con cosmecéutico que contiene vitamina K óxido + ácido hialurónico hidrolizado + Palmitoyl Tetrapeptide-7 + Eyeliss; dos veces al día durante 8 semanas asociando procedimiento en consultorio con la aplicación de ácido hialurónico con cánula.

Resultados
Todos los pacientes tuvieron mejoría de la pigmentación y componente vascular en la evaluación dermatológica. Los pacientes evaluaron positivamente los resultados y excelente tolerancia al tratamiento tópico.

Conclusiones
El tratamiento combinado con cosmecéutico específico asociando el tratamiento en consultorio es una alternativa excelente para el manejo de las ojeras.

1206

Reacciones adversas a sustancias de relleno facial

J. Gregorio Álvarez Fernández, Claudia Sarró Fuente, Elena García Zamora, Elena Naz Villalba, Fernando Pinedo Moraleda, Miguel Vela Ganuza, Yolanda Pérez Serna, Ana Pampín Franco, J. Luis López Estebaranz
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: Desde hace años, la "imposición" de nuevos cánones de belleza ha provocado un aumento importante en el número de procedimientos estéticos, entre los que destacan la infiltración de materiales de relleno. Estas sustancias se clasifican en temporales, semipermanentes y permanentes, en base a su composición y a la durabilidad (y biodegradación) en los tejidos. Aunque originalmente se consideraban sustancias inertes, se han asociado con diferentes tipos de reacciones adversas. La mayoría son leves y transitorias, predominando las reacciones en el lugar de inyección (eritema, hematoma o infecciones locales). Más raras son la migración del material, las complicaciones vasculares (tipo embolia arterial o necrosis tisular) o la formación de granulomas.

Casos clínicos: describimos 12 pacientes con diferentes tipos de reacciones adversas, tanto en materiales biodegradables (p. ej. el ácido hialurónico) cómo en permanentes y semipermanentes (silicona, metracrilato o polialquilamida). La mayoría son reacciones diferidas en el tiempo, apareciendo algunas incluso 25 años después de la implantación del material. La más frecuente es la formación de granulomas (que se objetivan cómo nódulos), el angioedema facial y el síndrome ASIA. Es importante señalar que algunos pacientes niegan el uso de materiales de relleno, incluso después de haber demostrado su existencia tras la biopsia.

Conclusiones: la introducción de un material extraño en la dermis no está exenta de reacciones adversas, siendo menos frecuentes en los materiales biodegradables. A pesar del control sanitario, aún seguimos viendo reacciones a antiguos procedimientos y materiales hoy prohibidos. Lo más frecuente es la formación de nódulos por reacción granulomatosa mediada por hipersensibilidad tipo IV. Pero también puede inducir reacciones inmunológicas locales o sistémicas años después del procedimiento, como el síndrome ASIA (síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes, que describimos en 2 de nuestros pacientes). Otros debutan con angioedema de difícil control. Entre estos últimos, se ha descrito recientemente relación como desencadenante con la vacuna para el SARS-COV2.

07. Dermatología clínica

81

Eritema anular centrífugo por Dutasteride. A propósito de un caso

Jorge Juan Vega-Castillo[1], Jose María Llamas-Molina[1], Angela Ayén-Rodriguez[1], Marina Galvez-Moreno[1], Ricardo Ruiz-Villaverde[1]
[1]*Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

El eritema anular centrífugo (EAC) es una dermatosis que cursa con placas eritematosas, con o sin descamación, que se extienden periféricamente mientras se aclara su zona central, dando como resultado una morfología anular, arqueada o policíclica. Tradicionalmente se ha reconocido una forma superficial y otra profunda, que difieren parcialmente en sus características clínicas e histológicas. Con respecto a la etiología, se piensa que representa un tipo de reacción de hipersensibilidad que puede ser provocada por múltiples antígenos, relacionándose con agentes infecciosos, fármacos, procesos autoinmunes o neoplasias entre otros, aunque en muchos casos se desconoce el posible agente causal.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años de edad con lesiones eritematosas anulares y ligeramente descamativas, localizadas en tronco y de unas 3 semanas de evolución. Entre sus antecedentes destacaba la ingesta reciente de dutasteride 0.5mg/día pautado para el tratamiento de Alopecia androgénica femenina (FAGA-F), siendo la relación temporal entre el inicio de la toma de dutasteride con el desarrollo de las lesiones de 2 semanas. El estudio histológico y la remisión de la sintomatología a las 3 semanas de finalizar la medicación confirmaron el diagnóstico de EAC.

Presentamos este caso sin haber hallado otros publicados que relacionen a dutasteride con el desarrollo de EAC, y revisamos la casuística de nuestro centro en los cinco años previos (2015-2019).

82

Hidrosadenitis supurativa refractaria a Adalimumab: Opciones de tratamiento a considerar

Jose María Llamas-molina[1], Angela Ayén-Rodriguez[1], Laura Linares-Gonzalez[1], Teresa Ródenas-Herranz[1], Marina Galvez-Moreno[1], Ricardo Ruiz-Villaverde[1]
[1]*Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

Presentamos el caso de un varón de 55 años de edad con historia de HS grado III de Hurley de 19 años de evolución y refractaria a tratamiento incluyendo a Adalimumab. Tras fracaso terapéutico se presentó en el Comité de medicamentos Especiales (Uso compasivo) y tras consenso de las especialidades implicadas se decidió comenzar Anakinra a dosis de 100mg al día por vía subcutánea durante un período de 16 semanas. No obstante, después de un mes con el tratamiento, el paciente no refería mejoría con Anakinra desarrollando placas eritematosas dolorosas con microvesículas en una distribución metamérica, con el diagnóstico de herpes zoster. Por ende, se determinó iniciar Secukinumab 300 mg por vía subcutánea, con una pauta de inducción de una dosis semanal durante las primeras 5 semanas y a continuación una administración mensual.

Evaluamos la respuesta terapéutica a Secukinumab a corto plazo incluyendo la medición y comparativa de escalas analógicas visuales de prurito, olor y supuración.

Secukinumab es un fármaco biológico anti IL-17A que puede tener un importante papel en el tratamiento de la hidrosadenitis supurativa resistente a otros fármacos biológicos. Son necesarios nuevos estudios con mayor número de pacientes que determinen el escalón terapéutico en el que debe ser utilizado. Su seguridad a corto plazo es equivalente a otros fármacos biológicos utilizados en HS

452

Acantosis nigricans como clave diagnóstica en adenocarcinoma gástrico avanzado: reporte de caso

Shariel Charlotte Saldaña Serrano[1], Magdalena Lay[1], Gerardo Cruz[1], Jaime Ávila Cárdenas[1]
[1]Hospital Santo Tomás, Panamá, Panamá

Introducción:
Presentamos el caso de un paciente quien acude referido de atención primaria para manejo de acantosis nigricans extensa de rápida instauración, confundida con cuadro benigno, que en realidad estaba vinculada a adenocarcinoma gástrico avanzado.

Caso clínico:
Paciente masculino de 45 años, sin antecedentes personales relevantes, consulta a dermatología por historia de aparición de zonas oscuras y rugosas en piel de rápida extensión, asociada a pérdida de peso no cuantificada, astenia y llenura postprandial de aproximadamente cuatro meses de evolución. Revela que tres meses previo a la consulta con dermatología fue tratado con antibioticoterapia en centro de salud comunitario por infección por Helicobacter pylori, con control en heces negativo y referido a nuestro servicio para manejo del cuadro cutáneo. Al examen físico evidenciamos placas hiperpigmentadas aterciopeladas difusas en rostro, cuello, pezones, axilas, genitales, dorso de manos y pies; con paquidermatoglifia adquirida y lesiones papilomatosas en mucosa oral. Laboratorios reportan hemoglobina en 13.0 mg/dL, leucocitos en 10 mil/uL, plaquetas 583 mil/uL, glicemia en ayuna de 108 mg/dL, AST= 13 U/L y ALT=12 U/L, bilirrubina total=9.52, sangre oculta en heces: positivo. Por su cuadro clínico se solicita endoscopía alta que reporta engrosamiento difuso de la mucosa del fondo y cuerpo del estomágo, con marcados cambios glandulares y zonas de necrosis. Además compresión extrínseca de la segunda porción duodenal.
Se toma biopsia de mucosa gástrica que confirma adenocarcinoma gástrico difuso con células en anillo de sello. La tomografía computarizada contrastada revela tumoración gástrica con infiltración de grasa perigástrica, adenopatías regionales y mediastínicas e imágenes nodulares en parénquima hepático. Dichos hallazgos permiten estadiar como un adenocarcinoma gástrico avanzado irresecable, por lo que se continuó manejo con quimioterapia con Paclitaxel en instituto oncológico especializado.

Conclusiones:
La acantosis nigricans es una entidad común en el contexto de factores de riesgo tradicionales como obesidad y diabetes mellitus, que se presenta como placas hiperpigmentadas aterciopeladas habitualmente en cuello y axilas. En pacientes no obesos su instauración rápida y diseminada, aún en ausencia de síntomas constitucionales, deben alertar al médico sobre posible cuadro paraneoplásico. En el caso descrito a pesar de las manifestaciones clínicas clásicas de acantosis nigricans extensa que comprometía incluso mucosa oral y paquidermatoglifia (palmas en tripa), no se había investigado por malignidad previo a la consulta dermatológica. A pesar de la asociación clara de estos signos, hasta en 90% con neoplasia subyacente; siendo la más frecuente el adenocarcinoma gástrico.
Se hipotetiza que el factor de crecimiento transformante (TGF) alfa, podría producirse en respuesta al tumor o ser secretado por el mismo; y al ser estructuralmente similar al factor de crecimiento epidérmico, desencadenar el cuadro cutáneo. Apoyan esta hipótesis que tanto el TGF-alfa como el factor de crecimiento epidérmico (EGF) se han encontrado en los adenocarcinomas gástricos y se ha demostrado la expresión de receptores del EGF en la piel afectada. Luego del tratamiento del tumor se ha demostrado disminución de los niveles del TGF en orina coincidiendo con regresión de los hallazgos en piel.

485

Osteoma cutis primario, una condición raramente reportada

Nelson Ricardo Porras Sanchez[1], Adriana Motta Beltran[1], Alejan Rivera[1], Laura Ávila
[1]*Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia*

Introducción: La aparición de lesiones induradas en la piel como principal síntoma abarca un amplio espectro de enfermedades, la osificación cutánea se incluye como diagnóstico diferencial y cobra importancia para el personal médico conocer sobre esta condición. Describimos entonces el caso de un paciente pediátrico, quien presenta un osteoma cutis primario en el cuero cabelludo, reporte de relevancia para la literatura mundial por su baja prevalencia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente masculino de 4 años, según refiere la madre sin antecedentes médicos de importancia, quien acudió a consulta dermatológica tras 2 años de aparición de lesión indurada en el cuero cabelludo, asociada a crecimiento progresivo, sin otro síntoma. Al examen físico se identificó en la región parietal izquierda, múltiples pápulas eucrómicas y otras blanquecinas que confluyen formando una placa de consistencia pétrea, de bordes irregulares mal definidos de 3 x 2 cm sin pérdida de tallos pilosos, no adherida a planos profundos. Adicionalmente, en la región temporal derecha presenta una pápula plana eucrómica de similares características, sin otra particularidad. Bajo la impresión diagnóstica inicial de pilomatrixoma, se solicitó estudio histopatológico, el cual evidenció la presencia de islotes de hueso neoformado comprometiendo la dermis superior y media, sin otros cambios dermoepidérmicos, hallazgos compatibles con osteoma cutis. Se solicitaron estudios complementarios incluyendo medición de niveles séricos de calcio, fósforo, hemograma, función tiroidea, PTH, uroanálisis, creatinina, entre otros, encontrando todos dentro de límites normales. Adicionalmente se solicitó valoración por el servicio de genética para descartar asociación con osteodistrofias hereditarias (Albright), fibrodisplasia u otros trastornos de osificación, y estudio imagenológico para delimitar con exactitud la extensión de la lesión y así proceder a la resección quirúrgica como principal opción de tratamiento.

Conclusiones: -Reportamos el primer caso de osteoma cutis primario en Colombia, planteamos un enfoque terapéutico y resaltamos su relevancia como diagnóstico diferencial. -Se destaca este caso clínico al ser una condición raramente descrita en la literatura. -Es de importancia brindar información adecuada sobre esta condición al paciente y su familia, dada la asociación con trastornos metabólicos. -La resección quirúrgica muestra excelentes resultados por lo que se considera el tratamiento de elección.

504

Cutis verticis gyrata asociación o coincidencia con trastornos de la queratinización (Serie de casos)

Karina Elizabeth Ojeda Orellana[1], Carolina Flores[1], Patricio Freire[2], Santiago Palacios[3]
[1]Centro de La Piel, Quito, Ecuador, [2]Coordinador Postgrado UTE, Quito, Ecuador, [3]Centro de la Piel, Quito, Ecuador

1. INTRODUCCIÓN: La presente serie de casos nos permite describir e ilustrar la presentación simultánea de patologías poco frecuentes como el cutis verticis gyrata con trastornos de la queratinización como Darier, Psoriasis o enfermedades inflamatorias de la piel como el Liquen plano.

2. CASOS CLÍNICOS:
CASO 1: Presentamos el caso de un paciente masculino de 34 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia refiere desde la infancia lesiones diseminadas; al examen físico se evidencian pápulas queratósicas en tórax anterior, posterior, cuello y regiones intertriginosas, además de surcos longitudinales profundos de aspecto cerebriforme paralelos al eje anteroposterior y en región occipital clínicamente compatibles con cutis verticis gyrata
Los hallazgos en el estudio histológico de las lesiones del tronco (disqueratosis acantolítica con presencia de hendiduras suprabasales) son compatibles con Enfermedad de Darier.

CASO 2 y 3: Pacientes masculinos de 40 y 45 años que acuden por presentar placas eritemato descamativas localizadas en áreas de piel cabelluda sugestivas de psoriasis, que se localizan sobre una piel engrosada y plegada que forma surcos transversales profundos de predominio occipital, compatibles con cutis verticis gyrata.

CASO 4 Paciente masculino de 65 años que presenta placas anulares pigmentadas brillantes localizadas en hipogastrio y región Inter glútea de 10 meses de evolución, además en el examen físico se evidencian surcos profundos en frente, compatibles con cutis verticis gyrata, paciente refiere que 5 familiares de primer grado de consanguinidad tienen la misma patología (CVG).

3. CONCLUSIONES
- Nuestra serie de casos ilustra la presentación de patologías poco frecuentes como cutis verticis gyrata asociado o coincidente con trastornos de la queratinización como la psoriasis y la enfermedad de Darier, así como procesos inflamatorios como el liquen plano anular y pigmentado, destacando la importancia de su probable nexo fisiopatogénico.
- La bibliografía reporta la presentación del CVG secundario a múltiples causas entre ellas hamartomas, nevos, neoplasia y enfermedades inflamatorias o autoinmunes como pénfigo, alopecia areata. Entre las enfermedades con trastornos inflamatorios y de la queratinización se ha descrito el CVG asociado a psoriasis y enfermedad de Darier como los pacientes descritos en nuestra serie. No hemos encontrado asociado a liquen plano.
- Se podría tratar de una condición autosómica dominante, en nuestra serie solo un caso tiene incidencia familiar, no encontramos un nexo fisiopatológico común, pues en nuestros 4 pacientes los procesos inflamatorios involucran al sistema inmune y su repercusión a nivel de la epidermis, no así el CVG que presenta un fenotipo común a múltiples entidades, siendo su blanco principal el fibroblasto. No se conocen datos epidemiológicos exactos, ninguno de nuestros pacientes presentan malignidad alguna.

509

Incidencia de tiña de la cabeza en pacientes adultos del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel 'Huberto Bogaert Díaz' durante el periodo 2012-2018

Cesar Alexander Salcedo[1]
[1]*IDCP-DHBD, Santo Domingo, Rep. Dominicana*

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar las características clínicas, agentes causales, modalidad de parasitación y personales de los casos de tiña de la cabeza en adultos diagnosticados en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz entre 2012-2018. El universo estuvo constituido por 231,654 exámenes micológicos realizados por diferentes patologías y la población fue de 68 los pacientes adultos con tiña en la cabeza. Se reporta una incidencia de de 0.3 por ciento, el 23.5 por ciento estaba comprendido entre 50-59 años, un 54.4 por ciento correspondió al sexo femenino, el 89.7 por ciento presentaron tiña no inflamatoria, un 83.8 por ciento presentó ectoendotrix como parasitación, en el 83.8 por ciento presentó una lesión, en 38.6 por ciento el agente causal fue la M. canis y un 4.4 por ciento se encontraba padeciendo diabetes mellitus como comorbilidad.
Palabras clave: Adulto, tiña de la cabeza, características clínicas.

523

Epidermodisplasia Verruciforme: Reporte de caso

Diana Estefanía Amaluisa Rendón[1], Giselle Erazo Beltrán[2], Verónica Posso[3]
[1]UTE, Quito, Ecuador, [2]UTE, Quito, Ecuador, [3]Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador

Introducción:
La epidermodisplasia verruciforme es una genodermatosis poco común que se presenta de forma congénita por mutaciones genéticas, o adquirida en inmunodeprimidos. Se caracteriza por una infección cutánea generalizada por el virus del papiloma humano, asociada al desarrollo de múltiples carcinomas escamocelulares.(1) El siguiente caso ilustra el potencial oncogénico del HPV en un paciente joven inmunocompetente con múltiples lesiones cutáneas diseminadas en cara, tórax y extremidades.

Caso clínico:
Hombre de 32 años, sin antecedentes patológicos de importancia, acude porque hace 4 años nota la aparición progresiva de múltiples lesiones en cara, tórax, abdomen y extremidades. Al examen físico presenta múltiples maculas hipo e hiperpigmentadas y pápulas hiperqueratósicas, con superficie verrucosa diseminadas en cara, cuello, tórax, extremidades superiores e inferiores de distribución aleatoria, con predominio en áreas expuestas al sol. Sin otros síntomas acompañantes. En la dermatoscopia se aprecian puntos y terrones de color marrón que representa un patrón globular sobre un fondo homogéneo de color marrón claro.
Se realiza biopsia de cuatro lesiones representativas de diferentes partes del cuerpo que reportan epidermis con hiper y paraqueratosis con agregados serosos, acantosis, papilomatosis, constituida por queratinocitos atípicos, con irregularidad nuclear, presencia de nucleolos, actividad mitótica y células disqueratósicas, con cambios nucleares sugestivas de infección viral. La dermis presenta infiltrado linfocitario perivascular y melanófagos. En la inmunohistoquímica encontramos Hmb45: negativo, Melan a: negativo, Vimentina: negativo. Ck34be12: positivo en células escamosas, Ki67: 20%. Con estos resultados nos encontramos ante un caso de epidermodisplasia verruciforme adquirida.

Conclusiones:
La epidermodisplasia verruciforme constituye una entidad poco frecuente, relacionada principalmente a mutaciones genéticas, la cual se manifiesta en la infancia.(2) Sin embargo, debido al potencial oncogénico del virus del papiloma humano y a la variedad de presentaciones clínicas, actualmente se clasifica en genéticas y adquiridas.(3)
La epidermodisplasia adquirida se presenta en pacientes inmunocomprometidos comúnmente por VIH o fármacos, sin antecedentes familiares de la enfermedad. Existen pocos casos reportados en inmunocompetentes, como es el caso de nuestro paciente, por lo que resaltamos la importancia del potencial oncogénico del HPV actuando de forma sinérgica y potenciadora de otros factores oncogénicos como la radiación ultravioleta. (4)
Estos virus pueden alterar la reparación celular del ADN y los mecanismos de apoptosis, haciendo las células más susceptibles a daño.(5)

Bibliografía:
1. Hospital C. Epidemiology and Health Services Research Increased risk of skin cancer associated with the presence of epidermodysplasia verruciformis human papillomavirus types in normal skin. 2004;949–57.
2. Article R. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma and Human. 2012;1–23.
3. Huang S, Wu JH, Lewis DJ, Tyring SK, Rady PL. Medical genetics A novel approach to the classification of epidermodysplasia verruciformis. 2018;1–7.
4. Corbalán-vélez R, Ruiz-maciá JA, Brufau C, Carapeto FJ. Carcinoma espinocelular cutáneo y papilomavirus (VPH). Actas dermosifiliográficas [Internet]. Elsevier; 2007;98(9):583–93.
5. Ba JW, Aldabagh B, Bs JY, Arron ST. Role of human papillomavirus in cutaneous squamous cell carcinoma: A meta-analysis. J Am Dermatology [Internet]. Elsevier Inc; 2014;70(4):621–9.

540

Mucositis por Mycoplasma

Paola Carolina Granados Suárez[1,2], Elizabeth Mayeshiro Ikeho[1]
[1]*Hospital Nacional Arobispo Loayza, Lima, Perú,*
[2]*Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú*

Introducción: Mycoplasma pneumoniae es una importante causa de eritema multiforme, mucositis, y síndrome de Stevens Johnson que con mayor frecuencia afecta a niños. El compromiso respiratorio es la expresión clínica más frecuente de la infección por M. pneumoniae y el compromiso de piel y mucosas aparece en alrededor de 12 a 20%.
Caso clínico: Mujer de 36 años, limeña, antecedente de TBC pulmonar hace 30 años. Sin el antecedente de consumo de fármacos. Tiene una semana de fiebre, mialgia, cefalea, disnea y tos productiva. Al examen, úlceras orales hemorrágicas en labios y paladar, muguet oral, compromiso mucosa nasal, inyección conjuntival bilateral, lesiones maculo-papulares con centro rojo y rodeadas por un halo pálido en dorso de dedos de ambas manos. Se auscultaron crépitos en bases de ambos hemitórax.
El hemograma con desviación izquierda, la VSG prolongada, resto exámenes normales. La serología IgM e IgG para Mycoplasma pneumoniae es positiva. La radiografía pulmonar con un patrón intersticial y la tomografía, finos tractos con atelectasias laminares. La anatomía patológica, muestra necrosis epidérmica con cambios regenerativos a nivel basal, degeneración vacuolar, cuerpos coloides y escasos linfocitos.
Presenta una evolución benigna presentando remisión completa de sus lesiones al recibir tratamiento con claritromicina durante 7 días.
Conclusiones: El cuadro clínico de la paciente se encuentra dentro de los exantemas mucocutáneos producidos por Mycoplasma (MIRM), al presentar extensa mucositis y escasas lesiones cutáneas que lo diferencia del espectro EM SSJ/NET.

549

Sífilis, la gran simuladora

Esteban Daniel Montenegro Flores[1], Nancy Bonilla Sánchez[2], José Velásquez Cahuasquí[2]
[1]Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba,
[2]Hospital San Vicente de Paul, Ibarra, Ecuador

Introducción

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, crónica, sistémica, causada por el Treponema Pallidum,(1) posee la capacidad de afectar a todos los órganos del cuerpo así como evadir el sistema inmunológico;(1,2) para el diagnóstico se requiere tres criterios: clínico, epidemiológico y serológico. (1,2,3) El paciente debe cumplir al menos dos de los tres criterios donde el serológico no puede faltar.(3,4) La sífilis secundaria de mucosas se puede presentar mediante placas mucosas congestivas, opalinas, erosivas e hipertróficas (condilomas planos, condilomas latas) que son lesiones de base ancha y con alta concentración de treponemas.(2,3,4)

Caso Clínico
Paciente femenina de 14 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, acude al servicio de dermatología por presentar en región anogenital lesiónes sobreelevadas, rosadas, consistencia carnosa, friables, la menor refiere que hace aproximadamente 2 meses presentó lesión genital asintomática que desapareció y la representante de la paciente refiere que la niña fue víctima de abuso sexual hace 3 meses. Se realiza biopsia de la lesión que reporta hiperplasia epidérmica psoriasiforme, denso infiltrado linfoplasmocitario difuso en dermis, VDRL reactivo 1:32 diluciones, se establece tratamiento con penicilina benzatínica 2,4 M unidades, dosis única, intramuscular, se llena encuesta epidemiológica y se notifica a trabajo social del caso.

Conclusión
La sífilis, conocida como la gran simuladora es una enfermedad que esta presente, su incidencia va en aumento por el desuso del preservativo y es necesario mantener un alto grado de sospecha diagnóstica.
Conflicto de intereses: Ninguno

BIBLIOGRAFIA
1 Arenas R. Dermatología, Atlas, diagnóstico y tratamiento. McGraw-Hill interamericana Editores, S.A . Ciudad de México México. 2019
2 Oreamuno Yadira V. Boza, Oreamuno SanM. Boza. Sífilis la gran imitadora. Reporte de caso y revisión de la literatura. Odontoestomatología [Internet]. 2021 [citado 2022 Feb 06] ; 23(37): e401. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1688-93392021000101401&lng=es. Epub 30-Abr-2021. http://dx.doi.org/10.22592/ode2021n37a7
3 Bolognia J. Dermatología. Editorial Elsevier. Barcelona España. 2018.
4 Lowell A. Goldsmith,Stephen I. Katz,Barbara A. Gilchrest,Amy S. Paller,David J. Leffell,Klaus Wolff. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Editorial Médica Panamericana.2014

551

Mucinosis eritematosa reticular de presentación atípica

Jorge Gallegos Sevilla[1], Gisselle Erazo[1]
[1]*UTE, Quito, Ecuador*

Introducción
La mucinosis eritematosa reticular es una patología infrecuente, por lo cual presentamos un caso clínico atípico poco descrito en la literatura.

Caso Clínico
Paciente femenina de 39 años de edad con dos años de evolución de un cuadro cutáneo localizado en el miembro inferior izquierdo que se caracteriza por la presencia de una placa reticulada que se extiende desde la región inguinal hasta el tobillo, la cual tiene una coloración violácea con bordes irregulares, presencia de zonas atróficas al tacto es caliente y dolorosa, la cual dificulta de manera importante la deambulación. (Figura 1)
La paciente recibió múltiples tratamientos sin mejoría alguna. En el estudio histopatológico se pudo evidenciar una epidermis delgada y atrófica, con vacuolización de la basal, en dermis superficial y profunda infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular que focalmente se extiende hacia el tejido adiposo provocando necrosis, las fibras de colágeno están separadas por un material basofílico. (Figura 2). La inmunofluorescencia fue negativa, y la inmunohistoquímica presenta perls negativo, tricrómico positivo en matriz colágena, pas/ab positivo para mucina. Con este resultado junto con la correlación clínica de la lesión se concluye en una mucinosis eritematosa reticular.

Discusión
La mucinosis reticular eritematosa es una mucinosis primaria persistente, poco frecuente, caracterizada por la aparición de una erupción macular eritematosa, que afecta áreas fotoexpuestas como tercio superior de tórax y espalda. Las extremidades suelen estar respetadas, ocasionalmente puede afectar tercio proximal de extremidades y el abdomen, muy rara vez en la cara y el tercio proximal de las extremidades inferiores. Las lesiones son asintomáticas o levemente pruriginosas. 1,2,3. Hay muy pocos casos como el nuestro, en el cual las lesiones no se encuentran en áreas fotoexpuestas, adicionalmente la paciente no relaciona la aparición o agravamiento con la exposición solar, por lo que consideramos se trata de una variedad diferente de la mucinosis reticular eritematosa.

Conclusión
Reportamos un caso de mucinosis reticular eritematosa de presentación inusual siendo de origen primario ya que se descartaron otros procesos que pudiesen provocar estas lesiones en forma secundaria, en la revisión bibliográfica solo se menciona que podría existir presentación en localizaciones atípicas como nuestro caso pero que no se ha publicado

562

Granuloma anular elastolítico de células gigantes, a propósito de un caso asociado a hipotiroidismo

Guillermo Guhl[1], Nuria Diez-Caballero[1], Carmen Carranza[1], Maria Luisa Gonzalez-Morales[1], Eduardo López-Bran[1]
[1]*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

Introducción: Presentamos el caso de una paciente afecta de granuoloma elastolítico de células gigantes asociado a hipotiroidismo, tratándose de una entidad poco frecuente y una asociación escasamente descrita en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 60 años con menopausia desde hacía 12 años e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 150 mcg/día desde hace 10 años, que desarrolla desde hace un año y de forma progresiva lesiones anulares que se inician en dorso de manos y van extendiéndose a antebrazos y zona torácica anterior asintomáticas. La paciente no relaciona las lesiones con la exposición al sol y no presenta mejoría con la fotoexposición ni con la toma de colchicina pautado en otro centro. Se realiza una biopsia cutánea que muestra una epidermis normal con un infiltrado linfocitario en manguitos perivasculares en dermis superficial acompañado de células de hábito histiocitario, ocasionalmente multinucleadas entre los haces de colágeno cuyo citoplasma muestra ocasionalmente elastofagocitosis. La tinción de orceina muestra áreas con menor densidad de fibras elásticas. La analítica sanguínea que incluye hemograma y bioquímica básica es completamente normal, así como la radiografía de tórax.

Conclusiones: Presentamos una paciente con granuloma anular elatolítico asociado a hipotiroidismo, una asociación raramente descrita en la literatura. El granuloma anlar elastolítico es una entidad infrecuente caracterizada por placas anulares de bordes sobrellevados que crecen centrifugamente y con centro atrófico, histológicamente se observan células gigantes con elastofagocitosis y reducción del número de fibras elásticas. La patogénesis es desconocida aunque se postula una relación con la radiación ultravioleta. Existe controversia sobre si se trata de un tipo especial de granuloma anular o una entidad independiente. La edad de aparición característica es entre los 40 y los 70 años sin predominio por ningún género. En el 40% de los casos existe una asociación con la diabetes y más infrecuentemente se ha relacionado con neoplasias hematológicas. La eficacia de los distintos tratamientos utilizados se basa exclusivamente en casos aislados o series de casos, habiéndose utilizado corticoides tópicos intralesionales y sistémicos, fototerapia, ciclosporina, dapsona, tacrolimus/pimecrolimus, metotrexato, antipalúdicos, isotretinoina, acitretino y clofacimina.

576

Liquen amiloide: Presentación atípica

Diana Paola Wilches Reyes[1], Marcela Ricaurte[1], Verónica Uraga[1], Enrique Uraga[1]
[1]*Centro Dermatológico ¨Uraga¨, Guayaquil, Ecuador*

Paciente femenina, 44 años, sin antecedentes de importancia, acude a consulta por presentar desde los 25 años de edad, pápulas hiperpigmentadas marrones, no confluentes que forman placas de aproximadamente 4 cm de diámetro en región deltoidea izquierda, sin síntomas asociados (Foto 1).
Dermatoscópicamente, se aprecia un centro claro del que parten radiaciones a la periferia acompañadas de pigmento (Foto 2). Se realizó biopsia incisional con diagnóstico histopatológico amiloidosis queratinócitica primaria cutánea (liquen amiloide) observándose acúmulos de material eosinofílico denso que expanden las papilas, asociado a depósito de melanófago (Foto 3).
La amiloidosis es conocida como una enfermedad crónica caracterizada por el depósito extracelular de amiloide. Se clasifica en sistémica con afectación a varios órganos, y limitada cuando su localización es en un solo órgano, como es en la amiloidosis cutánea. La cual abarca los tipos macular, liquenoide y nodular.
Entre las amiloidosis cutáneas localizadas se distinguen las primarias y las secundarias. Las dos formas principales de la amiloidosis cutánea localizada primaria son el liquen amiloide (LA) y la amiloidosis macular. En ambas condiciones, el amiloide derivaría del queratinocito, en cambio en la amiloidosis cutánea localizada nodular, muy poco frecuente, el amiloide derivaría de las células plasmáticas.
La amiloidosis cutánea primaria es una patología benigna, relativamente común entre asiáticos y sudamericanos. El liquen amiloideo es la forma de presentación más frecuente que se presenta como pápulas hiperquerátosicas que confluyen formando placas que afectan en áreas pretibiales, pies, muslos, superficies extensoras de las extremidades superiores, pabellón auricular de forma simétrica, siendo infrecuente en región deltoidea unilateral. Es progresiva, recurrente y su diagnóstico generalmente es clínico. El diagnóstico diferencial de liquen amiloide debe incluir liquen simple crónico, hiperpigmentación posinflamatoria, prurigo nodular y milio coloidal. Para casos con presentaciones atípicas, el diagnóstico puede ser un desafío y la biopsia de piel puede ser necesaria para confirmar la presencia de amiloide en las papilas dérmicas.
A nivel histopatológico, los depósitos de amiloide se encuentran en la dermis papilar. Los depósitos pueden dilatar las papilas y desplazar lateralmente las crestas interpapilares. En la epidermis se observa acantosis, hiperqueratosis, con frecuencia se observa pigmentación en el interior de los melanófagos e infiltrado perivascular linfohistiocitario disperso.
Se han descritos 2 patrones dermatoscópicos mayores en ésta patología: el de núcleo central, que puede ser blanco o marrón, rodeado de varias configuraciones de pigmentación, incluidas rayas finas radiantes, proyecciones en forma de hojas y proyecciones bulbosas, observados en la amiloidosis macular y liquen amiloide y el tipo cicatriz, que se subdivide en 2 subtipos: un patrón similar al cráter volcánico y otro con una morfología completamente desestructurada, observados en liquen amiloide.
Nuestra paciente, muestra un patrón dermatoscópico de núcleo central compatible con liquen amiloide confirmándose luego mediante el estudio histopatológico .

En nuestra literatura no hay casos reportados de amiloidosis liquenoide de aparición atípica, de ahí la importancia del presente caso clínico, mediante el cual damos a conocer esta localización unilateral. Es fundamental que el dermatólogo realice el seguimiento de esta enfermedad con fin de determinar posible afectación sistémica.

585

Manifestaciones mucocutáneas de inmunosupresión en un paciente con HTLV-1: indicadores de una complicación potencialmente mortal

Simón Gallo Echeverri[1], Gloria Andrea Vargas Suaza[1], Juan David Ruiz Restrepo[1]
[1]*Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

Introducción: este caso clínico permite ilustrar las complicaciones y manifestaciones cutáneas de una infección rara pero endémica y busca destacar que cuando se observen enfermedades que sean indicativas de inmunosupresión en un paciente con HTLV-1 deben hacerse todos los esfuerzos por descartar una de sus más graves complicaciones, la leucemia-linfoma de células T del adulto (LLCTA).

Caso clínico: Hombre de 43 años, minero, colombiano, sin antecedentes personales quien ingresó por cuadro de 20 días de evolución de fiebre, tos con expectoración y cuadro constitucional en quien se documentaron cavitaciones pulmonares, adenopatías mediastinales, hepatoesplenomegalia, bacteriemia por Salmonella spp, sífilis latente y serología para HTLV I-II positiva. Se interconsultó a dermatología por lesiones en piel pruriginosas, de distribución aleatoria, crecimiento progresivo y varios meses de evolución. Al examen físico con múltiples pápulas y placas exofíticas, hiperqueratósicas, grisáceas en tronco y extremidades, además placas blanquecinas en cavidad oral de aspecto pseudomembranoso.
Se hace diagnóstico clínico de candidiasis oral y con dos biopsias de las lesiones cutáneas descritas se confirmó el diagnóstico de sarna costrosa. Se dio manejo con ivermectina 200 µg/kg en los días 1, 2, 8, 9 y 15 y para la candidiasis oral fluconazol 200mg/d por 5 días, con lo que presentó resolución completa de síntomas y signos mucocutáneos a las 2 semanas. Dado que el paciente presentaba dos afecciones mucocutáneas propias de los pacientes inmunosuprimidos, se planteó la posibilidad de que adicionalmente a su infección por HTLV presentara una enfermedad linfoproliferativa del tipo LLCTA, por lo que se hizo una citometría de flujo en sangre periférica en la que se reportaron linfocitos T aberrantes siendo el 93% de ellos CD4+, CD25+, CD2+, CD5-, CD7- con una relación CD4/CD8 de 18.2 lo que, en el contexto de infección por HTLV-I confirmada por Western blot, hace diagnóstico de LLCTA. Con este diagnóstico se hizo manejo quimioterapéutico con esquema CVP seguido de CHOP y zidovudina, durante el seguimiento requirió nueva hospitalización durante el tercer ciclo de quimioterapia por nueva bacteriemia por Salmonella spp y reactivación de CMV, lo que finalmente lo llevó a choque séptico y muerte.

Conclusiones:
El virus linfotrópico humano de células T fue el primer retrovirus humano reconocido y se calcula que afecta entre 5-10 millones de personas en el mundo, su principal vía de transmisión es vertical, lo que ha hecho que se limite a unas regiones específicas en Asia, África y Suramérica, además presenta dos complicaciones típicamente fatales, la LLCTA y la paraparesia espástica tropical; por esta razón, aunque es relativamente infrecuente, su endemicidad hace que su reconocimiento sea fundamental por el médico latinoamericano.
Existen manifestaciones cutáneas específicas de esta entidad y otras no específicas que pueden ser el punto de partida para llegar al diagnóstico en un paciente infectado.
La presencia de manifestaciones mucocutáneas indicativas de inmunosupresión, como la sarna costrosa, en un paciente con HTLV-1 debe llevar al clínico a descartar la presencia de LLCTA, lo que tiene serias implicaciones terapéuticas y pronósticas.

Ninguno de los autores presenta conflictos de interés

586

Granuloma anular de la palma, una ubicación inusual

Ana Karina Alvarado Osorio[1]
[1]Clínica Dermatólogos Asociados, Lima, Peru

Introducción
El granuloma anular es una enfermedad inflamatoria benigna de la piel, que clásicamente se ubica en el dorso de las manos o pies, respetando las palmas y plantas. Reportamos el caso de una paciente con un granuloma anular con localización inusual en la palma.

Caso clínico
Paciente de 20 años de edad, con cuadro de 10 meses caracterizado por lesión asintomática en palma izquierda. Refiere que la lesión empezó con una pequeña pápula que posteriormente creció hasta convertirse en una placa que ocupaba gran parte de la palma. Fue tratada como micosis en dos oportunidades, no consiguiendo mejoría del cuadro. No tenía antecedentes de importancia. El examen físico evidenció una placa anular solitaria, de bordes firmes, con descamación fina en collarete, de 7 cm de diámetro, ubicada en palma izquierda, no comprometiendo dorso ni ninguna otra parte del cuerpo. Una biopsia punch reveló numerosos histiocitos en toda la dermis con un patrón intersticial, rodeando fragmentos de haces de fibra de colágeno, además de un infiltrado perivascular escaso de linfocitos y mucina prominente. Los exámenes de laboratorio se encontraban dentro de parámetros normales. Según los hallazgos clínicos e histológicos, se realizó el diagnóstico de granuloma anular solitario de la palma. Se le indicó clobetasol 0.05% con respuesta favorable al mes.

Discusión
El granuloma anular ocurre más frecuentemente en mujeres menores de 30 años como es el caso de nuestra paciente. Es una enfermedad benigna de etiología desconocida, que puede estar asociada a diabetes, malignidad, tuberculosis, VIH o tiroiditis autoinmune, ninguna de los cuales fue identificada en nuestra paciente. La ubicación en las palmas es inusual, con menos de 15 casos descritos en la literatura, de los cuales solo 2 casos correspondieron a granulomas anulares solitarios, como el nuestro. Esta entidad debería ser incluida en el diagnóstico diferencial de lesiones tipo placas de las palmas para evitar demoras en el diagnóstico. Los corticoides intralesionales o tópicos representan las terapias más frecuentemente usadas. La resolución espontánea puede ocurrir en la mayoría de los pacientes, sin embargo las lesiones pueden demorar 1 o 2 años en desparecer por completo. Luego de 1 año de observación, no se observó recidiva en nuestra paciente.

599

Úlceras digitales como debut de enfermedad de Buerger

Angela Espino Navarro Gilabert[1], Isabel María Coronel Pérez[1], María Belén Cívico Ruiz[1], Ana Isabel Lorente Lavirgen[1], Jerónimo Escudero Ordóñez[1]
[1]UGC Dermatología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España

INTRODUCCIÓN. La enfermedad de Buerger o tromboangeítis obliterante se sospecha habitualmente desde el punto de vista clínico en varones jóvenes fumadores con claudicación intermitente. No obstante, hay otros signos cutáneos que nos pueden indicar la enfermedad, como son: úlceras isquémicas, gangrena, livedo reticular, tromboflebitis migratoria o fenómeno de Raynaud.

CASO CLÍNICO. Varón de 44 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 20-30 cigarrillos diarios desde los 15 años de edad. Se había estudiado la mutación G20210A del gen de la protrombina al presentar varios familiares afectos, con resultado negativo. Acude a consulta por úlceras en los dedos de los pies. Inicialmente presentó una única lesión que atribuyó a una picadura durante un viaje a Estados Unidos, pero en las semanas posteriores fueron apareciendo nuevas lesiones que provocaban intenso dolor y no mejoraban con antibióticos orales ni curas tópicas. El paciente se encontraba con buen estado general y no presentaba otra clínica sistémica. En la exploración se apreciaba edema leve y lesiones ulceradas cubiertas por costra en el dorso y laterales de 2º y 3º dedos del pie derecho, así como otra lesión de 5 mm en el lateral externo de la zona distal del 5º metatarsiano del mismo pie. Se apreciaba también frialdad del mismo, con pulso conservado pero débil. Las analíticas realizadas mostraron hemograma, coagulación y bioquímica normales, salvo leucocitosis de 19,7 ml/mm3 con 77.8% de neutrófilos y proteína C reactiva 27. Los anticuerpos antinucleares, c-ANCA, p-ANCA fueron negativos, así como los anticuerpos IgG de Borrelia y Rickettsia coronii. El cultivo de la úlcera mostró escasa cantidad de flora mixta aerobia. Las biopsias cutáneas mostraron en el dorso del 3º dedo del pie derecho una intensa ulceración epidérmica, necrosis epidérmica parcial, moderado infiltrado inflamatorio mixto dérmico y vasculitis, y en el lateral del 5º dedo, tejido necroinflamatorio. En el estudio Doppler arterial se apreciaba un aumento de vascularización a nivel de la arteria tibial anterior y pedia derecha, con un flujo de baja resistencia. En la angioresonancia magnética no se visualizaba la arteria tibial anterior izquierda pero el resto del estudio se consideró dentro de la normalidad. Se inició tratamiento con AAS 100 mg y pentoxifilina 600 mg, y las úlceras cutáneas fueron epitelizando lentamente a pesar de mantener el hábito tabáquico. No obstante, la enfermedad ha ido empeorando, mostrando claudicación intermitente al andar trayectos de 50 metros, que incluso ha precisado ciclos de tratamiento con fentanilo, y comprometiéndose los pulsos poplíteos y distales.

CONCLUSIONES. Las úlceras cutáneas en localizaciones distales suponen un importante reto diagnóstico, ya que pueden ser la manifestación clínica de múltiples enfermedades internas. Presentamos un caso poco común de úlceras digitales como debut de la enfermedad de Buerger.

606

El camuflaje mediante maquillaje mejora la autopercepción de gravedad de la enfermedad en pacientes con vitíligo con alta prevalencia de depresión y ansiedad

Yazmín Karel Melchor Mendoza[1], Karen Ferez Blando[1], Silvia Mendez Flores[1]
[1]*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México*

Introducción:
Los pacientes con vitiligo tienen un estigma social importante que impacta en la calidad de vida; se ha reportado que del 44% al 59% de los pacientes con vitiligo tienen depresión (1), y 14 a 32.5% ansiedad (2). La terapia de camuflaje mediante maquillaje ha mejorado la calidad de vida en pacientes con vitiligo, mejorando la autoestima y la confianza (3). Sin embargo existen pocos estudios que evalúen el efecto temprano de este tratamiento.
Objetivo: 1) Evaluar el impacto de la terapia de camuflaje usando encuestas de calidad de vida, de depresión y ansiedad en pacientes con vitíligo. 2) Conocer la prevalencia de depresión, ansiedad y calidad de vida.

Metodología: Cohorte prospectiva que incluyó hombres y mujeres adultos, con lesiones de vitiligo en áreas visibles; en la evaluación inicial, se recabaron datos demográficos, clínicos y tiempo de evolución de la enfermedad, se aplicaron encuestas usando las herramientas de Vitiqol para calidad de vida, PHQ9 para evaluar depresión y GAD 7 para ansiedad; los pacientes aplicaron a diario camuflaje mediante maquillaje por 15 dìas en lesiones; posteriormente se realizó una segunda evaluación vía telefónica repitiendo las mismas escalas, además se evaluó apego al tratamiento con una escala de autoevaluación (1-10) y efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes en la evaluación inicial, 84.4% (28) mujeres, con una mediana de edad de 51 (16-66), la mediana de tiempo de evolución desde el diagnóstico fue de 166 semanas (12- 720); El 76% (25) presentaron lesiones en dos o más segmentos. En la evaluación basal presentaron algun grado de depresión el 54% (18) de los pacientes, de los cuales 39.4% (13) tuvieron depresión grave. Mientras que el 82% (27) de los pacientes cumplieron con diagnóstico de ansiedad, de los cuales 21% (7) fue severa. La mediana del puntaje de Vitiqol fue de 54 (6-90) y al evaluar la pregunta 16 de la herramienta Vitiqol la cual refleja la autopercepción de gravedad de la enfermedad fue de 4 (1-6) en la evaluación basal.
A las dos semanas de seguimiento únicamente 25 pacientes tuvieron apego adecuado a la terapia de camuflaje (>8). No se reportaron efectos adversos en ninguno de los pacientes. Post tratamiento se documentó depresión sólo en el 40% (10) de los pacientes, de los cuales 4% (1) era severa; el 68% (17) de los pacientes presentaron ansiedad, de los cuales el 20% (5) tuvieron ansiedad severa. La mediana del puntaje de VitiQol fue de 56 (5- 90) y la mediana del puntaje de la autopercepción de gravedad de la enfermedad fue de 3 (0-6) (p =0.019). Se encontraron diferencias significativas en mejoria de la autopercepción de gravedad de la enfermedad (4(1-6) vs 3(0-6); p= 0.019) y se observa tendencia a la significancia estadística en mejoría de ansiedad (82% (27) vs 68% (17); p= 0.09), no hubieron diferencias significativas en mejoría de depresión ni calidad de vida.

Conclusión. La terapia de camuflaje mediante maquillaje en áreas visibles de pacientes con vitiligo mejora la autopercepción de gravedad de la enfermedad.

609

Úlceras crónicas por reacción granulomatosa en extremidades inferiores

Karen Ontaneda Vega[1], Franklin Cabrera[1,2], Verónica Posso[2]
[1]*Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador,* [2]*Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín., Quito, Ecuador*

INTRODUCCION
Durante los últimos 40 años se han utilizado rellenos cosméticos como la silicona para el aumento de tejidos, implicándose en complicaciones como: celulitis crónica, placas, nódulos subcutáneos, reacciones a cuerpos extraños y migración. A continuación, presentamos el caso de una mujer que presenta ulceras cutáneas crónicas de difícil manejo en extremidades inferiores, dos décadas posteriores a la aplicación rellenos.

CASO CLÍNICO
Paciente femenina de 62 años con antecedentes de hipotiroidismo y cáncer de mama resuelto quirúrgicamente. Acudió a la casa de salud con historial de 15 años de evolución de piel dura, firme, imposible de pinzar y disminución de la sensibilidad en piernas bilaterales y hace un año, con causa aparente de trauma físico refiere úlceras en piernas acompañándose de dolor, mal olor y exudado seropurulento. Se realizaron cultivos asilándose varios microrganismos recibiendo esquemas antibióticos a base de B-lactamicos y levofloxacino más curación avanzada de heridas con mejoría del proceso infeccioso. Después del interrogatorio la paciente informó aplicarse inyecciones con sustancias de relleno no especificado en muslos hace 25 años. Al examen físico se evidenció dermatosis localizado en cara anterior de piernas bilaterales hasta maléolos mediales caracterizado por placas infiltradas de consistencia pétrea con bordes mal definidos de 25 cm con hipo e hiperpigmentación además de tejido cicatrizal atrófico hipopigmentado y piel circundante aparentemente sana indurada. Sobre estas estas placas presencia de múltiples úlceras profundas de bordes definidos e hiperpigmentados con tejido de granulación y fibrinoide entre 1 a 5 cm de diámetro, sin mal olor ni eritema perilesional. Edema bilateral que no deja fóvea. Se realizó una biopsia cutánea reportando epidermis ulcerada con hiperplasia pseudoepiteliomatosa; dermis subyacente con depósitos vacuolados de diferente forma y tamaño rodeados por infiltrado linfohistiocitario entre algunas células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño, además extensa fibrosis concluyéndose como siliconoma. Por la extensión de las lesiones, la exéresis quirúrgica no fue posible y se decidió inicio de terapia biológica, previo a complementarios, con etanercept 50 mg semanales durante un año con resolución de las úlceras y mejoría de la sintomatología.

CONCLUSIONES
Ante la presencia de dermatosis crónicas como úlceras cutáneas e induración de piel es importante obtener una historia clínica detallada haciendo énfasis en antecedentes de aumento de tejidos blandos, siendo el siliconoma un diagnóstico diferencial principal. En el mencionado caso, la paciente presentó una complicación infrecuente a la inyección de silicona, además de migración a otros sitios como fue descrito desde el muslo hasta área pretibial. No existen opciones claras de tratamiento solo reportes de casos recomendando la exeresis en lesiones bien circunscritas. En otros casos, los granulomas respondieron a corticosteroides sistémicos o intralesionales, minociclina u otras tetraciclinas, tacrolimus, imiquimod y láser. Debido a la implicación de varias citocinas como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α) en afecciones granulomatosas, se ha considerado a etanercept como otra opción de tratamiento en el siliconoma. El presente caso muestra respuesta satisfactoria en las úlceras por siliconoma con el uso de etanercept durante un año con escasos efectos adversos, siendo este una opción de tratamiento favorable.

611

Erythema Gyratum Repens: paraneoplasia ou uma manifestação de farmacodermia

Fernanda Rytenband[1], Juliana Schinzari Palo[1], Letícia Santos Valandro[1], Viviane de Jesus Torres Lima[1], Bruno Kosa Lino Duarte[1], Rafael Fantelli Stelini[1], Elemir Macedo de Souza[1], Mariana Valbon Beleli[1]
[1]Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, Brasil

Introdução: Erythema Gyratum Repens é uma doença rara, descrita em 1952 por Gammel, classicamente categorizada como paraneoplásica. Pouco se sabe sobre sua fisiopatologia, mas recentemente já se discute a possibilidade de não mais considerá-la como paraneoplásica, tendo em vista os recentes relatos associando a doença a condições benignas ou até mesmo relacionadas ao uso de droga. O diagnóstico é clínico e as lesões são descritas como sendo eritemato-serpiginosas, policíclicas com descamação nas bordas, comumente acometendo tronco e extremidades. A histopatologia é inespecífica mas pode auxiliar no diagnóstico diferencial com outras dermatoses anulares. Tendo isso em vista, descreveremos um caso clínico de Erythema Gyratum Repens que sucedeu um eritema polimorfo, em um paciente com diagnóstico prévio de leucemia linfocítica crônica B em remissão.

Caso Clínico: Homem de 44 anos com diagnóstico de leucemia linfocítica crônica B, compareceu a consulta no ambulatório de dermatologia apresentando lesões eritemato-violáceas em alvo com vesículas centrais dispostas difusamente pelo tegumento após 7 dias da realização de ciclo de quimioterapia com ciclofosfamida e fludabirina. Realizado diagnóstico clínico de eritema polimorfo que foi confirmado com exame anátomo-patológico que demonstrava necrose de queratinócitos e presença de infiltrado abundante em neutrófilos. Tratando-se de uma provável farmacodermia optou-se por suspensão das drogas suspeitas (quimioterapia) e introdução de prednisona 80 mg/dia, além de retorno precoce para reavaliação. O paciente retornou 2 semanas após introdução da corticoterapia, e a despeito do tratamento apresentou progressão das lesões com mudança das características iniciais: lesões eritemato-serpiginosas e descamativas acometendo mais áreas fotoexpostas (poupando face) e associadas a prurido intenso.
Optado por realizar biópsias seriadas para elucidação diagnóstica (todas com resultados inespecíficos) e internação do paciente para suspensão de todos os possíveis fármacos desencadeantes das lesões cutâneas. A despeito da corticoterapia paciente apresentou progressão do quadro cutâneo e mantinha remissão da neoplasia de base. Com base em todos os achados e ampla discussão com equipe multidisciplinar realizado diagnóstico de Erythema Gyratum Repens.

Conclusão: A importância deste caso recai principalmente no fato de o paciente ter o diagnóstico de leucemia linfoide crônica há muitos anos, mas apenas ter apresentado o quadro de Erythema Gyratum Repens após a erupção do eritema polimorfo (provavelmente relacionado ao uso de droga – quimioterapia) e a despeito da remissão da neoplasia após a quimioterapia. Neste contexto a principal discussão é se essa dermatose poderia ser considerada mais uma manifestação de farmacodermia ou simplesmente uma manifestação paraneoplásica da leucemia linfoide crônica, nunca descrita antes na literatura.

616

Validez de constructo, la consistencia interna y la capacidad de respuesta convergente de la versión traducida en Español Colombiano del DLQI

Gloria Sanclemente[1], **Daniel-Camilo Aguirre[2]**
[1]Grupo de Investigación Dermatológica (GRID), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, [2]Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Introducción: A medida que se ha incrementado la colaboración internacional a través de los estudios multicéntricos, ha aumentado la necesidad de establecer medidas objetivas de los desenlaces reportados por los pacientes, tales como la calidad de vida. El índice de calidad de vida dermatológica (DLQI) es la medida más ampliamente utilizada en el ámbito dermatológico. Existe una versión traducida al español colombiano del DLQI, pero aún se desconocen las propiedades psicométricas de dicho instrumento.

Objetivo: Evaluar la validez de constructo, la fiabilidad y la capacidad de respuesta convergente de la versión en español colombiano del DLQI.

Métodos: Se incluyeron pacientes con enfermedades cutáneas inflamatorias o generalizadas; con enfermedades no inflamatorias o localizadas e individuos sanos. Para la validez de constructo se realizó un análisis paralelo y un análisis factorial confirmatorio, mientras que la validez convergente se evaluó por medio del coeficiente de correlación de Spearman frente a la versión colombiana validada del instrumento Skindex-29. La consistencia interna se evaluó mediante el valor jerárquico omega de McDonald y el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: Se encuestaron un total de 77 individuos. La mediana de la edad fue de 59 años (Q1:41,Q3:69). El 26% de la población fueron hombres y el 74% mujeres. Entre estos, el 15.6% eran individuos sanos, el 37.6% pacientes tenían enfermedades inflamatorias de la piel y el 46.7% presentaban enfermedades cutáneas no inflamatorias. El análisis paralelo y el análisis factorial sugieren una estructura unidimensional. La carga factorial del primer factor fue mayor a 0.40. El omega general del DLQI en la muestra fue de 0.915 y el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.875. En la validez convergente se encontró una correlación de 0.68 para la muestra total, mientras que para la muestra de personas con enfermedades cutáneas inflamatorias/generalizadas fue de 0.83 comparado con una correlación de 0.40 para la muestra de personas con enfermedades cutáneas no inflamatorias/localizadas. Los pacientes con enfermedades dermatológicas inflamatorias presentaron puntuaciones más altas del DLQI (Media: 6.86 (DS:5.87)) que los pacientes con lesiones cutáneas no inflamatorias o localizadas (Media: 3.89 (DS:5.65)).

Conclusiones: La versión en español colombiano del DLQI probó tener cierta validez de constructo y una adecuada capacidad de respuesta convergente pero esencialmente en pacientes con enfermedades cutáneas inflamatorias o generalizadas. Lo anterior se explicaría por la estructura misma del instrumento que incluye preguntas compuestas en varios de sus ítems y por su unidimensionalidad.

617

Presentación periareolar de hidradenitis supurativa. Reporte de un caso

Karen Eurídice Martínez Vargas[1], Griselda Montes de Oca Sánchez[1], Denisse Vázquez González[1]
[1]*Hospital General de México, México, México*

INTRODUCCIÓN
La hidradenitis supurativa (HS) es un trastorno crónico de la piel, con una prevalencia estimada de 1 a 4% siendo más frecuente en mujeres. La edad de inicio es entre 20 y 40 años de vida[1]. Se caracteriza por la aparición de nódulos, abscesos, úlceras fístulas, exudado purulento y cicatrices hipertróficas, queloides y retráctiles. La topografía habitual son las áreas intertriginosas, pero pueden aparecer lesiones en otras áreas, incluyendo la región occipital, el tronco, las extremidades o la región retroauricular[2].En hombres la localización más frecuente es en nalgas, mientras que en las mujeres se ve mayor afectación en mama y región inguinal[3]. La implicación del pezón-complejo areolar es un área infrecuente de presentación de HS. En una serie, la incidencia de la afectación mamaria fue del 13% en mujeres y del 2% en hombres4. El tratamiento de HS incluye modalidades médicas y quirúrgicas y varía según la gravedad de la enfermedad[5]. La relevancia de este caso, radica en la forma de presentación en región periareolar en un hombre de la tercera década de la vida.

CASO CLÍNICO
Hombre de 27 años de edad, originario y residente de Tlaxcala, campesino. Sin antecedentes personales patológicos relevantes para el padecimiento actual. Visto en el Servicio de Dermatología en junio de 2019, presentando dermatosis localizada, unilateral y asimétrica en la región periareolar de la mama izquierda y pliegue axilar ipsilateral. Constituida por 2 placas ulcero-costrosas con costras melicéricas y sanguíneas de bordes regulares y definidos, además un nódulo en axila de 8 meses de evolución con crecimiento lento y progresivo. Inició con nódulos posteriormente gomas, úlceras y salida de exudado seropurulento. Tratamiento previo a base de antisépticos tópicos y clindamicina oral con mejoría parcial. Se realizó primer biopsia de mama con repote de fibroadenona mamario, variedad fibroblástica y en ganglio axilar con reporte de linfadenitis granulomatosa. Con base en la evolución y características clínicas se replantea dignóstico clínico, como probable micobacteriosis por micobacterias no tuberculosas. Se programa segunda biopsia con reporte de proceso granulomatoso mixto. Estudios complementarios: PPD, GeneXpert y cultivo negativos, radiografía simple de tórax sin alteraciones; por lo que se consideró la posibilidad diagnóstica de hidradenitis supurativa. Se inició tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol 160mg/800mg por 15 días mostrando cicatrización de úlceras. Se solicitó cuantificación de 6-fosfato deshidrogenasa 14.8 U/g Hb y se inició manejo con diamino dimetilsulfona 100mg/día durante 5 meses, logrando remisión completa de la dermatosis.

CONCLUSIÓN
La hidradenitis supurativa, es una entidad poco frecuente o probablemente subdiagnósticada ante la inhibición del paciente por el padecimiento. El desafío diagnóstico surge ante las características clínicas y topografía implicada en un paciente de sexo masculino, con pobre respuesta a antibioticoterapia. Con base a lo anterior y considerando la frecuencia de infecciones por micobacterias en nuestro país, la primer sospecha fue orientada a una micobacteriosis por bacterias no tuberculosas. Ante hallazgos negativos y reporte histopatógico se consideró como diagnóstico de exclusión la hidradenitis supurativa con buena respuesta al esquema antibiótico propuesto y resolución de la dermatosis hasta el momento actual.

620

Compromiso cutáneo de pacientes con dermatomiositis en un centro de cuarto nivel en Colombia

Adriana Mercedes Alejo Villamil[1], Melissa Cantillo Avilez[1], Daniel G. Fernández Ávila[1], Laura P. Charry Anzola[1]
[1]*Unidad de Dermatología. Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario San Ignacio – Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia., Bogotá, Colombia*

Introducción
La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática que se caracteriza por presentar lesiones en piel; es considerada una enfermedad heterogénea, por su presentación clínica, curso y pronóstico. En Colombia, existen pocos registros que describan las características clínicas de estos pacientes.

Métodos
Estudio descriptivo de corte transversal. Se revisaron historias clínicas de pacientes que consultaron a un hospital Universitario en Colombia entre enero 2004 a diciembre 2019. Los registros fueron obtenidos utilizando bases de datos de las unidades de dermatología, reumatología, dermatopatología, electrofisiología y códigos diagnósticos CIE10 asociados a dermatomiositis.

Resultados
Se obtuvieron 70 pacientes con diagnóstico dermatomiositis, 63 (90 %) cumplían criterios de clasificación de Bohan y Peter y 7 (10 %) tenían dermatomiositis amiopática. El promedio de edad fue de 43 años (DS ± 15.3). 48 fueron mujeres (68.5 %). Los signos clínicos más frecuentes fueron: pápulas de Gottron 80 % (n = 56), eritema heliotropo 78.5 % (n = 55) y poiquilodermia 75.7 % (n = 53). Las manifestaciones sistémicas más comúnmente encontradas fueron: disfagia 21.4 % (n = 15), enfermedad pulmonar intersticial 11.4 % (n = 8), e hipertensión pulmonar 8.5 % (n = 6). Se documentó cáncer en 8.5 % (n = 6) de pacientes.

Conclusión
Se presenta información clínica de pacientes con dermatomiositis en un centro hospitalario de referencia en Colombia. Los datos obtenidos concuerdan con la información de otros estudios de series de casos a nivel mundial.

642

Protocolo de retinización modificado que mejora la tolerancia del retinol manteniendo los beneficios esperados de la piel

Cristi Gomez[1], Jie Shang[1], Shona Burkes-Henderson[1], Yihong Jiang[2], Geetha Kalahasti[1], David Gan[1], Lucy Gildea[1]
[1]Mary Kay Inc., Dallas, United States, [2]Mary Kay Co, Ltd, Shanghai, China

Antecedentes: El retinol (vitamina A1) es un nutriente esencial con beneficios para la apariencia de la piel. Los productos para el cuidado de la piel que contienen retinol se comercializan a nivel mundial. Concentraciones altas de retinol se asocian comúnmente con irritación potencial de la piel (eritema, edema), molestias sensoriales (prurito, sensaciones de escozor), y descamación según la piel se va adaptando al uso de retinol.

Métodos: Se llevaron a cabo una serie de estudios clínicos para evaluar la tolerancia y eficacia de una formula con una concentración mayor de retinol (0,5%) a fin de desarrollar un protocolo de retinización que mejorara la tolerancia en la población general. Se incluyeron estudios preliminares en los que los panelistas se aplicaron la formula de retinol cada dos noches para establecer un perfil sensorial basal. Basado en los estudios preliminares y en consulta con dermatólogos, se desarrolló un protocolo de retinización modificado para maximizar su tolerancia y mantener la eficacia. Se realizaron estudios en los Estados Unidos y China para evaluar la tolerancia de los panelistas. Se incluyo la evaluación de eritema, edema y sequedad de la piel por dermatologos, asi como la autoevaluación de los panelistas de eritema, sequedad y molestias sensoriales.

Resultados: Los estudios mostraron alta tolerancia y reducción de eritema, edema y sequedad en la evaluación llevada a cabo por los dermatólogos. Las autoevaluaciones de los panelistas reportaron un menor numero de molestias sensoriales moderadas, asi como una reducción en eritema y sequedad. Se llevaron a cabo estudios clínicos separados para evaluar otros parámetros como pigmentación de la piel, líneas de expresión y arrugas, uniformidad del tono de la piel, fotodaño en general y textura/suavidad de la piel. La formula proporcionó mejoras estadísticamente significativas en cada parámetro ($p<0.05$) a las 4 y 8 semanas, tal como se espera de una formulación que contiene retinol.

Conclusiones: En general, el protocolo de retinización cumplió con los objetivos de mejorar la tolerancia y mantuvo su eficacia.

643

Enfermedad de Mondor en Paciente con Cáncer de Próstata Metastásico

María Paz Rollan Marzolo[1], Jorge Navarrete[2], Gonzalo Hevia[1], Khanty Loyola[1]
[1]Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile,
[2]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: La Enfermedad de Mondor (EM) es una tromboflebitis superficial de venas de la pared toraco-abdominal anterior. También se han descrito variantes axilar y peneana.
Es una patología poco frecuente, que afecta predominantemente adultos y mujeres.
Su patogenia es desconocida, pudiendo ser idiopática o secundaria a traumatismo local, patología mamaria (benigna y maligna) y patologías sistémicas asociadas a hipercoagulabilidad, como neoplasias.
Clínicamente se presenta con dolor agudo y la presencia de un cordón indurado en la zona afectada. El diagnóstico es clínico, pudiendo complementarse con ecografía.
Tras el diagnóstico, es fundamental distinguir los casos secundarios. Es mandatorio realizar mamografía en mujeres, y según factores de riesgo individuales, considerar estudio de trombofilias, vasculitis y/o neoplasias.
La EM es autolimitada en 4-8 semanas, pudiendo indicarse calor local, analgesia y reposo relativo para alivio sintomático.
Se presenta el siguiente caso con el objetivo de reconocer una entidad de fácil diagnóstico y que puede traducir patología subyacente de importancia, tales como estados de hipercoagubilidad y neoplasias.

Caso Clínico: Paciente hombre de 67 años, con antecedentes de cáncer de próstata operado, que acude a dermatología por lesión compatible con queratosis seborreica. Al examen físico se observa como hallazgo cordón en pared toraco-abdominal antero-lateral derecha, de consistencia fibro-elástica, doloroso a la palpación. Se solicita ecografía que confirma tromboflebitis superficial. Dentro del estudio destaca APE duplicado respecto a valor previo. Se deriva a urología, quienes solicitan PET-CT para descartar metástasis (resultado aún pendiente).

Conclusiones: Si bien la EM suele ser una patología benigna y auto-resolutiva, deben considerarse causas secundarias según cada paciente. Por el antecedente de nuestro paciente, en este caso debe sospecharse origen paraneoplásico como primera opción etiológica.

663

Síndrome de Wells bulloso: presentación atípica asociada a leucemia linfocítica crónica y tuberculosis ganglionar

Diego Olin Pérez Rojas[1], Esther Guadalupe Guevara Sangines[1], Guillermo Ramos Rodriguez[1], Bryanda Amelani Quintero Salazar[1]
[1]Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos ISSSTE, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN
El Síndrome de Wells también conocido como celulitis eosinofílica, es una enfermedad rara de etiología desconocida, que clínicamente se presenta por una dermatosis pruriginosa, recurrente y episódica, con afección predominante de las extremidades, caracterizada por placas eritematoedematosas que posteriormente se palpan induradas, con aparición ocasional de vesículas. Se seleccionó el siguiente caso clínico por tratarse de una enfermedad poco frecuente, la presentación clínica atípica y su asociación con patología neoplásica e infecciosa.

CASO CLÍNICO
Hombre de 55 años que se presenta a consulta por dermatosis diseminada, bilateral y asimétrica, que afectaba extremidades superiores en antebrazos y dorso de manos, constituida por múltiples placas eritematoedematosas de 0.5 cm de diámetro, irregulares, bien definidas y múltiples ampollas de contenido hemorrágico, de 1-3 cm, bien definidas, que al desprenderse dejaban áreas denudadas, algunas cubiertas de costras sanguíneas, intensamente pruriginosas, de 2 meses de evolución.
El paciente tenía el antecedente de ser tratado por Leucemia linfocítica crónica B / Linfoma de linfocitos pequeños de 10 años de evolución con infiltración a médula ósea, inmunofenotipo CD20+, CD5+, CD23-, CD38-, ZAP70- . Seis meses previos a su consulta inicial fue diagnosticado con tuberculosis ganglionar por Mycobacterium bovis, por lo que recibió tratamiento con rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida, actualmente con claritromicina y etambutol.
Se tomó biopsia excisional de una de las ampollas en el antebrazo derecho para estudio histopatológico, el cual reportó necrosis epidérmica, formación de ampollas subepidérmicas con extravasación de eritrocitos y un infiltrado granulomatoso mixto compuesto por linfocitos e histiocitos con predominio de eosinófilos que afectaba de forma difusa todo el espesor de la dermis, la periferia de los vasos sanguíneos, las glándulas ecrinas y que se extendía hasta tejido celular subcutáneo. En dermis se identificaron múltiples acúmulos de material eosinofílico que correspondían a figuras en flama, con estos hallazgos se hizo el diagnóstico de celulitis eosinofílica o Síndrome de Wells bulloso.
Se indicó tratamiento con calcipotriol/dipropionato de betametasona en ungüento de forma inicial y posteriormente el paciente recibió tratamiento oncológico concomitante con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisolona), con remisión completa de las lesiones.

CONCLUSIONES
La celulitis eosinofílica o Síndrome de Wells se considera como un proceso de hipersensibilidad local a múltiples desencadenantes reportados, como picaduras de insectos, procesos linfoproliferativos, infecciones, fármacos, etc. Este paciente contaba con diagnóstico de una neoplasia hematológica y de infección ganglionar por lo que se encontraba en tratamiento con múltiples fármacos, por lo anterior, cualquiera de estos factores se puede considerar como un desencadenante.
En los pacientes con esta enfermedad, lo habitual es encontrar placas eritematoedematosas que recuerdan el aspecto de una celulitis, sin embargo, en el caso de este paciente, la enfermedad se presentó con ampollas hemorrágicas.
Se considera un diagnóstico de exclusión, en donde el estudio histopatológico y los antecedentes del paciente son cruciales, por lo que resulta indispensable realizar un abordaje integral y multidisciplinario de esta enfermedad.

695

Granuloma anular, una entidad con múltiples manifestaciones clínicas

Elsa Gatica Díaz[1], Francisco Pereira Rudolph[2], Isabel Herrera Salazar[1], Roberto Reveco Betancourt[1]
[1]*Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile,*
[2]*Hospital Talagante, Santiago, Chile*

El granuloma anular es un trastorno común, a menudo autolimitado, que puede afectar tanto a niños como adultos, fue descrito por primera vez por Colcott Fox en 1895. Se manifiesta clásicamente por pápulas eritematosas o violáceas, de configuración anular o arciforme, sin cambios epidérmicos, localizadas frecuentemente en el dorso de manos y pies. Se desconoce la prevalencia exacta, pero se ha estimado entre 0,1 al 0,4% de las nuevas consultas dermatológicas. Tiene distribucion cosmopolita, siendo más frecuente en mujeres, con relación de 2:1. No hay predominio de raza y su patogenia es desconocida, aunque se ha propuesto un proceso degenerativo del tejido conectivo como inicio de la inflamación granulomatosa asociado a reacción inmunitaria mediada por linfocitos, que resulta en la activación de macrófagos, mediado por citocinas.

Puede presentarse con una variedad de hallazgos clínicos, según los cuales se pueden dividir en localizado, generalizado, subcutáneo y perforante, sin embargo las características histopatológicas compartidas apoyan la clasificación de estas variantes en un solo trastorno.

Se presenta un caso de paciente sexo femenino de 70 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por máculas eritematosas, levemente pruriginosas, de 8 meses de evolución, localizadas en cara posterior de ambas extremidades inferiores. Se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales: Morfea en placa, Urticaria vasculítica, Paniculitis, entre otros. Por lo que se indica biopsia de la lesión y analítica sanguínea.

El análisis de anatomía patológica informa epidermis hiperortoqueratósica conservada, dermis papilar y reticular con infiltrado inflamatorio linfocitario con empalizada de histiocitos, algunos multinucleados, en relación a focos de colágeno degenerativo hipereosinofílico, compatible con granuloma anular subcutáneo . Los exámenes resultaron dentro de rangos normales.

Como se muestra en este caso, las manifestaciones clínicas del granuloma anular son variadas. Las variedades perforante y subcutánea, simulan frecuentemente otras entidades, sin embargo la anatomía patológica es crucial para su diagnóstico
Han sido múltiples los intentos para demostrar la asociación del granuloma anular con otras enfermedades, hay casos reportados relacionados con diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad, enfermedad tiroidea, enfermedades autoinmunes, entre ellas principalmente lupus eritematoso sistémico, exposición a fármacos, vacunas, picaduras de artrópodos, malignidad (neoplasias hematológicas), entre otros. Sin embargo los estudios disponibles son limitados y tamaños de muestra pequeños.

710

Acroqueratodermia acuagenica siringea

Fredy Rivera Valdivia[1]
[1]Rivera Dermatology, San José, Costa Rica

La acroqueratodermia acuagénica siringea (AAS) es una entidad rara, adquirida o hereditaria, usualmente bilateral y simétrica palmar o palmoplantar . Consiste en una maceración de la piel de las palmas similar a la que ocurre tras el contacto prolongado por el agua pero que se manifiesta a los pocos minutos de la exposición y se resuelve en unos 30 a 40 min tras su secado. LA etiopatogenia es desconocida y su histopatología variable. Su diagnóstico es clínico. Presentamos el caso de un joven de 13 a;os. El tratamiento no está aún estandarizado, pero el cloruro de aluminio a demostrado buenos resultados

711

Edema labial recurrente en una paciente adolescente

Mariana Guadalupe Ungson García[1], Martha Alicia Aceves Villalvazo[1], Arcelia Yunuen Figueroa Martinez[1]
[1]Hospital Regional Valentín Gómez Farías, ISSSTE, Guadalajara, México

Introducción El edema labial puede ser un síntoma importante de enfermedades sistémicas o locales. Podría caracterizarse por edema labial difuso o bien localizado, agudo o crónico, persistente o recurrente. En el caso de éste último, el recurrente o persistente, pudiera tratarse de un signo típico del síndrome de Melkersson-Rosenthal sin embargo, existen otras entidades que debemos considerar ante dicho escenario. Presentamos el caso de una patología poco frecuente en una población susceptible cuyos diagnósticos diferenciales pudieran ser variables.

Caso clínico Se trata de paciente femenino de 17 años, originaria y residente de Zapopan, Jalisco, México, estudiante de enfermería, con antecedentes personales de atopia actualmente sin tratamiento médico quien acude a la consulta por presentar edema labial de 8 meses de evolución, recurrente, asociado a fisuras, dolor, prurito y sangrado. Al interrogatorio niega trauma, manipulación, aplicación de cosméticos, parálisis facial, infecciones recientes o consumo de fármacos. A la exploración física se observa dermatosis localizada a cabeza que afecta labio bermellón inferior en su totalidad constituida por edema, descamación, fisuras y zonas de sangrado. A la palpación labio firme sin nódulos y con ligero aumento en la temperatura. Resto de piel y anexos, sin alteraciones. Se procede a la realización de una biopsia de labio inferior. El corte teñido con H&E muestra epitelio acantósico con espongiosis y exocitosis de linfocitos, lámina propia con infiltrado inflamatorio dispuesto en nódulos formando folículos linfoides compuestos por centrocitos y centroblastos, además de la presencia de eosinófilos. Se decide realizar inmunohistoquímica la cual fue positiva para CD30, y BCL6 en folículos linfoides, CD3 en región interfolicular, Ki67 positivo en >50% del folículo linfoide y BCL2 negativo. Se concluye un diagnóstico clínico histopatológico de Queilitis de Prurigo Actínico.

Conclusiones El prurigo actínico es una fotodermatosis de causa desconocida, que afecta con mayor proporción a mujeres e inicia en la infancia. Se cree que es causado por una reacción de hipersensibilidad tardía contra autoantígenos que son inducidos por rayos UV en sujetos con predisposición genética. En población mexicana se demostró una positividad al alelo HLA-DRB1*0407. Clínicamente se presenta con pápulas o nódulos pruriginosos en zonas fotoexpuestas como puente nasal y mejillas y la afección a mucosa oral y conjuntivas es frecuente. Hasta el 82.7% de los casos estudiados en un hospital público de México presentaron queilitis y en el 27.6% de los casos este fue el único síntoma presente constituido por edema, descamación, prurito, exudado y ulceración secundaria. La presencia en histopatología de un infiltrado nodular compuesto por agregados linfoides grandes y densos, con amplios centros germinales tambien llamado queilitis folicular apoya el diagnóstico. Los diagnósticos diferenciales más importantes de la queilitis de prurigo actínico son los linfomas primarios cutáneos de células B de bajo grado y la hiperplasia linfoide cutánea, sin embargo, la clínica y la inmunohistoquímica pueden ayudarnos a diferenciar entre uno y otro. El tratamiento consiste en la fotoprotección, aplicación de esteroides tópicos e incluso talidomida en casos refractarios. La clínica e histología demuestran que se puede reconocer ésta entidad como una forma específica de queilitis.

714

Reacción lepromatosa tipo 1 en paciente con Lepra Dimorfa coinfectado por SARS-CoV-2 (COVID-19); una entidad olvidada con complicación poco frecuente

Dianely Anahi García Hernández[1], Alejandro Eduardo De Aguinaga-Inurriaga[2], Guillermo Solís Ledesma[3], Karen Fabiola Miramontes Rodríguez[4], Marco Antonio Ponce Gallegos[5]
[1]Hospital Civil de Tepic "Antonio González Guevara"., Tepic, México, [2]Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, México, [3]Instituto Dermatológico de Jalisco, Guadalajara, México, [4]Hospital General de Zona No.1 "Luís Ernesto Miramontes Cárdenas", Tepic, México, [5]Hospital Civil de Guadalajara "Juan I. Menchaca", Guadalajara, México

La lepra es una infección crónica, producida por Mycobacterium leprae, que afecta piel y nervios periféricos. El diagnóstico y la clasificación del caso dimorfo es difícil en cualquiera de los 4 campos de estudio que se mencionarán, sobretodo en el espectro inmunológico. Se presenta el caso de un paciente masculino que acude a consulta con lesiones cutáneas y resultado de biopsia de piel con diagnóstico de lepra borderline o interpolar. Siendo de los pocos casos diagnosticados a nivel mundial que se manifiestan como lepra dimorfa y en el cual se asocia una reacción reversa tipo 1 al iniciar tratamiento multidroga, siendo también un caso que se presentó durante el inicio de la pandemia por COVID-19; patología en la que se hará énfasis por ser enfermedad emergente, no descartándola como diagnóstico diferencial por lesión dermatológica en común, finalmente se describirán algunas diferencias en las presentaciones.

722

Amiloidosis nodular de lengua en asociación a mieloma múltiple, reporte de caso

Mauricio Torres-Pradilla[1], Oscar Mora Hernandez[1], Paula Dubeibe Abril[2], Nicole Guiot Isaac[2], Monica Maya Gomez[2], Samuel Morales Naranjo[3]
[1]Dermatólogo, docente e instructor FUCS/Hospital San José, Bogotá D.C, Colombia, [2]Residentes Dermatología FUCS/Hospital San José, Bogotá D.C, Colombia, [3]Dermopatólogo, docente e instructor FUCS/Hospital San José, Bogotá D.C, Colombia

INTRODUCCIÓN: La amiloidosis es una enfermedad rara y de etiología desconocida que incluye diferentes formas de presentación y clasificación, cuya manifestación final se caracteriza por el depósito extracelular de agregados insolubles de proteínas fibrilares mal plegadas llamadas "proteínas amiloidogénicas" presentes en uno o varios órganos y/o tejidos (1), lo que confiere su forma localizada o sistémica. Esta última, vinculada a una morbimortalidad más significativa (2,3). La amiloidosis de cadena ligera (AL) es el tipo más común y grave de amiloidosis primaria y sistémica, estimándose una asociación del 12 al 15% con discrasia de células plasmáticas como el mieloma múltiple (4,5) y encontrándose que hasta un tercio de estos pacientes pueden tener compromiso mucocutáneo, siendo la amiloidosis oral, específicamente aquella con afectación lingual, su primera manifestación (6). Presentamos un caso con dicho compromiso y asociación:

REPORTE DE CASO: Masculino de 64 años de edad con historia de 6 meses de aparición de nódulos y placas blanco amarillentas, dolorosas y de aspecto festoneado, localizadas en los bordes laterales de la lengua, asociado a macroglosia lenta y progresiva, con la consecuente dificultad para el habla y la deglución. Como antecedente de importancia, el paciente refería mieloma múltiple diagnosticado un mes previo a la instauración del cuadro descrito y para el cual no había recibido tratamiento. Se consideró como impresión diagnóstica amiloidosis nodular de la lengua, la cual se confirmó por biopsia más estudio histopatológico, dada la presencia de un extenso material amorfo hialino-eosinófilo en el estroma, compatible con depósito amiloide bajo tinción rojo congo. Dicho estudio se llevó a cabo de forma hospitalaria, donde además se estratificó el mieloma múltiple y se inició protocolo de quimioterapia CyBORD (Ciclofosfamida + Bortezomib + Dexametasona) en conjunto a un manejo multidisciplinario, presentando adecuada tolerancia y respuesta.

CONCLUSIÓN: Discernir si existe compromiso sistémico en aquellos pacientes con amiloidosis oral es indispensable para llevar a cabo un manejo multidisciplinario oportuno y establecer así su pronóstico, pues se ha estimado que hasta un 30% de los pacientes con amiloidosis sistémica (AL) en el momento del diagnóstico ya tienen afectación de más de 3 órganos y su frecuente asociación con mieloma múltiple conlleva a un pésimo pronóstico y deterioro en la supervivencia, la cual ha sido informada de tan sólo 4 meses a 5 años en estos pacientes (3).

734

Caso clínico: Paciente masculino VIH positivo con perniosis lúpica

Karen Lema Matehu, Nathalie Lascano Gallegos, Paola Guevara Novoa
[1]*Universidad UTE, Quito, Ecuador*

Paciente masculino 34 años, dg de VIH desde hace 6 años, al momento con TARV, y con CV: indetectable, y CD4+: 879, somos interconsultados por cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por lesiones eritematosas en manos acompañadas de dolor, el cual se exacerba con la exposición al frio. Al examen físico: Dermatosis localizada en pulpejos de dedos de manos y orejas caracterizadas por placas eritematovioláceas de bordes irregulares, bien definidos, algunas hiperqueratósicas. Se decide tomar muestras de piel de dedos y orejas para el respectivo estudio histopatológico, el cual reportó: Piel de oreja: Dermatitis perivascular, perianexial y de interfase, hallazgos histológicos caracteristicos de lupus cutáneo. Piel de dedos de mano: Dermatitis de interfase y vasculitis linfocítica, hallazgos histológicos sugestivos de perniosis lúpica. Inicialmente se envía tratamiento tópico con una evolución tórpida, por lo cual se inicia prednisona 20mg 1 tab VO QD por 1 mes, al control las lesiones dermatológicas mejoraron sin embargo el dolor persistía, se decide iniciar hidroxicloroquina 200mg 1 tab VO QD con una evolución favorable.

Conclusiones. En la búsqueda que hemos realizado respecto a lupus cutáneo en pacientes vih positivo, no encontramos algún caso similar reportado, por lo que consideramos relevante publicarlo, considerando que el VIH es una enfermedad de impacto en la salud pública a nivel mundial y con tasas crecientes en los últimos años.
No existe conflicto de interés alguno

752

Exantema intertriginoso y flexural simétrico secundario a una infección por coronavirus del 2019

Helena Escolà Rodríguez[1], Alvaro March Rodriguez[1], Ramon Pujol Vallverdu[1]
[1]*Hospital Del Mar, Barcelona, España*

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) se ha convertido en una pandemia con importantes implicaciones tanto a nivel sanitario, político, económico y cultural. Se ha descrito un amplio espectro de manifestaciones cutáneas asociadas a este virus. La asociación de una infección por SARS-CoV-2 como responsable de un exantema intertriginoso y flexural simétrico (SDRIFE) representa un hallazgo excepcional.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 29 años con antecedentes de urticaria crónica espontánea en tratamiento crónico con antihistamínicos que consultó por un cuadro de fiebre, tos, disnea y aparición de placas eritematosas, bien delimitadas, afectando desde la región inguinal hasta la cara interna de ambos muslos. Dichas lesiones aparecieron un día después de iniciar los síntomas respiratorios. No refería ningún tratamiento previo al inicio del cuadro ni la aplicación tópica de ninguna sustancia o preparado en las áreas afectas. Una prueba PCR (Polymerase chain reaction) de un frotis nasofaríngeo fue positiva para SARS-CoV-2. La paciente desarrolló una hipoxemia moderada y discretos infiltrados pulmonares bilaterales. La exploración física evidenció placas eritemato-marronáceas, no descamativas, bien delimitadas, que se extendían desde la parte inferior del tronco afectando la región inguinal y la cara interna de ambos muslos de forma simétrica, sin afectación mucosa ni palpación de adenopatías. La biopsia cutánea mostró cambios de espongiosis, exocitosis y vacuolización focal de la membrana basal junto con un infiltrado limfohistiocitario perivascular en la dermis superficial con ocasionales eosinófilos. Los hallazgos clínicopatológicos observados permitieron establecer el diagnóstico de exantema intertriginoso y flexural simétrico secundario a una infección por SARS-CoV-2. La erupción cutánea remitió progresivamente tras la administración de corticoides tópicos.

Conclusión: El exantema intertriginoso y flexural simétrico (SDRIFE) es una reacción de hipersensibilidad de tipo IV que tiene lugar frecuentemente tras la administración de un fármaco. Se manifiesta en forma de eritema simétrico, bien delimitado, que afecta la zona glútea/perianal y/o en forma de V en la zona inguinal/perigenital, incluyendo al menos una zona intertriginosa o flexural, en ausencia de clínica sistémica. No obstante, se han descrito erupciones cutáneas similares secundarias a infecciones por parvovirus B19, estreptococo y, más recientemente, por SARS-CoV-2. En contraste con el caso presentado, los casos descritos de SDRIFE secundarios a la infección por SARS-CoV-2 incluyen pacientes en los que existía el antecedente de la administración previa de varios (3) o algún (1) fármaco/s, por lo que resulta difícil confirmar una relación causal. En conclusión, a raíz de estas observaciones, consideramos que SDRIFE debería ser incluida dentro del espectro de potenciales manifestaciones cutáneas asociadas a la infección por COVID-19.

753

Milia en placa: una entidad infrecuente

Ali Carolina Martínez Murillo[1], Marco Antonio Rodríguez Castellanos[1], Guillermo Solis Ledesma[1], María de las Mercedes Hernández Torres[1]
[1]*Instituto Dermatológico de Jalisco, Zapopan, México*

Introducción La milia en placa es una dermatosis infrecuente, benigna y de etiología desconocída la cual se caracteríza por ser un conjuto de múltiples quistes de milium agrupados en la superficie, evolución incierta y crónica. Aportamos un caso más de esta patología.

Caso clínico Femenino de 59 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y antecedente de mama tratada con radioterapia, quimioterapia y resección quirúrgica. Refiere iniciar con dermatosis de 1 año de evolución la cual a la exploración afecta cabeza en región retroauricular izquierda, localizada y asimétrica; constituida por una neoformación de 4x2x0.3 cm, superficie con múltiples quistes blanco-amarillentos, agrupados sobre una base café-grisacea, ligero eritema perilesional, bordes bien definidos, a la palpación firme. A la dermatoscopia muestra múltiples quistes blanco-amarillentos. Figura 1 El estudio histopatológico reporta en dermis superior quistes llenos de queratina, rodeados de un denso infiltrado inflamatorio mononuclear. Figura 2 Comentarios finales Aportamos un caso más de milia en placa, mostrando la diversidad que existe en topografía y presentación clínica de una neoplasia poco descrita de la cual no se conoce con exactitud su etiopatogenia y evolución.1,2 En nuestra búsqueda en pubmed se recopilaron menos de 60 casos siendo una entidad poco conocida incluso para dermatopatólogos. Se ha reportado buena respuesta a tratamiento tópico con retinoides y quirúrgico desde la extracción manual hasta la escisión completa de la lesión.3,4

757

Lesión genital atípica en paciente con hidradenitis supurativa y enfermedad de Crohn

Mariela Del Ángel Hernández[1], Liliana Godinez Aldrete[1], Nancy Pulido Díaz[1]
[1]*Instituto Mexicano Del Seguro Social, Ciudad de México, México*

La hidradetinis supurativa (HS) es un trastorno inflamatorio crónico que se caracteriza por nódulos inflamatorios y abscesos, que pueden conducir a la formación de tractos sinusales/ fistulas y cicatrices. Varios informes de casos y estudios han sugerido que la HS es más prevalente en pacientes con trastornos inflamatorios; esto incluye la enfermedad de Crohn (EH). Las manifestaciones cutáneas de la EC comparten varias similitudes clínicas con la HS y pueden representar un importante desafío para el diagnóstico diferencial.
Un hombre de 31 años fumador, fue diagnosticado a los 13 años con EC con afectación colónica, complicado con colostomia a los 16 años, posteriormete inició tratamiento con infliximab, suspendiéndolo 5 años después. En el 2019 inicia con abscesos y formación de fistulas en en axila derecha, se diagnosticó como HS Hurley II. Se inició tratamiento con clindamicina 300 mg cada 12 horas por 8 semanas, se agrega incremento de tejidos blandos en prepusio que deforma región genital, se realizó biopsia de prepusio en febrero del 2020 en la que se reportó postitis crónica inespecífica, con trayecto fistuloso asociado a fibrosis dérmica leve sin proceso inflamatorio agudo, también se realizó últrasonido de tejidos blandos en la región dorsal del pene en el que se observó trayecto fistuloso de 26 x 4.5 mm.

La HS es una enfermedad del folículo pilosebáseo, crónica, inflamatoria y recurrente, que se presenta normalmente después de la pubertad con lesiones profundas, dolorosas e inflamadas en zonas del cuerpo con presencia de glándulas apócrinas, más frecuentemente en las regiones axilares, inguinales y anogenital. Estas localizaciones se enmarcan en las líneas lactéiferas que tienen un origen embriológico similar.
La afectación del pene en la enfermedad de Crohn cutánea es poco común y se manifiesta en forma de úlceras que no cicatrizan o erosiones con o sin edema.

Las fístulas en la región genital y perianal en la EC por regla se comunican con el intestino. Por esta razón el trayecto fistuloso encontrado en el paciente no puede ser secundario a EC ya que no tiene comunicación con el aparato digestivo.

Por otro lado la afectación del pene por HS se debe principalmente a secuelas de cicatrización de la región inguinal que originan linfedema, la presencia de nódulos, abscesos o fístulas no se ha reportado hasta el momento, siendo este el único caso hasta el momento reportado del desarrollo de una fístula en esta topografía atípica.

761

Hiperpigmentación adquirida como manifestación de Síndrome anti -sintetasa

Dalia Cruz Sotomayor[1], Diana Vianey Hernández Blanco[1], María Bertha Torres Álvarez[1], Juan Pablo Castanedo Cázares[1]
[1]Hospital Central "Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí, México

Introducción. La hiperpigmentación adquirida representa un reto diagnóstico por la amplia lista de diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta . La asociación de hiperpigmentación cutánea con miopatías auto inmunes es poco frecuente por lo que presentamos el caso de una paciente con debilidad muscular proximal e hiperpigmentación adquirida en áreas foto expuestas, acompañada de enfermedad pulmonar y daño hepático en quien se realizó el diagnóstico final de Síndrome anti-sintetasa.
Caso clínico. Se trata de un paciente femenino de 61 años con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artritis reumatoide que acudió a urgencias por un cuadro de un año de evolución caracterizado por edema de inicio en tobillos con progresión ascendente, aumento del perímetro abdominal, disnea progresiva, hiperpigmentación cutánea y pérdida de 16 kilogramos. La tomografía de tórax inicial mostró bronquiectasias e infiltrados pulmonares con patrón intersticial y micro nodular sugiriendo una enfermedad pulmonar intersticial. El aumento de perímetro abdominal fue compatible con ascitis el cual se corroboró por exploración física y ultrasonido. Los datos de laboratorio en sangre apoyaron el diagnóstico de enfermedad hepática crónica (trombocitopenia de 85 000 e hipoalbuminemia de 2.2 g/dL).

Se realizó la interconsulta a nuestro servicio por los datos de hiperpigmentación la cual era de predominio en áreas foto expuestas, labios y pliegues palmares. Por la afectación hepática se sospechó inicialmente de hemocromatosis, sin embargo, el perfil de Hierro fue normal.
A la exploración dirigida destacó la presencia de debilidad proximal de todas las extremidades con fuerza 3/5, hipertrofia cuticular y pápulas en dorso de dedos. Ante el escenario de una paciente de edad avanzada con ascitis, pérdida de peso importante y debilidad proximal se sospechó de dermatomiositis paraneoplásica por lo que se solicitó perfil de anticuerpos asociados a miositis, citología de líquido ascítico, marcador tumoral CA-125 y estudios de imagen de abdomen para descartar masas ováricas . El marcador CA-125 presentó elevación discreta de 313 U/mL (rango 0-35) pero la citología fue negativa para malignidad y la tomografía abdominal no mostró lesiones sugestivas de neoplasia apoyando la presencia de ascitis como causa benigna de la elevación de este marcador. Los anticuerpos específicos para dermatomiositis fueron negativos (Anti Mi2, anti TIF1, anti –MDA5, anti NXP2, anti- SAE1), mientras que los anticuerpos anti-sintetasa específicos PL12 y anti Ro52 fueron positivos. Finalmente, el cuadro clínico de debilidad muscular, la enfermedad pulmonar intersticial y los anticuerpos específicos permitieron integrar el diagnóstico de Síndrome anti-Sintetasa.

Conclusiones. La mayoría de las manifestaciones cutáneas en miositis auto inflamatorias se han descrito en pacientes con dermatomiositis, cuya frecuencia es mayor que la del Síndrome anti-sintetasa. Los hallazgos cutáneos más frecuentes en el síndrome anti-sintetasa son el fenómeno de Raynaud y las “manos de mecánico” los cuales no se observaron durante la hospitalización de nuestra paciente. La hipertrofia cuticular en esta paciente está reportada con menor frecuencia (7% casos) mientras que la hiperpigmentación en áreas foto expuestas parece sólo haber sido descrita en población Mexicana con dermatomiositis lo cual hace este caso clínico de gran interés.

764

Enfermedad granulomatosa perianal: un reto diagnóstico

Mikel Meruelo Ruano[1], Ane Lobato Izagirre[1], Jaime González del Tánago[1], Silvia Pérez Barrio[1], Ana Sánchez Díez[1], Carla Valentí Ponsa[2], Rosa María Izu Belloso[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Basurto., Bilbao, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

Introducción
Se presenta un caso clínico de interés por ser una patología infrecuente en la práctica clínica diaria, de complejo diagnóstico, con posible afectación sistémica y de difícil manejo por la extensión y gravedad de las lesiones que presentaba la paciente.

Caso clínico
Mujer de 60 años con antecedente de quiste pilonidal intervenido en múltiples ocasiones desde los 15 años de edad, es remitida a Dermatología 10 años después del último contacto con Cirugía General y Cirugía Plástica por progresión y evolución tórpida de las lesiones. A la exploración presentaba una úlcera interglútea de gran tamaño que se continuaba hacia ambos pliegues inguinales, desestructuración e infiltración de los genitales externos y varios orificios fistulosos. Se tomaron múltiples biopsias, y el estudio histopatológico objetivó una intensa inflamación granulomatosa no necrotizante. Ante este hallazgo, se solicitaron pruebas complementarias para descartar otras enfermedades granulomatosas como la tuberculosis cutánea y la sarcoidosis. El estudio colonoscópico no evidenció signos de enfermedad inflamatoria intestinal, siendo diagnosticada de posible enfermedad de Crohn (EC) metastásica perianal.

Discusión
La EC metastásica es una manifestación extraintestinal infrecuente de la EC que se caracteriza por lesiones cutáneas y subcutáneas con histología granulomatosa que no se encuentran en contacto con el aparato digestivo, siendo frecuente su aparición en la región genital y grandes pliegues. No obstante, suele aparecer en pacientes jóvenes ya diagnosticados de la EC, que característicamente presentan afectación colónica. Si bien se han descrito casos en los que las lesiones cutáneas aparecen al mismo tiempo o incluso años antes que el debut de la enfermedad inflamatoria intestinal, esto es infrecuente, por lo que nos planteamos si nuestra paciente podría tener una variante de hidradenitis supurativa granulomatosa sin asociarse a la EC.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

771

Elastolísis dérmica papilar similar a Pseudoxantoma elástico, presentación de un caso

Fanny Lucel Castillo Disla[1], Elfida Sanchez[1], Fernanda Nanita De Estévez[1]
[1]*Instituto Dermatológico Dominicano Y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Diaz, Santo Domingo, Rep. Dominicana*

Introducción.
La elastolísis dérmica papilar similar a pseudoxantoma elástico (EDPSP), es una dermatosis del tejido conectivo, rara, que se caracteriza histológicamente por la pérdida de las fibras elásticas en la dermis papilar, sin afectación sistémica cardíaca y oftálmica. Está constituida por múltiples pápulas y placas amarillentas con aspecto de empedrado, localizadas en el cuello, región supraclavicular y superficies flexoras de miembros superiores. Hasta el momento, sólo están reportadas en la literatura unos 50 casos, y se describió por primera vez en el 1992 en dos pacientes mayores de 60 años, por lo que es de interés presentar nuestro caso y hacer revisión de la literatura.

Caso clínico.
Femenina de 68 años, fototipo IV, médico, procedente y residente en Santo Domingo, República Dominicana, la cual acude por dermatosis que afecta cuello y pliegues flexores de miembros superiores de larga data, asintomática.
Antecedentes personales, sobreviviente de cáncer de colon.
Cuadro clínico: múltiples pápulas aplanadas, agrupadas, de superficie irregular, blandas al tacto, que dan aspecto de empedrado, similar a ¨pseudoxantoma elástico¨.
Estudios paraclínicos dentro de límites de referencia.
Histopatología: epidermis aplanada. La dermis revela haces de colágeno delgadas, destacando a nivel de la dermis papilar palidez de las fibras de colágeno, algunos vasos dilatados. Pinkus: revela ausencia y disminución de fibras elásticas papilares. Hierro coloidal: no se revela depósitos de mucina. Conclusión, elastolísis dérmica papilar.

Conclusión.
Si bien la EDPSP no se asocia a afectación sistémica, en ocasiones los pacientes padecen hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y insuficiencia renal crónica. Se considera que estas patologías no se asocian a la elastólisis de la dermis papilar, sino que se trata de afecciones propias de la edad avanzada.
Aun existen dudas sobre el mecanismo etiopatogénico de esta entidad, donde se ha relacionado el daño actínico y elastogénesis anormal. Es importante enfatizar la necesidad de plantear el diagnóstico diferencial principalmente con el pseudoxantoma elástico, papulosis fibroelásticas del cuello, patologías que se asocian a compromiso sistémico. Por último, a pesar de que los pacientes demandan alguna mejoría estética de las lesiones, no se ha descrito ningún tratamiento efectivo para esta patología.

778

Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune en piel por Sarcoma de Kaposi: Frecuencia y características

Mónica Fernández Sánchez[1], Enrique Ernesto Canché-Mucul[1], Ximena Rodríguez-Rangel[1], Ana Cristina López-Velázquez[1], Alejandro Juárez-Díaz[1], Santiago Ávila-Ríos[1]
[1]INER/CIENI, México, México

Introducción:
El 16% de los pacientes con VIH que inician terapia antirretroviral (TAR) desarrollan Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune (SIRI)(1), siendo la piel el principal órgano afectado (52%-78%)(3). Las principales etiologías de SIRI dermatológico incluyen al virus herpes simple y al virus herpes zoster; el sarcoma de kaposi (SK) representa sólo el 6.4% de los casos. No obstante, es la neoplasia más frecuente en personas con VIH y representa una de las causas de morbimortalidad más significativas en esta población (1,4-6). No existen estudios que comparen las características de pacientes con SIRI dermatológico por SK (SIRI-SK) frente a otros tipos de SIRI en piel (SIRI-No SK).
Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas e inmunológicas entre pacientes con SIRI-SK versus SIRI-No SK.

Material y métodos:
Estudio observacional retrospectivo con revisión de expedientes para obtención de datos demográficos, clínicos e inmunológicos de pacientes diagnosticados con SIRI dermatológico en el Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, durante el periodo de enero 2008 a enero 2020. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos: SIRI-SK y SIRI-No SK. Se realizaron análisis descriptivos así como univariados con la prueba exacta de Fisher y Mann–Whitney–Wilcoxon para variables categóricas y continuas, respectivamente.

Resultados:
118 pacientes presentaron SIRI dermatológico, documentando 124 eventos, 69 (55.6%) fueron SIRI-SK y 55 (44.4%) SIRI-No SK. Todos los casos de SIRI-SK fueron hombres mientras que en SIRI-No SK se documentaron 5 mujeres. Los eventos de SIRI-SK se presentaron antes que en SIRI-No SK (59 versus 74 días p=0.001); en estos pacientes también se realizó un mayor número de biopsias (p=<0.001). Respecto al tipo de SIRI, el SIRI paradójico fue más prevalente en el grupo SIRI-SK (80%) mientras que el SIRI desenmascarante en SIRI-No SK (63.77%) (p=<0.001). La enfermedad concomitante más frecuente en pacientes con SIRI-SK fue la tuberculosis (27.54%, p=0.012), en cambio, en SIRI-No SK destacó la neumocistosis (49.09%, p=0.002). No hubo diferencias significativas en la mediana de conteo celular de CD4+ antes del inicio de TAR entre los grupos. Sin embargo, al momento del diagnóstico de SIRI, los pacientes con SIRI-SK presentaron recuentos celulares menores; CD4+ (127 células/µL vs 170 células/µL, p: 0.007) y CD8+ (805 células/µL vs 980 células/µL., p=0.011). La mediana de carga viral fue >200,000 copias/ml en ambos grupos antes de TAR con disminución a 233 copias/ml al diagnóstico de SIRI-SK versus 70 copias/ml en SIRI-No SK.

Conclusiones:
El SK fue la etiología dermatológica más frecuente de SIRI en nuestro estudio, en contraste con la epidemiología reportada en la literatura, lo cual podría asociarse a que somos un centro de referencia para pacientes con VIH en estadios avanzados. Hallazgos interesantes son la predominancia de SIRI paradójico en pacientes con SK, los recuentos de CD4+ más bajos durante el evento de SIRI, así como un tiempo de presentación de SIRI más corto en los pacientes que desarrollaron SIRI-SK en comparación con sus contrapartes.

787

Dermatosis perforante adquirida como primera manifestacion de hepatitis crónica por virus hepatitis C (VHC)

Barbara Traipe Paez[1], Fernanda Contreras Osses[1], Manuela Betanzo Quiero[1]
[1]*Hospital Puerto Saavedra, Saavedra, Chile*

Introducción: Las dermatosis perforantes (DP) constituyen un grupo heterogéneo de entidades que se caracterizan por la extrusión de material dérmico. Se desconoce su etiopatogenia, pero su forma adquirida se asocia a enfermedades sistémicas como insuficiencia renal, diabetes u otras. Se presenta un caso donde su aparición permitió diagnosticar hepatopatía crónica por virus hepatitis C (VHC).

Caso clínico: Paciente de 50 años, antecedente de transfusión sanguínea año 1989 por politraumatismo secundario a accidente vehicular, sin otras comorbilidades conocidas. Consultó por aparición de lesiones pruriginosas de 5 años de evolución en extremidades inferiores, en forma de pápulas y nódulos umbilicados, con centro blanquecino queratósico bien adherido. Previamente tratadas con antimicrobianos (Cefadroxilo - Ciprofloxacino) y antimicóticos sin respuesta. Se sospecha dermatosis perforante adquirida por lo que se solicita biopsia que muestra hiperplasia epidérmica y material colagenoso eliminándose a través de un canal transepidérmico, confirmándose hipótesis diagnóstica. Se inicia tratamiento con Clobetasol tópico con buena respuesta y se solicitan exámenes en busca de causa subyacente: función renal, hemograma, glicemia y bioquímico normal, perfil autoinmune ANA, ANCA, FR, C3, C4, ANTI CCP, ENA, anti LKM, anticuerpos antimitocondriales negativos, pruebas hepáticas con bilirrubina y transaminasas normales, leve aumento de fosfatasas alcalinas y VHS 42. Se solicita serología de virus hepatotropos resultando positivo para virus hepatitis C. Se deriva a gastroenterología para manejo de enfermedad hepática.

Conclusiones: Las DP son un grupo de alteraciones cutáneas cuya manifestación clínica es el resultado de la eliminación transepidérmica del tejido conectivo dérmico alterado. Según clínica e histología se distinguen característicamente 4 tipos: elastosis perforante serpiginosa (EPS), colagenosis perforante reactiva (CPR), foliculitis perforante (FP) y enfermedad de Kyrle (EK). El término dermatosis perforante adquirida (DPA) se utiliza para denominar a las DP en pacientes adultos sin antecedentes familiares y que presentan una enfermedad sistémica subyacente, siendo las más frecuentes enfermedad renal crónica y diabetes mellitus, pero se ha asociado también a neoplasias, enfermedades endocrinas, fibrosis pulmonar o hepatitis víricas como en el caso presentado, entre otras. La DPA es una enfermedad infrecuente, se plantea que es consecuencia de una interacción entre epitelio, tejido conectivo y mediadores inflamatorios sumado a traumatismo superficial de la epidermis. Clínicamente es una dermatosis autolimitada, recurrente, pruriginosa, caracterizada por aparición progresiva de pápulas queratósicas umbilicadas de 2 a 8 mm, se localizan con frecuencia en tronco y extremidades, generalmente en zonas accesibles al rascado y pueden aparecer por fenómeno de Koebner. Histológicamente suele presentarse una depresión central epidérmica con tapón paraqueratósico, agregados de neutrófilos y estrías de colágeno degenerado con eliminación transepidérmica de fibras de colágeno. Los tratamientos están dirigidos a disminuir el prurito y los más empleados son emolientes, queratolíticos, retinoides tópicos, corticoides tópicos u orales, fototerapia y fotoquimioterapia. Se han descritos reportes aislados de resultados satisfactorios con el uso de estimulación eléctrica nerviosa, doxiciclina, rifampicina, amitriptilina y cantaridina tópica. La importancia de la sospecha clínica recae en que posterior a la confirmación histológica deben estudiarse dirigidamente las enfermedades asociadas subyacentes por su potencial gravedad y oportunidad de tratamiento disminuyendo así la morbimortalidad de los pacientes.

791

De la piel a lo sistémico: Dermatitis granulomatosa intersticial y Leucemia Mieloblástica aguda

Ana María Antón Marquez[1], Teresa Lucía Vega López[1], Daniel Ruiz Sánchez[1], Jara Valtueña Santamaría[1], Victor Volo Bautista[1], Leire Barrutia Echevarria[1], Ana María Carballido vázquez, Gerardo Martinez García[1], Pilar Manchado López[1], Ana Mateos Mayo[1]
[1]Hospital Clinico Universitario Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN:
La dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) se trata de una enfermedad infrecuente con patrón de respuesta inflamatoria de tipo granulomatoso acompañada de necrobiosis del colágeno. Casi todos los pacientes con DGI presentan algún tipo de enfermedad sistémica previa, concomitante o posterior al desarrollo de las lesiones cutáneas. Típicamente se había descrito su asociación con procesos autoinmunes, en especial la artritis reumatoide. Sin embargo, en las últimas décadas se han descrito asociaciones con procesos linfoproliferativos, neoplasias sólidas o infecciones.

CASO CLINICO:
Se presenta el caso de un varón de 78 años con antecedente personal de leucemia linfocítica de células grandes granulares en remisión desde hacía 3 años sin necesidad de tratamiento. Consultó en urgencias para valoración de lesiones cutáneas localizadas en zona alta de la espalda de unos 10 días de evolución. Las lesiones cutáneas eran asintomáticas y no se habían acompañado de síntomas sistémicos hasta el momento. A la exploración física presentaba placas eritematoedematosas, algunas con coloración violácea y aclaramiento central. En urgencias se realizó analítica que mostraba pancitopenia y frotis de sangre periférica con presencia de células inmaduras. Se realizó entonces biopsia de médula ósea con resultados compatibles con Leucemia mieloblástica aguda (LMA) de novo y se propuso tratamiento quimioterápico con 5-Azacitidina y Pevonedistat.

Se realizó igualmente biopsia cutánea para filiar etiología de las lesiones y el resultado anatomopatológico mostró una dermatitis granulomatosa intersticial con patrón de reacción preferentemente vasculopático linfocitico y áreas de infiltrado histiocitario intersticial sugestivas de focos granulomatosos necrobióticos incipientes, sin evidencia de población clonal relacionada con el proceso leucémico.
La clínica cutánea mejoró con el tratamiento quimioterápico, sin embargo, presentó un cuadro febril sin focalidad que llevó a un empeoramiento generalizado y fallecimiento del paciente en pocas semanas.

CONCLUSIONES:
La DGI se manifiesta clínicamente con lesiones cutáneas muy heterogéneas. Inicialmente se describieron como bandas de piel endurecidas tipo “cuerdas” situadas en las caras laterales del tronco. Más adelante se han ido describiendo otros tipos de lesiones como pápulas, nódulos o placas anulares como en el caso de nuestro paciente.
Histológicamente se caracteriza por rosetas de histiocitos en empalizada alrededor de focos de colágeno degenerado en el seno de un infiltrado intersticial dérmico. La presencia de mucina es escasa o nula.
En casi todos los casos, la DGI se ha asociado a enfermedades sistémicas. En nuestro paciente la aparición de lesiones compatibles con dermatitis granulomatosa intersticial se encuentra muy probablemente en relación con la aparición de novo de la LMA. Hay muy pocos casos descritos en la literatura de DGI en el contexto de procesos linfoproliferativos. El espectro de enfermedades asociadas a DGI ha ido aumentando en los últimos años y es importante considerarla como marcador de enfermedad sistémica, siendo necesarios la realización de una anamnesis cuidadosa y estudios complementarios según la misma. Es importante descartar procesos sistémicos ante lesiones compatibles con DGI, ya que en ocasiones el tratamiento de la patología subyacente puede favorecer la resolución del cuadro

804

Dermatosis neutrofílica del dorso de manos: a propósito de un caso

Carlos A. Barrera-Ochoa[1], Luis Enrique Cano Aguilar[1], Héctor Cantú Maltos[1], Héctor Proy Trujillo[2], Nixma Eljure López[2], Ixtabay Ilizaliturri Flores[2], Sonia Toussaint Caire[1], Maria Elisa Vega-Memije[1]
[1]Hospital General Manuel Gea González, Ciudad de México, México, [2]Centro Dermatológico de Yucatán, Mérida, Yucatan, México

Introducción:
Se eligió este caso dado que la dermatosis neutrofílica del dorso de manos es una entidad sumamente rara y poco descrita en la literatura. Se han reportado alrededor de 100 casos y múltiples asociaciones relacionadas a su presentación clínica.

Caso clínico:
Se trata de una mujer de 46 años de edad, originaria y residente de Campeche quién se presentó al servicio de Dermatología por una dermatosis diseminada bilateral con tendencia a la simetría que afectaba el dorso de las manos y la cara tenar de las palmas caracterizada por dos placas arciformes semi-circulares eritematosas con bordes purpúrico-violáceos, áreas exulceradas con costras hemáticas en la superficie. La dermatosis descrita comenzó de manera unilateral 4 semanas antes de consulta dermatológica, con sensación de ardor y prurito con posterior diseminación a ambas manos. Fue tratada inicialmente con antibióticos, pentoxifilina y gabapentina sin mejoría. Cuenta con antecedentes médicos de importancia como Diabetes Mellitus tipo 2 de tres años de evolución en manejo con pioglitazona y enfermedad renal crónica terminal secundaria a litiasis renal bilateral en protocolo para inicio de hemodiálisis en manejo con hidroclorotiazida y bicarbonato vía oral. Al momento de la presentación clínica la paciente contaba con estudios de laboratorio donde resalta únicamente anemia normocítica normocrómica (Hb 10.4g/dL), creatinina sérica en 4 mg/dL (típica de la enfermedad renal crónica), así como leucocitosis (13,000 uL) y descontrol glucémico (170mg/dL).

Se realizó una biopsia translesional del dorso de la mano encontrándose una úlcera dermoepidérmica con necrosis epidérmica de espesor total además de vasculitis leucocitoclástica compuesta por abundantes neutrófilos y linfocitos. Se descartó la presencia de elementos infecciosos. Por correlación clínico-patológica se llegó al diagnóstico de una dermatitis neutrofílica del dorso de las manos. La paciente inició tratamiento con lavado diario y clobetasol oclusivo con rápida mejoría y disminución de sintomatología. Después de las dos semanas de tratamiento, la paciente presentó resolución del cuadro y rehusó realizar estudios posteriores para descartar causas metabólicas internas.

Conclusiones:
La dermatosis neutrofílica del dorso de manos es considerada una variante clínica dentro de las enfermedades neutrofílicas. Su presentación al igual que otras enfermedades neutrofílicas se asocia a trastornos metabólicos, autoinmunes, inflamatorios e incluso como manifestación paraneoplásica. El reconocimiento de esta entidad representa un reto diagnóstico ya que puede semejar o tener múltiples diagnósticos diferenciales y de no identificarla de manera temprana se puede incurrir en tratamientos inadecuados. Se presenta este caso debido a la poca frecuencia con la que esta enfermedad ocurre, así como para difundir su conocimiento e incrementar la sospecha de esta entidad.

807

Enfermedad injerto contra huésped crónica con manchas hipocrómicas como presentación clínica

Borja Gómez Vila[1]
[1]*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España*

Introducción
La enfermedad injerto contra huésped (EICH) es una afección en la que las células inmunitarias del donante en el trasplante (injerto) producen anticuerpos contra los tejidos del paciente (huésped).
Se clasifica esta enfermedad, según su tiempo de debut desde el trasplante, en EICH aguda y EICH crónica. Los tiempos son muy variables y se están alargando con las nuevas pautas de inducción para trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH).

Caso clínico
Niña de 14 años de edad, con antecedente de leucemia aguda mieloide.
Había recibido TCMH alogénico de sangre periférica de su hermana en septiembre de 2019. En junio de 2020, 9 meses de después del TCMH y con remisión completa de su enfermedad hematólogica, es derivada a servicio de Dermatología por sospecha de vitíligo.
Refería aparición de manchas hipocrómicas en tronco de un mes de evolución, coincidiendo con bronceado de zonas de piel no afectadas.
No presentaba otra clínica sistémica. No antecedentes familiares de vitíligo ni otras enfermedades cutáneas.
En la exploración en consulta, observamos 2 placas ligeramente induradas en abdomen, situadas sobre manchas hipocrómicas.
Se realizó biopsia de una de estas placas, en la que se podía apreciar engrosamiento de haces de colágeno en dermis reticular alta y media con infiltrado inflamatorio crónico asociado, sin apenas afectación de la basal, incontinencia pigmenti u otros signos histológicos sugestivos de EICH.

Conclusiones
La EICH crónica por lo general, evoluciona de una EICH aguda, pero ocurre de novo en el 20-30% de los pacientes como el caso de nuestra paciente.
La mayoría de las manifestaciones clinicas de EICH crónico aparecen en piel y mucosas. Las características cutáneas diagnósticas de esta enfermedad son la poiquiloderma, erupción tipo liquen plano y lesiones esclerodermiformes. Las lesiones hipopigmentadas y acrómicas se describen en la literatura como una manifestación poco frecuente con una incidencia aproximada del 5%.

Presentamos un caso de manchas hipocrómicas como primera manifestación de EICH cutánea crónica, signo de baja prevalencia, cuyo reconocimiento ayuda al diagnóstico temprano de esta complicación.

819

Eritema anular asociado a síndrome de Sjögren, presentación de dos casos

Beatriz Vázquez Losada[1], Patricia Morales del Burgo[2], Maria Dolores Colunga Argüelles[3], Yolanda Hidalgo García[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España, [3]Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España

INTRODUCCION:
El Síndrome de Sjögren (SSJ) es un trastorno autoinmunitario que afecta a las glándulas secretoras. Además de la disfunción exocrina, los pacientes pueden presentar una gran variedad de manifestaciones, incluyendo las cutáneas, entre las que se encuentran la púrpura hipergammaglobulinémica, el eritema nodoso, el síndrome de Sweet o el eritema anular asociado a Síndrome de Sjögren (EAASJ).

CASO CLÍNICO:
CASO 1:
Mujer de 58 años, con diagnóstico de siete años de SSj que acudió a consulta para revaloración de lesiones fotosensibles en escote, tronco y brazos. Había sido estudiada años antes por este motivo, siendo diagnosticada de lupus cutáneo subagudo (LCSA), con biopsia compatible, pautándose hidroxicloroquina con progresiva desaparición de las lesiones. Tras la suspensión del antipalúdico por hipoacusia bilateral perceptiva atribuida al mismo, las lesiones cutáneas recidivaron y fue remitida de nuevo a nuestro servicio.
A la exploración física la paciente presentaba placas eritematoedematosas con descamación fina y morfología anular en escote y parte posterior de brazos. Se realizó biopsia que reveló una epidermis sin alteraciones y una dermis con infiltrado inflamatorio crónico perivascular superficial, profundo y perianexial, asociado a depósito de mucina intersticial. Con clínica e histología compatible, se estableció el diagnóstico de EAASJ, y se pautó tratamiento con prednisona tópica, con mejoría clínica.

Caso 2:
Varón de 67 años, a seguimiento desde hace 10 años por SSj con anticuerpos antiRo positivos, que acudió a consulta por lesiones cutáneas pruriginosas de dos meses de evolución en cara externa de brazos y región dorsal alta de espalda. A la exploración física presentaba placas de morfología anular con bordes eritematoedematosos. Se realizó biopsia que mostró una histología similar al caso 1, destacando un infiltrado dérmico de predominio profundo. Se estableció el diagnóstico de EAASJ, y se pautó tratamiento con prednisona oral e hidroxicloroquina, con desaparición de las lesiones.

CONCLUSIONES:
El EAASJ se presenta en aproximadamente el 10% de los pacientes con SSj, especialmente en aquellos con positividad a anticuerpos AntiRo/La. Se caracteriza por lesiones que recuerdan al LCSA; y se han descrito tres tipos clínicos: eritema aislado anular con borde sobreelevado (I), eritema policíclico con descamación fina (II) y lesiones papulosas tipo prúrigo (III).
Entre las características que permiten diferenciar el EAASJ del LCSA se ha descrito que la fotosensibilidad, la infiltración inflamatoria perivascular superficial, la atrofia epidérmica y la afectación perifolicular son hallazgos típicos del LCSA, mientras que el EAASJ presenta menor fotosensibilidad, infiltración inflamatoria de predominio profundo, y raramente presenta atrofia epidérmica. Además, se considera que las lesiones lúpicas son mejor respondedoras a tratamientos corticoideos que el EAASJ, aunque esta también es la base terapéutica de la enfermedad .
Existe una importante superposición clínica e inmunológica entre el SSJ y otras enfermedades autoinmunes, especialmente en aquellas en las que las manifestaciones clínicas típicas se repiten y las manifestaciones cutáneas son superponibles. Cobra especial importancia el estudio de la historia clínica, de la sintomatología sistémica, la inmunología y en el caso de las lesiones cutáneas, el análisis histológico de las mismas, que puede resultar trascendental en el diagnóstico.

824

Eritema figurado como presentación tardía de Covid-19 CD3+/CD45+

José Luis Zaldivar Fujigaki[1], Lucía Achell Nava[1], Rebeca Pérez Cabeza de Vaca[1]
[1]*Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE., Ciudad de México, México*

Antecedentes. La infección por COVID-19 ha demostrado múltiples manifestaciones cutáneas, entre ellas el eritema figurado (EF) ha sido reportado muy rara vez únicamente con algunos reportes de casos. El objetivo de este caso es presentar un EF inusual, y su análisis inmunohistoquímico en asociación con las manifestaciones cutáneas secundarias a la infección por COVID-19.

Métodos: Mujer de 52 años, diagnosticada con COVID-19 mediante prueba de PCR, un mes después desarrolló en la cara interna del muslo derecho lesiones anulares eritematosas concéntricas asintomáticas que evolucionaron con aumento en la coloración del margen de cada anillo, presentando resolución completa en dos semanas. Se realizaron estudios de laboratorio y biopsia, para caracterizar mejor el infiltrado inflamatorio, se hizo tinción inmunohistoquímica con CD3 y CD45, y en el tejido de la biopsia se efectuó la extracción de ARN y RT-PCR para detectar SARS-CoV-2.

Resultados: Los estudios de laboratorio mostraron un aumento en la velocidad de sedimentación globular (VSG), la histopatología reveló vasculitis de pequeños vasos y en la inmunohistoquímica se encontró un aumento en la intensidad de fluorescencia de CD3 y CD45, el resultado de ARN para Covid-19 en tejido fue negativo.

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren un tipo diferente de EF asociado con COVID-19, con CD3 y CD45 positivo que revelan un infiltrado inflamatorio y junto con la elevación de la VSG pudiera ser una manifestación de inmunidad retrasada secundaria a COVID-19, dado que al momento de la muestra no pudimos encontrar ARN de COVID-19 en el tejido.

827

Deficiência do Antagonista do Receptor de Interleucina-1 (DIRA): relato de um caso

Carolina Nunhez Da Silva[1], Hélio Amante Miot[1], Leonardo Oliveira Mendonça[2], Izabelle Ferreira da Silva Mazeto[1], Maria Estela Bellini Ribeiro[1], Matheus Papa Vieira[1]
[1]Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - FMB UNESP, Botucatu, Brazil, [2]Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil

Introdução: Deficiência do antagonista do receptor de interleucina-1 (DIRA) é doença autoinflamatória rara, monogênica, de herança autossômica recessiva. Caracteriza-se por estado inflamatório recorrente, frente à deficiência do antagonismo de interleucina-1 causando hiperativação da imunidade inata. Compõe as afecções autoinflamatórias monogênicas, cujos quadros clínicos guardam semelhanças quanto ao estado inflamatório sistêmico recorrente, e ataque inflamatório órgão-específico.

Caso Clínico: Sexo feminino, dois anos de idade, apresentou-se com lesões pápulo-pustulosas difusas, algumas sobre placas eritematosas descamativas, com prurido e irritabilidade. O quadro cutâneo iniciou logo após o nascimento, com oscilações na gravidade. Já recebera tratamentos para psoríase, escabiose, alergia alimentar e eczema atópico, sempre com resposta incompleta e exames histopatológicos inconclusivos.
Apresentava edema e dor à mobilização do ombro direito há três dias, com histórico de quadros articulares nos últimos quatro meses, em topografias diversas. Em todas essas ocasiões, houve internações hospitalares sob suspeita clínica de osteomielite, tratadas com antibioticoterapia endovenosa. Outras sete internações hospitalares em seu histórico incluíam drenagem de abcessos (glúteo e crural), febre e quadros pulmonares virais e bacterianos, um deles com necessidade de ventilação mecânica.
Nesta avaliação, a pesquisa de agentes infecciosos e culturas sérica e de fragmento ósseo mostraram-se negativas. Nova biópsia cutânea revelou acantose psoriasiforme da epiderme e pústulas neutrofílicas subcórneas. Frente ao complexo histórico, aventou-se a hipótese de imunodeficiência primária. Conduziu-se exame de sequenciamento completo de exoma da paciente, que identificou variante patogênica, em homozigose, no gene IL1RN, associado à Deficiência do Antagonista do Receptor de Interleucina-1 (DIRA).
A mutação no gene IL1RN (2q14.2) responsável pela codificação da proteína antagonista do receptor de interleucina-1 (IL1RA) gera sua perda funcional, perpetuando o efeito inflamatório de estímulos diversos sobre células da imunidade inata. A clínica se dá logo após o nascimento e pode incluir febre, com elevação de provas inflamatórias, erupção cutânea pustulosa, osteomielite e periostites multifocais assépticas e, mais raramente, envolvimento do sistema nervoso central. O tratamento consistiu na reposição do IL1RA recombinante (Anakinra), porém, a suspensão do fármaco gera recidiva sintomática. A criança evoluiu com excelente resposta terapêutica, sem lesões de pele pela primeira vez desde o nascimento e, em recuperação do desenvolvimento neuropsicomotor, sem a limitação das dores osteoarticulares.

Conclusões: Descrevemos entidade rara, com grande comprometimento na qualidade de vida e desenvolvimento, que demanda aconselhamento genético. Além do sucesso terapêutico após o diagnóstico preciso.

873

Asociación de los polimorfismos del gen rs4711998 de interleucina-17A, rs2275913 de interleucina-17A y rs763780 de interleucina-17F con vitíligo en una población mexicana

Natalia Aranza Zapata Salazar[1], David Emmanuel Kubelis López, Mauricio Andrés Salinas Santander, Celia Nohemí Sánchez Domínguez, Ana Cecilia Xolalpa Rosales, Marely Eugenia Gómez Galindo, Jorge Ocampo Candiani

[1]*Hospital Universitario "José Eleuterio González" UANL, Monterrey, México*

El vitiligo es la enfermedad despigmentante más común caracterizada por máculas acrómicas. La interleucina 17 (IL-17) tiene un papel central en la patogenia ya que participa en la melanogénesis, provoca una disminución del contenido de melanina y tirosina y participa en la activación de macrófagos y linfocitos citotóxicos que inducen la apoptosis de melanocitos, y estimulación de producción de citocinas inflamatorias. Se han encontrado niveles séricos de IL-17 significativamente más altos en pacientes con vitiligo, así como en piel afectada y piel perilesional. Los estudios de asociación de variantes genéticas permiten encontrar aquellas que se asocian y/o confieren riesgo o protección para el desarrollo de una determinada enfermedad. El objetivo del estudio fue evaluar la frecuencia de las variantes del IL-17 en pacientes con vitiligo, y examinar si la presencia de polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) -832A/G (rs4711998) y -197G/A (rs2275913) en la región promotora del gen IL-17A y el SNP 7488A/G (rs763780) en el gen IL-17F se asocian con la susceptibilidad a desarrollar vitiligo en una población del noreste de México. Este estudio fue observacional, transversal, descriptivo, comparativo de casos y controles. Se aisló ADN genómico con el método de fenol-cloroformo a partir de una muestra de sangre venosa y se realizó una caracterización de los genotipos utilizando el método de fragmentos de restricción de longitud polimórfica (PCR-RFLP). La reacción se realizó en 25 µL con 250 ng de ADN genómico. Los programas de amplificación se realizaron en el termociclador MJ Mini PTC1148. Los productos amplificados y digestiones se verificaron en geles de agarosa al 2% teñidos con GelRed utilizando un transiluminador UVP modelo 2UV. El análisis estadístico fue con SPSS v21.0 y Epi-INFO™. La dependencia genotípica entre casos y controles se determinó con una prueba de x^2, el odds ratio (OR) con intervalo de confianza (IC) del 95% con tablas de contingencia de 2×2. Se consideró significativo $p < 0,05$. Se incluyeron 116 casos (49 hombres [42,24%] y 67 mujeres [57,75%]) y 116 controles (47 hombres [40,51%] y 69 mujeres [59,48%]). La edad media fue de 40,79±12,62 años (mediana:40 años), y del grupo control de 32,44±13,72 años (mediana:24 años). El subtipo predominante fue el generalizado en 110(94,82%) pacientes y 6 acrofacial (5,17%). Seis casos(5,17%) tenían hipertensión arterial y 5(4,31%) diabetes mellitus. Además, 33(28,44%) casos tenían antecedentes familiares de vitiligo y 18 casos(15,51%) de enfermedades autoinmunes. El análisis genético para IL-17A rs2275913 (-197G/A) (x^2=0,686;p=0,71) e IL-17A rs4711998 (-832A/G) (x^2=1,724;p =0,422) no encontró asociación entre estos genotipos y vitiligo. Se encontraron frecuencias mayores del genotipo GA heterocigoto en los casos. La combinación de GG/GA de rs763780 (7488A/G) tuvo una frecuencia del 63,79% en casos vs 45,68% en controles (p=0,0056,OR=2,0943,95 %IC= 1,2375–3,5445). Este fue el hallazgo más importante. Podría considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de vitiligo y un marcador para la predicción de susceptibilidad de vitiligo en mexicanos. Se recomienda realizar mayores estudios. En conclusión, IL-17F rs763780 (7488A/G) parece estar asociado con un aumento en el riesgo de desarrollar vitíligo en la población mexicana.

879

Poliautoinmunidad y Síndrome de Profichet: Una inusual asociación en dermatología

Eleine Isela Landaeta Navarro[1]
[1]"Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera"-CHET, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela

Introducción: El síndrome autoinmune múltiple o poliautoinmunidad, representa una rara entidad, en la que al menos 3 condiciones autoinmunes se encuentran en un mismo paciente. Así mismo el síndrome de Profichet es considerada una rareza dermatológica.

Caso clínico: paciente femenino, 72 años de edad, natural y procedente de Valencia, Venezuela, con diagnósticos conocidos de; Vitíligo, Diabetes Mellitus tipo I e Hipotiroidismo. Quién acude a nuestro servicio en Junio del 2021 por presentar "enrojecimiento en cuello" y "debilidad muscular proximal". Al examen físico dermatológico, paciente fototipo cutáneo IV/VI según Fitzpatrick, quién presenta dermatosis generalizada, simétrica, bilateral, caracterizada por eritema y edema periorbicular bilateral (eritema en heliotropo). Además, eritema en región cervical y torácica anterior (signo de la V). Así mismo, se evidencian máculas acrómicas de tamaño variable generalizadas. También, se evidencia debilidad muscular simétrica a predominio de cintura escapular y pelviana, de años de evolución. Se decide plantear; Dermatomiositis Miopática, Polimiositis y Síndrome autoinmune Múltiple. Se realiza plan de trabajo; elaboración de historia clínica, iconografía, dermatoscopia, evidenciándose; fondo eritematoso, atrofia con telangiectasias e hipopigmentación. De igual forma se realiza evaluación con luz de Wood, demostrando acromia, fluorescencia blanco brillante. Se realizan complementarios observando; Hemoglobina: 8,6 gr/dl, VCM:100fl, HCM: 27pg, CHCM: 35gr/dl, Frotis de sangre periférico: sugestivo de megaloblastosis. Bioquímica: LDH: 1782u/l, TGO: 850u/l, TGP: 680u/l, CPK total: 1358.9u/l, CK-MB: 450ng/ml, Mioglobina: 1000ng/ml, Ca +serico: 11,5mg/dl, Fósforo: 6,5mg/dl, Relación Calcio/Fósforo: >55 Perfil Autoinmune: Jo-1, SS-A, PL-7 y nRNP/Sm: positivas. Serología: HIV y VDRL: No reactiva. Se realiza biopsia muscular, evidenciándose; infiltrado inflamatorio linfocitario moderado y presencia de macrofágos perifascicular, atrofia perifascicular. Se realiza Electromiografía: compatible con patrón muscular miopático sugestivo de Polidermatomiositis. Se realiza estudio radiográfico y tomográfico; observándose predominantemente en ambos falanges distales de miembros superiores (segundas falanges), imágenes radiopacas brillantes, simétricas bilaterales y circunscritas. Y a nivel de Toráx, cambios sugestivos para enfermedad pulmonar intersticial. Se decide plantear los siguientes diagnósticos; 1) Síndrome autoinmune múltiple, dado por; Polidermatomiositis, Vítiligo generalizado, Diabetes Mellitus tipo 1, Hipotiroidismo y Anemia Perniciosa. 2) Síndrome de Profichet 3) Enfermedad Pulmonar Intersticial. Se cumple manejo multidisciplinario con; Hematología, Endocrinología, Gastroenterología y Neumonología. Se inicia terapéutica con: 1) Prednisona:(1 miligramo por kilo día) con esquema de descenso semanal, 2) Azatioprina: 50 miligramos, diaria, 3) Colchicina: 0.5 miligramos cada 8 horas 4) Alendronato: 70 miligramos, semanal 5) Syndets 6) Emolientes 7) Superóxido dismutasa y catalasa tópica, diaria. 8) Fotoprotección. Posteriormente, a las 8 semanas de tratamiento, paciente mejora debilidad muscular y dolor, satisfactoriamente.

Conclusiones: El Síndrome autoinmune múltiple o Poliautoinmunidad es una rara entidad, definida por la asociación de al menos 3 enfermedades autoinmunes en un mismo paciente. Por otro lado, el Síndrome de Profichet es reportado infrecuentemente en mujeres adultas, primariamente hay depósitos calcáreos, simétricos en los miembros y afectan el tejido periarticular. Compartimos el caso, en virtud de su infrecuencia y de asociarse éstas 2 entidades, que aún por separadas representan una rareza dermatológica y que al encontrarlas en un mismo paciente, connotan un verdadero desafío dermatológico, siendo reportado como primer caso a nivel mundial.

898

Síndrome de Sweet, una entidad a considerar en pacientes con VIH y síndrome inflamatorio de reconstitución inmune: reporte de dos casos

Melissa Lomelí Canedo[1], Mónica Fernández Sánchez[2], Santiago Ávila Ríos[2]
[1]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México, [2]Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México, México

Introducción. El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda, es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la aparición brusca de pápulas, placas o nódulos; fiebre y leucocitosis. Se clasifica como clásico, maligno o inducido por fármacos. El síndrome de Sweet asociado a la infección por VIH es extremadamente raro y la asociación con el síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI) está descrita en escasos reportes de la literatura.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer de 58 años con infección por VIH y reciente reinicio de tratamiento antirretroviral (TAR) con TDF/FTC+ ATV /R, carga viral VIH de 10,000,000 copias/ml (log.7.0) y CD4+ 16 células/cm (7%), la cual presentó seis semanas post-inicio de TAR dermatosis diseminada a cara, brazos, palmas y tronco, constituida por placas eritemato-violáceas de bordes bien definidos y regulares, convulsiones, fiebre >38°C y leucocitosis (15.000 x10e 3 uL con 90.5% de neutrófilos). Se realizó biopsia de piel mostrando una dermatitis neutrofílica sin vasculitis. Cultivos negativos. Al momento de diagnóstico de la dermatosis, la carga viral de VIH fue de 95,472 copias/ml (log.4,98) y CD4+ de 17 células/cm (4%) sugiriendo síndrome de Sweet asociado a SIRI. Se prescribieron esteroides sistémicos y tópicos, sin embargo la paciente falleció debido a una neuroinfección.

Caso 2. Mujer de 33 años con infección por VIH de reciente diagnóstico e inicio de TAR con EFV/FTC/TDF, carga viral VIH de 380,428 copias/ml (log. 5.58) y CD4+ de 1 células/cm (2%), la cual presentó dos meses post-inicio de TAR dermatosis diseminada a piel cabelluda, cara, cuello, antebrazos, manos y piernas, constituida por placas eritemato-edematosas, pruriginosas, fiebre de 39ºC, leucocitos en sangre de 8300 x10e 3 uL y 77,40% de neutrófilos. Se realizó biopsia de piel la cual mostró una dermatosis neutrofílica sin vasculitis leucocitoclástica; cultivos negativos. La carga viral de VIH fue de 1,609 copias/ml (log. 3.21) y CD4+ de 251 células/cm (28%) Se estableció el diagnóstico de síndrome de Sweet asociado a SIRI. Se inició tratamiento con de esteroides tópicos y sistémicos con lo cual mejoró la dermatosis en el transcurso de la siguientes semanas.

Conclusiones: 16% de los pacientes con VIH que inician TAR pueden presentar SIRI, el cual se caracteriza por un deterioro paradójico del estado clínico, debido a recuperación del sistema inmune secundario al TAR. Hay pocos reportes de síndrome de Sweet asociados a VIH y SIRI. La respuesta aguda al TAR con disminución de la carga viral y aumento de CD4+, provoca cambios en citocinas con predominio de respuesta Th1 y probablemente desarrollo de síndrome de Sweet. Para poder hacer el diagnostico de SIRI se debe descartar un efecto secundario a medicamentos o mal apego al tratamiento establecido. El diagnóstico es de exclusión una vez descartadas patologías infecciosas o tumorales. En ambas pacientes, se descartaron farmacodermias, clasificando el SIRI como desenmascarante (sin evidencia previa de lesiones) y al síndrome de Sweet como clásico (asociado al VIH). Desgraciadamente en una de nuestras pacientes no fue posible observar la remisión de la dermatosis ya que falleció por causas no asociadas a la piel.

910

Pioderma gangrenoso como manifestación de consumo de cocaína-levamisol

Sara Saldarriaga Santamaría[1], Maria Del Mar Serna Posada[1], Susana Chiquito García[1], Ana Cristina Ruiz Suárez[1], Ángela María Londoño García[1]
[1]Universidad Ces, Medellín, Colombia

Introducción
Debido a la creciente prevalencia del trastorno por abuso de sustancias, el dermatólogo debe familiarizarse con las manifestaciones cutáneas del consumo de diferentes drogas ilícitas. Una de las más usadas es la cocaína, pues es altamente adictiva, ya que estimula la liberación de dopamina y refuerza el sistema de recompensa. Con el fin de potenciar sus efectos y aminorar su costo, la cocaína es adulterada con levamisol, un antiparasitario utilizado en veterinaria. El consumo de cocaína-levamisol se asocia a vasculitis y microangiopatía trombótica, en la mayoría de casos con anticuerpos anticitoplasma de neutrofilos (ANCA) positivos. La piel suele ser el primer órgano comprometido y la manifestación cutánea más común es la púrpura retiforme. Sin embargo, el pioderma gangrenoso también puede ser una de las condiciones cutáneas asociadas al consumo de cocaína-levamisol.

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica infrecuente. Afecta predominantemente a mujeres, con una mayor incidencia alrededor de los 50 años. Si bien se estima que la mitad de los pacientes con PG padecen otras enfermedades inmunemente mediadas, como enfermedad inflamatoria intestinal y artritis reumatoide, cada vez cobran más relevancia los antecedentes toxicológicos en el abordaje de estos pacientes. Se presentan dos casos de PG asociado a consumo de cocaína-levamisol.

Caso clínico
El primero es el caso de una paciente de 32 años, quien consultó por cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en aparición de pústulas en región pretibial bilateral, las cuales aumentaron progresivamente de tamaño hasta presentar úlceras de aproximadamente 10 x 15 cms de diámetro, de bordes violáceos, biselados, irregulares, en el fondo con abundante tejido de granulación y algunas áreas con tejido fibrinoide. Se solicitaron ANCA los cuales fueron negativos, anticoagulante lúpico con resultado normal e IgM anticardiolipina positivos. Se realizó prueba de tóxicos en orina, la cual fue positiva para cocaína.
El segundo caso se trata de un paciente de 34 años con antecedente de consumo frecuente de cocaína, quien consultó por lesiones ulceradas, dolorosas, en miembro inferior derecho de varios meses de evolución. Al examen físico presentaba múltiples úlceras redondeadas, la de mayor tamaño con diámetro de 4x3 cms, de bordes regulares, bien definidos, socavados y eritematosos, fondo con tejido de granulación, en región pretibial de pierna derecha.
El estudio histopatológico en los dos casos fue compatible con el diagnóstico de pioderma gangrenoso por cocaína levamisol.
Ambos pacientes recibieron manejo con prednisolona y curaciones por clínica de heridas con adecuada evolución.
Adicionalmente se brindó consejería por parte de toxicología y psiquiatría.

Conclusiones
Una historia clínica completa, en la cual se indague por abuso de sustancias psicoactivas, es fundamental para el diagnóstico y manejo multidisciplinario de los pacientes con PG asociado a consumo de cocaína-levamisol. El dermatólogo debe tener un alto índice de sospecha en el abordaje de los pacientes con PG y de ser necesario, recurrir a pruebas de tóxicos en orina, ya que el pilar del tratamiento en casos asociados a consumo de cocaína-levamisol es cesar la exposición al agente causal.

Los autores no tienen ningún conflicto de interés

918

Asociación de psoriasis variedad rupioide y pénfigo foliáceo: reporte de caso

Daniela Arteaga Rodríguez, María Luisa Montes de Oca Loyola[1], Mario Ramón Magaña García[1]
[1]Hospital General de México, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN: Existen reportes de casos de coexistencia de psoriasis y enfermedades ampollosas autoinmunes, la mayoría de estos informes de enfermedad ampollosa asociada con psoriasis son de penfigoide ampolloso. Reportamos el caso de un hombre de 46 años de edad con antecedente de psoriasis en placas de 2 años de evolución, quien presenta de forma aguda aparición de múltiples exulceraciones y costras. La biopsia de piel mostró los rasgos histológicos e inmunohistoquímicos típicos del pénfigo foliáceo. El tratamiento con esteroide, metotrexato y fototerapia produjo una respuesta adecuada. La ocurrencia concomitante de estas dos entidades en un paciente es rara y se desconocen las implicaciones patogénicas de este fenómeno, en la búsqueda bibliográfica no encontramos ningún informe de este tipo en México.

CASO CLÍNICO: Hombre de 46 años con diagnóstico de psoriasis hace 1 año, en tratamiento con metotrexato 10 mg semanales y calcipotriol. Sin otra enfermedad crónica-degenerativa ni uso reciente de fármacos. Inició este padecimiento 3 semanas antes con presencia de ampollas en cara y posterior extensión al tronco, las cuales se rompían con facilidad dando paso a la aparición de exulceraciones y formación de costras. En la exploración dermatológica se encontró una dermatosis diseminada con afección de cara con predominio en mejillas, tronco por ambas caras en su tercio superior, constituida por placas eritematoescamosas, con áreas de hiperpigmentación y abundantes costras melicéricas. Así mismo, en tronco cara posterior y extremidades inferiores, presentó placas con escama gruesa blanquecina de aspecto sobreelevado, consistentes con psoriasis. Sin afección en piel cabelluda ni mucosas, y parámetros bioquímicos de rutina dentro del rango normal. Ante la sospecha diagnóstica de pénfigo seborreico sobrepuesto a la patología de base, se decidió realizar biopsia de piel en la cual se observó la presencia de acantolisis superficial con formación de ampollas en la capa granular de la epidermis con infiltrado en dermis de eosinófilos y neutrófilos, lo cual corroboró el diagnóstico. El estudio histopatológico de las placas sobreelevadas demostró hiperplasia regular del epitelio, con infiltración lifocítica y capilares dilatados en la dermis papilar, sugestivo de psoriasis. Acorde con las características clínicas y los hallazgos histopatológicos, las placas escamosas sobrelevadas se diagnosticaron como psoriasis variedad rupioide y las lesiones ampollosas como pénfigo seborreico. Se inició tratamiento con prednisona vía oral 0.5 mg/kg/día (40 mg/día); dos semanas después sin aparición de nuevas ampollas, por lo que continuó tratamiento con metotrexato 10 mg vía oral cada semana y ácido fólico 5 mg semanal, así mismo, se inicio fototerapia con UVB 200 mJ.

CONCLUSIÓN: La psoriasis presenta una clara asociación con enfermedades ampollosas autoinmunes, con el penfigoide ampolloso como el más prevalente con 63.4%, siendo el pénfigo foliáceo representado sólo por el 2.8% de los casos. Los dermatólogos que atiendan a pacientes con pénfigo deben conocer esta asociación; sin embargo, debido a la poca frecuencia de esta simultaneidad, se requieren más estudios moleculares en ambas enfermedades para confirmar cualquier vínculo patogénico común, considerar más claramente su importancia clínica y sustentar mediante ensayos clínicos aleatorizados terapéuticas apropiadas para pacientes con coexistencia de ambas condiciones.

944

Liquen escleroso y atrófico extra genital. A propósito de un caso

Ana Graciela Angulo Menéndez[1], Berta Ferrer
[1]Serveis Medics Penedes, Vilanova I La Geltru, España, [2]Bcn Patòlegs, Barcelona, España

Introducción. El liquen escleroso y atrófico (LEA) es una dermatosis inflamatoria crónica con presentaciones anogenital y extra genital. El liquen escleroso extra genital es más común en el cuello, los hombros y la parte superior del tronco. Se presenta el caso por ser el cuello una de las áreas extra genitales donde podemos ver esta patología.

Caso clínico. Se trata de paciente femenina de 56 años con enfermedad actual de 3 meses de evolución caracterizada por placas de color blanco nacarado en cuello. Inicialmente tratadas con clotrimazol crema por 1 mes sin mejoría, posteriormente recibe metilprednisolona aceponato pomada con persistencia de la clínica. Acude a consulta, es valorada y se decide realizar biopsia de piel, se obtiene el diagnóstico de liquen escleroso y atrófico. Se inicia tratamiento con propionato de fluticasona crema durante 15 días, seguido de tacrolimus pomada durante 6 semanas con mejoría de las lesiones

Conclusiones. La presentación de este caso nos permite ilustrar y actualizar los conocimientos del liquen escleroso y atrófico extra genital, ya que es una patología poco frecuente y que en ocasiones no pensamos en ella como diagnostico diferencial.

947

Reticulohistiocitoma solitario: a propósito de un caso

Jorge Aróstegui Aguilar[1], Maialen Azcona Rodríguez, Ingrid Hiltun Cabredo, Miriam Fernández Parrado, Alba Larrea Ramírez, Juan Ignacio Yanguas Bayona
[1]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España*

INTRODUCCIÓN
El reticulohistiocitoma solitario es una lesión poco frecuente, de probable origen reactivo, y con una mayor prevalencia en varones adultos. Presentamos un caso de un paciente con una lesión en región frontal diagnosticada de retículohistiocitoma solitario.

CASO CLÍNICO
Presentamos el caso de un varón de 39 años originario de Guinea-Ecuatorial con antecedentes personales de VIH no tratada, infección por VHB crónica activa y sífilis latente tardía tratada que presentó una lesión frontal de 5 meses de evolución con crecimiento progresivo. Refería molestias a la palpación sin otros síntomas acompañantes. No presentó clínica sistémica. A la exploración se apreciaba un nódulo de 12 mm en región frontal, levemente excoriado y con características inespecíficas tanto en la clínica como en la dermatoscopia. Se realizó exéresis de la lesión y estudio anatomopatológico con diagnóstico de histiocitosis cutánea de células no Langerhans. Dada la clínica y las características histológicas de la lesión se realizó el diagnóstico de reticulohistiocitoma solitario.

CONCLUSIÓN
El reticulohistiocitoma solitario es una entidad infrecuente característica de varones adultos jóvenes y se presenta como una pápula o nódulo menor de un centímetro en diferentes localizaciones (tronco, cabeza y cuello, extremidades…). La etiología es desconocida pero parece tratarse de una lesión reactiva, no neoplásica. En cuanto a la histología, se pueden objetivar células monocleadas epitelioides en parte media-inferior de la dermis acompañadas de un infiltrado linfocítico. Al realizar estudio inmunohistoquímico estas lesiones son positivas para CD163, CD68 y vimentina. Esta entidad no suele recurrir tras la excisión quirúrgica y no asocia clínica sistémica.

950

Micosis Fungoides Foliculotropa Espiculada: una entidad con morfología clínica variable

Patrizia Elva Aguilar Calderón[1], Emmanuel Sánchez-Meza[1], Lucía Fernández[1], María Dolores Guerrero-Putz[1], AlejanPeralez-González[1], Sonia Chávez-Álvarez[1], Jorge Ocampo-Candiani[1], Erika Alba-Rojas[1]
[1]Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, México

Introducción: Las micosis fungoides foliculotropa (MFF) con siringotropismo es un padecimiento agresivo y poco frecuente, caracterizado por un involucro de los folículos pilosos y de las glándulas écrinas por parte de los linfocitos T. Actualmente se han reportado 30 casos de esta variante. A pesar del mal pronóstico de la MFF, existe una variante llamada MFF espiculada ("spiky"), asociada a un mejor pronóstico y caracterizada por la presencia de pápulas foliculares hiperqueratóticas acompañada de lesiones acneiformes.

Caso Clínico: Se describe el caso clínico de un paciente femenino de 18 años de edad sin antecedentes de importancia, la cual acudió a nuestra consulta con diagnóstico previo de dermatitis atópica, tratada con emolientes y medidas generales de atopia, sin mejoría. La paciente inició su padecimiento actual, dos años previos, al presentar una dermatosis diseminada y al interrogatorio intencionado refirió anhidrosis. A la exploración física se encontró una dermatosis diseminada a todos los segmentos, bilateral, asimétrica y polimorfa, caracterizada por la presencia de múltiples pápulas foliculares hiperqueratóticas con sensación rugosa a la palpación, lesiones espiculadas de queratina de predimonio en alas nasales y barbilla. Además de lesiones tipo hidradenitis supurativa en ambas axilas con nódulos, quistes y fístulas acompañado de una queratodermia palmoplantar grave. En piel cabelluda se observaban zonas alopécicas similares a liquen plano pilaris. A la dermatoscopia se apreciaba la presencia de pápulas foliculares hiperqueratóticas, aperturas foliculares y escama peripilar, lesiones tipo comedones. Se nos refirió prurito intenso, anhidrosis y se evidenciaron adenopatías cervicales bilaterales. Se realizó un diagnóstico presuntivo de MFF con siringotropismo. Por lo anterior se solicitaron estudios de imagen, laboratorio y estudio histopatológico, la cual fue compatible con MFF con tinciones de inmunohistoquímica positivos para CD3, CD4, CD7 y CD8. Los estudios de laboratorio y su tomografía axial computarizada de cuello, pulmón y abdomen no mostraban involucro visceral, a excepción de adenopatías reactivas en axilas. Se indicó biopsia ganglionar y se completó abordaje con hematología, los cuales descartaron involucro hematológico. Tras los datos clínicos e histopatológicos obtenidos se clasificó como una MFF con siringotropismo estadío IIA. Por lo que se inició tratamiento con isotretinoína 20 mg al día, fototerapia con PUVA a 0.5 J/cm2 y aumento de 0.5 J/cm2 cada tercer sesión. Actualmente la paciente se encuentra bajo este régimen terapéutico con adecuada respuesta.
Conclusiones: La MFF tiene un curso agresivo, sin embargo esta variante con lesiones espiculadas como únicas lesiones se ha asociado a estadios más tempranos y a un mejor pronóstico. Además, es una entidad reportada con una baja frecuencia y representa un reto diagnóstico para el dermatólogo debido a su variabilidad, desde lesiones acneiformes y espiculadas, lesiones similares a liquen plano pilar o de tipo hidradenitis supurativa, las cuales son clave para realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno.

964

Urticaria crónica refractaria enmascarando un síndrome periódico asociado al receptor de necrosis tumoral (TRAPS) de inicio tardío asociado a queratodermia palmoplantar familiar

Antonio Alcalá Ramírez Del Puerto[1], Guiovana Fernanda Osorio Gómez[1], José Juan Pereyra Rodriguez[1], Amin Daoud[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]
[1]*Dermatología M-Q y Venereología Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España*

Introducción
El síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral (TRAPS) es una rara enfermedad autosómica dominante que forma parte de los síndromes autoinflamatorios. Con una prevalencia estimada de 1 caso por millón de habitantes, se produce por mutaciones germinales en el gen que codifica el receptor 1 del factor de necrosis tumoral alfa (TNFRSF1A). El inicio de la enfermedad ocurre en la primera infancia (mediana 4,3 años) con menos del 10% de los casos presentándose en la edad adulta. Se caracteriza por episodios de fiebre recurrente e inflamación en distintos sitios del organismo, siendo sus principales manifestaciones las mialgias, el exantema eritematoso migratorio, el edema periorbitario, serositis recurrente y la principal complicación el desarrollo de amiloidosis secundaria. En las últimas décadas los inhibidores de TNF (particularmente etanercept) y de la interleucina-1 se han impuesto como tratamiento de elección dada su efectividad para controlar la actividad de la enfermedad.

Caso clínico
Paciente de 35 años con antecedentes de queratodermia palmoplantar familiar diagnosticada en la infancia que consulta por episodios de angioedema doloroso facial de predominio en cuero cabelludo y párpados, acompañados de habones en la superficie corporal, los cuales no responden a tratamiento antihistamínico convencional, y solo resuelven con corticoides orales. No hay relación aparente con agentes externos y niega familiares afectos.
En la exploración física se constata angioedema periorbitario y nódulos subcutáneos tumefactos dolorosos en cuero cabelludo
Se solicita analítica amplia con ausencia de elevación en los reactantes de fase aguda, perfil de autoinmunidad con anticuerpos negativos, no crioglobulinas, no alteraciones en los niveles de complemento. Se realiza biopsia punch de nódulo de cuero cabelludo con diagnóstico compatible con dermatosis urticarial.
Con diagnóstico de urticaria crónica idiopática se realiza tratamiento escalonado con dosis máxima de antihistamínicos, ciclosporina y omalizumab sin respuesta. Se introduce entonces ligelizumab con adecuado control de la sintomatología hasta que, tras presentar infección por SARS-CoV-2, la enfermedad se descompensa, sin obtener respuesta a la combinación de ligelizumab y corticoides, iniciándose dupilumab con pobre respuesta.
Se solicita panel genético de enfermedades autoinflamatorias que demuestra mutación con significación patológica en el gen del receptor de TNF, siendo diagnosticada la paciente de TRAPS e iniciándose tratamiento con etanercept.

Conclusión
Presentamos un caso de TRAPS de presentación atípica, debido al inicio en edad adulta, las manifestaciones cutáneas poco comunes (presentación inicial como angioedema facial y de cuero cabelludo) y la coexistencia en un mismo paciente con quratodermia palmoplantar familiar, hasta ahora no constatada en la literatura. La ausencia de fiebre periódica, familiares afectos y de elevación en los reactantes de fase aguda dificultó el diagnóstico de este síndrome autoinflamatorio, que comenzó manifestándose como una urticaria crónica corticodependiente

968

Extraordinario caso granuloma anular elastolítico de células gigantes generalizado

Priscilla De los Santos[1], Manuel Cochón Aranda[1], Mariel Isa Pimentel[1], Cristina Santanta[1], Fernanda Nanita de Estévez[1]
[1]Instituto Dermatológico Dominicano Y Cirugia de Piel Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, Rep. Dominicana

Introducción: El granuloma anular elastolítico es una enfermedad granulomatosa infrecuente que por lo general aparece en áreas fotoexpuestas producto de la degeneración crónica de las fibras elásticas. Afecta el sexo femenino con una relación de 2.9:1, la variante generalizada constituye un 9% de los casos reportados, y se ha vinculado principalmente al antígeno HLA-BW35 y Diabetes mellitus.
Caso clínico: Femenina de 48 años, fototipo IV, procedente de Santiago de los Caballeros, República Dominicana, con dermatosis que afecta cara, tronco, extremidades superiores de 2 años de evolución, asintomática.
Antecedentes personales patológicos de Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, Dislipidemia, Enfermedad coronaria y Asma bronquial.
Examen físico: en cara presenta pápulas eritematosas aplanadas dispersas, en tronco superior, antebrazos y piernas, placas anulares eritematosas, de bordes elevados, centro deprimido, algunas confluentes, de tamaños variables.
Estudios paraclínicos: anemia normocítica nomocrómica leve e hipertrigliceridemia.
Histopatología: en dermis media y profunda se observan focos de en empalizada de histiocitos y células gigantes delimitando zonas del colágeno. En la tinción de pinkus ausencia y fragmentación de fibras elásticas más fagocitosis.
Se inicia terapia con corticoides tópicos y sistémicos, sin obtener respuesta favorable. Posterioremente se opta por emplear tratamiento con Dapsona de 100mg con mejoría parcial de las lesiones, sin embargo hasta la actualidad no ha presentado resolución completa del cuadro.

Conclusión: El granuloma anular elastolítico se ha vinculado a diversos factores tales como la exposición solar crónica, Diabetes mellitus, Dislipidemia, fármacos y algunas malignidades. Nos encontramos ante un caso donde confluyen múltiples factores de riesgo, pudiendo relacionarse esto a la persistencia de la enfermedad.
Debido a su etiología incierta y multifactorial, el tratamiento constituye un reto, algunos casos pudieran remitir de forma espontánea, sin embargo la forma generalizada tiende a presentar recurrencias y una escasa respuesta terapéutica.

969

Erythema Gyratum Repens Pós Vacina Covid 19

Georgia Neves Barros De Almada Justino[1], Omar Lupi[1], AlejanBallesteros[1], Julia Pompeu da Silva[1]
[1]Policlínica Geral Do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

Introdução:
O Erythema gyratum repens (EGR) é considerado uma doença paraneoplásica rara. A condição foi descrita pela primeira vez por Gammel em 1952 e é conhecida como "doença de Gammel".
Uma neoplasia subjacente pode ser detectada em 80% dos casos o câncer de pulmão, seguido pelo câncer de esôfago e câncer de mama, são as neoplasias mais freqüentemente associadas. 20-30% dos casos estão associados a causas não neoplásicas (tuberculose, dermatose bolhosa e síndrome CREST), dos quais 1% estão relacionados a infecções.
O motivo da apresentação é a descrição de um caso de EGR pós-vacinação da COVID-19, as manifestações clínicas próprias do EGR do paciente surgem após a vacinação sendo negativo para a COVID quando as lesões surgiram, durante o estudo do paciente não foi detectada malignidade, destacando a importância de avaliar a associação do EGR com outras condições não neoplásicas.

CASO CLÍNICO:
Paciento do sexo feminino, 53 anos, auxiliar de escritório, procurou atendimento com queixa de lesões pruriginosas em membros inferiores. As lesões apareceram primeiramente em região anterior de coxas e rapidamente progrediram para todo o membro. O quadro iniciou 24 horas após vacina AstraZeneca para COVID 19 e já estava com 90 dias de evolução quando a paciente foi avaliada clinicamente. Referiu ter feito uso de corticoide oral e anti-histamínicos, mas não houve resposta aos medicamentos.
Medicações em uso: hidrocloratiazida e losartana.
Antecedentes patológicos: hipertensão arterial
Ao exame: lesões de aspecto anular, formando figuras concêntricas, com bordas eritematosas e descamativas. Acometimento bilateral e simétrico.
Foi medicada com doxepina 20mg/dia, que proporcionou alívio parcial do prurido, enquanto aguardava resultado de exames laboratoriais e de anatomopatológico.
Melhora clínica com redução do prurido e involução das lesões iniciaram espontaneamente após 40 dias da primeira avaliação (120 dias após início de todos os sinais e sintomas.
Foram solicitados vários exames laboratoriais e de imagem.

Exames de imagem : US de tireoide, US de abdome total, Tc de tórax, Mamografia e Colonoscopia. Todos sem alterações.

Laboratório:
-Exames Gerais
-Teste rápido para COVID : IGG e IGM : não reagentes

Descrição da biópsia e Imunohistoquimica:
Na base histológica, havia hiperqueratose focal, espongiose leve e acantose. Na derme havia extravasamento de hemácias e discreto infiltrado dérmico inflamatório mostrando linfócitos, raros eosinófilos e histiócitos. A coloração de prata foi negativa. Não havia sinais de dermatite de interface e/ou vasculite leucocitoclástica. O estudo imuno-histoquímico (Anticorpo: XXXX Clone: XXXX) foi negativo.

Conclusão :
O EGR não deve ser considerada como uma síndrome paraneoplásica obrigatória, pois há mais casos não associados à malignidade do que o esperado.

A vacinação em massa é fundamental para alcançar a imunidade do rebanho e acabar com a pandemia da COVID 19. Como os relatos de reatogenicidade da vacina continuam a surgir, os dermatologistas e outros prestadores de serviços de saúde devem estar cientes das últimas reações cutâneas a fim de fazer diagnósticos e tratamentos em tempo hábil, bem como abordar as preocupações dos pacientes.

975

Linfoma T/NK primario cutáneo en una paciente con vacunación reciente contra SarsCov2: Reporte de caso

María Daniela Polania Tovar[1], Margarita Tamayo[2], Isabel Cristina Cuellar[2], Maddy Mejia[3], Tatiana Camayo[1], Laura Gomez[1], Mónica Arevalo[4], Lizeth Rincón

[1]Residente dermatología, Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia, [2]Médica-Dermatóloga, Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia, [3]Médica-Dermatópatologa, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia, [4]Medica-Hematologa, Hospital Universitario San Ignacio., Bogotá, Colombia, [5]Médico hospitalario en el servicio de hematología, Hospital Universitario San Ignacio., Bogotá, Colombia

Introducción:
Los linfomas NK extranodales (LT/NKEN) tienen una frecuencia menor a 1% en países occidentales (1). Se ha informado un gen relacionado, sin embargo la fisiopatología es desconocida. El LT/NKEN con presentación inicial en la piel en ausencia de compromiso nasal se conoce como linfoma cutáneo primario extranasal. Este es muy raro, con tan solo 57 casos reportados y menos de 20 casos se registraron en países occidentales (2). Se caracteriza por lesiones necrosantes angiocéntricas y angio destructivas con células inmuno fenotípicamente CD56 positivo y con evidencia de infección por virus Epstein Barr (VEB) (3). La asociación con la vacuna del SarsCOV-2, aun no se ha descrito, sin embargo se ha reportado una mayor prevalencia de reactivación del VEB en personas vacunadas (4).
Presentamos el caso de una paciente en quien se realizó diagnóstico de LT/NKEN primario cutáneo luego de la aplicación de una vacuna contra COVID-19, con el fin describir sus características clínicas, histológicas y pronósticas.

Caso clínico
Paciente femenina de 74 años con cuadro de 6 semanas de aparición de lesiones permanentes en tronco y brazos, asociadas a prurito y sensación urente, aparecen un día después de la aplicación de la vacuna contra SarsCov2 de Sinovac, con exacerbación tras la administración de la segunda dosis. Al examen físico comprometiendo tronco, brazos y muslo derecho múltiples nódulos y placas violáceas infiltradas, en cuadrante interno de mama izquierda lesión tumoral, profunda, indurada y móvil. Se realizó biopsia de piel con inmunohistoquimica que reportó dermis con infiltrado difuso monomorfo de células grandes atípicas de aspecto linfoide con epidermotropismo focal y frecuentes mitosis e inmunohistoquimica con linfocitos tumorales CD3 positivos, CD20 negativos, CD7, CD56, CD25, CD4 y CD8 positivos con predominio de CD8, CD5 y CD30 negativos, Ki67 del 90%, perforina, granzima B, TIA 1 y CD2 positivos y TdT negativo, confirmando el diagnóstico de un linfoma T de fenotipo citotóxico, para la diferenciación entre linfoma T / NK y linfoma gamma / delta, se indicó toma de prueba EBER en bloque de parafina que fue positivo. TAC con contraste de cuello, tórax y abdomen con evidencia de múltiples masas con densidad de tejidos blandos comprometiendo piel y tejido celular subcutáneo, PET scan con compromiso limitado cutáneo y de tejidos blandos. Valorada por otorrinolaringología sin hallazgos positivos al examen físico. Por lo anterior, se realizó diagnóstico de linfoma T/NKEN primario cutáneo, se inició protocolo CHOEP con importante mejoría de las lesiones, sin embargo, se consideró patología con alto riesgo de recaída por lo que se planteó trasplante de médula ósea el cual la paciente rechazó. Posteriormente paciente con recaída, sin respuesta a tratamientos y desenlace fatal.

Conclusión:
El LT/NKEN primario cutáneo es una patología muy infrecuente por lo cual es valioso conocer más sobre sus características. Adicionalmente, dada la importancia actual de la vacunación contra SARS COV 2, es fundamental aportar a la evidencia científica disponible sobre la reactivación del VEB, el cual se asocia al LT/NKEN.

980

Cutis verticis gyrata primaria esencial: reporte de un caso

Esmeralda Arredondo Adames[1], Edelmira Bonilla[1], Luisa Gonzalez[1], Nery Ramirez[1]
[1]Instituto Dermatológico Dominicano Y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Diaz, Santo Domingo, Rep. Dominicana

Introducción.
Cutis verticis gyrata (CVG) es una condición poco frecuente del cuero cabelludo, caracterizada por la proliferación del tejido celular subcutáneo e hipertrofia de la piel cabelluda con pliegues y surcos de aspecto cerebriforme. La variante primaria de cvg se caracteriza por hallazgos de piel normal en el estudio histopatológico y su forma esencial es rara. Tiene predilección por el sexo masculino, con una prevalencia de 1/ 100,000 en hombres y de 0.026/100,000 mujeres, con una relación 5:1. En la literatura solo se han descrito 20 casos. Por lo que debido a lo excepcional que se suele presentar esta patologia queremos llevar el siguiente caso al CILAD.

Caso clínico.
Masculino de 41 años de edad, fototipo IV procedente y residente de Santo Domingo, República Dominicana. Que acude a consulta por dermatosis que afecta cuero cabelludo de 12 años de evolución, asintomático. Antecedentes personales patológicos negados. Con dermatosis que afecta cuero cabelludo caracterizada por multiples pliegues de 1-2 cm de ancho aproximadamente y surcos 0.5-1 cm. El cabello circundante sin anormalidades en su estructura ni en cantidad. Los resultados de los exámenes paraclínicos y los estudios de imagen no fueron relevantes. El estudio histopatológico únicamente reportó engrosamiento dérmico. Se explicó el carácter benigno de esta condición al paciente y se decidió sólo tratamiento sintomático, con algunas reducciones para mejorar el aspecto estético.

Discusión.
Cutis verticis gyrata (cvg) es una condición idiopática, poco frecuente con predilección por el sexo masculino, la cual se ha propuesto como una patología ligada al cromosoma x.

Existen 2 formas: primaria y secundaria. La forma primaria se caracteriza por hallazgos de piel normal en el reporte histopatológico; y esta a su vez se subdivide en cvg primaria esencial y no esencial. La forma esencial es sumamente rara y no se relaciona a ninguna patología; por lo general se presenta antes de los 30 años y tiene un curso lento. La forma no esencial suele presentarse con mayor frecuencia y se considera un síndrome neurocutáneo por las relaciones que tiene con anormalidades neurológicas y oftalmológicas. Los casos de cvg secundaria son producto un proceso inflamatorio local, como acné conglobata, dermatitis atópica, impétigo, foliculitis o pénfigo; y suele relacionarse a enfermedades congénitas trastornos endocrinológicos sistémicas y con síndromes neoplásicos.
El diagnóstico de esta condición es clínico, pero se debe de hacer biopsia para identificar los casos primarios de los secundarios; así como la realización de estudios de imagen para excluir anormalidades neurológicas.
El tratamiento consiste en mantener una higiene local para evitar infección y mal olor. La cirugía es opción en casos avanzados, la elección de la cirugía esta dada por la localización, tamaño de la lesión y las preferencias del paciente. La mayoría de las veces la alternativa quirúrgica se realiza con fines de estética para mejorar la calidad de vida del paciente.

Conclusión.
A pesar del aspecto que tiene esta condición y las asociaciones que puede tener con otras enfermedades, la misma es benigna, y con buen pronóstico, sin embargo suele tener repercusiones psicológicas.

990

Lupus eritematoso cutáneo crónico diseminado

Yollany Alicia Villegas Blanco[1], Maria Gabriela Uzcátegui[1], Elda Giansante[1], Elizabeth Ball[1]
[1]Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela

Se trae el caso por ser una forma de presentación de Lupus eritematoso cutáneo crónico muy rara, con alta tasa de compromiso sistémico. Presentamos el caso de paciente femenino de 32 años, quien presenta de 8 meses de evolución múltiples placas eritematosas en cuero cabelludo, cara, orejas, tórax y extremidades, por lo cual consulta a dermatólogo, quien evalúa e indica Dexametasona 4mg durante 7 meses, en vista de no evidenciar mejoría acude a nuestro servicio en noviembre 2020. Antecedentes personales, familiares y psicobiológicos no contributorios. Examen funcional: pertinentes negativos: artralgias, alopecia, lesiones en mucosa oral y/o nasal, entre otros. Al examen físico: fototipo V, se evidencian múltiples pápulas y placas eritematosas de diferentes formas y tamaños, con centro ulcerado cubierto por costra serohemáticas y otras de aspecto umbilicado en cuero cabelludo, cara, orejas, V del tórax y extremidades. Se plantea lupus eritematoso cutáneo, se realiza biopsia de piel que reporta: epidermis adelgazada, infiltrado inflamatorio perivascular y perifolicular, vacuolización de la capa basal, queratinocitos necróticos aislados. Melanófagos y capilares dilatados en dermis papilar. Denso infiltrado inflamatorio perivascular y perianexial formado por linfocitos y aislados plasmocitos; y acentuado engrosamiento de la membrana basal. Se solicitan paraclínicos que reportan: leucopenia, anemia leve, trombocitopenia, velocidad de sedimentación globular elevada (54mm/h), perfil renal dentro de limites normales, ANA positivo, anticuerpo anti SS-A/RO positivo. Con base a la correlación clínica, paraclínica e histopatológica se concluye el caso como lupus eritematoso cutáneo crónico diseminado, sin compromiso sistémico según los criterios de lupus eritematoso sistémico del grupo de clínicas colaboradoras internacionales. Se solicita campimetría visual que reporta disminución de la sensibilidad retiniana periférica superior en ambos ojos. Se indica Hidroxicloroquina y prednisona. Se solicita valoración por servicio de reumatología y nefrología para manejo multidisciplinario. Se trae el caso por ser una forma de presentación clínica infrecuente, con baja tasa de remisión, severas secuelas estéticas por la cronicidad de las lesiones y alta tasa de compromiso sistémico.

991

Granuloma anular localizado ulcerado: una presentación atípica

Daniela Díaz de la Vega Broissin[1], Andrea López Salmerón[2]
[1]Pielclinic, Ciudad de México, México, [2]Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, México

Introducción
El granuloma anular es una enfermedad inflamatoria granulomatosa, de curso benigno, crónico o autolimitado, e idiopática. Su prevalencia exacta se desconoce. Se han descrito los tipos: localizado, diseminado, subcutáneo y perforante. El diagnóstico es clínico, sin embargo, la biopsia es requerida para confirmar el diagnóstico. En este escrito se presenta un caso de granuloma anular con evolución inusual, representando un reto diagnóstico, pero con el incentivo de visibilizar su variabilidad clínica.

Caso clínico
Paciente femenino de 30 años, originaria de Veracruz, México y residente la Ciudad de México. Enfermera auxiliar en trasplante de pelo. Como antecedentes de importancia, padre con hipertensión arterial, madre y abuelos maternos con diabetes mellitus tipo 2, abuelo paterno con cáncer de pulmón. Actualmente cursa con alopecia areata desde el año 2020, tratado con triamcinolona intralesional y minoxidil tópico. Sin otros antecedentes de relevancia.
Inició 4 meses previos a su consulta con una dermatosis localizada a extremidad superior izquierda de la que afecta antebrazo en cara posterior constituido por una placa marrón claro, de aproximadamente 3 cm, de bordes definidos, asintomática, la cual posteriormente presentó cambio de coloración con eritema periférico e hipopigmentación central. Por sospecha de tiña del cuerpo se inició por medio externo tratamiento con ketoconazol tópico, sin presentar mejoría.
Se presenta en nuestra clínica con la misma dermatosis, la cual había aumentado de tamaño hasta 8 cm y presentaba una ulceración central, dolorosa y pruriginosa.
Se realizó una biopsia incisional con sacabocados 6 mm; se reportó: Lesión con áreas de hiperqueratosis con paraqueratosis y epidermis atrófica focal. Dermis reticular superficial y media con áreas de infiltrado inflamatorio dispuesto de forma intersticial entre fibras de colágena compuesto por histiocitos y de forma periférica linfocitos. Las fibras de colágena al centro del infiltrado se muestran eosinofílicas. Se concluye una dermatosis granulomatosa intersticial con depósito de mucina, compatible con granuloma anular.
Se realizó una biometría hemática, perfil de lípidos, pruebas de función hepática, renal y perfil tiroideo, con reporte de resultados dentro de parámetros normales. Iniciando tratamiento con esteroide tópico de mediana potencia.

Conclusiones
El granuloma anular es una enfermedad inflamatoria granulomatosa, que clínicamente se describe como una placa anular eritematosa con hipopigmentación central y pápulas ocasionales, de curso asintomático, benigno y autolimitado. Afecta principalmente mujeres, alrededor de la tercera década de la vida. Se desconoce su etiología pero se ha relacionado a comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y enfermedades autoinmunes. Las presentaciones atípicas y su asociación a neoplasias malignas es controversial. El tratamiento consta de corticoesteroides o inhibidores de calcineurina tópicos y otras opciones como fototerapia o crioterapia.
En el caso clínico encontramos una paciente con factores asociados descritos en la literatura, pero con una localización y descripción atípica de la dermatosis, lo que nos desorienta al diagnóstico establecido y dependientes del resultado de la biopsia. Esto nos incita a ampliar y disponer de mayor variabilidad en la morfología clínica del granuloma anular, y tomando en cuenta los componentes de la historia clínica para mayor correlación en el diagnóstico de esta entidad.

994

Gangrena periférica simétrica não fatal em paciente com covid-19

José María Duarte Zacarias[1], Paulo Ricardo Criado[1], Eduardo Lacaz Martins[1], Rodrigo Scaroba[1], Jefferson Alfredo de Barros[1], Mariângela Cristina Crispino Barata[2], Raffaele Gianotti[3]

[1]Dermatology Department, Centro Universitário Saúde ABC, Santo André, São Paulo, Brazil, [2]Pathology Department, AFIP (Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa), São Paulo, Brazil., São Paulo, Brazil, [3]Dermatology Department of Pathophysiology and Transplantation, Universitá degli Studi di Milano, Dermatopathology Dept. Foundation IRCCS, Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

A gangrena periférica simétrica é uma complicação dermatológica pouco frequente, porém de elevada gravidade uma vez que comumente resulta em óbito e/ou mutilações. Para o diagnóstico é necessário suspeição clínica, bem como exames complementares, tanto laboratoriais, como de imagem e anatomopatológico da pele. Esta manifestação cutânea decorre na maioria dos casos de uma infecção sistêmica grave, cujo tratamento adequado se faz necessário para aumentar a sobrevida do doente e possibilitar a resolução das manifestações cutâneas. Este relato de caso objetiva reiterar a associação da afecção cutânea a uma infecção sistêmica subjacente e a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce, para prevenção do óbito e mutilações. Para tanto, apresentamos um doente masculino onde a manifestação necrótica dermatológica ocorreu em associação a infecção pulmonar, pelo recente betacoronavírus SARS-CoV-2, que, de forma satisfatória evoluiu sem óbito do paciente.

1024

Patrones de tratamiento con medicamentos sistémicos en adultos con dermatitis atópica: resultados del estudio observacional prospectivo europeo en pacientes candidatos a tratamiento sistémico para la dermatitis atópica (EUROSTAD)

Moataz Daoud[10], Ignasi Figueras[1], Marjolein de Bruin-Weller[2], Annalisa Patrizi[3,4], Silvia M. Ferrucci[5], Camilla Loi[6], Andrew E. Pink[7], Jiangming Wu[8], Carden Simcox[9]
[1]Hospital de Bellvitge, Universidad de Barcelona, Barcelona, España, [2]Centro Médico Universitario Utrecht, Utrecht, Países Bajos, [3]Universidad de Bolonia, Bolonia, Italia, [4]Policlínico IRCCS S. Orsola-Malpighi, Bolonia, Italia, [5]Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milán, Italia, [6]Universidad de Bolonia, Bolonia, Italia, [7]Hospitales Guy's y St. Thomas', Londres, Reino Unido, [8]Sanofi Genzyme, Bridgewater, NJ, EE.UU., [9]Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, NY, EE. UU., [10]Sanofi Genzyme, Cambridge, MA, EE. UU.

Antecedentes: EUROSTAD fue un estudio observacional de hasta 60 meses de duración para caracterizar el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) en la práctica real. Se describen los patrones de tratamiento sistémico en los pacientes con DA incluidos en EUROSTAD.

Métodos: Se incluyeron pacientes con DA, ≥ 18 años de edad y elegibles para recibir tratamiento sistémico. El período inicial del estudio fue de 18 meses, pero se modificó a 60 meses. Los investigadores del estudio prescribieron el tratamiento conforme a la práctica clínica. La población de seguimiento incluyó a todos los pacientes que habían completado ≥ 1 visita de seguimiento. Los datos notificados son descriptivos y del grupo de análisis completo.

Resultados: Se incluyeron 308 pacientes (duración media de la DA: 25,4 años). Se notificó que la mayoría de los pacientes (92,5 %) utilizaba ≥ 1 medicamento sistémico en el momento de la inclusión. Durante el seguimiento (n = 295; mediana de la duración: 20,5 meses), la mayoría de los pacientes utilizó 1 (56,3 %) o > 1 (41,4 %) medicamento sistémico. Ciclosporina (n = 130), dupilumab (n = 114), corticosteroides (n = 97) y metotrexato (n = 83) fueron los tratamientos sistémicos que se iniciaron con mayor frecuencia. Los motivos más frecuentes notificados para el inicio del tratamiento fueron el tratamiento de mantenimiento y de las exacerbaciones (79,7 % para ambos). El buen control de la enfermedad (59,7 %) y la falta de eficacia (38,1 %) fueron los motivos más frecuentes para la interrupción. La mediana de la duración del tratamiento sistémico estuvo comprendida entre 1,1 y 13,0 meses para los tratamientos más frecuentes (corticosteroides, 1,1 meses [IC del 95 %: 1,0-1,5]; ciclosporina, 5,4 meses [4,2-6,6]; metotrexato, 13,0 meses [8,9-16,9]); la mediana de la duración del tratamiento con dupilumab no se alcanzó porque > 50 % seguían en tratamiento con dupilumab a los 24 meses. También se observaron cambios en la dosis del tratamiento sistémico durante el seguimiento; la falta de eficacia fue el motivo más frecuente para aumentar la dosis en la mayoría de tratamientos (n = 8 [ciclosporina], n = 6 [dupilumab] y n = 17 [metotrexato]), mientras que el buen control de la enfermedad fue el principal motivo notificado para reducir la dosis (n = 19 [ciclosporina], n = 14 [dupilumab], n = 13 [corticosteroides] y n = 9 [metotrexato]).

Conclusión: El tratamiento de la DA se inició para las exacerbaciones o como mantenimiento y se interrumpió principalmente por falta de eficacia o por un buen control de la enfermedad. Los pacientes que iniciaron dupilumab tuvieron más probabilidades de seguir recibiendo tratamiento en comparación con pacientes recibiendo otros tratamientos sistémicos.

1025

Datos demográficos y comorbilidades basales de los pacientes con dermatitis atópica del registro GLOBOSTAD

Ainara Rodríguez Marco[1], Piergiacomo Calzavara-Pinton[2], Hilde Lapeere[3], Gregor Holzer[4,5], Mona Al-Ahmad[6], Chia-Yu Chu[7,8], Jiangming Wu[9], Marius Ardeleanu[10], Zafer E. Ozturk[11]

[1]Sanofi Genzyme, Madrid, España, [2]Universidad de Brescia, Brescia, Italia, [3]Hospital Universitario de Gante, Gante, Bélgica, [4]Universidad Médica de Vien, Viena, Austria, [5]Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital, Viena, Austria, [6]Universidad de Kuwait, Kuwait, Kuwait, [7]Hospital Universitario Nacional de Taiwán, Taipei, Taiwán, [8]Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Taiwán, Taipei, Taiwán, [9]Sanofi Genzyme, Bridgewater NJ, EE. UU., [10]Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, NY, EE. UU., [11]Sanofi Genzyme, Cambridge, MA, EE. UU.

Antecedentes: Los ensayos clínicos previos con dupilumab han demostrado su eficacia con un perfil beneficio-riesgo aceptable en pacientes con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave. Se presentan los datos demográficos y las comorbilidades basales en la práctica real entre los pacientes que inician tratamiento con dupilumab incluidos en el registro GLOBOSTAD.

Métodos: En este estudio de registro no intervencionista, multicéntrico e internacional de 5 años de duración (GLOBOSTAD; NCT03992417) se incluyeron adultos con DA de moderada a grave que iniciaron tratamiento con dupilumab conforme a la ficha técnica de cada país. Los datos mostrados corresponden a la población en el momento basal (N = 288; fecha de corte de los datos: septiembre de 2020).

Resultados: De los 288 pacientes incluidos en el momento basal en GLOBOSTAD, el 55,2 % eran varones y el 77,3 % eran caucásicos La edad media (desviación estándar) era de 37,1 (13,2) años; el 61,5 % tenía entre 18-39 años, el 35,8 % tenía entre 40-64 años y el 2,8 % tenía entre 65-84 años. La mayoría de los pacientes se incluyeron en Italia (31,3 %), República Checa (12,8 %) y Taiwán (11,8 %). De los 237 (82,3 %) pacientes en los que se notificó alguna comorbilidad, 234 (81,3 %) presentaban enfermedades inflamatorias de tipo 2 en el momento basal, incluyendo rinitis alérgica (49,7 %), asma (35,1 %), alergias alimentarias (34,4 %) y otras alergias (38,2 %). Otras comorbilidades frecuentes notificadas (> 2 %) fueron hipertensión (9,4 %), hipercolesterolemia (2,4 %) y depresión (2,4 %).

Conclusiones: Los datos presentados confirman que una importante proporción de los pacientes con DA aptos para recibir dupilumab padecen otras enfermedades inflamatorias de tipo 2, lo que respalda el hecho de que la DA forma parte de una diátesis sistémica de desregulación inmunitaria caracterizada por la hiperreactividad de las vías inflamatorias de tipo 2. Otras comorbilidades solo se notificaron en una pequeña proporción de los pacientes, probablemente debido a que se trata de una población relativamente joven.

1054

Patrones de tratamiento y uso de medicación previa antes del inicio del tratamiento con dupilumab en pacientes con dermatitis atópica: datos de la práctica real de GLOBOSTAD

Pablo De La Cueva Dobao[1], Silvia M. Ferrucci[2], M. Rossi[3], Daria S. Fomina[4,5], Hilde Lapeere[6], Wen-Hung Chung[7], Thrasyvoulos Tzellos[8], Anne-Claire Fougerousse[9,10], Jiangming Wu[11], Marius Ardeleanu[12], Daniel Richman[13]
[1]Hospital Infanta Leonor, Madrid, España, [2]Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico of Milan, Milán, Italia, [3]Universidad de Brescia, Brescia, Italia, [4]Hospital Clínico de la Ciudad n.º 52, Moscú, Rusia, [5]Primera Universidad Estatal Médica de Moscú I.M. Sechenov dependiente del Ministerio de Sanidad de Rusia, Moscú, Rusia, [6]Hospital Universitario de Gante, Gante, Bélgica, [7]Hospital Chang Gung Memorial, Linkou y Taipei, Taiwán, [8]Instituto de Medicina Clínica de la Universidad ártica de Noruega, Tromso, Noruega, [9]Hospital Militar Universitario Bégin, Saint Mandé, Francia, [10]ResoEczéma, Paris, Francia, [11]Sanofi Genzyme, Bridgewater, NJ, EE. UU., [12]Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, NY, EE. UU., [13]Sanofi Genzyme, Cambridge, MA, EE. UU.

Antecedentes: Los ensayos clínicos previos con dupilumab han demostrado su eficacia con un perfil de seguridad aceptable en pacientes con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave. Se presentan los datos basales del uso previo de medicación entre los pacientes que inician tratamiento con dupilumab incluidos en el registro GLOBOSTAD.

Métodos: En este estudio de registro no intervencionista, multicéntrico e internacional de 5 años de duración (GLOBOSTAD; NCT03992417) se incluyeron adultos con DA de moderada a grave que iniciaron tratamiento con dupilumab conforme a la ficha técnica y a las condiciones de reembolso de cada país. Se notifican los medicamentos utilizados en los 12 meses previos a la inclusión por parte de los pacientes que recibían tratamiento. Los datos mostrados corresponden a la población en el momento basal (N = 288; fecha de corte de los datos: septiembre de 2020).

Resultados: En el momento de iniciación del tratamiento con dupilumab, la puntuación media (desviación estándar [DE]) del EASI era de 22,9 (12,39) y la media (DE) del área de superficie corporal afectada era del 44,3 % (22,29). 161 (55,9 %) pacientes del registro GLOBOSTAD recibieron un tratamiento sistémico antes de la inclusión, incluidos inmunosupresores no esteroideos (35,1 %) y corticosteroides (19,8 %). 130 (45,1 %) pacientes recibieron tratamientos previos no sistémicos: corticosteroides tópicos (37,2 %), inhibidores de calcineurina tópicos (12,2 %), antibióticos tópicos (2,4 %) y crisaborol (0,3 %). Además, el 6,9 % de los pacientes referían haber recibido fototerapia ultravioleta previa. De los 288 pacientes tratados con dupilumab, la mayoría inició el tratamiento con dupilumab debido al fracaso del tratamiento previo (75,7 %), exacerbación de la DA (15,3 %) o como tratamiento de mantenimiento (8,0 %).

Conclusiones: Los pacientes incluidos en el registro GLOBOSTAD muestran un control inadecuado de la enfermedad en el momento basal a pesar de la gran proporción de uso previo de tratamientos sistémicos, como demuestran las elevadas determinaciones basales de gravedad de la DA y el hecho de que la mayoría de los pacientes inició dupilumab debido al fracaso del tratamiento previo.

1058

CALME (chilhood asymetry labium majus enlargement) y paciencia

Luisa Santos E Silva Caldeira Marques[1], José María Ramírez Conchas[1], Judit Algarra Sahuquillo[1], Júlia Mercader Salvans[1], Eva Fagundo González[1]
[1]*Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España*

Introducción:
CALME es el acrónimo de "chilhood asymetry labium majus enlargement", un crecimiento fisiológico de probable etiología hormonal, no neoplásico, de tejido blando del labio mayor que ocurre en edad prepuberal. Presentamos el caso de una mujer de 5 años con CALME en regresión espontánea que nos muestra la relevancia de mantener una actitud conservadora evitando procedimientos invasivos innecesarios.

Caso clínico:
Mujer de 5 años, sin antecedentes de interés ni datos de pubertad precoz, acude para valoración de aumento asintomático de partes blandas en labio mayor izquierdo de tres meses de evolución. En la exploración se objetiva un engrosamiento homogéneo del labio mayor izquierdo, depresible y blando, sobre el que presenta una mancha café con leche. No se observan manchas café con leche ni otras lesiones en el resto de tegumento cutáneo. La ecografía de partes blandas muestra aumento de grosor de hipodermis sin objetivar formaciones nodulares. La resonancia magnética con contraste no muestra patrón de señal compatible con neurofibroma cutáneo y en el estudio oftalmológico no se observan nódulos de Lisch. Tras descartar posible neurofibromatosis, se orienta como posible CALME, ya que tampoco presenta criterios ecográficos compatibles con vulvitis granulomatosa. Se realiza biopsia que descarta alteraciones morfológicas. Tras varios años de seguimiento continúa aumentando lentamente, llegándose a plantear realizar cirugía. Se decide observación y tras diez años de seguimiento la paciente presenta una leve asimetría y clara mejoría estética.

Conclusiones:
CALME se presenta clínicamente como una masa intralabial unilateral, blanda, carnosa e indolora sin secreciones, márgenes definidos ni tampoco signos prepuberales o de virilización. La piel suprayacente es normal, habiéndose descrito también textura de piel de naranja hiperpigmentada y manchas café con leche. Existe poca bibliografía acerca del curso clínico natural de CALME. Se ha descrito una fase de crecimiento rápida (aproximadamente de tres meses), seguida de una fase de estabilización donde hay un crecimiento lento y por último una fase de posible involución raramente descrita. Habitualmente se realiza cirugía en la segunda fase, describiéndose hasta un 50% de recidiva. Histológicamente se caracteriza por la expansión de tejido vulvar normal y la carencia de cápsula periférica. En la ecografía se objetiva un aumento de grosor de la hipodermis junto a un aumento moderado o ausente de la ecogenicidad y de la señal vascular. La hipótesis etiopatogénica más defendida es la hiperplasia estromal del labio mayor en edad prepuberal secundaria al aumento de sensibilidad a la estimulación hormonal o bien a una expresión atípica del receptor de estrógenos. Pese a que mayoritariamente se opta por realizar cirugía, en publicaciones recientes se defiende la actitud conservadora, realizando un seguimiento clínico cada 6-12 meses hasta objetivar la regresión espontánea como se describe en el caso de nuestra paciente tras diez años de seguimiento.

1061

Piel: Un órgano subdiagnosticado en los pacientes hospitalizados

Gabriella Cuevas Lantigua[1], Amelia Nuñez Geraldino[1], Cecilia García Mañaná[1], Jesús Echavarría Uceta[1], Dolores Mejía de la Cruz[1]
[1]Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana

Introducción: Las historias clínicas y exámenes físicos son herramientas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Sin embargo, cuando estas no son implementadas en todos los sistemas de órganos, podrían pasar desapercibidas lesiones que incluso deterioren la salud del paciente, lo que se conoce como subdiagnóstico. El objetivo de este estudio fue identificar las patologías dermatológicas coexistentes y subdiagnosticadas en los pacientes ingresados en el pabellón de Medicina Interna del Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS), Santo Domingo, República Dominicana.

Materiales y métodos: Estudio de tipo prospectivo y descriptivo, con un corte transversal. Se recolectaron los datos de 109 (n=109) pacientes ingresados en el pabellón de Medicina Interna de la institución mediante una historia clínica y examen físico enfocados en la piel y sus anexos, entre los meses de agosto y septiembre del año 2021.

Resultados: De una muestra total de 109 pacientes, 79% (86) presentó patologías en la piel no diagnosticadas previamente, de los cuales 47 (54.7%) eran del sexo masculino y 39 (45.3%) del sexo femenino, siendo la edad media de 59 años. De los pacientes con condiciones cutáneas no diagnosticadas, un 48.2% (42) tenían solo un hallazgo y un 51.1% (44) dos o más hallazgos. El resultado más predominante fue las micosis superficiales con un 63.5% (54), de los cuales 87% (147) fueron onicomicosis, 9.3% (5) tiña pedis y 1.9% (2) pitiriasis versicolor. Del total de pacientes con micosis superficiales, un 26% (14) convive con mascotas y un 59% (32) duerme acompañado. El segundo hallazgo más común correspondió a las discromías, seguidas de los tumores benignos, representando el 15% (13) y 14% (12) del total de pacientes subdiagnosticados, respectivamente.

Conclusiones: La revisión exhaustiva de los pacientes al momento de su ingreso es imprescindible, de lo contrario, pudieran subdiagnosticarse afecciones presentes. Esto recobrando aun más relevancia en países con climas tropicales como República Dominicana, donde es muy frecuente el crecimiento de hongos debido al calor y la humedad. Realizar los diagnósticos certeros y tratar a los pacientes bajo una terapéutica integral de sus patologías podría reducir la cantidad de consultas de éstos a lo largo del tiempo, conllevando a una mejoría de su calidad de vida y a la vez, generando una disminución de la carga del sistema de salud.

1062

Um caso exuberante de Anetodermia

Mariana Oliveira Barbosa Alves[1], Cristian Danilo Romero Antonio, Omar Lupi da Rosa Santos, Bernard Kawa Kac
[1]Policlínica Geral Do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

INTRODUÇÃO
Anetodermia é uma desordem elastolítica, de etiologia desconhecida, causando áreas localizadas de flacidez. Acomete mais mulheres de 20 a 40 anos, sem predileção racial. A clínica pode variar de máculas, placas ou nódulos eritematosos, assintomáticos ou pruriginosos, que evoluem com atrofia e perda de elasticidade, gerando protuberâncias deprimidas ou elevadas, dando aspecto herniforme. Se apresenta, mais comumente, em tronco e extremidades proximais e podem variar de milímetros a centímetros. Tende a se manter ativa por pelo menos 15 anos, sem regressão espontânea.

Está classificada em cinco subtipos: primária (idiopática), secundária, induzida por drogas, familiar e relacionada a prematuridade.

A anetodermia primária, se dá pelo surgimento de lesões em pele previamente normal e se divide: Jadassohn-Pellizzari, lesões precedidas por eritema, e de Schweninger-Buzzi, sem a presença de eritema prévio. A anetodermia secundária desenvolve-se em áreas de pele com alguma patologia prévia, as mais comuns são acne vulgar e varicela, mas existem relatos de estarem associadas a outras condições, como sífilis, sarcoidose, tuberculose, hanseníase, doença de lyme, mastocitose, prurigo nodular, urticária pigmentosa, granuloma anular, picadas de insetos xantoma pilomatricomas, linfomas cutâneos de células B ou T, pós-vacinação contra Hepatite B, nevos melanocíticos congênitos hamartomatosos, aplicação de sanguessugas, molusco contagioso, mixofibrossarcoma, amiloidose nodular e borreliose.

É descrito associação de anetodermia primária e secundária com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana-1 e doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico, doença de Graves, doença de Addison, síndrome antifosfolipídica, síndrome de Sjögren e anemia hemolítica.

A penicilamina é o único medicamento ligado à anetodermia induzida por drogas. A forma familiar é rara e tem um padrão de herança autossômica dominante. E a anetodermia relacionada a prematuridade é descrita em recém-nascidos prematuros com idade gestacional de 24 a 29 semanas.

CASO CLÍNICO
Paciente, 34 anos, refere surgimento de máculas eritematosas, inicialmente em região mamária com progressão para região axilar, glúteos e coxas, que evoluíram com atrofia e perda de elasticidade. As lesões são assintomáticas. Ao exame físico, se chama atenção pela exuberância do quadro. No curso do quadro, apresentou febre reumática 4 anos após início das lesões, e foi submetida a mamoplastia redutora por gigantomastia. Nega outras doenças prévias, uso de penicilamina e história familiar. Após exames laboratoriais e de imagem, evidenciado apenas FAN positivo na titulação de 1:320 de padrão nuclear pontilhado (pontos isolados). Ao exame anatomopatológico, de região mamária e axilar, apresenta atrofia importante da epiderme, com degeneração e fragmentação de fibras elásticas ao longo de toda a derme, evidenciada pela coloração de orceína, mantendo fibras elásticas de vasos sanguíneos preservadas.

CONCLUSÃO
Estamos diante de um caso clínico que apresenta lesões exuberantes de anetodermia. Por este motivo, o caso foi levado para discussão clínico-histopatológica no Mckee Derm Conference, sendo reafirmado o diagnóstico de anetodermia. O grande desafio se deu na classificação, visto que a paciente, não possui nenhuma das associações, até então relatadas, como antecedentes pessoais e sem história familiar positiva. Por suas lesões serem precedidas por eritema, atualmente, está classificada como Anetodermia primária de Jadassohn-Pellizzari, e segue em acompanhamento regular.

1064

Pioderma gangrenoso asociado a Colangitis Esclerosante

Andrea Belen Mongelos Ortiz[1], Lizza Salgueiro, Maria Elena Ibañez, Arnaldo Aldama
[1]*Cátede Dermatología del Hospital de Clínicas, Paraguay, Asunción, Paraguay*

Introducción: El pioderma gangrenoso es una dermatosis cutáneo ulcerativa poco frecuente, el diagnóstico es clínico, pero se requiere previamente descartar otras patologías ulcerativas, así como también determinar si existe o no asociación con enfermedades sistémicas, por ello se destaca la importancia de este caso clínico.

Caso clínico: Adolescente de sexo femenino, 16 años, procedente de área urbana refiere cuadro de 3 meses de evolución que comienza con 2 manchas oscuras en mano izquierda, dolorosas acompañadas de edema regional y parestesia. 24 horas después presenta descamación, secreción serosa y se agregan úlceras que no curan. Posteriormente aparecen lesiones similares en abdomen y miembros inferiores. Al examen físico presenta una dermatosis constituida por placas ovaladas, ulceradas de límites netos bordes regulares y elevados eritemato violáceos socavados con centro fibrinoso de aproximadamente 1 a 4 cm de diámetro que asientan en dorso de mano izquierda, abdomen, piernas, cuello, frente. Las lesiones muestran fenómeno de patergia. Se plantea diagnóstico clínico de pioderma gangrenoso, no obstante para descartar otras etiologías de úlceras se toman muestras para anatomía patológica y se solicitan estudios auxiliares. Laboratorio: hemoglobina: 12,2, hematocrito: 38, glóbulos blancos: 5400 Neutrófilos: 60, Linfocitos:35, plaquetas: 120.000, TP: 56% TTPA: 33 s GOT: 136 GPT: 140 Bilirrubina(B) total: 5,45, B. Directa: 2,85, B. Indirecta: 2,6, GGT: 281, hiv y vdrl: negativos. Cultivos para gérmenes comunes, micobacterias y leishmania negativos. PCR para leishmania negativo. Anatomia patológica que informa: dermis superficial, media y profunda necrosadas con extensa hemorragia y neutrófilos asociados. incluso necrosis de estructuras anexiales. Coloración giemsa negativa. Dichos hallazgos nos orientan hacia el diagnóstico inicialmente planteado (pioderma gangrenoso). Se solicita ecografía abdominal que informa: patrón micronodulillar hepático compatible con proceso inflamatorio agudo, hepato y esplenomeglia. Fue evaluada por gastroenterología y hepatología quienes plantean como diagnóstico asociado hepatitis autoinmune versus colangitis esclerosante por lo que indican realización de dosaje de anticuerpos y otros estudios con los siguientes resultados: Anticuerpos antimusculo liso IgG e IgM reactivos, Anti mitocondria no reactivo. Anticuerpo Anti-LKM1 reactivo. Endoscopia digestiva alta: várices esofágicas grado II, gastropatía por hipertensión portal y gastritis crónica antral. Colangioresonancia magnética: aspecto arrosariado de la vía biliar intrahepática, como dato sugestivo de colangitis esclerosante primaria. Diagnóstico final: pioderma gangrenoso asociado a Colangitis esclerosante primaria. Tratamiento: Prednisona 1 mg/kg/d: 60 mg, calcio + vitamina D, Propanolol 40 mg/g. Actualmente con mejoría de las lesiones cutáneas.

Conclusión: La relevancia clínica de esta afección (pioderma gangrenoso) poco frecuente radica primariamente, en la necesidad de descartar otras enfermedades ulcerativas y determinar su posible asociación con patologías sistémicas que impliquen un tratamiento multidisciplinario, destacando así la importancia del papel del dermatólogo para llegar a diagnóstico preciso y establecer un tratamiento adecuado que mejore la calidad de vida del paciente.

1068

Poroqueratosis actínica única en zona no fotoexpuesta: reporte de un caso

Diana Paola Cantillo Palencia[1], Cris Madeley Millan-Puerto[1], Alejan Fajardo-Peña[1], Ana María Jimenez[1], Claudia Vanessa Cera-Coll[1], Jesús Daniel Fierro-Lozada[1], David Alfredo Castillo-Molina[1]
[1]*Funinderma, Bogotá, Colombia*

Introducción:
La poroqueratosis es una dermatosis infrecuente, de etiología no clara, caracterizada por una alteración en la queratinización. Afecta con mayor frecuencia a la población adulta, aunque se ha descrito en edades tempranas. Es considerada como una entidad premaligna que puede evolucionar, con mayor frecuencia, a carcinoma escamocelular seguido del carcinoma basocelular.
Clínicamente se caracteriza por la aparición de pápulas o placas pardo eritematosas con crecimiento centrífugo, bien delimitadas, de forma y tamaño variables, con una configuración anular, con bordes elevados, centro deprimido o atrófico y, en menor medida, hiperqueratósico e hiperpigmentado. Se conocen múltiples variantes clínicas con morfología, distribución y curso clínico distintos, siendo la más común la poroqueratosis actínica superficial diseminada (PASD), y la clásica, conocida como Poroqueratosis de Mibelli. El diagnóstico definitivo es histopatológico, donde el hallazgo característico es la lamela cornoide que corresponde a una columna estrecha de células paraqueratósicas, representada clínicamente en el borde hiperqueratósico sobreelevado de la lesión. El tratamiento puede ser con crioterapia, terapia fotodinámica, dermoabrasión, y 5-fluorouracilo, retinoides e imiquimod tópicos, con resultados variables. Damos a conocer el siguiente caso por tratarse de una poroqueratosis localizada en un área poco frecuente, como lo es la zona glútea.

Caso:
Presentamos el caso de un paciente masculino de 56 años de edad, con antecedente de hipertensión e hiperuricemia, manejado con losartan, enalapril y ácido acetilsalicílico, quien desde hace 15 años presenta en cuadrante superior externo del glúteo derecho, crecimiento progresivo de múltiples pápulas pardo eritematosas, de bordes irregulares, bien definidos, que confluyen formando una placa con áreas de atrofia, superficie hiperqueratósica y bordes sobreelevados en el cuadrante izquierdo de la placa. Se acompaña de prurito. El resto del examen físico cutáneo no evidenció otras lesiones. Recibió tratamiento previo de manera intermitente con corticoide tópico de alta potencia, con mejoría parcial del cuadro clínico. Se realizó una biopsia, con reporte histopatológico de columnas de hiperqueratosis con sutil conformación de lamelas cornoides y paraqueratosis, en dichas áreas los queratinocitos subyacentes presentan discretos cambios por disqueratosis, hallazgos más sugestivos de poroqueratosis posiblemente actínica. Actualmente el paciente se encuentra recibiendo manejo con crioterapia, presentando mejoría del prurito y disminución de la hiperqueratosis. Es de recalcar que el paciente no tiene antecedentes familiares de poroqueratosis.

Conclusiones
La poroqueratosis representa un reto diagnóstico al tratarse de una entidad poco frecuente, lo que muchas veces conlleva a que el paciente reciba múltiples tratamientos previos al diagnóstico definitivo. Esta dermatosis cobra relevancia al tratarse de una entidad premaligna. Se ha descrito en la literatura que el tiempo de evolución prolongado, el tamaño de la lesión y la localización en áreas no fotoexpuestas constituyen los principales factores de riesgo de degeneración maligna; teniendo en cuenta lo anterior, este caso es de interés clínico dado que es una lesión de larga evolución y que se limita al área glútea.
Es necesario realizar futuras series de casos para conocer su incidencia y prevalencia exactas, y lograr que, en el ejercicio médico, esta patología se tenga en consideración como un diagnóstico diferencial.

1073

Síndrome de Shulman: reporte de dos casos

Ana Medina Fernández[1], Norberto López Navarro[1], Alberto Andamoyo Castañeda[1], José Andrés González Saavedra[1], Enrique Herrera Acosta[1]
[1]Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

Introducción
El Síndrome de Shulman o fascitis eosinifílica es una enfermedad poco frecuente incluida dentro de los síndromes esclerodermiformes. La razón para elegir este caso es que debido a su escasa prevalencia, no suele ser tenida en cuenta ante la sospecha de una enfermedad con patrón esclerodermiforme, pero es importante pensar en ella en estos casos. Aunque su etiología y patogenia no está clara se considera asociada a ciertos factores desencadenantes como la realización de ejercicio intenso, diversas enfermedades hematológicas, fármacos como estatinas; enfermedades autoinmunes como tiroiditis de Hashimoto o lupus. Lo más destacado es la afectación cutánea. En la fase inicial aparece eritema y linfedema de miembros o tronco. Posteriormente se produce engrosamiento de la fascia subcutánea dando lugar al endurecimiento de la piel. Es muy característica la eosinofilia en sangre durante las primeras fases, aunque su presencia disminuye en estadios avanzados. Otras manifestaciones incluyen artritis y miositis. El diagnóstico se realiza mediante biopsia profunda de piel, llegando hasta la fascia.

Casos Clínicos
Caso 1.- Varón de 63 años con cuadro de sudoración nocturna y febrícula de un mes de evolución. A nivel cutáneo presenta lesiones maculares parduzcas en espalda y piernas, así como edema y sensación de tirantez en piernas. Se realiza analítica de sangre observándose eosinofilia de 4040. En frotis de sangre y citometría de flujo aparece aumento de eosinófilos maduros, sin células displásicas. Posteriormente se realiza estudio de parásitos en heces aislándose Dientamoeba Fragilis, tratada con paromomicina negativizándose cultivos y persistiendo eosinofilia más discreta (1600). Se toma biopsia cutánea encontrándose marcada esclerosis del colágeno y tejido subcutáneo y presencia de eosinófilos. Ante estos hallazgos se sospecha fascitis eosinofílica que se confirma tras biopsia de fascia muscular. Se inicia tratamiento con Deflazacort 75mg (1mg/kg) al día durante 1 mes. Posteriormente se inicia tratamiento con Metotrexato 15mg semanales y Deflazacort 60mg diarios en pauta descendente con mejoría del cuadro.

Caso 2.- Mujer de 68 años con cuadro de edema y endurecimiento cutáneo de dos meses de evolución que comenzó en extremidades y se extendió al tronco. Se realiza analítica de sangre en la que aparecen 15800 leucocitos con 31% de eosinófilos. Se toma biopsia cutánea que demuestra engrosamiento y fibrosis de los septos del tejido subcutáneo con infiltrado de eosinófilos compatible con fascitis eosinofílica. Se inicia tratamiento con prednisona 60mg (1mg/kg) al día en pauta descendente. Posteriormente se inicia tratamiento con metotrexato 10mg semanales con mejoría de la sintomatología.

Conclusión
En la actualidad, aunque la fascitis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente, es importante incluirla en el diagnóstico diferencial ante la sospecha de un síndrome de tipo esclerodermiforme. La aparición de esclerosis del colágeno y tejido subcutáneo y el aumento de eosinófilos tanto en piel como en sangre, conducen al diagnóstico.

1076

Erdheim- Chester: una entidad, múltiples formas de presentación

María De Las Mercedes PieBuena[1], Félix Vigovich[2], Matías Maskin[1]
[1]CEMIC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, [2]Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción
La enfermedad de Erdheim- Chester es una variedad infrecuente de histiocitosis no Langerhans. Puede comprometer múltiples órganos y se caracteriza por una evolución crónica. Dado que existen pocos casos publicados en el mundo, se conoce muy poco acerca de los tratamientos efectivos para esta entidad y, por ende, no hay ningún esquema estandarizado para su manejo.

Caso clínico
Se presenta una paciente de 63 años, sin antecedentes de relevancia, quien consulta por cuadro de 1 año de evolución caracterizado por xantelasmas periorbitarios y nódulos de consistencia duro- pétrea localizados en región frontal y periorbitaria, región proximal de miembros superiores, escote, dorso y lesiones similares de menor tamaño en raíz de miembros inferiores. En la piel que recubría dichos nódulos se evidenciaban numerosas telangiectasias, lo que confería a las lesiones una coloración rojo- violácea. Al interrogatorio, la paciente relataba astenia, mialgias y artralgias. Negaba síntomas relacionados con compromiso del sistema nervioso o cardiovascular.

Al momento de la consulta, presentaba estudios realizados en otros centros, que incluían un PET-TC corporal total y una biopsia de piel. En la imagen se evidenció captación aumentada del trazador en partes blandas de la región facial, frontal, dorso (a predominio izquierdo), miembros superiores y hombros, en menor medida miembros inferiores y glúteos; con SUV máximo de 4.2 en región facial. En el informe anatomopatológico de la biopsia de piel se describió la presencia de una extensa proliferación de células espumosas xantomizadas en dermis, tejido celular subcutáneo y músculo estriado. Se destacaban algunas células gigantes multinucleadas tipo Touton, con un borde periférico xantomizado y fibrosis alrededor de los cúmulos celulares. Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica, en las cuales las células descriptas presentaron marcación positiva para CD68 y S100, pero negativa para CD1a.

Al considerar las manifestaciones clínicas y los hallazgos de los estudios complementarios, se interpretó el cuadro como enfermedad de Erdheim- Chester. La paciente se negó a iniciar tratamiento con IFN por temor a los efectos adversos, por lo que se indicó metotrexate 15 mg semanales. Evolucionó con mejorías mínimas, evidenciado por disminución leve de la consistencia de las lesiones, por lo que se decidió en conjunto agregar al esquema IFN alfa 3mUI, dos veces por semana. Posteriormente se observó una mejoría significativa del cuadro, con disminución del eritema, así como también del tamaño y consistencia de las lesiones.

Conclusión
La enfermedad de Erdheim- Chester es una patología de difícil diagnóstico y puede manifestarse con una amplia variedad de síntomas, lo que hace más difícil su detección. Resulta importante conocer la entidad, para desarrollar un elevado nivel de sospecha al momento de establecer el diagnóstico, y pesquisar el compromiso de diversos órganos.

Por último, el caso estudiado nos brinda mayor información acerca del manejo de estos pacientes, al tener en cuenta la marcada respuesta al tratamiento instaurado. Esto nos permite considerar al IFN alfa como una excelente opción terapéutica, en pacientes con enfermedad limitada a la piel, ya que además presenta un mejor perfil de seguridad que las terapias alternativas descriptas para esta entidad.

1091

Pápulas en empedrado en región cervical: un reto diagnóstico

Carmen Tienza Fernández[1], Eliseo Alejandro Martínez García[1], Marisol Contreras Steyls[1], Norberto López Navarro[1], Ana Carmona Olveira[1], Enrique Herrera Acosta[1]
[1]*Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España*

Introducción: La elastolisis de la dermis papilar es una entidad poco frecuente similar al pseudoxantoma elástico del que se diferencia por sus características histológicas y por la ausencia de afectación sistémica.

Caso clínico: Presentamos dos casos de pacientes de sexo femenino de 79 y 59 años, ambas sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acuden a nuestro servicio por pápulas de coloración amarillenta en zona cervical posterior no pruriginosas de más de 5 años de evolución y sin ninguna otra sintomatología acompañante. En el resto del tegumento no se observaba ninguna otra lesión.

Ante esta clínica, se decidió la toma de biopsia cutánea en la que se observó una atrofia de la epidermis sin cambios visibles en la dermis. En la tinción con Orceína se demostró una pérdida de fibras elásticas en la dermis papilar y un discreto aumento de las mismas en la dermis subpapilar. Con estos hallazgos histopatológicos y ante la ausencia de sintomatología sistémica diagnosticamos a nuestras pacientes de elastolisis de la dermis papilar.

Conclusiones: La elastolisis de la dermis papilar afecta, sobre todo, a mujeres por encima de los 50 años. Se caracteriza por la aparición de pápulas de 2-4 milímetros de coloración amarillenta o carnosa que se disponen de manera simétrica formando placas de aspecto empedrado localizadas generalmente en región cervical. Las lesiones suelen ser asintomáticas, aunque en ocasiones pueden ser escasamente pruriginosas.
A diferencia del pseudoxantoma elástico que asocia numerosa clínica a nivel cardiovascular, esta patología no asocia afectación sistémica, aunque se ha descrito la presencia de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial o insuficiencia renal crónica que parece deberse más a la frecuencia de estás patologías en pacientes de edad avanzada.
En cuanto a la anatomía patológica, existe una pérdida total o parcial de las fibras elásticas de la dermis papilar. En la dermis subpapilar podemos observar un número normal o incluso aumentado de fibras elásticas, probablemente, de manera secundaria al proceso de reparación tisular que se origina tras la destrucción de estas fibras. La epidermis en estos casos es normal o ligeramente atrófica. Los anejos cutáneos no se encuentran afectados. La característica disposición de estas pápulas en empedrado podría ser secundaria a un defecto en el entramado de fibras elásticas que permitiría la herniación de la dermis a través de las zonas afectadas.
Presentamos dos casos de esta entidad poco descrita en la bibliografía que supone un reto diagnóstico y para la que hasta el momento no se ha descrito ningún tratamiento efectivo.

1094

Esclerosis sistémica anti-Th/To positiva: una forma clínica con escasa afectación cutánea

Nicolás Silvestre Torner[1], Cristina Macía Villar[2], Jorge Román Sainz[1], Fernando Gruber Velasco[1], Belén Romero Jiménez[1], Sergio Tabbara Carrascosa[1], María Dorado Fernández[1], Marcela Martínez Pérez[1], Elena Vargas Laguna[1], Adrián Imbernón Moya[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España, [2]Reumatología, Madrid, España

INTRODUCCIÓN
El estudio y reconocimiento de los diferentes autoanticuerpos específicos de esclerosis sistémica (ES) permite la clasificación de los pacientes en diferentes subtipos según características clínicas y/o pronósticas.

CASO CLÍNICO
Una mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, acudió a consulta para valoración de fenómeno de Raynaud de 5 años de evolución. Refería disnea de grandes esfuerzos de meses de evolución. Negaba fiebre, artralgias, debilidad muscular, disfagia u otra clínica sistémica acompañante.
A la exploración dermatológica, presentaba múltiples telangiectasias en mejillas, dorso nasal, parte superior de la espalda y región torácica, así como enrojecimiento y tumefacción persistente de los dedos de las manos.
Se solicitó analítica con hemograma y bioquímica, incluyendo reactantes de fase aguda, con valores en rango de la normalidad. El estudio de autoinmunidad mostró anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a título 1:320 con patrón nucleolar, con anticuerpos antiDNAds negativo y valores normales de C3 y C4. El estudio de anticuerpos específicos de esclerosis sistémica fue positivo para el autoanticuerpo Th/To, resultando el resto de determinaciones negativas. En la capilaroscopia se observó desorganización del lecho capilar, con grandes áreas avasculares y ausencia de hemorragias, compatible con un patrón esclerodermiforme tardío.
Con el diagnóstico de esclerosis sistémica, se solicitó TAC torácico, en el que se observaron zonas de aumento de densidad en vidrio deslustrado en ambos lóbulos inferiores, sugerentes de neumonía intersticial no específica (NINE). El ecocardiograma descartó afectación cardiaca y datos de hipertensión pulmonar.
Se inició tratamiento con micofenolato mofetil 500mg/12h con mejoría de la afectación cutánea y pulmonar.

CONCLUSIONES
Los anticuerpos anti-Th/To se consideran autoanticuerpos específicos de ES excepcionales, al estar presentes únicamente en un 2-5% de los casos. Presentan una especificad del 98% para el diagnóstico de la enfermedad.
Se relacionan con cuadros de ES cutánea limitada (EScl), con frecuente presencia de telangiectasias, aunque menor grado de fibrosis cutánea que los casos asociados a anticuerpos anticentrómero (ACA). Además, en comparación con los pacientes ACA positivos, el tiempo entre la aparición del fenómeno de Raynaud y el inicio de los signos y síntomas de ES resulta menor. Al igual que otros anticuerpos específicos de ES dirigidos frente a antígenos nucleolares (anti-U3 RNP, anti-PM/Scl) se asocian a clínica pulmonar, en forma de enfermedad pulmonar intersticial y/o hipertensión pulmonar, así como a afectación muscular. Sin embargo, son excepcionales otras afectaciones viscerales, como el daño renal.
La presencia de manifestaciones clínicas como el fenómeno de Raynaud, los “puffy fingers” o las telangiectasias múltiples deben servir como signo guía para el diagnóstico de ES, aún en ausencia de esclerosis cutánea. Determinados subgrupos de ES, como ocurre en los pacientes con anticuerpos anti-Th/To positivos, presentan escasa afectación cutánea, aunque importante afectación visceral, por lo que el diagnóstico precoz resulta fundamental para mejorar su pronóstico.

1114

Asociación entre actitudes y conocimientos sobre exposición solar y fotoprotección con el nivel educativo

María Juliana Sánchez-Zapata[1], Jorge Andrés Ríos Duarte[2], Jesús Daniel Fierro Lozada[2], Alejan Jaramillo Arboleda[1], Sara Muñoz Ordoñez[2], Adriana Motta Beltrán[1], David Castillo Molina[2]
[1]Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia,
[2]Funinderma, Bogotá, Colombia

Introducción
El cáncer de piel no melanoma es una enfermedad de alta carga en salud pública al ser la neoplasia más prevalente a nivel mundial, cuyo factor de riesgo más determinante es la exposición a la radiación ultravioleta (RUV), de ahí que, la fotoprotección sea fundamental en la atención primaria para prevenir morbimortalidad. Desafortunadamente, en Colombia, la información frente a la educación en fotoprotección y su alcance en relación a las diferentes variables demográficas es limitada, por lo que se considera importante conocer acerca de la educación de la población acerca de la exposición solar y el cáncer de piel con relación al nivel educativo y otras variables sociodemográficas.

Materiales y métodos
Se realizó un estudio transversal, donde se recolectaron datos durante agosto de 2021 en Bogotá, Colombia aplicando anónimamente el cuestionario CHACES, el cual incluye datos sociodemográficos y preguntas de actitudes y conocimientos con respecto a la exposición solar. Se clasificó el nivel educativo como bajo o alto, dependiendo de si contaban con estudios universitarios o superiores. Como criterio de inclusión se tomó la capacidad de entender y responder el cuestionario en español. Los resultados fueron analizados utilizando el software estadístico SAS por medio de un modelo de regresión logística múltiple.

Resultados
De 301 cuestionarios analizados, 184 (61,13%) eran mujeres y la edad media fue de 48,35 años. En cuanto a las actitudes (evitar las horas del mediodía y utilizar protector solar) se encontró una asociación positiva estadísticamente significativa entre ser mujer y la práctica frecuente de medidas de fotoprotección, OR: 2,68 (IC 95% 1,58 - 4,57; p=0,0003) y OR: 2,93 (IC 95% 1,71 - 5,03; p<0,0001), respectivamente, ajustados por estado civil, educación, estrato y edad. Con respecto a las afirmaciones de conocimiento, se encontró una asociación estadísticamente significativa con el nivel educativo en 3 de las 4 afirmaciones, con un OR: 2,19 (IC 95% 1,026 - 4,684) (p= 0,043) para " la RUV ocasiona envejecimiento y cáncer de piel", OR: 2,37 (IC 95% 1,177 - 4,790) (p=0,016) para "la piel morena precisa el uso de protector solar" y OR: 2,19 (IC 95% 1,026 - 4,684) (p=0,0211) para "la ropa oscura protege más de la RUV que la ropa clara"; despues de ajustar por edad, sexo, estado civil y estrato socioeconómico.

Conclusiones
Se evidencia que existe una mayor adherencia a las recomendaciones acerca de fotoprotección en las mujeres, independientemente de su estrato, edad, nivel educativo y estado civil. Por otro lado, es más probable que las personas con mayor nivel educativo respondan correctamente a las afirmaciones acerca de protección solar. Por consiguiente, es indispensable reforzar las políticas públicas en educación y prevención del cáncer de piel en todas las poblaciones, particularmente en quienes demostraron menor receptividad de estas según nuestros resultados (hombres y población con bajo nivel educativo).
Conflicto de interés
Los autores no declaran potenciales conflictos de interés que puedan interferir con la realización del presente trabajo de investigación.

1115

Dermatosis neutrofílica del dorso de la mano. Reporte de caso con extensión a codos y predominio de infiltrado linfocítico

Sarahí Hernández García[1], Carlos Daniel Sánchez Cárdenas, Ana Karen Lily Vidal, Nancy Pulido Díaz, Liliana Godínez Aldrete
[1]*Instituto Mexicano Del Seguro Social, Ciudad de México, México*

Introducción
La dermatosis neutrofílica del dorso de la mano (DNDM) es un subtipo raro de dermatosis neutrofílica. El predominio de los linfocitos en biopsia es raro. Se asocia a enfermedades sistémicas (Neoplasias, inflamatorias). Se presenta un caso de esta enfermedad con afección extensa en extremidades superiores y predominio de linfocitos en biopsia.

Caso clínico
Femenino, 43 años, sin antecedentes de importancia. Acude por placas eritematosas, dolorosas, en extremidades superiores, de 6 meses de evolución. A la exploración física: dermatosis en ambos brazos, antebrazos, palmas y dorso de manos, constituidas por placas eritematosas, ulceradas, circulares, de bordes edematosos, costra mielicérica superficial, de varios tamaños, lecho de úlceras con exudado seroso y tejido de granulación, piel perilesional eritematosa. Se realizó biopsia: Dermatitis de interfaz vacuolar, dermis con infiltrado de predominio linfocitario, neutrófilos y vasculitis linfocítica. Con la correlación clínico-patológica, se realizó el diagnóstico de dermatitis neutrofílica del dorso de las manos. Se realizó Biometría hemática, Glucosa, Urea, Creatinina, Ácido úrico, GGT, DHL, ANA, Anti-DNA, Anti-CCP, Anti-Ro, Anti-La, P-ANCA, C-ANCA, FR, PCR, Gonodatropina coriónica humana, ACE, Ca 125, Ca 19-9, AFP; todos sin alteraciones. Tomografía simple y contrastada de tórax y abdomen y Ultrasonido vaginal: Sin alteraciones. Se trató con Prednisona 50 mg VO cada 24 horas y emoliente, con mejoría al mes del tratamiento. Posteriormente, se inició ciclosporina 100 mg VO cada 24 con reducción progresiva del esteroide hasta suspender. Actualmente se encuentra con manchas hipopigmentadas y sin tratamiento.

Conclusiones.
La DNDM se considera una variante rara del síndrome de Sweet. El dorso de las manos es la parte más afectada, principalmente el dedo índice, con ampollas y úlceras; la afección de palmas presenta parches eritematosos. En nuestro caso, la paciente presentó predominio de las lesiones ulceradas en dedos índices de ambas manos, afección en palmas y extensión en ambas caras externas de los antebrazos, lo cual no ha sido reportado previamente. Presenta poca afección sistémica. Se asocia con otras enfermedades (neoplasias, autoinmunes), por lo que se deben realizar estudios para descartarlas. En nuestro caso, no se encontraron enfermedades asociadas, ni alteración de los estudios de laboratorio. El predomino de linfocitos en la biopsia se ha descrito en síndrome de Sweet, en el borde de las úlceras de pioderma gangrenoso y en las lesiones tempranas de la dermatosis neutrofílica del dorso de las manos. Puede presentarse con vasculitis. Este es responsable del acarreamiento de los neutrófilos en los estadios más avanzados de la enfermedad, por lo que el momento y el sitio de la toma de biopsia determinan el tipo de infiltrado. En nuestra paciente, la biopsia se tomó del borde de las lesiones más nuevas, lo que explica el predominio de linfocitos. La correlación clínico-patológica y la evidencia mencionada nos apoyó en este diagnóstico. El tratamiento sistémico con corticoesteroides es la primera línea, con buena respuesta en la mayoría de los casos y remisión completa de la enfermedad. La paciente presenta actualmente solo manchas hipopigmentadas, sin recaída.

1127

Síndrome VEXAS en un paciente con diagnóstico previo de lupus eritematoso sistémico. Un caso centinela en dermatosis inmunomediadas

Guillermo Servera Negre[1], Elena Sendagorta Cudós[1], José Manuel Busto Leis[1], Esther Fiz Benito[1], Rafaela de Moraes Souza[1], Kyrylo Magaletskyy Kharachko[1], Khrystyna Krasnovska Zayets[1], Rafael Escudero Tornero[1], Tristán Gabriel Sobral Costas[1], Leticia Gómez Serrano[2], José Manuel Martín de Bustamante González Iglesias[2], Ana Mendoza Martínez[2], Chamaida Plasencia Rodríguez[3], Carmen Cámara Hijón[4], Pedro Herranz Pinto[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [2]Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [3]Servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [4]Servicio de Inmunología del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN
Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas suponen en numerosas ocasiones un verdadero reto diagnóstico y terapéutico debido a su heterogeneidad y elevado grado de solapamiento. Los avances en biología molecular han permitido caracterizar mejor e incluso identificar nuevas entidades nosológicas en el marco de la autoinflamación y la autoinmunidad. Es el caso del síndrome VEXAS (acrónimo de vacuolas, enzima E1, ligado al X, autoinflamatorio y somático), una enfermedad de reciente descripción cuyas manifestaciones clínicas continúan perfilándose a día de hoy.

CASO CLÍNICO
Presentamos el caso de un varón de 68 años en seguimiento por un lupus eritematoso sistémico de 10 años de evolución con afectación cutánea, serosa, hematológica y articular; de difícil control pese a múltiples líneas de tratamiento inmunosupresor, presentando por ello una notable dependencia y toxicidad esteroideas. En los últimos años, desarrolló además episodios de condritis auricular, livedo racemosa, eritema nodoso y lesiones cutáneas en el espectro de las dermatosis neutrofílicas, así como una anemia creciente, a raíz de la cuál se realizó el diagnóstico de síndrome mielodisplásico. Ante la sospecha de un síndrome VEXAS, se solicitó un análisis genético de sangre periférica que confirmó la existencia de una variante en mosaico (p.Met41Leu) de significado patogénico en el gen UBA1. Tras suspensión de tratamiento con el fármaco anti-IL1 anakinra por mala tolerancia, se plantea como posible tratamiento curativo la posibilidad de realizar un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.

DISCUSIÓN
La actividad de la enzima E1 codificada en el gen UBA1 desempeña un papel clave en el inicio de la ubiquitinización, una vía de señalización fundamental para una correcta degradación de las proteínas. Su ausencia por un mecanismo de mosaicismo somático define el síndrome VEXAS y produce clínica de fiebre, condritis, dermatosis neutrofílicas, serositis, neumonitis, vasculitis y/o citopenias, con un grado de expresividad muy variable y con refractariedad a la mayoría de los tratamientos disponibles. Si bien los mecanismos etiopatogénicos exactos están aún por dilucidar, se ha propuesto que el aumento en la formación de trampas extracelulares de neutrófilos (TEN), que se ha descrito también en el lupus eritematoso, podría desempeñar un rol clave en la perpetuación de este estado proinflamatorio y protrombótico. Nuestro paciente presenta, por todas las manifestaciones de lupus eritematoso que ha presentado, la particular coexistencia de ambos diagnósticos, lo que induce a pensar en una vía patogénica común.

La revisión proactiva de pacientes con dermatosis inflamatorias previamente inclasificables o de evolución tórpida, aún cuando ya cumplen criterios de otras dermatosis inmunomediadas, podría permitir identificar otros casos de síndrome VEXAS. Por otro lado, la identificación de un mosaicismo somático como causante invita a la búsqueda de alteraciones similares en el origen de las dermatosis neutrofílicas ligadas a trastornos hematológicos o incluso de otros síndromes autoinflamatorios.

1143

Eritema multiforme asociado a herpes virus: Reporte de caso clínico

Katherine Guisselle Meléndez Henríquez[1], Karol Olivares Martínez, Cristian Flores Hernandez, Ludwin Castro Guardado
[1]*Centro Dermatológico Hospital Nacional Zacamil, San Salvador, El Salvador*

El eritema multiforme o eritema polimorfo es una dermatosis aguda mucocutánea, autolimitada e inmunopatológica, que se acompaña de fiebre y síntomas generales, usualmente desencadenada por factores múltiples, como infecciones virales, micóticas, parasitarias, bacterianas o idiopática en un 50% de casos, ocasionando un síndrome de hipersensibilidad tardía. En adultos el factor mas frecuente es el infeccioso, por virus del herpes simple (VHS) o M. pneumoniae. Su inicio es repentino, con síntomas generales acompañantes. Las lesiones predominan en cara, tronco, palmas y plantas, con eritema, pápulas, vesículas y lesiones urticariales. La lesión clásica con denominación de "herpes iris de Bateman" o "lesión en diana" debido a los anillos concéntricos característicos de ésta. Se presenta caso clínico evaluado en Centro Dermatológico de Hospital Nacional Zacamil, de paciente femenina de 72 años de edad, con dermatosis localizada a miembros inferiores, afectando piernas y muslos, constituida por lesiones en diana eritematosas, de 4 días de evolución. Paciente presenta el antecedente de cuadros de herpes simple a repetición, con ultimo brote referido hace 2 semanas.

1154

Enfermedad del injerto contra el receptor cutánea aguda versus Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica: un reto diagnóstico

Rafaela de Moraes Souza[1], Elena Sendagorta Cudós[1], Teresa Bellón Heredia[1], Guillermo Servera Negre[1], Esther Fiz Benito[1], José Manuel Busto Leis[1], Kyrylo Magaletsky Kharachko[1], Rafael Escudero Tornero[1], Tristán Gabriel Sobral Costas[1], Karem Humala Barbier[1], Pedro Herranz Pinto[1]
[1]Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Introducción
El espectro síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (SSJ/NET) y la enfermedad del injerto contra el receptor (EICR) aguda cutánea grado IV comparten características clínicas e histológicas, por lo que su diagnóstico diferencial se convierte en un verdadero reto. Considerando que existen diferentes estrategias terapéuticas, es importante diagnosticarlas correctamente e iniciar una terapia dirigida de forma precoz.

Caso clínico
Presentamos el caso de una mujer de 61 años con antecedente de síndrome mielodisplásico que a los 26 días de un alotrasplante hematopoyético desarrolló un exantema maculopapular que afectaba a tronco, cuero cabelludo, región retroauricular, zonas acras y mucosas. Presentaba despegamiento cutáneo en el 20% de la superficie corporal. La paciente recibió diversos antibióticos con anterioridad a la aparición de las lesiones. Se plantearon como posibilidades diagnósticas una EICR aguda cutánea grado IV y un SSJ/NET. La anatomía patológica y la cronología del cuadro fueron compatibles con ambas posibilidades.
Inicialmente, se pautó corticoterapia sistémica e inmunoglobulinas intravenosas, utilizadas en el tratamiento de ambas entidades, sin mejoría cutánea. La marcada afectación palmoplantar y retroauricular, más sugestivas de EICR aguda, así como lesiones periungueales similares a las descritas en algunos casos de EICR crónica y el tipo de acondicionamiento recibido (mieloablativo) constituían factores a favor de EICR aguda. Por contra, el trasplante era HLA-idéntico y la paciente no presentó EICR a nivel gastrointestinal o hepático. A favor de SSJ/NET la paciente presentaba el alelo HLA-A*32:01, asociado a toxicodermia por vancomicina, uno de los antibióticos que había recibido.
Como estudio adicional, realizamos un análisis del líquido de las ampollas por citometría de flujo para evaluar la proporción de los tipos celulares presentes, si bien la revisión de la literatura no ofrece estudios concluyentes en cuanto a la utilidad de esta técnica para la diferenciación de ambas entidades. No obstante, está descrito que en las biopsias de piel hay un mayor número de células Natural Killer en EICR aguda, mientras que en casos de SSJ/NET el ratio CD8/CD4 es más elevado. Encontramos datos paralelos en nuestro análisis: el ratio TCD8/TCD4 era más bajo de lo habitualmente observado en nuestro centro en casos de SSJ/NET y la proporción de células NK fue de 65,35%, siendo que en los casos de SSJ/NET estudiados en nuestro servicio el rango varia de 3 a 18%. Esta herramienta pudo aportarnos datos de forma muy rápida (en menos de una hora).
Se decidió iniciar terapia dirigida a EICR aguda con ruxolitinib y fotoaféresis, con una rápida mejoría de las lesiones cutáneas, lo que apoyó todavía más este diagnóstico.
Desafortunadamente, pocos días después la paciente falleció por complicaciones infecciosas y hemorrágicas.

Conclusiones
El presente caso pone de manifiesto la dificultad de diferenciar correctamente una toxicodermia grave en el espectro SSJ/NET de una EICR aguda cutáneo grado IV en pacientes susceptibles.
Resaltamos la importancia de seguir investigando características y parámetros que ayuden a diferenciar ambas entidades para enfocar de forma precoz el manejo terapéutico.
El estudio del líquido de las ampollas puede en un futuro ser una herramienta útil en esta diferenciación.

1155

Pioderma gangrenoso asociado a enfermedad inflamatoria intestinal

Valeria Orsi[1], Andrea Carolina Galvis Angulo[1], Ana Campastri[1], Griselda Poppi[1], Ramiro Calcagno[1], Rubén Eduardo Spiner[1], David Muhafra[1]
[1]Hospital General de Agudo Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción
El pioderma gangrenoso (PG) es una de las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal, de curso crónico, que se manifiesta en la mayoría de los casos como una úlcera dolorosa. Muchas veces, esta asociación plantea dificultades terapéuticas. Presentamos un caso de PG asociado a colitis ulcerosa (CU), que implicó un gran desafío en el tratamiento. Por otro lado, nos resultó de interés la relación que evidenciamos entre las exacerbaciones de la CU y el PG, y la mejoría de las úlceras al controlar la enfermedad de base, algo muy discutido y controvertido en la literatura.

Caso clínico
Paciente masculino de 53 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo II, anemia crónica, tromboembolismo pulmonar masivo en 2018 anticoagulado con acenocumarol y CU diagnosticada en 2016, que consistía en una pancolitis severa, corticoide dependiente, con múltiples exacerbaciones y regular respuesta a los tratamientos instaurados (adalimumab e infliximab). Consultó por úlcera de 2 meses de evolución en miembro inferior derecho, en relación a reactivación de la CU.
Al examen físico, presentaba úlcera de 5 cm de diámetro, dolorosa, con fondo fibrinoide, bordes sobreelevados y violáceos. Se realizó biopsia para estudio anatomopatológico que evidenció dermatitis neutrofílica asociada a vasculitis leucocitoclástica de vasos de pequeño y mediano calibre, compatible con pioderma gangrenoso. En dicho contexto, se decidió internación, se aumentó la dosis de corticoides sistémicos y se inició infliximab. El paciente presentó mejoría significativa de dicha lesión y de la enfermedad de base.
Un año después, presentó nueva lesión en cara anterior de pierna derecha, de similares características, en forma simultánea con exacerbación de la CU. Se indicó aumento de dosis de corticoides sistémicos y gastroenterología inició vedolizumab, con una respuesta satisfactoria de la CU y del PG. Actualmente se encuentra en tratamiento con deltisona 8 mg/día, azatioprina 75 mg/día, infliximab infusión mensual y vedolizumab infusión cada 2 meses. El paciente no presenta lesiones nuevas y su enfermedad de base se encuentra controlada.

Conclusiones
El interés del caso radica en presentar la clásica asociación de PG y CU. Por otro lado, evidenciamos en este caso una relación entre la actividad de la CU y las lesiones cutáneas. Mencionamos también la rápida respuesta del PG con corticoides, infliximab, y la franca mejoría ante el inicio de vedolizumab, al controlar la enfermedad de base.

1159

Um caso desafiante de Doença de Crohn metastática sem manifestações gastrointestinais

Ana Sofia Figueiredo Pereira[1], Maria Inês Coutinho[2]
[1]Hospital Distrital de Santarém, EPE, Santarém, Portugal, [2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A Doença de Crohn metastática (DCM) é uma manifestação cutânea rara da Doença de Crohn (DC), que se define pela presença de lesões cutâneas granulomatosas, não caseosas, sem contiguidade com o trato gastrointestinal. A maioria dos pacientes com DCM tem manifestações clássicas concomitantes de DC. Os autores relatam um caso de DCM sem envolvimento aparente do trato gastrointestinal, realçando as suas dificuldades diagnósticas e terapêuticas.
Caso clínico: Um homem de 36 anos recorreu à consulta de Dermatologia por uma dermatose polimórfica com 2 anos de evolução composta por lesões fissuradas lineares e profundas localizadas nas pregas inguinais, placa eritematoedematosa no sulco balano-prepucial e ainda múltiplos trajetos fistulosos nas nádegas e região inguino-escrotal. Este quadro tinha sido anteriormente interpretado como Hidradenite Supurativa (HS), tendo o doente já realizado vários ciclos de antibioterapia tópica e oral, apenas com benefício parcial e transitório. Ao restante exame físico não foram encontradas alterações. Quando questionado, o doente negava qualquer queixa gastrointestinal, bem como febre, perda ponderal recente ou outros sintomas sistémicos.
O estudo laboratorial realizado não revelou alterações significativas.
Foi realizada biópsia cutânea numa lesão fissurada inguinal cuja histologia demonstrou presença de infiltrado granulomatoso na derme profunda, constituído por granulomas bem circunscritos formados por histiócitos, células gigantes multinucleadas, linfócitos dispersos e ocasionais plasmócitos. As colorações pelo Ácido Periódico Schiff (PAS) e Ziehl-Neelsen não revelaram a presença de microorganismos. Os achados descritos sustentaram a hipótese clínica de envolvimento cutâneo por Doença de Crohn.
O doente foi avaliado em consulta de Gastroenterologia, realizando estudo complementar que incluiu colonoscopia e enterografia por tomografia computadorizada (TC), não se tendo identificado alterações significativas em nenhum dos exames.
Assumiu-se o diagnóstico de Doença de Crohn metastática sem evidência de doença gastrointestinal associada.
Nos meses seguintes, o doente foi medicado com sucessivos ciclos de antibioterapia oral (minociclina, metronidazol, clindamicina), vários ciclos de metilprednisolona por via oral (0.75mg/kg/dia em esquema de desmame) e azatioprina (que suspendeu por intolerância gastrointestinal), além da aplicação tópica de dermocorticóide de alta potência nas lesões.
Dada a intolerância à azatioprina e a necessidade constante de corticoterapia sistémica, optou-se por iniciar terapêutica biológica com adalimumab por via subcutânea (160mg na dose de indução; 80mg em D14; 40mg em D28 e depois 40mg de 2 em 2 semanas).

Apesar de boa resposta inicial ao adalimumab, três meses depois do início da terapêutica, houve re-agravamento das lesões previamente observadas e surgimento de lesões novas, com aspectos psoriasiformes, sobretudo localizadas ao couro cabeludo e áreas intertriginosas. Estas últimas foram interpretadas como reação paradoxal ao anti-TNF-α e responderam favoravelmente à aplicação tópica de dermocorticóide de elevada potência.
Após discussão multidisciplinar, e sendo o doseamento de anticorpos anti-adalimumab normal, aumentou-se a posologia do fármaco para 40mg/semana, obtendo-se uma melhoria razoável e sustentada das lesões.
Conclusões: Este caso destaca-se pela raridade da ocorrência de DCM sem manifestações gastrointestinais concomitantes, sendo evidente o papel determinante da biópsia cutânea para o diagnóstico definitivo.
Pretende-se ainda realçar a gestão terapêutica complexa e desafiante deste doente, abrindo espaço para a discussão de outras abordagens e perspetivas.

1174

Granuloma anular diseminado: estudio retrospectivo de 14 años

Pia Florencia Sanchez Martini[1], Gabriela Arzalluz[1], Maria Julia Boulet[1], Adriana Bassotti[1], Alicia Carolina Innocenti Badano[1], Leticia Tennerini[1]
[1]Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Introducción: El granuloma anular diseminado (GAD) es una variante clínica infrecuente de granuloma anular (GA), caracterizada por su asociación a enfermedades sistémicas, curso crónico y refractariedad al tratamiento. El objetivo de este estudio es establecer la incidencia de esta patología en nuestro medio y comparar las características clínicas y la asociación con enfermedades sistémicas, con la bibliografía actual.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se recopilaron datos de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de GAD evaluados en el Servicio de Dermatología del Hospital Lagomaggiore, entre enero 2008 y diciembre de 2021. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, patologías asociadas, tiempo de evolución, clínica, síntomas acompañantes, localización y correlación clínico-patológica. Se consideró GAD cuando presentaban diez o más lesiones.

Resultados: En el periodo de tiempo estudiado, se registraron 34 biopsias con diagnóstico histológico de GA, de las cuales, el 32,4% (n=11) correspondían al subtipo clínico diseminado. De éstos, nueve pacientes (81,8%) fueron mujeres y dos (18,2%) varones. El promedio de edad fue de 58 años, con un rango entre 45 y 77 años. Las asociaciones encontradas fueron: diabetes mellitus tipo 2 (36,6%, n=4), hipotiroidismo (36,6%, n=4) e hipertensión arterial (36,6%, n=4). Se observó la coexistencia de las dos primeras en el 18,2% (n=2). Se desconocen los antecedentes en tres casos (27,3%). El tiempo de evolución de las lesiones fue variable, de 1 a 60 meses (mediana: 7 meses). Todos los pacientes presentaron múltiples pápulas que confluían formando placas anulares, con disposición policíclica y límites netos, sobreelevados. Cinco (45,5%) refirieron prurito. En cuanto a la distribución de la dermatosis, el 81,8% (n=9) de los pacientes tenían afectación de miembros superiores, el 63,6% (n=7) de tórax y el 54,5% (n=6) de miembros inferiores. Se observaron lesiones en cuello en dos pacientes (18,2%) y faciales sólo en uno (9%). El diagnóstico presuntivo coincidió con el histológico en el 27,3% (n=3) de los casos.

Conclusiones: El GAD es una variante rara de GA. En nuestro medio, al igual que en la literatura, es más frecuente en mujeres. Encontramos asociación con diabetes mellitus, enfermedades tiroideas e hipertensión arterial, no pudiéndose demostrar la presencia o ausencia de otros trastornos como infecciones (VIH, VHB, VHC) o dislipidemia, ya que estos no estaban consignados en las historias clínicas. Las localizaciones más habituales de la variedad diseminada son el tronco, cuello y extremidades, lo que coincide con la presentación en nuestros pacientes. El diagnóstico es clínico y se confirma con la histopatología, en los casos dudosos. En la microscopía se observan granulomas dérmicos en empalizada con necrobiosis del colágeno, infiltrados linfohistiocíticos y presencia de mucina. El control de las comorbilidades también forma parte del manejo de estos pacientes. Para concluir, destacamos el rol del dermatólogo en la búsqueda de enfermedades sistémicas asociadas.

1187

Lupus miliar diseminado facial. Un caso interesante

Lisbeth Cedeño Herrera[1], Elfida Sanchez[1]
[1]*Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de la Piel Huberto Bogaert, Santo Domingo, Rep. Dominicana*

Introducción:
El lupus miliar diseminado facial o acné agminata es una enfermedad inflamatoria granulomatosa. Existen varias teorías sobre su etiología, pero ésta sigue siendo poco clara. Realizamos esta presentación por considerar que se trata de una patología de baja frecuencia, de difícil diagnóstico y complicado manejo terapéutico.

Caso clínico:
Femenina de 52 años de edad, foto tipo IV, ama de casa, procedente y residente de San José de Ocoa, con dermatosis que afecta cara de 4 meses de evolución, asintomático.
Antecedentes personales patológicos: Hipertensión arterial tratada con un combinado de Losartán 50mg y Amlodipina 5mg tabletas, 1 tableta diaria V.O, diabetes mellitus tipo 2 tratada con un combinado de Metformina 850mg y Glibenclamida 5mg tabletas, 1 tableta diaria V.O e insulina NPH, 20 unidades diario S.C. Gastritis tratada con Omeprazol 40mg tabletas, 1 tableta diaria V.O y Levosulpire 25mg tabletas, 1 tableta diaria V.O. y asma durante su infancia.
Examen físico: pápulas y nódulos eritematosos de aproximadamente 3mm-6mm de diámetro, infiltrados que afecta mejillas y parpados, bilateral.
Examen microscópico: Epidermis muestra aplanamiento de redes de cresta. En dermis principalmente medio-profundo observamos amplia zona de necrosis caseosa rodeada por infiltrado granulomatoso constituido por células epitelioides, gigantes multinucleadas, linfocitos. Las técnicas de PAS, Fite y Pinkus fueron negativas.
Diagnóstico histopatológico: Dermatitis granulomatosa con necrosis de caseificación
Nota: Hallazgos vinculables con lupus miliar diseminado facial (Acné agminata)
Tratamiento: Paciente actualmente siendo tratada con Limeciclina 300mg tabletas, 1 tableta diaria V.O por 15 días. Eritrosol 4% solución, aplicar sobre lesiones 1 vez al día por 15 días.

Conclusión:
El lupus miliar diseminado facial es una enfermedad inflamatoria crónica granulomatosa la cual suele afectar a adultos jóvenes y adolescentes, con predominio en mujeres. En nuestro caso se presenta en adulto mayor, siendo importante pensar en rosácea granulomatosa, por lo que en principio se planteó dicho diagnóstico. El acné agminata es una enfermedad infrecuente y así lo reafirma la falta de casos o series publicadas en español. Por esto nos ha parecido interesante publicar este caso, pues se trata de un proceso puramente dermatológico que puede ser orientado adecuadamente con la exploración clínica y cuyo diagnóstico de presunción puede confirmarse con una pequeña biopsia.

1199

Lesiones dermatológicas post covid 19 en Ecuador, Manabí, Manta.2020-2021

Lourdes Mercedes Aguayo Benalcazar[1], María José Hualpa[1], Briones Bladimir[1]
[1]Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabi, Manta, Ecuador

La manifestación predominantemente del coronavirus es respiratoria, aunque existen otras como las: gastrointestinales, neurológicas, endocrinas y dermatológicas. El objetivo es caracterizar las lesiones cutáneas que con mayor frecuencia del virus SARS-CoV2. Materiales y Métodos: Se efectúo un estudio prospectivo en el año 2020 -2021 en el Ecuador, provincia de Manabí, en la ciudad de Manta y además una revisión narrativa de la literatura científica, la búsqueda realizada en bases de datos, estadísticos, redes académicas: PubMed, Scielo, ResearchGate, Cochrane Lybrary, Redalyc, a partir de las palabras clave: "Manifestaciones dermatológicas COVID-19", "Lesiones cutáneas COVID-19", "Dermatología y COVID-19", "skin signs for Covid infection", Dermatology and COVID-19. El total de artículos fue 121, coincidentes con los criterios de inclusión, los mismos luego del cribado, se redujeron a 42.

Resultados: Los casos reportados del estudio fueron en el año 2020; 2430 casos confirmados con PCR positivo, se cargaron al sistema de vigilancia en Salud Pública 19544 casos, distribuido de la siguiente manera 10327 hombres y 9217 mujeres, 118 embarazadas de las cuales 21 fueron confirmadas con PCR positivo y 3 fallecieron. En el año 2021 se identificaron 2951 casos confirmados con PCR positivo se subieron al sistema de vigilancia de salud pública 18798 casos y se encontró 445 fallecidos de los que se confirmaron 291 casos, el sexo más frecuente fue el masculino, en el grupo etario de 20 a 49 años. en la literatura observaron que el 38,9% de los casos correspondió al sexo masculino y 27, 8% al femenino, en algunos casos no fue indicado. El 97,2% de los casos estaban confirmados con infección por COVID-19. Las lesiones cutáneas post covid predominantes fueron alopecia universal, estuvo presente en el 36,1% (26/72) de los pacientes, erupción pápulo-vesicular (vesículas) en el 34,7% (25/72), la urticaria se produjo en el 9,7% (7/72) las pápulas rojas violetas acrales dolorosas con o sin vesículas en el 15,3% (11/72), el 2,8% (2/72) presentó lesiones de livedo reticularis y (1,4%) presentó petequias y sabañones.

Conclusiones: la incidencia fue mayor en hombres que en mujeres, las lesiones dermatológicas más frecuentemente descritas son: alopecia universal, el eritema maculopapular, las pápulo-vesículas, la urticaria, las lesiones acrales, el livedo reticulares, las petequias y los sabañones.
Palabras clave: COVID-19, lesiones dermatológicas, lesiones cutáneas, infección por coronavirus, signos cutáneos.

1200

Coexistencia de dos linfomas cutáneos primarios: Micosis fungoide y linfoma cutáneo primario anaplásico CD30+, una presentación atípica

Martha Liliana Duque Bocanegra[1]
[1]Universidad El Bosque, Bogota, Colombia

Introducción
La micosis fungoide (MF) es el tipo más común de linfoma cutáneo de células T, seguido el trastorno linfoproliferativo CD30+, que incluye papulosis linfomatoide y el linfoma anaplásico de células grandes. Las dos entidades pueden coexistir, especialmente con papulosis linfomatoide. En este caso, se muestra la asociación de Micosis fungoide con linfoma anaplásico de células grandes CD30+, siendo una asociación infrecuente y las manifestaciones clínicas atípicas encontradas en este caso. Generalmente se presenta con un solo o grupo de tumores cutáneos localizados compuesto por tumores grandes atípicos linfocitos pleomórficos pero en este caso, la presentación clínica es atípica, mostrando la coexistencia de MF y linfoma anaplásico CD30+.

Caso clínico
Describimos a un hombre de 75 años, con antecedente de DM2 y psoriasis en placas, que desarrolló en un tiempo de 1 mes de aparición de placas y tumores localizados en extremidades superiores e inferiores y tronco, al examen físico se encontraron en extremidades superiores, glúteos, cara interna de los muslos y tronco anterior placas eritemato violáceas infiltradas, bordes irregulares bien definidos y en brazos tumores violáceos con telangiectasias en la superficie, infiltrados, asintomáticos, se realizó biopsia de piel de cara interna de muslo izquierdo y cara lateral de brazo derecho, que demuestra infiltrado linfoide cutáneo atípico. El estudio inmunohistoquímico demostró un patrón linfoide de predominio T, donde las células neoplásicas expresaban CD3 y CD4, con células CD30 positivo en un 40%, pero con escasas células entremezcladas de CD20 y discreta disminución de CD7, CD2 y expresión de células citotóxicas CD56 que confirma linfoma anaplásico CD30 positivo asociado a micosis fungoide. El paciente se remitió para manejo integral al servicio de dermatología oncológica para manejo integral.

Conclusión
Se presenta un caso con coexistencia de dos linfomas cutáneos primarios tipo Micosis fungoide en fase placa y linfoma cutáneo anaplásico CD30+, una entidad poco frecuente, en la que se resaltan los hallazgos clínicos atípicos en un paciente con antecedente de psoriasis en placas, se debe estudiar mediante biopsia de piel, correlación clínico histopatológica y realizar tratamiento multidisciplinario ante en compromiso sistémico, se han relacionado algunos casos.

08. Dermatología pediátrica

28

Caso clínico pediátrico

Mauricio Torres-Pradilla[1]
[1]Fundacion Universitaria de Ciencias de La Salud, Bogotá, Colombia

Caso clínico en dermatología pediátrica: diagnóstico y lecciones aprendidas.

Resumen no disponible

57

Hemangioma mixto tratado con laser 585 combinado con CO2

Héctor Cáceres-Ríos[1]
[1]Dermatologos Asociados, Lima, Perú

El tratamiento clásico de los hemangiomas es la observación pasiva del curso evolutivo y el uso de medicamentos como el propranolol o atenolol que pueden tener efectos secundarios al ser de uso sistémico. Recientemente se viene usando láser vascular para reducir vasos. En nuestro caso asociamos al uso del laser CO2 para remodelación del estroma del hemangioma

77

Neuropatía autonómica sensitiva tipo IV. Experiencia de 5 años del Hospital del niño y del adolescente morelense

Mario Rafael Duarte Abdala[1], Brenda Campos Rabadán[1]
[1]*Hospital del Niño y del Adolescente Morelense, Cuernavaca, México*

La neuropatía autonómica sensitiva tipo IV o también llamada insensibilidad congénita al dolor con anhidrosis es un trastorno autosómico recesivo que se caracteriza por una disminución en el número de fibras nerviosas mielinizadas y no mielinizadas de los nervios periféricos que causa disminución o ausencia de la sensación de dolor que conduce a aumentar hábitos de autoagresión.
El trastorno se ha asociado a mutación en el gen NTRK1 localizado en el cromosoma 1. Fue descrito por Dearborn en 1932 como trastorno de la percepción del dolor congénito
Se presenta un estudio retrospectivo a través de la revisión en expediente electrónico de 6 casos, que van desde los 4 años hasta los 11 años de edad, en busca de las características clínicas principales, así como los hallazgos en estudios diagnósticos.
Los datos clínicos que mostraron todos los pacientes mostraron retraso psicomotor de intensidad leve a su ingreso, anhidrosis y autoagresión con amputación de falanges distales, 4 pacientes ingresaron con fiebre desde el periodo neonatal y lactante, además de ulceras orales secundarias a mordeduras provocadas por los mismos pacientes.
Los hallazgos clínicos encontrados coinciden con lo reportado en la literatura.
Se realizó secuenciación genética en 5 pacientes, nos encontramos en espera del resultado.

87

Neurodesarrollo en pacientes con dermatitis atópica del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Mirna Eréndira Toledo Bahena[1], Karen Adilene Camargo Sánchez[1], Mario Rafael Duarte Abdala[2], Antonio Rizzoli Córdoba[1], Adriana María Valencia Herrera[1], Carlos Alfredo Mena Cedillos[1], Magdalena Ferrusquia Figueroa[1], SanCarmona Gutiérrez[1], Juan José Luis Sienra Monge[1]

[1]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México, [2]Hospital del Niño y del Adolescente Morelense, Cuernavaca, México

La DA se ha descrito como padecimiento sistémico, por sus manifestaciones y comorbilidades. El nivel de neurodesarrollo de niños con DA ha sido poco descrito, sin resultados concluyentes. Existen 3 estudios que abordan el neurodesarrollo en enfermedades atópicas (no existe un trabajo exclusivo para DA):
1. Julvez, 2009: asociación negativa de atopia y escalas cognitiva y competencia social.
2. Meldrum, 2012: menor desarrollo motor (p=0.016), especialmente motor grueso (p=0.007).
3. Bjarnadóttir, 2019: el nivel de neurodesarrollo, no fue asociado con dermatitis atópica (p>0.05).
Objetivo: Describir el nivel de neurodesarrollo en los pacientes con DA del Hospital Infantil de México Federico Gómez de acuerdo con la gravedad y grado de afectación en calidad de vida.
Hipótesis: De acuerdo con la gravedad de DA disminuye el nivel de neurodesarrollo y calidad de vida.
Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo. Estudio piloto con 36 pacientes (19 con DA leve, 13 con DA moderada y 4 con DA grave). Se realizó valoración para interrogatorio y exploración física, evaluación del SCORAD para clasificar en leve, moderada y grave, se aplicó CDLQI o el IDLQoI para calidad de vida e IDB-2 para neurodesarrollo.
Resultados: De los 36 pacientes incluidos, el 63.9% (n=23) masculinos, 36.1% (n=13) femeninos, edad media 44.19+23.4 meses. 56% DA leve, 36% DA moderada y 11% DA grave. 2 individuos mostraron retraso del neurodesarrollo y 1 retraso significativo, la gravedad de DA en éstos fue moderada y leve respectivamente. Los pacientes con DA grave presentaron niveles de neurodesarrollo normal e incluso en algunos dominios alcanzaron niveles avanzados y acelerados. En la afectación en la
calidad de vida se mostró amplia distribución entre los diferentes efectos, sin relacionarse con la gravedad de DA ni el nivel de neurodesarrollo.
Discusión y conclusiones: Ninguna de las observaciones realizadas, comprobaron la hipótesis de nuestro estudio, esto podría apoyar los datos obtenidos por Bjarnadóttir. La relación entre la DA y el neurodesarrollo persiste sin conocerse, para poder realizar una asociación será de utilidad realizar un estudio de cohorte que tome en cuenta el tiempo de exposición a la enfermedad, grupos de edad y todos los factores ya conocidos como factores de riesgo para el retraso en el neurodesarrollo. Los resultados obtenidos sólo son descriptivos y resultados de una sola observación. Las variables se midieron de forma simultánea, por lo que existe una ambigüedad temporal que dificulta la interpretación de una posible relación causa-efecto.

126

Vitiligo. Tratamiento con producto natural

Herodes Ramírez Ramirez[1], Fernanda Pastrana Fundora, Cesar Ramírez Albajés, Claudia Alemañy Díaz-Perera, Yikziam González Soto
[1]*Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez, La Habana, Cuba*

Introducción: El Vitiligo es una enfermedad pigmentaria adquirida, por destrucción selectiva parcial o completa de melanocitos, que afecta piel y mucosas, caracterizado por manchas hipocrómicas y acrómicas, asintomáticas, de curso crónico e impredecible. Se desconoce la causa; actualmente se considera parte de un proceso autoinmune sistémico asociado a una predisposición genética. También intervienen factores neurológicos, citotóxicos y psicológicos. La despigmentación altera la calidad de vida del paciente, y la respuesta al tratamiento es muy variable. Se desconoce la causa, al parecer un solo mecanismo no es suficiente para explicar su patogénesis; hoy tiende a considerarse un grupo de trastornos fisiopatológicos heterogéneos con fenotipo similar. Casi todos los casos son esporádicos, pero se han determinado factores genéticos, quizá con herencia autosómica dominante y patrón poligénico con expresividad variable y penetrancia incompleta; en 30 a 40% hay antecedentes familiares. También se ha relacionado con un defecto hereditario y un modelo especial en los dermatoglifos.
Metodología: Se realiza un estudio de corte longitudinal (piloto) con un producto natural (Oncoxin), en el Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez, en el período comprendido entre abril del 2019 hasta abril del 2020. El universo estuvo constituido por 12 pacientes que junto a sus familiares tuvieron la disposición de participar en la investigación, así como el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Objetivo: Determinar la eficacia del Oncoxin en el tratamiento del Vitiligo, en pacientes pediátricos.

Resultados: En la investigación predominaron los pacientes del sexo femenino, en el periodo de la preadolescencia. El fototipo de piel más afectado fue el III. En la mayoría de los pacientes se identificaron antecedentes patológicos familiares de Vitiligo. El factor descencadenante más evidente fue el estrés y predominaron los pacientes tímidos. Todos los pacientes toleraron sin reportar eventos adversos la administración del Oncoxin, según protocolo. La generalidad de los pacientes curó o mejoraron significativamente desde el punto de vista clínico, dado por la disminución del tamaño de la lesión inicial. Aproximadamente el 92% de los pacientes y familiares se sintieron satisfechos con el resultado obtenido. Es considerado, según la escala empleada en esta investigación un excelente en un 83%.

Conclusión: Se considera al Oncoxin una alternativa terapéutica excelente para los pacientes pediátricos con Vitiligo.

227

Dermatomiositis juvenil. Reporte de una patología rara en Colombia

Laura Ximena Torres Delgado[1], Claudia Juliana Diaz Gómez[1]
[1]*Hospital Universitario Del Valle, Cali, Colombia*

Introducción. La dermatomiositis es una enfermedad rara que hace parte de las miopatías inflamatorias idiopáticas. Estudios epidemiológicos reportan incidencia en EE.UU de 3.2 por millón de niños menores de 17 años, con predominio en pacientes de sexo femenino y una proporción mujer:hombre de 2,3:1,4 en EEUU. En el actualidad no se poseen datos sobre la incidencia y prevalencia de esta patologia en la poblacion pediátrica colombiana, por lo que se considera pertinente realizar el reporte de este caso clínico.

Caso clínico. Se trata de un paciente de sexo masculino de 13 años de edad, quien consultó a una institución de IV nivel en Cali, Colombia, por un cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en astenia y adinamia, asociado a debilidad muscular proximal. A su ingreso se tomaron estudios de laboratorio los cuales reportaron: CPK: 1417 U/L, LDH: 719U/L, Fosfatasa alcalina 145U/L, TGP: 41 U/L, TGO: 176. Fué valorado por dermatología, encontrándose al examen físico eritema heliotropo y pápulas de grotton en articulaciones metacarpofalangicas, junto con signo de grotton. Se consideró por clínica un diagnóstico altamente sugestivo de Dermatomiositis Juvenil, cumpliendo con tres criterios de Bohan y Peter, por lo que fué valorado por Reumatología pediátrica, quienes solicitaron una resonancia magnética (RNM) de muslos bilateral y realización de electromiografía (EMG) con neuroconducciones. La EMG se reportó anormal con miopatía aguda de las 4 extremidades con neuroconducciones normales y la RNM de muslos reportó edema e inflamación sin atrofia ni cambios de degeneración grasa de muslos o gluteos bilateral junto con edema de la fascia. Debido al compromiso severo, con puntajes de compromiso muscular muy bajos se inició manejo con pulsos de metilprednisolona por 3 días, prednisona 50 mg dia, metotrexate subcutáneo 12.5 mg semanal y se indicó depleción de células B con Rituximab, con lo que el paciente presentó mejoría clínica.

Conclusiones. La dermatomiositis juvenil es una enfermedad infrecuente, de naturaleza autoinmune, su etiopatogenia es desconocida. El diagnóstico se establece al tener en cuenta las características clínicas de la enfermedad, junto con la elevación de las enzimas musculares, como en el caso clínico comunicado. La biopsia muscular revela miositis inflamatoria con necrosis, vasculitis o inflamación, sin embargo no es imprecindible realizarla en caso de presentacion de síntomas típicos, por lo que no se consideró realizarla en el caso presentado. En general, la dermatomiositis juvenil es una entidad poco frecuente en nuestro medio, hasta la actualidad sin datos sobre su incidencia y prevalencia en la población pediátrica colombiana; en la mayoría de los casos reportados los pacientes tienen una larga evolución antes de que se les realice el diagnóstico, lo que dificulta el inicio de tratamiento y se asocia a una alta tasa de mortalidad, por lo cual es imprescindible su sospecha ante la presentación de signos y síntomas típicos.

264

Respuesta a la novedosa formulación de colesterol 2%/simvastatina 2% en el tratamiento de poroqueratosis lineal. Descripción de un caso y revisión de la literatura

Francisco Javier De La Torre Gomar[1], Javier Gimeno Castillo[2], Aida Menéndez Parrón[2], Pau Rosés Gibert[2], Amaia Sáenz Aguirre[2], Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya[2], Ricardo González Pérez[2]
[1]Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España, [2]Hospital Universitario Araba, Vitoria, España

INTRODUCCIÓN
Las poroqueratosis (PQ) son un grupo heterogéneo de trastornos en la queratinización caracterizados por una lamela cornoide. La poroqueratosis linear (PL) es un subtipo de PQ que se suele manifestar en la infancia con placas hiperqueratósicas lineales de distribución blaschkoide localizadas en extremidades. Recientes descubrimientos en su patogénesis han llevado a proponer una nueva vía terapéutica para estas entidades.

CASO CLÍNICO
Mujer de 6 años, sin antecedentes de interés, que consultaba por lesiones que presentaba desde los pocos meses de vida y que se localizaban en ambas extremidades inferiores. Las lesiones tenían una morfología anular, con borde queratósico marcado sugestivo de lamela cornoide y se extendían por rodillas, cara lateral y zona maleolar de ambas piernas siguiendo una distribución lineal. El estudio anatomopatológico confirmó nuestra sospecha diagnóstica de PL.
La paciente había recibido previamente tratamiento con gel de betametasona/calcipotriol, así como preparados con ácido láctico y urea, sin conseguir respuesta. Se pautó tratamiento con crema de colesterol 2%/simvastatina 2% 1 aplicación al día, empleándose únicamente en las lesiones de la rodilla para comprobar la respuesta al mismo. En la revisión a los tres meses, observándose desaparición del componente queratósico y disminución del eritema en las lesiones tratadas), refiriendo la famillia buena tolerancia al tratamiento.

DISCUSIÓN
En la PQ se han descrito recientemente mutaciones germinales de pérdida de función en la vía de biosíntesis del mevalonato, concretamente en los genes de la fosfomevalonato quinasa (PMKD) y mevalonato difosfato descarboxilasa (MVD). Éstas tienen como consecuencia la disminución de sus productos finales (entre ellos el colesterol) y acúmulo de metabolitos tóxicos, llevando esto a un incremento de la apoptosis prematura de los queratonicitos, que podría dar lugar al fenotipo presente en las PQ. Teniendo en cuenta estos hallazgos, así como un estudio previo en el que se evidenció una respuesta favorable en el tratamiento de la hemidisplasia congénita con nevo ictiosiforme y defectos en las extremidades (síndrome CHILD), Aytzmony y colaboradores propusieron una formulación que contuviese un inhibidor de la HMG-CoA reductasa junto a colesterol para el tratamiento de estas entidades. Estos, obtuvieron respuesta favorable la pomada de colesterol 2%/lovastatina 2% (C/L) en el tratamiento de poroqueratosis actínica superficial diseminada (PASD) (1 paciente), en poroqueratosis palmar y plantar diseminada (2 pacientes) y en PL (2 pacientes). Esta respuesta ha sido apoyada con posteriores publicaciones tanto en PL como en PASD.
El conocimiento acerca de la farmacocinética de las estatinas cuando se aplican de forma tópica es limitado. Se piensa que estatinas lipofílicas como la lovastatina o la simvastatina tendrían una mayor eficacia debido a un aumento de la absorción transcutánea. Asimismo, se desconoce si la efectividad del tratamiento depende de la presencia de variantes genéticas específicas.
Presentamos el primer caso de respuesta satisfactoria a la formulación de C/S para el tratamiento de PL, proponiendo la misma como una alternativa terapéutica en caso de no disponer de la formulación de lovastatina. Serán necesarios futuros estudios para comprobar la verdadera eficacia y seguridad de este tratamiento.

315

Edema digital e descolamentos bolhosos localizados às mãos numa criança de 11 anos

Maria Relvas[1], Joana Xará[1], Leonor Ramos[1], Mariana Batista[1]
[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: Poucos meses após o início da pandemia de COVID-19 começaram a ser descritos os primeiros casos de manifestações cutâneas associadas à infeção. Posteriormente múltiplos casos clínicos isolados, séries de casos e estudos prospetivos com um número considerável de doentes permitiram uma melhor caracterização e classificação dessas manifestações. Estas incluíam erupções maculopapulares, urticariformes, papulovesiculares e purpúricas/petequiais, bem como lesões essencialmente localizadas às extremidades. Inicialmente as lesões acrais eram divididas em dois grupos: tipo-perniose e acro-isquémicas. Contudo, graças à crescente observação e estudo destas manifestações, as lesões acrais podem atualmente ser classificadas em, pelo menos, 10 subtipos. O reconhecimento das manifestações cutâneas associadas à COVID-19 é fundamental pois poderão constituir a primeira pista para o diagnóstico da infeção.

Caso Clínico: Descrevemos o caso de uma menina de 11 anos, previamente saudável, observada em consulta por lesões dolorosas das mãos com 2 semanas de evolução. A anamnese não revelou sintomas sistémicos nomeadamente febre, artralgias, mialgias ou fenómeno de Raynaud. O exame dermatológico revelou diminuição da temperatura das mãos e edema digital, o qual era mais pronunciado no segundo dedo bilateralmente e resultando em acrocianose. Adicionalmente eram evidentes descolamentos bolhosos de conteúdo sero-hemático, um deles com pústula central e descamação palmar e digital. A capilaroscopia não revelou alterações bem como o restante exame físico, incluindo as extremidades inferiores.

Foram colocadas como hipóteses diagnósticas dermatose neutrofílica dorsal das mãos, vasculopatia ou lesões acrais associadas à COVID-19. Foi solicitado o seguinte estudo complementar: hemograma completo, provas de coagulação, funções renal e hepática, proteína C-reativa, velocidade de sedimentação, eletroforese de proteínas, anticorpos anti-nucleares, anti-citoplasma do neutrófilo e anti-fosfolipídicos, crioglobulinas, análise sumária da urina e zaragatoa para a deteção de RNA de SARS-CoV-2 por real time polymerase chain reaction. Foi ainda programa biópsia cutânea.
O estudo analítico não demonstrou alterações à exceção da zaragatoa para a deteção de RNA de SARS-CoV-2 que se revelou positiva. A doente adotou de imediato medidas de isolamento motivo pelo qual não chegou a realizar biópsia. Foi medicada com propionato de clobetasol tópico 2 vezes por dia, para alívio sintomático, com resolução completa das lesões em 2 semanas. De realçar que permaneceu assintomática para queixas extracutâneas de infeção por SARS-CoV-2.

Conclusão: Na idade pediátrica, as manifestações cutâneas associadas à COVID-19 mais comuns dizem respeito a lesões acrais, nomeadamente lesões tipo-perniose. Estas caracterizam-se por máculas, pápulas ou placas edematosas, eritemato-violáceas, pruriginosas ou dolorosas, que envolvem mais frequentemente os pés. Contudo, variantes atípicas desta manifestação têm vindo a ser descritas, incluindo lesões localizadas exclusivamente às mãos ou associadas a pústulas, descolamentos bolhosos e dactilite. Geralmente ocorrem em contexto de infeção assintomática ou ligeira e resolvem espontaneamente em cerca de 2 semanas, como no caso desta doente.
O interesse do caso relatado prende-se no facto de não apresentar as habituais lesões acrais tipo-perniose observadas em contexto da COVID-19, mas sim uma variante atípica. Os autores sugerem que no atual contexto pandémico, em situações de difícil enquadramento de lesões acrais de novo em crianças previamente saudáveis e com bom estado geral, se exclua infeção por SARS-CoV-2.

425

Histiocitosis de células de Langerhans, una presentación cutánea atípica

Karhyn Milagros Ríos Serna[1,2], Iris Kikushima[1], Rosalía Ballona[1]
[1]Instituto Nacional del Niño, Lima, Perú, [2]Sanna San Borja, Lima, Perú

La Histiocitosis es una enfermedad rara que se caracteriza por la proliferación y acumulación de células del sistema mononuclear fagocítico infiltrando diversos órganos, siendo muchas veces la piel el único dato inicial, para el diagnóstico temprano de esta enfermedad, que puede ir desde algo leve hasta terminar en un desenlace fatal; por tal motivo el interés de estudiar este caso y poder actuar a tiempo.
Presentamos el caso de un lactante varón de 5 meses; que desde los 3 meses de edad, presenta lesiones en piel tipo "manchitas" blancas y otras sobreelevadas, las cuales se inician en pecho y espalda y se distribuyen hacia la parte inferior de tronco. Refiere presentar esporádicamente infecciones del tracto respiratorio superior, niega fiebre. Las lesiones en piel persistieron aumentando en número. Como antecedentes prenatales, la madre presentó Infección del Tracto Urinario durante la gestación en 1 oportunidad, recibiendo tratamiento.
Al examen físico presenta lesiones maculares hipocrómicas de superficie lisa y algunas levemente descamativas, de aproximadamente 0,2 a 0,5 cm de diámetro, de bordes poco definidos, algunas confluyentes localizadas a predominio de espalda y a nivel de tórax y zona glútea. Así también se asocia lesiones tipo manchas hipocrómicas de base levemente rosadas que compromete pliegues axilares e inguinales. Además, presenta lesiones eritemato descamativas, costrosas, confluentes, en cuero cabelludo. No visceromegalia, no adenopatías. La radiografía de cráneo y huesos largos reveló lesiones osteolíticas múltiples, 1 a nivel parietooccipital y otra a nivel frontoparietal del cráneo.
Se solicitó exámenes hematológicos (Anemia), ecografía abdominal (Esplenomegalia).
Se realizó biopsia de una de las lesiones, se observa proliferación de células histiocíticas, citoplasma amplio y núcleo indentado en dermis papilar y la Inmunohistoquímica revelo S-100 y CD1a positivo.
Con estos hallazgos se hizo el diagnóstico de Histiocitosis de células de Langerhans.
El presente caso resulta de gran interés ya que es una entidad poco frecuente, una incidencia de 4 a 9 por millón de habitantes
al año y nos aporta nuevos conocimientos sobre forma de presentación, antecedentes epidemiológicos y diagnóstico para llegar a concluir en dicha enfermedad.
Dada la frecuencia de presentación cutánea como el único dato inicial, es fundamental que el dermatólogo esté familiarizado con esta enfermedad y con sus diversas manifestaciones cutáneas, sobretodo las inusuales como en este caso.

447

Plasmocitosis cutánea primaria benigna infantil: comunicación de 2 casos

Maria Lia Pieretti[1], Juan Carlos Garcés Santos[1], Enrique Uraga Peña[1]
[1]*Centro Privado de Piel EUP, guayaquil, Ecuador*

La plasmocitosis cutánea primaria benigna infantil, también denominada "placa linfoplasmocítica pretibial infantil" es una entidad rara recientemente diagnosticada. Se caracteriza por la presencia de una placa solitaria, asintomática, de coloración marrón-rojiza o violácea, de límites bien definidos, que se acompaña en su interior de escamas y pequeñas pápulas. Afecta con mayor frecuencia a niños, inclusive desde el nacimiento, y adolescentes, con predominancia en el sexo femenino. Se localiza comúnmente en las extremidades inferiores, aunque puede aparecer en cualquier área del cuerpo. La etiopatogenia es desconocida, sin embargo, se postula que sea un proceso reactivo a ciertos antígenos. El diagnóstico se realiza en base a la clínica y la histopatología característica compuesta por un denso infiltrado inflamatorio de linfocitos y células plasmáticas maduras en dermis profunda, con distribución perivascular y perianexial. El estudio inmunohistoquímico confirma el patrón policlonal debido a la coexistencia de las cadenas kappa y lambda positivas en las células plasmáticas. Deben descartarse otras enfermedades sistémicas que provoquen infiltración de plasmocitos, y linfocitos en su histología, como enfermedades autoinmunes, infecciosas y neoplasias. En la edad pediátrica, la plasmocitosis adopta una evolución crónica, benigna y estable en el tiempo, con una respuesta parcial a tratamientos tópicos, pulsed dye laser o crioterapia. La resección quirúrgica completa es el tratamiento definitivo. A pesar de su benignidad, se recomienda un seguimiento a largo plazo.
Caso 1: Presentamos un niño de 1 año y 10 meses de edad, que consulta por una lesión solitaria, asintomática, desde el nacimiento, localizada en región axilar derecha. Al interrogatorio, no presenta antecedentes de enfermedades autoinmunes, cuadros infecciosos, traumatismos o picaduras de insectos previos. Al examen físico, se observa una única placa, bien delimitada, de coloración eritemato-parduzca, escamosa con pápulas en su interior, de tamaño 1.5 x 2cm, situada en cara lateral derecha del tronco superior. La histopatología reveló en la dermis profunda, un infiltrado inflamatorio denso compuesto por linfocitos y plasmocitos maduros sin signos de atipía de distribucion perianexial y perivascular. Se realizó conjuntamente el estudio inmunohistoquímico, con presencia de las cadenas kappa y lambda positivas en las células plasmáticas. A su vez, se descartaron enfermedades sistémicas y procesos infecciosos secundarios. En base a los hallazgos clinicopatológicos se estableció el diagnóstico de plasmocitosis cutánea primaria benigna. Se mantuvo conducta expectante y seguimiento periódico.
Caso2: Un adolescente de 14 años, de sexo masculino, acude a la consulta por presentar desde los 6 años de edad una placa marrón-rojiza, levemente pruriginosa, localizada en cara anterior de la pierna izquierda. Ante la sospecha de un granuloma de Majocchi se solicitó un estudio micológico de la lesión que fue negativo. La histopatología informó un infiltrado linfoplasmocitario cutáneo compatible con una placa linfoplasmocitaria pretibial infantil. Se solicitó el estudio inmunohistoquímico confirmándose el patrón policlonal. Se inició tratamiento vía oral con minociclina y sesiones de fototerapia con buena evolución.
El interés de ambos casos está centrado en mostrar una entidad rara y benigna en niños y destacar la importancia de su sospecha diagnóstica para confirmarla mediante el estudio histopatológico e inmunohistoquímico.

537

Necrosis grasa subcutánea del recién nacido con hipercalcemia sostenida

Andrea Mariel Enamorado Herrera[1], Gustavo Adolfo Lizardo Castro[2]
[1]Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras, [2]Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras

Introducción. La necrosis grasa subcutánea del recién nacido es una paniculitis poco frecuente, benigna y transitoria que ocurre usualmente en neonatos de término o postérmino que han experimentado estrés mecánico perinatal, o madre con diabetes, preclampsia, etc. Su incidencia es desconocida y suele asociarse a ciertas complicaciones, siendo la hipercalcemia la más común y severa. A continuación se presenta un caso de necrosis grasa subcutánea del recién nacido con hipercalcemia sostenida.

Caso Clínico. Paciente femenina de 34 días de edad referida al Servicio de Dermatología pediátrica por presentar nódulos en la espalda de una semana de evolución. Al examen físico se observó en la espalda múltiples nódulos eritematovioláceos de consistencia firme aparentemente no dolorosos. Cursa con buen estado general, sin fiebre y alimentándose bien. Antecedentes de ser producto de madre de 42 años G7, P4, A2, C (cesárea hace 22 años) y FUP hace 17 años. Embarazo sin complicaciones, trabajo de parto distócico con 12 horas de contracciones uterinas irregulares por lo que se indicó conducción con Oxitocina por 5 horas presentando sufrimiento fetal agudo, se ignora su APGAR; se complicó con hemorragia postparto secundaria a dehiscencia uterina siendo sometida a histerectomía subtotal. Laboratorio reportó glucosa 80 mg/dL, calcio 10.5 mg/dL (8.5-10.1 mg/dL), albúmina 3.1 g/dL (calcio corregido 11.4 mg/dL), triglicéridos 191 mg/dL (30-150 mg/dL), hemoglobina 9.7 g/dL, VCM 95.6 fL, HCM 32.0 pg, paratohormona (PTH) 50.3 pg/dL y vitamina D 52 ng/mL. Se encontró hipercalcemia, hipertrigliceridemia y anemia normocítica normocrómica. Electrocardiograma y ultrasonido abdominal normales. La biopsia de piel reportó: infiltrado lobulillar de histiocitos, la mayoría multinucleados, adipocitos de tamaño variable conteniendo cristales en forma de agujas en disposición radiada e histiocitos multinucleados confirmando el diagnóstico de necrosis grasa subcutánea. Fue manejada su hipercalcemia con líquidos intravenosos y furosemida por 48 horas egresando con calcio sérico 9.7 mg/dL y manteniendo niveles altos en controles mensuales, resultando 6 meses después con calcio 10.8 mg/dL y triglicéridos de 242 mg/dL, con normalización de hematocrito 12.6 g/dL, sin embargo la paciente se ha mantenido asintomática.

Conclusión. Consideramos de interés presentar este infrecuente caso especialmente para pediatras y médicos generales con el fin de evitar manejos agresivos e inapropiados, ya que su manejo es conservador y solo se tratan las complicaciones como la hipercalcemia que por lo general remite pronto; ocasionalmente se mantiene alta hasta por un año. La paciente está asintomática y lleva 6 meses con hipercalcemia sostenida sin evidencia de nefrocalcinosis. Declaramos que los autores no presentan conflicto de interés.

541

Nevo de Spitz en paciente pediátrico. Correlación clínico-histopatológica

Isora Montenegro Valera[1], Mauricio Darío Ledesma Levayen[2], Ada de las Mercedes Prior Garcìa[1]
[1]Universidad de Especialidades Espìritu Santo, Guayaquil, Ecuador, [2] Hospital del niño Icaza Bustamante, Guayaquil, Ecuador

Se realiza la presentación de un caso clínico en paciente pediátrica femenina con lesión cutánea de aspecto tumoral de seis años de evolución en extremidad inferior acompañada de prurito moderado con un patrón compatible con Nevo de Spitz durante la realización de Dermatoscopia. Se realiza Biopsia de la lesión por ponche y se corrobora el diagnóstico.

El nevo de Spitz suele aparecer en las primeras dos décadas de la vida, aunque un tercio de los casos puede aparecer en la edad adulta, siendo raramente congénito. Corresponde al 1% de los nevos extirpados en la infancia y su incidencia es discretamente mayor en mujeres. Desde el punto de vista clínico aparece generalmente como una pápula oval o redondeada, solitaria, de superficie lisa, con un diámetro generalmente menor a un centímetro. Sus colores pueden variar del rosado al marrón rojizo o púrpura, debido a la falta de melanina. Es asintomático y su velocidad de crecimiento es variable. Su localización habitual es en la cara y extremidades. En ocasiones, las lesiones pueden presentar otras características como superficie verrucosa, descamación leve, costra o erosión. La ulceración es rara y debe alertarnos a pensar en melanoma. Desde el punto de vista dermatoscópico se han descrito siete patrones diferentes en esta entidad: globular, estallido de estrellas, reticular, reticular invertido, homogéneo, atípico y verruciforme. Histopatològicamente las lesiones spitzoides pueden tener desde el punto de vista histopatológico características de benignidad, una o más características de atipía, y características de malignidad, y de esta forma se pueden clasificar a grandes rasgos en tres categorías: nevo de Spitz/Reed clásico, nevo de Spitz atípico y melanoma spitzoide.

Es de vital importancia realizar una adecuada correlación clínico histopatológica para descartar el Melanoma Maligno y tomar una conducta terapéutica adecuada.

Palabras Claves: Nevo de Spitz, Lesión tumoral, Paciente pediátrico, Biopsia por ponche

548

Diversas caras de la morfea en la infancia. Estudio retrospectivo de 10 años en la consulta de dermatología pediátrica del Instituto de Biomedicina Jaciento Convit-Hospital Vargas de Caracas

Patricia Patiño Guinand[1], Ana Maria Pulido[1], Maria Panniello[1], Ricardo Perez Alfonzo[1]
[1]*Instituto de Biomedicina Jacinto Convit. Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela*

La morfea, también conocida como esclerodermia, es un desorden fibroso raro de la piel y tejido subcutáneo; se diferencia de la esclerodermia sistémica por la ausencia de esclerodactilia, fenómeno de Raynaud y alteración de los capilares periungueales. Su incidencia es de 0.4 a 2,7 por cada 100.000 habitantes, es igual de frecuente en adultos y niños. Se ha reportado que el 90% de aparición en los niños es entre los 2 y 14 años, es más común en el sexo femenino de 2,4 a 4,2:1. Existen cinco formas clínicas: circunscrita o localizada, lineal, generalizada, panesclerótica y las formas mixtas. La variante lineal es la más común en los niños, y puede causar atrofia muscular, discrepancia entre las extremidades y contracturas articulares. Objetivo: identificar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de morfea diagnosticados en la consulta de dermatología pediátrica del Servicio de Dermatología del Instituto de Biomedicina "Jacinto Convit" del Hospital Vargas, en el período comprendido entre Enero 2003 y Diciembre 2013. Métodos: se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y trasversal, en donde se revisaron las historias de pacientes pediátricos de 0 a 12 años, con diagnóstico de Morfea, analizando las principales características clínicas y epidemiológicas de dicha entidad. Resultados: Se identificaron 64 casos, la mayoría de los cuales correspondieron al sexo femenino (62,5%), el grupo etario más afectado fueron los preescolares, siendo la edad promedio de 6,4 años. La variante más frecuente fue la lineal (59,37%); seguida por la morfea circunscrita (37,5%); sólo se encontró un caso de morfea generalizada y un caso de la variante panesclerosante. En la mayoría de los casos el tratamiento fue combinado con agentes sistémicos y tópicos. Conclusiones: Es importante el conocimiento de la morfea y sus variantes, que aunque es poco frecuente, su tratamiento oportuno mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes.

557

Poliartrite e nódulos dolorosos nas pernas, qual a etiologia

Sónia Raquel Mendes[1], Filipa Ferreira[2], Paula Estanqueiro[2], Manuel Salgado[2], Leonor Ramos[1]
[1]Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal, [2]Serviço de Reumatologia Pediátrica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: São poucas as doenças que cursam com poliartrite e nódulos cutâneos dolorosos: poliarterite nodosa cutânea, doença inflamatória intestinal crónica, doença de Behçet, sarcoidose, doenças linfoproliferativas, doença de Poncet, paniculite lúpica e artrites reativas. Destas, as mais comuns em idade pediátrica são a febre reumática e a sua variante, artrite reativa pós-estreptocócica. Caso clínico: Apresentamos um caso de doente do sexo masculino de 10 anos de idade, referenciado para Dermatologia Pediátrica e Reumatologia Pediátrica por febre intermitente, associada a poliartrite mista fixa e migratória, com um mês de evolução. Há duas semanas, com múltiplas lesões nodulares violáceas dolorosas nos membros inferiores, sobretudo na face posterior das pernas. Laboratorialmente: hemoglobina 8,7 g/dL, leucócitos 12.180/uL (71% neutrófilos), velocidade de sedimentação 75mm/h, proteína C reativa 4,8 mg/dL, título de antiestreptolisina O 1200 UI/L e anticorpos antidesoxirribonuclease B 1170 UI/mL. Foi efectuada biópsia cutânea de um nódulo, compatível com eritema nodoso. Avaliação cardíaca normal. Iniciou profilaxia com penicilina G benzatina 1.200.000 UI/IM, de 3 em 3 semanas. Por epigastralgias e pela exuberância das queixas foi medicado com metilprednisolona (1,5mg/kg/dia), com resolução da sintomatologia em duas semanas. Referiam episódio de amigdalite aguda, com teste rápido para pesquisa de Streptococcus pyogenes negativo, quatro semanas antes. Conclusões: O doente cumpria critérios de febre reumática, nomeadamente poliartrite, febre, reagentes de fase aguda elevados e evidência de infecção estreptocócica recente. Também a biópsia cutânea, realizada pela localização atípica das lesões, era compatível com eritema nodoso. Ambas as entidades, febre reumática e eritema nodoso são complicações reativas conhecidas da infecção estreptocócica. A associação de eritema nodoso com febre reumática é raramente descrita na literatura, mas é comum com a artrite reativa pós-estreptocócica. Os testes rápidos para pesquisa de Streptococcus pyogenes têm uma sensibilidade igual ou superior a 90%, justificando prudência perante uma clínica sugestiva mas com teste negativo. Contudo, estão também descritos casos reativos a Streptococcus do grupo não A, podendo ser esta outra explicação possível.

565

Infección diseminada por Mycobacterium abscessus en un paciente pediátrico con enfermedad renal crónica terminal

Alicia Paola Sánchez Padilla[1], Mirna Erendira Toledo Bahena[1], Adriana María Valencia[1]
[1]*Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México*

Introducción: En los últimos años, ha habido un aumento progresivo de las infecciones cutáneas producidas por micobacterias no tuberculosas (MNT); patógenos oportunistas por excelencia que afectan con frecuencia a pacientes inmunocomprometidos. La afección a piel y tejidos blandos suelen deberse a una inoculación directa de MNT a través de inyecciones, heridas traumáticas o quirúrgicas. En algunos casos se asocian a bacteremia relacionada a catéter intravascular, mientras que en otros casos el foco primario no puede definirse. La prevalencia precisa de la enfermedad debido a las diferentes especies de MNT es desconocida. En pacientes pediátricos, la enfermedad por MNT predominante es la linfadenitis cervical y solo ha habido reportes escasos de enfermedad diseminada, de los cuales existen pocos datos en la literatura. Micobacterium abscessus, es una micobacteria de crecimiento rápido, cuya incidencia va en incremento, sin embargo la afectación a piel y tejidos blandos es infrecuente, esta se presenta como múltiples nódulos subcutáneos de color violáceo y abscesos recurrentes y crónicos que drenan espontáneamente.
El diagnóstico microbiológico de certeza se establece con el aislamiento en cultivo de las micobacterias y el tratamiento de las infecciones por MNT es complicado, ya que causan multiresistencia.

Caso clínico: Masculino de 5 años, originario de Ciudad de México, con antecedente de retinoblastoma de ojo derecho, post-operado de enucleación, enfermedad renal crónica secundaria a toxicidad por cisplatino, en tratamiento renal sustitutivo, hipertensión arterial sistémica, y antecedente de infección asociada a catéter para hemodiálisis, con asilamiento de Micobacterium abscessus en hemocultivo central y periférico.
Presenta dermatosis diseminada a todos los segmentos con predominio en extremidades, constituida por multiples nódulos blando, bien definidos, de color de la piel y marrón, móviles, de 0.5 a 1cm, dolorosos a la palpación, que evolucionan a abscesos con salida de material caseoso así como manchas hiperpigmentadas, de 4 meses de evolución.
Se realiza biopsia de piel: Paniculitis septal y lobulillar. Se realiza tinción de Zielh-Neelsen positiva.
Tras 4 meses de tratamiento con Tigeciclina, Linezolid y Amikacina, no hubo remisión de lesiones, se sospechó resistencia al tratamiento, se toma PCR para micobacterias el cual se reportó positivo: Micobacterium abscessus, así como cultivo con multiresistencia.

Conclusiones: Las micobacterias atípicas son capaces de producir enfermedad cutánea, manifestándose con la aparición de nódulos y abscesos recurrentes relacionados con el estado de inmunidad del paciente y/o con procedimientos quirúrgicos. Micobacterium abscessus causa infecciones en piel y tejidos blandos caracterizada por abscesos que se fistulizan, con salida de material caseoso de predominio en y extremidades inferiores. Sin embargo la presentación diseminada es poco común y excepcional.
El diagnóstico se basa en el aislamiento en cultivo de las micobacterias, ya que la observación directa mediante tinción ácido-alcohol resistente es positiva sólo en porcentajes bajos. La identificación definitiva de estas se hace mediante biología molecular.
El tratamiento deberá individualizarse de acuerdo con estudios de sensibilidad ya que estas micobacterias son capaces de producir bio-películas, además de mutaciones genéticas lo que facilita la multiresistencia; ahí radica la importancia de la sospecha diagnóstica, para dar tratamiento oportuno y curación de la enfermedad.

569

Dermatitis atópica severa de difícil manejo en un adolescente latino adecuadamente controlada con Dupilumab: reporte de caso

Juan Felipe Nieto Rodriguez[1], María Fernanda Ordoñez Rubiano[2]
[1]Residente Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia, [2]Dermatologa Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica que requiere tratamientos sistémicos en algunos pacientes (1,2). En 2019 la Food and Drug Administration (FDA) aprobó el uso de dupilumab para niños de 12 a 17 años con DA moderada a severa, sin embargo, esta aprobación aún no ha sido aceptada en Colombia (1,2,3). Reportamos el caso de un paciente adolescente con DA severa de difícil manejo (sin respuesta a múltiples inmunosupresores sistémicos) que presentó una mejoría clínica significativa con el uso de dupilumab, siendo éste el primer caso reportado en Colombia.

Paciente masculino de 14 años de edad quien fue diagnosticado con DA desde el primer año de vida. Presenta criterios de severidad desde los 10 años, con deterioro significativo desde hace 1 año. Antecedentes de rinitis alérgica, y enfermedad acido péptica secundaria a medicamentos.Desde la infancia se encontraba en manejo con emolientes, humectantes, corticoides y tacrolimus tópicos. En los últimos 4 años, desde que su enfermedad se torna severa, recibió múltiples tratamientos sistémicos no biológicos: fototerapia UVA-1 y UVB-NB, prednisona (0,5 y 1 mg/kg), múltiples ciclos en diferentes ocasiones, azatriopina (3 mg/kg por 4 meses), ciclosporina (5 mg/kg por un año), sin mejoría por lo que recibe metotrexate (15 mg semana), sin mejoría y con requerimiento de hospitalización por enfermedad ácido péptica secundaria. Se cambia a mofetil micofenolato (1000mg/ 12 horas) y prednisona (1 mg/kg). A pesar del manejo, el paciente persiste con criterios de severidad de la enfermedad: Patient Oriented Eczema Measure (POEM): 25/28, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD): 76/103, Eccema Area Severity Index (EASI): 38/72, Pruritus Numerical Rating Scale (NRS): 9/10, Dermatology Life Quality Index (DLQI): 12/30.

Dado el cuadro del paciente, la utilización previa de múltiples alternativas terapéuticas sistémicas, sin obtener una mejoría del cuadro, se decidió el uso de dupilumab; el medicamento recibió aprobación por la FDA en 2019, sin embargo, en Colombia no se encuentra aprobada en pacientes de 12 a 17 años, por lo que se solicitó como urgencia médica e inició tratamiento según su peso (40 kg) con una dosis inicial de 400mg, por vía subcutánea, seguida por 200 mg cada 14 días. A las 4 semanas de inicio del medicamento, se observó una franca mejoría evidenciada mediante clinimetría así: POEM: 6/28, SCORAD 12/103, DLQI 7/30, NRS: 7/10 y EASI: 15/72 sin evidencia de efectos adversos hasta la realización de este reporte y únicamente en tratamiento con terapia proactiva con tacrolimus tópico 3 veces por semana.

En conclusión, reportamos el primer caso en la literatura de un adolescente con DA severo tratado con dupilumab en Colombia. Recalcamos la dificultad en el manejo del paciente, sin presentar respuesta a ningún inmunosupresor sistémico y la rápida y marcada mejoría del paciente con el inicio del dupilumab, el cual es una alternativa terapéutica de alto costo, no aprobada en este grupo etario en nuestro país pero que puede ser una opción para aquellos casos recalcitrantes que ya hayan sido expuestos a múltiples terapias sistémicas sin presentar mejoría de su enfermedad.

614

Dermatosis ampollosa IgA lineal idiopática: a propósito de un caso

Vania Lukoviek[1], Lucero Noguera[2], Ángela Hernández[2], Isabel Colmenero[2], Antonio Torrelo[2]
[1]Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España, [2]Hospital Niño Jesús, Madrid, España

Introducción: la dermatosis ampollosa IgA lineal es una enfermedad inflamatoria autoinmune definida por la presencia de autoanticuerpos IgA a lo largo de la unión dermoepidérmica. Su incidencia es de <0,5-2,3/1000000 habitantes por año y afecta principalmente a niños preescolares y adultos mayores. Existe una predisposición genética con HLA-DR3, HLA-DQW2 y HLA-B8. La mayoría de los casos son idiopáticos, aunque se han reportado casos asociados a fármacos, enfermedades autoinmunes y neoplasias. Clínicamente, se caracteriza ampollas tensas umbilicadas o en diana, de disposición arrosariada o en collar de perlas sobre una base eritematosa en región facial, abdomen, glúteos, genitales, muñecas y tobillos asociadas a prurito o quemazón.

Caso clínico: niña de 2 años sin antecedentes personales de interés, acude a Dermatología por lesiones vesiculo-ampollosas pruriginosas de dos semanas de evolución. En la exploración física, destacaba la presencia de un múltiples ampollas y vesículas con lesiones eritematosas en roseta de periferia vesiculosa distribuidas en tronco, extremidades, inclusive palmas y región facial, siendo más densas en glúteos, MMII y región cervical. Ante la sospecha clínica, se realiza biopsia cutánea, donde se observa ampolla subepidérmica con escaso contenido neutrofílico y un infiltrado inflamatorio neutofilico difuso con microabscesos papilares compatible con dermatosis ampollosa por IgA lineal. Se decide ingreso hospitalario para tratamiento con corticoides sistémicos y sulfona con mejoría del cuadro clínico.

Conclusión:
La dermatosis ampollosa IgA lineal también conocida como enfermedad ampollosa crónica de la infancia es poco frecuente producida por el depósito de autoanticuerpos IgA en el ectodominio soluble del antígeno BP-180 produciendo quimiotaxis de neutrófilos. El diagnóstico de certeza se basa en los hallazgos histopatológicos y el pronóstico es favorable, con resolución espontánea en la pubertad. El tratamiento de primera línea es la dapsona, en casos refractarios se pueden asociar corticoides, antibióticos, colchicina, micofenolato de mofetilo, azatioprina o inmunoglobulinas intravenosas. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye penfigoide ampolloso, dermatitis herpetiforme, impétigo ampolloso y eritema multiforme. La importancia de este caso radica en que, dado la extensión de las lesiones, el inicio precoz de corticoides sistémicos asociado a sulfona permite controlar esta patología.

622

Ictiosis adquirida como síndrome paraneoplásico en un adolescente con linfoma de Hodgkin

Ana Karen Lily Vidal[1], Laura Irigoyen García[2]
[1]Hospital de especialidades "Antonio Fraga Mouret" CMN La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México, [2]Hospital General CMN La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN
La ictiosis es un trastorno de la queratinización que resulta en la alteración de la barrera cutánea. Se clasifica como hereditaria, frecuente en niños, o adquirida, observada en adultos. La ictiosis adquirida es una patología rara que requiere una evaluación extensa ya que se asocia a patologías neoplásicas y no neoplásicas. Como síndrome paraneoplásico se presenta en el 0.5- 3.4% de los pacientes adultos con linfoma de Hodgkin. Se cree es causado por secreción tumoral de factores de crecimiento de queratinocitos o una reacción autoinmune en piel. Para su mejoría se debe dar tratamiento a la patología de base, uso de emolientes y queratolíticos.
Se reporta caso de ictiosis adquirida asociada a linfoma Hodgkin, que posterior a primer ciclo de quimioterapia presentó gran mejoría de la dermatosis y efecto adverso cutáneo.

CASO CLÍNICO
Mujer de 14 años previamente sana. Inicia hace 3 meses con escamas y prurito en extremidades con posterior diseminación a tronco, pérdida no intencionada de peso y negó síntomas B. Tratada con emolientes. A la exploración se observó tumoración en cuello, bien delimitada, indurada y adherida a planos profundos y una dermatosis diseminada a tronco y extremidades que afectaba pliegues de cuello, tórax anterior, abdomen, glúteos, brazos y piernas en cara extensora; constituida por múltiples escamas poligonales marrón claro, adheridas en su centro; con hiperlinealidad palmar. Los estudios reportaron química sanguínea, función tiroidea y electrolitos séricos sin alteración, leucocitos 7.59 K/µl, Hb 7.9 g/dl, plaquetas 710 K/µl, DHL 206 U/L, PCR 122mg/L, proteínas totales 7.02gr/dL, serología para CMV, VHS, Rubeola, toxoplasmosis, VEB, VIH, VHB y VHC negativos, estudios inmunológicos negativos. La tomografía computada reportó tumor mediastinal anterior y medio con importante actividad ganglionar mediastinal, parahiliar, cervical y axilar. Derrame pericardio, derrame pleural derecho, hepatomegalia con congestión hepática.La biopsia de ganglio reportó linfoma de Hodgkin CD30 y CD15 positivo, CD20 y CD3 negativo. Durante el internamiento presentó síndrome de vena cava superior y derrame pericárdico con reporte negativo para malignidad. Con lo anterior se estableció diagnóstico de linfoma Hodgkin de celularidad mixta e ictiosis paraneoplásica, administrándose quimioterapia BEACOPP. Posterior a tratamiento presenta dermatosis diseminada que afectaba hombro derecho y pecho, constituido por múltiples máculas lineales hiperpigmentadas marrón y en región dorsal sobre articulaciones interfalángicas y nudillos hiperpigmentación marrón mal delimitada. Presenta mejoría de la ictiosis, persistiendo en piernas y disminución de tumoración mediastinal.

CONCLUSIÓN
La ictiosis adquirida es una presentación inusual de procesos linfoproliferativos, y aún más infrecuente en jóvenes. Su presencia exige un protocolo diagnóstico exhaustivo, ya que el tratamiento y pronóstico depende de la etiología de base. El tratamiento de primera línea incluye bleomicina, que causa toxicidad cutánea debido a la ausencia de hidrolasa en la piel. Dentro de sus efectos adversos se incluye el eritema flagelado que representa un 10-20% de los efectos cutáneos. Este aparece en las primeras 24 horas hasta 2 meses posteriores de la administración. Se presenta caso de una adolescente que debutó con manifestaciones dermatológicas secundarias a linfoma de Hodgkin, que durante su tratamiento desarrolla eritema flagelado.

628

Morfea ampollosa en pediatría presentación de serie de casos

Karina Marianela Landin Romero[1], Mirna Eréndira Toledo Bahena[1], Adriana María Valencia Herrera[1], Carlos Alfredo Mena Cedillos[1], Sonia Toussaint Caire[2]
[1]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México, [2]Hospital General Manuel Gea González, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN. La morfea ampollosa es una variante morfológica de esclerodermia que afecta predominantemente al sexo femenino, su distribución típica es extremidades inferiores y áreas de fricción, en la literatura médica existen 65 casos reportados; presentamos el caso de dos pacientes con presencia de enfermedad autoinmune concomitante.

CASO CLÍNICO. Femenino de 3 años 6 meses de edad presentó tres dermatosis: 1) diseminada a cabeza y extremidad superior derecha constituida por manchas acrómicas que fluorescían a la luz de Wood; 2) dermatosis diseminada a extremidad superior e inferior izquierda y hemiabdomen izquierdo constituida por placas escleróticas con halos hipercrómicos y región central hipocrómica, algunas de aspecto de sal y pimienta bien definidas, piel indurada, brillante sin anexos de 18 meses de evolución, asociada a limitación funcional y artralgias. 3) dermatosis localizada a extremidad que afecta codo izquierdo constituida por eritema, ampolla y costras que forman una placa circular, 3 x 4 cm, borde neto, costras sanguíneas melicéricas centrales, piel engrosada, lisa, brillante, color rosa a piel normal, se palpa blanda, con aspecto de "papel arrugado", 12 meses de evolución, asintomática. Se reportaron reactantes de fase aguda positivos, trombocitosis, Anti dsDNA y ANA patrón homogéneo positivo, perfil tiroideo normal para su edad, niveles de vitamina D en deficiencia y serie esófago-gastro-duodenal: normal. Biopsia de piel: Dermatitis fibrosante superficial y profunda con edema dérmico superficial concordante con morfea ampollosa.
Tratamiento y evolución: Metotrexato 17.8mgm2sem SC, naproxeno, ácido fólico 5 mg, colecalciferol 5000 UI diarias, fotoprotección cada 4 horas, fisioterapia. Evolución: sin progresión de dermatosis y recuperación de movilidad en manos y antebrazo.
Nuestra segunda paciente de 9 años de edad sin antecedentes de importancia se presenta con dermatosis diseminada a tronco y extremidades afecta hemiabdomen derecho, extremidad superior derecha e inferior bilateral constituida por placas escleróticas con halos hipercrómicos, definidas, piel indurada, brillante, ampollas a tensión confluentes entre sí, costras melicéricas sobre ampollas denudadas, sin anexos, 12 meses de evolución, asociada a limitación funcional.
Sus paraclínicos revelaron reactantes de fase aguda positivo, anticuerpos negativos, perfil tiroideo normal, niveles de vitamina D en insuficiencia. Biopsia de piel: morfea ampollosa.
Tratamiento: Metotrexato 15mgm2sem SC, naproxeno, ácido fólico 5 mg, colecalciferol 1600 UI diarias, punción estéril de ampollas sin destechar, pasta amarilla, sales de aluminio, fotoprotección cada 4 horas, fisioterapia. Evolución: sin progresión de dermatosis y recuperación parcial de movilidad en manos y antebrazo.

CONCLUSIONES. La patogenia de la morfea ampollosa se encuentra ampliamente debatida, siendo la teoría más aceptada la presencia de linfangiectasias, debidas a una obstrucción linfática a causa del proceso esclerótico subyacente asociado a traumatismos locales. Una paciente presentó concomitantemente enfermedad autoinmune por diagnóstico de vitiligo, encontrando en la literatura una prevalencia del 2.3% como asociación.
De los múltiples tratamientos descritos en la edad infantil el metotrexato es el único que cuenta con metaanálisis y ensayos clínicos controlados de alta calidad que reportan inactividad hasta en un 47%, con recidiva del 44% de pacientes. Consideramos importante describir esta variedad inusual de presentación ya que es fundamental la sospecha diagnóstica para establecer tratamiento oportuno.

632

Ampollas y descamación en un neonato

Mariana Maza Morales[1], Silvia Carmona Cruz[1], Carola Durán McKinster[1], María Teresa García Romero[1]
[1]*Instituto Nacional de Pediatría, Cuidad de México, México*

Introducción: La ictiosis epidermolítica (IE) es un desorden de la cornificación muy poco frecuente que se caracteriza por la presencia de eritrodermia, descamación y ampollas al nacimiento. La importancia del conocimiento de la enfermedad radica principalmente en diferenciarla de otras entidades tales como la epidermólisis ampollosa y el síndrome de piel escaldada estafilocócica que tienen presentaciones clínicas similares al nacimiento, pero pronósticos diferentes.

Caso clínico: Se trata de un paciente de género masculino de 1 mes de edad, quien al nacimiento presentaba una dermatosis diseminada a todos los segmentos, afectando predominantemente cara, abdomen y extremidades inferiores, estaba caracterizada por la presencia de exulceraciones, ampollas flácidas y descamación. Al momento del nacimiento fue diagnosticado con impétigo ampolloso y recibió tratamiento con dicloxacilina durante 8 días sin presentar mejoría por lo que se refirió al Instituto Nacional de Pediatría para su abordaje diagnóstico.
En su primera valoración por dermatología, la sospecha diagnóstica inicial fue epidermólisis ampollosa simple. A los dos meses de edad se observó que las ampollas y exulceraciones fueron reemplazadas por escama gruesa amarillenta con predominio en áreas de fricción.
Ante estos hallazgos se decidió realizar biopsia de piel por sacabocados en donde se observó hiperqueratosis y formación de ampollas subcórneas. Con los datos clínicos e histopatológicos se integró el diagnóstico de Ictiosis epidermolítica y se indicaron cuidados generales de la piel.
Durante el seguimiento se hizo más evidente la presencia de escamas gruesas color marrón e hiperqueratosis palmoplantar.

Conclusiones: La IE es un trastorno de la cornificación con una incidencia de 0.4-1 por cada 200 mil RN. Esta enfermedad se clasifica dentro de los fenotipos mayores de las ictiosis queratinopáticas, tiene un patrón de herencia AD pero el 50% de los casos son esporádicos y existen casos con herencia AR los cuales se clasifican dentro de los fenotipos menores de las ictiosis queratinopáticas (AREI).
La EI se debe a mutaciones en los genes de la queratina 1 y 10 (KRT1, KRT10) ocasionando que los filamentos sean estructuralmente anormales y provocando citólisis y formación de ampollas; aunado a esto existe una alteración en la barrera cutánea, hiperproliferación epidérmica y descamación alterada.
Clínicamente la IE se manifiesta desde el nacimiento con eritrodermia, ampollas flácidas y erosiones. Después de 1 a 3 meses las ampollas y erosiones son reemplazadas por una escama gruesa marrón, hiperqueratosis en áreas de fricción, queratodermia palmoplantar variable y mal olor secundario a sobrecrecimiento bacteriano.
A la histopatología la IE se caracteriza por hiperqueratosis, hipergranulosis, acantosis y ampollas intraepidérmicas.
El diagnóstico es clínico e histopatológico, pero el estándar de oro es la identificación de la mutación genética. El tratamiento se basa en las medidas generales tales como el uso de emolientes, antisépticos, queratolíticos o retinoides sistémicos con resultados variables.
El pronóstico depende principalmente la presencia de complicaciones secundarias a infecciones y alteraciones funcionales.
Consideramos que es de suma importancia conocer e identificar tempranamente esta enfermedad con el fin de evitar tratamientos innecesarios y asesorar a los padres sobre los cuidados generales y el pronóstico de la enfermedad.

634

Sarcoma mielóide cutâneo em paciente lactente precedendo o diagnóstico de leucemia mielóide aguda

Meliane Moleta[1], Elizabeth Leocadia Fernandes[1], Denise Steiner[1]
[1]*Universidade de Mogi Das Cruzes, Mogi das Cruzes, São Paulo, Brazil*

INTRODUÇÃO: Define-se como sarcoma mielóide uma massa tumoral constituída por blastos mielóides ocorrendo em um local anatômico diferente da medula óssea. A pele é um dos locais mais afetados, porém os estudos nessa topografia são relativamente ausentes. Descrevemos um raro caso de sarcoma mieloide cutâneo em paciente sem diagnóstico prévio de leucemia mielóide aguda (LMA).

CASO CLÍNICO: Paciente do sexo masculino, branco, 5 meses, natural e procedente de Seattle (EUA), há 4 meses com lesões assintomáticas e disseminadas pelo corpo. Ao exame físico, apresentava no tronco, membros superiores e inferiores, pápulas e nódulos com coloração eritematoviolácea, medindo de 0,5 a 3cm. Estudo anatomopatológico revelou caráter neoplásico, com exame de imuno-histoquímica confirmando sarcoma mieloide cutâneo. Posteriormente, o diagnóstico de LMA foi confirmado através do aspirado de medula óssea.

CONCLUSÕES: No sarcoma mieloide cutâneo, as lesões podem se apresentar como pápulas, placas, nódulos ou tumorações, da cor da pele, eritematosas, violáceas, únicas ou múltiplas. A região mais afetada é o tronco, e a manifestação dermatológica pode preceder o envolvimento da medula óssea, assim como ser uma apresentação inicial ou recidiva de uma LMA. O sarcoma mieloide cutâneo é um diagnóstico raro, e com poucos relatos de casos na literatura. Diante do diagnóstico, recomenda-se iniciar imediatamente os esquemas de indução com quimioterápicos semelhantes aos usados na LMA, pois sabe-se que o atraso ou inadequação terapêutica estão relacionados ao pior prognóstico e menor sobrevida. O prognóstico geralmente é ruim, 75% dos pacientes morrem dentro de 1 ano, dado este que não se correlaciona com a extensão e o padrão de acometimento cutâneo. Notada importância deve ser dada ao dermatologista, já que manifestações cutâneas podem preceder um diagnóstico de leucemia, como foi neste caso apresentado. É importante diagnosticar corretamente lesões de pele precocemente, principalmente em casos que demandam tratamento imediato.

635

Características clínicas, radiológicas y evolución de los pacientes con diagnóstico de hemangioma infantil en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

Edgar Abraham González Mondragón[1], Mirna Eréndira Toledo Bahena, Adriana María Valencia Herrera
[1]*Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, México*

Introducción: El hemangioma infantil (HI) es el tumor vascular benigno más frecuente de la infancia. Existen múltiples ensayos clínicos acerca del propranolol como tratamiento; uno de los más grandes incluyó 460 niños a quienes se les administró a dosis de 3.4 mg/kg/día mostrando mejoría del 60%.34 En un metanalisis en 2013, se incluyeron 35 estudios con 324 HI, donde la eficacia del propranolol fue mayor que la del resto de tratamientos.35 Sin embargo en México no se cuenta con estudios en los que se valore la respuesta al tratamiento de los hemangiomas, su evolución, ni su epidemiología en nuestro medio, lo que colocaría este trabajo de investigación como pionero en abordar ésta patología.

Material y métodos: se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes de la Clínica de Hemangiomas del servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México que acudieron de abril 2018 a diciembre 2020. Se realizó una valoración integral y se aplicarón las escalas de gravedad y calidad de vida a cada paciente.

Resultados:
De un total de 57 pacientes, la mayoría tenía 3 meses de edad representando 8.8%, la mayor edad fue de 6.8 años y la menor menor fue de 1 mes representando 7%. 43 pacientes fueron mujeres y 14 hombres, correspondiendo al 75.5 y 24.5% respectivamente, con relación 3 : 1.

Respecto a los factores de riesgo el 50.9% tenía antecedente de haber cursado con algún tipo de infección durante el embarazo y el 24.6% pesó menos de 2500grs.

87.7% se diagnosticaron como hemangioma infantil y 7% como multifocales, y 47.74% en estadio de involución 63.2% de pacientes tenía una sola lesión y el sítio más afectado fue la espalda. El USG inicial reportó en el 40.4% de pacientes un hemangioma superficial. Se encontró asociación a síndrome de PHACES en 5 pacientes.

Respecto a la escala de actividad la mayoría de pacientes tuvo puntaje actividad de 7 pts que representa el 12.3%. El puntaje de severidad en la mayoría fue de 2 puntos con 31.6%. El 26.3% ameritó inicio de propanolol sistémico. El principal ámbito afectado en la calidad de vida fue que los familiares se sentían frustados por los cuidados médicos necesarios por el hemangioma de su hijo representando 73.7%.

Conclusiones:
Las estadísticas epidemiológicas que se obtuvieron se distribuyen de manera similar a las reportadas en la bibliografía revisada, lo que ha contribuido en la implementación de los sitemas de información de nuestro país. Se encontró además que las escalas de actividad y severidad son una herramienta útil para valorar el inicio de tratamiento con propanolol en nuestra población y se establece un punto de partida para futuros proyectos de investigación.

639

Dermatosis en pliegues en un paciente pediátrico posterior a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas

María Isabel Araiza Atanacio[1], Estela Pérez Muñoz[1], Celso Tomás Corcuera Delgado[1], María del Mar Sáez de Ocariz Gutiérrez[1]
[1]Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN
La enfermedad injerta contra huésped (EICH) es la complicación más frecuente de un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (TCPH). Ocurre cuando linfocitos T procedentes del donante reconocen como extrañas a estructuras antigénicas del receptor, lo que lleva a una activación de la respuesta inmune y destrucción de los tejidos del receptor. La piel, el intestino y el hígado son los principales órganos diana en la EICH aguda.

CASO CLÍNICO
Paciente masculino de 3 años de edad, con diagnóstico de síndrome de Wiskott-Aldrich que recibió trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.
Al día +28 se observó una dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades superiores, que afectaba la cara anterior del cuello, ambas axilas, cara anterior de muñecas, pliegues interdigitales, inguinales y región perineal, constituida por múltiples placas eritematosas, de formas irregulares, mal delimitadas, con bordes hiperpigmentados; asintomática de 5 días de evolución.
Se plantearon los diagnósticos de enfermedad de injerto contra huésped por el antecedente del trasplante, así como farmacodermia (SDRIFE) por la topografía de las lesiones, señalando al ciprofloxacino como probable agente causal. En la biopsia de piel se encontró una epidermis con queratinocitos necróticos en todo su espesor, leve exocitosis de linfocitos, así como extensa vacuolización de la capa basal con formación de hendiduras que separaban focalmente la epidermis de la dermis. En la dermis se observó un infiltrado inflamatorio perivascular moderado, diagnosticándose EICH aguda grado 3. Se realizó abordaje sistémico sin encontrar afectación extracutánea.
Inició tratamiento con metilprednisolona a 1 mg/kg/día e hidrocortisona 1% cada 12 horas sobre las lesiones, sin embargo, es revalorado a los 10 días por mala evolución clínica, incrementándose la potencia del esteroide tópico a fluticasona crema 0.05% + mupirocina 2% con resolución completa de las lesiones.

CONCLUSIONES
La EICH es una complicación frecuente, grave y potencialmente mortal del trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas.
Las manifestaciones cutáneas son la presentación más temprana y común de la enfermedad; por lo general, los síntomas comienzan 1 a 3 semanas después del trasplante. La presentación clásica es un exantema maculopapular eritematoso que comienza en la cara, los pabellones auriculares, las palmas y las plantas. Las lesiones a menudo se extienden al tronco y pueden evolucionar a eritrodermia, agregándose epidermólisis en casos graves. El prurito y el dolor son comunes, pero algunos pacientes permanecen asintomáticos. Por otro lado, el exantema intertriginoso y flexural simétrico relacionado con fármacos (SDRIFE), es una reacción cutánea a medicamentos caracterizada por compromiso simétrico de las áreas intertriginosas y flexurales, en ausencia de compromiso sistémico.
En el caso de nuestro paciente dada la topografía poco habitual de las lesiones para EICH y el antecedente de administración de ciprofloxacino 12 días previo su aparición, fue importante descartar una farmacodermia, llegándose al diagnóstico definitivo a través de la biopsia de piel. La forma de presentación semejante al SDRIFE, aunque rara, debe considerarse como una manifestación de EICH en el contexto de pacientes post-TCPH.

651

Marcadores cutáneos en inmunodeficiencia primaria combinada por deficiencia de DOCK 8

María José Fiandrino[1,2], María Natalia Tahuil[1], Ruth Alperovich[1], Raúl Asial[2], María del Carmen Boente[2]
[1]Hospital Del Niño Jesús, San Miguel de Tucumán, Argentina, [2]Centro Integral de Dermatología, San Miguel de Tucumán, Argentina

Introducción:
La deficiencia de DOCK8 se asocia a: asma, alergias graves, que incluyen anafilaxia alimenticia y cuadros infecciosos cutáneos de difícil manejo. Susceptibilidad aumentada a padecer infecciones cutáneas virales, como el virus del papiloma humano (VPH), moluscos contagiosos extensos, lesiones recurrentes de virus herpes simple (HSV), y virus varicela zoster (VZV)
Se presentan dos hermanas (P1 y P2) con infecciones cutáneas virales severas y recurrentes, dermatitis atópica y alergias alimentarias; cuadro clínico sugestivo de déficit inmune primario, en quienes se confirma deficiencia de DOCK 8.

Casos clínicos
P1. Niña de 7 años de edad, primera hija de pareja sana no consanguínea. Padre con antecedente de edema facial de 3 años de evolución y verrugas vulgares. Antecedentes personales: síndrome bronquial obstructivo recurrente, neumonitis y otitis a repetición. Hiperlaxitud.
Desde los primeros años de vida manifiesta eccemas recurrentes, prurito y xerosis compatibles con dermatitis atópica refractaria a tratamiento. A los cinco años se evidencian moluscos contagiosos que no respondieron a la terapéutica convencional diseminándose en diferentes partes del cuerpo, acompañados de verrugas vulgares y episodio de herpes zoster. El laboratorio evidenció: anemia, eosinofilia moderada a severa, IgE elevada, IgM baja, linfopenia CD4. HIV negativo.
P2. Niña de 5 años, antecedentes de otitis media aguda a repetición, episodios de diarreas intermitentes intercalados con constipación, manifestaciones asumidas como alergia a proteína de la leche de vaca. Estenosis aortica.
Sus manifestaciones dermatológicas inician a los dos años de vida con eccemas recurrentes, miasis como complicación de pediculosis, moluscos contagiosos que se diseminan al no responder a la terapéutica implementada. Linfopenia CD4, hipogama IgM. HIV negativo. Se amplía evaluación inmunológica, se constata ausencia de expresión de proteína DOCK 8 en linfocitos por citometría de flujo en ambas pacientes, se realiza estudio de biología molecular en P1 demostrándose que la misma es homocigota para las deleciones que abarcan los exones 1 y 2 del gen DOCK 8, lo que confirma el diagnóstico de deficiencia de DOCK 8.
Actualmente se encuentran estables, en tratamiento con inmunoglobulina humana subcutánea y profilaxis antimicrobiana, en plan de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos.

Conclusiones:
Las pacientes presentaron manifestaciones cutáneas compatibles con inmunodeficiencia primaria. El dermatólogo no debe subestimar la presencia de infecciones cutáneas recurrentes o severas, que asociadas a dermatitis atópica, asma y alergias constituyen una herramienta valiosa para su diagnóstico. Asumiendo que la demora en el mismo definirá el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

653

Telangiectasia esencial generalizada. Reporte de un caso pediátrico

Anahi Lizeth Perez Quispe[1], María del Mar Sáez de Ocariz Gutiérrez[1], Pedro Mario Pasquel García Velarde[1]
[1]*Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México*

Introducción: La telangiectasia esencial generalizada corresponde a un trastorno primario, que se caracteriza por telangiectasias que inician en extremidades inferiores y se extienden simétricamente de forma ascendente hacia todos los segmentos del cuerpo. Por lo general no se asocia con afección en otros órganos, aunque hay algunos casos descritos con afección conjuntival y ectasias vasculares gástricas. La etiología es desconocida y afecta principalmente a mujeres adultas entre 30 y 40 años. Es una entidad rara, más aún en la edad pediátrica donde existen pocos reportes de caso, y por ello la importancia de resaltar este caso.

Caso clínico: Paciente femenino de 7 meses de edad, procedente y residente de la Ciudad de México, sin antecedentes de importancia. Inicia su enfermedad a los 3 meses de edad con la presencia de lesiones vasculares en las extremidades inferiores, que ascienden hasta extremidades superiores y tronco; asintomática durante todo este tiempo.
Al examen físico presenta una dermatosis diseminada de forma simétrica en extremidades y tronco, afectando abdomen, flancos, brazos, antebrazos, muslos y piernas, constituida por múltiples telangiectasias puntiformes que confluyen formando placas eritematosas de aspecto reticular, mismas que desaparecen a la digitopresión. A la dermatoscopia se observan telangiectasias puntiformes. Sin compromiso de mucosas ni datos de sangrado.
En la biopsia de piel se observan múltiples capilares dilatados en dermis superficial sin extravasación sanguínea, CD34 positivo; hallazgos, compatibles con telangiectasia esencial generalizada. Se completo la valoración con biometría hemática que reportaba anemia microcítica e hipocrómica leve, química sanguínea normal. En la valoración oftalmológica se observaron escasos vasos corneales telangiectásicos temporales. Se indicó fotoprotección y vigilancia periódica. En un año de seguimiento se ha observado leve incremento de las telangiectasias sin otra sintomatología agregada.

Conclusión: La telangiectasia esencial generalizada es una entidad extremadamente rara en la edad pediátrica, de etiología desconocida, por lo que podría ser un diagnóstico poco considerado. El diagnóstico es clínico tras descartarse otras causas de telangiectasias generalizadas en la infancia: la telangiectasia hereditaria hemorrágica, la telangiectasia hereditaria benigna y la ataxia telangiectasia. Su diagnóstico, manejo y el pronóstico del paciente es mejor que en las otras entidades

654

Lipoma del nervio trigémino en una adolescente con síndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims. Un hallazgo poco común

Andrea Gallardo Villamil[1], María del Mar Sáez de Ocariz Gutiérrez[1], María de la Luz Orozco Covarrubias[1], Eduardo López Corella[1], Cecilia Ridaura Sanz[1]
[1]*Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México*

El síndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims (SSFM), es una rasopatía hereditaria rara con expresividad variable y afección multisistémica. Su prevalencia es de 1 por cada 10 000 nacidos vivos. Es causado por un mosaicismo genómico, secundario a una mutación poscigótica con ganancia de función en el gen RAS de la vía de señalización RAS MPAK – PI3K/AKT; el 95% por mutación de HRAS, un 5% de KRAS y <1% de NRAS.

Clínicamente se caracteriza por la presencia de un nevo sebáceo craneofacial que sigue las líneas de Blaschko (60-80%) asociado a alteraciones cerebrales (66%)[3], oculares (59%), genitourinarias, cardiovasculares, endocrinológicas, dentales, urológicas, neoplásicas y esqueléticas.

Paciente del género femenino que al nacimiento presenta una dermatosis localizada a cabeza, de la que afecta la región frontal y temporal izquierda, caracterizada por múltiples neoformaciones ligeramente sobreelevadas, bien definidas, que siguen las líneas de Blaschko, algunas confluyen formando lesiones más grandes y son de coloración amarillenta. También presentaba en piel cabelluda dos placas de aplasia cutis, plagiocefalia y una neoformación epibulbar izquierda.

Es referida a nuestro instituto, donde es valorada por nuestro servicio, neurología, oftalmología, nefrología, ortopedia, salud mental e inmunología, ya que presentó epilepsia parcial compleja sintomática, atrofia cortical temporal (2 meses), quiste dermoide orbitario izquierdo, hipotropia izquierda (10 meses), lipoma en el trayecto cisternal del nervio trigémino izquierdo (4 años), pie plano, genu valgo bilateral (5 años), trastorno de déficit de atención e hiperactividad mixto (6 años), acidosis tubular renal (7 años), vejiga neurogénica (8 años), escoliosis (9 años), coloboma del ojo izquierdo (10 años), insuficiencia de vitamina D (14 años) y simblefaron bilateral (15 años).

Con los hallazgos mencionados, inicialmente se diagnosticó SSFM, sin embargo por el hallazgo del lipoma intracraneal, se consideró el diagnóstico diferencial de lipomatosis encefalocraneocutánea, ya que cumplía con los criterios clínicos de Moog. Se realizó amplificación por PCR y secuenciación nucleotídica tipo Sanger del DNA genómico en piel cabelluda, en la que se identificó la variante patogénica en el exón 2 del gen KRAS (c.35G>A p.Gly12Asp), con lo que se confirma el diagnóstico de SSFM.

El SSFM se describió desde los primeros casos con la tríada clásica de nevo sebáceo lineal, convulsiones y retraso mental, sin embargo múltiples estudios han demostrado que se extiende mucho más allá de ésta, por lo cual se encuentra es desuso. El principal diagnóstico diferencial se debe realizar con la lipomatosis encefalocraneocutánea (LECC), de la cual nuestra paciente cumplía con 3 criterios mayores de Moog (ocular, cutáneo y de sistema nervioso central), 3 menores en piel y 1 ocular. En la literatura se han reportado 5 casos de pacientes con SSFM y lipomas intracraneales o intraespinales[5], y es debido a esta superposición de hallazgos clínicos que su diagnóstico diferencial con otros síndromes neurocutáneos puede ser difícil. Recientemente se ha propuesto el término “rasopatía mosaico” para estos casos, además que se ha demostrado que la LECC no sólo es causada por la mutación en FGFR1, sino también por mutaciones en KRAS, lo cual respalda esta teoría.

666

Hamartoma congénito de músculo liso de presentación en placa tipo morfea-like. Reporte de un caso

Claudia Suárez Aldunate[1], Khanty Loyola Ávila[2], María Paz Rollán Marzolo[2], **Sofía Guelfand**[2]
[1]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile,
[2]Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El hamartoma congénito de músculo liso (HCML) es una proliferación benigna de músculo liso maduro en la dermis que puede surgir a partir del músculo erector del pelo, músculo dartos en el escroto, músculo liso vascular y músculo mamilar de las areolas. La prevalencia es de 1 en 2.600 nacidos vivos con ligero predominio masculino. Es una afección esporádica, aunque se han reportado casos familiares. Generalmente se presenta como una lesión pigmentada y pilosa solitaria en el área lumbo-sacra, aunque existen formas atípicas que plantean importantes diagnósticos diferenciales.

Motivo de la Comunicación: Reportar un caso de HCML de presentación atípica.

Desarrollo: Lactante de 8 meses recién nacido de término, hijo de padres sanos no consanguíneos. Desde los 3 meses de edad presenta una placa deprimida e indurada en tronco posterior. Al examen destacó una placa de 3x4 cm en cara posterior del hombro derecho levemente hiperpigmentada, piel apergaminada de aspecto atrófico, con telangectasias, depresiones y borde estrellado, sin hipertricosis ni signo de pseudo-Darier. El estudio ecográfico fue compatible con morfea en fase inflamatoria, sin embargo, el estudio histopatológico reveló proliferación de células fusiformes sin atipia, positivas para CD34, CD31 y WT-1 y numerosos haces de células musculares lisas compatible con hamartoma de músculo liso asociado a proliferación capilar.
Conclusiones: Aunque el HCML está presente al nacer, el diagnóstico suele realizarse en la primera infancia. Se describen tres formas clínicas: clásica, pápulo-folicular y mixta. La forma clásica se presenta como placa bien delimitada color piel o pigmentada con hipertricosis y la forma pápulo-folicular como grandes manchas con múltiples pápulas perifoliculares. Aunque el sello clínico es el signo de pseudo-Darier, solo está presente el 50% de los casos. Los principales diagnósticos diferenciales incluyen el mastocitoma solitario, nevo de Becker, nevo de tejido conjuntivo y nevo melanocítico congénito. Nuestro caso de presentación atípica enfatiza la necesidad de incluir el HCML en el diagnóstico diferencial de morfea en placa en la infancia.

678

Mastocitosis cutánea difusa congénita. Reporte de caso

María Isabel Ortiz Castellanos[1], María de La Luz Orozco Covarrubias[1], María del Mar Sáez De Ocariz Gutierrez[1], Mauricio Rojas Maruri[1]
[1]*Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México*

Introducción: La mastocitosis es un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la proliferación y acumulo de mastocitos en la piel y/u otros órganos. La mastocitosis cutánea se divide en 3 subtipos: maculopapular (45-75%), mastocitoma (15-50%) y mastocitosis cutánea difusa (5-10%). La mastocitosis cutánea congénita ocupa el 15-31% de los casos de mastocitosis cutánea, siendo la variedad maculopapular la más frecuente. La mastocitosis cutánea difusa congénita se caracteriza por la presencia de ampollas extensas, aumento de grosor de la piel, prurito de difícil control y mayor involucro sistémico. El signo de Darier es positivo en más del 90% de los casos. El diagnóstico definitivo se realiza con biopsia de piel, en donde se demuestra el aumento de mastocitos en dermis. La determinación de triptasa sérica como marcador de actividad mastocitaria mayor a 20 ng/ml sugiere mastocitosis sistémica. El manejo incluye evitar factores desencadenantes y tratamiento farmacológico con antihistamínicos y estabilizadores mastocitarios entre otros. Presentamos el caso de un recién nacido con manifestaciones clínicas de mastocitosis cutánea difusa desde el nacimiento, sin involucro sistémico y signo de Darier negativo. El diagnóstico se corroboro con biopsia de piel.

Caso Clínico: Paciente del género masculino de 25 días de vida extrauterina, valorado en nuestro servicio por presentar desde el nacimiento dermatosis diseminada a todos los segmentos: en cabeza (fronto-ciliar y fronto-temporal derecha) constituida por neoformaciones de aspecto tumoral, irregulares, bien definidas, de superficie verrugosa, color amarillo-marrón y presencia de costras hemáticas; en tronco y extremidades superiores constituida por placas infiltradas, irregulares, de 1 a 10 cm. aproximadamente, de bordes bien definidos, color marrón. El signo de Darier fue negativo. Al interrogatorio se corroboro brotes de ampollas frágiles y 4 eventos de rubicundez súbitos.
Con lo anterior se diagnosticó clínicamente como mastocitosis cutánea difusa congénita, la triptasa sérica fue de 8.12 µg/L y la biopsia de piel demostró la proliferación de células con citoplasma basófilo y núcleo oval con apariencia de huevo estrellado, con tinción de Giemsa +, CD117 +, CD68 negativo. Se inició tratamiento con Ketotifeno 0.05 mg/kg/día y loratadina 0.2 mg/kg/día. A los 4 meses de tratamiento con remisión de las lesiones tumorales, presencia de manchas postinflamatorias y algunas placas infiltradas, sin eventos de rubicundez ni datos de afección a otros órganos.

Conclusiones: La mastocitosis cutánea difusa congénita es una entidad rara con riesgo de afección sistémica. El diagnóstico correcto, abordaje integral, tratamiento y seguimiento adecuado es fundamental para evitar complicaciones.

727

Fibrosarcoma congénito. Revisión en un hospital pediátrico

María Monserrat Casanovas[1], Daniela Cristina Arias, María Florencia Martínez, María Marta Buján, Laura Peruzzo, María del Valle Centeno, Margarita Larralde, Andrea Bettina Cervini
[1]*Hospital "Juan P. Garrahan", Caba, Argentina*

Introducción:
El fibrosarcoma congénito (FSC) es un sarcoma de tejidos blandos que representa aproximadamente del 5% al 10% de todos los sarcomas en niños menores de 1 año. El tumor se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, con una proporción hombre: mujer 3: 2.
Clínicamente se manifiesta como una masa de gran tamaño, de rápido crecimiento, indolora, localizada, en el 60% de los casos en extremidades.
Histológicamente se presenta como una proliferación de células fusiformes con elevada actividad mitótica, entremezclada con haces de colágeno, siendo la inmunohistoquímica positiva para vimentina.
Recientemente se ha descripto, principalmente en las formas infantiles, una translocación cromosómica t (12; 15); (p13; q25) que conlleva a la fusión de los genes ETV6-NTRK3, siendo de utilidad en el diagnóstico de estos tumores.
El tratamiento del FSC es la escisión completa del mismo, siendo la quimioterapia eficaz para reducir el tamaño en determinados casos.
El pronóstico del fibrosarcoma congénito es mucho más favorable que el del fibrosarcoma de presentación en la vida adulta presentando curación en más del 80% de los pacientes.
Objetivos:
Describir las características epidemiológicas, clínicas, histológicas, hallazgos en los estudios complementarios solicitados, tratamiento y evolución de los pacientes con fibrosarcoma congénito.

Material y métodos:
Trabajo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de fibrosarcoma congénito, desde agosto de 1987 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Resultados:
Durante el período analizado 6 pacientes presentaron diagnóstico de FSC. 3 fueron de sexo femenino (50%) y 3 masculino (50%).
La edad promedio de aparición fue de un mes y medio, siendo en 5p (83%) en la etapa neonatal y 1p (17%) a los 3 meses de vida.
Todos los pacientes presentaban una tumoración exofítica, de consistencia duro-elástica, de rápido crecimiento. Dos (33%) presentaron sangrado y ulceración asociada.
En todos los casos, se localizó en las extremidades: 1 en el brazo (17%), 2 en las manos (33%), 1 en la muñeca (17%) y 2 en los muslos (33 %).
Los diagnósticos presuntivos iniciales fueron sarcoma de partes blandas (1p), hemangioendotelioma kaposiforme (2p) y hemangiolinfangioma (1p) y sólo en 2 pacientes se sospechó fibrosarcoma como diagnóstico inicial.
En todos los pacientes se confirmó el diagnóstico mediante estudio histopatológico, inmunohistoquímica e hibridación in situ fluorescente (FISH) detectando la translocación t (12; 15) (p 13; q25).
El 100% fueron intervenidos quirúrgicamente. En 2p (33%) se realizó resección parcial y en 4p (67%) total, habiendo recibido previamente tratamiento quimioterápico en 5 casos (84%).
El seguimiento promedio desde la cirugía fue de 32 meses (2-81 meses). 2 pacientes presentaron recidiva tumoral (33%) Ninguno falleció.

Conclusiones:
El FSC es un tumor presentación neonatal, sin prevalencia de sexo, el cual clínicamente se manifiesta como una masa de rápido crecimiento, localizada preferentemente en extremidades. Su pronóstico es favorable con bajas tasas de recurrencia y mortalidad. Es importante tener en cuenta esta entidad como diagnóstico diferencial en caso de tumores neonatales vascularizados de rápido crecimiento con el fin de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

742

Presentación de enfermedad de Hashimoto Pritzker como síndrome de Blue Berry Muffin Baby

Rosa Arely Pérez Córdova[1], Reynaldo Pomar Morante[1], Johanna Peceros Escalante[1], Carlos Gonzales Saravia[1], Felipe Velasquez Valderrama[1], Rosario Torres Iberico[1], Rosalia Ballona Chambergo[1]
[1]Instituto Nacional de Salud Del Niño, Lima, Perú

INTRODUCCIÓN:
Síndrome de Blue Berry Muffin Baby es un término morfológico utilizado para describir la aparición de diversas neoformaciones rojo violáceas en recién nacidos, su etiología es muy variada desde causas infecciosas (las más frecuente) hasta causas neoplásicas como es el caso de nuestro paciente; por Histiocitosis de células de Langerhans.
Presento este caso por ser poco frecuente y por significar un gran desafío para el dermatólogo ya que a pesar de la gran manifestación cutánea es importante determinar hasta cuando esperar la involución espontanea, típica de esta forma de presentación, para evitar iatrogenia innecesaria, lo que implica, saber ponderar el grado de afectación sistémica que indicaría una progresión definitiva de la enfermedad.

CASO CLÍNICO:
Recién nacida femenina de 8 días de vida, acude al instituto por presentar lesiones pápulo - nodulares desde nacimiento. Examen físico: Buen estado general. Piel: dermatosis generalizada caracterizada por lesiones Pápulo - Nodulares violáceos, de tamaño variable (entre 0.5 -3cm), bordes definidos, consistencia dura, que compromete cuero cabelludo, palmas, plantas y mucosas. Abdomen: No se palpa visceromegalia, resto del examen físico sin alteraciones. Exámenes de laboratorio hematológicos y bioquímicos dentro de rangos normales; VDRL, VIH y serología TORCH no reactivas. En survey óseo no se observan lesiones osteolíticas. Ecografía abdominal, ecocardiograma, fondo de ojo y ecografía transfontanelar sin alteraciones.
Histopatología: dermis superficial, profunda e hipodermis con proliferación difusa de células mononucleares redondas y ovales con citoplasma eosinofílico granular y núcleo irregular con aspecto de grano de café. Inmunohistoquímica: CD1a y S-100: positiva de células de Langerhans. Con dichos resultados se realiza aspirado de médula ósea, donde no se evidencia alteraciones. Se realiza correlación clínico-patológica y laboratorial y evidenciándose solo el compromiso cutáneo, descartándose el compromiso sistémico, se llega al diagnóstico de Histiocitosis de células de Langerhans Autoresolutiva. (anteriormente conocida como Hashimoto Pritzker)

CONCLUSIONES:
La Histiocitosis de células de Langerhans Autorresolutiva “Enfermedad de Hashimoto Pritzker”, es una variante benigna y poco frecuente, se manifiesta con erupciones cutáneas desde el nacimiento o en el periodo posnatal temprano con involución de las lesiones en semanas o meses. Solo se define como Autoresolutiva en un enfoque retrospectivo, cuando hay involución completa de las lesiones después del seguimiento por 5 años sin mostrar reactivación en piel ni compromiso sistémico.

747

El uso de inhibidores de mTOR para el tratamiento de hemangioendotelioma kaposiforme. Una revisión sistemática

Mariana Maza-Morales[1], Sofía Valdés-Loperena[1], Carola Durán-Mckinster[1], María Teresa García-Romero[1]
[1]*Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México*

INTRODUCCIÓN
El hemangioendotelioma kaposiforme (HEK) es un tumor vascular benigno localmente agresivo y potencialmente letal que se asocia al fenómeno de Kasabach-Merrit (trombocitopenia y coagulopatía por consumo). Su tratamiento es complejo y generalmente requiere varios agentes para disminuir las complicaciones hematológicas y prevenir secuelas. Actualmente se consideran los corticoesteroides sistémicos y la vincristina como primera línea de manejo, sin embargo, existen diversos reportes con resultados prometedores de inhibidores de la molécula diana de la rapamicina en mamíferos (mTOR) como sirolimus o everolimus para esta condición. Realizamos una revisión sistemática con el objetivo de sintetizar la información existente sobre el uso de los inhibidores de mTOR para el tratamiento de HEK.

MATERIAL Y MÉTODOS
Por medio de estrategias de búsqueda específicas, se realizó la revisión sistematizada de la literatura publicada en las bases de datos PubMed y Scopus durante el periodo del 2000-2021 sobre el uso de inhibidores de mTOR para el tratamiento de HEK. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, DE) y porcentajes.

RESULTADOS
Dos revisores independientes analizaron 823 artículos, se incluyeron 45 reportes de caso de 65 pacientes y 7 series de casos reportando 125 pacientes que se describieron por separado. De los 65 pacientes de reportes de caso, 65% (42) fueron hombres y el 32% (21) mujeres, no se especificó el sexo en 2 pacientes. La edad media al diagnóstico fue de 347.70 (DE±724.7) días. Las localizaciones más frecuentes del tumor fueron cabeza y cuello en el 33.8%, extremidades 33.8% y tronco 27.6%. El fenómeno de Kasabach-Merritt se reportó en 95.3% (62) pacientes. El 84.6% (55) recibió tratamiento previo, los más frecuentes fueron vincristina (78.1%) y corticosteroides sistémicos (65.4%), con una duración media de 344.7 (DE±763.3) días. El principal motivo del cambio fue la falta de respuesta (72.3%). Se administró sirolimus a 95.3% (62) pacientes y everolimus al 4.6% (3). La edad media a su inicio fue de 619 (DE±1165.6) días, con una duración media del tratamiento de 353.4 (DE±241.3) días. Se reportaron efectos adversos en el 24.6% (16) de los pacientes. El 89% (58) pacientes tuvieron desenlaces favorables: 44 presentó reducción en el tamaño del tumor, 41 mejoría en los parámetros bioquímicos, 45 mejoría en la calidad de vida y 12 tuvieron remisión total del tumor. El 4.6% (3) no respondió al tratamiento y 6.1% (4) murieron debido a complicaciones de la enfermedad y el tratamiento. Los 125 pacientes reportados en las 7 series recibieron sirolimus, previamente tratados con vincristina y corticoesteroides sistémicos, siendo la falla al tratamiento el principal motivo del cambio. El 97.6% (122) pacientes tuvieron mejoría total o parcial (reducción del tamaño, mejoría en parámetros laboratoriales y/o disminución de la sintomatología), 1.6% (2) no tuvieron respuesta y 1 paciente falleció.

CONCLUSIONES
Esta revisión sistemática de 190 pacientes muestra que los inhibidores de mTOR son muy efectivos en el tratamiento del HEK, disminuyendo su tamaño, síntomas y parámetros bioquímicos, e incluso complicaciones. Posiblemente estos tratamientos deban ser considerados como primera línea en vista de su eficacia y perfil de seguridad.

756

Síndrome de Gianotti Crosti un diagnóstico diferencial de escabiosis

Ludwin Francisco Castro Guardado[1]
[1]Centro Dermatológico Hospital Nacional Zacamil El Salvador, San Salvador, El Salvador

Introducción.
El síndrome de Gianotti - crosti o acrodermatitis papular infantil o de la infancia es una dermatosis autolimitada común que puede ser mal diagnosticada como escabiosis por lo tanto recibir múltiples tratamientos escabicidas sin respuesta clínica, es una patología comun que se tiene que tomar en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes pediátricos que cursan con pápulas y papulovesiculas pruriginosas en cara y extremidades, en especial pacientes entre los 6 meses y 12 años, se considera un patrón de reacción cutánea asociado a virus, bacterias y vacunas. En general, los virus asociados son el virus del Epstein-barr y la hepatitis B, bacterias como Mycoplasma pneumoniae, Borrealia burgdorferi, Bartonella henselae y a inmunizaciones para gripe, difteria, tétanos, tos ferina.

Caso clínico.
Acude a la consulta externa de unidad comunitaria de salud San Jacinto El Salvador paciente masculino de 1 año con dermatosis diseminada a cabeza, miembros superiores e inferiores, de cabeza afecta cara en mejillas y frente; en los miembros superiores afecta caras externas de brazos, antebrazos y dorso de las manos, así mismo, en los miembros inferiores se observan lesiones en región antero externa de muslos y piernas, bilateral y simétrico. Morfológicamente está constituida por pápulas eritematosas y papulovesiculas de aproximadamente 3mm; y hay algunas costras hemáticas de evolución aguda. Madre de paciente refiere aproximadamente de 3 semanas de evolución de presentar dermatosis pruriginosa e irritabilidad, por lo que consulta a la semana de inicio de dermatosis en clínicas privadas donde indican múltiples tratamientos con permetrina 5% loción y Clorfeniramina suspensión como único tratamiento, sin mejoría clínica. Se diagnostica Síndrome de Gianoti-Crostti en área de dermatología donde se brinda consejería, se indican medidas generales, valerato de betametasona 0.1%, clorfeniramina suspensión, se cita paciente en 2 meses, quien no acude a su cita por lo que se comunica vía telefónica con la madre quien refiere resolución de la dermatosis.

Conclusión
El síndrome de Gianotti-Crostti o acrodermatitis papular de la infancia es una patología común que se tiene que tomar en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes pediátricos que cursan con pápulas y papulovesiculas pruriginosas en cara y extremidades. Es benigna y autolimitada, pero que puede ser preocupante para los padres por lo que se les debe explicar el pronóstico de esta dermatosis y sus cuidados. Tiene un diagnóstico clínico y no necesita otros métodos diagnósticos; sus diagnósticos diferenciales más probables son urticaria papular, pitiriasis rosada y se debe investigar siempre mononucleosis infecciosa, purpura de Henoch-Schönlein y escabiosis. En la gran mayoría de casos es un proceso benigno autolimitado que no requiere de tratamiento, pero su evolución es variable de 5 días hasta 12 meses. Las lesiones sanan sin fibrosis y rara vez se observa mancha residual. Los esteroides tópicos de mediana potencia pueden disminuir el prurito y el tiempo de evolución de las lesiones y se debe aplicar 1 vez al día durante 1-2 semanas. En los casos graves se puede administrar corticoesteroides sistémicos por pulsos. Los antihistamínicos orales o las lociones antialérgicas pueden mejorar el prurito.

760

Presentación infrecuente del tumor de Abrikossoff

Lina Pichardo Di Vanna[1], Daisy Blanco Falete
[1]*Instituto Dermatológico Dominicano Y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz IDCP, Santo Domingo, Rep. Dominicana*

Introducción:
El tumor de células granulares, también conocido como Tumor de Abrikossoff, es una neoformación inusual de carácter benigno que clínicamente suele presentarse como un nódulo solitario y asintomático de crecimiento lento, que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, predominando en cabeza y cuello en más del 50% de los casos, siendo la lengua su principal lugar de aparición (1). Su etiología es controversial, sin embargo, la detección positiva de la proteína S-100 sugiere un origen neural a partir de las células de Schwann. La mayoría de los casos reportados hasta la actualidad se encuentran en cavidad oral, por lo que surge el interés de presentar un caso clínico de un paciente pediátrico diagnosticado con tumor de células granulares en piel (2).

Caso clínico:
JBD, masculino de 8 años de edad con dermatosis que afecta miembro superior derecho de 1 año de evolución, asintomático, caracterizado por neoformación única hiperpigmentada, de superficie hiperqueratósica, bien delimitada, no dolorosa a la palpación, de aspecto verruciforme y numular, de aproximadamente 2cm de diámetro (imagen 1). La histopatología revela epidermis con hiperplasia verrucosa, toda la dermis ocupada por la densa hiperplasia de células poligonales de núcleo central, en cuyo citoplasma pálido se observan abundantes granulaciones (imagen 2). Tricrómico revela granulaciones rojizas intracitoplasmáticas (imagen 3). Se realizó diagnóstico histopatológico de Tumor de Células Granulares (Tumor de Abrikossoff). La inmunohistoquímica de la lesión reportó positiva la proteína S-100 (marcadores de cresta neural/melanocítico), así como los anticuerpos vimentina (marcador mesenquimal y de tumores epiteliales) y CD68 (tumor de células granulares). Se practicó extirpación quirúrgica de la lesión.

Conclusiones:
El Tumor de Abrikossoff es una entidad infrecuente que posee aspectos controversiales. Basándose en estudios inmunohistoquímicos, el origen neural es el más aceptado hoy en día, como se evidencia en nuestro caso, quien muestra positividad de la proteína S-100. El lugar de presentación más frecuente es en cavidad oral, aunque se han reportado casos en piel, como nuestro paciente, con lesión en extremidad superior derecha. Debido al aspecto morfológico de la lesión surgen ciertos diagnósticos diferenciales a considerar, como son las neoplasias conectivas y neurales benignas, tales como neurofibroma, schwannomas, neuromas, así como también tuberculosis verrucosa, el cual fue nuestro principal diagnóstico a considerar ante un paciente con una neoformación de aspecto verrucosa en República Dominicana, área endémica de tuberculosis. El pronóstico de esta entidad es favorable tras una resección completa de la lesión con márgenes adecuados, debido a su lento crecimiento, su baja tasa de recidiva y su comportamiento benigno (4).

Relativo a esta presentación, no hay potenciales conflictos de intereses que declarar.

864

Eritrocianosis, manchas anémicas de Bier y erupción urticariforme: presentación de dos casos de síndrome de BASCULE

Marta Elosua González[1], Elena López-Negrete, Fernando Alfageme, Irene Salgüero, Mercedes Sigüenza, Ángel Rosell, Lucía Turrión, Constanza Martínez, Mercè Grau, Mercedes Hospital, Gaston Roustan, Rita Cabeza
[1]*Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España*

INTRODUCCIÓN: El síndrome de BASCULE (Bier's Anemic Spots and Cyanosis with Urticaria-Like Eruption) es una dermatosis vasomotora benigna y adquirida recientemente descrita, que generalmente afecta a los miembros inferiores de niños y adolescentes.

CASOS CLÍNICOS:

CASO 1: Mujer de 17 años sin antecedentes personales de interés, que consulta por la aparición de lesiones maculares blanquecinas pruriginosas localizadas en las piernas a los 5 minutos de mantener la posición de bipedestación. Refiere que lleva años con estas lesiones, sin asociar otros síntomas. Se realiza analítica con perfil autoinmune siendo normal. A la exploración física se objetivan máculas hipocrómicas y eritematosas que aparecen a los 2 minutos de la bidepestación.

CASO 2: Mujer de 12 años que refiere cambios de coloración en miembros inferiores con prurito y a veces dolor desde hace 2 años, al ponerse de pie. Refiere que es asintomático aunque a veces tiene prurito e incluso dolor. No refiere otra sintomatología. La analítica es normal salvo anticuerpos antinucleares positivos (1/160). A la exploración física se observan máculas hipopigmentadas con eritema central y algunas urticariformes localizadas en piernas a los 2 minutos de ponerse de pie, con resolución al tumbarse. Se deriva a reumatología que descarta enfermedad reumatológica.

En ambos casos se diagnostica de síndrome de BASCULE descartándose hipotensión ortostática y síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS).

DISCUSIÓN: El síndrome de BASCULE, descrito en 2016 por Bessis et al., se caracteriza por la triada clínica de máculas anémicas de Bier centradas por lesiones urticariformes de color rojo anaranjado sobre un fondo cianótico, localizadas en miembros inferiores. Puede asociar edema, prurito y rara vez dolor. En ocasiones se ha asociado a síncopes, hipotensión ortostática y POTS, por lo que es importante descartarlo en la consulta aunque estén asintomáticos. Su diagnóstico es clínico, siendo la histología inespecífica y el resto de pruebas anodinas. Se ha propuesto que su patogenia radica en una respuesta vasoconstrictora exagerada relacionada con el retorno venoso, donde la hipoxia local secundaria activaría a los mastocitos y se produciría la liberación de histamina. Respecto al tratamiento, se ha descrito mejoría parcial en algunos casos con antihistamínicos, sobre todo a altas dosis. En nuestros dos casos pautamos antihistamínico oral pero debido a la escasa sintomatología las pacientes no han observado mejoría.

CONCLUSIÓN: El síndrome de BASCULE es poco frecuente pero está probablemente infradiagnosticado. A pesar de tener una anatomía patológica inespecífica, conociendo su clínica típica es fácilmente reconocible. Presentamos dos casos de síndrome de BASCULE en dos mujeres sin asociarse intolerancia ortostática crónica.

915

Aplasia cutis congénita y cuándo pensar en un síndrome de Bart

Froilan Jhonatan Ponce Delgadillo[1], Miguel Omar Gutiérrez Jimenez[1]
[1]*Hospital Obrero #1/ Residencia Dermatología, La Paz, Bolivia*

Introducción. La razón de escoger el caso clínico, es debido a que la aplasia cutis congénita, es una rara alteración con una incidencia estimada de 1 a 3 cada 10.000 recién nacidos. Además, que despertó fuertemente mi interés de averiguar la relación que podría existir de este caso en particular con otros trastornos como las epidermólisis ampollosas. Si podría resumirlo en una palabra diría que este caso es "inspirador"

Caso clínico. Se trata de un paciente de sexo masculino en sus primeras horas de vida, que nace de parto expulsivo eutócico, atendido en un servicio de salud extrahospitalario, el mismo sin intercurrencias con Apgar 7/9, Capurro 39 semanas, hemodinamicamente estable, sin haber requerido maniobras de reanimación, sin embargo, presenta una lesión en miembro inferior izquierdo, por lo que sus padres deciden solicitar alta y transferencia a Hospital Materno Infantil, donde es recibido y llevado a unidad de cuidados intermedios, desde el que realizan la solicitud de valoración por el servicio de Dermatología. Durante su evaluación se encuentra en miembro inferior izquierdo, cara medial un área de ausencia localizada de piel, de configuración irregular, bordes reticulares o en encaje, eritematosa, con ligera secreción serosa, es importante mencionar que durante su seguimiento no existió desarrollo de distrofias ungueales o lesiones ampollares. Se procedió a la toma de biopsia cutánea la cual reportó fragmento de tejido cutáneo revestido por un epitelio plano estratificado adelgazado, permitiéndonos realizar el diagnostico de aplasia cutis congénita. Además, cuenta con ecografía Doppler color de pierna izquierda, la cual fue reportada de manera errónea como un hemangioma, también ecografía transfontanelar y ecografía abdominal sin alteraciones. Laboratorios generales dentro de parámetros. Se realizo tratamiento tópico con corticoides de mediana potencia (betametasona) y sulfadiazina argéntica, suministrados en crema magistral, con evolución clínica favorable.

Conclusiones. Este caso clínico nos permite actualizar y reforzar conocimientos sobre entidades raras, como la aplasia cutis congénita en concreto según la clasificación de Frieden el grupo VI que son las formas clínicas de aplasia, que pueden ir vinculadas a enfermedades ampollares confeccionando el síndrome de Bart. Requiriendo por tanto de su conocimiento para un manejo y tratamiento adecuado.

928

Experiencia de rosácea infantil en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de la literatura

Franz Barnes Saldaña[1]
[1]HDN, Panamá, Panamá

Introducción: La rosácea es una condición inflamatoria crónica que afecta piel y ojos, clínicamente caracterizada por eritema facial, telangiectasias, pápulas y pústulas. El objetivo de este estudio es describir la frecuencia y las manifestaciones clínicas de la rosácea en niños que fueron referidos al servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría, México.

Método: Mediante un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal, se efectuó una revisión de todos los Expedientes Clínicos de pacientes que fueron diagnosticados con rosácea en el Instituto Nacional de Pediatría de 2010 a 2020 y que fueron seguidos durante al menos un período de 6 meses posteriores al diagnóstico. Se realizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial en SPSS versión 25.

Resultados: En un total de 23 pacientes (19 niñas y 4 niños) con una edad promedio al inicio de síntomas de 7.67 ± 4.5 años y al diagnóstico de 9.96 ± 4.4 años; confirmamos la reducida incidencia y baja sospecha de esta enfermedad para el clínico lo que conduce a un retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento. Predominó la forma de presentación papulopustulosa 43.5%, ocular 26.1%, telangiectásica 8.7%, con localización facial principalmente malar 40.9%, nasal 27.3% y palpebral 15.9%. La terapéutica consistió principalmente en el uso de emolientes, fotoprotectores y una combinación de agentes tópicos y ocasionalmente tratamiento sistémico; una vez establecido el tratamiento más del 90% de los casos lograron la mejoría.

Conclusiones: Se requiere validar los criterios diagnósticos para elevar el índice de sospecha de esta enfermedad, reducir el tiempo entre el inicio de síntomas y el diagnóstico, así como establecer pautas específicas que permitan un abordaje homogéneo y escalonado con protocolos de seguimiento que hagan énfasis en la detección de la presencia de brotes y factores desencadenantes.

939

Hemangiomas eruptivos múltiples y síndrome de Beckwith Wiedeman

Maria Elena Naz Villalba[1], Ana Pampín Franco[1], Uxúa Floristán Muruzabal[1], Elena García Zamora[1], Enrique Gómez de la Fuente[1], Henar Sanz Real[1], Giulia Dradi[1], Reyes Gamo Villegas[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Beckwith Wiedemann (SBW) es un síndrome de sobrecrecimiento, causado por alteración es en un grupo de genes situados en la región cromosómica 11p15.5. Las características clínicas comunes incluyen sobrecrecimiento, macroglosia, defectos de la pared abdominal, hipoglucemia neonatal y un mayor riesgo de tumores embrionarios. Los tumores vasculares son poco frecuentes.

CASO CLÍNICO: Presentamos un lactante de 3 meses de edad que presenta desde el nacimiento, lesiones cutáneas generalizadas, asintomáticas de aspecto vascular. Como antecedentes personales destacaban un peso y talla elevados para la edad gestacional, hernia umbilical, microcefalia, macroglosia y enfermedad de membrana hialina. No presentaba antecedentes familiares de interés. A la exploración se objetivaban 7 lesiones nodulares eritematovioláceas, de aspecto congestivo, de entre 2 y 6mm, localizadas en palma derecha, pene, espalda clavícula y hombro derecho, compatibles con hemangiomas eruptivos múltiples. Se realizó una ecografía abdominal e n la que se objetivaron entre 10 y 15 lesiones ocupantes de espacio hipoecogénicas compatibles con angiomas hepáticos. Ante dicho resultado, se inició tratamiento precoz con propranolol vía oral con disminución tanto de las lesiones cutáneas como hepáticas. Dada la asociación de macroglosia, hernia umbilical, peso y talla elevados al nacimiento, el paciente cumplía 1 criterio mayor y 2 menores de SBW, por lo que se solicitó estudio de mutaciones del gen 11p15.5 para su c onfirmación, en el cual se objetivó una pérdida de metilación de ICR2 compatible con SBW.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Beckwith Wiedemann (SBW) es un trastorno de sobrecrecimiento en el que se pueden encontrar varias malformaciones y tumores embrionarios. Sólo hay unos pocos casos descritos en la literatura que relacionen el SBW con la presencia de hemangiomas múltiples. Hasta donde sabemos, esta es la segunda asociación reportada de SBW, hemangiomas eruptivos múltiples cutáneo s y hepáticos. En conclusión, los tumores vasculares, en concreto, los hemangiomas infantiles múltiples podrían estar asociados con el SBW y pertenecer a su espectro, por lo que deben considerarse en el diagnóstico diferencial para un diagnóstico y tratamiento precoz.

946

Necrosis grasa del recién nacido

Claudia Sarró-Fuente[1], Diana Ruiz-Genao, Reyes Gamo-Villegas, Enrique Gómez-de la Fuente, Miguel Vela-Ganuza, Elena Naz-Villalba, Marta Menénde-Sánchez, Fernando Pinedo-Moraleda, José Luis López-Estebaranz
[1]*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España*

Introducción
La necrosis grasa del recién nacido (NGRN) es una paniculitis poco frecuente que afecta a recién nacidos a término. Por lo general sigue un curso autolimitado en pocas semanas. La hipercalcemia es la complicación más frecuente y debe vigilarse activamente.

Caso clínico
Lactante de 5 días de edad con antecedentes de evento hipóxico perinatal con aparición progresiva de lesiones eritematosas. A la exploración presentaba nódulos y placas eritematovioláceas infiltradas en toda la espalda, glúteos y ambos brazos. La analítica sanguínea y el sistemático de orina fueron normales. La biopsia cutánea revelaba una dermis y tejido adiposo con un con infiltrado inflamatorio linfohistiocitario y hendiduras radiales dentro de los adipocitos, confirmando la sospecha de NGRN. El control analítico a las 48 horas reveló hipercalcemia e hipertrigliceridemia, por lo que se inició tratamiento con sueroterapia intravenosa y furosemida, con rápida normalización analítica y resolución lesiones cutáneas. Sin embargo, presentó nefrocalcinosis leve que precisó corticoterapia en dosis decreciente y controles ecográficos, con resolución completa de las lesiones a los 6 meses de vida.

Conclusiones
La necrosis grasa del recién nacido (NGRN) es una paniculitis de curso benigno y autolimitado que aparece en recién nacidos (RN) a término durante las primeras semanas de vida. Clínicamente se presenta como placas y nódulos eritematovioláceos localizados en el tronco o la raíz de extremidades. Su patogenia es desconocida aunque se piensa que el estrés perinatal podría causar hipoxia e hipotermia del tejido adiposo inmaduro, conduciendo a su inflamación y necrosis. Los factores predisponentes incluyen enfermedades maternas (diabetes gestacional, preeclampsia) y eventos perinatales como hipotermia, infecciones o hipoxemia. El diagnóstico de la NGRN es clínico, aunque es aconsejable la confirmación histológica (sus hallazgos incluyen una paniculitis lobulillar con denso infiltrado inflamatorio formado por histiocitos y células gigantes multinucleadas, hendiduras radiales dentro de los adipocitos, y ausencia de vasculitis).

El principal diagnóstico diferencial es el esclerema neonatorum, que afecta a RN pretérmino y cuya evolución es fatal en la mayoría de los casos. Cursa con placas céreas induradas y frías generalizadas, e histológicamente destaca la ausencia de infiltrado inflamatorio.

La NGRN suele ser transitoria y autolimitada, sin embargo puede presentar complicaciones como hipercalcemia, trombocitopenia, hipoglucemia e hipertrigliceridemia. Por tanto, en todos los pacientes con sospecha o confirmación de NGRN es fundamental hacer un estudio y seguimiento analítico detectar estas complicaciones. La hipercalcemia es la complicación más frecuente (del 25 al 65%) y puede aparecer desde el inicio hasta los 6 meses de la aparición de las lesiones. Se piensa que la alta expresión de 1-alfa-hidroxilasa por los granulomas aumenta los niveles de 1,25-dihidroxivitamina D3 promoviendo la movilización del calcio óseo y aumentando su absorción intestinal. Puede ser asintomática o cursar con irritabilidad, hipotonía, anorexia o vómitos. Además, algunos casos como el nuestro pueden asociar nefrocalcinosis o calcificación metastásica en otros tejidos. El tratamiento incluye la restricción de los suplementos de calcio, la hiperhidratación con sueroterapia intravenosa y los diuréticos de asa (furosemida), pudiendo precisarse en casos más graves el uso de corticosteroides sistémicos y bifosfonatos.

974

Beneficio del uso de echinacea en el tratamiento de moluscos contagiosos múltiples en niños

Ana María Sáenz[1], **María Gabriela Uzcátegui Díaz[1]**, María Fabiola Chirinos[1]
[1]Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

El molusco contagioso es una dermatosis infecciosa autolimitada en 6 meses a 4 años; común en niños, cuyo agente causal es capaz de inhibir la respuesta inmunológica local. Las opciones de tratamiento habitual pueden generar dolor, miedo, recidivas y lesiones residuales limitando su uso en aquellos pacientes con numerosas lesiones y más aún, si estas se localizan en la cara. La estimulación del sistema inmune podría ser una opción de tratamiento para estos pacientes. La echinacea, es una planta con propiedades estimulantes de la respuesta inmunológica tanto innata como adquirida, con actividades antivirales y antimicrobianas mediante diversos mecanismos, sin efectos tóxicos asociados a la ingestión hasta por 6 meses, por lo cual nos planteamos determinar el beneficio del uso de echinacea oral en el tratamiento de niños con múltiples lesiones de molusco contagioso.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio abierto, descriptivo, prospectivo, de corte longitudinal, no controlado en pacientes menores de 12 años de la consulta de dermatología pediátrica del Hospital Universitario de Caracas entre Enero y agosto de 2021, inmunocompetentes que presentaran más de 20 moluscos contagiosos en total o más de 10 moluscos localizados en la cara, que no habían recibido tratamiento previo. Se indicó 400 mg de echinacea durante 30 días. Si al mes había respuesta parcial se administraba por 30 días más; aumentando la dosis a 800 mg en los pacientes donde no había desaparición del 100% de las lesiones.

RESULTADOS: Se incluyeron 17 pacientes, 70,6% eran del sexo femenino, promedio de edad 5,05 años (rango: 2 -8 años). 17,64% tenían antecedente de atopia y la mayoría de las lesiones estaban en cara (64,7% seguido por tronco (29,4%). Al mes de tratamiento en 23,5% de los pacientes cesó la aparición de moluscos y a los 60 días en 47% hubo desaparición del 100 % de las lesiones, en 35,29% aclararon más del 50% de las lesiones, 11,76% mostraron respuesta pobre con aclaramiento de menos del 50%; solo un paciente no mostró ningún grado de mejoría. Los efectos adversos fueron leves, 29,41% (n=5) presentó irritación y eccema en las áreas con molusco que fue más frecuente en niños con antecedente de atopia y ameritó la suspensión del tratamiento durante 1 semana en 2 de estos pacientes, requiriendo el uso de corticoide tópico.

CONCLUSIONES: La administración de 800 mg de echinacea por 2 meses es segura y eficaz para el tratamiento de múltiples lesiones de molusco contagioso en niños, donde no es factible la aplicación de otras terapias convencionales. La echincacea induce la estimulación del sistema inmunológico acortando el tiempo de resolución de la infección.

1016

El impacto de la dermatitis atópica de moderada a grave en los niños <12 años en distintas regiones del mundo: un análisis del estudio PEDISTAD en la práctica real

Annie Zhang[10], Vania Oliveira de Carvalho[1], Isabel Betlloch Mas[2], Martti Antila[3], Ledit R. F. Ardusso[4], Mauricio Torres-Pradilla[5], Mirna Toldeo-Bahena[6], Suzanne Pasmans[7], Rajan Gupta[8], Zhixiao Wang[9]

[1]Universidad Federal de Paraná, Curitiba, Brasil, [2]Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España, [3]Clínica de Alergia, Sorocaba, São Paulo, Brasil, [4]Facultad de Medicina de Rosario, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina, [5]Departamento de Dermatología Pediátrica, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia, [6]Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México, [7]Centro Médico Universitario Erasmus MC de Róterdam, Hospital Infantil Sophia / Centro de Dermatología Pediátrica, Róterdam, Países Bajos, [8]TechData Service Company LLC, King of Prussia, PA, EE. UU., [9]Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, NY, EE. UU., [10]Sanofi Genzyme, Cambridge, MA, EE. UU.

Antecedentes: faltan datos reales sobre las características, la progresión de la enfermedad y el impacto en la calidad de vida de los niños con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave y sus familias. Además, escasean los datos sobre su impacto por regiones del mundo.

Métodos: PEDISTAD (NCT03687359) es un estudio observacional internacional que se lleva a cabo en 20 países en pacientes de 6 meses a < 12 años con DA de moderada a grave mal controlada con tratamientos tópicos o para los que no se aconsejan dichos tratamientos. Las medidas basales de la gravedad de la enfermedad incluyen: índice del área y la intensidad del eccema (EASI; 0-72), área de superficie corporal afectada por DA (ASC; 0-100 %), medición del eccema orientada al paciente (POEM; 0-28), el peor rascado durante las 24 horas anteriores (< 6 años; 0-10) o el peor picor durante la noche anterior y el día actual (de 6 a < 12 años; 0-10), índice de calidad de vida en dermatitis infantil (IDQOL; ≤ 3 años; 0-30) o índice de calidad de vida en dermatología infantil (CDLQI; de 4 a < 12 años; 0-30) e impacto familiar de la dermatitis (DFI; 0-30). Los resultados se presentan por regiones: Norteamérica (NA); Latinoamérica (LATAM); Europa, Oriente Medio y África (EMEA); y Asia-Pacífico (APAC). Los datos continuos se presentan como media ± DE.

Resultados: en PEDISTAD se incluyeron 1329 niños (452 de NA, 416 de EMEA, 249 de APAC y 212 de LATAM). Las comorbilidades atópicas afectaron a más niños en APAC (68,9 %) que en las otras tres regiones (58,6-59,4 %). Las comorbilidades atópicas más frecuentes variaron por región: NA: alergia alimentaria (35,4 %) y asma (29,4 %); LATAM: rinitis alérgica (45,8 %) y asma (22,6 %); EMEA: alergia alimentaria (38,9 %) y rinitis alérgica (29,1 %); APAC: rinitis alérgica (41,0 %) y alergia alimentaria (35,3 %). El 12,9 % (APAC) a 40,1 % (LATAM) recibieron tratamientos sistémicos para la DA, como metotrexato (0 % [APAC] a 14,6 % [LATAM]), ciclosporina A (2,4 % [NA] a 9,1 % [EMEA]) y dupilumab (1,9 % [LATAM] a 6,0 % [NA]). El EASI varió de 13,8±11,6 (EMEA) a 16,0±11,8 (LATAM); ASC afectada, de 31,9±21,1 % (EMEA) a 37,7±21,6 % (LATAM); POEM, de 14,2±7,2 (NA) a 16,9±6,8 (LATAM); peor rascado durante las 24 horas anteriores, de 5,6±2,7 (NA y APAC) a 6,7±2,5 (LATAM); peor picor durante la noche anterior, de 4,5±3,0 (EMEA) a 5,3±3,1 (LATAM); peor picor durante el día actual, de 3,5±2,8 (EMEA) a 4,1±2,8 (APAC); IDQOL, de 9,5±6,8 (APAC) a 12,1±6,4 (EMEA); CDLQI, de 9,4±5,9 (APAC) a 13,1±7,5 (LATAM); y DFI, de 9,6±7,0 (NA) a 14,1±7,2 (LATAM).

Conclusión: las características basales de los niños incluidos en PEDISTAD reflejan una carga patológica multidimensional medida por comorbilidades atópicas, signos clínicos, picor, calidad de vida e impacto familiar en las cuatro regiones del mundo, lo que sugiere una necesidad no cubierta de tratamientos eficaces y seguros para los pacientes pediátricos con DA de moderada a grave en todas las regiones.

1019

Aplasia cutis asociada a feto papiraceo

Renato Alonso Farfán Pinto[1], Claudia Bejar Ardiles[1]
[1]Hospital III Goyeneche, Arequipa, Perú

Introduccion. Se trae este caso por ser una condición rara o poco reportada con clínica constante, llamativa pero con evolución generalmente favorable.

Caso Clinico. Paciente recién nacido de sexo masculino, como antecedente materno, madre de 39 años, multigesta multipara ; antecedentes prenatales de gestación doble y feto papiraceo, sin ningún otro antecedente de importancia.
Nacido de parto vaginal edad gestacional de 41 semana, se evidencia la presencia de feto papiraceo. Somatometria al nacimiento dentro de los parámetros normales, score de APGAR : 9 al minuto y a los 5 minutos.
AL examen físico: presencia de placas hipotrofias hipopigmentadas simétricas en flancos, presencia de úlceras esteladas que compromete la región lumbar que se extiende hacia miembros inferiores cubiertas por membranas, otra úlcera de las mismas características en la cara externa de ambos muslos, simétricas.
Estudios placentarios: en la ecografía del tercer trimestre con gestación doble, placenta monocorial-biamniotica, macroscópicamente cotiledones intactos, ausencia de bandas amnióticas, ausencia de signos de trombosis, presencia de feto papiraceo; estudios Histológico sin alteraciones.
Estudios hematológicos sin alteraciones, serológica para rubeola, citomegalovirus y toxoplasma negativos
El diagnóstico es de Aplasia cutis congénita asociada a feto papiraceo o tipo V, El diagnostico es principalmente clínico, en cuanto al tratamiento se aplico ungüento antibiótico en las zonas ulceradas así como pasta de oxido de zinc con evolución favorable con persistencia de machas hipocráticas y cicatrices lineales con poca retracción.

Conclusiones. Este tipo de aplasia cutis comparte una clínica constante, la presencia de feto papiraceo y una placenta monocorial biamniotica pudiéndose explicar esta clínica ocasionada por hipovolemia transitoria debido al paso de sangre desde el feto vivo al feto papiraceo a travez de las anastomosis planetarias, ocasionando necrosis cutánea en las zonas menos perfundidas.

1022

Mal control de la dermatitis atópica en niños pequeños en Brasil, México, Colombia, Argentina y España: resultados de la encuesta EPI-CARE

Stephan Weidinger[1], Eric L. Simpson[2], Jonathan I. Silverberg[3], Lysel Brignoli[4], Tarek Mnif[4], Sebastian Auziere[4], Ryan B. Thomas[5], Chien-Chia Chuang[6], **Ainara Rodríguez Marco[6]**, Ana B. Rossi[6]

[1]Hospital Universitario de Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Alemania, [2]Oregon Health & Science University, Portland, OR, EE. UU., [3]George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, EE. UU., [4]Cerner Enviza, París, Francia, [5]Regeneron Pharmaceuticals Inc., Tarrytown, NY, EE. UU., [6]Sanofi Genzyme, Cambridge, MA, EE. UU.

Antecedentes: la dermatitis atópica (DA) afecta al 10–20% de los niños de 6 meses a < 6 años en Argentina, Colombia, México, Brasil y España, aunque hay escasa información sobre la gravedad y el control de la enfermedad. Presentamos datos de la encuesta EPI-CARE en estos países, que evidencian la falta de control de la DA, medida por brotes y hospitalizaciones relacionadas con la DA.

Métodos: EPI-CARE es una encuesta transversal, en línea y de autonotificación realizada en niños de 6 meses a < 18 años y sus padres entre 2018 y 2019 en 18 países. Los niños elegibles presentaban un "diagnóstico de DA" basado en el cumplimiento de los 3 primeros criterios del Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia, eccema notificado por los padres y diagnosticado por un médico y (en pacientes < 6 años) erupción cutánea con picor en la cara (mejillas, frente) y los codos-muñecas/rodillas-tobillos en cualquier momento. Los padres completaron una evaluación global de la gravedad del eccema de su hijo/a durante la semana anterior (ausencia, leve, moderada o grave). Se presentan datos de niños con DA de 6 meses a < 6 años de Argentina, Brasil, Colombia, México y España. Los resultados incluyen la frecuencia y duración de los brotes (aumento del picor/enrojecimiento o lesiones nuevas/en expansión) durante el mes anterior y las hospitalizaciones relacionadas con la DA durante los últimos 12 meses.

Resultados: el 59% de los 473 niños de 6 meses a < 6 años presentaban un "diagnóstico de DA" ausente/leve según los padres; el 36%, DA moderada; y el 5%, DA grave. El 79% de los niños con DA ausente/leve experimentaron ≥ 1 brote el mes anterior. El 90%, 48% y 10% de los niños con DA moderada experimentaron ≥ 1, ≥ 2 y ≥ 3 brotes el mes anterior, cifras que aumentaron hasta el 94%, 71% y 46%, respectivamente, en caso de DA grave. La duración media de los brotes aumentó con la gravedad de la DA (la proporción de niños con brotes ≥ 2 semanas en el último mes aumentó con la gravedad de la DA). La incidencia de hospitalización relacionada con la DA el año anterior fue del 40% con DA ausente/leve, del 51% con DA moderada y del 70% con DA grave.

Conclusiones: la falta de control de la enfermedad—frecuencia de brotes, duración de los brotes y hospitalizaciones— aumentó con la gravedad de la DA notificada por los padres. Las altas tasas de brotes durante la primera infancia reflejan un mal control de la enfermedad. Las considerables tasas de brotes y hospitalizaciones, incluso entre los niños con DA leve notificada por los padres, indican una subestimación de la gravedad de la enfermedad por los padres. El mal control de la enfermedad en este grupo de edad afecta negativamente la vida de los pacientes y sus familias. Las opciones terapéuticas seguras y eficaces para la DA con un perfil riesgo-beneficio favorable pueden ayudar a cubrir esta importante necesidad médica.

1039

Esclerema neonatorum en un recién nacido a término asociado a sepsis temprana

Gisela Pilar Aire Farfán[1], Favio Manuel García Mendoza[1], Víctor Delgado Gonzales[1]
[1]*Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú*

INTRODUCCIÓN: El esclerema neonatorum es una paniculitis rara, que se caracteriza por un endurecimiento difuso de la piel generalmente en lactantes en estado crítico, prematuros y con bajo peso al nacer. La mortalidad es alta; sin embargo, con los recursos actuales de cuidados intensivos neonatales, dicha patología es excepcionalmente infrecuente.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 19 días de vida, con antecedentes de recién nacido a término de 38 semanas, APGAR (9-9), madre con infección por COVID-19 a las 5 semanas de gestación sin complicaciones. Cuadro clínico se presenta desde el nacimiento caracterizado por dificultad respiratoria severa y PCR elevado, por lo que se cataloga como sepsis temprana siendo tratado en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología.
Concomitantemente a ello, se observa induración de la piel que limita parcialmente apertura bucal y movimientos de extremidades. El examen físico reveló una eritrodermia difusa, piel de aspecto brillante, tensa, indurada con zonas de descamación fina a predominio de tronco que dificulta realizar los pliegues normales restringiendo parcialmente la respiración y alimentación. En todas las extremidades presenta una piel de superficie irregular con múltiples nódulos contiguos adheridos a tejidos subcutáneos que dificultan la movilización. No hay compromiso de genitales, palmas ni plantas.
En el estudio histológico de las lesiones se observó una
epidermis irregular sin alteraciones, ortoqueratosis laminar, en la dermis zonas de dilatación y edema leve entre las fibras de colágeno, estructuras anexas sin alteraciones, lóbulos grasos sin hallazgos significativos, además de ausencia de infiltrado inflamatorio y ausencia de necrosis de tejido graso. Se realizó histoquímica con Alcian blue con ph 1.5 y ph 2.5, ambas negativas. Se realizaron estudios de laboratorio e imágenes sin hallazgos contributorios.

CONCLUSIÓN: Se presenta el caso clínico debido a que el esclerema neonatorum es una enfermedad extremadamente rara y poco conocida en lactantes. Afecta principalmente a prematuros y aquellos que presenten comorbilidades (sepsis, malformaciones congénitas y enfermedades respiratorias o gastrointestinales graves), pero puede afectar a los recién nacidos a término, siendo en estos últimos un mejor pronóstico. Se debe sospechar en casos de endurecimiento difuso de la piel, que respete palmas, plantas y genitales. La patogénesis es desconocida, sin embargo la teoría más asociada al casos clínico se basa en la toxicicidad sistémica que produce una disfunción del tejido conectivo que rodea a los adipocitos. El diagnóstico es clínico y sólo se realiza la biopsia en caso de duda. El estudio histológico puede revelar un tejido celular subcutáneo normal o un escaso infiltrado inflamatorio con presencia de linfocitos, histiocitos, además de edema, engrosamiento de los tabiques fibrosos subcutáneos y disposición radial de hendiduras finas en forma de aguja en las células grasas y ausencia de necrosis grasa. Para el tratamiento es primordial tratar con prontitud las enfermedades asociadas, además de la terapia conservadora para cuidados de la piel o terapias complementarias como: corticosteroides sistémicos, exanguineotransfusión e Inmunoglobulina intravenosa. El pronóstico del caso fue bueno por tratarse oportunamente la sepsis y mayor aún por ser recién nacido a término.

1045

Hamartoma angiomatoso écrino en cuero cabelludo: a propósito de un caso

María José Ortega Meléndez[1]
[1]Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

El hamartoma angiomatoso écrino es una tumoración benigna poco frecuente constituida por la combinación de malformación écrina y vascular que generalmente aparece en la infancia, las lesiones eritemato-violáceas, únicas o múltiples, aumentan de tamaño acorde al desarrollo, su ubicación más frecuente suele ser en las extremidades, cabeza, cuello, tronco y glúteos. Puede presentar hiperhidrosis, hipertricosis y dolor. No requiere tratamiento salvo en casos de hiperhidrosis excesiva, dolor intenso o por fines estéticos. Paciente masculino de 7 meses de edad previamente sano. Acude al servicio de dermatología por presentar desde el nacimiento lesión eritematosa sobre elevada en cuero cabelludo que se asocia a crecimiento progresivo, hiperhidrosis y en algunas ocasiones prurito. Al examen físico presenta tumoración eritematosa de bordes elevados de aproximadamente 6 por 8 cm en región occipito-temporal asociado a hiperhidrosis. Con la sospecha de hamartoma angiomatoso écrino se solicita ecografía doppler color de partes blandas en la que se evidencia lesión compatible con hamartoma angiomatoso écrino. Se realiza biopsia de la lesión confirmando el diagnóstico definitivo. Se decide conducta expectante y control evolutivo de la lesión. La importancia radica por que es una entidad poco frecuente donde el diagnóstico adecuado evita intervenciones innecesarias.

1046

Retroniquia en pacientes pediátricos

Paula Boggio[1], María Sol Diaz[1], Cecilia Martino[1], Roberta Calvano[1], María Florencia Scacchi[1], Ana Carbajosa[1], Ana Giachetti[1]
[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*

Introducción
La retroniquia, entidad descripta en 2008, es un proceso que cursa con enclavamiento de la parte proximal de lámina ungueal en el pliegue ungueal proximal, con presencia de dos o más láminas ungueales superpuestas bajo dicho pliegue, asociadas a paroniquia crónica y uña amarillenta que no crece.
Afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes de sexo femenino, habiendo menos de 30 casos pediátricos descriptos en la literatura. El proceso generalmente es unilateral y la uña más comprometida es la del hallux. La fisiopatogenia no está totalmente aclarada, pero se considera al trauma local como el principal desencadenante. El diagnóstico se sospecha en base all cuadro clínico y se confirma ecográficamente. El tratamiento conservador con corticoides tópicos de alta potencia puede ser útil en etapas tempranas; en los casos de larga evolución la indicación es la onisectomía.

Material y métodos
Estudio retrospectivo y observacional, desarrollado en la sección de Dermatología Infantil de nuestro hospital, en el que se incluyeron pacientes de entre 0 y 18 años de edad, con diagnóstico clínico y/o ecográfico de retroniquia.

Resultados
Confirmamos 9 casos de retroniquia, 7 mujeres y 2 varones, de 12 años de edad promedio (rango 7 a 17 años). En solo un caso se refirió un traumatismo agudo previo, mientras que 5 niños cursaban con una paroniquia crónica de varios meses de evolución. En todos los casos las uñas afectadas fueron las del hallux, 5 casos unilaterales y 4 bilaterales. Un paciente refirió que la uña afectada no crecía, mientras que en el examen físico se observó uña opaca y engrosada en un paciente, lámina ungueal amarillenta en 4 casos, doble lámina ungueal en 6 pacientes y eritema, edema, dolor y supuración del pliegue ungueal proximal en 5 casos. Se pudo realizar el estudio ecográfico en 7 casos y en 5 de ellos se encontraron hallazgos específicos de esta entidad.
Todos los pacientes con signos de paroniquia crónica recibieron betametasona tópica combinada con ácido fusídico y fueron derivados para el correspondiente tratamiento quirúrgico. Hasta la fecha un solo paciente fue sometido a onisectomía y tuvo una restitución ad integrum.

Conclusiones
La retroniquia es una entidad recientemente definida y posiblemente subdiagnosticada, particularmente en la población pediátrica. Presentamos una serie de 9 casos en niños. Destacamos la importancia de su sospecha diagnóstica, lo que permitirá realizar el tratamiento quirúrgico precoz.

1077

Lupus eritematoso neonatal, a propósito de 2 casos en hermanos

Marina Monaco[1], Paula Carolina Luna[1], Luciana Laura Tirelli[1], Margarita Larralde[1]
[1]*Hospital Alemán, Ciudad de Buenos Aires, Argentina*

Introducción: El lupus eritematoso neonatal (LEN) es una enfermedad autoinmune adquirida del recién nacido, descrita por primera vez en 1954 por McCuiston et al. Se produce a través del pasaje transplacentario de autoanticuerpos maternos antiRo/SSA, anti-La/SSB y menos frecuentemente anti-U1RNP. Afecta entre el 1% al 2% de hijos nacidos de madres con estos anticuerpos, siendo la dermatosis transplacentaria inmunomediada más frecuente así como la causa congénita más frecuente de bloqueo cardiaco. Se estima una incidencia de 1 cada 12.000 a 20.000 recién nacidos vivos. Se caracteriza por la presencia variable de manifestaciones dermatológicas, cardiacas, hematológicas, hepáticas, del sistema nervioso central u osteoarticulares. Si bien los anticuerpos son necesarios para el desarrollo de LEN, no son el único determinante. La susceptibilidad fetal podría estar influenciada por alelos HLA específicos y polimorfismos de la región promotora del gen de necrosis tumoral alfa. Presentamos los casos de una pareja de hermanos, que presentaron LEN.

Casos clínicos: Caso 1: Paciente femenino de 3 meses de edad, que consulta por placas eritematosas con descamación localizadas en cuero cabelludo y cuello de dos meses de evolución asociadas a lesiones símil cutis marmorata en miembros inferiores. Al interrogatorio dirigido a la madre refiere que la paciente presentó dos episodios de bradicardia; uno intrauterino y otro postnatal, con controles cardiológicos dentro de parámetros normales. En el laboratorio los anticuerpos antinucleares, anti-Ro/SSA, anti-La/SSB fueron positivos y el anti-U1RNP, negativo. Se diagnostica LEN, se indica fotoprotección y evoluciona con resolución de las lesiones.

Madre: Mujer de 38 años de edad, con antecedentes de síntomas de ojo y boca seca desde los 10 años y enfermedad celíaca. Tras su primer embarazo en el 2017, posterior al diagnóstico de su hija con LEN, se realiza el diagnóstico de Síndrome de Sjogren (SS) y tras una evaluación oftalmológica inicia tratamiento con hidroxicloroquina.
Cuatro años después del caso índice, la madre concurre con su 2do hijo, un niño de 2 meses de vida con una erupción facial de 2 semanas de evolución. Al examen físico presenta placas anulares eritematosas de bordes sobreelevados, con centro deprimido, de 1 a 3 cm de diámetro, localizadas en cabeza y cuello, y un perímetro cefálico por encima del percentilo 85. Sumado al antecedente de su hermana mayor, madre con SS y un laboratorio con anticuerpos antinucleares, anti-Ro/SSA, anti-La/SSB positivos se realiza el diagnóstico de LEN. Se le indicó tratamiento tópico con tacrolimus y fotoprotección con resolución completa 1 mes luego de instaurado el mismo.

Conclusiones: Se presentan dos casos de lupus neonatal en hermanos. El riesgo de un segundo neonato con LEN, luego de un primer embarazo con LEN es el 36%. Si bien el tratamiento con hidroxicloroquina es el única intervención que ha demostrado disminuir la incidencia de LEN en los siguientes embarazos, este riesgo no es cero. Comunicamos también el aumento del perímetro cefálico en el 2do paciente, ya que la misma ha sido previamente descripta en la literatura.

1086

Sarcoma indiferenciado de células pequeñas Ewing like con mutación BCOR-CCNB3 en el pie de un preadolescente

Claudia Carolina Ramos Rodriguez[1], María Rogel Vence, Guillermo Romero Aguilera, Lucia González López, Carlos Santonja Garriga, Isabel Colmenero Blanco
[1]H. General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España, [2]Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España, [3]Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Introducción. Los sarcomas Ewing like son un grupo relativamente nuevo de tumores con morfología e inmunohistoquímica que recuerda a los sarcomas de Ewing pero en ausencia de su traslocación patognomónica (EWSR1). Este grupo puede subdividirse haciendo uso de nuevos métodos moleculares . Estos grupos deben de ser caracterizados y dada su rareza aportamos un caso.

Caso clínico: Paciente varón de 12 años, con antecedente de alergia estacional, que consulta en dermatología con un tiempo de enfermedad de 2 meses. Acude por aumento de volumen, enrojecimiento y dolor en el extremo distal del quinto dedo del pie izquierdo. Al examen se aprecia onicolisis y un nódulo violáceo de unos 2 cm, aumento de la vascularización en la piel y una lesión exofítica sangrante sobre dicha área, que inicialmente se catalogó como granuloma piógeno.

Se le realizó una biopsia insicional el día de la consulta. En la histología se observó un tumor formado por celularidad de distribución a manera de sábana dentro de un estroma mixoide y vascularizado. Las células eran de pequeño tamaño redondas y en ocasiones ovaladas-fusiformes, mostraban núcleos hipercromáticos, con frecuentes mitosis y fragmentos apoptóticos, así como zonas necróticas. Por medio de inmunohistoquímica dichas células expresaban Vimentina, CD99 y Pan-NTRK, mientras que eran negativas para CK AE1/AE3, CD45, Cromogranina, miogenina, Myo-D1, Tdt, TLE1, S100, Bcl2 y FOX2B, descartando la posibilidad de carcinoma, linfoma, melanoma y rabdomiosarcoma. La inmunohistoquímica para BCOR tuvo reactividad parcheada de difícil interpretación. Con la sospecha de sarcoma de células redondas se realizó FISH para EWS y SS18 lo cual resulto negativo, por lo que fue analizado en oncopanel RNA detectandáse la fusión génica BCOR chrX 39,911,365 - CCNB3 chrX 50,051,504.

Con éste diagnóstico el paciente fue sometido a estudios de imagen para estadificación, no encontrándose otras zonas corporales afectas. Se procedió a amputación del quinto dedo y tratamiento quimioterápico con Vincristina, Ciclofosfamida y Doxorrubicina, encontrándose en el momento actual (después de 6 meses del diagnóstico) sin evidencia de recidiva.
Conclusiones: Los sarcomas Ewing like son entidades muy raras que cuentan con menos de 200 casos en la literatura. Estos muestran diferentes firmas genéticas y en general presentan un comportamiento agresivo. Los pacientes suelen ser varones de entre 8 y 20 años y su localización mas frecuente son las extremidades inferiores, más frecuente en hueso. Actualmente solo con morfología e inmunohistoquímica no podemos diferenciarlos del sarcoma de Ewing con la repercusión en el pronóstico y tratamiento. La inmunohistoquímica para CCNB3 y BCOR, se consideran actualmente no suficientemente sensibles ni específicas por lo que es necesario el estudio molecular amplio acorde con la era de patología de presición en la que vivimos.

Los autores declaramos que no tenemos conflicto de intereses.

1107

Cutis marmorata telangiectásica congénita: a propósito de un caso

Ana Pampín Franco[1], Miguel Vela Ganuza[1], Henar Sanz Robles[1], Román Miñano Medrano[1], Reyes Gamo Villegas[1], Enrique Gómez de la Fuente[1], Joseph Simon Griffiths Acha[1], Claudia Sarró Fuente[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España*

Introducción
La cutis marmorata telangiectásica congénita (CMTC) es un tipo poco frecuente de malformación vascular capilar caracterizada por la presencia de un eritema reticulado marmóreo persistente. Aunque su pronóstico en general es bueno y se presenta de forma aislada, puede acompañarse de dismetría, alteraciones del sistema nervioso central, patología ocular, malformaciones cardiacas, del aparato genitourinario y alteraciones endocrinas.

Caso clínico
Recién nacida a las 40+6 semanas, de bajo peso al nacer (2685 gramos) que desde el momento del nacimiento presenta máculas eritemato-violáceas de morfología reticulada en ambos miembros inferiores, hipogastrio y regiones iliacas, miembro superior derecho y región temporal izquierda, donde se objetivan venas prominentes. Además en varias zonas de extremidades y abdomen presenta atrofia cutánea, sin úlceras ni costras. Las lesiones no se modifican con el aumento de temperatura. Por el aspecto clínico tan característico de las lesiones se estableció el diagnóstico de cutis marmorata telangiectásica congénita.
En el primer día de vida se realizaron una ecografía transfontanelar, una exploración oftalmológica y ecografía abdominal que fueron normales. Además se realizó una ecocardiografía que muestra un ductus arterioso persistente moderado sin repercusión, foramen oval permeable, hipertensión pulmonar precoz. A los 15 días se repitió la ecocardiografía observando el cierre del ductus arterioso, sin signos de hipertensión pulmonar, persistencia de foramen oval permeable y estenosis pulmonar periférica leve.

Discusión y conclusiones
Presentamos un caso de CMTC, un tipo infrecuente de malformación capilar esporádica. Estudios recientes han demostrado la presencia de mutaciones en GNA11 en mosaico en piel lesional. La clínica es muy característica, en forma de lesiones reticuladas marmóreas que pueden acompañarse de atrofia y ulceraciones. Las lesiones no desaparecen con el calor, lo que lo diferencia de la cutis marmorata fisológica del recién nacido. Es frecuente la asociación con dismetría del área afecta (hipo o hipertrofia) en aproximadamente un tercio de los casos. Además, se ha descrito su asociación con patología ocular, especialmente glaucoma congénito, hasta en casi el 10% de los casos, por lo que se debe realizar una exploración oftalmológica precoz y, aunque sea normal, se aconseja seguimiento periódico. Se han descrito alteraciones del sistema nervioso central como crisis convulsivas y retraso del desarrollo psicomotor, malformaciones cardiacas, del aparato genitourinario o endocrinológicas. Se trata de una patología de buen pronóstico con mejoría de las lesiones cutáneas a lo largo del tiempo.Nuestra paciente presentó como únicas anomalías acompañantes malformaciones cardiacas sin repercusión funcional: ductus arterioso persistente, estenosis pulmonar periférica leve y foramen oval permeable.
Su diagnóstico diferencial incluye entre otros los síndromes de Klippel-Trenaunay, Sturge-Weber, macrocefalia-malformación capilar, Sneddon, Parkes-Weber, Adams-Oliver y Bockenheimer.

En conclusión, es importante reconocer esta enfermedad de forma precoz para descartar la presencia de anomalías asociadas. Se debe realizar un seguimiento oftalmológico periódico y medición de las extremidades para detectar dismetrías.

1108

Caso clínico - Granuloma aséptico facial idiopático

Carolina Inés Langwagen Castagna[1], María Schmid[2], Marianela Querejeta[3]
[1]Hospital de Clínicas Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, [2]Hospital de Las Piedras "Alfonso Espínola", Canelones, Uruguay, [3]Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica, Montevideo, Uruguay

Introducción:
Afectación cutánea idiopática infrecuente que se presenta de forma exclusiva en la edad pediátrica. De curso benigno, resolución espontanea en la mayoría de los casos. Algunos autores la consideran un espectro dentro de la rosácea infantil.

Caso clínico:
Niña de 3 años, sin antecedentes personales relevantes, que al examen físico presenta una dermatosis localizada en mejilla derecha, caracterizada por placas y nódulos eritematovioláceos, indurados, redondeados, sobrelevados, de bordes bien definidos, algunos nódulos con supuración central. Se destaca buen estado general del paciente, cursando en apirexia, sin adenomegalias.

Dermatosis de 1 año de evolución, levemente dolorosa, de aparición espontanea, sin mejoría clínica tras recibir múltiples tratamientos tópicos como antibióticos, antifúngicos, corticoesteroides de alta potencia; y orales, como antibióticos. Dado aparición de nuevas lesiones y aumento de la supuración, se decide ingreso a sala de pediatría para ser valorada por dermatología.

Por dermatología, se decide realizar múltiples biopsias por punch para cultivos bacteriológico, micosis profundas y micobacterias atípicas, donde se evidenciaron resultados negativos; y estudio histopatológico que informa la presencia de granuloma linfohistiocitario con polinucleares compatible con una Foliculitis profunda granulomatosa.

A la evolución, con marcada mejoría de las lesiones y sin supuración, se otorga el alta, con seguimiento en policlínica.

Con el resultado histopatológico, correlacionado con la clínica del paciente, y la resolución espontanea de las lesiones, se arriba al diagnostico de granuloma aséptico facial idiopático.

Conclusiones:
Se desea poner en conocimiento un nuevo caso de un granuloma aséptico facial idiopático, el cual es un fenómeno infrecuente y de carácter benigno. Es de elección una conducta expectante y conservadora frente a los tratamientos agresivos, ya que habitualmente presentan una remisión espontanea.

1125

Molusco contagioso gigante: una presentación inusual en lactante femenino

Cándida Moya[1]
[1]Instituto de Biomedicina Jacinto Convit, Caracas, Venezuela

Es una variante de la enfermedad, causada por un virus ARN, en la cual las lesiones se caracterizan porque son mayores a 5 mm. Rara vez el molusco contagioso invade al folículo piloso, pero hay casos descritos de la continuidad de este en partes del anexo. Su presentación es más frecuente en pacientes pediátricos y en adultos con inmunodeficiencias adquiridas. En las dermatoscopia y la presentación clínica vamos a ver diferencias ya que el molusco contagioso gigante se observa como papulas cerosas, comedores gigantes o abscesos inflamados, y en la dermatoscopia vamos a ver glóbulos amarillos separados por glóbulos blancos o velo blanquecino. Se presenta caso de lactante femenino de 8 meses cuya madre refiere inicio de enfermedad actual a los 4 meses, cuando presenta papula en cuero cabelludo que fue aumentando rapida y progresivamente motivo por el cual acude al servicio de dermatología del Instituto de Biomedicina Hospital Vargas. Al examen físico se evidencia paciente se evidencia paciente fototipo cutáneo IV, con tumoración amarillenta en cuero cabelludo de 0.8 cm de diámetro; a la dermatoscopia se evidencian glóbulos amarillos ,separados por velo blanquecinos, realiza biopsia de piel donde se evidencia Lóbulos invertidos basaloides con cuerpos de inclusión en su interior hallazgos compatibles con molusco contagioso, por lo cual se concluye caso como Molusco contagioso gigante. Se trae este caso por tratarse de una presentación inusual en pacientes pediátricos inmunocompetentes.

1132

Nevus de Spitz agminado

Miriam Fernández Parrado[1], Jorge Arostegui Aguilar[1], Ingrid Hiltun Cabredo[1], Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza[1], Teresa Dot de Gormara[1], Juan Igacio Yanguas Bayona[1]
[1]Hopital Universitario de Navarra, PAMPLONA, España

INTRODUCCIÓN
El nevus de Spitz es una lesión melanocítica constituida por células epitelioides o fusiformes con una presentación clínica, dermatoscópica e histopatológica que guarda cierta semejanza con el melanoma; por lo que constituye un reto, no solo a nivel diagnóstico, sino también en cuanto a su manejo por la falta de consenso debido a su comportamiento, en ocasiones, incierto. Suelen presentarse como lesiones aisladas, sin embargo, en raras ocasiones pueden aparecer múltiples lesiones, bien diseminadas o bien, agrupadas o agminadas. El nevus de Spitz agminado, es una entidad rara, con tan solo 48 casos descritos en la literatura, que aparece generalmente, en niños menores de 2 años, afectando con mayor frecuencia a la cara y las extremidades superiores superiores. Puede aparecer sobre piel hiperpigmentada, asemejándose a un nevus spilus; sobre piel normal, o de forma más infrecuente sobre una zona hipocrómica.

CASO CLÍNICO
Se presenta el caso de un varón de 3 años y 9 meses que fue visto en consulta en el 2020 por múltiples lesiones papulosas agrupadas de 2-3mm de aproximadamente 2 meses de evolución en la piel de la región lumbar y glútea izquierda. Algunas lesiones eran color piel, mientras otras eran eritematosas y brillantes asentando sobre piel de color normal; con una descripción inicial compatible con moluscos contagiosos. Se realizó una biopsia para descartar otras entidades como una histiocitosis. La histopatología reveló una población de células epitelioides intraepidérmicas y subepidérmicas, positivas para S-100, Melan-A y CD68 y negativas para CD163, CD1a, FXIIa y langerina. Se realizaron 2 nuevas biopsias para realizar un estudio inmunohistoquímico con positividad para HMB-45 y p16 confirmando el diagnóstico de nevus de Spitz agminado. Un año después, se observó un aumento del número de lesiones con una gran variedad de patrones dermatoscópicos y se decidió la exéresis de la lesión de mayor tamaño y color más oscuro.

CONCLUSIONES
El nevus de Spitz agminado es una entidad infrecuente, que suele presentarse en la cara o extremidades superiores, siendo aún más rara su aparición en la zona lumbar o glútea. Su diagnóstico es complejo, con presentaciones atípicas y patrones dermatoscópicos muy variados. A pesar de que no se han descrito casos de malignización en la infancia, es conveniente realizar un seguimiento estrecho, dada la falta de experiencia en este tipo de lesiones debido a su baja frecuencia. En ocasiones, ante lesiones sospechosas o atípicas, puede ser necesaria la exéresis quirúrgica de alguna de ellas, aunque en general se opta por un manejo conservador.

1144

Placa eritemato-violácea indurada de localización dorsal en recién nacida a término

Júlia Mercader Salvans[1], Sra María del Mar Pestana Eliche[1], María Luisa Santos e Silva Caldeira Marqués[1], Srta Judit Algarra Sauquillo[1], Srto José María Ramírez Conchas[1], Sra Rosa Nieves Rodríguez Rodríguez[2]
[1]Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España, [2]Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

Introducción:
La necrosis grasa del recién nacido es una paniculitis poco frecuente, autorresolutiva, que afecta generalmente neonatos a término en las primeras semanas de vida. La asfixia perinatal, la hipotermia y la aspiración meconial se han descrito como posibles factores de riesgo, pero su etiopatogenia es desconocida.

Caso Clínico:
Neonato que presenta una lesión en espalda de crecimiento progresivo desde los tres días de vida. Sin antecedentes relevantes durante la gestación. Durante el parto, la paciente precisó ventilación mecánica no invasiva debido a un distrés respiratorio secundario a aspiración meconial, siendo diagnosticada posteriormente de un ductus arterioso persistente con presión pulmonar elevada.

A la exploración física presentaba, en zona dorsal izquierda, una placa eritemato-violácea indurada de 3x4 cm de diámetro con dificultad para el plegamiento cutáneo. Ante la sospecha de una necrosis grasa subcutánea se decide realizar una biopsia que confirmó el diagnóstico. Las analíticas no mostraron niveles elevados de calcio.

Discusión:
La necrosis grasa del recién nacido es un proceso localizado que aparece entre la 2ª-3ª semanas de vida con pronóstico favorable. Múltiples factores de riesgo se han visto implicados en su aparición, aunque parece que su origen puede estar relacionado con alteraciones en la composición o metabolismo del tejido graso neonatal.

Conclusión:
Presentamos un nuevo caso de necrosis grasa del recién nacido en la que coexisten varios factores de riesgo asociados a complicaciones perinatales junto a una cardiopatía congénita tipo ductus arterioso persistente.

1164

Incontinencia pigmenti: a propósito de un caso

María Florencia Belocopitow[1], María Emilia Villani, María Lujan Ortellado, Gladys Merola
[1]*Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

INTRODUCCIÓN: La incontinencia pigmenti, también conocida como síndrome de Bloch-Sulzberger, es una enfermedad sistémica del neuroectodermo. Es una genodermatosis de herencia dominante ligada al cromosoma X, que afecta principalmente al género femenino, ya que suele ser fatal para los fetos masculinos. Aparece, en la mayoría de los casos, en las 2 primeras de semanas de vida. Clínicamente, se caracteriza por lesiones cutáneas, localizadas clásicamente en extremidades, que siguen las líneas de Blaschko y que se desarrollan en cuatro fases clásicas: vesicular, verrugosa, hiperpigmentada e hipopigmentada o atrófica. Además, se asocia, a manifestaciones extracutáneas dentales, oftalmológicas y neurológicas que suelen ser de aparición más tardía. Su pronóstico depende de la presencia y severidad de estas, principalmente de las neurológicas, que incluyen convulsiones y retardo mental.
Se presenta un caso de incontinencia pigmenti.

CASO CLÍNICO: Paciente de género femenino de 11 días de vida, con antecedente materno de aborto espontáneo de feto masculino, fue evaluada en la sala de neonatología por el servicio de dermatología por presentar una dermatosis generalizada.
Al examen físico dermatológico presentaba lesiones lineales que se disponían siguiendo las líneas de Blaschko, caracterizadas por pápulas eritematosas, vesículas y costras en miembros superiores e inferiores y lesiones hiperpigmentadas hiperqueratósicas en miembros inferiores. Además, se visualizaban lesiones vesicocostrosas melicéricas en vulva y una lesión hiperpigmentada lineal pequeña ligeramente hiperqueratósica en mentón. La paciente exhibía buen estado general y buena conducta alimentaria y se encontraba afebril. No se objetivaron hallazgos en el resto de la evaluación clínica.

Se planteó como diagnóstico presuntivo incontinencia pigmenti, y como diagnósticos diferenciales herpes neonatal y mastocitosis congénita. Antes estos, se decidió realizar un laboratorio completo y una toma de biopsia cutánea. Como hallazgo positivo en el laboratorio se destacó eosinofilia, y el resultado histopatológico informó epidermis con espongiosis eosinofílica y queratinocitos disqueratósicos y un infiltrado inflamatorio dérmico predominantemente eosinofílico. Con la clínica, el laboratorio y la histopatología se arribó al diagnóstico de incontinencia pigmenti.
Se indicaron fomentos con agua de alibour diluida y ácido fusídico al 2% en crema 3 veces por día con buena evolución de las lesiones. Se solicitó evaluación por los servicios de neurología, oftalmología, cardiología, genética y odontología y seguimiento estricto por el servicio de dermatología.

INTERÉS DEL CASO: Presentar una genodermatosis muy infrecuente. Resaltar la importancia del trabajo multidisciplinario en el seguimiento de estos pacientes.

1166

Hidrao vacciniforme, a propósito de un caso

Claudia Polo Nigrinis[1], Yitziam Gonzalez Soto, Vladimir Esquivel Chico
[1]*Hospital Miguel Enriquez, La Habana, Cuba*

Introducción: El hidrao Vacciniforme es una fotodermatosis extremadamente rara, que se caracteriza por brotes ampollosas en regiones expuestas a las radiación solar, con tendencia a dejar cicatrices deprimidas varioliforme. que afecta a ambos sexos con predominio en varones, es una patología de la infancia con probabilidad de resolverse en la adolescencia. diagnostico se realiza por exclusión.

Caso clínico: se trata de paciente masculino de 11 años, caracterizado por cuadro clínico de 3 años de evolución dado por lesiones eritematosas, ampollosas, pruriginosas que dejan cicatrices atróficas en cara, miembros superiores, posterior a la exposición solar, con agudización de las lesiones hace 15 días posterior a visita a la playa, al examen físico paciente presenta lesiones eritematosas, ampollosas, con placa costrosas y hemorrágicas, algunas en fase de cicatrización con tendencia atróficas, que compromete frente y línea de implantación frontal, parpados superiores, mejillas, punta nasal, mentón, pabellón auriculares, miembros superiores; edema biparpebral. acompañado de fiebre cuantificada 38°, prurito intenso en lesiones, valorado en hospital de su provincia remitido a hospital pediatrico Juan Manuel Márquez, constantes vitales TA:100/60 FC: 98 FR: 18 T:38°, PESO: 28 TALLA: 135, examenes de ingreso: hemograma leu: 10.500 neu: 68% hgb: 10.5 hto: 37 plaquetas: 290.000 eos: 02 glicemia: 91MG/dl, TGO: 25 TGP: 22 GGT:28 FAL:132 PROT TOTALES: 53.1 CREATINIA: 45.0 VSG: 46 ACIDO URICO:182 PCR: 10.3 parcial de orina proteínas +++ leu: 10 x10 HEMATIES:0X10; TEST ANTIGENO PARA COVID NEGATIVO, perfil inmunologico negativo, niveles normales de profirinas en plasma, hematíes y orina. reporte de biopsia R12-08 se aprecia hiperqueratosis, ampolla intradérmica, espongiosis, necrosis epidérmica y ulceración junto a la dermis superior, infiltrado linfocitario perivascular y perianexial. compatible con HIDROA VACCINIFORME. se decide hospitalización para manejo antibiotico endovenoso cefazolina, prednisona oral 1mg/kg/dia, líquidos endovenosos, en lesiones secas corticoides + antibiótico en ungüentos.

Conclusión: Este caso es de interés para los lectores ya que es una entidad extremadamente rara, y son pocos los casos observados en nuestra institución, la importancia de actualizar el conocimiento para los lectores y que nos ayude a pensar como diagnóstico diferencia en futuros paciente con dermatosis fotodermatosis solares.

1180

Dermatitis atópica lupus-like

Sebastián Gómez Restrepo, Guillermo González Rodríguez
[1]Universidad Libre, Cali, Colombia, [2]Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

Se presenta el caso de una dermatosis frecuente en la infancia con manifestaciones clínicas atípicas.
Paciente femenina de 8 años, procedente de zona rural dispersa en el departamento del cauca en Colombia, tiene únicamente antecedente familiar de asma en una hermana, desde los 3 años de vida con aparición de placas eritematosas en región malar, frente, antebrazos y piernas asociadas a prurito intenso predominantemente nocturno, fue manejada por alergología con prednisolona 10mg vía oral cada 48 horas y mometasona crema 0.1% durante 30 días, al no percibir mejoría fue derivada al servicio de dermatología y reumatología pediátrica con impresión diagnóstica de dermatitis crónica inespecífica versus enfermedad del téjido conectivo, en estas valoraciones se encontró un compromiso centro facial extenso con placas liquenificadas y excoriadas sín afectación del surco nasogeniano, además de múltiples pápulas costrosas y placas confluentes en región anterior del cuello, dorso de manos y región anterior de las piernas, sín notar compromiso de conjuntivas ni de labios. Dada la localización de las lesiones se solicitaron paraclínicos que reportaron: anticuerpos antinucleares (ANAS) 1:80 granular fino, anti DNA negativo, C3 y C4 normal, anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) perinuclear y citoplasmático negativos, antígenos nucleares extractables (ENAS) negativos, velocidad de sedimentación globular (VSG) 5, Proteína C Reactiva (PCR) 0 e Inmunoglobulina E (IgE) en 748 UI/ml; con dichos resultados se descartó enfermedad reumática autoinmune tipo lupus eritematoso, por lo que el paso siguiente fue solicitar una biopsia de piel que evidenció una dermatitis espongiforme subaguda y crónica. Con todos los hallazgos, clínicos y de laboratorio se configuró el diagnóstico de dermatitis atópica fotosensible/fotoagravada; Se inició manejo con humectación corporal intensiva y tacrolimus tópico 0.03% sín obtener mejoría, así, se decidió iniciar manejo oral con ciclosporina 50mg cada 12 horas previo estudio de función renal y hepática. Dos meses después de comenzado el tratamiento oral la paciente ha tenido una mejoría parcial del eccema con desaparición total del prurito, sin embargo, cuando se expone a la interperie aparecen nuevas lesiones pruriginosas sobre todo en mejilas y dorso de manos que duran unos pocos días.
Si bien la dermatitis atópica es uno de los principales motivos de consulta en dermatología y sus caracteres clínicos son múltiples y varían de acuerdo a la edad del paciente no es frecuente que la enfermedad presente una fotosensibilidad tan marcada como en la paciente de nuestro caso, incluso a tal punto de asemejarse al compromiso cutáneo del lupus; de acuerdo con esta idea, es importante tener en presente que la dermatitis atópica puede evidenciar, en algunos casos, una sintomatología que no coincide plenamente con las características conocidas que le son atribuidas, esto puede ser, en algunos casos, desconcertante y exige al dermatólogo un criterio diagnóstico minucioso y diferenciador que permita identificar con claridad la relación del síntoma y su disparador con la dermatitis atópica.

1182

Pilomatrixomas múltiples: caso de presentación familiar

Yoselin Aracely Chamorro Gaon[1], Maria Fernanda Ortiz Jaramillo[1]
[1]*Hospital IESS San Francisco de Quito Dermatología Pediátrica, Quito, Ecuador*

Introducción
El pilomatrixoma es un tumor benigno cutáneo que surge de la matriz del folículo piloso. En un 75% se presenta entre los 5 y 15 años. Se ha asociado a traumatismos, picaduras de insectos. Existe una mutación activadora de la β-catenina en el 75 % de los mismos. Se presenta como una neoformación solitaria, dura, color eritematoazulada con localización en cara y cuello, aunque también en miembros superiores e inferiores. Los pilomatrixomas múltiples representan el 2,5-3,5% de todos los casos. En un 17% tienen otras asociaciones con el Síndrome de Turner, síndrome de Gardner, síndrome de Kabuki, distrofia muscular de Steinert.,etc. Dependiendo de la forma de presentación, el tamaño y la velocidad de crecimiento, se decidirá el momento de realizar el tratamiento, que siempre es quirúrgico

Caso Clínico
Niña de 8 años de edad con antecedente de hermana menor con pilomatrixomas múltiples sin asociaciones. Presenta una dermatosis diseminada a muslo izquierdo, muñeca izquierda y antebrazo derecho caracterizada por 3 neoformaciones redondas de aproximadamente 1-1,5 cm del color de la piel, de 1 año de evolución acompañadas de dolor e incremento de tamaño. Se extirparon las lesiones y el estudio anatomopatológico encontró una tumoración sólida bien delimitada en la que se observan nidos solidos de células basaloides, con queratinización abrupta, células fantasmas, calcificación y una reacción a cuerpo extraño, teniendo como diagnostico pilomatrixomas.

Conclusión
La importancia de presentar este caso no es solamente demostrar que los pilomatrixomas pueden ser múltiples o simultáneos en una misma persona, sino en la posible herencia de los mismos, como el caso de la paciente cuya hermana también los tenía. Algo también relevante a tener en cuenta cuando estamos frente a pilomatrixomas multiples son las asociaciones con otras entidades clínicas que en su mayoría son sindrómicas.

1191

Uleritema ofriogenés, un raro simulador clínico de rosácea

Lauren Valdivia-Muñoz[1], Jairo Victoria Chaparro[1]
[1]Univesidad Libre, Cali, Colombia, [2]Clinica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

El uleritema ofriógenes es un trastorno benigno de la queratinización folicular poco frecuente, variante de la queratosis pilaris, caracterizado por una obstrucción prominente de queratina del folículo piloso, de inicio en la infancia y como se presenta en el siguiente caso clínico, es una dermatosis a menudo mal diagnosticada, conllevando a un tratamiento equivocado, gastos médicos innecesarios e impactando negativamente en la evolución clínica del paciente y en su calidad de vida.

Niña de 16 años, procedente de Cali-Colombia, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por enrojecimiento facial y pápulas asintomáticas de dos años de evolución. Había recibido diversos medicamentos bajo el diagnóstico de rosácea sin mejoría. Adicionalmente la paciente refirió afectación de su calidad de vida por la vergüenza originada de las lesiones que presentaba en la cara. Al examen físico presenta múltiples pápulas queratósicas foliculares faciales, monomorfas, eucrómicas, de 1-2 mm de diámetro, sobre una base eritematosa, con predominio en mejillas, frente y nariz, además de adelgazamiento bilateral de las cejas laterales, sin compromiso del cuero cabelludo o pestañas. La dermatoscopia mostró pápulas foliculares con queratina central sobre un fondo eritematoso sin vasos lineales poliglonales ni reticulares, y sin escamas. El examen histopatológico reveló dermatitis de interfaz y perivascular superficial, con hiperqueratosis infundibular; estas características son sugestivas de un trastorno de la queratinización folicular. Al correlacionar la presentación clínica con el resultado de la biopsia, se realizó el diagnóstico de uleritema ofriógenes. A los cuatro meses de seguimiento se observó una mejoría notable de las lesiones a la terapia con adapaleno tópico al 0,1% diario, la paciente también fue derivada a psicología.

El uleritema ofriógenes es una afectación que puede resolverse espontáneamente con los años, sin embargo es fundamental que los dermatólogos sepamos reconocer esta entidad y la consideremos dentro de los diagnósticos diferenciales de rosácea. La dermatoscopia puede ser una herramienta diagnóstica útil, fácil no invasiva y de bajo costo que ayude a diferenciar el uleritema ofriógenes con otras dermatosis.

1195

Neuroma encapsulado, un hallazgo inusual en pediatría

Jorge Luis Ibarra Naranjo[1], María Fernanda Ortiz, Estefanía Quiñones
[1]*UTE, Quito, Ecuador*

El neuroma encapsulado es un tumor benigno relativamente raro que tiene su origen en la célula de Schwann. Tiene una predilección por el rostro (90% de casos), siendo la nariz y los pómulos los sitios más comunes para su aparición y en muy raras ocasiones en mucosas, extremidades o tronco

Esta patología suele presentarse comúnmente en personas adultas de edad media. Se presenta como una pápula o nódulo solitario de crecimiento lento y progresivo que histopatológicamente se caracteriza por un nódulo dérmico encapsulado compuesta por células de Schwann proliferantes cuyos axones están dispuestos ovillo

Presentamos el caso de una paciente femenina de 9 años 11 meses en el momento de la primera valoración, con antecedente de infecciones de vías urinarias a repetición, miopía y astigmatismo diagnosticado a los 2 años de edad.

Al examen físico se evidencio una dermatosis de aproximadamente 5 años de evolución, con un diámetro aproximado de 0.5 cm localizada en región frontal izquierda caracterizada por una neoformación eucrómica, redondeada, con bordes bien delimitados, de consistencia pétrea, que asocia dolor episódico sobre todo ante la manipulación de la lesión

Debido a las características clínicas de la lesión se sospecha de un pilomatrixoma y se programa exéresis quirúrgica; la misma que se realiza sin complicaciones. La biopsia de la lesión teñida con hematoxilina/eosina reporta una neoplasia benigna, encapsulada, constituida por células de núcleos fusiformes cortos (células de Schwann), con citoplasma fibrilar ondulante, formando bandas empaquetadas, que se distribuyen en diferentes direcciones, no se observan mitosis, ni atipias celulares. Con estos resultados se llega al diagnóstico de un neuroma encapsulado. El mismo fue extirpado de manera completa.

El neuroma encapsulado es una entidad bastante rara, corresponde al 25% de los tumores de vaina nerviosa en adultos pero en niños la casuística es muy baja por lo cual no se cuenta con una prevalencia real.

Esta tumoración, debido a su clínica puede ser fácilmente confundida con un neurofibroma, carcinoma basocelular, nevo melanocítico, quiste epidérmico o una tumoración de anexos. Además histopatológicamente puede asemejar a cualquier tumor de vaina nerviosa como un neurofibroma o un schwannoma siendo necesario en ocasiones la utilización de marcadores inmunohistoquímicos (s100, colágeno tipo IV y vimentina) para su diferenciación.

Consideramos que debido a la similitud clínica e histológica con otras tumoraciones; es un verdadero reto diagnóstico. Aún más si consideramos su aparición en un infante como en el de nuestro caso.

1198

Importancia de hacer un diagnóstico oportuno del síndrome de phaces

Janyna Nathaly Jaramillo Moreno[1]
[1]*Universidad UTE, Quito, Ecuador*

Se menciona la evolución natural de los hemangiomas infantiles, con especial interés en reconocer aquellos que requieren evaluaciones diagnósticas especiales o un seguimiento multidisciplinario estrecho.

Los Hemangiomas Infantiles Segmentarios constituyen un tipo de tumor vascular, benigno, cerca del 10 al 12% de los niños caucásicos los presentan. Su etiopatogenia no se conoce con exactitud, se cree que el desequilibrio entre los factores de crecimiento endotelial o la alteración en el sistema renina-angiotensina son factores probablemente vinculados a su desarrollo. Asociado a factores predisponentes como; género femenino, pre-término, bajo peso al nacer, anomalía placentaria.

Presentamos el caso de un paciente sexo masculino producto de 4ta gesta, nace por cesárea a término. Consulta al mes de edad por lesión en región maxilar y parte del temporal lado izquierdo, la misma que empezó desde los 4 días de vida como una mancha que se incrementó rápidamente de tamaño, color y volumen. Al examen físico se evidencia neoformación de aspecto vascular con telangiectasias, irregular, definida, tamaño 8x4cm, color eritematoso con ulceraciones, resto de examen normal.
Por el tamaño, morfología y topografía se sospecha Síndrome de Phaces. Se solicitaron exámenes complementarios e interconsultas a neurología, cardiología, oftalmología, otorrinolaringología, sin evidencia de patología.
Luego de realizar varios estudios el paciente no cumple con criterios para Síndrome de Phaces por lo que se confirma diagnóstico de Hemangioma Infantil Segmentario y se inicia tratamiento con propanolol a dosis de 1mg/kg/dia la cual se fue incrementando progresivamente, con adecuada evolución, se evidencia disminución en la coloración, volumen y tamaño de la lesión.
Los hemangiomas infantiles tienen tres fases:

1. Fase de proliferación que consta de una etapa de crecimiento rápido durante los primeros 5 meses de vida, a partir del 6to a 12vo mes ocurre la fase de crecimiento lenta.
2. Fase de estabilidad o meseta en la que el hemangioma deja de proliferar, puede sobreponerse con la fase de crecimiento lenta.
3. Fase de involución espontánea que típicamente inicia a partir del año de edad.

Síndormes Asosciados: Síndrome de PHACE: Pacientes con Hemangioma segmentario que presenta síndrome neurovascular, Asociado a P: malformaciones de la fosa posterior, H: anormalidades arteriales, A: defectos cardíacos, C: defectos oculares, E: defectos esternales.

El diagnóstico de los hemangiomas infantiles es clínico; sin embargo, en los casos en los hubiera duda, se puede realizar una biopsia de piel.

El paciente debe ser valorado constantemente durante la fase proliferativa por el dermatólogo pediatra. Dentro del tratamiento la prioridad de la terapia con Propanolol en comparación con otros tratamientos es la alta eficacia, baja tasa de complicaciones graves, mejoría clínica rápida dentro de las 24 horas.

Conclusiones:
Los Hemangiomas son tumores benignos más frecuentes vistos en pediatría. Se debe realizar una historia clínica completa, examen físico adecuado para descartar síndromes asociados. La mayoría requiere manejo expectante, pero es importante el diagnóstico adecuado para reconocer posibles complicaciones.

09. Dermatopatología

456

Actualidades en el tratamiento de melasma y ácido tranexámico

Mauricio Orlando Méndez España[1]
[1]*The Lush Skin Center, Tijuana, México*

Melasma es una patología en el cual se debe a un descontrol en pigmentación siendo las principales afectadas mujeres con fototipos de piel tipo lll. Hoy en día uno de los principales retos para el médico es el tratamiento del mismo.

Introducción
Melasma es una patología en el cual se debe a un descontrol en hiperpigmentación la cual afecta más de 5 millones de personas, siendo las principales afectadas mujeres con fototipos de piel Fitzpatrick tipo lll en adelante.
Hoy en día uno de los principales retos para el personal médico es el tratamiento del Melasma de origen vascular en el cual se puede ver excacerbado por diferentes causas
- Exposición solar (Rayos UV)
- Factor hormonal
- Trastornos vasculares
- Transtornos post-inflamatorios (secundario a procedimientos)
- Stem cell factor and c-kit neuronal
Epidemiología
El melasma se ha visto en generalmente el prototipo de paciente ha sido latino con un grado de afectación del 8.8% (1), la mayoría de los pacientes con Fitzpatrick lll, en el cual 41% refiere la enfermedad posterior a embarazo ó menopausia

Fisiopatología
- Activación de Melanocitos y producción de melanosomas (2)
- factores estimulantes
- UV
- Plasmina
- Prostaglandinas PGE2 y cascada de ácido araquidónico por fosfolipasa A2 y C
- Aumento de acción enzimática de tirosinasa

Métodos
En la actualidad en el tratamiento de Melasma debemos actuar por lo menos en dos de las vías que pueden llegar alterar y aumentar la cantidad de malanosomas

Se propone como tratamiento combinado vía oral y tópico Fórmula de Kligman y tratamiento vía oral con ácido tranexamico 650mg al día.
Como hipótesis inhbición total de melanocitos y producción de melanina
Acido tranexamico como inhibido de plasminogeno e inhibicón de síntesis de VEFG y producción de PGE2

665

Acantoma de la vaina folicular en placa: serie de 15 casos

María del Mar Llamas-Velasco[1], Ana Reymundo Jimenez-Laiglesia[1], Ester Muñoz Aceituno[1], AlejanReolid Pérez[1], Arno Rütten[2], Esteban Dauden Tello[1]
[1]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, [2]Friedrichshafen Dermatopathologie, Friedrichshafen, Germany

Algunos tumores anexiales, como el acantoma de la vaina folicular y el tumor del infundíbulo folicular presentan lo que se ha denominado diferenciación ístmica Por tanto, tienen características citológicas comunes, como la presencia de queratinocitos más eosinófilos que los epidérmicos, de focos de queratinización tricolemal o células apoptóticas aisladas o zonas en empalizada. No obstante, no hay problemas de diagnóstico diferencial entre ambas neoplasias anexiales, puesto que presentan una silueta completamente diferente.

Así, el tumor del infundíbulo folicular es un tumor de aspecto reticulado y orientado horizontalmente formado por finos cordones epiteliales anastomosados, mientras que el acantoma de la vaina folicular es un tumor verticalmente orientado donde proyecciones de aspecto bulboso emanan de un orificio folicular dilatado.

Presentamos una serie de 15 neoplasias anexiales, con citología compatible con diferenciación ístmica, pero con una silueta que no encaja en ninguno de los dos tumores previamente comentados. Estas neoplasias muestran una distribución fundamentalmente horizontal pero, con presencia de proyecciones bulbosas, que alcanzan dermis reticular y, revisando la literatura sólo hemos encontrado un artículo, mostrando tres tumores anexiales similares, para los que sugiere el nombre de acantoma de la vaina folicular en placa.
En base a nuestra serie de 15 casos se revisaran los criterios diagnósticos de este tumor anexial pobremente caracterizado así como sus principales datos demográficos, histopatológicos e inmunohistoquímicos.

670

Siringometaplasia escamosa ecrina diagnostico diferencial de buen pronóstico en paciente con sospecha de enfermedad de injerto contra huésped

Jennifer Daniela Prada Vanegas[1], Juliana Ordoñez Parra[1], Isabel Cristina Cuellar Rios[1], Maddy Mejia[1]
[1]Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Introducción:
La siringometaplasia escamosa ecrina está definida como una metaplasia de células epiteliales cuboides en células escamosas dentro del conducto de las glándulas ecrinas en respuesta de un estimulo fisiológico o patológico(1), el cual se ha descrito en procesos asociados o no a la quimioterapia(2), y se cree que es secundario a la excesiva producción de sudor, sumado a la concentración tóxica del medicamento en los ductos ecrinos, Clínicamente se caracteriza por maculas, placas, pápulas o vesículas localizadas o generalizadas que aparece entre 2-39 días después del inicio de los agentes quimioterapéuticos, algunas lesiones pueden ser erosionadas o parcialmente descamadas, que autoresuelven a las 2-4 semanas(2–4), diagnóstico diferencial de buen pronóstico que hay que tener en cuenta en el contexto de paciente con neoplasia hematológica, post trasplante de médula ósea que esta recibiendo quimioterapia ya que puede confundirse clínicamente con enfermedad de injerto contra huésped entidad con peor pronostico, que requiere estudios adicionales para descartar compromiso sistémico y terapia inmunosupresora, mostrando la importancia del adecuado diagnóstico histopatológico en esta entidad benigna pero poco común.

Caso clínico:
Paciente masculino de 22 años con antecedente de leucemia linfoide aguda, quien recibió quimioterapia hiperfraccionada CVAD (ciclofosfamida, vincristina, doxorrubina y dexametasona) y trasplante de médula ósea 2 meses previos a la consulta. Ingresa por cuadro de 1 mes de evolución de lesiones en axilas e ingles de carácter asintomático.Al examen físico evidencia de máculas pardas efelediformes en cara. En axilas, abdomen inferior, genitales e ingles placas pardo-eritematosas con algunas áreas erosionadas y descamación en colgajo superficial similares a las presentadas en enfermedad de injerto contra huésped aguda. Se toma biopsia de piel, con evidencia de acantosis irregular, algunos melanófagos en la dermis superficial y presencia de células escamosas, con citoplasma eosinófilo remplazando las células cuboidales de las glándulas y ductos ecrinos entidad compatible con siringometaplasia escamosa ecrina, sin requerir conductas terapéuticas adicionales, con evidencia de resolución total de las lesiones a las 3 semanas de seguimiento.

Conclusión.
La siringometaplasia escamosa ecrina es una entidad poco frecuente que requiere un adecuado diagnóstico histopatológico, esta se caracteriza por la presencia de metaplasia del conducto ecrino secundaria generalmente a uso de agentes citoestáticos, que presenta curso benigno y autolimitado aún sin tratamiento, como es el caso de nuestro paciente con total resolución de las lesiones 3 semanas después de la valoración por servicio de dermatología, entidad que debemos tener presente todos los dermatólogos en el contexto del paciente oncológico.

Bibliografia
1. Abbas O, Bhawan J. Syringometaplasia: Variants and underlying mechanisms. Int J Dermatol. 2016;55(2):142–8.
2. Carrascosa R, Concha MJ, Sánchez-Pérez J, Aragües M, Fraga J. Coexistence of eccrine squamous syringometaplasia and graft-versus-host disease in a patient with secondary myelodysplastic syndrome. Acta Derm Venereol. 2014;94(5):599–600.
3. Story SG, Beschloss JK, Dolan CK, Thomas BC. Eccrine squamous syringometaplasia associated with vemurafenib therapy. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2012;67(5):e208–10. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2012.02.038
4. Santosa A, Liau MQM, Tan KB, Tan LC. Pemetrexed-induced eccrine squamous syringometaplasia manifesting as pseudocellulitis (in a patient with non–small cell lung cancer). JAAD Case Reports. 2017;3(1):64–6.

737

Patrón granulomatoso en biopsia cutánea de sífilis secundaria: un hallazgo inesperado

Gloria Baeza-Hernández[1], Ricardo Francisco Rubio-Aguilera[1], Amalia Moreno-Torres[2], Juncal Ruiz-Rivero[1], Cristina Martínez-Morán[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

Introducción
La clínica y la histopatología de la sífilis secundaria puede ser muy variable. Presentamos un paciente con una sífilis secundaria cuya biopsia cutánea mostraba un patrón granulomatoso.

Caso clínico
Varón de 50 años sin antecedentes de interés que consultó por lesiones cutáneas en tronco y brazos de 1 mes de evolución, no pruriginosas ni dolorosas, sin fiebre ni otra sintomatología sistémica acompañante. Previamente al inicio del cuadro había tomado dexketoprofeno durante 1 semana. No había realizado viajes y negaba relaciones sexuales de riesgo. A la exploración presentaba cientos de máculas y pápulas eritematosas, algunas confluentes, en el tronco, la espalda y los brazos, no infiltradas, alguna con cierto brillo en superficie y centrada en folículo. No presentaba lesiones en mucosa oral, genital, o zonas acrales. Con sospecha clínica de una sífilis secundaria (roséola sifilítica) vs un exantema parainfeccioso o medicamentoso de tipo liquenoide, se realizó una biopsia punch de una de las lesiones de la espalda y se solicitó una analítica. En la biopsia se observaba una epidermis de aspecto normal, y un denso infiltrado inflamatorio linfohistiocitario perivascular y perifolicular granulomatoso, con abundantes células plasmáticas. Se aplicó técnica de inmunohistoquímica para Treponema con la que se identificaron espiroquetas entre el infiltrado inflamatorio, en el epitelio folicular y en los endotelios vasculares. La prueba de cribado treponémica en sangre fue positiva y el título de la prueba rápida de reaginas plasmáticas (RPR) fue de 1/64. Con un diagnóstico de sífilis secundaria el paciente fue tratado con una dosis de penicilina G benzatina 2.400.000 UI.

Discusión
El patrón histológico de la sífilis secundaria es altamente variable; en concreto, la inflamación granulomatosa no es un hallazgo muy frecuente, por lo que es esencial la correlación clínico-patológica para establecer el diagnóstico. El infiltrado inflamatorio suele ser predominantemente linfocítico, con algunos histiocitos y células plasmáticas, y puede encontrarse rodeando a los folículos y a los ductos ecrinos. El patrón granulomatoso se presenta sobre todo en lesiones antiguas, de 2 a 4 meses de evolución, si bien está descrito que no se limita a éstas y puede aparecer incluso a las pocas semanas, como en nuestro caso, y clínicamente se asocia a lesiones papulares o nodulares. Además, este patrón granulomatoso puede ser muy diverso: en la mayor parte de los casos se han descrito granulomas epitelioides en la dermis con o sin células multinucleadas, también hay casos de granulomas en empalizada, granulomas perineurales que nos pueden confundir con la lepra, e incluso granulomas sarcoideos y algún caso de infiltrado intersticial que simula un granuloma anular intersticial. Los granulomas epitelioides se acompañan casi constantemente por células inflamatorias de estirpe linfohistiocitaria con una distribución perivascular y perianexial, como en nuestro caso.
Con técnica de inmunohistoquímica para Treponema se pueden identificar estos microorganismos, sobre todo en la dermis, con una sensibilidad mayor que las técnicas clásicas como el Whartin-Starry, aunque probablemente en el futuro las técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se conviertan en el gold estándar del diagnóstico.

759

Cuando el infiltrado linfoide camufla un angiosarcoma ¡cuidado!

Inés Gracia Darder[1], Ana Llull Ramos[1], Carlos Saus Sarrias[2], Noelia Izquierdo Herce[1], Elisabeth Vanrell Buse[1], Luis Javier Del Pozo Hernando[1]
[1]Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España, [2]Departamento de Anatomía patológica. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

Introducción
El angiosarcoma cutáneo es un sarcoma muy infrecuente, con un amplio perfil histológico. El subtipo pseudolinfomatoso representa una variante rara, que exhibe un infiltrado linfoide inflamatorio prominente que puede enmascarar la proliferación maligna vascular subyacente. Presentamos el caso de un angiosarcoma cutáneo con un patrón histológico pseudolinfomatoso, en que el marcado artefacto de arrastre en la biopsia inicial dificultó considerablemente el diagnóstico.

Caso Clínico
Varón de 83 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia en tratamiento, que consultaba por la aparición de una lesión en la mejilla izquierda de unos 2 meses de evolución que el paciente refería secundaria a una picadura de insecto. A la exploración presentaba una placa eritematosa mal delimitada en la mejilla izquierda. A la dermatoscopia se observaban puntos blancos brillantes en las salidas foliculares sobre un fondo eritematovioláceo,con algunos vasos irregulares. El estudio histológico mostraba un denso infiltrado en dermis superficial y profunda con marcado artefacto de arrastre. La inmunohistoqímica demostró que la mayoría de las células eran linfoides y que entre ellas se ocultaba una proliferación infiltrante de estructuras vasculares con cierto patrón retiforme formando hendiduras anguladas revestidas de endotelios marcadamente atípicos, positivas para CD34, CD31 y podoplanina. El infiltrado linfocitario era polimorfo con células CD3 (CD4 y CD8) y CD20. El diagnóstico histológico fue de angiosarcoma cutáneo idiopático de cabeza y cuello de patrón pseudolinfomatoso. Se practicó una resección quirúrgica amplia de la lesión. Dado que se obtuvo el margen profundo afecto, se administró radioterapia adyuvante con una dosis total de 60 Grays durante 30 sesiones. A los 18 meses de seguimiento presento una recidiva de la enfermedad en forma de metástasis ganglionares en el lateral del cuello izquierdo realizándose una linfadenectomía cervical izquierda modificada junto con radioterapia adyuvante sobre el lecho quirúrgico (dosis total de 60 Grays durante 30sesiones). En la actualidad, el paciente está libre de enfermedad a los 52 meses de seguimiento desde el diagnóstico inicial.

Conclusiones
El aspecto histopatológico del angiosarcoma cutáneo es muy variable: desde formas bien diferenciadas que pueden simular un proceso benigno, hasta formas sólidas con células epiteliodes pleomórficas, que simulan un carcinoma. El angiosarcoma cutáneo pseudolinfomatoso, fue descrito inicialmente por Requena y col. al describir cuatro ejemplos de esta nueva variante histológica con un característico infiltrado linfoide reactivo prominente que puede enmascarar la proliferación maligna vascular subyacente e imitar un proceso linfomatoso o pseudolinfomatoso. Posteriormente se han publicado otros dos casos del subtipo pseudolinfomatoso, en los que se ha sugerido un mejor pronóstico de esta variante, como es el caso de nuestro paciente, que a pesar de la recidiva inicial, lleva actualmente 4 años libre de enfermedad. El artefacto de arrastre (“crushing artifact”) ocurre en biopsias de pequeño tamaño en las que una población densamente celular de células pequeñas con escaso citoplasma (linfocitos benignos o malignos, carcinoma microcítico, Merkel etc..) aparecen como acúmulos de material basófilo en los que los detalles celulares son irreconocibles. El angiosarcoma seudolinfomatoso debe ser incluido en el diagnóstico diferencial ante una biopsia con este tipo de artefacto.

770

Hipoqueratosis circunscrita. Presentación de una serie de casos y actualidades

María Fernanda Santos Ortiz[1], Miguel Ángel Cardona Hernández[1], José Alberto Ramos Garibay[1]
[1]Centro Dermatológico "Ladislao de La Pascua", Ciudad de México, México

En 2002, Amparo Pérez y col describieron los hallazgos clínicos e histopatológicos de una malformación epidérmica, la cual denominaron hipoqueratosis palmar o plantar circunscrita; refiriéndose a una disminución brusca del espesor de la capa córnea en una zona circunscrita. Actualmente su etiología es incierta, con numerosas hipótesis propuestas desde malformación epidérmica, trauma localizado repetitivo, entre otros. Comúnmente se localiza en la eminencia tenar e hipotenar; así como porción medial de plantas, sin embargo, se ha localizado en otras topografías, por lo que el empleo del término "hipoqueratosis acral circunscrita" ha quedado en desuso. Afecta principalmente a mujeres mayores de 40 años. La morfología típica es una lesión eritematosa abruptamente deprimida redonda u ovalada con bordes bien definidos. Dentro de las características histopatológicas descritas están la hiperqueratosis con un área abrupta de hipoqueratosis, en algunos casos hay paraqueratosis en el área deprimida, encontrando los procesos interpapilares sin alteraciones; la dermis superficial muestra vasos dilatados y tortuosos. Actualmente formas malignas han sido reportadas en la bibliografía. Recientemente se ha tratado de identificar el sitio de desprendimiento epidérmico mediante microscopía electrónica, en dónde se mostró divisiones en corneocitos frágiles debido a queratinocitos con filamentos de queratina anormales. Dentro de los diagnósticos diferenciales a considerar están principalmente la poroqueratosis, enfermedad de Bowen y carcinoma in situ. Hasta el momento, no existe un tratamiento estándar; y los utilizados en la literatura muestran respuesta parcial o pobre. Presentamos a continuación una serie de 7 casos estudiados en el Centro Dermatológico "Ladislao de la Pascua" en la Ciudad de México entre 2016 y 2021.

Se presentan 7 casos de Hipoqueratosis Circunscrita (HC), de los cuales el 84% fueron mujeres, con una media de edad de 68 años. Todos los casos mostraron un área deprimida asintomática, bien delimitada, simulando una exulceración. El diámetro de las lesiones iba desde 4mm hasta 35mm. La mayoría de los pacientes se le realizó biopsia, menos a uno. Las características histopatológicas fueron bordes con hiperqueratosis, abrupta hipoqueratosis, promontorio queratósico en bordes acantosis regular, en dermis superficial vasos dilatados. El diagnóstico histopatológico fue de HC, y en uno de los casos HC + Poroqueratosis. De los tratamientos empleados fueron inhibidores de calcineurina, esteroide tópico, calcipotriol tópico; con respuesta variable.

Sabemos que la HC es una entidad poco frecuente. Hasta el momento se han reportado 7 casos más en México sobre esta entidad. El tratamiento sobre este padecimiento se mantiene incierto. Destaca la importancia de realizar biopsia siempre a los pacientes con sospecha diagnóstica, ya que formas malignas han sido identificadas, así como sus principales diferenciales con neoplasias cutáneas.

860

Dermatitis granulomatosa intersticial, a propósito de un caso

María Dolores Benedicto Maldonado[1], Norberto López Navarro[1], Enrique Herrera Acosta[1]
[1]Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga, España

INTRODUCCIÓN
La dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) es una enfermedad poco frecuente, considerada por algunos autores como Ackerman 1993, dentro del dentro del espectro de la dermatitis granulomatosa neutrófila en empalizada (DGNE).Los primeros casos fueron descritos por Dykman en 1965. Winkelman describió su asociación con procesos autoinmunes y reumatológicos por primera vez en 1978. Fue en 1994 cuando Gottlieb y Ackerman nombraron a esta enfermedad como DGI con cuerdas cutáneas y artritis.

CASO CLÍNICO
Mujer de 62 años, con antecedentes de GMSI IgG kappa intermedio-bajo riesgo, Fiebre mediterránea familiar, fenómeno de Raynaud. Acudió a consulta por prurito y aparición de placas eritematosas con morfología anular, ligeramente edematosas a nivel de abdomen y piernas, y algo más descamativas en miembros superiores. Se realizó toma de biopsia y se pautó Deflazacort en pauta descendente y antihistamínico oral.
El resultado de la biopsia fue inespecífico (dermatitis perivascular superficial e intersticial), por lo que se decidió repetir las biopsias con inmunofluorescencia directa. Los resultados fueron: 1. Ausencia de depósito de inmunoglobulinas y complemento; 2. DGI; 3. Paniculitis con granulomas necrotizantes y abundantes eosinófilos, con alguna zona de vasculitis linfocitaria. Ante estos resultados dispares se realizó una revisión conjunta con el Servicio de Anatomía Patológica, confirmando los resultados, y llegando al diagnóstico de DGI.
La paciente realizó tratamiento con Hidroxicloroquina inicialmente y posteriormente con Dapsona, siendo ambas suspendidas por aparición de efectos adversos (vómitos, hipertensión con la primera y anemia hemolítica con la segunda). La paciente actualmente presenta lesiones eritematosas a modo de cuerda en antebrazos, características de esta enfermedad, y persistencia del prurito. Se encuentra en tratamiento con pimecrolimus tópico una aplicación diaria y antihistamínicos orales a demanda.

CONCLUSIONES:
La DGI es una enfermedad rara con un patrón clínico variable, cuya patogenia se cree que es el depósito de inmunocomplejos en el contexto de una enfermedad sistémica, más frecuentemente artritis reumatoide, pero también otras enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias. Existe solapamiento tanto clínico como histológico entre DGNE y DGI, por lo que se ha propuesto el concepto de dermatitis granulomatosa reactiva.
La clínica principal de la DGI es una erupción de tipo papular o en placas anulares. Los cordones lineales son la manifestación clínica más característica pero la menos frecuente. Afecta principalmente a tronco, axilas y cara interna de los muslos. El diagnóstico diferencial incluye el granuloma anular, necrobiosis lipoídica, nódulos reumatoides y reacciones farmacológicas granulomatosas (estatinas e inhibidores de TNF-alfa). Aunque la DGI en placas nos ha de plantear un diferencial entre morfea en fase inflamatoria, micosis fungoide o eritema migratorio. Histológicamente se observan histiocitos en empalizada alrededor de pequeños focos aislados de colágeno degenerado en el seno de un infiltrado intersticial dérmico denso «bottom-heavy» que contiene cantidades variables de neutrófilos y eosinófilos, sin indicios de vasculitis.
Como conclusión, en pacientes con antecedentes de patologías autoinmunes e inflamatorias se debería tener en cuenta el diagnóstico de DGI, para así poder iniciar precozmente el tratamiento y controlar mejor la enfermedad de base.

894

Enfermedad de Rosai-Dorfman cutáneo: reporte de caso

Mayra Miroslava Alcántar Arenas[1]
[1]CMN 20 de Noviembre ISSSTE, México, México

Mayra Miroslava Alcántar-Arenas1, Salvador Gutiérrez- Ávila2, Valerie Alcántara- Ramírez3, Andrea Rodríguez Ríos4, Sagrario Hierro-Orozco5
1. Residente de Dermatología Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE
2. Adscrito al servicio de Dermatología Hospital General Tacuba ISSSTE
3. Adscrita al servicio de Dermatología Hospital General Tacuba ISSSTE
4. Residente de Dermatología Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE
5. Jefa de servicio y titular de residentes Dermatología Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

Introducción:
La enfermedad de Rosai-Dorfman es un trastorno que pertenece al grupo de las histiocitosis; 90% de los pacientes presentan linfadenopatías con afección sistémica y el 10% son exclusivamente cutáneas. Clínicamente se presenta como neoformaciones asintomáticas. A la histopatología es característico encontrar emperipolesis que es un proceso de absorción de células inflamatorias por los histiocitos, así como positividad a S100 y CD68. Los pacientes con afección cutánea pueden recibir manejo con esteroide, talidomida, metotrexato y extirpación quirúrgica como opciones de tratamiento, con resultados variables. Esta patología suele tener un curso benigno y pronóstico favorable. Presentamos el caso clínico de un paciente de la cuarta década de la vida con antecedentes de síndrome de Marfan que fue valorado por presentar neoformaciones de aspecto papular asintomáticas de tres meses de evolución, con los hallazgos histopatológicos se integró el diagnóstico de Enfermedad de Rosai-Dorfman cutánea.

Caso clínico:
Paciente masculino de 31 años, originario y residente de la Ciudad de México, cuenta con antecedente de Síndrome de Marfan diagnosticado desde los 13 años. Acude al servicio de Dermatología por presentar dermatosis de tres meses de evolución, diseminada a tórax anterior y posterior, extremidades superiores e inferiores caracterizada por múltiples neoformaciones de aspecto papular de 1 mm de diámetro, de color rosa, algunas umbilicadas y otras lisas, bordes bien definidos. Al interrogatorio el paciente se refiere asintomático y sin presencia de otras alteraciones a la exploración física. No se evidencio alteraciones en los laboratorios. Se realizó toma de biopsia que muestra el siguiente reporte histopatológico: proceso inflamatorio linfohistiocitico con inmunohistoquímica que reportó S100 y CD 68 positivos. Se envía al servicio de hematología donde se descarta compromiso sistémico, presentado remisión de la dermatosis un mes posterior a su valoración.

Conclusión:
La enfermedad de Rosai-Dorfman es un trastorno de la proliferación histiocítica, suele comenzar con un cuadro de linfadenopatía y síntomas sistémicos, de pronóstico favorable y evolución benigna. Las series reportan que la piel es afectada en el 10% de los pacientes con manifestaciones extranodales, y solo el 3% son puramente cutáneas, sin compromiso sistémico como en el caso presentado. La presentación clásica de esta enfermedad en su forma cutánea es de una placa eritematosa infiltrada y asintomática con presencia de pápulas circundantes. En nuestro paciente, la presentación clínica infrecuente que recuerda a la infección por molusco contagioso y el hallazgo de células de Rosai-Dorfman en la piel, acompañado de una resolución espontanea hicieron posible la correlación clínico-patológica para confirmar el diagnostico de enfermedad de Rosai-Dofman cutánea.

1135

Estudio clínico- patológico de Melanoma acral vs otros melanomas en población pediátrica mexicana

Clariza Cecilia Infante Fernandez[1], Elisa Vega Memije, Sonia Toussaint Caire, Adriana Valencia Herrera, Mirna Toledo Bahena
[1]*Hospital Manuel Gea Gonzalez, Ciudad de México, México*

Introducción: El melanoma cutáneo (MC) es un tumor maligno de estirpe melanocítica, representa 1-3% de las neoplasias malignas, es poco frecuente en niños. 1 Presentamos aquí nuestra experiencia de 28 años de MC en pacientes pediátricos con diferentes presentaciones clínicas y correlación patológica.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de 12 pacientes con diagnóstico clínico e histológico de melanoma. Se incluyeron niños y niñas de 0 -18 años.

Resultados: La edad media de presentación fue 9.4 años, más frecuente en mujeres (7/12). La mayoría de los pacientes (9/12) no tenían antecedente médico de importancia, un paciente presentó xeroderma pigmentoso, meduloblastoma y otro nevo melanocítico congénito gigante. Las topografías más frecuentes fueron cabeza y el aparto ungueal. El tipo histológico predominante fue acral (5/12). El nivel de Clark I se localizó en 8/12 pacientes.

Discusión: El 40-50% de los melanomas pediátricos son histológicamente similares a los melanomas del adulto. En nuestro estudio encontramos que el melanoma más frecuente fue acral. Es importante incluir esta entidad en los diagnósticos diferenciales ya que en la mayoría de los casos no están asociados a factores de riesgo (xeroderma pigmentoso o nevo melanocítico gigante).

Conclusiones: El melanoma cutáneo es una neoplasia de presentación poco frecuente en niños, en un periodo de estudio de 28 años se diagnosticaron 12 casos. El diagnóstico puede ser difícil y provocar retraso en el tratamiento.
Palabras clave: melanoma cutáneo (MC); niños, nevo melanocítico congénito (NMC).

10. Dermatoscopia

4

Clínica y dermatoscopia de dermatofibrosarcoma protuberans, a raíz de un caso

Cristian Fischer Levancini[1]
[1]*Clinica Red Salud Vitacura, Tabancura, Santiago, Chile*

El dermatofibrosarcoma protuberante (DFSP) es un sarcoma de tejido blando infiltrante de grado maligno bajo. La prevalencia es de 1 entre 10.000
El DFSP se puede presentar a cualquier edad, generalmente se presenta entre la segunda y la quinta década. La mayoría de las lesiones se presentan como placa violeta rojiza o rosa masa nodular preferentemente en tronco, extremidades proximales.
Su crecimiento es lento y tiene una baja recurrencia local pos extirpación.
Caso clínico: mujer de 56 años, con lesión de tronco en la zona del epigastrio de 10 años de evolución. Es una placa con 2 nódulos de 3,5 cms. de diámetro, fondo hiperpigmentado en la periferia, rojo violeta y blanco en el centro. La paciente menciona crecimiento en el ultimo año.

Biopsia inicial: proliferación fusocelular dérmica de estirpe mesenquimatica atípica.
Informe de ampliación: con mismo resultado anterior, inmunohistoquimica CD34+, ampliación con márgenes de seguridad de 2 cms.

Discusión: el DFSP es un tumor cutáneo maligno infrecuente y difícil de diagnosticar de forma precoz. La dermatoscopia continua siendo una herramienta que nos puede ayudar a identificar y sospechar el DFSP. No existe un patrón único para poder describir esta patología según los últimos estudios, si existe un patrón multicomponente. Los patrones característicos en una forma clásica son en un 87% una red pigmentada, 80% presencia de vasos y 73% áreas marrón claro sin estructuras, 67% estrias blanco brillante y fondo rosado en un 67% también, 60% áreas hipopigmentadas. Los DFSP exhiben al menos 2 de estos patrones característicos y los tumores recurrentes pueden exhibir las 6 características a la vez. Lo mas característico es presentar vasos no enfocados y retículo de pigmento en la periferia.
Nuestro tipo de DFSP es una variante similar amorfa que presento un área hipopigmentada central rodeada de una red fina pigmentada.

553

Hallazgos dermatoscópicos preoperatorios, intraoperatorios y Ex vivo del tumor glómico subungueal y extra digital. Reporte de dos casos

David Lucero Calvache[1], Enrique Loayza Sánchez[1], Juan Carlos Garcés[1], María de Lourdes Tacuri Tenesaca[1]
[1]*Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador*

Introducción: El tumor glómico es una neoplasia benigna, originada en los cuerpos glómicos, encargados de controlar el flujo sanguíneo. La dermatoscopia intraoperatoria, tanto en el tumor glómico subungueal como en el extra digital, podría mejorar la localización y demarcación quirúrgica, permitiendo la extracción completa del mismo y disminuyendo las recidivas subsecuentes.

Reportes de caso: En el primer caso se trata de un paciente masculino de 25 años, que presentó dolor localizado en uña del primer dedo de mano izquierda. Segundo caso: Masculino de 55 años, que presentó nódulo violáceo, muy doloroso, en antebrazo izquierdo. En ambos casos se realizaron dermatoscopia prequirúrgica e intraoperatoria. En el segundo caso, además se realizó dermatoscopia ex vivo.
En el primer caso, en la dermatoscopia prequirúrgica, se observó eritroniquia longitudinal mientras que, en la dermatoscopia intraoperatoria se evidenciaron telangiectasias lineales tortuosas, paralelas, ramificadas y puntos rojos sobre un fondo violáceo. En el segundo caso, por otra parte, la dermatoscopia prequirúrgica reveló un nódulo púrpura rodeado por un anillo marronáceo, mientras que, la dermatoscopia intraoperatoria demostró un tumor eritémato-violáceo cubierto por una capsula blanquecina y telangiectasias superficiales bien delimitadas que desaparecieron una vez resecado el tumor, en la posterior dermatoscopia ex vivo. En ambos casos se realizó el diagnóstico histopatológico de tumor glómico.

Conclusiones: La dermatoscopia es una herramienta sencilla, asequible, de bajo costo, que puede ser utilizada tanto en el diagnóstico como dentro del procedimiento quirúrgico, con el principal objetivo de delimitar el tumor y mejorar el resultado operatorio, previniendo resecciones incompletas y, por lo tanto, recidivas tumorales. Tal como observamos en nuestros casos clínicos, los signos dermatoscópicos preoperatorios más comúnmente descritos son: la eritroniquia longitudinal, cuando la lesión se encuentra en el lecho ungueal y los nódulos violáceos o purpúricos rodeados de un anillo marronáceo cuando la localización es extra digital. En cuanto a la dermatoscopia intraoperatoria hemos encontrado telangiectasias ramificadas y puntos rojos sobre el lecho ungueal y la matriz; hallazgos también descritos con anterioridad. Por otra parte, en la enfermedad extra digital, hemos advertido, en la dermatoscopia intraoperatoria, una lesión nodular violácea cubierta por una capsula traslucida con telangiectasias finas en su superficie que, desaparecen una vez resecada y diseccionada, observándose únicamente glóbulos rojos y violáceos, aledaños a un gran parche purpúrico cuando se realizó la dermatoscopia ex vivo. Hasta nuestro conocimiento, todos estos signos dermatoscópicos en el tumor glómico extra digital no habían sido reportados previamente. Estos hallazgos dermatoscópicos fueron de gran ayuda en la planificación, delimitación y posterior resolución quirúrgica en ambos pacientes, ya que ninguno de ellos presentó recidiva en controles periódicos posteriores.

626

Patrones dermatoscópicos de queratolisis punctata, en niños que viven a 3600 metros de altura y latitud 0

Lizeth Verónica Lafuente Cevallos[2], Julia Cabezas Arteaga[1], Valeria Ureña López[2], Santiago Palacios Álvarez[1]
[1]CEPI (Centro de la Piel), Quito, Ecuador, [2]Posgrado Universidad UTE, Quito, Ecuador

Introducción: La Queratolisis Punctata (QP) es una infección superficial de la piel de las plantas causada por microorganismos filamentosos grampositivos. Se caracteriza por depresiones puntiformes y erosiones redondeadas, asintomáticas por lo que suelen ser un hallazgo incidental.

En la QP la dermatoscopia ha sido utilizada para delimitar la lesión, el cual se observa como una estructura heterogénea con una zona de depresión y un pigmento irregular que es generada por el metabolismo bacteriano.
En el 2015, la International Dermoscopy Society publicó un documento de consenso sobre la estandarización de la terminología dermatoscópica de dermatosis no neoplásicas. Los parámetros dermatoscópicos básicos descritos se dividen principalmente en vascular, escamoso y folicular.

El Objetivo de este estudio es describir la queratolisis punctata en niños que viven en el altiplano y realizar un análisis de patrones dermatoscópicos que permitan caracterizar esta patología y de esta manera ayudar al médico en su evaluación clínica.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de 23 niños en el Altiplano del Ecuador. Se registraron los siguientes datos: Edad, Sexo, Examen Físico, percepción de dermatosis, tipo de Calzado, uso de calcetines, grado de afectación, topografía y morfología de la dermatosis.

Al examen físico se estableció la presencia de lesiones queratolíticas, maceración o placas hiperqueratósicas. Se realizó un análisis de los parámetros dermatoscópicos básicos como patrones vasculares, y de escamas para descartar otro tipo de patología, se describió el color de los bordes (blanco o marrón) y forma de las lesiones (puntos, círculos, lesiones policíclicas y placas con bordes geográficos). Luego se dividió a la QP en Común Superficial si mantuvo sus dermatoglifos y Común Profunda ante la ausencia de los mismos.
Resultados: De 23 niños estudiados se registró 16 hombres y 7 mujeres, con un rango de edad entre 7 y 14 años, En la evaluación clínica se encontró, hiperhidrosis, bromohidrosis y lesiones queratolíticas (100%) sin otros síntomas. De ellos 17 (73.91%) usaban botas de Caucho. Topográficamente todas las lesiones ocupaban el tercio anterior de las plantas.

Todos tenían lesiones queratolíticas, 2 presentaron también maceración y ninguno la forma hiperqueratósica con grandes surcos. A la dermatoscopia se observó en morfología: 4 (17.39%) puntos, 5 (21.73%) círculos, 5 (21.73%) policíclicos y 9 (39.13%) placas con bordes geográficos. En color del borde: 17(73.91%) marrón y 6 (26.08%) blanca. Se observó que 18 (78.26%) niños mantenían sus dermatoglifos dentro de sus lesiones y 5 (21.73%) presentaron ausencia del mismo.
Conclusión: El factor predisponente de QP en nuestra muestra es el uso de botas de caucho sin calcetines la mayor parte del tiempo. El tipo más frecuente es la Común Superficial con el mantenimiento de los dermatoglifos en las lesiones; fue más prevalente las placas con bordes geográficos y el color marrón en los bordes.

No está descrito los patrones dermatoscópicos de esta patología que nos permita realizar una clasificación según estos hallazgos. Se podría confirmar esta clasificación con su correlación histopatológica mediante una biopsia por rasurado. Su caracterización con el dermatoscopio nos permite realizar un diagnóstico diferencial más acertado.

675

Dermatoscopía del Xantogranuloma del adulto

Carolina Bertaina[1], Gabriel Salerni, Mario Gorosito, Ana Molteni, Ramón A. Fernández Bussy
[1]*Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina*

Introducción: El Xantogranuloma es una histiocitosis benigna de células no Langerhans que afecta principalmente a población pediátrica y raramente a adultos. Se manifiesta con lesiones papulonodulares amarillentas solitarias, principalmente en cabeza, cuello y zonas de flexión. Con menos frecuencia se puede presentar con lesiones múltiples eruptivas. Su causa aún es desconocida. Presentamos un caso de presentación en un adulto enfatizando la importancia de la dermatoscopía para su diagnóstico.

Caso clínico: Hombre de 34 años, sin antecedentes patológicos, acude a control dermatológico para examen de la piel de rutina. Presenta en región superior de espalda, nódulo naranja de 6 mm de diámetro, asintomático de 3 meses de evolución. La dermatoscopía muestra fondo de tono amarillento, sin criterios de lesión melanocítica, con vasos telangiectásicos arborizantes en la periferia. El estudio histopatológico revela infiltrado histiocítico dérmico con citoplasma xantomatoso espumoso y células gigantes multinucleadas de Touton. Se arribó al diagnóstico de Xantogranuloma del adulto.

Conclusión: Xantogranuloma es una histiocitosis no Langerhans, cuya forma clínica más frecuente es el Xantogranuloma Juvenil que se manifiesta principalmente en el primer año de vida. Sin embargo puede presentarse en adultos, masculinos, en un promedio de edad de 40 años, lo que se denomina Xantogranuloma del adulto. Se manifiesta con pápulas o nódulos de color amarillo-rojo, múltiples o solitarios, asintomáticos. (1) Con mayor frecuencia se encuentran en la piel, aunque pueden desarrollarse en otros órganos (pulmón, riñón, testículo). (1, 2) Los sitios afectados son cara, párpados, cuello, tronco y miembros. Su causa se desconoce y suelen involucionar espontáneamente en meses a años. (1) Se describieron casos relacionados a enfermedad hematológica maligna. (2, 3). Los diagnósticos diferenciales que deben considerarse son múltiples: xantoma, nevo de Spitz, dermatofibroma, molusco contagioso, neurofibroma, mastocitosis. (6) Las características dermatoscópicas que se describen son: tono de fondo amarillo anaranjado, apariencia de “sol naciente” con un sutil borde eritematoso, nubes de depósitos de color amarillo pálido, consistente con un infiltrado dérmico xantogranulomatoso. También se describen vasos ramificados y lineales. (4, 5, 6). Un examen clínico adecuado con un examen dermatoscópico completo es una herramienta útil para un manejo conservador y seguimiento, evitando la necesidad de procedimientos invasivos, en vista de la resolución espontánea de dicho cuadro.

886

Hallazgos dermatoscópicos en un caso de carcinoma de células de Merkel y revisión de literatura

Sebastián Ramiro Gil Quiñones[1], Susana Mejia Mesa[1], Vanessa Barreto[1], Mariam Rolon[1], Adriana Motta Beltran[1]
[1]Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia poco habitual de comportamiento agresivo originada a partir de células neuroendocrinas de la piel, descrito inicialmente por Toker en 1972. Clínicamente se describe como un tumor o nódulo cupuliforme de coloración rosada a violácea, de crecimiento rápido, asintomático y localizado en zonas fotoexpuestas. Su incidencia gira en torno a 0.44 casos por 100.000 personas, es más frecuente en pacientes masculinos y la tasa de metástasis al momento del diagnóstico puede llegar a ser hasta de un 40%. Dentro de la patogénesis se han asociado factores tales como el poliomavirus, inmunosupresión, fotoexposición y una edad avanzada. Desde la dermatoscopia los hallazgos más frecuentes son los vasos irregulares y los vasos polimorfos. Es común evidenciar vasos arborizantes de gran calibre desenfocados, lo cual sugiere una localización en planos tumorales profundos. Adicionalmente, es posible encontrar desorden en la arquitectura tumoral asociado a áreas sin estructuras. Las áreas rojo-lechosas generalmente se asocian a estructuras blanco-brillantes que se evidencian tanto con luz polarizada como no polarizada y pueden presentarse como líneas mal definidas, glóbulos y/o áreas de gran tamaño mal definidas. El presente caso ilustra un cuadro clínico con algunas de las características dermatoscópicas más frecuentemente descritas en el contexto de la enfermedad.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 82 años, natural y procedente de Bogotá (Colombia) con antecedente de hipertensión arterial y gota. Que consulta al servicio de urgencias por cuadro clínico de 4 meses de evolución consistente en aparición de lesión sólida, roja en cara externa del codo derecho asociada a dolor urente, prurito y disestesias. En la valoración dermatológica se observa un tumor rojo cereza, brillante, de superficie lisa con pequeña úlcera central cubierta por queratina de 3.0 x 2.5 cm de diámetro. A la dermatoscopia se detallaron áreas rojo lechosas, vasos polimorfos desenfocados y estructuras blanco-brillantes lineales. Ante estos hallazgos se plantea como impresión diagnóstica inicial melanoma amelanótico versus dermatofibrosarcoma protuberans, por lo cual se realiza biopsia incisional para confirmación.
El informe patológico reporta tumor de célula azul pequeña con tinciones de inmunohistoquímica positivos para AE1/AE3, K20, CAM 5.2, sinaptofisina, cromogranina y CD5. Con marcadores negativos para K7, SOX-10, S100 y Melan-A. Lo anterior, confirmando el diagnóstico de carcinoma de células de Merkel. La paciente es remitida para manejo interdisciplinario en centro oncológico para manejo definitivo y estudios de extensión.

CONCLUSIONES: El carcinoma de células de Merkel es una entidad poco frecuente dentro de la práctica clínica del dermatólogo general por fuera de los centros oncológicos de referencia. Es por esta razón, que la dermatoscopia supone una herramienta de gran utilidad para la identificación rápida y la toma de conductas en casos donde el diagnóstico oportuno permite la ampliación de estudios en pacientes que posiblemente ya presentan un compromiso metastásico. El dermatólogo debe indagar por hallazgos dermatoscópicos tales como estructuras rojo lechosas, estructuras blanco-brillantes, vasos irregulares y/o polimorfos de gran calibre, usualmente localizados en planos tumorales más profundos.

992

El estado de la dermatoscopía en Chile: primer estudio nacional en dermatólogos

Francisco González Coloma[1], Juan Pablo Morales Etcheberry[1], Faustino Alonso Traviesa[2], Nadia Vega Almendra[1]
[1]Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile, [2]Escuela de Salud Pública Salvador Allende G., Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La evidencia científica respalda a la dermatoscopia como una herramienta esencial en el diagnóstico dermatológico, especialmente en la detección precoz del cáncer de piel. Empero, en Chile no todos los dermatólogos la utilizan rutinariamente. El objetivo es conocer los factores que influyen en su uso en los dermatólogos chilenos.

Material y métodos: Estudio transversal analítico. Se envió una versión adaptada de la encuesta española de uso de la dermatoscopía del estudio paneuropeo de Forsea et.al. a 453 miembros de la Sociedad Chilena de Dermatología, entre septiembre y diciembre de 2020. Datos analizados mediante estadística descriptiva y análisis multivariado con regresión logística ordinal buscando factores asociados al mayor uso de dermatoscopia en los distintos ámbitos. Significancia estadística fijada en valores de $p < 0,05$.

Resultados: 198 dermatólogos respondieron la encuesta, misma proporción de hombres y mujeres, edad promedio 46,3 años (DE 12,2 años) y promedio de 14,6 años (DE 12,5 años) ejerciendo como dermatólogos. Un 61,6% recibió formación en dermatoscopia durante su residencia, cuya edad promedio es menor al resto (38,8 años). Un 44,4% de quienes contestaron se dedican a oncología cutánea. 98% usa dermatoscopio. Más del 80% de ellos considera útil la dermatoscopia para el diagnóstico de melanomas, seguimiento de lesiones melanocíticas y diagnóstico de tumores pigmentados y no pigmentados. Sólo un 35% considera útil la dermatoscopia en lesiones inflamatorias. Entre 50% y 70% considera útil la dermatoscopia para seguimiento de lesiones no melanocíticas, evaluación de patologías ungueales y del pelo. Los encuestados usan la dermatoscopia en más del 70% de las lesiones que evalúan, salvo en patologías inflamatorias. La mayoría confía en sus habilidades dermatoscópicas frente a tumores pigmentados, no pigmentados y patologías de pelo, pero refieren menor confianza ante lesiones inflamatorias y de la uña. La mayor parte de los encuestados indica estar muy en desacuerdo con que es uso de la dermatoscopia aumenta sus remuneraciones. Luego de ajustar por edad, sexo, confianza e instrucción, el estar involucrado en docencia, se asoció a un mayor uso de dermatoscopía en tumores no pigmentados, con un OR 2,8 (IC95% 1,3 – 6,3), pigmentados: 2,5 (IC95% 1,1 – 6,2) y patología capilar 2,4 (IC95% 1,2 – 4,8).

Conclusiones: Hubo una mayor participación en la encuesta y mayor porcentaje de uso de la dermatoscopia comparado con el estudio paneuropeo de referencia. Casi dos tercios se formaron en dermatocopía durante su residencia, una proporción mayor comparado con dermatólogos norteamericanos y europeos. Se reconoce una altísima utilidad de la dermatoscopía en el diagnóstico y seguimiento de patologías tumorales, pero en menor medida en patología capilar y ungueal, con escasa utilidad en patologías inflamatorias, asociado a una menor confianza en las habilidades de los encuestados ante lesiones inflamatorias, coincidiendo con resultados de los dermatólogos alemanes de la encuesta paneuropea. Participar en docencia es un fuerte factor independiente que se asocia a un mayor uso de la dermatoscopia en Chile. Los esfuerzos científicos y docentes deben reforzar la dermatoscopia en patologías inflamatorias. La aplicación futura de esta encuesta en el resto de Latinoamérica complementará estos resultados.

1010

Angioma rubí: hallazgos dermatoscópicos

Sonia Rodríguez Saa[1], María AlejanBeatrice Garcia[1], Maria Clara Gutierrez[1], Maria Emilce Baiardi[1], Sabrina Garcia Amore[1], Maria Micaela Palazzo[1], Maria Belen Giraud Billoud[1]
[1]*Hospital El Carmen, Mendoza, Argentina*

Introducción: el angioma en cereza es el tumor vascular más común y su etiología no es clara. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, y sólo en casos excepcionales es necesario realizar una biopsia. Su dermatoscopia resulta una herramienta útil aunque aún ha sido poco estudiada.

Objetivo: observar las características clínicas y dermatoscópicas de los nevus rubí, describir las estructuras encontradas con mayor frecuencia y definir los patrones que mejor los definen.

Materiales y métodos: análisis prospectivo de 1018 lesiones compatibles clínicamente con nevus rubí, pertenecientes a 100 pacientes del Hospital del Carmen, Mendoza, Argentina. Se evaluó clínica y dermatoscópicamente cada lesión. Se analizó la presencia de estructuras vasculares (lagunas pequeñas y grandes), pigmentadas (red y collarete hipo/hiperpigmentado) y otros hallazgos (escamas y collarete descamativo).

Resultados: Todas las lesiones presentaron en la dermatoscopia alguna estructura de origen vascular: los vasos fueron los más frecuentes (n=863, 84,7%), seguidos por el fondo rojo (n=598, 58,74%) y finalmente las lagunas (n=548, 53,83%). De acuerdo a su combinación, se describieron los patrones dermatoscópicos más frecuentes.

Conclusiones: La presencia de vasos sobre un fondo rojo, vasos con lagunas o la combinación de estas tres estructuras son los patrones dermatoscópicos hallados con mayor frecuencia en los angiomas rubi.

1026

Hallazgos dermatoscópicos del liquen plano pigmentoso inverso: reporte de dos casos

Pilar Targize Vaquero[1], Betina De Andrés[1], Mariana Hurtado[1]
[1]*Hospital Interzonal de Agudos Profesor Doctor Rodolfo Rossi, La Plata, Argentina*

INTRODUCCIÓN: El liquen plano pigmentoso inverso (LPPI) es una variante infrecuente del liquen plano pigmentoso, que se caracteriza por máculas y placas hiperpigmentadas localizadas en áreas intertriginosas, generalmente sin prurito asociado. Se cree que la fricción actuaría como mecanismo desencadenante (fenómeno de Koebner). Al igual que en el liquen plano clásico, se ha asociado con el virus de la hepatitis C, la exposición solar y diversos contactantes. Describimos los hallazgos dermatoscópicos de dos pacientes con diagnóstico confirmado de LPPI por tratarse de una patología poco frecuente donde la dermatoscopia resulta una herramienta útil para orientar el diagnóstico y diferenciarlo de otras lesiones pigmentadas. Los hallazgos dermatoscópicos fueron agrupados según las siguientes categorías: estrías de Wickham, patrón de pigmento, patrón vascular, área de fondo y criterios adicionales.

CASO 1: Hombre de 78 años, fototipo III sin antecedentes personales ni familiares que consultó por la aparición espontánea de una lesión asintomática en el cuello de 4 meses de evolución. El paciente no refería consumo de medicamentos ni fotoexposición previa. Al examen físico presentaba en región lateral derecha de cuello una placa marrón violácea de bordes irregulares y superficie lisa de 4 cm de diámetro. A la dermatoscopia se observaban: estrías de Wickham de morfología reticular, patrón de pigmento lineal compuesto por puntos azul-grisáceos (peppering) que respetaba surcos epidérmicos, ausencia de patrón vascular y área de fondo marrón-rojiza. No presentaba lesiones en mucosas ni anexos. Se realizó biopsia de piel que confirmó el diagnostico de liquen plano pigmentoso. Las serologías para HCV y HIV fueron negativas. Se instauró tratamiento tópico con clobetasol con mejoría clínica.

CASO 2: Varón de 48 años, fototipo III con antecedentes de HCV curada consultó por lesiones asintomáticas en axilas de años de evolución. No refería consumo de fármacos. Al examen físico presentaba en axila derecha placa marrón violácea de 5 por 3 cm, de superficie lisa con bordes definidos. En axila izquierda presentaba dos placas eritematovioláceas pequeñas confluyentes. La dermatoscopia de la lesión en axila derecha demostró: estrías de Wickham lineales, patrón de pigmento lineal compuesto por glóbulos marrón-azulados (peppering), sin patrón vascular con coloración de fondo marrón rosada. Se observaron además puntos blancos como criterio adicional. No presentaba lesiones en mucosas ni anexos. Se confirmó el diagnostico histopatológico de liquen plano pigmentoso. No se realizó tratamiento dado el carácter asintomático de la lesión.

CONCLUSIÓN: Evaluamos los hallazgos dermatoscópicos del LPPI, demostrando la presencia de estrías de Wickham, hallazgo relevante y no reportado previamente en la literatura consultada. La dermatoscopia ayuda a inferir la localización del pigmento en la piel ya que la presencia de glóbulos y puntos azul grisáceos se correlacionan con melanofagia e incontinencia pigmentaria, hallazgos típicos de esta variante de liquen plano. También observamos el respeto de los surcos epidérmicos que podrían explicarse por la falta de exposición al roce en dichas áreas. Finalmente observamos puntos blancos que corresponden a aperturas foliculares respetadas.
Por otra parte, consideramos relevante reportar un caso de LPPI asociado a antecedente de VHC.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno.

1140

Fibroepitelioma de Pinkus: Reporte de 4 casos con hallazgos dermatoscópicos característicos

Deyanira Gabriela Quiñones Hernández[1], Ricardo Quiñones Venegas[1], Andrea Biviana Ruiz Leal[2], Marco Antonio Rodríguez Castellanos[1], Elizabeth Guevara Gutiérrez[1], Guillermo Solís Ledesma[1]
[1]Instituto Dermatológico de Jalisco, Guadalajara, México, [2]DERMIKA Clínica Láser (Práctica Privada), Guadalajara, México

Introducción: Fibroepitelioma de Pinkus (FdP): variante poco común del Carcinoma Basocelular caracterizado por hallazgos clínicos poco sugestivos de malignidad, por lo que la dermatoscopía juega papel fundamental en el abordaje y sospecha diagnóstica de estos tumores. (1)

Casos: Presentamos 4 casos de esta entidad (FdP): 4 varones, cuya edad oscila de los 48 a los 77 años, tres sanos, solo uno hipertenso. Destaca en tres de ellos, la topografía coincide en axila, el otro caso en brazo. Su evolución oscila de 4 a 12 años. Lesiones asintomáticas. Dos de ellas de color piel, y dos restantes son pigmentadas. Tres de ellas son tipo placa, la restante es hemiesférica. Cuyo tamaño varia de 2.5 cm de largo la menor y 3.4 cm la mayor. Hallazgos dermatoscópicos en las de color piel: fondo rojo-lechoso, vasos arboriformes finos, y estructuras blanco-brillantes. En las pigmentadas presentan nidos ovoides, glóbulos azul-gris, y hojas de arce. En una de las pigmentadas destaca su centro: es también de fondo rojo-lechoso, vasos arboriformes delgados, y estructuras blanco brillantes. Histopatológicamente, los 4 casos mostraron células basaloides, en forma de cordones, con numerosas anastomosis delgadas extendidas hacia dermis media y produnda, incrustado dentro del estroma fibroso.

Conclusión: Considerado tumor pre-maligno o variante fenestrada del tricoblastoma, el Fibroepitelioma de Pinkus (FdP) es conocido ahora como subtipo poco común (2%) del Carcinoma Basocelular (CBC). En su forma clásica se manifiesta como neoformación solitaria, en individuos de entre 40 y 60 años, localizada en la mayoría de los casos (72%) al tronco, del mismo tono de la piel, asintomáticas, crecimiento lento, de aspecto clínico sugestivo de lesiones benignas. Histopatológicamente caracterizado por fibras de células basaloides neoplásicas anastomosadas, atravesando la dermis (2-4).
La dermatoscopía reportada por primera vez en 2005 por Zalaudek et al., (1): vasos finos arborizantes (100%), estrías blanquecinas/crisálidas (90%), vasos puntiformes (70%), pseudoquistes de millium (60%), permitieron el diagnóstico clínico correcto en 9 de los 10 casos. (2)
Pocos FdP pigmentados han sido reportados con presencia de áreas marrón-grisáceas y puntos azul-gris (4), informando para 2013 en esta publicación, 7 casos variedad pigmentada, y destaca que de los 4 casos que aquí presentamos, 2 de ellos son pigmentados.
La mayor serie casos (48) informada por Nanda et al., añaden hallazgos distintivos y no presentes en el CBC clásico: escama (66.7%), vasos serpentiformes (97.7%), vasos polimorfos (86.4%) y líneas hipopigmentadas a rosa (52.3%) (3).
En nuestros casos llama la atención que dos de ellos son lesiones color piel y dos son pigmentados, en los cuales se identificarón estructuras dermatoscópicas propias del CBC clásico pigmentado, hallazgos presentes en la periferia de la lesión, pues su centro clinicamente sonrosado, presentó al igual que los dos casos restantes (no pigmentados) los hallazgos dermatoscópicos caracteristicos e informados por Zalaudek et al.
La incidencia de esta entidad, puede estar asociada a pobre reconocimiento clínico y diagnóstico erróneo como lesión benigna a la que no se realiza biopsia, por lo que la dermatoscopía funge un papel relevante en la orientación diagnóstica, que motivaría a realizar su estudio histopatológico.

11. Dermatosis de anexos cutáneos

688

Siringofibroadenoma ecrino: Reporte de un caso

Karla Fiorella Aguilar García[1], Gabriela del Pilar López Córdova[2], Gladys Vidarte Orrego[3], Cesar Chian García[4]
[1]Residente de Dermatología, Universidad Nacional Federico Villarreal, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú, [2]Residente de Patología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú, [3]Servicio de Dermatología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú, [4]Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú

Introducción: El siringofibroadenoma ecrino es una neoplasia benigna poco frecuente del área acrosiringea del conducto ecrino. Se han reportado aproximadamente 50 casos a nivel mundial, siendo la edad promedio 62 años y sin predilección de género. Se caracteriza por presentar pápulas o nódulos color piel o eritematosos, localizados con mayor frecuencia en palmas y plantas que puede sufrir ulceración superficial recurrente. Existen 5 subtipos clínicos. En la histopatología con tinción de hematoxilina-eosina se observan células epiteliales basaloides, cuboidales, pequeñas, que forman cordones que se anastomosan y se extienden desde la epidermis con pequeños ductos ecrinos dentro, un infiltrado linfocitario y una matriz fibrovascular alrededor. Este caso es de interés por presentar un reto diagnóstico al ser clínicamente confundido con un carcinoma de células escamosas.

Caso clínico: Paciente varón de 77 años, natural y procedente de Ayacucho, agricultor, sin antecedentes de importancia, acude a consulta del servicio de dermatología refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 10 años, caracterizado por una úlcera de 8x8cm en planta de pie izquierdo con bordes hiperqueratósicos y secreción seropurulenta con mal olor. Además, presenta múltiples nódulos verrucosos en la cara lateral del pie y atrofia del quinto dedo. Se obtiene un cultivo de la secreción positivo a Morganella morganii para lo cual recibe cefalexina vía oral. Resto de exámenes de laboratorio sin alteraciones. La ecografía de partes blandas evidencia aumento de la trama vascular en los bordes laterales de la úlcera, no tumoraciones. El estudio histopatológico, mostró epidermis hiperqueratósica con elongación, tortuosidad y anastomosis de ductos ecrinos. Con los hallazgos clínicos e histopatológicos se concluye en el diagnóstico siringofibroadenoma ecrino reactivo. El paciente fue derivado para la posibilidad de manejo quirúrgico, pero no regresó a sus controles posteriores.

Conclusión: Se considera al siringofibroadenoma ecrino un tumor anexial raro de diferenciación ductal ecrina cuya característica clásica es la manifestación de un nódulo solitario o múltiples dispuestos en un patrón simétrico o lineal que incluyen la cara, el tronco y las extremidades. Nuestro caso presentó una úlcera crónica acral debido a trauma crónico por el tipo de ocupación del paciente. La clínica e histopatología permitieron confirmar el diagnóstico. Algunos artículos recomiendan la observación de la lesión cuando se descarta asociación con malignidad y optar por tratamiento quirúrgico cuando hay mayor alteración estructural y funcional como el caso. Otras alternativas son el láser de CO2 o la radioterapia para lesiones en sitios difícil manejo.

772

Pilomatrixoma gigante ampollar

Sebastián Andreani Figueroa[1], María Consuelo Giordano Lorca, Carolina Whittle Pinto, Marie Chantal Caussade Margozzini
[1]*Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile*

Caso clínico:
Mujer de 18 años sin antecedentes mórbidos consulta por aumento de volumen de un año de evolución, de crecimiento progresivo y doloroso. Refiere drenaje de secreción acuosa amarillenta en una ocasión. Al examen físico destaca en hombro izquierdo tumor rosado pediculado de 10x10 cm de diámetro, de consistencia sólido-quística con algunas áreas de consistencia pétrea.
Estudio ecográfico describe tumoración de 90x58x88 mm de contornos lobulados, con compromiso de dermis y tejido subcutáneo, sin compromiso de tejido adiposo ni músculo/aponeurótico. Destaca contenido heterogéneo de aspecto sólido-quístico, componente ecogénico central con tenue sombra acústica que impresiona parcialmente calcificado. A su alrededor se observan signos de edema y algunas imágenes sugerentes de flictenas. Al Doppler color se observan finas ramas arteriales con flujo de baja resistencia. Impresionando un pilomatrixoma gigante de variedad ampollar. Se realizó biopsia excisional y cierre primario sin incidentes. Estudio histológico mostró islotes de células queratinizadas, células eosinofílicas sin núcleo y focos de calcificación bien delimitados; estroma fibroso con infiltrado linfohistiocitario y células gigantes multinucleadas; compatible con un pilomatrixoma.

Discusión:
El pilomatrixoma es un tumor benigno originado en la vaina del folículo piloso. Suele ser dérmico o subcutáneo profundo, solitario, de 3 a 30 mm de diámetro, con mayor frecuencia en cabeza, cuello o extremidades superiores. Entre sus variantes clínicas se incluye el pilomatrixoma gigante (mayor a 5 cm) y bulloso.
El pilomatrixoma bulloso es inusual, representando entre 3 a 6% de todas las variantes. Afecta principalmente a mujeres, en la región proximal de extremidades superiores. Se presenta como una ampolla rosada-roja solitaria, flácida, de entre 1 a 3 cm, con paredes gruesas y uno o más nódulos duros palpables subyacentes. La obstrucción y dilatación de vasos linfáticos generada por la masa tumoral, causa congestión y edema en la dermis que rodea al tumor, dando como resultado la apariencia ampollosa.3.4
Esta variante además de presentar los hallazgos histológicos característicos del pilomatrixoma presenta vasos sanguíneos y linfáticos dilatados, células gigantes, linfedema, rotura de fibras de colágeno y ausencia de fibras elásticas.
Su resolución es mediante la extirpación quirúrgica y su resección incompleta determina recurrencia de la lesión.

Conclusión:
El pilomatrixoma es un tumor benigno derivado de la vaina del folículo piloso, más frecuente en niños. Cuando la clínica es característica no es necesario realizar imágenes para su diagnóstico y su tratamiento definitivo corresponde a la extirpación quirúrgica completa de la lesión. Se presenta este caso dada la baja prevalencia de esta variante.

849

Foliculite decalvante de Arnozán–Dubreuilh: um relato de caso

Barbara Elias Do Carmo Barbosa[1], Melissa de Almeida Corrêa Alfredo[1], Ingrid Rocha Meireles Holanda[1], Ivanka Miranda de Castro[1], Hélio Amante Miot[1]
[1]Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Botucatu - SP, Brazil

INTRODUÇÃO: A foliculite decalvante é tipo raro de alopecia cicatricial neutrofílica caracterizada por foliculite pustulosa progressiva, em geral acomete apenas o couro cabeludo. Raramente ocorre nos membros, sendo chamada de foliculite decalvante de Arnozán-Dubreuilh. A causa ainda é desconhecida, mas acredita-se que haja uma associação entre Staphylococcus aureus e mecanismos autoimunes. Mais comum no sexo masculino na segunda e terceira década de vida, especialmente em locais com clima tropical. O objetivo deste relato é demonstrar um caso raro, com dificuldades na abordagem terapêutica.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 66 anos, diabético e hipertenso. Iniciou acompanhamento no nosso serviço devido pápulas e pústulas foliculares, pruriginosas, principalmente nos membros inferiores e superiores associado a áreas de alopecia, progressivamente, há 20 anos. O paciente não apresenta lesões no couro cabeludo. Foi avaliado em diversos serviços, sem diagnóstico prévio e com falha terapêutica após uso de corticoides, antibióticos tópicos e orais. O exame histopatológico apresentou folículo piloso com fibrose cicatricial e infiltrado linfoplasmocitário perifolicular, com neutrófilos intrafoliculares, compatível com foliculite decalvante de Arnozán–Dubreuilh. Foi iniciado o tratamento com dapsona por dois meses, sem melhora clínica e evolução com anemia, obrigando sua suspensão. Como alternativa terapêutica, iniciado sulfametoxazol e trimetropina por um mês, sem resposta clínica e hiperpotassemia secundária à droga, sendo necessária sua suspensão. Foi introduzida isotretinoina oral, porém não houve tolerância com a medicação. No momento, o paciente esta em uso de corticoides tópicos e doxiciclina oral, sem controle do quadro.

CONCLUSÃO: O caso ilustra um quadro clássico e exuberante de uma dermatose rara, que impõe dificuldade diagnóstica e terapêutica. Há poucos relatos de caso e estudos de seguimento dos pacientes. A foliculite decalvante de Arnozán-Dubreuilh é uma doença crônica recidivante, e de alta morbidade devido à dificuldade de abordagens terapêuticas resolutivas e definitivas. As opções terapêuticas incluem antibióticos sistêmicos, dapsona, isotretinoína, acitretina e nos casos refratários já foi relatado imunobiológicos, laser nd-YAG e terapia fotodinâmica. Dermatologistas devem estar atentos a esse diagnóstico, e à dificuldade do tratamento clínico.

943

Dos casos de Mucinosis Folicular Primaria en adultos

Carmen Cruz Catalán[1], María Teresa Monserrat García[1], Juan Manuel Liñán Barroso[1], Rocío Cabrera Pérez[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]
[1]Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, España

La mucinosis folicular (MF) es una entidad rara. Es más frecuente su aparición durante la infancia, pero también se han descrito casos de debut en adultos, sobre todo en la tercera o cuarta década de la vida.
Se trata de una patología crónica, de carácter inflamatorio, consistente en pápulas o placas, frecuentemente eritematosas o marronáceas.
Existen dos tipos de mucinosis folicular: primaria, o idiopática benigna, y secundaria. Esta última se ha relacionado con diversas enfermedades, algunas benignas como la dermatitis atópica o el lupus eritematoso sistémico (LES), y otras malignas, siendo la más relevante la micosis fungoide, pero también otros síndromes linfoproliferativos, como linfoma cutáneo tipo B, linfoma de Hodgkin o leucemia linfática crónica.
Histológicamente se caracteriza por el depósito de mucina en la vaina que recubre el folículo piloso y en las glándulas sebáceas. El mecanismo por el cual se produce este depósito de mucina es aún desconocido.

CASO 1:
Varón de 66 años de edad, sin patologías previas relevantes. Consultaba por una lesión de varios meses de evolución en región temporal izquierda, que le producía intenso prurito. Negaba otras lesiones similares, así como fotosensibilidad, presencia de aftas orales y fenómeno de Raynaud. Tampoco había presentado fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna en los últimos meses.
A la exploración física nos encontramos con una placa de cuatro centímetros de diámetro, eritemato-marronácea y sobreelevada, bien delimitada, con márgenes netos y discreta descamación fina, con exploración inespecífica a la dermatoscopia, pero con folículos pilosos en su interior.
Se realizó biopsia cutánea, en la que se observó dermis con abundante mucina e infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario perivascular de carácter leve y presencia de mucina alrededor de los folículos pilosos y en dermis superficial.
No presentaba otras lesiones cutáneas sugestivas de lupus ni en la anamnesis por órganos y aparatos refería ningún síntoma sugestivo de colagenopatía. La analítica y los autoanticuerpos no mostraron alteraciones.

CASO 2:
Varón de 36 años de edad, sin antecedentes personales de interés que consultó por una lesión asintomática, oscura y de superficie rugosa de meses de evolución, junto a disminución de densidad capilar en la zona temporal. Negaba sintomatología sistémica.
A la exploración física se apreciaban micropápulas agrupadas sobre una base hiperpigmentada y disminución de la densidad capilar en la zona temporal derecha, con pilotracción negativa.
El estudio histopatológico mostró presencia de mucina y un infiltrado inflamatorio linfocitario con presencia de macrófagos/histiocitos perifolicular en escasa cuantía.
La analítica en este caso tampoco mostró alteraciones

DISCUSIÓN:
Ante una lesión tipo placa eritematosa o marronácea, sobre todo en cuero cabelludo, cuello o cara, debemos sospechar la Mucinosis Folicular y realizar estudio anatomo-patológico de la lesión, siendo característica la presencia anormal de mucina sin cambios epidérmicos de lupus. Una vez confirmada, es importante descartar LES y otros procesos sistémicos, como los linfomas. Una vez descartada la presencia de otras alteraciones, debemos hacer seguimiento del paciente, ya que dichos procesos pueden desarrollarse o manifestarse con posterioridad.

983

Presentación atípica del hidradenoma nodular: reporte de un caso

Winnie Joanne Celorio-Murillo[1], Cris Madeley Millan-Puerto[2], Luisa Fernanda Camacho-Lázaro[2], Carlos David Galindo-Vaca[2], Jesús Daniel Fierro-Lozada[2], Daniela María Gutierrez-Murcia[2], David Alfredo Castillo-Molina[2]
[1]Universidad Libre-Cali, Cali, Colombia, [2]Funinderma, Bogotá, Colombia

Introducción:
El hidradenoma nodular (HN), también conocido como mioepitelioma de células claras, hidradenoma sólido-quístico, acrospiroma ecrino y adenoma ecrino, es una neoplasia de origen anexial de carácter benigno y esporádico. Se caracteriza por ser una lesión única, poco frecuente, de crecimiento lento y consistencia quística, sin predilección etaria o racial. El HN aunque tiene una amplia variedad de presentaciones clínicas, lo cual la convierte en un reto diagnóstico, se ha clasificado en lesiones ecrinas y apocrinas. Su origen histológico, es a partir del conducto excretor distal de la glándula sudorípara, junto con las porciones intraepidérmica y dérmica del conducto sudoríparo interno. Adicionalmente, se ha descrito que las localizaciones anatómicas más frecuentes son la región cervical, el tronco y la cabeza, y de manera atípica en miembros inferiores. A continuación, presentamos un caso clínico atípico de HN, ya que presentó dos lesiones y una de ellas en una localización poco frecuente.

Caso clínico
Presentamos el caso de una paciente femenina de 57 años de edad, quien presentó una lesión de crecimiento progresivo en la cara interna de muslo derecho de aproximadamente 3 años de evolución. Esta consistía en una pápula eritematoviolácea, con base pediculada y telangiectasias en la superficie. Se consideró inicialmente, por su apariencia clínica, que podría corresponder a un hemangioma. Se resecó la lesión, cuyo estudio histopatológico reportó HN. Adicionalmente, 2 años después del cuadro descrito, consulta por la aparición de una pápula eritematoviolácea de superficie lisa con telangiectasias, con base pediculada y telangiectasias excéntricas, la cual fue igualmente resecada. Para este caso se realizó estudio inmunohistoquímico a la histopatología que mostraba una lesión tumoral epitelioide. El reporte de inmunohistoquímica mostró P63 y CK ⅝ positivos, CEA positivo en ductos; CD34, colágeno tipo IV y CD31: negativos, KI 67 del 40%, con lo que se concluyó que la lesión correspondía a un HN. Es importante destacar que la paciente no presentó ningún tipo de trauma en las zonas donde aparecieron las lesiones.

Conclusiones
El HN representa un reto diagnóstico para el dermatólogo, debido a su poca prevalencia y su similitud clínica e histopatológica con otras entidades, tal como se evidenció en el anterior caso, donde inicialmente se consideró un diagnóstico clínico de hemangioma para la primera lesión, y un diagnóstico histopatológico de tumor glómico para la segunda lesión.
Por otro lado, a pesar que la probabilidad de malignización de estas lesiones es baja, se debe considerar como un diagnóstico diferencial al momento del análisis clínico e histológico.
Finalmente, se ha reportado que la evolución del hidradenoma es de crecimiento lento, suele ser una lesión única, no presenta recidivas, y típicamente se localiza en la cabeza, el cuello y el tronco, en contraste, este caso demuestra que podemos encontrar presentaciones clínicas e histológicas poco habituales, lo cual refuerza la importancia de realizar futuras series de caso para conocer su comportamiento y tenerlo presente como un diagnóstico diferencial.

1163

¿Es la hidradenitis supurativa más grave en los pacientes con síndrome de Down Un estudio transversal?

Juan-Carlos Hernández-Rodríguez, Guiovana Fernanda Osorio Gómez, Juan Ortiz Álvarez, José Antonio Lebrón Martín, José Juan Pereyra Rodríguez, Julián Conejo-Mir
[1]*Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, España*

Introducción: El síndrome de Down (SD) se ha relacionado con un mayor riesgo de hidradenitis supurativa (HS). Sin embargo, la evidencia sobre esta asociación es limitada. Por esta razón, el objetivo de este estudio es describir y analizar una muestra unicéntrica de pacientes con HS y SD.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional transversal, con un muestreo de casos consecutivos de pacientes con hidradenitis supurativa. Los participantes se reclutaron de la Unidad de Hidradenitis Supurativa del Servicio de Dermatología, del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. En los grupos de HS y SD y sólo HS, se evaluaron el género, la edad de comienzo, la edad al diagnóstico, el tiempo hasta el diagnóstico por un dermatólogo, la historia familiar, el hábito tabáquico, el índice de masa corporal, la localización de las lesiones, los antecedentes quirúrgicos, y la severidad según el estadio de Hurley e IHS4.

Resultados: Se incluyeron 206 pacientes con HS; 21 sujetos presentaban HS y SD concomitante. Los sujetos con SD presentaron una edad de comienzo más precoz, menor edad al diagnóstico y menor tiempo hasta el diagnóstico por un especialista en dermatología. En el análisis multivariante, el SD no se asoció con la severidad medida según el IHS4. Sin embargo, el sexo masculino y el incremento del índice de masa corporal se asociaron con IHS4 moderado-severo.

Conclusiones: Los pacientes con HS y SD concomitante presentaron una edad de comienzo más precoz, menor edad al diagnóstico y menor tiempo hasta el diagnóstico por un dermatólogo. Además, el SD no se asoció con la severidad de la HS medida según el IHS4 basal.

12. Dermatosis infecciosas

21

Paracoccidioidomicosis crónica: Presentación de un caso

Florencia Dauria[1], María Amalia Goméz[1], Camila Anabel Ramallo[1], Sofia Olivares Blanco[1], Eliana Maribel Geréz[1], Eugenia Miraglia[1], María Roxana Maradeo[1], Martín Carignano[1]
[1]Hospital General San Martín de La Plata, La Plata, Argentina

Introducción
La Paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica y endémica, producida por hongos dimórficos térmicos del género Paracoccidioides. Las especies circulantes en Argentina son P. brasilensis y americana (S1 y PS2). Los trabajadores rurales varones son el grupo más expuesto a contraer la enfermedad. Existen dos formas de presentación: aguda/subaguda y crónica progresiva. Las pruebas diagnósticas por excelencia son el examen directo y el cultivo micológico. El tratamiento antimicótico es con anfotericina B en casos graves e itraconazol para pacientes ambulatorios. Se presenta el caso de un paciente atendido en nuestro servicio.

Caso clínico
Paciente masculino de 30 años de edad, oriundo de la provincia del Chaco, con antecedentes personales de tuberculosis pulmonar en el año 2013 con tratamiento completo. Derivado del servicio de Odontología por presentar lesiones en boca de 8 semanas de evolución.
Al examen físico se evidenciaba macroquelia con múltiples lesiones ulcerativas dolorosas, de bordes infiltrados e irregulares con fondo de fibrina, cubiertas por puntos hemorrágicos, localizadas en mucosa yugal y labio inferior, a su vez se observaba movilidad y perdida de piezas dentarias. Se palpaban adenopatías pequeñas y móviles en región occipital, inguinal y axilar. Se acompañaba de equivalentes febriles y dificultad para alimentarse.
Se decidió su internación en sala de Clínica médica. Se realizó laboratorio general con serologías, las cuales resultaron negativas. Se tomaron muestras para estudio histopatológico, cultivos micológico, micobacterias y serologías para micosis profundas.
En el examen directo se observaron imágenes levaduriformes esféricas extracelulares de pared gruesa con gemaciones múltiples adoptando la disposición en “rueda de timón”, compatible con Paracoccidioides. Por lo que se inició precozmente tratamiento con anfotericina B liposomal 5 mg/kg/día endovenoso por 14 días. Se realizó tomografía de tórax, abdomen y pelvis para evaluar el compromiso sistémico, en la que se evidenciaron adenopatías mediastinales, la de mayor tamaño era de 11 mm.
A su vez, imágenes nodulares algodonosas en ambos campos pulmonares, la más grande en lóbulo inferior derecho, que alcanzaba los 12 mm.
El estudio histopatológico informó un proceso inflamatorio crónico activo granulomatoso. Técnica de Grocott positiva con elementos levaduriformes, morfológicamente vinculables a Paracoccidioides sp.
Se arribó al diagnóstico definitivo de Paracoccidioidomicosis crónica por aislamiento de Paracoccidioides brasilensis en cultivo micológico.
El paciente respondió favorablemente al tratamiento a los 14 días de instaurado por lo que se decidió su externación para tratamiento ambulatorio con itraconazol 200 mg/día vía oral por 1 año.

Conclusiones
Presentamos un caso de Paracoccidioidomicosis crónica en paciente con epidemiología positiva y clínica florida. Se destaca la importancia de la escarificación de las lesiones para un tratamiento precoz.

224

Onicomicosis en lactantes: el caso de un niño de 8 meses

Mercedes Liliana Cordone[1], Marcela Bertolotti[1], Diana Cabanillas[1], Laura Perez[2]
[1]Consultorios Privados, La Plata, Argentina, [2] Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Juan P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La onicomicosis en niños es una enfermedad que hace muchos años atrás no se observaba pero en los últimos años va en aumento posiblemente por contagio dentro del grupo familiar. El interés del caso es que se presenta un paciente masculino de 8 meses de edad, quien presenta lesiones clínicas de onicomicosis en tres uñas del pie derecho, que se confirma en el estudio micológico encontrándose un Trichophyton Rubrum. Se realizó una evaluación familiar concluyendo que su padre presentaba una onicomicosis en uñas del pie por el mismo agente etiológico. Ni el niño ni el padre presentaban Tiña Pedis. La evaluación pediátrica es normal. Se le realizaron varios estudios inmunológicos, incluido HIV y estudio de poblaciones linfocitarias y dosaje de inmunoglobulina; estudios de laboratorio para descartar inmunodeficiencias primarias que predisponen a infecciones por dermatofitos; test1.2.3.dihidrorodamina y se descarta enfermedad granulomatosa crónica. También se realizó una prueba funcional para descartar una deficiencia de CARD 9. El tratamiento fue solamente tópico, con Efinaconazol al 10%, una vez al día durante 12 meses. Actualmente su padre sigue en control dermatológico tratado vía oral con Terbinafina. Es fundamental el estudio micológico confirmatorio para indicar el tratamiento correcto. En la bibliografía sobre el tema no hemos encontrado un niño tan pequeño contagiado por un integrante del grupo familiar de una onicomicosis producida por un dermatofito (Trichophyton Rubrum). La importancia del caso es la edad temprana del paciente, el contagio en el núcleo familiar y los estudio que demuestran que es un niño sano, inmunocompetente. A los 12 meses de tratamiento solamente tópico la imagen clínica muestra la notable mejoría y se acompaña de un estudio micológico negativo en las tres uñas afectadas.

Las poblaciones y dosajes de inmunoglobulinas se solicitan para descartar inmunideficiencias combinadas que predisponen a infecciones, en nuestro caso por un Dermatophyto (Trichopytim Rubrum) . La DHR es un test que mide en vivo el estallido respiratorio de los neutrofilos y sirve para descartar enfermedad granulomatosa cronica, una inmunodeficiencia ligada al cromosoma X, que predispone especialmente a infecciones fungicas desde edades tempranas. El estudio funcional para CARD 9, sirve para descartar deficiencias de CARD 9, que predisponen a infecciones superficiales y profundas por hongos . CARD 9 es una molecula intermediaria en la señalizacion del receptor Dectin 1 sensor de hongos de inmunidad innata.
A dos años y medio de finalizar el tratamiento topico del paciente se le realiza un nuevo estudio micologico el cual da negativo, en coincidencia a su clinica donde no se ven lesiones

257

Morfometría digital de las lesiones activas de pacientes con Leishmaniasis Cutánea Americana y su relación con características clínico-epidemiológicas

Mariaesther De La Guadalupe Vásquez Chirinos[1], Natiant Sofía Figueroa Polanco[1], Orquídea Rodríguez[1], Félix José Tapia[1]
[1]*Instituto de Biomedicina Jacinto Convit, Caracas, Venezuela*

Introducción: La leishmaniasis cutánea americana (LCA) es una enfermedad producida por protozoos del género Leishmania; de baja patogenicidad, morbilidad relativa y de alta prevalencia, incluyendo Venezuela. Esta investigación no solo podría ofrecer índices morfométricos basados en aspectos histopatológicos de las lesiones de las distintas formas activas de LCA, claves para una precisa orientación diagnóstica sino que, correlacionándolos con variables clínico-epidemiológicas y parasitológicas, ofrecería posibles índices de valor pronóstico en cuanto a su evolución y probable respuesta terapéutica.

Objetivos: Realizar una caracterización morfométrica de la lesiones cutáneas activas en pacientes con diagnóstico de LCA en todas su espectro mediante el analizador de imágenes digital, ImageProPlus® versión 5.0., relacionándolo con características clínico-epidemiológicas y parasitológicas presentes en la muestra a estudiar.

Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 54 historias médicas y biopsias de piel de pacientes con diagnóstico de LCA que acudieron a la consulta de Leishmaniasis del Instituto de Biomedicina (1990-2018), en las cuales se analizaron morfométricamente 3 variables: grosor de epidermis (E), área de infiltrado (AI) y número de granulomas (G). Resultados: Las lesiones LCM presentaron el mayor E y LCD la más delgada ($p<0,05$). LCM presentó el mayor AI y la LCL la menor ($p<0,001$). LCI presentó mayor G ($p<0,05$). Se correlacionaron todas las variables y existió una correlación negativa entre E y leishmanina y positiva para AI y tamaño de la lesión.

Conclusiones: La morfometría digital representa una valiosa herramienta que no solo complementa el arsenal diagnóstico sino también una estrategia para determinar pronóstico y probable evolución de la historia natural de la enfermedad, representando el primer estudio en la literatura analizada que correlaciona: clínica, epidemiología, parasitología, histopatología y morfometría de las lesiones de LCA en todo su espectro.

378

Sífilis hepática: Reporte de tres casos

Martina Buffetti, Jesica Radonich, Felicitas Peirano, Melanie Reichardt, Pablo Sanz, Miguel Ángel Mazzini
Hospital Churruca, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica cuya incidencia se encuentra en aumento en los últimos años. Se conoce como "la gran simuladora" y su compromiso hepático suele ser poco frecuente y en general subdiagnosticado. La sífilis hepática debe ser incluida dentro de los diagnósticos diferenciales de hepatitis aguda y crónica ya que presenta fácil tratamiento y curación.

Casos clínicos:
CASO 1: Paciente de sexo masculino de 44 años de edad, con antecedentes de HIV en tratamiento. Consultó en el servicio de dermatología por presentar exantema de tipo morbiliforme, pruriginoso, generalizado, de 10 días de evolución asociado a dolor abdominal a predominio de hipocondrio derecho, ictericia de piel y mucosas, anorexia, astenia y pérdida de peso de 5 kg en el último mes.
Con los diagnósticos presuntivos de farmacodermia, exantema viral inespecífico y secundarismo sifilítico se solicitó laboratorio completo con serologías. El mismo puso en evidencia leucocitosis y alteraciones del hepatograma con patrón colestásico, eritrosedimentación aumentada, VDRL 1/256 diluciones. Ecografía abdominal y colangiorresonancia sin particularidades. Así con la clínica, el laboratorio y habiendo descartado otras causas de injuria hepática, arribamos al diagnóstico de hepatitis sifilítica. Realizó tratamiento con 3 dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI. Presentó mejoría clínica total del cuadro dermatológico y tendencia a la normalización del perfil hepático.

CASO 2: Paciente de sexo femenino de 23 años de edad consultó en el servicio de dermatología por presentar dermatosis de 48 hs de evolución sugestivas de secundarismo sifilítico. En el laboratorio se evidenció VDRL 1/64 diluciones y hepatograma alterado con patrón colestásico.
Para evaluar compromiso hepático serealizaron estudios complementarios los cuales no presentaron alteraciones. Así se arribó al diagnóstico de hepatitis sifilítica y se indicó tratamiento con 3 dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI con buena evolución.

CASO 3: Paciente de sexo femenino de 20 años de edad consultó en dermatología derivada del servicio de gastroenterología donde se encontraba en estudio por alteración del hepatograma. Al examen físico presentaba dermatosis generalizada, con lengua depapilada, asociada a adenomegalias cervicales y occipitales, de 5 días de evolución. Ante la sospecha de un secundarismo sifilítico se solicitó laboratorio que evidenció VDRL 1/16 diluciones y pruebas treponémicas positivas. Habiéndose descartado otras causas de injuria hepática se interpretó el cuadro como secundarismo sifilítico. Se indicó tratamiento con 3 dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI con buen resultado.

Conclusión:
El interés de la presentación radica en la importancia de comunicar manifestaciones poco frecuentes de la sífilis, siendo un diagnóstico diferencial que debe ser considerado ante pacientes con cuadros de injuria hepática. Asimismo destacar el rol del dermatólogo ya que en los tres casos presentados se arribó al diagnóstico a través de las lesiones mucocutáneas.

421

Enfermedad de Hansen en menores de 15 años: características clínico-epidemiológicas

Fabiola Del Pino Troconis[1], María Gutiérrez[2], Ilish González[2], Margarita Oliver[2], Lucibel Crespo[2]
[1]Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela, [2]Instituto de Biomedicina "Jacinto Convit", Caracas, Venezuela

Introducción: La enfermedad de Hansen es una patología infecciosa de importancia en salud pública. Presenta baja incidencia en la edad pediátrica, en cuyo grupo etario se manifiesta con formas menos severas de la enfermedad.

Objetivo: Describir los parámetros clínicos, epidemiológicos, histopatológicos, bacteriológicos e inmunológicos de la población infantil con enfermedad de Hansen.

Método: estudio descriptivo, retrospectivo. La población estuvo constituida por 54 pacientes menores de 15 años de edad, de ambos sexos con Enfermedad de Hansen (PB/MB) registrados en el período 2000-2019.

Resultados: El 51,85% correspondían al sexo masculino, la edad promedio fue de 8,72 años con un rango de 8 a 11 años (38,89%). La forma clínica predominante fue BT 33,33% seguido de un 25,93% de LI. Sólo 26 niños de los 54 estudiados (48,14%) tenían una historia de contacto intradomiciliaria positiva. La baciloscopia se realizó en 42 casos donde el 53,70% fue negativa.

Conclusiones: La caracterización de los parámetros clínicos, epidemiológicos, bacteriológicos, histopatológicos e inmunológicos de la población infantil permite establecer criterios de identificación de las características que puedan definir la población infantil con enfermedad de Hansen en nuestro país ayudando al abordaje temprano y minimizando la transmisión activa

438

Complicaciones infecciosas en pacientes tratados con anti-TNF-alfa: leishmaniasis cutánea

Teresa Ródenas Herranz[1], Laura Linares González[1], José M. Llamas Molina[1], Ángela Ayén Rodríguez[1], Francisco J. Navarro Triviño[1], Ricardo Ruiz Villaverde[1]
[1]Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Introducción
La leishmaniasis es una enfermedad crónica causada por protozoos del género Leishmania, endémica en las costas mediterráneas del sur de Europa. Hay tres formas principales: cutánea, mucocutánea y visceral. Mientras que la mayoría de las personas inmunocompetentes no desarrollarán síntomas después de la infección por Leishmania, la inmunosupresión es un factor de riesgo bien establecido para la enfermedad. Este caso destaca el riesgo de leishmaniasis cutánea en pacientes sometidos a terapia inmunosupresora que viven en área endémica.

Caso clínico
Varón de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial e hiperuricemia en tratamiento con hidroclorotiazida y alopurinol. Consultó en nuestro Servicio por psoriasis en placas, iniciándose acitretina y posteriormente etarnecept sin mejoría por lo que se instauró adalimumab 40 mg cada 15 días con repuesta favorable (PASI < 3). Dos años después de tratamiento continuado, desarrolló 5 lesiones papulosas, eritemato-violáceas, poco descamativas en extremidades superiores e inferiores, cuya biopsia mostró una dermatitis liquenoide de probable origen medicamentoso. El tratamiento con corticoides de alta potencia no modificó las lesiones ni la suspensión de adalimumab. Dos nuevas biopsias no identificaron granulomas, abscesificación ni microorganismos. Finalmente se obtuvo confirmación diagnóstica de infección por Leishmania mediante PCR. Tras descartar afectación sistémica, se inició tratamiento con anfotericina B liposomal 3 mg/kg/día, 6 dosis, con resolución de las lesiones.

Conclusiones
El factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α) juega un papel fundamental en la defensa del huésped contra la infección por Leishmania. Los fármacos anti-TNF se usan en numerosas enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, la enfermedad inflamatoria intestinal o la psoriais y suponen un factor de riesgo para la reactivación de infecciones granulomatosas. La leishmaniasis cutánea en la cuenca mediterránea es causada por Leishmania infantum y suele producir pápulas o placas granulomatosas, generalmente autolimitadas. La presentación clínica puede ser atípica en individuos inmunodeprimidos y puede confundirse con un brote de la enfermedad subyacente. El diagnóstico de confirmación se obtiene mediante la visualización directa de amastigotes, PCR, pruebas serológicas y la respuesta al tratamiento. La terapia de elección es la anfotericina B liposomal y la interrupción del fármaco anti-TNF-α hasta la resolución del cuadro. El creciente uso de fármacos anti-TNF-α se ha asociado con la aparición de nuevos casos de leishmaniasis en nuestro medio. Por lo tanto, los tratamientos inmunosupresores para enfermedades como la psoriasis deben prescribirse cuidadosamente en pacientes de áreas endémicas o con antecedentes de leishmanisasis.

475

Atelerix albiventris como mascota, causante de tiñas por Trichophyton erinacei

Silvia Cristina Jaramillo Manzur[1], M en C. Alexandro Bonifaz Trujillo[2], Patricia Mercadillo Pérez[3], Helena Vidaurri de la Cruz[4]
[1]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Departamento de Dermatología, Ciudad de México, México, [2]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Departamento de Micología, Ciudad de México, México, [3]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Departamento de Dermatopatología, Ciudad de México, México, [4]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Departamento de Dermatología pediátrica, Ciudad de México, México

Introducción: Las tiñas son una entidad muy frecuente, y en la mayoría de las ocasiones interrogamos a los pacientes por antecedentes de importancia como la pertenencia de mascotas, sin embargo, la mayoría de las veces se interroga sobre las más frecuentes como gatos y perros. En estos casos son secundarias a contacto con Atelerix albiventris, llamado comúnmente como puercoespín y el patógeno es Trichophyton erinacei, un agente poco frecuente.

Caso clínico: Se presentan dos casos de hermanas, el primero con iniciales SBJI, femenino de 17 años de edad, estudiante, originaria y residente de Papantla, Veracruz, producto de la primera gesta, obtenida a las 35 SDG por prematurez. El segundo caso con iniciales SBM, femenino de 13 años de edad, estudiante, originaria y residente de Papantla, Veracruz, producto de la segunda gesta, nacida a las 32 SDG por ruptura prematura de membranas y hospitalizada durante 7 días en UCIN, así como antecedente de neumonía en la tercera semana de vida, manejada de forma intrahospitalaria.
Acuden al servicio de Dermatología Pediátrica por presentar en el primer caso una dermatosis localizada a extremidades superiores en falange distal de meñique izquierdo y en el segundo caso una dermatosis localizada a extremidades superiores, en región tenar derecha, ambas constituidas por una placa redondeada, eritematosa con escama periférica.
Comentan que inició con pústulas y recibieron tratamiento previo con Mupirocina, Polimixina-Bacitracina-Neomicina, Sulfadiazina, Crotamitón, Clindamicina, Dicloxacilina oral, Hidrocortisona, emolientes, fomentos secantes, Fexofenadina, y solución salina sin presentar mejoría durante un mes tras acudir con 5 facultativos diferentes.
Dentro de los posibles diagnósticos diferenciales de lesiones anulares en palmas que tomamos en cuenta se encuentran dermatofitosis, granuloma anular, dermatitis por contacto, queratodermia adquirida y psoriasis.
Se realizó una historia clínica detallada en la cual las pacientes comentaron contacto con Atelerix albiventris 18 días previos al inicio de la dermatosis, con contacto estrecho y punción en manos con sus espinas.
Se decidió realizar examen directo de las lesiones, el cual resultó positivo con filamentos en ambas adolescentes y el cultivo con resultado de Trichophyton erinacei, en la biopsia se encontraron hifas tabicadas en estrato córneo. Se solicitó examen de la mascota en la Facultad de Veterinaria de la UNAM con examen directo con abundantes estructuras micóticas en púas y escamas del animal así como el cultivo identificado como el mismo agente. Se indicó Terbinafina en spray. Para las pacientes se indicó tratamiento con Itraconazol 100 mg al día, sin embargo con cambio de terapéutica a Terbinafina 250 mg/24 horas por intolerancia gástrica. Un mes posterior, las pacientes solo presentaban hiperpigmentación residual, por lo cual se suspendió tratamiento antimicótico.

Conclusiones: Las tiñas causadas por estos roedores son poco frecuentes, en realidad existen pocos reportes de casos. Es importante siempre realizar una detallada historia clínica así como un adecuado examen físico con sospecha de las posibles entidades causantes de las lesiones. Este caso es muy ilustrativo ya que cuenta con todos los estudios necesarios tanto en las pacientes como en el mamífero para su diagnóstico.
No cuento con conflictos de interés.

483

Primosecundarismo con Chancros Múltiples, Alopecia Sifilítica y Condilomas Lata Perianales en Paciente Inmunocompetente: Reporte de un caso

Luisa Patricia Ruiz López[1], Dennis Chávez López
[1]*Clínica Especializada Condesa, Ciudad de México, México*

INTRODUCCIÓN
Las infecciones de transmisión sexual han tenido un resurgimiento en la última década, especialmente la sífilis. Las características clínicas del primosecundarismo incluyen persistencia del chancro (sífilis primaria), que suele ser único (aunque en aproximadamente 20% de los pacientes es múltiple), aunado a las manifestaciones de la etapa secundaria que incluyen roseola sifilítica, condilomas lata y en menos del 7% de los pacientes alopecia sifilítica en "mordidas de ratón".

CASO CLÍNICO
Masculino de 20 años de edad, originario de CDMX y sin antecedentes de importancia, se presenta con múltiples áreas alopécicas difusas en piel cabelluda, a nivel de genitales presenta 2 chancros de aproximadamente 3mm y 4 mm de diámetro en surco balanoprepucial, de consistencia dura, fondo limpio, indoloros; así como condilomas lata en región perianal de 3 meses de evolución. Exámenes serológicos con RPR positiva con dilución 1:64, prueba rápida anti-treponema positiva y ELISA para VIH negativa. Se indica tratamiento con penicilina G benzatinica 2.4 millones de UI intramuscular dosis única, a las 3 semanas las lesiones en piel, mucosas y piel cabelluda desaparecieron por completo.

DISCUSIÓN
El primosecundarismo es un hallazgo muy poco frecuente, especialmente en pacientes inmunocompetentes, aunado a los condilomas lata y alopecia en "mordidas de ratón", manifestaciones poco frecuentes de secundarismo sifilítico; lo anterior incrementa el riesgo de infección por VIH, así como otras infecciones de transmisión sexual, por lo que requiere seguimiento clínico y de laboratorio a futuro. El tratamiento con penicilina G benzatínica fue exitoso corroborando el diagnóstico clínico y de laboratorio.

CONCLUSIÓN
Es de gran importancia para el dermatólogo conocer las diversas presentaciones de la sífilis, incluyendo aquellas poco frecuentes y/o atípicas, para llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento oportunos con el fin de evitar sífilis latentes tardías y la posterior infección por VIH en pacientes inmunocompetentes.

BIBLIOGRAFÍA
1- Hook E. Syphilis. The Lancet 2016; 389:1550-1557
2- Peeling R, Mabey D, Kamb M, et al. Syphilis. Nat Rev Dis Primers 2018; 3: 170-73.
3- Otero-Rivas M, et al. Multiple syphilitic chancre. Med Clin (Barc). 2017.
4- Workowski K, Bolan G. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. CDC 2015; 64: 34-48.

511

Angiomatosis bacilar con compromisos sistémico: un reto diagnóstico

Daniela Gómez[1,2], Claudia Palacios Isaza[1,2], Juan David Ruiz Restrepo[1,2]
[1]*Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia,*
[2]*Hospital San Vicente Fundacion, Medellin, Colombia*

Introducción
La angiomatosis bacilar es una infección causada por bacterias pertenecientes al género Bartonella. Se presenta principalmente en pacientes VIH positivos. El reporte en personas inmunocompetentes ha sido excepcional. Se caracteriza por una proliferación vascular que afecta la piel y/o a los órganos internos. Cuando hay compromiso de órganos internos se utiliza el termino de peliosis, siendo el hígado y el bazo los órganos más frecuentemente comprometidos.
Presentamos el caso clínico de un paciente con antecedente de VIH, con compromiso pulmonar, hepatoesplénico y de medula ósea, que inicialmente fue enfocado como una histoplasmosis diseminada, pero posteriormente desarrollo lesiones de aspecto vascular en la piel, las cuales ayudaron a reenfocar el caso y llegar al diagnostico de angiomatosis bacilar con peliosis hepática y esplénica

Caso clínico
Hombre de 34 años, con antecedente de VIH/SIDA desde el 2017 con mala adherencia al tratamiento antirretroviral. Consultó por cuadro clínico de 1 mes de evolución de fiebre objetiva de 40 °C, dolor pleurítico, disnea y pérdida de peso de 7 Kg. Ante el cuadro de síndrome constitucional se realizaron paraclínicos los cuales arrojaron: hemograma con bicitopenia (hemoglobina 6.8 gr/dl, plaquetas 28000/µL), hiperbilirrubinemia directa, linfocitos T CD4: 28/mm3, carga viral: 13600 copias/ml, TACAR de tórax con infiltrados reticulares en vidrio esmerilado en base izquierda, baciloscopias negativas, fibrobroncoscopia y lavado broncoalveolar con crecimiento polimicrobiano y PCR para M. Tuberculosis negativa. TAC de abdomen con hepatomegalia y lesiones esplénicas. Ante el compromiso del sistema reticuloendotelial, pulmonar y adenopatías se sospechó histoplasmosis disemina, sin embargo, el antígeno urinario para Histoplasma fue negativo. Durante el curso de la hospitalización presentó pápulas violáceas de 2 a 3 mm de aspecto vascular en cara, cuero cabelludo y tronco. Ante la sospecha de angiomatosis bacilar versus sarcoma de Kaposi se tomaron biopsias de piel en las cuales se observó proliferación vascular. Tinción de Warthin-Starry con presencia de bacilos. Inmunohistoquímica para VH8 negativa. Biopsia de médula ósea con formacion de granulomas. Tincion de Warthing-Starry con bacilos. Con estos hallazgos se realizó el diagnostico de una angiomatosis bacilar más peliosis hepática, esplénica y compromiso de médula ósea. Se inicio tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas. 1 semana después de iniciar tratamiento con resolución completa de las lesiones cutáneas.

Conclusiones
Aunque el órgano mas frecuentemente afectado en la angiomatosis bacilar es la piel, debemos recordar que esta infección también puede ser invasiva afectando órganos internos como: hígado, bazo, sistema nervioso central, corazón, tracto gastrointestinal, entre otros

Los síntomas asociados a la peliosis hepática y esplénica son fiebre, pérdida de peso, malestar general y dentro de la evaluación se pueden evidenciar hepatoesplenomegalia, anemia y linfadenopatías como en el caso de nuestro paciente.

El diagnostico diferencial principal es el sarcoma de Kaposi. Para diferenciar estas dos entidades podemos hacer uso de la inmunohistoquímica para VH8 y la tinción de Warthin-Starry.

Se debe educar a los pacientes VIH positivos en la importancia de continuar un seguimiento médico y ser adherentes a la terapia antirretroviral para así evitar posibles complicaciones infecciosas.

517

Caracterización clínica y microbiológica de pacientes con demodicosis facial: estudio transversal y analítico

Rodrigo Antonio Meza Romero[1], Julio Parra[1], Cristian Ramírez[1], Marilena Canales[2], Mónica Concha[2], Álvaro Abarzúa[1], Marcela Concha-Rogazy[1]
[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile, [2]Laboratorio Clínico Centro Médico San Joaquín - Red de Salud UC-Christus, Santiago de Chile, Chile

Introducción: la demodicosis es una enfermedad cutánea que afecta al aparato pilosebáceo, producida por ácaros ectoparasitarios del género Demodex: folliculorum y brevis. El cuadro clínico es desencadenado por una alta carga infestante o penetración de los ácaros hacia la dermis. Se clasifica en primaria (DP) o secundaria (DS), según si está asociada o no a patologías pre-existentes como acné, rosácea e inmunosupresión. A la fecha, no existen estudios que hayan evaluado diferencias microbiológicas entre DP y DS.

Materiales y Métodos: éste corresponde a un estudio transversal-analítico realizado en pacientes mayores de 18 años con sospecha clínica de demodicosis facial, confirmada con ácaro test positivo (≥5 ácaros/cm2 de muestra). Los pacientes fueron reclutados en un servicio universitario de dermatología ambulatoria entre junio y diciembre de 2019. Las muestras de ácaro test fueron tomadas por 2 residentes de dermatología y analizadas por tecnólogos médicos especializados en laboratorio clínico y microbiología. La asociación de variables categóricas se determinó mediante test exacto de Fisher, y las categórica-numéricas mediante test de rangos signados de Wilcoxon (rannk-sum test). Se consideró significativo un valor-p de 0.05. El análisis estadístico se realizó mediante programa Stata v14.0.

Resultados: Se incluyó un total de 32 pacientes, 25 mujeres (78.13%) y 7 hombres (21.88%), con una edad promedio de 38.4 años. 12 casos (37.5%) correspondieron a DP y 20 (62.5%) a DS. De los pacientes con DP, 10 fueron pityriasis folliculorum (83.3%) y 2 pápulo-pústular (16.6%), mientras que el 100% de los casos secundarios estuvieron asociados a rosácea. La mayoría de los pacientes presentó lesiones simétricas, tanto en los casos primarios (75%) como secundarios (80%). Al comparar la carga de Demodex, se vio que las formas primarias presentaban significativamente mayor número de ácaros por cm2 respecto a las formas secundarias (mediana 20.5 vs 8.5, rangos 5-161 vs 5-40, valor-p 0.04).

Conclusiones: pacientes con DP, principalmente pityriasis folliculorum, tienen una mayor carga cutánea de demodex, lo cual podría determinar la respuesta al tipo de tratamiento (tópico o sistémico). En estos pacientes debiéramos utilizar siempre terapia tópica y oral asociada (metronidazol o ivermectina), en espera de estudios clínicos que evalúen la eficacia de los antiparasitarios.

543

Tuberculosis mamaria

Mariángel Rocha Aldana[1], Mariaesther de la Guadalupe Vásquez Chirinos[1], Margarita Oliver Llul[1], Ricardo Pérez Alfonzo[1]
[1]Instituto de Biomedicina, Caracas, Venezuela

Introducción: La tuberculosis (Tb) mamaria fue descrita por primera vez por Sir Astley Cooper en 1829, siendo una presentación inusual de Tb extrapulmonar, representando el 1% de todas ellas, con una incidencia estimada del 0,1% llegando al 3% en países en vías de desarrollo, suele afectar a mujeres lactantes multíparas de 20 a 40 años, la variedad más común es la nodular, conformada por un tumor indoloro, situado en el cuadrante mamario central o supero-externo, con rara afectación complejo areola-pezón y se da hasta en un 40 % de las pacientes, pudiendo presentar adenopatías axilares . Se presenta como una forma paucibacilar por lo que su diagnóstico no se realiza con pruebas de rutina como microscopía, cultivo y PCR, y la afectación de la glándula mamaria puede ser de forma primaria o secundaria; por su parte el tratamiento médico con las cuatro drogas antituberculosas (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) tiene una tasa de éxito superior al 90% en estos pacientes.

Caso clínico: Se tarata de paciente femenino de 38 años, sin comorbilidades conocidas, con vacuna de BCG en la infancia, quien refiere inicio de enfermedad actual, cuando comienza a presentar de forma espontánea, nódulos indurados eritematovioláceos en cuadrantes supero e ínfero externos de mama derecha, sin retracción de complejo areola-pezón,ni telorrea, que posteriormente se abscedan, por lo que hospitalizan, indican antibioticoterapia endovenosa sin mejoría clínica y realizan biopsia intraoperatoria de mama que reporta proceso inflamatorio crónico reagudizado abscedado. Siguiendo con el plan de trabajo se decide realizar biopsia de nódulo cutáneo, la cual reportó dermatitis nodular granulomatosa bien diferenciada, hallazgos compatibles con granuloma por agente vivo, y un Ziehl-Neelsen negativo, además se realizó prueba intradérmica PPD con valor de 25mm, radiografía de tórax normal, eco mamario que concluye adenopatía axilar derecha y mastitis abscedada, y cultivos para hongos y micobacterias atípicas también negativos. Se realiza el descarte de Tb pulmonar y posterior a correlación clínica y patológica se decide indicar tratamiento antituberculosis, cumpliendo sus 2 fases, con una respuesta terapéutica efectiva, sin recaídas al año de tratamiento.

Conclusión: La TB mamaria es una entidad rara, incluso en países en desarrollo, por lo que existen pocos informes sobre dicha patología, ya que a menudo es mal diagnosticada, informada y tratada; asimismo la superposición de características con el carcinoma de mama y el absceso de mama piógeno, entre otras, la convierte en un dilema diagnóstico por lo que es importante comprender y conocer su fisiopatología, evaluación y manejo.

558

Micetoma: Streptomyces somalensis, patología poco frecuente en la región noreste de Argentina

Cinthya Viviana Bonamino[1], Bqco Julián Serrano[2], Bqca María Ángeles Sosa[3], Bqca Diana Aguirre[4], Nadia Oviedo Abate[5], Ricardo Martinez[5], Andrés Oporto Leiva[1]
[1]Privada. Centro Médico Ituzaingó, Ituzaingó, Argentina, [2]Hospital Independencia, Santiago del Estero, Argentina, [3]Laboratorio Central, Corrientes, Argentina, [4]Privada. Laboratorio Marcomini, Corrientes, Argentina, [5]Hospital Bilinghürst, Ituzaingó, Argentina, [6]Privada. Centro Médico Ituzaingó, Ituzaingó, Argentina, [7]Privada. IOT Sanatorio Integral, Posadas, Argentina

INTRODUCCIÓN: Micetoma es una infección crónica, usualmente localizada, provocada por bacterias u hongos, de acuerdo a los cuales se denomina actinomicetoma o eumicetoma respectivamente. Es una patología tropical principalmente de ambientes cálidos y secos, adquirida generalmente por implantación accidental en la piel del microorganismo en personas de ámbitos rurales. Se presenta el siguiente caso clínico debido a la poca prevalencia epidemiológica en la región, así como pocos casos reportados en la literatura.

CASO CLÍNICO: Paciente Masculino de 88 años oriundo de una localidad de la provincia de Corrientes, Argentina; hipertenso medicado, bajo peso. Vivienda con huerta y aves de corral. Presenta placa nodular fistulizada queratósica dolorosa en región plantar y lateral de pie derecho, pruriginosa, leve impotencia funcional, 9 meses de evolución. El paciente relata secreción serosa por fistulas inicialmente. Traumatología indica antibioticoterapia (trimetoprima sulfametoxazol 160/800mg /12 horas durante 6 semanas), acudiendo luego a la consulta dermatológica.
Radiografía pie: sin particularidades
Ecografía: tumoración hipoecoica sólida de contornos irregulares 19x15x22mm, doppler (+) central a 2mm de la superficie, impresiona no comprometer plano óseo.
Laboratorios: Hematocrito 36% Leucocitos 10800m/ml (segmentados 63% linfocitos 26% monocitos 7% eosinófilos 4%)
Eritrosedimentación 50mm 1°hora GPT 32 GOT 24 FAL 412 Colesterol Total 222 mg/dL, Serologías negativas.
Se realiza biopsia cutánea con diagnósticos presuntivos: micosis profunda, micobacteriosis atípica, tuberculosis cutánea y actinomicetoma.
Examen Microbiológico: se realizan técnicas de Tinción Ziehl Neelsen, Gram, Giemsa y Kinyou. En la Baciloscopia directa, no se observan bacilos ácido alcohol resistentes en 200 campos; Micobacterias, Gram y Cultivo, Micológico Directo y Cultivo, sin desarrollo de colonias.
Anatomía Patológica: Epidermis conservada, infiltrado células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño, tejido de granulación, edema dermis. PAS estructuras filiformes impresionan hifas.
Por persistencia de la lesión y los síntomas, la falta de respuesta al tratamiento antibiótico y los resultados de los exámenes complementarios, se asume como eumicetoma y se inicia itraconazol 400mg/día/2 meses con regular evolución y persistencia del prurito.
Posteriormente se realiza una toilette quirúrgica, se envía a laboratorio central para análisis microbiológico, obteniéndose similares resultados que en oportunidad anterior.
Se decide revisión de tacos e Interconsulta con micólogo: epidermis conservada, en profundidad reacción granulomatosa con neutrófilos, plasmocitos, células multinucleadas rodeando "granos" de un material duro que se tiñe poco con hematoxilina observándose en la periférica filamentos finos de disposición radial, en "rebanada de papa", imagen patognomónica del grano de Streptomyces somaliensis.
Tratamiento: trimetoprima sulfametoxazol 160/800mg/8 horas y ciprofloxacina 500mg/12hs por 4 meses, con resolución del cuadro.

CONCLUSIÓN: destacar la importancia de arribar al diagnóstico de esta patología que significa un estado invalidante con pérdida de la productividad a largo plazo en el paciente. Los reportes de estos casos son excepcionales en Argentina, principalmente en esta zona, por ello se enfatiza la importancia de la divulgación de la experiencia para alertar al personal de salud y trabajar en equipo arribando a un diagnóstico certero temprano y a un eficaz tratamiento; además recalcar la empatía y relación médico-paciente tras meses de estudios invasivos y pruebas terapéuticas.
Sin conflicto de interés.

559

Onicoscopia en Hansen

Aniusky Rosanna Brazón Caballero[1], Maria Gutiérrez[1], Margarita Oliver[1], Lucibel Crespo[1]
[1]Instituto de Biomedicina - Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela

La enfermedad de Hansen es una patología infecciosa crónica que afecta principalmente la piel y el sistema nervioso periférico. Las uñas son anexos cutáneos que se ven afectados por traumas externos y por alteraciones neurovasculares como las que existen en la lepra. El presente trabajo tuvo como objetivo determinar las alteraciones dermatoscópicas ungueales en pacientes con Hansen del Instituto de Biomedicina.

Metodología: se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal que incluyó 30 pacientes con enfermedad de Hansen en el periodo comprendido entre julio y octubre de 2019. Se realizó la onicoscopia en manos y pies usando un dermatoscopio Dermlite DL4, con la utilización de gel de ultrasonido. Se realizaron fotos con cámara de Iphone 7 y los resultados se registraron en una tabla de datos de Excel.

Resultados: los hallazgos clínicos y dermatoscópicos más frecuentes fueron la perionixis, onicorrexis, onicolisis, hematomas subungueales y cambios de coloración. La dermatoscopia fue más sensible para determinar dichos hallazgos que la clínica.

Discusión y Conclusión: en la enfermedad de Hansen existen alteraciones sensitivas distales que afectan principalmente las manos y los pies. Siendo la uña un anexo vulnerable el cual se ve afectado evidenciándose la presencia de hematomas subungueales, leuconiquia, perionixis, macrolúnula, entre otras. La dermatoscopia constituyó una herramienta eficaz para evaluar estos cambios tempranos y tomar medidas preventivas para evitar complicaciones del trauma y posibles infecciones agregadas en estos pacientes. Al mejorar estos factores locales prevenimos la progresión de la discapacidad y mejoramos la calidad de vida de nuestros pacientes.
Palabas claves: Hansen, onicoscopia.

567

Epidermodisplasia verruciforme adquirida en paciente VIH

Alba Crespo Cruz[1], San Cases Mérida[2], María Isabel Moreno García[2]
[1]Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España, [2]Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz, España

Introducción:
Presentamos este caso clínico para ilustrar una entidad rara, que nos parece interesante revisar.

Caso Clínico:
Paciente mujer de 40 años VIH estadio C3 con VHC no tratado, TBC pulmonar y leishmaniasis visceral crónica acude por lesiones genitales y en extremidades de 5 años de evolución consistentes en pápulas marronáceas con superficie papilomatosa y bordes abruptos compatibles clínica e histológicamente con epidermodisplasia verruciforme (EV).

Discusión:
La EV es una enfermedad cutánea rara de herencia autosómica recesiva caracterizada por una susceptibilidad elevada a la infección por algunos tipos de VPH. Clínicamente los pacientes presentan lesiones diseminadas, bilaterales y simétricas polimorfas, que pueden recordar a queratosis seborreicas, verrugas vulgares e incluso pitiriasis versicolor y predominan en piel fotoexpuesta. Además, estos pacientes tienen riesgo elevado de desarrollar cáncer cutáneo no melanoma, especialmente carcinoma espinocelular, a edades tempranas. Se han descrito casos de presentación tardía asociados a inmunosupresión en transplantados de órgano sólido o por infección VIH, así como casos esporádicos en pacientes con Linfoma de Hodgkin, lepra lepromatosa y lupus eritematoso sistémico. En el caso de la EV adquirida los tratamientos van dirigidos a la enfermedad de base y a reducir el estado de inmunosupresión. Concretamente en el VIH no existe asociación clara entre el aumento de linfocitos CD4 y mejoría clínica, por lo que el tratamiento y seguimiento se hará en esta patología de manera similar a las formas hereditarias, con especial atención al diagnóstico precoz de cáncer cutáneo.

Conclusión:
Dado el aumento en el número de transplantes y el mejor control a largo plazo del VIH con las nuevas terapias, consideramos importante conocer esta entidad ya que no es descartable que pueda aumentar el número de casos de las formas adquiridas en los próximos años.

573

Hialohifomicose cutânea por fusarium solani em transplantado renal

Nathalia Iori[1], Natalia Naomi Suzuki[1], Paulo Eduardo Neves Ferreira Velho[1], Maria Letícia Cintra[1], Angélica Zaninelli Schreiber[1], Andrea Fernandes Eloy Da Costa Franca[1], Renata Ferreira Magalhães[1]
[1]*Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, Brazil*

Hialohifomicose e feohifomicose são termos genéricos para infecções fúngicas causadas por fungos com hifas hialinas e demáceas, respectivamente. Um exemplo do primeiro grupo são os fungos do gênero Fusarium, alguns dos quais causam infecções em humanos, sendo que o Fusarium solani é responsável pela maioria dos casos. Os imunocomprometidos são os mais afetados, sendo os transplantados e aqueles com doenças hematológicas os maiores acometidos. Nestes pacientes, a fusariose disseminada pode seguir uma infecção localizada através de disseminação linfática ou hematológica, devido à forte propensão do Fusarium sp. à invasão vascular. Pacientes com infecção localizada na pele geralmente relatam história de trauma prévio ou uso de cateteres venosos centrais, mas o fungo pode também colonizar feridas, queimaduras e úlceras cutâneas. Relata-se o caso de uma paciente transplantada renal com fusariose cutânea crónica.

Mulher de 46 anos, com deficiência intelectual, hipertensão, diabetes e transplante renal há 10 anos, refere surgimento de lesão em joelho direito há oito meses, com aparecimento seis meses após trauma no mesmo local por queda da própria altura. Faz uso de tacrolimus, azatioprina, prednisona, losartana, atorvastatina, metformina e insulina NPH. Ao exame físico, observada lesão vegetante de 5cm em joelho direito, friável e indolor, com lesões menores semelhantes ao redor, além de dois nódulos de 2cm cada, móveis, na face lateral do joelho direito. Realizada biópsia da lesão, a histologia evidenciou: “processo inflamatório crônico, granulomatoso e supurativo, com hiperplasia epidérmica e presença de numerosos fungos redondos ou filamentosos septados de volumes variados”. A cultura revelou o fungo Fusarium sp., posteriormente identificado como Fusarium solani pelo Maldi Tof com scores de 1.834 e 2.057. Os demais exames laboratoriais vieram sem alterações. Foram prescritos 250mg por dia de terbinafina e agendado retorno em 30 dias. A paciente compareceu após três meses, negando melhora. Devido à não resposta com a terbinafina, à contraindicação do itraconazol pela equipe de Nefrologia e ao importante déficit cognitivo da paciente, foi planejado tratamento cirúrgico com anestesia geral. No entanto, a paciente perdeu o acompanhamento, apesar de várias tentativas de marcar uma nova consulta.

Há diferentes opções terapêuticas para a infecção localizada por Fusarium, que incluem antifúngicos sistêmicos, como anfotericina, terbinafina, itraconazol e voriconazol; associados ou não à exérese cirúrgica. Foram encontrados somente 5 relatos de casos na literatura de fusariose cutânea em transplantados renais e, para estes pacientes, os dados sugerem que a associação das terapias medicamentosa e cirúrgica seja a melhor opção. No entanto, ainda são necessários mais estudos a fim de se oferecer o melhor tratamento para os pacientes infectados cronicamente por Fusarium sp..

584

Pitiriasis versicolor variedad atrófica: Reporte de un caso

Alejandro Villanueva Saenz[1], Ernesto Velazco Manzo[1], Víctor Manuel Tarango Martínez[1]
[1]*Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México*

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial causada por diversos hongos levaduriformes del género Malassezia. Clínicamente se caracteriza por la presencia de placas con descamación fina, de forma y tamaño variable, generalmente afectando tronco y brazos. Las formas clásicas de presentación incluyen la variedad hipocromiante e hipercromiante, sin embargo, existen formas clínicas menos frecuentes como la variedad imbricata, papuloide y atrófica. Se reporta el caso de paciente con afectación en tronco con esta variante clínica poco frecuente de esta condición. Esta variante clínica representa un reto diagnóstico y debe ser incluida dentro de los diagnósticos diferenciales de dermatosis que causan atrofia cutánea.

Femenino de 18 años, con “manchas” en pecho y espalda de 2 años de evolución, sin síntomas asociados, para lo cual aplicó esteroide tópico por un año sin notar mejoría. A la exploración física se observa dermatosis que afecta tronco, en pecho y espalda, constituida por múltiples placas, que van de 0.3 cm a 5cm de diámetro, algunas aisladas y otras que confluyen formando placas de mayor tamaño, de centro atrófico y con ligera escama en su superficie. Se realiza luz de Wood en la cual se observa presencia de fluorescencia amarillo-verdosa. Se realiza examen micológico directo en el cual se observan racimos de levaduras y filamentos cortos dando una imagen de espagueti y albóndigas. En el estudio histopatológico con tinción de Gomori Grocott se observa hiperqueratosis con aplanamiento de las crestas interpapilares con fragmentación y disminución de las fibras elásticas dérmicas, así como presencia de levaduras y filamentos en estrato corneo. Se inicia tratamiento con itraconazol 200mg/día vía oral por 2 semanas, así como ciclopiroxolamina 2% tópica una vez al día por 2 semanas, con resolución completa del cuadro.

La pitiriasis versicolor atrófica es una forma de presentación infrecuente, que se caracteriza como áreas deprimidas, eritematosas o hipopigmentadas, con discreta descamación, con la misma localización que las formas clásicas. La sospecha diagnóstica se puede confirmar con el examen directo, donde se aprecian acúmulos de hifas y levaduras. No esta claro el mecanismo por el cual las especies de Malasezzia pueden inducir la atrofia, sin embargo, se ha visto relacionado el uso de corticoestroides tópicos o sistémicos en pacientes con esta entidad, por lo que se ha relacionado esta atrofia al efecto atrofogénico de los corticoesteroides. Se ha sugerido que la infección por el hongo pudiera alterar la barrera epidérmica incrementando así la absorción de los corticoides e induciendo la atrofia cutánea local. Respuesta inmunológica Th1 a los antígenos derivados de Malassezia, en la que los histiocitos generarían elastasas responsables de la elastolisis dérmica observada. Por otra parte, el TNF α y la interleucina 1β pueden inhibir la vía NF-Kβ de los queratinocitos, induciendo su apoptosis y dificultando su proliferación. Así mismo también se ha observado en pacientes sin uso de esteroide, en la cual han encontrado una reacción de hipersensibilidad retardada y efectos directos del hongo sobre el factor de señalización NF-Kβ. El tratamiento y el pronóstico de esta variante clínica es similar a las variantes clásicas.

588

Eritema anular centrífugo asociado a infección por Mycobacterium marinum

SanCases Mérida[1], Fernando García Souto[2], María Coronel Pérez[2], Jerónimo Escudero Ordoñez[2]
[1]Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Jerez de la Fra., Jerez de la Frontera, España, [2]Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Valme, Sevilla, España

INTRODUCCIÓN
El eritema anular centrífugo es un subtipo de eritema figurado que aparece por una reacción o "hipersensibilidad" ante un antígeno. Aunque la mayoría sean idiopáticos, se han relacionado con infecciones, especialmente con hongos. Presentamos el primer caso de eritema anular centrífugo asociado a un granuloma de las piscinas.

CASO CLINICO
Paciente varón de 53 años sin antecedentes patológicos de interés que consulta por lesión en el dorso de mano derecha de 3 años de evolución, con crecimiento lentamente progresivo y episodios de supuración espontánea, por el cual había recibido multitud de tratamientos orales y tópicos (antifúngicos, antibióticos, corticoides...). El paciente trabajaba en una freiduría pero anteriormente había tenido un acuario. A la exploración física, se observaba unas placas sobreelevadas eritematosas y descamativas en dorso y cara lateral de la mano derecha (lesión 1). Además en la espalda, presentaba una placa anular eritematosa ligeramente sobreelevada que desaparecía a la vitropresión con un centro indemne (lesión 2). El estudio histológico de lesión 1 mostraba granulomas no necrotizantes dérmicos y en la lesión 2 se observaba una dermatitis perivascular superficial y profunda inespecífica. El cultivo de hongos, baciloscopia, Mantoux fueron negativos. Finalmente la biopsia en fresco para cultivo microbiológico evidenció crecimiento de Mycobacterium marinum. Se llegó al diagnóstico de eritema anular centrífugo asociado a M. marinum. Tras dos meses de tratamiento con claritromicina y rifampicina ambas lesiones desaparecieron.

DISCUSIÓN
Mycobacterium marinum es la primera causa de infección cutánea por micobacterias atípicas. El microorganismo está presente en medios acuáticos, la vía de entrada se produce por soluciones de continuidad cutáneas. En el 84% de los casos existe un antecedente previo de exposición a un acuario, por lo que se considera un antecedente relevante. Aunque no presenta una clínica patognomónica, sí es importante la localización dado que el 80% presenta afectación de manos. A nivel histológico, es típico la presencia de granulomas no caseificantes. El gold estándar para llegar al diagnóstico es el cultivo microbiológico. Se recomienda avisar a microbiología para ello, dado que la temperatura óptima de crecimiento es de 30-32ºC en medio de Lowenstein-Jensen a diferencia del resto de micobacterias. En infecciones superficiales se recomienda monoterapia (claritromicina, tetraciclinas); en infecciones más profundas o de larga evolución deben asociarse antibióticos como claritromicina y rifampicina o rifampicina y etambutol. Se recomienda que el tratamiento se alargue de 1 a 2 meses más, tras resolución de la lesión. El eritema anular centrífugo es una entidad que puede aparecer de forma reactiva ante determinadas condiciones (infecciones, fármacos, neoplasias, embarazo...) aunque la mayoría son idiopáticos. El diagnóstico es de exclusión y para su curación se debe tratar la causa subyacente.

601

Lesiones psoriasiformes como manifestación cutánea de secundarismo sifilítico en paciente con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana

Karla Paola Ramírez Mejía[1], Marco Antonio Rodríguez Castellanos[1], María Elena Sánchez Castellanos[1], María de las Mercedes Hernández Torres[1]
[1]*Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, Jalisco, México*

Introducción: La sífilis es una infección cosmopolita de transmisión sexual, causada por Treponema pallidum, cuya incidencia ha reemergido en años recientes debido al aumento en conductas sexuales de riesgo. Los pacientes VIH positivos tienen mayor probabilidad de padecerla; se ha descrito que 20-50% de los pacientes diagnosticados con sífilis, están coinfectados con VIH. Su amplio espectro de manifestaciones y su capacidad para mimetizar otras dermatosis la han denominado “la gran imitadora”. Está caracterizada por episodios de enfermedad clínica activa consecutivos, interrumpidos por un periodo de latencia. Transcurridas 2 a 8 semanas después de la aparición de un chancro indoloro inicial, se da lugar a la sífilis secundaria, estado de infección sistémica que se distingue por presentar una erupción mucocutánea que inicia en tronco y región proximal de extremidades con máculas delimitadas, pequeñas y rosadas, que evolucionan a pápulas asintomáticas que pueden extenderse al resto del cuerpo con involucro palmo-plantar, en ocasiones con síntomas generales inespecíficos y linfadenopatía generalizada. Sin embargo, la sífilis puede asumir formas clínicas poco comunes, especialmente en pacientes coinfectados con VIH, reportándose casos agresivos y atípicos. El presente caso describe una forma inusual de la enfermedad en cuanto a extensión y morfología de las lesiones en una sífilis secundaria diagnosticada en paciente coinfectado con VIH.

Caso clínico: Masculino de 44 años con lesiones pruriginosas de 2 meses de evolución. Entre sus antecedentes de importancia destacan inicio de vida sexual activa a los 16 años con relaciones homosexuales; más de 16 parejas ocasionales sin uso regular de protección. Presenta dermatosis generalizada afectando piel cabelluda, cara, cuello, tronco y extremidades superiores e inferiores, constituida por incontables placas eritemato-descamativas, ovaladas, algunas en forma de gota, de aproximadamente 0.5 a 9 cm de diámetro, con tendencia a confluir e hiperqueratosis palmo-plantar. Resto de la exploración sin hallazgos relevantes. Estudio histopatológico reporta epidermis con paraqueratosis, microabscesos de neutrófilos, acantosis y exocitosis, en dermis abundante infiltrado inflamatorio de predominio perivascular y anexial linfoplasmocitario. VDRL 1:256, confirmado, serología VIH reactiva, confirmada. Por lo anterior, se concluye diagnóstico de sífilis secundaria en coinfección por VIH. Se aplica penicilina G benzatínica 2.4 millones UI intramuscular, presentando al seguimiento remisión total. Se refiere a unidad de VIH actualmente bajo tratamiento con darunavir-cobicistat 800-150 mg y tenofovir-emtricitabina 300-200 mg cada 24 horas.

Conclusiones: El secundarismo sifilítico es la etapa de mayor variabilidad clínica, pudiendo presentarse de formas atípicas, las cuales conviene tener presentes, especialmente en pacientes VIH positivos. La interacción entre sífilis y VIH es compleja y no se ha dilucidado del todo, pero se sabe que ésta última puede llevar a una desviación de los patrones clásicos descritos en sífilis, volviendo un reto su diagnóstico, lo cual afectaría su terapia oportuna y favorecería la retransmisión. Con este caso deseamos resaltar la importancia de considerar al secundarismo sifilítico en el diagnóstico diferencial de cualquier trastorno cutáneo inflamatorio en individuos con VIH y/o factores de riesgo asociados, manteniendo así un alto índice de sospecha para que no sea infradiagnosticado y con ello evitar perpetuar un problema de salud pública.

602

Esporotricosis cutánea diseminada y osteoarticular en un paciente con adenocarcinoma gástrico. Reporte de un caso

Norma Esmeralda Jarquín Guillermo[1], Gabriela Carrillo Aréchiga[1], Francisco Jarquín Cruz[2], Jorge Arturo Mayorga Rodríguez[1]
[1]Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México, [2]Practica privada, Oaxaca, México

INTRODUCCIÓN: La esporotricosis es una micosis subcutánea o profunda de curso subagudo o crónico producida por hongos dimórficos del complejo Sporothrix schenckii, la forma más frecuente de contagio es por inoculación traumática, tiene diferentes variedades clínicas: linfocutánea, cutánea fija, diseminada y extracutánea, la presentación más común es la linfocutánea y las más raras son la diseminada y las formas extracutáneas (pulmonar, osteoarticular, ocular y sistema nervioso central), siendo más prevalentes en pacientes inmunocomprometidos, en los que el hongo actúa como agente oportunista. Se presenta el caso clínico de un paciente con esporotricosis cutánea diseminada y extracutánea, asociado a inmunocompromiso secundario a adenocarcinoma gástrico.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 73 años, con antecedente de arritmia cardíaca con marcapasos y tratamiento anticoagulante. Inicia padecimiento actual 4 meses previos con un “grano” en antebrazo izquierdo (sitio con antecedente de punción venosa) que posteriormente incrementaron en número y se extendieron a todo el cuerpo, además refiere artralgias de manos y pies que le limitan la movilidad, disnea y tos sin expectoración. A la exploración física dermatosis que afecta oreja izquierda en hélix, tronco, extremidades superiores e inferiores, generalizada y simétrica; constituida por múltiples placas eritematosas de forma irregular que van de 2x2 cm hasta 6x6 cm, de superficie ulcerada cubiertas por costra necrótica, otras con superficie escamosa, de bordes bien definidos, elevados y violáceos, otras placas eritematosas infiltradas de forma irregular y bordes mal definidos, nódulos y gomas; de aspecto evolutivo irregular y de evolución aparente crónica. En cuarto dedo de mano derecha edema y eritema de la articulación interfalángica proximal, a nivel pulmonar campos pulmonares con ruidos respiratorios discretamente disminuidos, sibilancias y estertores crepitantes finos bilaterales, sin integrarse síndrome pleuropulmonar. Exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática), radiografía anteroposterior y oblicua de manos y pies se observa aumento de tejidos blandos y estrechamiento del espacio articular interfalángico proximal de cuarto dedo de mano derecha. Radiografía de tórax normal. Tinción de gram: escasos cocos gram positivos, polimorfonucleares y fibrina, cultivo micológico: Sporothrix schenckii, estudio histopatológico epidermis con acantosis, en dermis abundante infiltrado inflamatorio constituido por neutrófilos, en algunas áreas forman microabscesos, linfocitos e histiocitos. Por los hallazgos clínicos y cultivo micológico se concluye diagnóstico de esporotricosis cutánea diseminada y osteoarticular, se inicia tratamiento con itraconazol vía oral 200 mg cada 12 horas, dos meses después presenta anemia severa microcítica hipocrómica secundaria a sangrado de tubo digestivo alto, se realiza diagnóstico de adenocarcinoma gástrico bien diferenciado por panendoscopia y estudio histopatológico.

CONCLUSIONES: La esporotricosis cutánea diseminada y extracutánea son entidades raras que ocurren en 5-10% de los casos de esporotricosis, la mayoría de estos están asociados a inmunosupresión, es por esto que ante presentaciones clínicas diseminadas o extracutáneas en pacientes aparentemente inmunocompetentes es importante la búsqueda según los factores de riesgo de algún tipo de inmunocompromiso.

613

Encuentro de dos grandes imitadoras: Eritema nodoso leproso en un paciente con sífilis primaria y lepra lepromatosa

María Fernanda Hernández Amaris[1], Natalia Calvache Hernandez[1], Jairo Victoria Chaparro[1,2]
[1]Universidad Libre, Cali, Colombia, [2]Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia

Introducción: La lepra es una enfermedad causada por el complejo Mycobacterium leprae caracterizada por lesiones crónicas de morfología variable que pueden asociarse a perdida de sensibilidad; puede ser paucibacilar o multibacilar, de lo cual depende el esquema de tratamiento con rifampicina, dapsona y clofazimina; Su diagnóstico y tratamiento temprano busca evitar secuelas irreversibles, pero independiente de este pueden presentarse leproreacciones, como el eritema nodoso leproso. La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por Treponema pallidum, con un espectro de presentación variable dependiendo del estadío de la enfermedad; responde muy bien al manejo con penicilina G, pero en un porcentaje variable de pacientes puede presentarse reacción de Jarisch-Herxheimer con cefalea, mialgias, fiebre y exacerbación de lesiones cutáneas dentro de las primeras 24 horas de iniciado el tratamiento. se presenta el caso de un paciente con eritema nodos leproso y coinfección por sífilis y lepra.

Caso clínico: Paciente de 32 años, habitante de la calle, usuario de drogas IV, con cuadro de 2 días de evolución de nódulos dolorosos en extremidades superiores y abdomen asociado a fiebre, cefalea, malestar general, mialgias y artralgias. El cuadro inició pocas horas después de recibir primera dosis de penicilina G para manejo de chancro sifilítico en pene (RPR 1:16, FT-ABS positivo, VIH negativo).
Adicionalmente se identificó al examen físico lesiones maculopapulares hiperpigmentadas y escoriadas en extremidades, las cuales el paciente refirió presentar desde meses atrás sin síntomas asociados.

Se considero una posible reacción de Jarisch-Heixheimer y se indicó manejo con anti-inflamatorios; por persistencia de las lesiones y síntomas constitucionales, se decidió solicitar biopsia de piel de lesión nodular dolorosa en miembro superior, y de una de las lesiones en miembros inferiores, además de baciloscopia dado que al reinterrogar al paciente refirió un diagnostico 6 meses atrás de lepra, para lo cual recibió un mes de tratamiento y descontinuó por condiciones sociales y personales. La histopatología fue compatible con lepra lepromatosa y eritema nodoso leproso con infiltrado en dermis de polimorfonucleares e histiocitos espumosos; por su parte la baciloscopia arrojó un índice bacilar de 0.85. Se inició prednisona 60mg para manejar eritema nodoso leproso, presentó adecuada respuesta y se encuentra en destete; con acompañamiento de trabajo social se reinició esquema de tratamiento de primera línea para lepra multibacilar.

Conclusiones: Por su presentación cutánea variable estas enfermedades pertenecen al grupo de las grandes imitadoras, con la coinfección representando un reto diagnóstico aun mayor. Estudios han mostrado una mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en pacientes con enfermedad de Hansen, y se ha documentado la presencia de diferentes tipos de coinfección con el desarrollo de leproreacciones. En países en desarrollo las condiciones socioculturales de muchos pacientes, en especial gente en situación de calle y con problemas de abuso de sustancias, representan una barrera terapéutica dado el riesgo de pobre adherencia a tratamiento y bajo acceso a servicios de salud, factores que se deben tener en cuenta a la hora de iniciar un tratamiento a largo plazo.
Conflicto de intereses: no

623

Eritrasma Interortejos; Una patología frecuente, muchas veces subdiagnosticada, por una técnica diagnóstica olvidada

Eduardo Hermosilla Gamero[1], Carolina Carvajal Zúñiga[1], Nicolas Hermosilla Bravo[2], Carmen Varas Mundaca[1]
[1]Hospital San Pablo de Coquimbo, Coquimbo, Chile, [2]Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

1.Introduccion.
Se presenta este caso clínico, para llamar la atención sobre el Eritrasma, patología dermatológica frecuente y subdiagnosticada, debido a que en nuestra práctica clínica diaria, olvidamos una técnica de diagnóstico dermatológico sencillo, la lámpara de Luz de Wood.

2.Caso Clínico
Mujer, 52 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, que consulta por episodios de intertrigo interortejos a repetición, por mas de 1 año de evolución.
Refiere múltiples consultas a dermatólogos y tratamientos, sin éxito terapéutico, ultimo tratamiento hace 3 meses con fluconazol 150 mg por 2 veces y ciclopirox crema por 14 días, reapareciendo intertrigo luego de 2 semanas de terminado el tratamiento.
Al examen físico, presenta compromiso de piel interortejos, 3º y 4º espacio bilateral, con intertrigo y descamación gruesa de color café.
Por su historia clínica y recurrencia, se utiliza lámpara de luz de Wood, que muestra en piel interortejos el clásico color rojo coral.
Se hace el diagnóstico de Eritrasma.
Tratamiento: se aplica acido fusídico 2% en crema, 2 veces al día por 14 días, excelente respuesta, sin recurrencia, hasta ultimo control a los 6 meses del tratamiento.

3. Conclusiones
Eritrasma, infección bacteriana superficial, causada por Corynobacterium minutissimun bacilo Gram (+), cuyo cultivo es muy difícil.
Compromete piel en pliegues inguinal, axilar, submamario e interdigital, formando placas eritematosas inicialmente y luego varia a color marrón, no tiene tendencia a la remisión, sino se trata en forma adecuada.
Se confunde con micosis y se debe sospechar eritrasma si persiste a pesar de tratamiento antimicótico
Eritrasma interdigital, se ha estudiado en poblaciones cerradas, con prevalencia de 14 a 77 % en distintas series, lo que sugiere un importante subdiagnostico .
Eritrasma con Luz de Wood se observa fluorescencia rojo coral o anaranjada, debido a la producción de coproporfirina III, que permite un diagnóstico rápido y seguro.
Actualmente la Luz de Wood, se considera un procedimiento diagnostico olvidado, según estudios solo un poco más del 50% de los dermatólogos tiene Luz de Wood en su consulta y de estos solo en 42 % lo ocupa.
Nosotros enviamos este caso clínico para llamar la atención en volver a usar luz de Wood, actualmente es muy barato y esta al alcance de todos, en el caso del eritrasma si no se usa, no hacemos el diagnóstico correcto, debemos realizar este procedimiento diagnóstico, que es parte de nuestra historia dermatológica.

Sin conflictos de interés

637

Cromoblastomicosis

Omar Loza Escutia[1], AlejanAguilar Gonzalez[1], Liliana Godinez Aldrete[1], Marissa de Jesús Quintal Ramírez[1], Nancy Pulido Diaz[1]
[1]Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México, México

Introducción
La cromoblastomicosis es una infección fúngica, granulomatosa, crónica, causada por la inoculación traumática transcutánea de esporas de diversos hongos dematiáceos. Predomina en clima tropical y subtropical entre 30° de latitud norte y 30° de latitud sur (80%); también se observa en zonas semidesérticas de Sudáfrica. Las mayores tasas de incidencia se observan en Brasil (3 casos por cada 100,000 habitantes) y Madagascar (14 casos por cada 100,000 habitantes). Es la tercera micosis profunda más frecuente en México, aunque no existen cifras actualizadas. Los agentes causales son los hongos Hyphomycetes de la familia Demateaceous, de los cuales los más frecuentes son el Fonsecaea pedrosoi, y Cladophialophora carrionii. Son hongos saprófitos que a los 40 días de inoculación generan manifestaciones clínicas. Estos hongos tienen un comportamiento dimórfico, pues se presentan en el medio ambiente en forma micelial, mientras que en su fase parasitaria como células fumagoides, las cuales son las estructuras responsables del aspecto hiperpigmentado de la enfermedad y cuyas características son membrana gruesa, redonda, se multiplican por tabicación y son de color café oscuro.
Se presenta este caso clínico debido a que es una entidad infecciosa poco frecuente a nivel mundial y endémica de algunas regiones, como México. Los casos existentes se encuentran infradiagnosticados debido a la marginación de las zonas rurales en las que se presenta, la escasez de los servicios de salud en dichas regiones y el desconocimiento por parte de los médicos de primer contacto. A demás este caso es muy enriquecedor ya que las pruebas diagnósticas realizadas son concluyentes para la presencia de la patología.

Caso clínico
Mujer de 68 años de edad originaria de Oaxaca, campesina, analfabeta, con Hipertensión Arterial Sistémica controlada. Inicia hace 20 años, posterior a traumatismo en pie con herramientas de campo. Un mes después presenta un “grano”, con posterior extensión progresiva y paulatina a zonas contiguas del pie, hasta alcanazar el muslo. A la exploración presenta dermatosis localizada a miembro pélvico derecho con predominio en tercio distal de muslo, rodilla, región pretibial y dorso del pie, constituida por múltiples placas eritematoescamosas sobreelevadas, con bordes hiperpigmentados, centro deprimido e hipopigmentado, costras y escama gruesa superficial. Se realiza examen directo donde se observan múltiples células fumagoides. Se realiza biopsia donde se observa hiperplasia pseudoepiteliomatosa, patrón granulomatoso con células gigantes multinucleadas y células fumagoides, patognomónicas de esta patología. Se realizó cultivo, sin embargo resultó negativo. Recibió tratamiento antimicótico con itraconazol 200 mg/día con mal apego por intolerancia. Actualmente en tratamiento con Terbinafina 500 mg/día y ciclos de criocirugía con mejoría importante de la dermatosis.

Conclusión
La cromoblastomicosis es una dermatosis infecciosa poco frecuente y limitada a ciertas regiones de algunos países tropicales. Las pruebas diagnósticas pocas veces son positivas, y sin embargo su negatividad no descarta la patología. En este caso las pruebas resultan positivas, con lo que se realiza la certeza diagnóstica. Desafortunadamente, al ser una patología olvidada, no cuenta con tratamientos ni directrices actualizadas; por lo tanto, es importante la sensibilización de esta patología para optimizar el diagnóstico y mejorar el pronóstico.

649

Lesión verrugosa anogenital, un desafío diagnóstico y terapéutico

Juan Carlos Jaimes Ramirez[1], Eduardo Fierro Abella[1,2], Victor Manuel Delgado[1,2]
[1]Universidad Libre de Cali, Cali, Colombia, [2]Clinica de Occidente, Cali, Colombia

Aunque el herpes genital es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes, muchos casos pueden quedar sin diagnóstico o tener diagnostico errado, debido a manifestaciones clínicas atípicas, que plantean un desafío. Presentamos el caso de un paciente inmunocompetente con herpes genital verrugoso.

Hombre de 79 años, con hipertensión arterial controlada, consultó por aparición de placas eritematosas en región interglútea, recurrentes, de resolución espontánea, con episodios cada dos meses de exudado no purulento, no dolorosas. Por sospecha de herpes genital y chancro blando recibió tratamiento con Aciclovir 400 mg oral cada 8 horas durante 4 semanas y Ceftriaxona intramuscular dosis única, sin mejoría; las pruebas de ELISA VIH 1 y 2, y serología para sífilis fueron negativas. Hemograma y extendido de sangre periférica normal. Pruebas de función hepática y renal normales. Negó conductas sexuales de riesgo. Recibió múltiples esquemas de tratamiento antibiótico sin mejoría durante 2 años.

Durante el último episodio que duró 3 años, las lesiones aumentaron de tamaño, indoloras, por lo que se tomó biopsia con impresión diagnóstica de carcinoma escamocelular versus granuloma inguinal, la cual reportó infiltración linfoide atípica de la dermis, predominante de plasmocitos y algunos eosinófilos, no se identificaron granulomas ni microorganismos, concluyendo los hallazgos como sugestivos de proceso linfoproliferativo; las tinciones de inmunohistoquímica no favorecían el diagnóstico de plasmocitoma o patología tumoral. Ante el crecimiento de las lesiones fue llevado a resección quirúrgica, se realizó estudio histopatológico e inmunohistoquímica, informando hallazgos compatibles con tumor espermatocítico. Urología oncológica considero que no cursaba con dicho tumor porque este tiene diseminación linfática y no por contigüidad, además el tejido resecado no correspondía a testículo; los cultivos para micosis profundas y micobacterias fueron negativos. Cultivo para bacterias comunes con crecimiento de Klebsiella pneumoniae sensible a ciprofloxacino. Recibió tratamiento con ciprofloxacino 1,5 g/día durante un mes, sin mejoría, con crecimiento de nuevas lesiones en sitio adyacente a la resección, por lo cual fue referido a Dermatología Oncológica.
A la exploración se encontraron múltiples pápulas y nódulos exofíticos eritematosos, no dolorosos, bien delimitados, agrupados en placas grandes en escroto y cara interna de glúteos. Sin adenopatías inguinales. Nuevo ELISA VIH 1 y 2 negativos. Serología para sífilis, hepatitis B y C negativos, tomografía de tórax y abdominopélvica con contraste normal; se tomo biopsia informada como denso infiltrado mixto de predominio mononuclear con abundantes células plasmáticas, áreas ulceradas con abundantes detritus, células grandes y multinucleadas que presentan marginación de la cromatina, con apariencias en vidrio esmerilado, superposición nuclear y moldeamiento, considerando hallazgos sugestivos de infección por virus del herpes, con inmunohistoquímica para VHS 1 y 2 positiva. Se consideró herpes verrugoso hipertrófico en paciente inmunocompetente, se inicio Valaciclovir oral 1 g cada 8 horas por 3 meses con resolución completa de las lesiones.

El herpes simple debe considerarse en pacientes inmunocompetentes como inmunocomprometidos con lesiones verrugosas crónicas en los genitales. Una proporción importante de los pacientes tienen formas de presentación atípica, cuyo espectro de diagnósticos diferenciales es amplio y su presentación en pacientes inmunocompetentes, tiene escasos reportes en la literatura.

657

Osteomielitis tuberculosa extraespinal

Cindy Mestre Medina[1], Ricardo Pérez-Alfonzo[1], Jacobo De Waard[1]
[1]Instituto de Biomedicina Jacinto Convit, Caracas, Venezuela

Se presenta caso en vista de tratarse de una patología infecciosa de interés mundial con una manifestación clínica poco frecuente la cual puede confundirse con otras patologías y llevarnos a retrasos en el diagnóstico. Se trata de paciente masculino de 39 años de edad, quien refiere inicio de enfermedad actual en enero de 2019 caracterizado por presentar aumento de volumen en flanco derecho, acompañado de dolor y pérdida de peso de 20kg aproximadamente, en mayo de 2019 aparece placa ulcerada con salida de secreción seropurulenta, Realizan múltiples cultivos que reportan sin crecimiento bacteriano y biopsia de músculo oblicuo menor y transverso que reporta: liposarcoma. Realizan inmunohistoquímica con resultado negativo, recibe múltiples tratamientos con antibioticoterapia vía oral sin mejoría clínica, motivo por el cual decide acudir a nuestro centro en noviembre de 2019. al examen físico: Fototipo cutáneo IV, se evidencian placas eritematoviolaceas, de bordes regulares, definidos, algunas con centro ulcerado por donde se evidencia salida de secreción purulenta, en espina iliaca anterosuperior derecha. Ganglios linfáticos inguinales bilaterales palpables. se realizan estudios de extensión que reportan:

1. Hematología completa, química sanguínea, tiempos de coagulación, serologias: HIV, VDRL : dentro de limites normales.
2. PPD: 28mm.
3. Cultivos para micobacterias: positivo para crecimiento de BAAR a los 22 días.
4. Análisis de polimorfismo de gen hsp 65: Mycobacterium tuberculosis .
5. Rx de tórax y abdomen: dentro de límites normales.
6. Rx de pelvis: imágenes osteolíticas en ambas espinas iliacas.

Se plantea diagnóstico de osteomielitis tuberculosa extraespinal y se inicia tratamiento antituberculoso con: Rifampicina 150mg, Isoniazida 75mg, Etambutol 275mg y Pirazinamida 400mg. Evidenciándose mejoría clínica satisfactoria.

La afectación ósea y articular por tuberculosis supone el 35 % de todas las formas de tuberculosis extra pulmonar y el 2% de todos los casos de tuberculosis. La localización más frecuente: 1.Columna vertebral (enfermedad de Pott) 2. Artritis tuberculosa 3. Osteomielitis extraespinal. Debemos pensar en tuberculosis como posibilidad diagnostica en aquellos pacientes con ulceras en piel que no responden a tratamientos con antibioticoterapia convencional, realizar prueba intradérmica PPD y un cultivo para micobacterias, nos evitaran retrasos en el diagnostico e instaurar tratamiento oportuno para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

659

Micobacteriosis secundaria a la aplicación de toxina botulínica A

Astrid Brazon[1], Albani Rocheta Rosendo[1], Fabiana Ortega[1]
[1]Instituto de Biomedicina Jacinto Convit- Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela

Los principales mecanismos de infección de las micobacterias no tuberculosas son la ruta del aerosol, el polvo, el agua, la ingestión y la inoculación a través de la piel. El período de incubación puede ser desde semanas hasta casi un año y depende del tipo de micobacterias, así como de la respuesta inmune del individuo. Casi todas las micobacterias pueden infectar la piel, pero en los países desarrollados M. marinum es la fuente más común de infección cutánea, seguida de M. abscessus, M. fortuitum y M. chelonae . Se han reportado casos en pacientes que se han realizado procedimientos invasivos, especialmente con fines estéticos. Se presenta caso de paciente femenino de 45 años de edad, con antecedentes patológicos conocidos de síndrome de Tourette controlado, quien presentó múltiples nódulos eritematosos con secreción purulenta en área facial una semana posterior a la aplicación de toxina botulínica A. Acude a médico estético que realizó el procedimiento quien realiza infiltración con acetónido de triamcinolona en dos oportunidades sin mejoría. Un mes después paciente acude a especialista (infectólogo) quien realiza múltiples cultivos bacterianos y esquemas rotativos de antibióticos durante dos meses con mejoría parcial no satisfactoria, motivo por el cual decide acudir a nuestro centro donde solicitamos perfil general de laboratorio y realizamos cultivos bacterianos, micológico y para micobacterias, con obtención de resultado positivo en uno de los cultivos aislando Mycobacterium abscessus tipo 2, se realiza pruebas de susceptibilidad antibiótica y posterior al resultado se inicia tratamiento con amikacina (previa audiometría) + linezolid a largo plazo, obteniendo notable mejoría satisfactoria a los veinte días de tratamiento. Hasta la actualidad y en la literatura revisada, hay pocos casos reportados de micobacteriosis posterior a la aplicación de toxina botulínica A. Se sabe que las neurotoxinas botulínicas comercializadas poseen altos estándares de calidad y seguridad. Es probable que las micobacterias se puedan introducir accidentalmente como contaminante en cualquier etapa del procedimiento (uso de medicamentos multidosis, antisépticos utilizados, soluciones fisiológicas, sitio de inyección contaminado, entre otras). Recordando que estos procedimientos estéticos deben llevarse a cabo por especialistas como los dermatólogos, quienes están capacitados y se rigen por estrictas medidas de higiene, además de poder resolver las posibles complicaciones con tratamiento apropiado y oportuno.

677

Tiña inflamatoria bilateral de la mano por Trichophyton erinacei adquirida en contacto con Atelerix albiventris

Samantha Cruz Meza[1], Roberto Arenas Guzmán[2], Alexandro Bonifaz Trujillo[3], Fernando López Vázquez[4], AlessanIrais Miranda Aguirre[5], Esther Guadalupe Guevara Sanginés[1]
[1]Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", Ciudad de México, México, [2]Hospital General "Manuel Gea González", Ciudad de México, México, [3]Hospital General de México, Ciudad de México, México, [4]Hospital "Jesús Gilberto Gómez Maza", Tuxtla Gutierréz, México, [5]Clínica NOVA, Monterrey, México

Introducción
Presentamos este caso por ser una dermatosis poco frecuente derivada del contacto con mascotas exóticas y por su carácter ilustrativo.

Caso clínico
Hombre de 29 años con dermatosis diseminada bilateral y con tendencia a la simetría en ambas manos que afecta 1er y 2do dedo de mano izquierda y 2do y 3er dedo de la mano derecha, constituida por múltiples placas eritemato-escamosas de hasta 4 cm, irregulares con algunas vesículas milimétricas en su superficie. A la dermatoscopia encontramos fina escama distribuida de forma lineal sobre los surcos de la región palmar. La dermatosis es pruriginosa con 3 semanas de evolución, tratada con fomentos secantes y antibiótico tópico. El único antecedente de riesgo fue la reciente adquisición de dos erizos de tierra (Atelerix albiventris), uno de los cuales presentaba lesiones eritemato escamosas.
El examen directo de las escamas del paciente revelo la presencia de hifas tabicadas. El cultivo en agar Sabouraud del erizo y del paciente mostro un crecimiento de colonias blancas vellosas en la periferia con centro pulverulento y pigmento amarillento al reverso. En la micromorfología observamos microalerurоconidios piriformes y alargados y en la biopsia de piel teñida con H&E encontramos ortoqueratosis, acantosis regular e infiltrado inflamatorio de predominio vascular; con la tinción de PAS observamos filamentos tabicados en el estrato córneo.
Se corroboró el diagnóstico de una tiña inflamatoria de la mano por Trichophyton erinacei por medio de identificación molecular (PCR).
El paciente, y el erizo, completaron 4 semanas con terbinafina tab 250mg/día VO y terbinafina spray 1% cada 12 h con, respectivamente, con resolución total de las lesiones a la semana de tratamiento.

Conclusión
El caso clínico ilustra una dermatosis con hallazgos clínicos y dermatoscópicos característicos de una tiña de la mano inflamatoria por un agente poco común un dermatofito zoofílico denominado Trichophyton erinacei cuyo reservorio principal son los erizos de tierra que cada vez es más frecuente encontrarlos como mascotas exóticas. Además, se enfatiza la importancia del tratamiento adecuado tanto del paciente como del reservorio, dado que incluso puede actuar como portador asintomático.

683

Leishmaniose cutânea difusa tratada com sucesso

Raimunda Nonata Ribeiro Sampaio[1]
[1]Universidade de Brasília, Brasília, Brazil

A leishmaniose cutânea difusa é uma doença universal e rara que pode ser causada por várias espécies de Leishmania: infantum, aetiopia, major, mexicana, etc. No Brasil é causada pela L. amazonensis e as recidivas após tratamento representam o grande problema na sua abordagem. Relatamos um caso de um paciente que apresentava uma placa infiltrada no dorso do nariz com evolução de 2 meses e que foi precocemente diagnosticada pela histopatologia, Polymerase chain reaction e resposta celular negativa ao antígeno de L. amazonensis. Foi tratado com a associação glucamina (2m) e alopurinol (29m) com involução completa da lesão. Após 30 meses do fim do tratamento o paciente apresenta apenas cicatriz atrófica discrômica. Questiona se o quanto a precocidade e o prolongamento do tratamento podem ter influenciado o resultado do tratamento.

684

Infecciones por Trichosporon spp, características clínico-epidemiológicas en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio" durante el período comprendido del 1 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2018

Diego Fernando Uriarte Mayorga[1], Maestro en Ciencias Jorge Arturo Mayorga Rodríguez[2], Víctor Manuel Tarango Martínez[2]
[1]Práctica privada, La Paz Bolivia, Ciudad de La Paz, Bolivia, Bolivia, [2]Instituto Dermatológico de Jalisco José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco, México

Antecedentes: Las especies del género Trichosporon son levaduras que suelen encontrarse ampliamente distribuidas en la naturaleza. En los seres humanos, forman parte de la flora gastrointestinal y microbiota de la cavidad oral, así mismo, pueden colonizar transitoriamente el tracto respiratorio y piel. Trichosporon spp., se asocia con lesiones benignas, particularmente con pieblanca y en menor proporción a infecciones superficiales como onicomicosis e intertrigos; las formas invasivas se pueden observar en pacientes inmunocomprometidos. Debido a los escasos estudios y series de caso que existen en México, nos surge el interés de investigar las infecciones por Trichosporon y sus características clínico-epidemiológicas en un centro de referencia en Dermatología.

Objetivo: Identificar las infecciones por Trichosporon spp., y sus características clínico-epidemiológicas en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio" durante el período comprendido del 01 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2018.

Material y métodos: Estudio de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo efectuado en el Centro de referencia de micología del Instituto Dermatológico de Jalisco, ´´ José Barba Rubio´´, del 01 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2018, se registró la variante clínica, edad, género, evolución del padecimiento, morfología, lugar de residencia, ocupación y examen micológico (examen directo con KOH y cultivo)
Resultados: Se incluyeron 133 pacientes en 14 años de estudio con diagnóstico micológico de infección por Trichosporon, la mayoría pertenecían al sexo femenino, el grupo etario predominante lo constituyo el intervalo entre 50 a 59 años, la evolución del padecimiento más frecuente fue menor a 1 año, la topografía más afectada fue uñas, la variante clínica que se observó más fue la onicomicosis, la ocupación más reportada fue el hogar; hubo una mayor afluencia de pacientes del estado de Jalisco, el examen directo fue positivo en 69 y el cultivo resulto positivo en 126 pacientes.

Conclusiones: se reporta el primer estudio clínico-epidemiológico a nivel mundial en pacientes mexicanos con infecciones por Trichosporon en uno de los principales centros de Dermatología de la república mexicana.
Palabras clave: Trichosporon, clínico, epidemiológico, infecciones

704

Paracoccidioidomicosis mucocutánea crónica del adulto

Norelvis Guzmán Cuarez[1], Elsy Caballera, Ricardo Perez Alfonso, Oscar Reyes Jaime
[1]Instituto de Biomedicina "Jacinto Convit", Caracas, Venezuela

La paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica endémica en América Latina causada por hongos término dimórficos del género Paracoccidioides. Se reconocen 2 especies taxónomicas P. Brasiliensis y P. Lutzii. Paracoccidioides habita y produce conidios infecciosos en suelos de zonas subtropicales húmedas. En Venezuela es considerada la segunda micosis profunda más frecuente. La primoinfección puede ser asintomática o causar un cuadro respiratorio leve; este, a su vez, puede autolimitarse o progresar a enfermedad pulmonar o diseminada. Existen dos formas de presentación: la aguda, subaguda o juvenil y la crónica progresiva, en adultos. Presentación de caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 30 años de edad, con antecedentes de tuberculosis ganglionar en el 2017, consumo de cocaína y marihuana, quien refiere enfermedad actual de dos años de evolución caracterizada por placas ulceradas irregulares con fondo granulomatoso localizadas en cuero cabelludo, región malar bilateral, comisura labial izquierda, limitando la apertura bucal, paladar duro y tronco, dolorosas, friables, concomitante disfagia, odinofagia y disfonía. El exámen directo con KOH, cultivo, serología e histopatología confirmaron el diagnóstico. Recibió tratamiento con Trimetoprim- sulfametoxazol 160/800mg cada 12 horas con evolución clínica satisfactoria a los 8 meses. Conclusión: Se presenta este caso ya que la paracoccidioidomicosis usualmente es una enfermedad de diagnóstico tardío debido a que sus manifestaciones iniciales suelen ser inespecíficas lo que permite el avance de la enfermedad y el desarrollo de fibrosis tisular extensa dejando grandes secuelas.

713

Minimicetomas en el noroeste de México. Serie de 46 casos

Fernando Piña Lugo[1], Víctor Fernando Muñoz Estrada[1]
[1]*Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, México*

Introducción
El micetoma es un síndrome anatomoclinico crónico progresivo inflamatorio caracterizado por aumento de volumen y fístulas con exudado de material purulento y granos. El minimicetoma es una variedad que frecuentemente afecta a niños y adolescentes caracterizado por no presentar aumento de volumen, con una o pocas fistulas que no invaden estructuras profundas, cuyo agente causal es Nocardia brasiliensis. El objetivo de este estudio es dar a conocer los rasgos clínicos y epidemiológicos característicos de esta variedad de micetoma.

Materiales y métodos
Es un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de fuente del archivo del Servicio de Dermatología y Micología del Hospital Civil de Culiacan del 1 de Marzo de 1993 al 30 de Noviembre de 2021.
A todos los pacientes se les realizo toma de muestra de secreción o raspado de la lesión para observación directa al microscopio y posteriormente se realizo cultivo en agar dextrosa Sabouraud para identificación del agente causal.

Resultados
Identificamos 46 casos de minimicetoma con examen directo y/o cultivo positivo.
Representan el 11% del total de los casos de micetoma durante este periodo de tiempo, considerablemente mas elevado que el 3.2% reportado previamente en la literatura, con un predominio en el sexo masculino en el 65% de los casos, 82% se encontraban entre 10-20 años y 54% presentaban > 2 años de evolución, se identificó en todos los segmentos corporales pero predomina en extremidades inferiores con un 39% del total de los casos.
En todos los casos se obtuvo un cultivo positivo para Nocardia brasiliensis en agar dextrosa Sabouraud. Todos los pacientes se trataron con Diaminodifenilsulfona sola o en combinación con Amoxicilina y Clavulanato con recuperación completa.

Conclusiones
El minimicetoma es una variedad de Micetoma que no presenta las características clásicas, por lo que su diagnostico puede ser un desafío y puede ser confundida con otras entidades como esporotricosis, granuloma a cuerpo extraño o coccidioidomicosis cutánea.
En este estudio encontramos que es mas frecuente en estudiantes varones adolescentes, la mayoría con > 2 años de evolución, principalmente en los miembros inferiores. En todos los casos se identificó Nocardia brasiliensis como agente causal y el tratamiento más eficaz resulto la combinación de Diaminodifenilsulfona con Amoxicilina y Clavulanato.

717

Nocardiosis cutánea primaria en un varón inmunocompetente

Juan Manuel Morón Ocaña[1], María Isabel Coronel Pérez[1], María Belén Cívico Ruiz[1], Ángel del Espino Navarro Gilabert[1], Eva León Jiménez[2]
[1]Hospital Virgen de Valme, Sevilla, España, [2]Hospital Virgen de Valme, Sevilla, España

INTRODUCCIÓN. Las especies del género Nocardia se encuentran ampliamente distribuidas en la naturaleza (suelo y materia orgánica en descomposición) La nocardiosis es una infección rara que afecta casi exclusivamente a pacientes inmunodeprimidos pudiéndose presentar con afectación pulmonar (40%), cerebral (20-40%) y/o cutánea (20%). Sin embargo, la nocardiosis cutánea primaria es poco frecuente (5%). Se produce por inoculación directa, siendo la N. brasiliensisis el responsable en el 80% de los casos. Presentamos un caso clínico de linfangitis nodular por nocardia brasiliensis diagnosticado y tratado en el Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

CASO CLÍNICO. Varón ucraniano de 61 años, inmunocompetente, con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial como únicos antecedentes de interés. Inicialmente consultó en su centro de salud por una herida en antebrazo derecho que se había realizado hace una semana mientras estaba trabajando como jardinero. Fue tratado con amoxicilina-clavulánico y al presentar una evolución tórpida acudió a urgencias hospitalarias. En la exploración se observa una úlcera de unos 4x4 cm con salida de material purulento, cerca de la cara cubital de la muñeca con zona de celulitis alrededor sin crepitación. Los pulsos vasculares, el llenado distal y la sensiblidad son normales. Además, presenta múltiples nódulos subcutáneos en el trayecto ganglionar interno del miembro afecto que se extiende hasta axila. La analítica general no presenta alteraciones. Se toma una muestra de la herida para cultivo de bacterias, micobacterias y hongos. Se realiza ECO-Doppler y TAC con contraste iv con hallazgos compatibles con linfangitis nodular, edema difuso de la grasa subcutánea y adenopatías reactivas. Ante la sospecha de linfangitis nodular se procede al ingreso del paciente para recibir antibioterapia empírica iv (vancomicina + clindamicina + piperacilina-tazobactam). A los 4 días, en el exudado de la herida se observa crecimiento de nocardia brasiliensis iniciándose antibioterapia dirigida iv (cotrimoxazol + ceftriaxona) durante 18 días. Se realiza TAC cerebral y de tórax sin afectación sistémica por lo que se diagnostica de nocardiosis cutánea primaria. Presenta una evolución lenta pero favorable, afebril durante todo el ingreso. Se realizan curas diarias con drenaje de material purulento a través de la úlcera. Al completar 22 días de antibioterapia iv, se procede al alta manteniendo curas y cotrimoxazol 800/160 mg (2 comprimidos cada 8h) hasta completar 6 semanas. Al acudir a revisión, presenta buena evolución con reepitelización de la úlcera y resolución de los nódulos.

CONCLUSIONES. La afectación cutánea primaria es una presentación rara de la nocardiosis. La clínica puede simular varias enfermedades y puede retrasar o dificultar un diagnóstico preciso. Siempre se debe sospechar nocardia como agente causal, a pesar de no existir inmunosuspresión, en aquellos casos que inicialmente no respondan a tratamiento empírico con antecedentes de inoculación traumática. Las sulfamidas siguen siendo el tratamiento de elección, y el cotrimoxazol el más utilizado en la práctica clínica Aunque este microorganismo es capaz de producir una enfermedad grave y metastásica en el huésped apropiado, el reconocimiento temprano y el inicio del tratamiento apropiado pueden conducir a resultados exitosos.

720

Estudio clínico y etiológico de onicomicosis en pacientes diabéticos

Eloiza Lizeth Ylé Arámburo[1], Víctor Fernando Muñoz Estrada[1], Jesús Sebastián Rodríguez Gutiérrez[1]
[1]*Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud UAS, Culiacán, México*

Introducción: La onicomicosis es la patología ungueal más común, cuya prevalencia es mayor en pacientes con diabetes. La diabetes se considera factor de riesgo para adquirir la infección. Los agentes causales implicados pueden variar comparado con la población general.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes que acudieron a consulta al Servicio de Dermatología y Micología del Hospital Civil de Culiacán. Fueron incluidos todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes y onicomicosis con examen directo y cultivo positivo en el periodo de enero de 2011 a octubre de 2021. La información se obtuvo mediante interrogatorio directo y expediente clínico. Se incluyeron las variables demográficas de sexo y edad. Los datos clínicos obtenidos fueron topografía, clasificación clínica, tiempo de evolución y presencia o ausencia de tiña de los pies. Se determinó si el daño ungueal era unilateral o bilateral y se clasificó en subungueal distal-lateral, subungueal proximal, blanca superficial y distrófica total. Las muestras se tomaron raspando la uña con bisturí. Posteriormente se añadió hidróxido de potasio al 20% y se observaron al microscopio óptico. El resto de la muestra se cultivó en agar Sabouraud y se incubó de 28 a 30 grados centígrados durante un periodo de 2 a 4 semanas. Una vez desarrollados en el medio de cultivo, se clasificaron los hongos según sus características macroscópicas y microscópicas. Se analizaron los datos con estadística descriptiva y medidas de tendencia central.
Resultados: Se incluyeron 180 pacientes con diabetes y onicomicosis, de los cuales 56% (n=101) fueron hombres y el 44% (n=79) mujeres. La edad promedio de presentación fue de 52 años (rango de 18 a 85 años). El tiempo promedio de evolución al momento del diagnóstico fue de 4.9 años. La variedad clínica más frecuente fue la subungueal distal-lateral con 40.5% (n=73), seguida de la distrófica total con 34.4% (n=62). Hubo afectación bilateral en 62.7% (n=113). El 70% (n=126) de los pacientes presentó tiña de los pies concomitante. Los agentes etiológicos aislados fueron dermatofitos en el 46.6% (n=84), Candida spp. en 33.8% (n=61) y otros mohos no dermatofitos en 19.4% (n=35). Respecto a los dermatofitos la especie más frecuente fue Trichophyton rubrum en 71% (n=60). Los mohos no dermatofitos aislados fueron Aspergillus spp., Fusarium spp., y Alternaria spp. en orden de frecuencia.

Conclusiones: En este estudio la onicomicosis en pacientes con diabetes fue más frecuente en los mayores de 50 años, sobre todo hombres. El tiempo promedio de evolución al momento del diagnóstico fue de 4 años. La variedad clínica más frecuente fue subungueal distal-lateral, con afectación bilateral y tiña de los pies concomitante en más de la mitad de los pacientes. El agente causal más asilado fueron los hongos dermatofitos, y de estos T.rubrum. Hubo un alto porcentaje de levaduras del género Candida spp. aislada en un tercio de los casos. Los mohos no dermatofitos se aislaron en 19%, siendo Aspergillus spp. el más común.

723

Tuberculosis lingual secundaria, una manifestación poco común de la tuberculosis diseminada. Reporte de caso

Yonatan Armendáriz Barragán[1], Marcela Hernández Vera[1], Juliana Eljure Téllez[1], AlexanEmma Pérez Campos[1], María Elisa Vega Memije[1]
[1]Hospital General "Manuel Gea González", Ciudad de México, México

Introducción
La tuberculosis, enfermedad causada por Mycobacterium tuberculosis, representa un problema de salud pública en la actualidad, al ser identificada como una de las principales causas infecciosas de mortalidad en adultos según la Organización Mundial de la Salud. Principalmente afecta el aparato respiratorio; sin embargo, 10 a 15% de los casos de tuberculosis presentan afectación extrapulmonar, incluyendo a la tuberculosis oral que representa del 0.1 al 5% de los casos de enfermedad activa. Se presenta el caso de un paciente con úlcera crónica en cavidad oral secundaria a tuberculosis y posterior identificación de tuberculosis meníngea y miliar.

Caso clínico
Paciente masculino de 55 años, residente de la Ciudad de México, valorado en nuestro servicio por referir dolor en lengua de 3 meses de evolución. Un mes posterior presentó estomatosis, en borde lateral derecho de la lengua, caracterizada por una úlcera de 4 cm de diámetro, de bordes irregulares, elevados, firmes y con discreta coloración amarillenta, dolorosa al tacto. Como antecedentes de importancia, refirió el diagnóstico previo de artritis reumatoide de 10 años de evolución, en manejo irregular con indometacina, metocarbamol, betametasona y leflunomida. Negó contacto con personas con tuberculosis. Al interrogatorio, el paciente comentó pérdida de peso de 10 kg en 4 años, de forma no intencionada, además de diaforesis nocturna. Se realizó una biopsia incisional de úlcera lingual, identificándose una dermatitis granulomatosa supurativa y tuberculosa, con bacilos positivos con tinción Ziehl-Neelsen, así como baciloscopia y XpertMTB-Xpositivos, además de cultivo con aislamiento de Mycobacterium tuberculosis. Se complementó el abordaje con una tomografía contrastada de cabeza y cuello, observándose parénquima pulmonar con micronódulos centrolobulillares de distribución multilobar, con aspecto de árbol en gemación, sugestivo de tuberculosis miliar. Además, se obtuvo XpertMTB-Xde líquido cefalorraquídeo positivo, integrándose el diagnóstico de tuberculosis miliar, meníngea y oral. Se inició manejo con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol; sin embargo, desarrolló daño hepático inducido por medicamentos, por lo que se cambió a manejo con levofloxacino, linezolid, meropenem, amoxicilina y trimetoprim/sulfametoxazol, administrado durante un mes. Posteriormente se reinició esquema de primera línea, suspendido nuevamente por recaída en daño hepático. Tras mes y medio de manejo antifímico irregular, presentó mejoría de la úlcera con reepitelización parcial de la lesión.

Conclusiones
Dentro de los sitios extrapulmonares de la tuberculosis, raramente se presenta afectación de la cavidad oral, manifestándose con la presencia de úlceras dolorosas y que típicamente afecta la lengua. La tuberculosis oral suele estar asociada a infección pulmonar o extrapulmonar, por lo que debe realizarse abordaje diagnóstico de infección sistémica. Las lesiones orales remiten tras el manejo antifímico adecuado. La importancia de este caso radica en considerar a la tuberculosis oral como uno de los principales diagnósticos diferenciales en pacientes con úlceras dolorosas en lengua, sobre todo en áreas endémicas de tuberculosis como lo es México, y especialmente en población susceptible por inmunocompromiso.

725

Leishmaniasis mucocutánea recidivante en paciente inmunocompetente

Sabrina Merenzon[1], Luciana Cabral Campana[1], Ana Campastri[1], David Muhafra[1]
[1]Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad tropical desatendida que afecta principalmente a poblaciones más pobres y con un limitado acceso a los servicios de salud. Está vinculada a los cambios ambientales como la deforestación, la construcción de presas y la urbanización. Presentamos un caso de leishmaniasis mucocutánea de 15 años de evolución con buena respuesta terapéutica a corto plazo pero con múltiples recidivas lo que la convierte en un desafío terapéutico.

Caso clínico
Paciente de 42 años, oriundo de Bolivia, sin antecedentes patológicos. Consultó en el 2016 por lesión en paladar de 10 años de evolución asociada a disfagia alta, disfonía y adelgazamiento de 10 kilos en el año previo.
Al examen físico presentaba pérdida de piezas dentarias, lesiones de aspecto vegetante en paladar duro que infiltraban pilares amigdalinos con desaparición de la úvula y retracción fibrosa en el rafe medio y el límite entre paladar duro y blando (cruz de espundia). Además, en cara interna de tobillo izquierdo se observaba una cicatriz atrófica discrómica donde había presentado una úlcera 20 años atrás.
Se solicitaron laboratorio, serologías virales, radiografía de tórax, PPD, rinofibrolaringoscopía (RFLC) y biopsia de mucosa de paladar para estudio anatomopatológico, cultivo para hongos, micobacterias y leishmania, examen directo y PCR.
Como datos positivos presentó VSG 57mm, anemia normocítica normocrómica, RFLC: lesiones granulomatosas en cuerdas vocales, bandas ventriculares y epiglotis. La anatomía patológica informó infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con histiocitos y neutrófilos. Al examen directo presentó amastigotes intramacrofágicos teñidos con Giemsa. La PCR detectó una banda específica para Leishmania spp y el cultivo fue positivo.
Se arribó al diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea. Se indicó antimonio de meglumina 20mg/kg/día IM por 28 días con monitoreo correspondiente. En los controles posteriores presentó mejoría pero al 6to mes reaparecieron las lesiones, por lo que se decidió reinstaurar mismo tratamiento, con resolución completa de las mismas.
En 2018 presentó infiltración granulomatosa de pilares, gingivorragia, epistaxis, disfonía e infiltración del ala nasal izquierda. Se realizó nueva biopsia que fue compatible con leishmaniasis. Se decidió reiniciar con misma dosis de antimonio de meglumina y se añadió pentoxifilina 400mg cada 12 horas por un mes con mejoría completa y secuela cicatrizal.
En 2019 presentó segunda recidiva con mismas características clínicas. La RFLC informó lesiones cicatrizales, otras de aspecto granulomatoso y úlcera en mucosa nasal. Reinició mismo tratamiento instaurado previamente y presentó resolución del cuadro.
En el control del 2021 presentó la tercera recidiva en el mismo sitio. En la RFLC se observó lesión costrosa en tabique nasal y afectación de cuerdas vocales. Se reinició antimonio de meglumina y pentoxifilina 400mg/8 horas. Actualmente se encuentra en plan de inicio de anfotericina B.

Conclusión
La leishmaniasis es una enfermedad reemergente en nuestro país, endémica y un gran problema de salud pública. Esta presentación nos permite reflexionar sobre las dificultades que se presentan para el correcto tratamiento por la débil evidencia científica. Destacamos el rol de los controles clínicos continuos para la detección temprana de la enfermedad y así evitar la progresión de carácter destructivo que la caracteriza.

726

Tumor de Buschke - Lowenstein: presentación de un caso y revisión bibliográfica

Paolo Leone[1], María Fernanda Carvajal[1]
[1]*Hospital SOLCA Guayaquil, Guayaquil, Ecuador*

Introducción:
El tumor de Buschke – Lowenstein (TBL) es una entidad rara que puede afectar gravemente la calidad de vida del paciente y, en los casos más severos, puede causar la muerte. Es un estadio intermedio entre un condiloma acuminado y un carcinoma de células escamosas, que, si bien es considerado histológicamente benigno, es localmente es agresivo y tiene potencial de transformación maligna, además de tener una alta tasa de recidiva. A pesar de ser causado en la mayoría de los casos por una infección común, como la es la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH genotipos 6, 11), no existe una guía terapéutica establecida.

Caso Clínico:
Se trata de un paciente de sexo masculino de 27 años, que acude a la consulta por múltiples lesiones verrucosas en la región genital que causaban limitación para deambular y eran dolorosas. Como antecedentes, es VIH+, fue diagnosticado con Sarcoma de Kaposi en 2020 y refiere ser hombre que tiene sexo con hombres (HSH). El paciente aportó el resultado de una biopsia de una de las lesiones realizada particularmente que indicó “Verruga viral con displasia moderada”.
Al examen físico se observó una gran tumoración con aspecto de coliflor, de superficie verrucosa, que compromete el escroto en su totalidad y otra que compromete el glande casi en su totalidad. Se observó y palpó adenopatías inguinales bilaterales y se observó ligero edema bilateral en extremidades inferiores.
Los exámenes de laboratorio revelaron carga viral de VIH indetectable y conteo de Linfocitos T CD4 de 298 células por milímetro cúbico. Se decidió realizar una nueva biopsia y genotipificación de esta, donde se obtuvo como resultado “Condiloma acuminado gigante, sin evidencia de transformación maligna” y el resultado de biología molecular indicó detección de ADN de genotipo 11 de VPH. Una tomografía computarizada reportó una lesión exofítica a nivel de glande y escroto en toda su extensión y adenopatías bilaterales de aspecto infiltrativo en región inguinal. Se realizó una punción con aguja fina (PAAF) de la adenopatía inguinal derecha, con “Células linfoides atípicas de significado indeterminado” como resultado, por lo que se realizó una biopsia excisional de dicha adenopatía, con el siguiente resultado: “Tejido fibroadiposo con inflamación crónica y granuloma gigantocelular de tipo cuerpo extraño. No se identifica células neoplásicas en la muestra.”.
En comité multidisciplinario se decide que no es posible la resección quirúrgica (Gold Standard) de la lesión y se indica el tratamiento por radioterapia con 45 Grey (Gy) con un esquema de 1.8 Gy en una sola fracción al día.

Conclusiones:
Es un caso severo e incapacitante que resalta el valor de identificar grupos con factores de riesgo y la importancia de la vacunación en contra del VPH, mediante la cual se puede evitar llegar a estos extremos. Además, demuestra la agresividad local del TBL y su difícil manejo, por lo que se sugiere priorizar el tratamiento en etapas iniciales para poder elegir de todas las opciones terapéuticas y tener mayor probabilidad de curación.

735

Utilidad del test rápido de detección antigénica en el diagnóstico de la tiña ungueal y cutánea

Laura Fernández De La Fuente[1], Sara Herrero Ruiz[1], Ana Martínez Lauwers[1], Francisco Rubio Aguilera[1], Gloria Baeza Hernández[1], Cristina Martínez Morán[1], Begoña Echeverría García[1]
[1]Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid, España

Introducción: La onicomicosis tiene una prevalencia elevada en las consultas de Dermatología. En nuestro medio el agente más extendido son los dermatofitos, responsables de la tiña ungueal. La confirmación diagnóstica se realiza con técnicas como el cultivo y la histopatología, que suelen demorar el diagnóstico 3-4 semanas o el examen en fresco y la reacción en cadena de polimerasa (PCR), que no son accesibles en algunos centros. El tratamiento de la tiña ungueal suele precisar antifúngicos sistémicos durante periodos prolongados de tiempo, lo que puede provocar efectos adversos importantes, por lo que se prefiere una confirmación diagnóstica previa al inicio de tratamiento. Resultaría beneficioso el desarrollo de una técnica diagnóstica que nos ofrezca un resultado de forma rápida, sencilla y no invasiva.

En el año 2016 en Japón, se ha desarrollado una técnica de detección rápida de antígenos de dermatofitos, denominada Diafactory y basada en la inmunocromatografía. En los últimos años esta técnica ha llegado a España. Podría ser útil como cribado para el diagnóstico de tiña ungueal, permitiendo así un inicio precoz del tratamiento y una disminución de las visitas a consulta.

Objetivos: Evaluar la sensibilidad y especificidad del test rápido de detección antigénica, Diafactory, teniendo en cuenta el cultivo de hongos como técnica diagnóstica de referencia.

Material y métodos: Durante un periodo de 9 meses, se recogen 228 muestras ungueales en consulta de pacientes con sospecha clínica de tiña ungueal. Cada muestra es enviada de forma simultánea a cultivo de hongos y a realización inmediata de test Diafactory. Aquellos pacientes con resultado positivo, reciben tratamiento para la tiña ungueal, mientras que aquellos pacientes con resultado negativo, son citados posteriormente para ver el resultado de los cultivos seriados y valorar necesidad de tratamiento.

Resultados: La sensibilidad y especificidad del test Diafactory frente al cultivo son de 96.49% y 81.81% respectivamente.

Conclusión: Nuestros hallazgos indican que la eficacia de la prueba es comparable a la del cultivo para la detección de dermatofitos ungueales y por tanto el test Diafactory es una herramienta útil para el cribado de tiña ungueal.

Bibliografía:
- A. Paugam and S.Challier, Dermatophytic onichia: Effectiveness of rapid immunochromatographic diagnostic testing directly on samples compared to culture, Annales de dermatologie et de vénéréologie 2021; 0151-9638

751

Foliculitis diseminada causada por Malassezia sp. en paciente inmunocompetente

Mariana Larios Cárdenas[1]
[1]Instituto Dermatológico de Jalisco, Guadalajara, México

Larios-Cárdenas Mariana1
Flores-Raygoza Gabriela Elizabeth1
Sánchez-Márquez Angélica Paola2
Mayorga-Rodríguez Jorge Arturo3
1 Residente Dermatología
2 Dermatólogo adscrito
3Encargado del laboratorio de Micología
Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", México.

Introducción
La foliculitis por Malassezia es una infección del folículo piloso causada por levaduras del género Malassezia, la cual se encuentra de manera comensal en la piel. Existen condiciones en donde pueden resultar patogeno, como en estados de inmunosupresion, terapias antibióticas, uso de esteroides u oclusión local.1 Clínicamente caracterizándose por pápulas y/o pústulas foliculares eritematosas y pruriginosas.2 El diagnóstico se realiza mediante sospecha clínica y se confirma con estudio micológico y/o histopatológico.1

Caso clínico
Masculino de 34 años de edad. Se dedica a laminado y pintura de autos, previamente sano. Acude a consulta por lesiones pruriginosas de cuatro años de evolución, sin tratamientos previos.
A la exploración física dermatosis que afecta cara, tronco y las cuatro extremidades, constituida por múltiples pápulas y pustulas eritematosas de evolución aparentemente crónica. Resto de la exploración sin datos relevantes. Se realizó toma de biopsia reportando foliculitis por malassezia. Posteriormente se toma estudio micológico, a la tinción de gram se observal levaduras compatibles con este género y el cultivo resulto negativo, confirmandose el diagnóstico. En la anamnesis y en estudios de laboratorio no se encontró algun estado de inmunosupresión asociado. Iniciamos tratamiento con itraconazol 100 mg diarios durante 3 semanas con mejoria de la dermatosis.

Discusión
La foliculitis por Malassezia es una infección del folículo piloso causada por levaduras del género Malassezia, las especies implicadas con mayor frecuencia M. globosa, M. restricta y M. sympodialis.3 Sin embargo en este caso no fue posible el aislamiento de la especie. Estas levaduras se pueden encontrar de forma conmensal en la piel, existiendo condiciones en donde pueden resultar patógenas1, siendo capaces de hidrolizar ácidos grasos libres en triglicéridos, provocando reacción inflamatoria en el folículo.4
Dentro de los factores predisponentes para el desarrollo de foliculitis se encuentran terapias antibióticas, uso de esteroides, oclusión local, diabetes mellitus, VIH o algun estado de inmunosupresion. 1El desarrollo de esta patología de forma diseminada en un paciente inmunocompetente se considera una presentación atipica, como el caso de nuestro paciente. Es probable que el uso de solventes haya sido un factor predisponente de este padecimiento, al ocasiona la disrupción de la barrera cutánea.5
Clínicamente caracterizándose por pápulas y/o pústulas foliculares eritematosas y pruriginosas, localizadas principalmente en tronco y extremidades superiores.2
El diagnostico se realiza mediante sospecha clinica y se confirma con estudio micologico y/o histopatologico, siendo este ultimo util para diferenciar los diferentes tipos de foliculitis.1
Se recomienda tratamiento sistémico mediante itraconazol o fluconazol de 100-200 mg diarios durate 1 a 4 semanas.1

Conclusión
Este caso es relevante debido a que se trata de un paciente inmunocompetente que tiene como factor asociado la disrrupción de la barrera cutánea por el uso de solventes. Debido a ello la sospecha clínica es fundamental para realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico apropiado.

766

Lepra o "gran simuladora": un problema de salud pública que aún persiste

Carlos Eduardo Saldaña Rivas[1]
[1]Centro Nacional de Dermatología, Managua, Nicaragua

En la última década, el mundo ha hecho progresos considerables en la batalla contra la lepra, también conocida como Enfermedad de Hansen. Es una enfermedad transmisible, causada por el Mycobacterium leprae, con un largo período de incubación. El estigma y la discriminación han jugado un papel importante en la lepra por miles de años: superarlos es importante para llegar a cero lepra. Es considerada como la gran simuladora y actualmente en algunos países sigue siendo un desafío poder diagnosticarla, debido a las múltiples formas clínicas que presenta y a la falta de capacidad para diagnosticarla. Les presento un caso clínico de una paciente de la capita del país que acudió a consulta por presentar múltiples placas eritematosas en todo el cuerpo. Se trata de paciente femenina de 38 años de edad que acude a la emergencia del hospital por presentar múltiples placas eritematosas infiltradas diseminadas afectando cara, tronco, miembros superiores e inferiores, de 2 días de evolución, asociado a fiebre, artralgias, conjuntivitis, malestar general y dolor a palpación de las lesiones. Se realizan exámenes generales de sangre con una biometría hemática que reportaba una leve leucocitosis de 12000, con vsg de 15mm/h y proteína c reactiva positiva. Debido a las características clínicas se decide maneja como un Síndrome de Sweet y se inició tratamiento ambulatorio con corticoide oral y antihistamínicos. Se realizó una biopsia con punch#4 la cual reportó un cuadro de urticaria. En su visita de control la paciente persistía con las lesiones por más de 1 mes sin observar mejoría y presentaba en la visita de control disminución de la sensibilidad térmica, táctil y dolorosa en múltiples placas, por lo que se decidió realizar una nueva biopsia con un reporte de una dermatitis nodular granulomatosa superficial y profunda que rodean los folículos pilosos y afectan los filetes nerviosos, con una baciloscopía de hansen negativa, por lo que se decide cambiar el diagnóstico a una lepra borderline multibacilar e iniciar poliquimioterapia por un tiempo completo de 12 meses. Se realizan exámenes complementarios y valoración de los troncos nerviosos y grados de discapacidad, sin observar cambios en su grosor y clasificándola como grado I de discapacidad por persistencia de la disminución de la sensibilidad táctil y dolorosa. Se observa mejoría de las lesiones con el primer mes de tratamiento y actualmente se encuentra en su sexto mes sin desarrollar ningún tipo de reacción adversa. En la visita a la casa de habitación de la paciente y al interrogar a sus familiares, no se logra poder detectar algún otro contacto con síntomas o signos de la enfermedad y se brinda consejería a la familia. En conclusión, este caso fue de gran dificultad diagnóstica debida a las características clínicas de las lesiones y sintomatología que fue cambiando a lo largo del tiempo. La lepra continúa siendo un problema de salud pública y es de vital importancia la detección precoz de los casos y así contener la propagación de la infección y prevenir discapacidades.

776

De urotelio a dermis: El fascinante viaje del bacilo de Calmette-Guérin

Francisco José Rodríguez Cuadrado[1], Irene Salgüero Fernández[1], Juan Luis Castaño Fernández[1], Irene Sánchez Gutiérrez[1], Dolores Suárez Massa[2], Gastón Roustan Gullón[1]
[1]Servicio de Dermatología - Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica - Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, España

INTRODUCCIÓN
La instilación intravesical de bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es el tratamiento de elección en los carcinomas vesicales no invasivos tras resección transuretral. Pese a su innegable efectividad y su comprobada seguridad, no se encuentra exenta de complicaciones que en ocasiones resultan de gravedad.
A través del presente caso clínico se ilustra la posible aunque rara afectación cutánea, por la cual el dermatólogo puede constituir la pieza clave en el diagnóstico precoz de esta enfermedad de pronóstico a menudo infausto.

CASO CLÍNICO
Varón de 68 años con carcinoma vesical, que cuatro meses tras la última instilación intravesical de BCG ingresa por fiebre y lesiones pseudovesiculosas costrosas en surco nasogeniano izquierdo y área pectoral ipsilateral.
Se procede a realizar biopsia de dichas lesiones, con hallazgo de granulomas necrotizantes ("numerosos granulomas aislados o confluentes que afectan a dermis superficial, profunda y tejido celular subcutáneo, los cuales están compuestos por células epitelioides y aisladas gigantes, con necrosis central con neutrófilos"). Asimismo, sobre la muestra se realiza tinción Ziehl-Neelsen y cultivo (6 semanas), que resultan ambos negativos. No obstante, la PCR para el complejo M. tuberculosis fue positiva.
Días después presenta coriorretinitis, colestasis, leucopenia y trombocitopenia. La TC pulmonar muestra fibrosis bilateral (conocida desde 2017), y el PET evidencia aumento de captación bipulmonar (sugerente de proceso inflamatorio/infeccioso activo).
Con la sospecha de BCGitis, teniendo en cuenta clínica, ausencia de aislamiento de M. tuberculosis y antecedente de exposición a BCG, se decide tratamiento con rifampicina, isoniazida, etambutol y prednisona. Desafortunadamente, su situación respiratoria empeora y fallece un mes después.

La instilación intravesical de BCG desencadena en menos del 1% infección diseminada por M. bovis. Parece que esta puede favorecerse por una reacción de hipersensibilidad, idea apoyada por la buena respuesta a la corticoterapia en casos de afectación pulmonar grave.
El diagnóstico es difícil, pues solo resultan positivos el 41% de los cultivos y el 42% de las PCR. La biopsia muestra granulomas en un 86%.
Respecto al tratamiento, dada la resistencia intrínseca de M. bovis a pirazinamida, se opta por isoniazida, rifampicina y etambutol.
Hasta ahora no se ha descrito en la literatura afectación cutánea como parte de la infección tras instilación de BCG. Sí se han referido casos de autoeccematización con espongiosis y eosinofilia, pero sin aislamiento de microorganismos.

CONCLUSIONES
Nuestro caso se trata pues del primero descrito de afectación cutánea como parte de un cuadro de infección sistémica por BCG (con PCR positiva en piel para el complejo M. tuberculosis). Los hallazgos anatomopatológicos (granulomas necrotizantes) son compatibles con la misma, así como el conjunto de la clínica. El tratamiento se basó en isoniazida + rifampicina + etambutol, a lo que se añadió corticoterapia sistémica por la grave afectación pulmonar.
La sospecha temprana de un cuadro de BCGitis por el dermatólogo resulta vital para la instauración de un tratamiento efectivo que, aunque no haya sido suficiente en esta ocasión, puede evitar un desenlace fatal.

802

Sarna crostosa bolhosa: Um desafio diagnóstico

Egidio André Miranda Freitas[1], Miguel Nogueira[1], AlexanAzevedo[1], Inês Raposo[1], Professor Tiago Torres[1,2,3], Inês Lobo[1], André Coelho[4], Glória Cunha Velho[1,2,3]
[1]Departamento de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), Porto, Portugal, [2]Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, [3]Unidade de Investigação em Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto, Portugal, [4]Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO: A escabiose é uma infestação cutânea parasitária comum provocada pelo ácaro Sarcoptes scabiei var hominis. Clinicamente pode variar de formas ligeiras a graves, como a variante crostosa (hiperinfestação por milhões de parasitas, altamente contagiosa e de difícil tratamento). A sarna bolhosa é uma apresentação extremamente rara da doença. Pacientes com sarna bolhosa são frequentemente incorretamente diagnosticados como penfigoide bolhoso, atrasando o diagnóstico e tratamento. Relatamos o caso clínico de uma sarna crostosa bolhosa que mimetizou o diagnóstico de penfigoide bolhoso tanto clinica como histologicamente.

CASO CLINICO: Mulher de 70 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome parkinsónico, é admitida por quadro clínico de prurido com tempo de evolução indeterminado, associado a bolhas serosas tensas dispersas pelo tegumento cutâneo que se instalaram três dias após inicio de tratamento empírico com benzoato de benzilo. Referia aparecimento de pápulas pruriginosas nas nádegas e região inguinal nos 4 meses prévios à admissão, assim como presença de hiperqueratose palmoplantar, e dos joelhos, cotovelos e tronco no mês anterior. Realizou tratamentos prévios com corticoide tópico potente e oral sem melhoria. Ao exame objetivo observavam-se múltiplas bolhas serosas tensas (nikolski direto e indireto negativos), com base eritematosa, localizadas ao tronco, abdómen, e membros, assim como erosões dispersas, hiperqueratose palmoplantar e pápulas hiperqueratóticas nos joelhos, cotovelos e tronco. A biopsia cutânea evidenciou vesículas subepidérmicas, contendo fibrina, neutrófilos e eosinófilos, e presença de depósitos lineares na membrana basal de C3 (2+), IgG (1+) e C4 (fraco) na imunofluorescência direta. A pesquisa de anticorpos anti-pele no soro (anti-BP180; anti-BP230; anti-desmogleína 1, anti-desmogleína 3, anti-envoplaquina e anti-colagénio tipo VII) por imunofluorescência indireta e ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA) revelou-se negativa. A microscopia ótica do raspado das hiperqueratoses plantares identificou o sarcoptes scaibiei. Realizou tratamento com ivermectina oral 200 mcg/kg/dose, nos dias 1, 2, 8, 9 e 15, juntamente com benzoato de benzilo e vaselina enxofrada 8%, com excelente resposta, verificando-se ausência de lesões à data de alta. Perante o contexto clinico, os meios complementares de diagnóstico e a excelente resposta terapêutica, assumiu-se o diagnostico de sarna crostosa bolhosa.

CONCLUSÃO: Apesar de aproximadamente 300 milhões de casos de sarna seja relatados em todo o mundo anualmente, até o momento, apenas cerca de 50 casos de sarna bolhosa foram descritos na literatura.
Para o diagnóstico de sarna bolhosa é necessário a existência de bolhas (clinica e histologicamente) e a visualização do ácaro ou dos seus ovos/excrementos na microscopia direta ou histologia.
Para evitar surtos de escabiose e para tratar adequadamente os pacientes, é vital que os dermatologistas tenham em consideração, apesar da sua raridade, o diagnóstico de escabiose bolhosa em pacientes com apresentação tipo penfigoide bolhoso, mas com má resposta à terapêutica. Na sarna bolhosa a corticoterapia é ineficaz no tratamento, sendo o tratamento recomendado os antiparasitários clássicos.

805

Reação hansênica tipo eritema polimorfo: um relato de caso

Priscila Anne Monteiro Guimarães[1], Isaac Gonçalves Macedo[1], Dayana Kyara Moreira Almeida Sousa[1], Janildes Maria Silva Gomes[1], Diana Mendes da Fonseca[1], Bethânia Dias de Lucena[1]
[1]*Universidade Ceuma de Imperatriz, Imperatriz, Brazil*

Introdução: A hanseníase, apresentou prevalência de 1,5:10.000 no Brasil em 2019 e fica apenas atrás da Índia que ocupa o primeiro lugar no ranking mundial. Manifesta-se através de inúmeros sinais e sintomas e provoca incapacidade física se tratada inadequadamente. Todavia, mesmo após o tratamento adequado da hanseníase, o paciente pode manifestar reações, sendo elas do tipo 1 ou tipo 2. Este trabalho visa relatar caso incomum de paciente com manifestação de reação hansênica do tipo 2, tipo eritema polimorfo, junto à recidiva de hanseníase. Relato de caso: Mulher de 46 anos, dona de casa, em alta de tratamento para hanseníase multibacilar há seis meses, queixando-se de "manchas vermelhas" pelo corpo, com início nas mãos há 15 dias. Fez uso irregular de prednisona 20 mg/dia após atendimento médico anterior. Após isso, apresentou piora súbita com surgimento de numerosas lesões pelo corpo, acompanhadas de mialgia e dores articulares em membros superiores, inferiores e edema de mãos e pés. Ao exame, observou-se placas eritêmato-edematosas arredondadas com vesícula central, aspecto em alvo, confluentes e coalescentes, em membros superiores e inferiores, bilateralmente, e edema de mãos e pés. Aventadas as hipóteses de eritema nodoso ou eritema polimorfo, realizou-se biópsia cutânea sendo prescrito, em seguida, prednisona 60 mg/dia. Após uma semana, a paciente referiu melhora parcial da dor e do edema de mãos e pés, e evolução das lesões vesiculares para lesões bolhosas íntegras e rotas, de base eritematosa, confluentes e coalescentes, com erosões e crostas hemáticas. O histopatológico mostrou dermatite crônica granulomatosa associada a vasculite leucocitoclástica e focos de necrose dermo-epidérmica, consistente com eritema polimorfo e pesquisa de BAAR positiva. Fechado o diagnóstico de eritema polimorfo, como manifestação de reação hansênica tipo 2, associado à recidiva da hanseníase, encaminhou-se a paciente à UBS para reiniciar a poliquimioterapia multibacilar e iniciar o uso de talidomida, como terapêutica de escolha para a reação hansênica tipo 2. Conclusões: O presente caso relatado, apesar de incomum, torna-se de extrema importância para o reconhecimento do eritema polimorfo como reação hansênica tipo 2 pela comunidade médico-acadêmica, especialmente em áreas endêmicas como o Brasil. Visto que a partir deste caso se torna evidente a importância da investigação da hanseníase (casos primários, recidiva ou resistência ao tratamento) em pacientes residentes em áreas de alta endemicidade, que manifestem lesões de eritema polimorfo. Uma vez diagnosticada a hanseníase no paciente, deve-se de imediato dar início, ou reinício, ao tratamento adequado, além do manejo das reações hansênicas, diminuindo assim as chances do mesmo evoluir com incapacidades e deformidades, bem como contribuindo para o controle da situação epidemiológica da hanseníase em áreas endêmicas.

Palavras-chave: Hanseníase. Reação Hansênica. Eritema Polimorfo.

809

Caso clínico: leishmaniasis cutánea

Aura María Cruz Mejía[1]
[1]*Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala*

Introducción
La leishmaniasis cutánea es una enfermedad parasitaria la cual es endémica en países tropicales y subtropicales. Esta patología es transmitida por un mosquito flebótomo infectado. En Guatemala predomina la leishmania braziliensis sin embargo la paciente que se presenta en este caso no proviene de ningún departamento endémico, además no era el único miembro de la familia afectada ya que la hermana también presentaba esta misma lesión.

Caso clínico
Paciente femenina de 15 años, referida del hospital de Jutiapa por presentar una lesión en oreja derecha de 3 meses de evolución. Al entrevistar a la paciente refiere que hace varios meses presentó una "roncha" en la oreja después de haber sido picada por un mosquito, la cual se tornó roja, va creciendo y luego ve que se abre y se forma una úlcera con costras en la superficie, la cual no es dolorosa. A esta lesión le ha aplicado diversas cremas triples, sin embargo, no mejora y continúa creciendo por lo que consulta al hospital de Jutiapa quienes derivan para el Hospital General San Juan de Dios. Al examen físico presenta una dermatosis localizada a cabeza que afecta oreja derecha caracterizada por úlcera de aproximadamente 2x3cm, bordes definidos, cubierta por múltiples costras, que asienta sobre piel normal, evolución crónica, asintomática. Todos los antecedentes fueron negados. Se dio diagnóstico de Leishmaniasis cutánea debido a las características clínicas por lo que se realizó un frote y biopsia incisional tipo punch. El frote con tinción de Giemsa reveló la presencia de cuerpos de Leishman y en la biopsia se observaron amastigotes dentro de los histiocitos por lo que se confirmó el diagnóstico inicial de Leishmaniasis cutánea. Por lo anterior, se inició tratamiento con glucantime a dosis de 20mg/kg por 20 días con lo cual mejora el cuadro y resuelve. Cabe mencionar que la hermana de la paciente cursó con el mismo cuadro el cual fue confirmado mediante las mismas técnicas y se da tratamiento con lo que también resuelve.

Conclusiones
La leishmaniasis cutánea es una patología endémica de Guatemala, sin embargo, en la bibliografía no se han encontrado casos confirmados en la región donde fue afectada la paciente presentada en este caso. Es importante tener en cuenta la leishmania cutánea como diagnóstico diferencial en pacientes que presentan úlceras indoloras a pesar de no estar en un área precisamente endémica. Asimismo, en Guatemala, la bibliografía nos presenta las extremidades como localización afectada con mayor frecuencia en esta patología, por lo que no debemos dejar de sospecharla a pesar de que la localización cambie.

810

Evaluación del rendimiento diagnóstico de dos pruebas rápidas para la tamización de sífilis en personas que viven con VIH en Cali, Colombia

Jonny Alejandro García Luna[1,2,3], Nelson Alberto Romero Rosas[1], Sebastian Alejandro Silva[1], Guillermo Piedrahita Martínez[1], Ines Constanza Tello[4], Jenny Lorena Santamaria[5], Luisa Consuelo Rubiano[5], Ernesto Martínez Buitrago[6,7], Lyda Osorio[8,1], Juan Carlos Salazar[9,10,11,1], Adrian D. Smith[12], Neal Alexander[1]

[1]Centro Internacional de Entrenamiento E Investigaciones Médicas (CIDEIM), Cali, Colombia, [2]Universidad Icesi, Cali, Colombia, [3]Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia, [4]Corporación de Lucha Contra el SIDA, Cali, Colombia, [5]Recuperar IPS, Cali, Colombia, [6]Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia, [7]Grupo Colombiano de VIH (VIH-COL),, Colombia, [8]Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia, [9]Department of Pediatrics, School of Medicine, University of Connecticut, Farmington CT, Estados Unidos, [10]Division of Infectious Diseases, Connecticut Children's, Hartford CT, Estados Unidos, [11]Department of Immunology, School of Medicine, University of Connecticut, Farmington CT, Estados Unidos, [12]Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford, Reino Unido

Introducción: La sífilis es un problema de salud pública, particularmente en las personas que viven con VIH (PVV) debido a su alta incidencia y complicaciones. Las pruebas diagnósticas rápidas (PDR) para sífilis podrían reducir el tiempo al tratamiento, pero la evidencia de su validez en PVV es limitada. El objetivo de este estudio fue evaluar el rendimiento diagnóstico de dos pruebas rápidas para sífilis (SD Bioline Syphilis 3.0® y Determine Syphilis TP®) en PVV en Cali, Colombia.

Materiales y métodos: Estudio transversal en adultos con diagnóstico de VIH, que consultaron consecutivamente en dos clínicas ambulatorias especializadas y quienes voluntariamente participaron en el estudio. A los sujetos atendidos por primera vez se les realizaron PDRs de antígeno p24 para confirmar el diagnóstico de VIH y CD4 para estadiaje. Cinco operadores entrenados realizaron las Pen muestras de sangre por punción digital en el punto de atención. Adicionalmente, se obtuvo muestra de sangre venosa y se envió refrigerada al laboratorio de referencia donde se procesaron en forma enmascarada por un profesional experto. En suero se realizaron las mismas Py las pruebas treponémicas de referencia de hemaglutinación (TPHA) y de inmunoensayo (ELISA). La prueba de referencia fue compuesta, se consideró positiva cuando ambas eran positivas y negativa cuando ambas pruebas eran negativas. Debido a problemas de desempeño del operador 1, se realizó un re-entrenamiento a todos los operadores posterior a la inclusión de 73 sujetos. Se estimó la sensibilidad y especificidad de las Prealizadas en suero y sangre con su respectivo IC95%, y se compararon utilizando la prueba exacta para muestras pareadas. Se exploraron fuentes de heterogeneidad en la sensibilidad de las Pen sangre capilar, que es la muestra blanco de las pruebas en campo, utilizando análisis por subgrupo y la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Entre julio y diciembre de 2021 se incluyeron 244 PVV con una mediana de edad de 35 años y de quienes 74% eran hombres. Un total de 112 (46%) sujetos fueron positivos en la prueba treponémica de referencia. La sensibilidad de Bioline fue similar en sangre capilar 96,4% (IC95% 91,1-99,0) y suero 94,6% (IC95% 88,7-98,0). En contraste, la sensibilidad de Determine fue menor en sangre 87,5% (IC95% 79,9-93,0) que en suero 99,1% (IC95% 95,1-100) (p<0,001). La especificidad de Bioline fue 98,3% (IC95% 94,1-99,8) tanto en sangre como en suero, mientras que la especificidad de Determine fue 99,2% (IC95% 95,5-100) en sangre y 96,7% (IC95% 91,8-99,1) en suero. La sensibilidad de las Pen sangre fue menor cuando las realizaba el operador 1 (Bioline: 85,0% vs 98,9%, p=0,018; Determine: 60,0% vs 94,5%, p<0,001) y la sensibilidad de Determine en sangre era mayor durante el periodo posterior al re-entrenamiento (75,5% vs 98,4%, p=0,006).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que las Ppara sífilis realizadas por punción digital serían útiles en la tamización de PVV. En su implementación es necesario garantizar el entrenamiento continuo de los operadores. En estudios futuros se requiere evaluar el impacto y costo-efectividad de implementar las Ppara tamización en PVV.

837

Celulitis necrotizante por Candida parapsilosis resistente a equinocandinas y azoles. Reporte de caso

Luis García Valdés[1], Fiorella Amutio[1], Raul Mendez[1], Mercedes Hernandez[1], Marisol Padilla Ramirez[1]
[1]Hospital Civil de Guadalajara Faa, Guadalajara, México

Introducción: Las infecciones necrotizantes de tejidos blandos son infecciones rápidamente progresivas asociadas con una morbi-mortalidad significativa. Presentamos un caso clínico de un paciente inmunocomprometido secundario a quimioterapia por neoplasia hematológica, con una presentación atípica y fugaz de un cuadro de celulitis, con aislamiento de candida.

Caso Clínico: Masculino de 30 años de edad. Hospitalizado por diagnóstico de leucemia mieloide aguda, posterior a quimioterapia con etopósido, citarabina y doxorrubicina, desarrolla de neutropenia profunda, iniciando profilaxis Trimetropin/Sulfametoxazol, Fluconazol. Una semana después, es integrado cuadro de neumonía asociada a cuidados de la salud, por lo que se inicia meropenem, linezolid y caspofungina. A los días inicia con dermatosis localizada en axila izquierda, con eritema de borde no definido, edema, dolor a la manipulación, y ulceración de predominio central, tratada con medidas generales de aseo y mupirocina tópica, además de continuar con esquema antibiótico de amplio espectro previo. Evolucionando tórpidamente a una placa, indurada y necrótica, con tendencia a la fragmentación cutánea; Se realiza biopsia cutánea, visualizando abundantes hifas y levaduras en dermis, con un infiltrado mixto e invasión vascular, con destrucción de estructura dérmica. Además de cultivo de secreción de axila, hemocultivos periféricos y centrales, con desarrollo de Candida parapsilosis, con resistencia a caspofungina y sensible a anfotericina B, dando infusión de este último por 14 días, con una excelente respuesta clínica, llegando a la curación de dicho cuadro infeccioso axilar, siendo egresado, sin secuelas funcionales o movilidad.

Conclusión: La presentación de la celulitis por Candida es poco frecuente, el conocimiento de la existencia de esta patología, sus factores de riesgo como lo son la candidemia, neutropenia severa, larga estancia intrahospitalaria, presencia de catéter venoso central, uso de antibióticos de amplio espectro y maceración cutánea, está última podríamos sospechar que fue la vía de entrada, sin embargo esta reportado que la mayoría de las manifestaciones cutáneas de la infección por Candida spp son el resultado de la diseminación hematógena. La incidencia mundial de C. parapsilosis intrahospitalaria va en aumento, sin embargo, sigue siendo C. albicans la más frecuente. La presentación clínica es en forma de placa necrótica, dolorosa y coalescente, rápidamente progresiva, en el contexto de un paciente grave y séptico. Otro punto importante de este caso, es el tratamiento, donde las guías internacionales dictan la profilaxis en paciente neutropénicos con fluconazol, y en caso de infección es la caspofungina, sin embargo en nuestro caso, el hongo era resistente a ambos, requiriendo el manejo con tercera línea por anfotericina B, resaltando la importancia de la sensibilidad a antifúngicos en casos graves. Realizando una búsqueda de resistencia de C. parapsilosis, se debe evitar la administración de equinocandinas en esta familia. Esto es por tener polimorfismos naturales en los genes FKS1 o FKS2 que controlan la enzima dirigida por las equinocandinas, lo que los hace menos susceptibles, y laboratorialmente se reflejan con una concentración mínima inhibitoria más alta.

852

Paracoccidioidomicosis diseminado en un paciente inmunocompetente

Cuiting Feng[1]
[1]*Hospital Calderon Guardia, Monte de Oca, Costa Rica*

introducción: La paracoccidioidomicosis es una micosis profunda, endémica en algunos países de Latinoamérica, sin embargo en Costa Rica es poco frecuente. De los reportes de casos registrados, los pacientes son agricultores y tiene comorbilidades. La presentación del siguiente caso es interesante debido que es un caso de paracoccidiodomicosis sistémico de un paciente inmunocompetente, con antecedente de haber viajado a Brasil, previo a los síntomas presentados.

Descripción del caso clínico: se trata de un paciente masculino de 43 años, trabaja como contador, casado. Tabaquista inactivo, fumo por 2 años. Además paciente tiene hipertensión arterial. Con antecedente de haber viajado a Brasil hace 1 año.
Consulta por lesiones de 3 meses de evolución que empezaron a nivel de antebrazos posteriormente se diseminaron prácticamente en todo el cuerpo. Las lesiones inician como vesículas y luego se secan y se torna violáceas. Se asocia sudoración nocturna, tos con secreción blanquecina, fiebre intermitente, astenia, adinamia, dolores articulares e hipoestesias en plantas y adenopatías cervicales. Pérdida de peso de aproximadamente 15 kilos.
Inicialmente fue valorado por infectología y hematología por sospecha por proceso neoplasico, se le realizo estudios de imágenes y se le tomo biopsia de médula ósea, la cual se reporta como normal. Debido a la persistencia y diseminación de nuevas lesiones cutáneas, se interconsulta al servicio de dermatología para la ayuda diagnostica.
Al Examen físico se documenta lesiones diseminadas en todo el cuerpo en placas que pequeñas irregulares, bien definidas, infiltradas de color violáceas. Algunas presentan ulceraciones centrales que presenta un material blanquecina seca, no purulenta, no fétida con escama blanquecina periulceral. Las lesiones respecta mucosas y genitales. No presenta caída de cabello, ni tampoco presenta lesiones a nivel ungueal.
Los exámenes de laboratorios: serología por VIH: negativa, VDRL: no reactiva, PCR por Tuberculosis en esputo: negativo. DHL: normal. ANCA C y ANCA P: negativo. Factor Reumatoideo: negativo, ANA: negativa, Leucocitos: 8000/ mm3 con 24% de eosinófilos. VES: 74 mm/hora.
Bajo la sospecha diagnostica de una enfermedad infecciosa, motivo por el cual se efectúa nuevas biopsias de piel y de la adenopatía cervical.
En las nuevas biopsias, con la tinción de PAS: se observan estructura de levadura en forma de timón de barco. Por lo que se confirma el diagnóstico de la paracoccidiodomicosis sistémico, se le inició tratamiento intravenoso con anfoterina B, paciente, presenta muy buena respuesta terapéutica, ya que pocos dias al tratamiento, las lesiones cutáneas empezaron a disminuir de tamaño, paciente presentaba menos síntomas sistémicos. Se completó 14 días de tratamientos sistémicos con anfotericina B, posterior paciente se egresa con tratamiento oral con itraconazol. Y al año de seguimiento. Paciente cursa con total remisión de síntomas.

Conclución: Paracoccidiodomicosis sistémico es una enfermedad poca frecuente, se presenta con mayor frecuencia en personas inmunosupresa y cuya profesión se dedica a labores del campo. Sin embargo en nuestro caso se presentó en paciente inmunocompetente, cuyo antecedente de haber viajado a Brasil previo al desarrollo de los síntomas. Además el paciente presento una muy buena respuesta al tratamiento con recuperación completa de la enfermedad.

867

Feohifomicosis subcutánea, un hallazgo casual: Reporte de caso

Cecilia García Mañaná[1], Gabriella Cuevas Lantigua[2], Ivette De Sanctis González[3], Dolores Mejía de la Cruz[2]
[1]Clínica Corominas Pepín, Santo Domingo, República Dominicana, [2]Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana, [3]Punta Cana Doctors Clinic, La Altagracia, República Dominicana

Introducción. La feohifomicosis es una infección fúngica oportunista poco frecuente que ocurre mayormente en pacientes inmunosuprimidos. El quiste micótico es una forma localizada de esta patología, caracterizada por lesiones subcutáneas asintomáticas desarrolladas tras la inoculación traumática o inhalación del hongo, siendo más común en pacientes inmunocompetentes, por lo que es de gran importancia considerarlo durante el diagnóstico diferencial de lesiones de tipo quísticas. Presentamos el caso de un paciente joven, sin historia de trauma ni evidencia clínica de inmunocompromiso, quien acudió a la consulta por cuadro de acné pápulo-pustuloso en cara y como hallazgo casual al examen físico se evidenciaron lesiones quísticas no específicas en abdomen.

Caso clínico. Paciente masculino de 21 años, estudiante, oriundo de una zona urbana de Santo Domingo, República Dominicana y sin antecedentes mórbidos conocidos, quien acude a consulta por presentar dermatosis en cara de más de un mes de evolución correspondiente a cuadro de acné. Al examen físico se observa neoformación quística no dolorosa a la palpación, de bordes móviles y regulares en hemicara derecha. Al resto del examen físico y como hallazgo casual nos encontramos en cuadrante abdominal inferior izquierdo con numerosas neoformaciones indoloras, no pruriginosas ni supurativas, que a la palpación sugieren múltiples lesiones quísticas en ramilletes de uva con telangiectasias discretas. El paciente refiere más de 10 años de evolución de estas y niega todo antecedente aparente de trauma, contacto con sustancias químicas, mordeduras de artrópodos, antecedentes familiares, contacto con personas con lesiones similares o viajes al extranjero. Se indica sonografía abdominal donde se evidencian dos pequeñas imágenes hipoecogénicas, ovaladas, bien definidas, avascularles diagnosticadas como lipomas. Se procede a realizar extirpación-biopsia de lesión en cara y de una de las lesiones de mayor tamaño en abdomen. En el reporte histopatológico se describe una formación quística delimitada por epitelio similar a la epidermis (quiste pilar infundíbular en cara) y abundantes hifas negras septadas, ramificadas (quiste micótico en la muestra abdominal). No hubo crecimiento en el cultivo realizado a lesión quística abdominal. Se procede a extirpación del mayor número de lesiones posibles, se inicia tratamiento con itraconazol 300 miligramos vía oral 1 vez al día por 6 meses para manejo de microlesiones en la pared abdominal y se cita para seguimiento mensual.

Conclusiones. La feohifomicosis es una patología subdiagnosticada, tanto por falta de sospecha clínica, como por un diagnóstico de imagen erróneo, la ausencia de inmunosupresión y un cultivo negativo, como fue el caso de este paciente. Sin embargo, la carencia de estos no debe ser excluyente para establecer el diagnóstico. Es de relevancia resaltar que los resultados negativos en el cultivo buscando crecimiento de hifas, pueden atribuirse a la larga duración del organismo en el paciente. Realizar una extirpación-biopsia es esencial para hacer el diagnóstico definitivo.

870

Criptococosis diseminada con compromiso meníngeo, pulmonar, gastrointestinal, urinario y cutáneo

Patrizia Chú Gutierrez, Karina Feria Saldaña
[1]Servicio de Dermatología - Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción:
La razón por la cual elegí este caso clínico es debido a que demuestra la importancia del estudio directo de lesiones tipo molusco-like como método para diagnóstico temprano de Criptococosis diseminada.

Caso clínico:
Varón de 34 años, con diagnóstico de infección por VIH. Presenta clínica de 1 mes, caracterizada por cefalea, náuseas, vómitos, fiebre y lesiones dérmicas de distribución generalizada, por lo que acude a nuestra institución.
Al examen físico, se evidencian múltiples pápulas umbilicadas, con necrosis central, de distribución generalizada. Además, rigidez de nuca y signos meníngeos.
Se realiza examen directo con tinta china de raspado de pápula, evidenciando levaduras encapsuladas, sugerentes de Cryptococcus.
Posteriormente se efectiviza examen directo de biopsia de piel, observandose múltiples levaduras, algunas gemantes.
Por presentar cefalea con meningismo, se realiza Punción lumbar, la cual manifiesta presión de apertura elevada, estudio directo KOH con levaduras gemantes, tinta china con formas típicas de Cryptococcus y cultivo con crecimiento de Cryptococcus Neoformans.
En busca de otros sistemas afectados, se solicita examen directo de esputo y orina evidenciándose formas típicas de Cryptococcus; así mismo, el cultivo de esputo, hemocultivos y cultivo de piel presentaron crecimiento de Cryptococcus Neoformans.
El estudio anatomopatologico de biopsia de piel mostró abundante mucina ocupando toda la dermis reticular con estructuras redondeadas, algunas con gemacion única. La tinción de Grocott resaltó estas estructuras levaduriformes.
Además, el paciente cursó con intolerancia oral y dolor abdominal, por lo que se realizó endoscopía digestiva alta, que determinó gastropatía antro-corporal eritematosa y la biopsia gástrica concluyó en infección por Cryptococcus Neoformans.

Se inicia tratamiento con Anfotericina B y Fluconazol. El paciente cursa con hipokalemia severa debido al tratamiento con Anfotericina, por lo que se le colocó un catéter venoso central, secundario a ello presentó infección del catéter, indicándole antibióticoterapia de amplio espectro, sin embargo, el paciente se niega a retiro de catéter y cursa con evolución desfavorable, presenta shock séptico con falla multiorgánica con fallecimiento del paciente.

Conclusiones:
En la criptococosis de pacientes con infección por VIH, la afectación de la piel es relativamente rara (10% a 20%), sin embargo, es un marcador de enfermedad grave y diseminada.
Este caso ilustra la importancia de la realización del examen directo a partir de las lesiones cutáneas de criptococosis, ya que establece un diagnóstico precoz y oportuno de esta entidad.
La criptococosis diseminada es una enfermedad poco común y, a menudo, fatal. El pronóstico de estos pacientes es malo, por su asociación a inmunodepresión severa, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportuno es crucial.

881

Regresión de verrugas víricas comunes tras la aplicación de la vacuna BioNTech, Pfizer COVID-19

Jorge Kevin Asto Altamirano[1], Anghella Guarniz Lozano[1], Lucy Bartolo Cuba[1], Jenny López Vereau[1], Crystel Araujo Silva[1]
[1]Hospital Victor Lazarte Echegaray, Trujillo, Perú

Introducción:
Se presenta el siguiente caso clínico con el objetivo de informar un interesante efecto de la vacuna BioNTech, Pfizer COVID- 19 sobre la evolución clínica de las verrugas víricas comunes.

Caso clínico:
Varón de 58 años (fototipo IV), sin comorbilidades ni uso de medicación alguna, quien presenta verrugas víricas en ambas manos desde hace 2 años, las cuales intentó eliminar de manera mecánica sin éxito alguno. En abril del 2021 fue hospitalizado por neumonía SARS-CoV-2 siendo dado de alta 2 semanas después, sin complicaciones. Inicia la administración de la vacuna BioNTech, Pfizer COVID-19 en julio del 2021 recibiendo una tercera dosis en diciembre del mismo año. A los 3 días de aplicada la última dosis nota descamación e inicio en la disminución del grosor de las verrugas, 4 semanas después, las lesiones remiten en casi su totalidad.

Conclusión:
En el marco de la pandemia por SARS-CoV-2 y tras el inicio de la vacunación masiva, existe una creciente evidencia sobre la relación entre las distintas vacunas desarrolladas y sus efectos adversos cutáneos. La posible conexión entre la vacuna COVID-19 y la resolución clínica de las verrugas víricas comunes resulta interesante, ya que, en el mismo contexto, existen casos reportados que demuestran la remisión de estas mismas lesiones tras la administración sistémica de la vacuna VPH tetravalente. Del mismo modo, algunas vacunas (vacuna sarampión, paperas, rubéola, vacuna Bacillus Calmette-Guerin) ya se aplican intralesionalmente en el tratamiento de esta dermatosis. Recientemente se publicó un caso similar en una mujer de 28 años con verrugas víricas comunes en ambas manos, las cuales desaparecieron completamente luego de 4 semanas de administrada la tercera dosis de la vacuna ChAdOx1-S/nCoV-19. Los mecanismos moleculares subyacentes a este efecto beneficioso de la vacuna son desconocidos actualmente, sin embargo, parece ser que existiría un cambio en el perfil de citoquinas expresadas tras el estímulo antigénico de la misma que ayudaría en la mejora de esta infección viral. Bajo estos precedentes descritos, la utilización de la vacuna COVID-19 podría plantearse en el futuro como un arma terapéutica frente a esta patología; sin embargo, como en algunos casos las verrugas víricas pueden resolverse de manera espontánea, no podemos excluir este escenario en el caso presentado; por lo tanto, se necesitan mayores investigaciones para confirmar la hipótesis sobre la regresión de las verrugas víricas comunes después de la vacuna COVID-19.

883

Enfermedad de Hansen dimorfa multibacilar imitando un tumor vascular: análisis clínico y dermatoscópico

Oscar Eduardo Guzmán Mendoza[1], Francisco Javier Lopez-Montoya[2], Liliana Muñoz-García[3]
[1]Universidad Icesi - Fundación Valle Del Lili, Cali, Colombia, [2]Universidad Icesi - Fundación Valle Del Lili, Cali, Colombia, [3]Universidad Icesi - Fundación Valle Del Lili, Cali, Colombia

Introducción
La Enfermedad de Hansen es una infección causada por bacilos ácido alcohol-resistentes del complejo Mycobacterium leprae, los cuales suelen afectar de manera preferente la piel, el sistema nervioso periférico y el sistema retículo-endotelial. Su manifestación clínica es ampliamente variable incluyendo: máculas bien definidas, placas infiltradas, lesiones anulares, nódulos o lepromas; este espectro depende principalmente de la respuesta inmunológica del paciente (polo tuberculoide y polo lepromatoso).
En Colombia, esta patología infecciosa continúa siendo un problema de salud pública, con transmisión activa de la misma y representa un padecimiento altamente estigmatizado, con gran impacto en la salud mental de los pacientes y su entorno familiar.
Se presenta el siguiente caso clínico, donde la identificación de la enfermedad fue realizada mediante el estudio histopatológico, dado que los hallazgos clínicos orientaban la impresión diagnóstica de un tumor de origen vascular.

Caso clínico
Paciente masculino de 78 años, cesante y procedente del área rural de Cali - Valle del Cauca, Colombia. Tenía antecedentes de diabetes mellitus insulino-requiriente, mielofibrosis primaria y trombocitopenia inmune primaria en crisis, por esta razón estaba en tratamiento con dexametasona e inmunoglobulina endovenosa, adicionalmente otitis media por colesteatoma a la espera del procedimiento de resección por servicio de otorrinolaringología.

En este contexto hospitalario se solicitó la valoración por dermatología dada la presencia en el tercio distal del antebrazo izquierdo de un tumor único ovalado de 8 meses de evolución de superficie plana, diámetro de 15 x 13 mm, coloración rojo-violácea de bordes netos, consistencia blanda, no doloroso a la palpación. En el estudio dermatoscópico con luz polarizada (DermLite DL4) se apreció una lesión de fondo parduzco, ligera descamación y tapones foliculares, con áreas circunferenciales rosadas intercaladas con áreas desestructuradas y presencia de pelos vellosos en menor densidad respecto a la piel circundante, estos hallazgos sugerían un patrón de arcoíris atípico.
Con estos hallazgos macro y dermatoscópicos se consideró la posibilidad de un tumor de origen vascular tipo Sarcoma de Kaposi, motivo por el cual se realizó una biopsia incisional. El resultado del estudio histopatológico mostró células histioides con una morfología fusiforme asociadas a una coloración Fite Faraco positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes, en consecuencia, se dio el diagnóstico de Enfermedad de Hansen. En forma ambulatoria se efectuó el estudio de baciloscopia de linfa con resultado positivo, con lo tanto se clasificó como dimorfa multibacilar y fue referido al programa médico local que trata esta patología.

Conclusiones
Se presenta un caso clínico relevante para la epidemiología colombiana, dado que plantea el desafío diagnóstico de las innumerables presentaciones con las que esta enfermedad infecciosa se puede manifestar, así es como suele clasificarse dentro de las “grandes imitadoras” en dermatología, en este caso imitando un tumor vascular.
El análisis dermatoscópico es una herramienta útil para complementar los hallazgos clínicos, ayudando a excluir diagnósticos diferenciales, aunque no puede diagnosticar todas las lesiones de la Enfermedad de Hansen por si misma. Se debe estimular la documentación por este método para nutrir el conocimiento médico al respecto.

893

Histoplasmosis, una entidad imitadora que debemos tener presente

María Del Mar Serna Posada[1], Sara Saldarriaga Santamaría[1], Susana Chiquito García[1], Ana Cristina Ruiz Suárez[1], Ángela María Londoño García[1]
[1]Universidad Ces, Medellín, Colombia

Introducción
La histoplasmosis es la micosis profunda endémica más común en América Latina. El agente causal es Histoplasma capsulatum, un hongo dimórfico, que tras ser inhalado como microconidia se convierte en levadura al ingresar al cuerpo humano. Se encuentra en la tierra, en detritos vegetales y puede aislarse del guano de murciélagos y algunas aves.
Su prevalencia ha aumentado debido al uso de inmunosupresores y la pandemia del VIH. En huéspedes inmunocompetentes la infección puede ser asintomática y autolimitarse. La manifestación más común es la infección pulmonar; Sin embargo, los pacientes inmunosuprimidos o de edades extremas pueden tener gran variedad de presentaciones clínicas y afectación extrapulmonar. Los pacientes con conteo de CD4+ menor a 200/mm3 tienen un mayor riesgo de diseminación hematógena. Se ha descrito que hasta el 50% de los casos de enfermedad diseminada presentan compromiso en la piel y el amplio espectro de manifestaciones cutáneas puede dificultar el diagnóstico de esta entidad. Resaltamos el papel del dermatólgo y la biopsia cutánea como una herramienta clave, debido a su fácil acceso, en el diagnóstico de la histoplasmosis diseminada en pacientes con VIH.

Caso clínico
Masculino de 37 años, con diagnóstico de VIH (CD4+ 19 y carga viral 115.768 copias/ml) con pobre adherencia a la terapia antirretroviral, quien al reiniciar tratamiento para su enfermedad presenta aparición de lesión en raíz nasal, dolorosa, con crecimeinto progresivo, con posterior ulceración y aparición de lesiones similares en la frente, labio inferior, cuello y miembros inferiores. Recibió tratamiento con doxiciclina ante la sospecha de herpes impetiginizado, por persistencia de las lesiones es remitido a nuestra institución.
Al examen físico presentaba una úlcera de bordes eritematosos con costra melicérica en su superficie, de 3 cm de diámetro localizada en la raíz nasal. Múltiples pápulas eritematosas, algunas con costra en el centro localizadas en cuero cabelludo, frente, mejillas, labio inferior, mentón, cuello, tórax y dedos de pies. Además, presentaba adenopatías no dolorosas en región cervical anterior.
Se solicitó KOH de la lesión, demostrando blastoconidias intracelulares compatibles con Histoplasma capsulatum, hallazgo que se confirmó también mediante biopsia de piel y de ganglio linfático. Adicionalmente se obtuvo antigenuria positiva confirmado el diagnóstico de histoplasmosis diseminada.
Recibió tratamiento con Anfotericina B por 14 días, se formuló traconazol jarabe para tratamiento ambulatorio. Se realizaron curaciones por clínica de heridas con evolución satisfactoria.

Conclusiones
Debemos tener en cuenta el diagnóstico de la histoplasmosis en nuestra población, ya que somos una región endémica y debido al aumento de pacientes en terapia inmunosupresora o con diagnóstico de VIH, su prevalencia está en aumento también en regiones no endémicas.
Adicionalmente resaltamos la importancia de sospechar este diagnóstico, debido a la variedad en sus presentaciones clínicas, comportándose como imitadora y oportunista en pacientes inmunosuprimidos.

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

951

Síndrome úlcero-verrucoso tropical: ¿qué diagnósticos considerar?

AlejanJazmin Granizo Rubio[1], Victor Hugo Pinos León[2], Jennyfer Daniela Granizo Rubio[2]
[1]Universidad Tecnologica Equinoccial, Quito, Ecuador, [2]Hospital Metropolitano de Quito, Quito, Ecuador

Introducción
El síndrome úlcero-verrucoso tropical incluye la cromoblastomicosis, esporotricosis, paracoccidioidomicosis, lobomicosis, leishmaniasis y tuberculosis cutánea verrugosa, enfermedades de amplia distribución en áreas tropicales y subtropicales, realizar el diagnóstico específico suele ser difícil ya que estas patologías pueden confundirse entre sí, en algunos casos es sumamente importante investigar la presencia de patología sistémica ya que como veremos en el siguiente caso el compromiso cutáneo fue la pieangular para descubrir la diseminación sistémica asociada.

Caso clínico
Varón de 53 años, carpintero, residente en la costa ecuatoriana refiere antecedente de tuberculosis pulmonar hace 3 años tratada con antifímicos. Presento pápula dolorosa de 2 años de evolución, que crece progresivamente y ulcera, además incontinencia fecal y rectorragia, causa aparente exposición a lodo durante deslave. adicionalmente refiere que hace 3 meses presentó 2 úlceras (región frontal y área retroauricular derecha) que crecieron progresivamente, tos, pérdida de peso y disfonía. Al examen físico se evidenció dermatosis localizada en región interglútea caracterizada por úlcera de 14 x 4 cm con bordes sobreelevados, brillantes, violáceos, irregulares, base de aspecto granulomatoso con áreas de fibrina y restos fecales.
En área frontal y retroauricular derecha presencia de 2 úlceras de 10 x 4 cm y 5 x 2 cm respectivamente de bordes violáceos bien delimitados ligeramente sobreelevados con fondo eritematoso y costras serohemáticas.
En el estudio anatomopatológico se evidenciaron células gigantes multinucleadas con esporas y gemaciones múltiples con aspecto de rueda de timón, morfología característica del género Paracoccidioides. El cultivo en medios Saboraud evidenció un hongo dimórfico en fases filamentosa y levaduriforme.
Se realizaron exámenes de extensión, que incluyeron:
1. Tomografía de tórax reportando infiltrado en vidrio deslustrado en bases de ambos campos pulmonares
2. Laringoscopía reportando estructuras vegetantes eucrómicas, confirmándose la presencia de estructuras micóticas con el análisis histopatológico.
Con estos hallazgos se llegó al diagnóstico de Paracoccidioidomicosis multifocal crónica diseminada a piel y laringe e inició tratamiento con Itraconazol 200 mg /día por 12 meses, con resolución total de las lesiones en piel y sintomatología sistémica, finalmente la tomografía de tórax de control evidenció ausencia de los hallazgos descritos inicialmente.
Debido a la evolución favorable de las lesiones pulmonares y síntomas sistémicos podemos afirmar que es altamente probable que el antecedente de tuberculosis pulmonar fue erróneo y se trató de una paracoccidioidomicosis pulmonar que posteriormente se diseminó.

Conclusiones:
1. Identificar el agente causal en el síndrome úlcero-verrucoso tropical no siempre es sencillo, podemos recurrir a la histopatología, cultivos de tejido o estudios de biología molecular, aunque no siempre son accesibles en los sistemas de salud.
2. Como se demostró en este caso el diagnóstico de la paracoccidioidomicosis pulmonar puede ser complejo y confundirse fácilmente con tuberculosis debido a la similitud clínica e imagenológica de ambas entidades, incrementar la sospecha de estas patologías poco frecuentes en el personal de salud evitará complicaciones como la diseminación multifocal secundarias a un diagnóstico inicial erróneo.
3. La Paracoccidioidiomicosis es endémica en Latinoamerica, en algunos países como Ecuador no es de notificación obligatoria por lo cual su incidencia real es desconocida.

954

Micetoma en cuero cabelludo por Microsporum canis

Catherine Fortique[1], Aniusky Rossana Brazón[1], William Ortiz-Cáceres[1], Mariangel Rocha-Aldana[1], Maria Panniello-Ciampa[1], Primavera Alvarado[1], Ricardo Pérez-Alfonzo[1], Mariaesther Vásquez-Chirinos[1], Elsy Cavallera[1], Oscar Reyes-Jaimes[1]
[1]Universidad Central de Venezuela - Instituto de Biomedicina "Jacinto Convit", Caracas, Venezuela

Micetomas por dermatofitos o también conocidos como pseudomicetomas, debido a que su origen no es exógeno, es decir, son consecuencia de una tiña crónica. Son una micosis poco frecuente. La mayoría de los casos se observan en pacientes inmunosuprimidos. Se presenta caso de adolescente femenino de 17 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de importancia, con mascotas como perros y gatos desde su infancia. Inicia enfermedad a los 9 años de edad aproximadamente, presentando placa descamativa en cuero cabelludo que luego se transforma a nódulo eritematoso, pruriginoso. Es evaluada por facultativo, quién indica antibioticoterapia (no precisa), sin mejoría. Al pasar del tiempo dicha lesión progresa a tumor y se asocian 5 nódulos más en cuero cabelludo, por lo que decide acudir a nuestra consulta en el 2021. Observando al examen físico, tumor eritematoso, húmedo, no friable, no doloroso, de 60mm de diámetro, con escasa secreción purulenta, localizado en región temporoparietal derecha. Así mismo múltiples nódulos eritematosos, no dolorosos, de tamaños variable, algunos con costras en su superficie, localizados en cuero cabelludo. Solicitando perfil general. Se realizó laboratorios, encontrando hematología completa y química sanguínea dentro de límites normales, serología HIV negativa. Así mismo, se solicita TAC de Cráneo, observando masa tumoral que no compromete tejido óseo. Se realiza biopsia incisional de la lesión más grande, evidenciando, fragmento de dermis, no recubierto por epitelio, con globos eosinofílicos en todo su espesor. A mayor aumento, se identifican granos eosinofílicos con hifas hialinas en su estructura, rodeadas por células gigantes tipo Langhans y cuerpo extraño, planteándose Eumicetoma. Por lo que en la siguiente consulta, se toma muestra de secreción con aspecto arenoso y se realiza examen directo con KOH 10% observando granos pardos multilobulados, arriñonados. Se realiza biopsia escisional de la lesión más grande, obteniendo resultado histológico con las mismas características de la biopsia anterior. Además se realizan con coloraciones especiales PAS y Grocott evidenciando conglomerados de hifas en el centro de los granos. En el medio de cultivo agar de Sabouraud se vieron colonias blanco algodonosas radiadas con reverso amarillo, se tomó muestra para el extendido con azul de lactofenol, y se describieron macroconidias, de paredes gruesas con más de 6 septos, identificando agente micológico Microsporum canis. Se le indica Itraconazol 200mg/día, sin embargo, por condición socioeconómica de la paciente y disponibilidad se cambia a Terbinafina 250mg/día de forma continua, con control por nuestro servicio y niveles de TGO y TGP cada 2 meses. Obteniendo mejoría clínica con disminución de tamaño de los 5 nódulos restantes. El interés de la presentación de este caso, es demostrar que los micetomas por dermatofitos, son micosis extremadamente raras. Consecuencia de Tinea capitis crónica no tratada. Y es importante conocerla para un diagnóstico y manejo oportuno.

955

Amebiasis de vida libre con compromiso cutáneo

Ana María Margarita Obregón Rondón[1], Manuel Del Solar Chacaltana[1], Karina Feria Saldaña[1], Martin Salomón Neira[1], Alex Ventura León[1]
[1]Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción:
La infección por amebas de vida es una infección emergente en países en vías de desarrollo como Perú.
Se presenta este caso clínico debido a que a diferencia de otros países; en nuestro medio, durante el transcurso de los años, se han reportado casos clínicos en los cuales el compromiso cutáneo antecede al compromiso neurológico.

Caso clínico:
Paciente mujer de 10 años, natural y procedente de Pampa Grande-Tumbes (Perú) donde realiza actividades recreacionales en lagos. No presenta antecedente médicos ni familiares.
Cursó con cuadro clínico de 5 meses de evolución. Cinco meses antes de su ingreso hospitalario, presentó pápula eritematosa en región infraorbitaria izquierda que aumentan en número en la misma región. Cuatro meses antes de su ingreso, las pápulas confluyen formando una placa que se extiende a región nasal por lo que ante sospecha de celulitis recibió tratamiento antibiótico sin mejoría clínica. Tres meses antes de su ingreso, recibió tratamiento como micosis superficial no presentando mejoría. Por persistencia de cuadro clínico acude en diciembre 2020 al Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú.
Al examen físico, las funciones vitales se encontraban dentro de parámetros normales. En piel se evidenció placa eritematosa infiltrativa de bordes no definidos que compromete región nasal y surcos nasogenianos, indolora a la palpación y con sensibilidad conservada. Resto del examen físico sin alteraciones.
En los exámenes auxiliares, se le realizó hemograma completo, urea, creatinina y electrolitos dentro de parámetros normales. Asimismo, para descartar compromiso neurológico se le realizó punción lumbar presentando recuento celular, gram y cultivos para gérmenes sin alteraciones; así como resonancia magnética cerebral donde se evidenció encéfalo de características normales, además de sinusitis frontal y etmoiditis izquierda.
El estudio anatomopatológico, evidenció infiltrado linfoplasmocitario que intenta formar granuloma con presencia de histiocitos y además, presencia de estructuras unicelulares con núcleo central correspondiente a trofozoitos. No pudo realizarse estudios para identificar al agente debido a limitación de acceso a laboratorios de investigación por pandemia.
Durante su hospitalización, recibió tratamiento vía oral con Albendazol 400mg cada 24 horas, Itraconazol 200mg cada 12 horas y Miltefosina 25mg cada 8 horas con evidente mejoría clínica, no obstante al alta médica paciente descontinuó tratamiento presentando luego de dos semanas aumento de lesión cutánea sin otra sintomatología, aparentemente, por lo que se le indicó hospitalización; sin embargo padres retiraron a la paciente del hospital sin aviso al personal de salud y comunicándonos días después fallecimiento de paciente.

Conclusiones:
La infección por amebas de vida libre es una infección emergente en nuestro país y en otros países en vías de dearrollo en donde, a diferencia de otro países, el compromiso dermatológico antecede al compromiso neurológico.

La presencia de una placa centrofacial eritematosa e infiltrada en pacientes provenientes de regiones cálidas, desérticas y con uso recreacional de aguas dulces debería hacernos sospechar este diagnóstico.

Un buen enfoque clínico-patológico como dermatólogos, nos permitirá plantear un diagnóstico temprano y brindar tratamiento oportuno para mejorar la probabilidad de supervivencia de nuestro paciente, así el pronóstico variará de acuerdo a nuestro actuar.

967

Enfermedad de Rosai-Dorfman e histoplasmosis diseminada: reporte de caso en paciente inmunosuprimido y revisión de la literatura

Laura Milena Castilla Daza[1], Mariana Gómez[1], Alexander Velandia Siabatto[1], Adriana Motta[1], Hugo Páez[2], Oscar Briceño[2]
[1]Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia, [2]Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia

Introducción:
La enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD) o histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva, es una alteración proliferativa histiocítica, poco común, más frecuente en adultos jóvenes y niños, con una predilección masculina. Se manifiesta con síndrome febril, anemia, linfadenopatía indolora, elevación de la velocidad de eritrosedimentación, neutrofilia e hipergammaglobulinemia policlonal. Se considera cutánea cuando la afectación es únicamente en piel y sistémica cuando hay compromiso extranodal, reportada en pacientes con enfermedad del sistema inmunológico, incluyendo infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, la presentación cutánea no es frecuente en pacientes inmunosuprimidos y son pocos los casos reportados en la literatura. Reportamos el caso de un paciente que presenta infección por VIH, ERD e histoplasmosis diseminada con afectación cutánea.

Caso clínico:
Paciente masculino de 25 años con cuadro clínico de 4 meses de evolución de lesiones predominantemente cutáneas, tipo placas verrugosas, de bordes irregulares, bien delimitadas, con centro atrófico no dolorosas, pruriginosas, desfigurantes, múltiples úlceras cubiertas por costras hemáticas, que a su vez comprometían extremidades y áreas acrales. Como antecedente de importancia refería infección por VIH en estado 3C (SIDA), diagnosticado 5 meses antes de la hospitalización, aún sin inicio de terapia antiretroviral.

Se realizaron baciloscopias, cultivos y PCR para Mycobacterias, los cuales fueron negativos. Como estudios de extensión se realizó antígeno sérico de Cryptococcus negativo y antígeno urinario de Histoplasma positivo. Se realizaron dos biopsias de piel, en la primera, del mentón, se evidenciaron levaduras PAS positivas sugestivas de histoplasmosis. En la segunda, del brazo izquierdo, se encontró adelgazamiento epidérmico linfohistiocitario con histiocitos aumentados de tamaño de aspecto espumoso con infiltrado de células plasmáticas y células linfoides intersticiales con algunas células gigantes multinucleadas y presencia de células inflamatorias intracitoplasmáticas con fenómeno de emperipolesis, con escasas células tipo Touton, y fibrosis, con extensión hasta el tejido celular subcutáneo. Coloración Giemsa negativa para amastigotes, ZN negativa para bacilos ácido-alcohol resistentes y PAS negativa para microorganismos micóticos. Inmunohistoquímica para histiocitos con reactividad de algunas células multinucleadas, con S100 positivo y CD1a negativo.

Teniendo en cuenta manifestaciones clínicas, estudios complementarios, histopatología e inmunohistoquímica, se concluyó que el paciente cursaba con ERD e histoplasmosis diseminada.

Desde el ingreso, ante la sospecha clínica de histoplasmosis, se inició manejo empírico con Anfotericina B liposomal 5 mg/kg/día, presentando mejoría significativa de las lesiones. Posteriormente se dio egreso con Itraconazol y terapia antiretroviral.

Conclusión:
La ERD es una enfermedad poco común, de etiología desconocida, con un curso generalmente autolimitado y benigno que involucra con mayor frecuencia ganglios linfáticos y otros órganos como la piel, en un menor porcentaje.

Se presenta el caso de un paciente con VIH, con manifestaciones cutáneas de la ERD y de histoplasmosis diseminada, sin compromiso ganglionar, que respondió de manera satisfactoria al tratamiento sistémico antifúngico instaurado. Es importante tener en cuenta la asociación entre estas patologías ya que nunca ha sido descrita en la literatura.

981

Coccidioidomicosis cutánea primaria, presentación de un caso

María Fernanda Martínez Saharopulos[1], Rossy Anahi Rivas López, Juan Pedro Iribe Martinez
[1]*Centro Dermatologico de Sinaloa, Culiacán Sinaloa, México*

Introducción
La coccidioidomicosis es una micosis sistémica producida por la infección de 2 especies de hongos dimorfos, Coccidioides immitis y Coccidioides posadasii, la vía de entrada al organismo generalmente es respiratoria, el hongo se adquiere por inhalación de las artrosporas del suelo y se manifiesta frecuentemente de forma asintomática mientras que la forma cutánea representa una manifestación rara de la enfermedad. Se presenta de forma primaria en piel en el 2% de los casos y se adquiere mediante una solución de continuidad o inoculación traumática de artroconidios, donde adquiere morfologías variadas desde pápulas, abscesos, úlceras, tracyectos fistulosos acompañados de adenitis regional o linfangitis de aspecto esporotricoide. El diagnóstico se establece mediante identificación del hongo con examen directo y estudio histopatológico donde se observan esférulas de doble membrana con endoesporas en su interior y mediante el cultivo el cual es reservado para los casos en los que no es posible demostrar las esférulas por otros medios. El tratamiento de elección incluye principalmente triazoles como la primera línea de tratamiento por 6 a 12 meses mientras que la anfotericina B se reserva para casos diseminados o ante falla al tratamiento inicial, no debe usarse como monoterapia y su administración limita su uso a medios hospitalarios.

Caso clinico
Paciente de sexo femenino de 60 años, originaria del estado de Sinaloa, de ocupación empleada y ama de casa, que acude con un resultado de histopatología por carcinoma basocelular infiltrante localizado a rostro en región frontal, para la realización de tratamiento quirúrgico. Durante la exploración física del resto de piel y anexos se encontró una dermatosis localizada a cuello cara posterior lateral derecha constituido por una neoformación exofítica eritematosa, infiltrada de bordes definidos y regulares con presencia de telangiectasias en su superficie que sigue un trayecto lineal, media 1.5 cm x 0.4 cm x 0.3 cm aproximadamente de evolución aparente crónica. Se le realizó biopsia en sacabocado 4 mm en dermatosis de cuello y el reporte histopatológico mostró la presencia de esférulas de doble membrana con endosporas, por dicho motivo de solicito estudio micológico observando al examen directo con KOH 3 esférulas inmaduras con doble membrana. Posteriormente se solicitaron estudios de extensión, en la radiografía de tórax no se encontró evidencia de infiltrados o consolidaciones parenquimatosas y los paraclinicos reportaron resultados dentro de los parámetros de la normalidad. Se integro el diagnóstico de Coccidioidomicosis cutánea primaria y se optó por manejo farmacológico con Itraconazol tabletas 100 mg cada 12 horas por 1 mes con cita de seguimiento en 30 días.

Conclusiones
La Coccidioidomicosis cutánea primaria es una forma de presentación poco común. Se presenta principalmente en personas de sexo masculino y con factores de riesgo tales como exposición a suelos arenosos o trabajadores de laboratorios. Para su diagnóstico es importante descartar la presencia de coccidioides de forma extracutánea mediante estudios paraclinicos complementarios. Su presentación morfológica y presentación clínica es variada lo cual dificulta el diagnóstico en algunos casos incluso llegando a ser un diagnóstico incidental.

985

Polimorfismo cutáneo de histoplasmosis diseminada en paciente inmunosuprimido

David Eduardo Reyes Jaramillo[1], John Fabian Hernandez Riveros[1], Juliana Florez Peña[1], Laura Vanessa Vargas Gualdron[1]
[1]*Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud, Bogotá, Colombia*

La histoplasmosis es una enfermedad micótica granulomatosa con un amplio espectro clínico; su presentación es infrecuente en la población general, siendo más común en pacientes con algún grado de inmunosupresión, la variabilidad de los hallazgos semiológicos es amplia, por lo que esta condición es de difícil diagnostico. Presentamos un paciente masculino de 38 años, con cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por presencia de pápulas y placas pardas de aspecto moluscoide en cara, brazos y tórax anterior, asintomáticas, con posterior extensión a miembros inferiores y progresión a múltiples nódulos con costras hemática de aspecto rupioide en mejillas y dorso nasal, asociado a úlcera de bordes sobrelevados y fondo con tejido de granulación, en cuerpo de pene. 15 días previos al inicio de cuadro, fue diagnosticado con VIH estadio SIDA, en manejo con tenofovir/emtricitadina (300 mg+200mg/dia), atazanavir/ritonavir (300+100mg/dia) y terapia profiláctica con trimetropin sulfametoxazol 160/800 mg y Fluconazol 200 mg día. Debido a la progresión y aumento en extensión de las lesiones, se hospitaliza y se realiza toma biopsia con coloración básica, con un perfil infeccioso: carga viral VIH: 664 copias/ml y CD4 110 células/ml, resto perfil negativo.
El reporte de biopsia evidencia un denso infiltrado inflamatorio superficial y profundo linfohistiocitario con histiocitos espumosos, a nivel intracitoplasmático estructuras ovoides muy pequeñas que tiñen intensamente con PAS morfológicamente compatibles con histoplasma capsulatum. Se realizan estudios imagenológicos de extensión encontrándose en el Tomografia axial computarizada de tórax: presencia de patrón en árbol de gemación en el parénquima pulmonar a nivel de segmento superior y anterior del lóbulo superior derecho y en el segmento anterior basal del lóbulo inferior derecho. Micronódulos centro lobulillares a nivel del segmento ápico posterior izquierdo, segmento superior inferior de predominio izquierdo, el mayor de 4 mm postero basal, compatible con diseminación endobronquial por germen oportunista confirmándose cuadro de una histoplasmosis diseminada. Se inicia terapia antimicótica con anfotericina liposomal a dosis de 3 mg/kg/día (dosis de 180 mg/día en infusión continua por catéter venoso central) hasta completar 3 semanas, posteriormente se da continuación de tratamiento con Itraconazol dosis inicial de 200 mg cada 8 horas por 3 días, continuándose a 200 mg cada 12 horas por el lapso de 12 meses, con disminución de tamaño de nódulos rupioides en región facial, placas de tórax y resolución de la úlcera en cara posterior de pene.

987

Tiña negra a propósito de un caso

Omar Esquerra Padilla[1], América Adilene Espinoza Gurrola[1]
[1]Centro Dermatológico de Sinaloa "Jesús Rodolfo Acedo Cárdenas", Culiacán Rosales, México

Introducción:
La tiña negra es una micosis superficial causada por Hortaea (Exophiala o Phaeoannellomyces) werneckii, un hongo levaduriforme, dematiáceo y halofítico, que afecta fundamentalmente la capa córnea de palmas y con menor frecuencia en las plantas, caracterizada por manchas hipercrómicas cubiertas por escama fina, en general suelen ser lesiones asintomáticas. Presentamos el caso de una mujer de 17 años que acudió al servicio de cirugía dermatológica debido a una mancha marrón oscuro no dolorosa y no pruriginosa en el pie izquierdo en región del arco plantar. La coloración y la ubicación de esta lesión normalmente incitarían a realizar una biopsia; sin embargo, el examen dermatoscópico y la preparación con hidróxido de potasio (KOH) se realizaron primero y demostraron evidencia de infección por H. werneckii.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 17 años de edad, estudiante, sin antecedentes personales patológicos, quien es referida al servicio de cirugía dermatológica para toma de biopsia debido a que presenta una dermatosis que afecta miembro inferior izquierdo ubicada en el arco plantar localizada y asimétrica, constituida por una mancha color marrón de limites irregulares, mide 1.8cm en su diámetro mayor de evolución aparente crónica. La paciente refiere 1 año de evolución con dicha dermatosis la cual no presenta prurito, dolor o algún otro síntoma. Se realiza examen dermatoscópico observando una mancha color cafe con distribución de pigmento irregular y la presencia de un patron paralelo a la cresta que presenta espículas finas, tenues y marrones. Ante la sospecha clínica tiña negra se realiza examen micológico con KOH donde se observan hifas color verde olivo, ramificadas, tabicadas, con algunos extremos delgados y hialinos. Se establece el diagnóstico de tiña negra plantar se inicia tratamiento con itraconazol cápsulas 100mg cada 24 horas durante tres semanas.

Conclusión:
La tiña negra es una micosis superficial causada por el hongo dematiáceo Hortaea werneckii, que se presenta predominantemente en áreas de clima tropical y subtropical (1). Clínicamente se manifiesta como una mácula color marrón de pigmentación irregular que se observa clásicamente en las palmas de las manos y las plantas de los pies(2). Un diagnóstico diferencial importante son las lesiones melanocíticas. El examen micológico directo revela hifas septadas dematiáceas tortuosas y se aísla el agente etiológico en cultivo, lo que confirma el diagnóstico(2). Los hallazgos dermatoscópicos son las hifas pigmentadas en el estrato córneo, con pigmento pardusco en espigas que forman un patrón reticulado además de un patrón paralelo a la cresta y ausencia de red de pigmento(3). La dermatoscopia puede ayudar evitando biopsias innecesarias, ya que permite la diferenciación con lesiones melanocíticas. También es útil para evaluar la eficacia terapéutica monitorizando la eliminación de esta lesión pigmentada.

Palabras clave: tinea nigra plantaris, Hortaea werneckii.

989

Úlcera en paladar, histoplasmosis orofaríngea una presentación inusual que imita otras entidades: reporte de caso

Tatiana Camayo Vásquez[1], Isabel Cristina Cuellar Ríos[2], María Daniela Polanía Tovar[3], María Alejan Casas Barrera[3]
[1]Médica residente de dermatología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, [2]Médica dermatóloga, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, [3]Médica residente de dermatología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Introducción
La histoplasmosis, causada por el hongo dimorfo histoplasma capsulatum, sigue siendo una enfermedad infecciosa prevalente en los pacientes inmunosuprimidos especialmente en los países en vía de desarrollo de América del sur (2), en los que es endémica. En la mayoría de los casos la presentación clínica se caracteriza por un compromiso sistémico importante (1) especialmente pulmonar, aunque en ocasiones, y dependiendo del inóculo puede permanecer asintomática (2). En los pacientes con infección por VIH la forma de presentación más usual es la diseminada, con compromiso multisistémico severo con alta morbimortalidad (3). El compromiso mucocutáneo acompaña frecuentemente la enfermedad sistémica (4). Presentamos el caso de un paciente con infección por VIH quien consulta por úlcera crónica en paladar duro, dolorosa asociada a dolor abdominal inespecífico de inicio posterior al cuadro mucoso. Esta forma de presentación mucosa crónica, sin compromiso sistémico, de la histoplasmosis diseminada es poco frecuente en los pacientes con infección por VIH.

Caso clínico:
Paciente masculino de 29 años con antecedente de infección por VIH, conteo de CD4 de 268 células, en manejo antiretroviral; con cuadro clínico de un mes de evolución de aparición de úlcera en paladar duro dolorosa asociada a dolor abdominal en los últimos 15 días. Al examen físico con úlcera de bordes eritematosos, friable, fondo con tejido de granulación, áreas verrugosas y membranas blanquecinas adheridas. Por hallazgos descritos se consideró cuadro clínico sugestivo de infección micótica oportunista más probablemente histoplasma. Se realizo biopsia con estudio histopatológico y cultivo para hongos del espécimen; así como antígeno urinario para histoplasma. Los resultados de los estudios evidenciaban en la coloración de hematoxilina eosina (HE) un infiltrado inflamatorio granulomatoso, dentro de los histiocitos se reconocieron estructuras tipo levadura pequeñas las cuales fueron PAS positivo; en el cultivo crecimiento de Histoplasma capsulatum. El antígeno de histoplasma en orina fue negativo. Por dolor abdominal se solicito endoscopia de vías digestivas altas y colonoscopia con evidencia de lesiones ulceradas compatibles con compromiso gastrointestinal por histoplasmosis. Se dio manejo con anfotericina B liposomal como terapia inicial continuando manejo oral con itraconazol. El paciente presentó resolución de la úlcera.

Conclusiones:
La histoplasmosis diseminada por histoplasma capsulatum es una entidad frecuente en pacientes con infección por VIH y bajos conteos de CD4, usualmente se presenta con compromiso multisistémico diseminado, y no mucocutáneo aislado. El caso de nuestro paciente nos ayuda a resaltar la importancia de realizar estudios microbiológicos y biopsia con estudio histopatológico con tinciones especiales para el adecuado enfoque diagnóstico. Aunque las infecciones fúngicas son de los primeros agentes que deben sospecharse en pacientes inmunosuprimidos, dado la ausencia de síntomas sistémicos francos y con un abanico de posibles otros agentes causales el estudio histopatologíco es crucial para la determinación etiológica y la diferenciación con otras entidades prevalentes en nuestro medio (leishmaniasis mucosa, paracoccidiodomicosis), otras más comunes en inmunosupresión (infección por virus de epstein barr VEB) o patología neoplásica (carcinoma escamocelular o linfoma) que requieran de intervenciones específicas y tratamientos dirigidos.

993

Esporotricosis cutánea linfangítica bilateral en miembros superiores

Abril Karolina Sarmiento Arteaga[1], Ricardo Pérez Alfonzo[1], Oscar Reyes Jaimes, Primavera Alvarado[1], Elsy Cavallera Cani[1], Idalina Martínez Da Silva[1]
[1]Servicio de Dermatología, Instituto de Biomedicina Jacinto Convit, Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela

INTRODUCCIÓN: La Esporotricosis es una micosis subcutánea subaguda o crónica que afecta el tejido cutáneo, subcutáneo y linfático, causada por el hongo dimórfico Sporothrix schenckii el cual penetra en la piel principalmente por inoculación con material contaminado. Las lesiones son de tipo nodulares eritematosas lineales siguiendo el trayecto linfático y frecuentemente se ulceran. Se afectan principalmente las extremidades y la presentación es generalmente unilateral, la esporotricosis linfangítica bilateral es muy rara, lo que resalta la importancia de este caso.

CASO CLÍNICO: Se trata de paciente masculino de 25 años de edad, procedente de Carayaca, Estado La Guaira, Venezuela, sin antecedentes patológicos conocidos y de ocupación agricultor (zanahorias, calabacín pepinos, entre otros). Consulta por presentar de dos meses de evolución nódulos que posteriormente se ulceraron en ambos miembros superiores con adenomegalias regionales; en el examen físico: fototipo cutáneo IV, presenta en ambos antebrazos múltiples nódulos, algunos ulcerados con centro costroso que siguen trayecto lineal y linfático hasta la región axilar. Se realiza registro fotográfico, exámenes de laboratorios con hematología completa y química sanguínea sin alteraciones, HIV y VDRL negativos, pruebas intradérmicas: Leishmanina negativa y Esporotriquina positiva (26mm), se realiza biopsia de piel incisional de nódulos de antebrazo derecho e izquierdo cuya muestra se procesa para histopatología y se realiza cultivo micológico en medio de agar Sabouraud con desarrollo de colonias beige, radiadas que se tornan color oscuro a los 5 días, en el extendido conidióforos que terminan con microconidias formando rosetas o margaritas, concluyente con S. schenkii . En la histopatología: hiperplasia epitelial pseudocarcinomatosa, con infiltrado compuesto por macrófagos, se evidenciaron células gigantes multinucleadas de tipo Langhans siendo el diagnóstico histopatológico granuloma por agente vivo, no se observó el agente. Se realizó serología para hongos positiva para S. schenckii con títulos 1:4. Se planteó como diagnóstico definitivo Esporotricosis cutánea linfangítica bilateral en miembros superiores y se indicó tratamiento con Itraconazol 200mg por 3 meses de acuerdo a evolución, presentando evidente mejoría al primer mes de tratamiento, luego fue reevaluado a los tres meses donde sólo presentaba máculas hiperpigmentadas residuales.

CONCLUSIONES: La esporotricosis es la micosis subcutánea más frecuente en el mundo, el S. schenkii puede desarrollarse en la tierra, astillas, la caña, rosas, pajas, entre otros. Se describe este caso de presentación infrecuente por tratarse de inoculación bilateral en miembros superiores lo cual se relaciona con la ocupación de agricultor del paciente, respondiendo satisfactoriamente al tratamiento con itraconazol y sin efectos adversos. La Esporotricosis cutánea linfangítica bilateral es excepcional y se han reportado muy pocos casos en el mundo. Se resalta la importancia de considerar este tipo de presentación clínica con la finalidad de realizar diagnóstico y tratamiento oportuno.

997

Transformación tumoral de una micosis profunda en una ciudad del trópico

Esperanza Meléndez Ramírez[1,2], Beatriz Elena Orozco Sebá[1,2], Juan Camilo Marchán Cárdenas[1,2]
[1]Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, Barranquilla, Colombia, [2]Hospital Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

El caso a presentar a continuación, se eligió por tratarse de una experiencia clínica singular, propia de las áreas tropicales y que rara vez presenta cambios neoplásicos. En el mundo se han presentado varios casos de micosis profundas, pero muy pocos con transformación maligna.

Paciente masculino de 68 años, habitante de área rural y dedicado a la pesca, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, consulta a Dermatología por cuadro clínico de 3 años de evolución caracterizado por aparición de lesión tumoral en dedo índice derecho, de crecimiento progresivo. Al examen físico se evidencia paciente en buenas condiciones generales, con tumor exofítico, con superficie rugosa y presencia de puntos negros, con bordes definidos e irregulares, de aproximadamente 3X4 cm de diámetro, ubicado en cara medial del dorso de la falange proximal del segundo dedo de la mano derecha.

Ante los antecedentes sociodemográficos del paciente y el cuadro clínico manifestado, se hizo impresión diagnóstica de síndrome verrucoso tropical, por lo cual se solicita biopsia de piel con coloración básica. La histopatología reporta hallazgos compatibles con cromoblastomicosis, por lo cual se inicia manejo con Itraconazol oral y crioterapia.

Un año después, pese a la terapéutica instaurada, el paciente no presenta mejoría del cuadro; lo que motiva a solicitar nueva biopsia de piel, cuyos hallazgos sugieren cromoblastomicosis con transformación morfológica a carcinoma verrucoso. Dado el cambio neoplásico, se indicó cirugía como manejo más efectivo para el caso, se realizó resección con márgenes oncológicos y cubrimiento con injerto de piel total.

La cromoblastomicosis, también conocida como Dermatitis de Corrion o Dermatitis Verrucosa, es una micosis profunda poco frecuente, de mayor incidencia en áreas rurales de países tropicales donde hay un gran número de hongos dematiáceos saprofitos en el suelo y en las plantas. Hasta el momento el manejo más eficiente estudiado son los antifúngicos sistémicos como Itraconazol y Terbinafina en combinación con terapia física. Sin embargo, en pacientes no respondedores debe sospecharse una complicación medianamente frecuente que es la transformación a carcinomas escamocelulares, como el carcinoma verrucoso.

Para concluir, este caso, sin lugar a dudas, ilustra y aporta conocimiento sobre una entidad rara, con distribución heterogénea en el mundo, pero que puede recibir cualquier dermatólogo.

998

Tuberculosis multisistémica: escrofuloderma y osteoarticular

Lourdes Rodríguez Temoche[1], Eberth Quijano Gomero, Florencio Cortez Franco
[1]*Hospital nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú*

Introducción
Se eligió este caso clínico debido a la poca frecuencia de la tuberculosis cutánea de tipo escrofuloderma a nivel esternal asociado a un componente óseo importante.

Caso clínico
Paciente de sexo masculino, de 21 años sin antecedentes patológicos de importancia que acude al servicio de emergencia del Hospital Carrión por presentar 8 meses antes del ingreso aumento de volumen en región lumbosacra izquierda asociado SAT intermitente. 3 meses antes del ingreso aparición de tumoración en región esternal asociado a dolor tipo pulsátil 8/10. 1 mes antes del ingreso incremento dolor lumbosacro Izquierdo, limitación a la deambulación, parestesias MMII y persistencia de tumoración esternal. Se realiza drenaje de absceso lumbar 20.07.21. 7 días antes del ingreso secreción purulenta por lesión esternal asociado a SAT motivo por el cual acude a la emergencia del hospital.
Al examen físico: Piel en región esternal se evidencia tumoración xerofítica ulcerada de 4 x 3 cm de bordes violáceos, consistencia dura y secreción seropurulenta. Alrededor de la lesión se palpa induración de 10 x 10 cm dolorosa al tacto. En región lumbar se observa cicatriz vertical lineal de aprox 10 cm, en región lumbosacra izquierda se palpa aumento de volumen de 12 x 10 cm sin signos de flogosis, dolorosa y móvil. Resto no contributorio.
Exámenes de laboratorio: Hemograma y bioquímica sanguínea dentro de limites normales. Bk en esputo negativo, bk secreción lumbosacra negativo.
Tem esternal: Presencia de imagen ovoidea hipodensa de contorno definidos en plano subcutáneo profundo de la región esternal 46 x 45 x 21 mm, conserva adecuada interfase con cortical ósea del cuerpo esternón. Presencia de densidad homogénea en mediastino prevascular con espesor de 10 mm a nivel de lesión hipodensa subcutánea, con alteración de la atenuación de tejido blando que bordea el contorno óseo izquierdo esternal, a ese nivel se aprecia lesiones líticas
Tem columna lumbosacra: Presencia de colección prevertebral que se extiende el primer y segundo cuerpo vertebral sacro izquierdo al cual erosiona e invade el canal raquídeo con extensión hacia región glútea izquierda.
Biopsia de piel: Epidermis sin alteraciones histológicas significativas. Dermis con leve infiltrado inflamatorio crónico y agudo perivascular superficial y profundo. A nivel de hipodermis se observa tejido de granulación y granulomas epitelioides, mal formado, por correlato clínico patológico. Tinción Ziehl Neelsen: POSITIVO BAAR ++
Cultivo sólido para Mycobacterium tuberculosis de absceso lumbosacro positivo. Sensible Isoniacida y Rifampicina.
Se inicia tratamiento con esquema sensible Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.

Conclusiones
En las series latinoamericanas, la escrofuloderma sigue siendo la forma más frecuente de presentación de TBC cutánea.
El diagnostico etiológico puede tardar, como en este caso donde se obtuvieron múltiples pruebas negativas y sin compromiso respiratorio franco, siendo la piel el lugar anatómico clave para aislar al MT a través de la biopsia.
La asociación ósea y cutánea es descrita en otros reportes como en el de nuestro paciente, destacando la alta probabilidad de afectación interna y la importancia de descartar afectación ósea subyacente en todos estos pacientes.

1006

Nocardiosis cutánea: reporte de caso en Jalisco, México

Corina Ochoa Orozco[1], Alejandro Becerra Sánchez[1], Luisa Baldassarri Ortego[2], Maribet González González[2]
[1]Instituto Mexicano Del Seguro Social, Hospital General de Zona #1, Colima, México, [2]Instituto Dermatológico "Ladislao de la Pascua", Ciudad de México, México

Introducción
El actinomicetoma por Nocardia, es una infección de piel y tejido celular subcutáneo causada por un bacilo aerobio Gram-positivo. Se considera una enfermedad rara a nivel mundial, sin embargo, en los países tropicales y subtropicales como México tiene una mayor prevalencia que en el resto de la población mundial por la realización de actividades como agricultura. La vía de contagio principal es por inoculación directa, adquirida generalmente por exposición al agente situado en plantas, ramas y madera, sitios donde la bacteria suele habitar, por ello suele afectar miembros inferiores y se considera una enfermedad ocupacional. Sin un tratamiento adecuado, afecta huesos, músculos o vísceras. En este reporte describimos un caso de micetoma subcutáneo por Nocardia, en un paciente adulto inmunocompetente, campesino en el estado de Jalisco, México.

Caso clínico
Masculino de 30 años de edad, originario de Jalisco, México, agricultor y mecánico, negó alergias o comorbilidades; presenta una dermatosis localizada a tronco de la que afecta región escapular izquierda, constituida de múltiples granos, algunos de ellos con una secreción serosa, lesiones de aspecto nodular y la presencia de manchas eritematosas de aspecto postinflamatorio de 1 año de evolución y en ocasiones dolorosas; previamente tratado con antifúngicos y antivirales sistémicos, sin presentar mejoría. Como parte del abordaje diagnóstico se realizó una biopsia incisional con el diagnóstico presuntivo de micetoma. El estudio histológico demostró la presencia de un infiltrado moderado difuso en dermis, compuesto por linfocitos, histiocitos, células epitelioides y focos de polimorfonucleares, así como la presencia de trayectos fistulosos que rodean a un grano basofílico pequeño y arriñonado. Con lo anterior se integró el diagnóstico histológico de Nocardia sp. Los estudios de extensión descartaron la afección en otros sitios. Se inició con el tratamiento de elección para micetoma por Nocardia con esquema antimicrobiano de trimetroprim-sulfametoxazol 800/160 mg por 12 meses. El paciente recibió seguimiento clínico y bioquímico mediante biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático y química sanguínea sin alteraciones con mejoría clínica hasta la curación.

Conclusiones
El actinomicetoma por Nocardia es la forma más frecuente de presentación de micetoma en México (85% de los casos). El cuadro clínico puede simular otras micosis subcutáneas, cicatrices queloides y furunculosis, retrasando el diagnóstico preciso, realizando procedimientos innecesarios, exponiendo a los pacientes a tratamientos no específicos, y con ello, empeorando las lesiones y contribuyendo a la extensión de la infección a tejidos adyacentes e incluso invasión visceral con la necesidad de exposición a largos tratamientos antibióticos y sus consecuentes efectos adversos. Por lo anterior es importante realizar un examen directo que demuestre la presencia de un grano microsifonado, arriñonado y blanco, con claves en la periferia o la presencia de granuloma supurativo. Cuando se descarta la afectación extracutánea y se emplea el tratamiento adecuado, el pronóstico es bueno a largo plazo.

1009

Micetoma coinfectado con Leclercia adecarboxylata posterior a intervención quirúrgica

AÍda SaraÍ Ramírez González[1], Marisol Ramírez Padilla[1], Elisa Cristal Sánchez Moreno[1], Luzma Kareena Jiménez León[1], Sharira Malenny López López[1], Stephanie Prem Morales[1], Andrea Serrano Bojórquez[1]
[1]Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

Introducción: Se presenta el caso de un micetoma exacerbado drásticamente tras 2 intervenciones quirúrgicas, coinfectado con Leclercia adecarboxylata, una enterobacteria que ha sido encontrada en la flora gastrointestinal, además ha sido cultivado de la piel, sangre y esputo. El aislamiento de esta bacteria es poco frecuente con pocos reportes en la literatura, asociado a brotes hospitalarios y en la mayoría de casos informados se presenta como germen oportunista que compromete pacientes inmunosuprimidos.

Caso clínico: Paciente femenina de 45 años de edad, agricultora, proveniente de zona rural de la sierra de Jalisco, México; Previamente sana, sin antecedentes de importancia, quien comenzó con dermatosis en parte interna de muslo derecho a principios del 2020; que consistía en nódulo que aumentó de tamaño y comenzó con secreción purulenta, por lo que acudió con médico cirujano de su comunidad quién le refirió se trataba de absceso, por lo que la intervino y sometió a proceso quirúrgico para drenaje de la lesión sin realizar cultivo de la misma. A los 3 meses posteriores comenzó de nuevo con lesiones de las mismas características que fueron creciendo en número y tamaño, no pudiendo acudir al médico por motivos de pandemia de COVID-19, hasta febrero 2021 cuando acudió con mismo médico quien realizó una 2da. intervención quirúrgica con drenaje y retiro quirúrgico de lesiones; Sin embargo 1 mes posterior la dermatosis se exacerbó drásticamente y comenzó nuevamente con múltiples granos supurativos, coalescentes, formación de trayectos sinusales y úlcera dolorosa de 3cm de diámetro con secreción purulenta en región posterolaeral del mismo muslo, además de edema importante, hipertermia y mucho dolor de todo el muslo derecho, que le impedía la deambulación normal. Por lo que fue referida al servicio de dermatología de nuestro hospital dónde se le realizaron estudios de imagen en los que se descartó involucro a músculo y hueso; biopsia punch con resultado de proceso inflamatorio crónico, tejido de granulación y negativo para malignidad; examen directo con lugol compatible con Nocardia sp. con resultado posterior de cultivo (+) para Nocardia brasiliensis y Leclercia adecarboxylata multisensible. resto de exámenes laboratoriales normales; se inició tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol, sin embargo en su consulta de control refirió que comenzó con exantema máculo-papular pruriginoso por lo que se cambió a doxiciclina con lo que ha tenido buen resultado hasta el momento.

Conclusiones: La importancia del caso radica en 4 puntos:
1) No olvidar este diagnóstico en pacientes que provienen de zonas rurales, ya que no es común encontrarlo en las grandes ciudades. 2) Diagnóstico y tratamiento temprano de esta entidad ya que se sabe que una vez que ha ocurrido extensión a músculo y/o hueso, los micetomas frecuentemente no responden a la terapia antimicrobiana. 3) Cuando se realizan drenajes e intervenciones quirúrgicas con contenido purulento es necesario simpre cultivar la secreción. 4) Se han reportado brotes de Leclercia adecarboxylata asociados a viales de medicamento contaminado y por contaminación de personal hospitalario y es más frecuente en inmunosuprimidos no como el caso de nuestra paciente, cuyo origen pudo haber sido la intervención qurúrgica.

1029

Vasculitis séptica, a propósito de un caso

Rosario Isabel Rodríguez Mercado[1], Vania Coronado Morón
[1]*Hospital Universitario Japonés, Santa Cruz, Bolivia*

INTRODUCCIÓN
La vasculitis séptica es una inflamación de los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre causada por la acción directa de agentes patógenos en el contexto de una sepsis. Es una condición infrecuente y se manifiesta clínicamente por fiebre, malestar general y lesiones cutáneas como púrpura, vesiculopústulas, necrosis y úlceras. Se presenta el caso de una mujer de 63 años, con cuadro de sepsis por Acinetobacter que presentó lesiones purpúricas con posterior necrosis y ulceración en miembros inferiores, con una biopsia compatible con Vasculitis séptica.

CASO CLÍNICO
Paciente femenina de 63 años de edad, con antecedentes patológicos de Diabetes mellitus tipo 2, Enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y Obesidad mórbida.
Presenta cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por presentar aumento de volumen en miembros inferiores, acompañado de dolor asociado a eritema en ambas piernas y fiebre. Presenta además signos de insuficiencia cardiaca y oliguria moderada, por lo que se decide su internación en el servicio de Nefrología.
Paciente es valorada por nuestro servicio, donde al examen físico cutáneo presenta en extremidades inferiores edema grado II, eritema difuso, calor y dolor a la palpación y Presencia de parches equimóticos de 15 x 20 mm en cara interna de ambas piernas. Pulsos periféricos perceptibles.
Entre los exámenes de ingreso destacaban, hemoglobina de 6.8g/dl, Hematocrito 21%; Creatinina 5.9mg/dl, Urea 136mg/dl, Calcio 14.4mg/dl. Albúmina 2.6g/dl, colesterol 153mg/dl y Triglicéridos 166mg/dl. Con sospecha de Celulitis, se indica continuar con antibioticoterapia sistémica ya instaurada (CRO -CLI), antibioticoterapia tópica, medidas antiedema y se solicita cultivo y Biopsia cutánea de lesión.

Durante el seguimiento, paciente procede con la aparición de lesiones purpúricas retiformes, que coalescen formando placas purpúricas distribuidas en cara anterointerna de ambas piernas. Dichas placas evolucionan rápidamente formando bulas, necrosis epidérmica y úlceras.
Por lo que se replantean los diagnósticos con Vasculitis Séptica vs Calcifilaxis.
Se realiza radiografía de miembros inferiores, donde se observa mineralización ósea normal.
Se recibe Cultivo de secreción de herida con desarrollo de Acinetobacter, sensible a cloranfenicol y tetraciclina.
El estudio histopatológico mostró un epitelio plano estratificado queratinizado con zonas de necrosis. Dermis con dilataciones vasculares, necrosis fibrinoide, trombosis y extravasación eritrocítica. Hipodermis con vasocongestión, necrosis fibrinoide, trombosis y extravasación leucocitaria. Cambios histopatológicos concordante con vasculitis séptica.

Con lo cual se establece el diagnóstico y se indica rotar Antibióticoterapia sistémica según cultivo, Hidrocortisona 500mg c/24hrs, Azatioprina 50mg c/12hrs y manejo local de lesiones con desbridamiento quirúrgico.
Pese a la conducta instaurada el estado general de la paciente se ensombrece, presentando alteración hemodinámica y en la mecánica respiratoria por acidosis metabólica, y posterior deceso.

CONCLUSIÓN
La Vasculitis séptica por Acinetobacter es una enfermedad infrecuente en nuestro medio, de curso rápido y agresivo. Lo anterior debe motivar al personal de salud a pensar más en esta enfermedad en pacientes de riesgo, para que puedan ser diagnosticados en una fase precoz y aún tratable, para que en un futuro los trabajos que se presenten sobre infección por Acinetobacter registren éxito en su manejo y no, como en esta oportunidad, sea demasiado tarde.

1040

Reacción generalizada secundaria a escabiosis en lactante menor; a propósito de un caso

Tatiana Guzmán Lavadenz[1]
[1]*Hospital Japonés, Santa Cruz, Bolivia*

INTRODUCCIÓN
La escabiosis es una infestación cutánea causada por el ácaro Sarcoptes scabiei que se transmite por contacto físico cercano y fómites. Se calcula que a nivel mundial la escabiosis tiene una prevalencia de alrededor de 200 millones de casos anuales; sin embargo, en Bolivia no existen estadísticas de la frecuencia de escabiosis, se estima que su prevalencia en niños está entre el 5% y el 10 %. En los últimos años se ha observado una notable disminución de la presentación atribuible al uso de mosquicidas en verano y de la gravedad por cuestiones climáticas.
En este caso se reporta un paciente de 2 meses de edad que presentaba a su corta edad una reacción totalmente generalizada secundaria a este ácaro, lo cual actualmente no es común ver en la consulta. Clásicamente, se manejaba tópicamente con escabicidas como el benzoato de bencilo, permetrina, azufre precipitado, en este caso se decidió utilizar Ivermectina tópica con excelente resultado.

CASO CLÍNICO
Paciente masculino de 2 meses de edad, residencia y procedencia de San José de Chiquitos – Santa Cruz. Presenta cuadro clínico de aproximadamente 1 mes de evolución, caracterizado por presentar lesiones tipo papulosas de base eritematosa que inicia en miembro superior izquierdo con posterior diseminación generalizada.
Antecedentes patológicos: No refiere
Antecedentes familiares: Padre, madre y primo con lesiones de mismas características, pruriginosas a predominio nocturno.
Al examen físico dermatológico presenta:
Dermatosis generalizada, con lesiones papulo-vesiculares de base eritematosa, con signos de impetiginización secundaria en miembros inferiores, signos de grataje y erosiones superficiales.
Cuero cabelludo: con descamación gruesa amarillenta.
Conducto auditivo externo: con pápulas con superficie costrosa.
En tronco, extremidades superiores e inferiores con lesiones papulo-vesiculares de base eritematosa y patrón lineal, abdomen con patrón en cielo estrellado, afectación de palmas y plantas. Presenta descamación fina.
Región genital: con parche eritematoso de bordes irregulares y pápulas en escroto.
No se palpan adenopatías regionales.

DIAGNÓSTICO
Clínico y epidemiológico
Exámenes de gabinete: Hemograma con anemia moderada, leucocitosis, eosinofilia marcada.
Examen micológico directo: No se observan formas micológicas
Cultivo bacteriológico + antibiograma: Sin desarrollo

TRATAMIENTO
Ivermectina en loción al 1%, aplicación tópica, repitiendo esquema en 7 días.
Antihistamínicos y aseo con jabón de glicerina.
Betametasona en gotas VO
Medidas higiénico dietéticas.
Tratamiento a familiares cercanos con Ivermectina oral.

CONCLUSION
En los últimos tiempos se ha evidenciado una importante disminución de casos de escabiosis, sin embargo, aún se encuentran en la sociedad, por lo que es conveniente no pasar desapercibido estos casos. Actualmente no es común encontrar casos severos o generalizados del mismo. Entre los clásicos escabicidas tópicos disponibles, la efectividad entre estos y la ivermectina tópica es similar, utilizando en este caso ivermectina tópica con excelente respuesta.

1043

Hanseníase em áreas fotoexpostas: relato de caso

Aline De Souza Busnardo[1], Juliana Moral Rigo[1], Tullia Cuzzi[1], Felipe Cupertino[1], Maria Katia Gomes[1]
[1]Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

Introdução
A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo Mycobacterium leprae, com predileção pela pele e nervos periféricos. Sua marcante característica imunológica e sua relação com o dano neural, através da penetração nas células de Schwann, são responsáveis pelas suas diferentes apresentações clínicas e pelas possíveis sequelas neurológicas.

A radiação ultravioleta (RUV) possui diversos efeitos na pele humana e são várias as doenças influenciadas, tanto positivamente quanto negativamente, pela exposição solar, não sendo a hanseníase classicamente associada. Relatamos um caso de hanseníase de difícil diagnóstico devido à predileção pelas áreas fotoexpostas.

Caso clínico

Paciente feminina de 21 anos, com quadro de lesões eritematosas na face e membros há 3 meses, além de febre, artralgia, fraqueza e parestesia de membros inferiores há 2 semanas. Ao exame dermatológico, apresentava pápulas e placas eritematosas, infiltradas, de tamanhos variados, com padrão de fotodistribuição, acometendo cervical e dorso superior, membros inferiores (com presença de lesões púrpuricas em regiões plantares), membros superiores e face. Apresentava também artrite em punhos e tornozelos, edema de extremidades, hipoestesia e diminuição de força em membros, nervo ulvar esquerdo palpável e hipoestesia em algumas lesões cutâneas.

Na história familiar, relatou que a mãe, falecida, era portadora de hanseníase.

Exames laboratoriais demonstraram anemia e marcadores de inflamação elevados. FAN e sorologias virais e para sífilis foram não reagentes.

Foi realizada baciloscopia que demonstrou presença de globias e a paciente foi submetida a duas biópsias. A biópsia de lesão papulosa de antebraço demonstrou a presença de numerosos bacilos álcool-ácido resistentes e infiltrado de macrófagos, que atingia a junção dermo-epidérmica (figura 5).A segunda biópsia foi realizada em lesão purpúrica em região plantar direita e evidenciou: dermatite perivascular superficial e profunda e intersticial leve, predominantemente constituída por macrófagos de citoplasma claro, e presença de hemorragia e leucocitoclasia, sugerindo forma reacional da doença (figura 6).

A paciente foi então diagnosticada e classificada como hanseníase borderline-virchowiana com reação tipo 2, com destaque de as lesões se apresentarem apenas em áreas fotoexpostas.

Foi iniciado tratamento com poliquimioterapia multibacilar e corticoterapia com Prednisona 1mg/kg. Houve resolução dos sintomas sistêmicos e regressão das lesões, notando-se apenas hipercromias residuais n (figuras 7 e 8).

Conclusão

A associação entre fotosensibilidade e hanseníase é rara, com relatos principalmente em pacientes do polo virchowiano. Estudos recentes mostram que a RUV reduz a formação de granuloma nas áreas fotoexpostas, diminuindo a imunidade celular nessas regiões. Também foi demonstrado que, em indivíduos susceptíveis, a RUV tem uma maior capacidade imunossupressora, sendo essa susceptibilidade mais frequente em pacientes multibacilares. Mais estudos são necessários para melhor entender essa apresenção atípica, mas a propridade imunossupressora da RUV permanece como o principal fator. Portanto, frente a lesões compatíveis com hanseníase, especialmente em países endêmicos, o padrão de fotodistribuição não deve afastar o diagnóstico, apesar da raridade dessa associação.

1053

Síndrome eritrodisestesica palmo-plantar exuberante associada a rash cutâneo em paciente com infecção pelo SARS-COV-2

Nicole Peruchi[1], AlexanRech[1], Beatriz Reis[1,2], Sueli Carneiro[1], Marcia Ramos-e-Silva[1]
[1]Serviço de Dermatologia e Curso de Pós-Graduação em Dermatologia - FM e HUCFF/UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, [2]Clínica São Vicente Rede D'Or, Rio de Janeiro, Brasil

Trata-se de um caso exuberante de manifestação dermatológica rara e ainda pouco descrita na literatura, associada à infecção por SARS-COV-2.

Paciente masculino, 41 anos, hígido, atendido na Emergência de um Hospital privado no Rio de Janeiro em 12 de maio de 2020, relatando aparecimento de rash cutâneo eritematoso, não pruriginoso, com início há 5 dias.
O rash iniciou no couro cabeludo, região pré-esternal, palmas e plantas, com posterior disseminação para outras áreas do tronco e membros. Observou rápida progressão do quadro nas últimas 24h, a despeito do uso de bilastina 20 mg. Apresentava também disestesia nas mãos e nos pés, com edema e sensação de queimação.
Informou ter apresentado teste de PCR para SARS-COV-2 positivo há 19 dias, em exame de rastreio, iniciando no mesmo dia o uso de hidroxicloroquina 400 mg/dia por 4 dias e azitromicina por 5 dias.
Permaneceu assintomático pelos 15 dias seguintes, entre o período da testagem e inicio das medicações, até o aparecimento do rash.
Ao exame, apresentava rash eritemato-maculo-papular disseminado, com lesões confluentes no tronco e couro cabeludo; algumas urticas na face interna dos braços; eritema palmo-plantar intenso associado a edema; eritema e descamação fina do couro cabeludo. Edema discreto nos lábios. Ausência de lesões em alvo ou nas mucosas. Linfadenomegalia nas cadeias cervical posterior e cervical média, bilateralmente. Percentual de área corporal acometida (BSA) calculado em 50,5%.

Foram administrados 125 mg de metilprednisolona, hidratação venosa com 500 mL de solução ringer lactato e 180 mg de fexofenadina, com melhora parcial imediata do rash e da disestesia.
Recebeu alta com prescrição de prednisolona 40mg/dia, fexofenadina 180 mg/dia e bilastina 20 mg/dia por via oral, além de tópicos (loção de aceponato de metilprednisolona 0,1% 2x/dia e creme hidratante hipoalergênico).
Após 2 dias o paciente apresentava melhora significativa do rash, especialmente no couro cabeludo e tronco e da disestesia palmo-plantar. Ainda mantinha eritema intenso nessas localizações. Iniciou redução da dose de prednisolona. Em 48 horas, houve resolução do rash no couro cabeludo e tronco, permanecendo apenas com algumas máculas eritemato-acastanhadas residuais na face interna dos braços. Apresentava descamação lamelar nas palmas e plantas, com resolução da disestesia e ausência de linfonodomeglias palpáveis. Mantinha uso de 15 mg/dia de prednisolona e demais medicações anteriormente prescritas. Suspensos os anti-histamínicos e corticoide tópico e iniciado desmame da prednisolona oral em 5 mg a cada 5 dias com resolução completa do quadro em 1 mês.

Ao longo dos últimos dois anos, tem havido um esforço conjunto da comunidade médica em relatar sintomas e apresentações clínicas atípicas da COVID-19. Muitos relatos já publicados associam a infecção pelo SARS-CoV-2 a manifestações dermatológicas. Com esse espírito de colaboração, descrevemos um caso de rash eritemato-máculo-papular associado a síndrome eritrodisestesica palmoplantar. Os autores acreditam que se trata de um caso relevante devido à ausência de relatos prévios na literatura com tamanha exuberância, registro de imagens e descrição detalhada da condução do caso.

1060

Mujer con lesiones cutáneas y pérdida de sensibilidad

Verónica Fernández Tapia[1], Rosa Maria Taberner[1], Fernando Terrasa[1], Carmen Cifuentes[1], Cruz Álvarez-Buylla[1], Jorge Adsuar[1], Amador Solà[1], Cristina Nadal[1]
[1]Hospital Universitario Son Llatzer, Palma de Mallorca, Espanya

INTRODUCCIÓN: La lepra está producida por Mycobacterium leprae, una micobacteria que provoca una enfermedad granulomatosa crónica. Afecta principalmente a piel y nervios periféricos, produciendo neuropatía y complicaciones a largo plazo, como deformidades y discapacidad. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y estudio histopatológico. Existen diversas clasificaciones, siendo actualmente la más utilizada la propuesta por la OMS. Dicha clasificación cataloga a los pacientes en paucibacilares (PB) o multibacilares (MB) según el número de lesiones cutáneas, presencia de neuritis y demostración de bacilos en el frotis cutáneo. El tratamiento se basa en la combinación de diversos antibióticos, cuya duración dependerá del tipo de lepra que presente el paciente.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de una paciente de 25 años quien consultó varias veces en urgencias por prurito, lesiones cutáneas en abdomen y pérdida de sensibilidad en ambas extremidades inferiores. Tras ser valorada por Dermatología, se realizó biopsia cutánea de una de las lesiones observándose granulomas no caseificantes y bacilos ácido alcohol resistentes, compatible con lepra lepromatosa. Se completó el estudio con la realización de electromiografía que confirmó la presencia de polineuropatía sensitiva mixta de predominio desmielinizante en extremidades inferiores. Se inició tratamiento con dapsona, rifampicina y clofamizina y se examinó a los convivientes sin evidenciar presencia de lesiones cutáneas ni síntomas neurológicos. Actualmente la paciente sigue en tratamiento y seguimiento por parte de medicina interna y dermatología.

CONCLUSIONES: Gracias al uso de la multiterapia se ha conseguido disminuir en muchos países endémicos la incidencia a menos de 1 caso por cada 10.000 habitantes. Pese a ello, en 2016 se notificaron más de 200.000 casos nuevos de lepra, y aunque poco frecuente, el caso de nuestra paciente pone de manifiesto la posibilidad de padecer la enfermedad pese a residir en un país no endémico. Por ello, cualquier médico debería tener un mínimo conocimiento sobre esta enfermedad ya que el diagnóstico temprano y el inicio precoz del tratamiento son esenciales para reducir las complicaciones y evitar discapacidades.

1079

Carcinoma espinocelular con compromiso óseo, asociado a infección por fusarium SP, a propósito de un caso

Kendry Arleth Campos Rojas[1]
[1]Hospital Japones, Santa Cruz, Bolivia

INTRODUCCION
La infección por fusarium SP, es una micosis oportunista poco frecuente, que generalmente se da en pacientes inmunodeprimidos. Pueden causar infecciones cutáneas locales, incluidas la onicomicosis, infecciones de heridas quirúrgicas y úlceras previas.

CASO CLINICO.
Paciente con sexo masculino, de 63 años de edad, con cuadro clínico de aproximadamente 3 años de evolución caracterizado por presentar una lesión ulcerosa en dedo pulgar de mano izquierda, con aumento de volumen, prurito, el cual curaba en un inicio con plantas naturales.

Antecedentes patológicos: Diabetes Mellitus tipo 2.
Antecedentes familiares: No refiere.
Antecedentes personales: Trabajador ambulante de Refrescos.

Al examen físico en dermatológico, presenta:

En dedo pulgar de mano izquierda aumento de volumen que compromete el tercio distal del dedo, presencia de úlcera en cara lateral externa, de bordes poco definidos, y costra en la superficie hemática, escaso débito de secreción serosa, además compromiso subungueal que deforma la anatomía, con presencia de onicodistrofia y cromoniquia. Leve dolor a la palpación. Sin presencia de adenopatías regionales.

Exámenes de gabinete: Hemograma con anemia leve, neutropenia y linfopenia.

Examen Micológico directo: Se observa Micelio
Cultivo para Hongos: Fusarium SP.
Examen bacteriológico más cultivo de gérmenes comunes: Sin desarrollo a las 72 horas.
Rx de mano izquierda: compromiso de 3er falange del dedo pulgar izquierdo.
Biopsia de piel: Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciada
Inmunohistoquímica: CKAE1/E3 ++, CK5/6 POSITIVO, P63+.

DIAGNOSTICO: CARCINOMA ESPINOCELULAR INFECCIÓN POR FUSARIUM SP.

TRATAMIENTO:
Itraconazol 200mg cada día por 3 meses
Manejo por oncología.

CONCLUSION:
La infección por este agente es poco frecuente en pacientes inmocompetentes, en la presentación de este caso, el paciente presenta carcinoma espinocelular de base con compromiso óseo y formación de una úlcera de larga data, sobre todo la aplicación de plantas medicinales fueron condicionantes que favorecieron la infección por Fusarium sp, además de factores predisponentes como la neutropenia, linfopenia y Diabetes Mellitus tipo 2.

1090

Leproma solitario: nuevas manifestaciones clínicas de una enfermedad antigua

Laura Manuela Pulgarín Zapata[1], Natalia Valderrama[2]
[1]Universidad Del Valle, Cali, Colombia, [2]Centro de salud Panamericano, Cali, Colombia

1. Introducción: La lepra es una enfermedad infecciosa crónica producida por Mycobacterium leprae o Mycobacterium lepromatosis. Los principales tejidos afectados son la piel y el sistema nervioso periférico. La enfermedad presenta un amplio espectro clínico que va desde lesiones únicas con baciloscopia negativa, hasta compromiso sistémico con alta carga bacilar. Las manifestaciones clínicas dependen de la respuesta inmunológica del hospedero, de si se da una respuesta celular tipo Th1 o si se da una respuesta humoral. El polo anérgico de la enfermedad, conocido como lepra lepromatosa, se caracteriza por presentar múltiples lesiones nodulares, simétricas, generalizadas, asociadas a alta carga bacilar y a tinción de Fite Faraco positiva. Además del compromiso cutáneo, la lepra lepromatosa presenta compromiso nervioso difuso, que inicia con alteración de la sensibilidad a la temperatura y progresa con afección de las fibras de tacto y el dolor. Este caso clínico representa un reto diagnóstico porque se manifiesta con un nódulo único asociado a una baciloscopia y a unos hallazgos histopatológicos sugestivos de lepra lepromatosa, que usualmente presenta numerosas lesiones y compromiso cutáneo difuso. Además demuestra la importancia de realizar baciloscopia y biopsia de piel a los pacientes con lepra, con el fin de clasificarlos como pauci o multibacilares, y determinar la duración adecuada del tratamiento.

2. Caso clínico: Hombre de 64 años de edad, quien consulta por un año de evolución de nódulo eritemato violáceo en la región posterior del tercio distal del antebrazo izquierdo. Refiere que es la única lesión cutánea, que es indolora, y que no presenta otros síntomas asociados. Inicialmente es enfocado como un posible linfoma cutáneo por lo que ordenan biopsia de piel. Ante el hallazgo de infiltrado inflamatorio perianexial con células de Virchow, se sospecha lepra lepromatosa. Se solicita Baciloscopia que reporta un índice bacilar de 1.5 y una tinción de Fite Faraco positiva. En la valoración clínica realizada en el centro de atención para pacientes con lepra, se encuentran engrosamiento bilateral del nervio ulnar y anestesia en el nódulo del antebrazo, sin alteración sensitiva de algún tronco nervioso, madarosis o lesiones en los pabellones auriculares. El paciente es manejado con poliquimioterapia, que incluye: Rifampicina, Clofazimina y Dapsona por 12 meses. Es revalorado a los 4 meses de inicio de la medicación, y se observa involución progresiva de la lesión nodular.

3. Conclusiones: La lepra es una enfermedad que siempre representa un reto diagnóstico por su amplia variabilidad clínica, por esto se han propuesto múltiples clasificaciones en búsqueda de estandarizar el manejo adecuado. A pesar de estos intentos, esta enfermedad aún vigente, presenta cuadros clínicos diversos. El análisis retrospectivo de este caso ejemplifica la importancia de incluir a la lepra dentro de los diagnósticos diferenciales de las enfermedades nodulares, realza la utilidad de acompañar la valoración dermatológica del examen neurológico y demuestra que tras décadas de estudio, la lepra sigue presentando cuadros clínico patológicos no descritos.

1095

Sífilis secundaria granulomatosa en una paciente VIH-positivo: una presentación atípica de una enfermedad común

Patrizia Elva Aguilar Calderón[1], Daniela Michelle Pérez Garza[1], Lucía Teresa Fernández[1], Erika Alba Rojas[1], Juana Irma Garza Chapa[1], Jorge Ocampo Candiani[1], Adrian Bernardo Cuellar Barboza[1]
[1]Hospital Universitario "José Eleuterio González", Monterrey, México

Introducción
La sífilis es una infección causada por la espiroqueta Treponema pallidum. Su incidencia se encuentra en aumento, en 2018 el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades reportó 33,927 casos de sífilis en 29 estados miembros de la UE1. Actualmente más de 5 millones de nuevos casos son diagnosticados cada año a nivel mundial2.

Caso clínico
Presentamos a un hombre de 22 años con antecedente de infección por VIH, que acudió a la consulta en mayo de 2021 por múltiples lesiones en miembros superiores e inferiores de 8 meses de evolución. Fue diagnosticado con VIH en 2019 e inició el tratamiento antiretroviral en enero de 2021. Su carga viral y conteo de CD4 más recientes fueron de 19 copias/ml y 803 células/µl, respectivamente.

A la exploración física se trataba de múltiples nódulos y placas eritematovioláceas, y una única placa verrucosa en la pierna derecha. Las lesiones eran ligeramente pruriginosas y no dolorosas. Negaba fiebre, pérdida de peso u otro síntoma sistémico.

Se tomaron 2 biopsias de piel para su estudio (de un nódulo y de la placa verrucosa). El estudio histopatológico de ambas reveló un infiltrado granulomatoso crónico, linfohistiocítico y plasmocítico. La inmunohistoquímica (IHQ) para virus herpes humano tipo 8 (VHH-8) y CD34 fueron negativas. Las tinciones de Giemsa, ácido Peryódico de Schiff (PAS), Ziehl-Neelsen y Whartin Starry fueron negativas. Los cultivos de piel para bacterias, micobacterias y hongos fueron negativos.

Ante la sospecha de sífilis se solicitaron las pruebas pertinentes. El VDRL fue reactivo (1:64) con fenómeno de prozona, anticuerpos anti T. pallidum e IHQ de piel para T.pallidum fueron positivos, confirmando el diagnóstico de sífilis granulomatosa. El paciente recibió tratamiento con penicilina G benzatínica 2.4 MU IM en dosis única, con resolución de sus lesiones.

Discusión
La sífilis secundaria granulomatosa es una forma atípica de sífilis con pocos casos reportados en la literatura. Se presenta como placas o nódulos rojo-violáceos, infiltrados3. La histopatología muestra una inflamación granulomatosa. Algunos autores sugieren que esta respuesta granulomatosa se debe a una reacción de hipersensibilidad a la infección o la progresión hacia una sífilis terciaria4. Los diagnósticos diferenciales son el sarcoma de Kaposi, infecciones fúngicas, micobacterianas, lepra, leishmaniasis, linfomas cutáneos, sarcoidosis, entre otras3. En este caso reportamos una presentación atípica de sífilis, una sífilis secundaria granulomatosa, la cual imitó a otras condiciones malignas, infecciosas e inflamatorias. Los dermatólogos deben de estar atentos ante estas presentaciones atípicas de sífilis, que pueden ser difíciles de diagnosticar.

1101

Infección micobacteriana atípica en un paciente trasplantado de médula ósea en el norte de México

Alejan Perales González[1], Daniela Michelle Pérez Garza[1], Valeria Fernanda Garza Dávila[1], Maira Elizabeth Herz Ruelas[1], Jorge Ocampo Candiani[1]
[1]Hospital Universitario "José Eleuterio González", Monterrey, México

Una paciente femenina de 55 años con antecedentes de diabetes mellitus y linfoma no Hodgkin (LNH) en remisión parcial tras un trasplante de progenitores hematopoyéticos autólogo (TPH autólogo) se presentó a la consulta de dermatología en marzo de 2021, con una historia de 7 meses de evolución con dos lesiones nodulares en la pierna izquierda, no dolorosas y de crecimiento progresivo.
La paciente había sido diagnosticada con LNH en estadio IIIA en febrero de 2019. Fue tratada inicialmente con seis ciclos de R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona); tres ciclos de R-ICE (rituximab, ifosfamida, etopósido y carboplatino) como terapia de segunda línea, y un TPH autólogo. Para el momento de la consulta, ya no se encontraba bajo ningún tratamiento inmunosupresor.
El examen físico reveló dos placas eritematosas-violáceas no dolorosas, fluctuantes y levemente pruriginosas, en la pierna izquierda, una de las cuales tenía secreción purulenta. No tenía antecedentes de traumatismos o lesiones previas en la zona. Negó fiebre, escalofríos u otros síntomas sistémicos.

Durante el abordaje se tomó una biopsia de piel para examen histopatológico y cultivos. La histopatología mostró un infiltrado granulomatoso con linfocitos, histiocitos y células gigantes multinucleadas. El cultivo de micobacterias resultó positivo para Mycobacterium abscessus, con lo cual se confirmó el diagnóstico de una infección por micobacterias atípicas. La paciente recibió sulfametoxazol/trimetoprima 800/160 mg cada 12 horas y claritromicina 500 mg cada 12 horas, logrando una resolución completa después de 4 meses de tratamiento.

Conclusiones.
Este es el caso de una paciente con una infección micobacteriana no tuberculosa en el contexto de una inmunosupresión secundaria a una neoplasia hematológica maligna tratada con TPH autólogo. Aunque la incidencia de esta entidad en pacientes con trasplante de células madre hematopoyéticas es 50-600 veces mayor que en la población general, la presentación localizada representa el 3% de todas las infecciones micobacterianas no tuberculosas.

1129

Sífilis Secundaria Corimbiforme. Una Presentación Clínica Poco Conocida de la Infección por Treponema Pallidum

Luis Enrique Cano Aguilar[1], Carlos Barrera Ochoa[1], Gerardo Torres Barragán[1], Claudia Sáenz Corral[1], Sonia Toussaint Caire[1]
[1]Hospital General Manuel Gea González, Ciudad de México, México

Introducción. La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria Treponema pallidum. Esta enfermedad presenta un espectro amplio de manifestaciones mucocutáneas atípicas, especialmente en pacientes co-infectados por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).1 La sífilis corimbiforme es una manifestación clínica secundaria poco frecuente, por lo que el diagnóstico es complicado y suele retrasar el tratamiento oportuno.2

Caso clínico.Se trata de un paciente hombre de 24 años, originario y residente de la Ciudad de México, quién acudió al servicio de Dermatología por presentar una dermatosis diseminada a todos los segmentos corporales que afectaba nariz, tronco, extremidades inferiores y plantas, con respeto de mucosas, bilateral, con tendencia a la simetría, caracterizadas por multiples pápulas y nódulos eritematovioláceos, que confluían formando placas infiltradas, cubiertas por una escama blanco-amarilla y gruesa de bordes irregulares, bien definidos. La dermatosis fue referida asintomática y de 6 meses de evolución. El paciente refirió haber sido tratado con corticosteroides tópicos, antibóticos vía oral y antimicóticos tópicos, sin remisión clínica. Se tomó biopsia insicional de la nariz, tronco y extremidades inferiores cuyo estudio histopatológico mostró hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis, espongiosis, exocitosis de linfocitos y células disqueratósicas en la epidermis, acompañado de un infiltrado inflamatorio denso y difuso en dermis, compuesto por linfocitos y células plasmáticas. La imagen histopatológica fue consistente con el diagnóstico de sífilis. Para continuar abordaje etiológico, se realizó el Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) que fue negativo, con ELISA para VIH positivo. Ante la ausencia de microorganismos por las tinciones de Whartin-Starry, Gram y Ziehl-Neelsen y lo atípico de la dermatosis, se realizó la Reacción en cadena de polimerasa (PCR) para treponema pallidum, que fue positiva. Se inició el tratamiento con penicilina Bezantínica, con mejoría clínica al mes de tratamiento. Actualmente, el paciente presenta remisión de la dermatosis, en seguimiento por infectología por diagnóstico de infección por VIH.

Conclusiones. La sífilis es conocida como “La gran Imitadora”, por lo que debe de ser considerada en todo paciente con infección por VIH que presente lesiones cutáneas atípicas o resistentes a tratamiento convencional. 1 La importancia de este caso recae en el aumento de incidencia y prevalencia de casos de co-infección por sífilis y VIH, así como lo atípico del cuadro clínico. La sífilis corimbiforme es clasificada como una forma clínica secundaria precoz de la sífilis, caracterizada por una placa central rodeada de pápulas periféricas. 3 Los estudios histopatológicos de la sífilis secundaria suelen ser poco específicos, sin embargo, ayudan al dermatólogo a estrechar el diagnóstico diferencial entre dermatosis cutáneas atípicas o poco frecuentes. El diagnóstico y su tratamiento oportuno suele prevenir la progresión a sífilis terciaria. 2

1134

Lesiones de patrón esporotricoide. Varios sospechosos y un solo culpable

Lara Haya Martínez[1], Cristina Moya Martínez, Miguel Recio Monescillo, Belén Ruffín Vicente, Itziar Eraña Tomás, Luis Requena Caballero
[1]*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España*

La linfangitis nodular comprende la aparición de lesiones inflamatorias nodulares a lo largo de una extremidad siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos. Generalmente es un cuadro de etiología infecciosa.

Presentamos el caso de un varón de 58 años natural de Honduras que acudió al servicio de urgencias de la Fundación Jiménez Díaz por una lesión dolorosa en brazo derecho de al menos un año de evolución. Además, partiendo de la muñeca derecha y distribuyéndose linealmente hacia proximal presentaba múltiples cicatrices de morfología estrellada y aspecto cribiforme. Con la sospecha clínica de infección por hongos o micobacterias atípicas se realizó una biopsia de la lesión, enviando un fragmento a anatomía patológica para estudio histológico y otro al laboratorio de microbiología para cultivo, alcanzándose el diagnóstico de esporotricosis linfocutánea.
La aparición de lesiones de distribución esporotricoide siempre debe hacernos pensar en una causa infecciosa. La lista de microorganismos susceptibles de desencadenar este cuadro es amplia, pero la mayoría de los casos son secundarios a cinco patógenos: Sporotrhix schenkii, Mycobacterium marinum, Nocardia brazilensis, Francisella tularensis y Leishmania brazilensis. En ocasiones la etiología exacta se puede sospechar de acuerdo a las características epidemiológicas y clínicas del paciente, ya que cada uno de estos microorganismos se asocia a una exposición y localización geográfica determinada y cursa con una clínica característica. En el caso concreto de la infección por Sporotrhix schenkii, se produce por inolulación traumática por el contacto con vegetales o derivados, o bien en forma de zoonosis típicamente por gatos. En función del estado inmunológico del paciente puede cursar con cuatro cuadros clínicos diferentes: esporotricosis linfocutánea, esporotricosis cutánea fija, esporotricosis multifocal o diseminada y esporotricosis extracutánea. El gold estándar en su diagnóstico es el cultivo, siendo la histología menos útil por su inespecificidad y debido a el reducido número de estructuras fúngicas en las muestras de tejido. La primera línea de tratamiento es el Itraconazol oral 200mg al día durante meses, obteniéndose la resolución del cuadro en la práctica mayoría de los casos.

Presentamos el caso de una esporotricosis linfocutánea. La infección por el hongo Sporothrix schenkii es el paradigma del patrón esporotricoide. Este cuadro también puede ser secundario a otras causas infecciosas, cada una de las cuales tiene una epidemiología y clínica particular.

1175

Un absceso recidivante en mama, ¿Cuándo es el momento de pensar en tuberculosis?

Diana Valeria Guerrero Hernández[1], Esther Guadalupe Guevara Sanginés[1]
[1]Issste, México, México

La tuberculosis de la mama comprende aproximadamente del 0.025% al 0.1% de todas las patologías quirúrgicas de la mama, los datos clínicos y de imagen son inespecíficos y el diagnóstico diferencial comprende desde abscesos bacterianos, hidradenitis superlativa y neoplasias; lo que puede conducir a un tratamiento inadecuado.

Paciente femenino de 34 años de edad, la cual acude por presentar una dermatosis localizada a tórax anterior, en donde afecta los cuadrantes superior externo e interno de mama derecha, constituida por una fístula de 1 cm, a través de la cual se observa salida de material purulento, y dos cicatrices hipertróficas lineales, se acompaña de dolor intensidad 2/10; la dermatosis tiene 9 meses de evolución, referida desde su clínica de medicina familiar al servicio de Oncología quirúrgica con diagnóstico probable de cáncer de mama; por contar con ultrasonido de mama que reporta un nódulo de 5x4 cm periareolar (BIRADS 4C). Durante la evolución del cuadro clínico, la paciente presentó datos de inflamación local de la mama, asi como el drenaje espontáneo de tres abscesos, por lo que se inició tratamiento antibiótico con clindamicina 300 mg vía oral cada 8 horas durante 1 mes, sin mejoría, se repitió USG de mama que reportó un absceso mamario de 32 cc, se inició tratamiento con dicloxacilina y metronidazol sin mejoría. Fue enviada al servicio de Dermatología con un diagnóstico de hidradenitis supurativa, por manifestaciones clínicas compatibles, se inició isotretinoína 20 mg/día y clindamicina vía oral 300 mg/12 horas, revalorada un mes después sin mejoría, continuaba con drenaje espontáneo de abscesos en la mama, por lo que se aumentó dosis de isotretinoína y se agregó trimetoprim/sulfametoxazol, se solicitó USG de control, en donde se reportó la presencia nuevamente de un absceso de 30 cc, por lo que se decide realizar biopsia, reportándose intenso infiltrado inflamatorio de tipo mixto. Se realizadon tinciones especiales de PAS, Ziehl-Neelsen y Brow Brenn las cuales resultaron negativas para microorganismos. Por la evolución de la paciente se realiza cultivo y PCR de líquido de fístula mamaria con reporte positivo para Mycobacterium tuberculosis. Radiografía de tórax sin evidencia de cavernas, PPD negativo, panel viral sin reactividad. Se inició tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, actualmente se encuentra en fase de mantenimiento, con excelente respuesta terapéutica.
Tuberculosis primaria de la mama es una enfermedad de países en vías de desarrollo, sin embargo, se ha observado aumento en la incidencia de la enfermedad en los países desarrollados, probablemente esto se deba a la migración de la población infectada de las zonas endémicas y al aumento del número de pacientes inmunocomprometidos.
Se debe tener en cuenta el diagnóstico de tuberculosis de la mama, ante la presencia de un absceso resistente a tratamiento antibiótico, sobre todo en pacientes con antecedente de tuberculosis, embarazadas o que se encuentren lactando, ya que en estas pacientes, aumenta la vascularidad y se dilatan los conductos, lo que hace más susceptible a la infección de tuberculosis.

1176

Importancia del diagnóstico temprano de lepra lepromatosa en la actualidad: a razón de un caso

Celina Medina Gómez[1]
[1]*Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, México*

Introducción. La Lepra o enfermedad de Hansen o mal de San Lázaro, es una enfermedad antigua considerada dentro de las enfermedades milenarias conocidas por la humanidad. Es una enfermedad crónico infectocontagiosa causada por Mycobacterium Leprae, que afecta principalmente piel y nervios periféricos y en ocasiones afectación sistémica. En el mundo continúa siendo un problema de salud pública en países como México, India y Brasil. En México 21 estados presentan incidencia de los cuales 5 representan el 60% de la enfermedad: Sinaloa, Michoacán, Nuevo León, Guerrero y Nayarit. Generalmente es una enfermedad estigmatizada y subdiagnosticada lo que desencadena diagnósticos y tratamientos tardíos, ocasionando secuelas y discapacidades, además del riesgo de persistencia y diseminación de bacilo a grupos de personas sanas susceptibles por predisposición genética, sin embargo en solo al 5 al 10% desarrolla la enfermedad manifiesta.

Caso clínico. Se trata de paciente masculino de 77 años de edad con el diagnóstico aparente de artritis reumatoide de 30 años de evolución en tratamiento crónico con AINES. Ingreso al servicio de medicina interna para el abordaje diagnóstico y terapéutico de un episodio de sangrado de tubo digestivo alto secundario a gastritis erosiva por AINES. Sin embargo a la exploración física, llamaba la atención la presencia de una dermatosis diseminada caracterizada por lesiones nodulares color rojo violáceo de tamaño variable y máculas hipo pigmentadas con bordes irregulares localizados en cabeza, extremidades superiores e inferiores, con presentación bilateral, simétrica y polimorfa, además de alopecia androgénica y madarosis, así como zonas de hipoestesia, deformidad asimétrica, amputación de falanges distales con distrofia de la lámina ungueal y disminución de la movilidad con posición en garra en ambas manos. En miembros pélvicos con importante deformidad de tercio superior de las extremidades y de los ortejos que imposibilitaban la deambulación. Ante la sospecha diagnostica de lepra, se realizó basciloscopia de muestra tomada de lóbulo de la oreja que reportó la presencia de ‘’bacilos de Hansen’’. Se integró el diagnóstico de lepra lepromatosa paubacilar y se inició tratamiento con Rifampicina 300 mg cada 24 horas por 1 mes y Dapsona 100 mg cada 24 horas durante un 1 mes y con seguimiento en la consulta externa de dermatología.

Conclusiones. Los datos publicados por la OMS en septiembre de 2021 para 2020 mostraron un descenso de los nuevos casos del 37% respecto al año anterior. Esto demuestra que, en muchos países, las medidas contra la lepra, incluidas la detección y el tratamiento de los casos, se han visto alteradas por la pandemia de COVID-19. Los retrasos en la detección y el tratamiento de los casos pueden provocar daños físicos irreversibles como los comentados previamente en nuestro caso clínico, no debemos olvidar que la la lepra continua siendo un problema de salud pública por lo tanto se tiene que reforzar las acciones de diagnostico y tratamiento en áreas que son endémicas a nivel mundial.

1201

Co-infección Leishmaniasis cutáneomucosa y Enfermedad de Hansen

Karen Coll[1], Elizabeth Zak
[1]Higa Eva Perón San Martín, San Martín - Buenos Aires, Argentina

Introducción
La leishmaniasis y la enfermedad de Hansen son enfermedades causadas por patógenos intracelulares que comparten algunas características comunes: la afectación de población en vulnerabilidad económica de países tropicales, una respuesta granulomatosa crónica y la clínica variable según el estado inmunológico del hospedador. Si bien la prevalencia de estas enfermedades aún continúa siendo significativa en Argentina, la co-infección de ambas patologías es rara, existiendo escasos reportes en la literatura médica.

Caso Clínico
Paciente masculino de 26 años de nacionalidad paraguaya. Antecedentes personales: Leishmaniasis diagnosticada a los 3 años de edad con tratamiento desconocido. Antecedentes familiares: madre con Enfermedad de Hansen, con tratamiento desconocido. Consulta por dermatosis cutáneomucosa de 1 año de evolución aproximadamente, acompañada de disfagia, disfonía, pérdida de peso (12 kg) y astenia. Al examen físico se evidencia a nivel de cavidad oral sobre paladar lesiones de aspecto granulomatoso que delimitan la "cruz de espundia". A nivel del facial presenta alteración de la anatomía de la nariz con caída de la punta nasal. En miembros superiores e inferiores y a nivel plantar, presenta múltiples placas eritematodescamativas, infiltradas, de bordes regulares, hipoestésicas.

Exámenes complementarios
Interconsulta con Infectología y Otorrinolaringología para manejo conjunto. Histopatología de Piel: Dermatitis Nodular granulomatosa con células gigantes multinucleadas de tipo Langerhans. Con técnicas de Kinyoun se observan aislados bacilos ácido alcohol resistentes. Cultivo de Tejido de Paladar blando: con tinción de Giemsa se observan formas de Amastigotes compatibles con Leishmania sp.
Se descarta Tuberculosis cutánea y sistémica a través de la realización de la prueba de Mantoux, Baciloscopías en esputo y estudios de imágenes. No se hallan viseceromegalias. Serologías para HIV negativas.

Conclusión
Con la clínica presentada por el paciente y los exámenes complementarios se interpreta el cuadro como Leishmaniasis cutánemucosa, a modo de reactivación de cuadro presentado en la infancia asociado a Lepra borderline multibacilar con afectación cutánea. Terapéutica: 28 dosis de antimoniato de meglumina y triple esquema para Lepra con Rifampicina, Clofazimina y Dapsona, aún en curso con excelente respuesta clínica.

Discusión
La respuesta granulomatosa crónica de ambas enfermedades establece una intricada relación a nivel inmunológico. Es posible que la enfermedad de Hansen haya actuado como gatillo para la reactivación de la leishmaniasis cutáneomucosa- posiblemente anérgica hasta ese momento- incrementando la respuesta celular hacia un perfil Th2.
Al tener un espectro clínico variable que depende de la respuesta inmune del hospedador, el diagnóstico resulta desafiante y dificultoso por lo que resulta de vital importancia el abordaje interdisciplinario.

13. Dermatosis inmuno-alérgicas

497

Hipersensibilidade à progesterona se manifestando como eritema multiforme

Patricia De Franco[1], SanDurães[1], Luciana Pantaleão[1], Danielle Campelo Batalha Cox Moore[1], Verônica Bogado[1]
[1]Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF), Rio de Janeiro, Brasil

A hipersensiblidade à progesterona, também conhecida como dermatite autoimune por progesterona, é uma dermatose rara caracterizada por lesões muco cutâneas com amplo espectro morfológico. A afecção possui carácter recorrente, que surge durante a fase lútea do ciclo menstrual e desaparece dias após a menstruação. O caso relatado é de uma paciente de 39 anos, sem comorbidades ou uso de medicação regular com quadro cutâneo cíclico com 7 anos de evolução que se iniciou 1 ano após a última gestação. As lesões cutâneas precediam a menstruação em 5 dias e se apresentavam com bolhas e vesículas sobre base eritematosa, principalmente nas faces extensoras dos membros conferindo intensa morbidade à doença. A paciente foi submetida ao teste intradérmico de progesterona com resultado positivo e a biópsia cutânea compatível com eritema multiforme.

Uma vez que diversas especialidades médicas podem realizar o atendimento inicial e por esta entidade apresentar quadro clínico pleomórfico, há o atraso no seu diagnóstico e tratamento correto. Devemos ressaltar que a partir da história clínica de lesões cutâneas cíclicas perimenstruais esta hipótese deve ser aventada e investigada. Ratificamos a importância da pesquisa direcionada pelo diagnóstico frente ao quadro de eritema multiforme que apresenta diversas etiologias e intenso impacto na vida dos pacientes.

633

Anticuerpos específicos para miositis. Una clínica, asociación y pronóstico determinado

Julia Velez[1], Olga Forero, Fernando Sebastiani, Maria Stringa, Maria Emilia Candiz, Esteban Maronna, Liliana Olivares
[1]*Hospital Muñiz, Capital Federal, Argentina*

Introducción: En lo últimos años se han descripto autoanticuerpos en pacientes con dermatomiositis, que permitirían establecer subgrupos con diferentes manifestaciones cutáneas, afectación sistémica y riesgo de malignidad. Se los denomina anticuerpos específicos de miositis (AEM), y constituyen marcadores muy útiles para el diagnóstico, la clasificación y el pronóstico.
Se analizó la correlación clínica serológica de: Anti-Mi2 (importante actividad muscular, manifestaciones cutáneas patognomónicas y buena respuesta al tratamiento), Anti-MDA5 (Dermatomiositis amiopática, afectación palmar y fuerte asociación con enfermedad pulmonar intersticial) y Anti-TIF1 (riesgo de neoplasias) respectivamente.
CASO 1: Mujer 35 años. Antecedentes de HIV +, carga viral indetectable. Dermatosis de cuatro meses asociada a intensa debilidad muscular.
Examen físico: Placas eritemato-violáceas y edematosas en cara, cuello y tronco, en sectores liquenificadas. En miembros superiores adquieren un aspecto poiquilodérmico. En pliegue inguinal y cara lateral de ambos muslos, placas eritemato-violáceas y parduzcas, evocando el signo de la pistolera. En ambas manos hipertrofia cuticular. Importante debilidad muscular de la cintura escapular y pelviana que impedían tareas cotidianas.
Exámenes complementarios:
Laboratorio: CPK 6800, GOT 261, LDH 1838.
Colagenograma: ANA + patrón moteado 1/280
AEM: anti-MI2 +.
Screening cáncer:
PANTAC: s/p
Marcadores Tumorales (MT): Negativos
Evaluación ginecológica: s/p
DIÁGNOSTICO: Dermatomiositis anti-MI2+ con importante impacto muscular.
TRATAMIENTO: Dexametasona 20 mg + hidroxicloroquina 400 mg/día + metotrexato 20 mg/día. Mejoría clínica y de laboratorio.
CASO 2: Mujer 46 años. Dermatomiositis de 5 meses de evolución. Consultó por progresión de la dermatosis asociada a disnea CF II-III
Examen físico: En mucosa labial superior e inferior, ulceraciones de aspecto aftoide. En prominencias óseas de codos y articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales y distales, máculas y pápulas eritematoviolaceas, algunas ulceradas (signo de Gottron). Eritema periungueal. En pulpejos, máculas eritematopurpuricas y ulceraciones intensamente dolorosas cubiertas por costras hemáticas y necróticas. Debilidad muscular proximal leve y disnea CF II-III.
Laboratorio: LDH 602
Colagenograma: ANA + homogéneo 1/160.
AEM: Anti-MDA5+
Lavado broncoalveolar: sp
Espirometria: patrón restrictivo moderado.
Screening cáncer:
PANTAC: Infiltrado pulmonar difuso (vidrio esmerilado), consolidaciones con centro hipodenso.
MT: negativos.
Diagnóstico: Dermatomiositis MDA5 + con marcado compromiso pulmonar intersticial.
Tratamiento: Meprenisona 60 mg + hidroxicloroquina 400 mg. Actualmente a la espera de Rituximab.
CASO 3: Mujer 49 años.
Dermatosis generalizada asociada a debilidad muscular.
Examen físico: En cara eritema en heliotropo. En V de escote, cuello, hombros y miembros superiores placas eritematovioláceas. En dorso adquieren una disposición lineal (eritema flagelado). En articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, pápulas de Gottron. Leve debilidad muscular (cintura escapular y pelviana) asociado a dolor a la palpación.
Exámenes complementarios:
Laboratorio: sp.
Colagenograma: Negativo
AEM: TIF1+
Screening cáncer:
PANTAC: sp
MT: negativos.
VEDA: s/p
Videocolonoscopia: Pendiente
Mamografía: BIRADS 2
PAP: SIL de bajo grado.
Biopsia de útero: Cervicitis crónica activa.
Diagnóstico: Dermatomiositis AntiTIF1 + En búsqueda de asociaciones paraeoplásicas no detectadas hasta la fecha.
Tratamiento meprednisona 10 mg/día + metotrexate 25 mg/semana + hidroxicloroquina 400 mg/día + azatioprina150 mg/día.
Conclusión: Los AEM tienen un papel diagnóstico y pronóstico importante, permitiéndonos definir subgrupos homogéneos de pacientes con características clínicas y asociaciones diferentes, que podrían dirigir las estrategias terapéuticas futuras.

671

El microbioma cutáneo en pacientes mexicanos con dermatitis atópica y sus variaciones de acuerdo al tratamiento utilizado

María Teresa García Romero[1], Carolina Romo-González[1], Blanca Campos Cabrera[1], Adrián Martínez Gayosso[1], Carola Durán McKinster[1], Rafael Coria[1], Felix Key[2], Tami Lieberman[2]
[1]Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México, [2]Massachussetts Institute for Technology, Cambridge, EUA

Introducción: La dermatitis atópica (DA) es una condición inflamatoria crónica multifactorial muy frecuente. Se ha encontrado que el microbioma cutáneo en pacientes con DA tiene una menor diversidad a expensas de Staphylococcus aureus; y se ha identificado que estafilococos coagulasa negativos, Propionibacterium sp. y Cutibacterium sp. parecen generar respuestas anti-S.aureus y contribuir a la normalización del microbioma. Existe evidencia de que la terapéutica con cloro diluído puede ayudar a disminuir la colonización por S. aureus y normalizar la diversidad del microbioma cutáneo. Nuestro objetivo fue estudiar las variaciones en el microbioma cutáneo de acuerdo al tratamiento utilizado en pacientes con DA y compararlo con controles sanos.

Material y métodos: Estudio clínico descriptivo longitudinal en pacientes con DA y controles sanos de 5-18 años de edad que consintieron participar. Se incluyeron pacientes con DA moderada a severa (SCORAD≥ 35) atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría que no hubieran recibido antibióticos por ≥1 mes, no tuvieran otras condiciones inflamatorias ni recibieran tratamiento sistémico. Se les aleatorizó a recibir tratamiento estándar diario (emolientes y esteroides tópicos de mediana potencia) +/- baños con cloro diluído al 0.0005% bisemanales. Se obtuvieron 4 muestras por hisopado de sitios representativos en la visita inicial; y en pacientes en visitas 1, 2, 3 y 9 meses después, además de mediciones de SCORAD. Se realizó secuenciación de alta definición de subunidad ribosomal 16s en el Laboratorio Lieberman. El análisis estadístico de características clínicas se hizo con SPSS y Mathlab para análisis de biología computacional.

Resultados: Incluímos 28 pacientes (16 mujeres) y 14 controles sanos (5 mujeres), con edad mediana de 11 y 10 años, respectivamente. Veinticinco pacientes (89%) completaron 4 de 5 visitas. Ambos grupos de tratamiento tenían SCORAD basal similar (46.85 vs 44.1) y presentaron reducción a través del tiempo; sin embargo el cambio porcentual en SCORAD a los 9 meses fue de 79.81 en los pacientes con baños de cloro vs 11.08 (p=0.02). Se analizaron en total 580 muestras. Encontramos una correlación moderada (R=0.59) entre la severidad con la proporción de S. aureus en muestras de DA, pero no con otras especies de estafilococos (S. hominis, S. epidermidis, S. capitis, S. saprophyticus, S. haemolyticus), ni con Streptococcus sp., Propionibacterium sp., Cutibacterium sp. o Micrococcus sp. A lo largo del tiempo disminuyó progresivamente la proporción de S. aureus en ambos grupos de tratamiento. Los controles sanos tuvieron menor proporción de S. aureus (0.06 vs 0.37 en las muestras de DA); pero mayor proporción de Cutibacterium sp., Paracoccus sp. y Corynebacterium sp.

Conclusiones. El microbioma cutáneo en niños sanos y con DA es significativamente diferente, con mayor proporción de S. aureus en los pacientes con DA y que correlaciona con la severidad. Los pacientes que recibieron baños con cloro tuvieron una mejoría significativa en la severidad de DA, pero no diferencia en la proporción de S. aureus ni en el resto de las especies bacterianas principales del microbioma cutáneo. Hacen falta más estudios para determinar el papel del tratamiento con cloro en el tratamiento de pacientes con DA.

789

Lupus eritematoso sistémico y eritema multiforme: ¿Coincidencia o concomitancia?

Jimmy Steven Velásquez Bámaca[1], Carmen Rodríguez Cerdeira[2], María Lucía Monzón Quintana[1], Pebbles América Leticia Medina Hermosilla[1]
[1]Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala, [2]Hospital Vithas Nuestra Señora de Fátima, Vigo, Pontevedra, España

Introducción:
El síndrome de Rowell es una enfermedad rara, se describió por primera vez en 1963 y hasta la fecha únicamente se han descrito 95 casos. Los criterios diagnósticos han cambiado varias veces desde su propuesta inicial hasta los descritos por Torchia et al., 2,012 . Se caracteriza por la combinación de lesiones similares al lupus eritematoso y al eritema multiforme en presencia de un patrón inmunológico característico (patrón moteado de anticuerpos antinucleares) anti-Ro/SSA positivo o anti-La/SSB; además inmunofluorescencia directa negativa, ausencia de factores desencadenantes y falta de afección en mucosas o áreas acrales.

Caso:
Presentamos a una paciente femenina de 41 años de edad con historia de "manchas" pruriginosas en cuerpo de 3 días de evolución. Menciona que éstas últimas aparecieron 2 días después de haber ingerido nueva marca de Fenitoína que adquirió por motivos económicos. Aplicó cremas por su cuenta, al no haber mejoría consultó.
Como antecedentes: epilepsia tratada con Carbamazepina-Fenitoína; lupus eritematoso sistémico y falla ovárica temprana sin tratamiento.

Al examen físico presentaba dermatosis generalizada que respetaba genitales, caracterizada por lesiones eritematopapulares circulares con centro violáceo y halo claro, pruriginosas de evolución aguda. Se observaron, además, nudosidades en tórax posterior y extremidades inferiores dolorosas, también de evolución aguda. En mucosa oral se apreciaban algunas erosiones.

En base a la historia clínica y hallazgos del examen físico se tiene como impresión clínica, eritema multiforme vs Síndrome de Rowell. Se solicitan estudios de laboratorio. Se evidencia AntiRo 22UI/ml y niveles de Fenitoína 12µg/ml, ya contaba con ANA positivo (1:80) resto dentro de límites normales . En la biopsia de piel se evidenció un infiltrado inflamatorio mixto, afección de vasos medianos y necrosis fibrinoide. La inmunofluorescencia evidenció depósitos de IgA y C3 en paredes vasculares de dermis e hipodermis, compatible con paniculitis lúpica y vasculitis de medianos vasos.
Se indica omitir la molécula nueva de Fenitoína. Se inicia Levetiracetam 1.5gramos c/24h. Incluso, se indica Prednisona 50mg por 2 semanas e Hidroxicloroquina 200mg c/24h. Luego de una semana, se observa una mejoría importante con aclaramiento completo de las lesiones por lo que se le da egreso.

Conclusión:
En base en los criterios de Torchia et al., nuestra paciente cumplía parcialmente algunos criterios para Síndrome de Rowell, probablemente sufriendo un caso raro de esta entidad, sin embargo, los hallazgos eran más compatibles con una vasculitis por fármacos; la baja prevalencia del Síndrome de Rowell explica el poco conocimiento que se tiene sobre él. Por lo tanto, es importante presentar todos los casos que se tengan para lograr un progreso en el conocimiento de su fisiopatología, así como para su diagnóstico y tratamiento oportunos.

800

Un nuevo caso de alergia de contacto al metil aminolevulinato, ¿una complicación infraestimada?

Aida Menéndez Parrón[1], Pau Rosés Gibert[1], Javier Gimeno Castillo[1], Amaia Saénz Aguirre[1], Francisco Javier De la Torre Gomar[2], Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya[1], Ricardo Pérez González[1]
[1]Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, España, [2]Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

INTRODUCCIÓN
El metilaminolevulinato (MAL) es un fotosensibilizante de aplicación tópica ampliamente empleado en el tratamiento de queratosis actínicas, carcinomas basocelulares (CBC) y enfermedad de Bowen mediante el procedimiento conocido como terapia fotodinámica (TFD). Este se caracteriza por su seguridad, sin dosis limitante ni toxicidad acumulativa. Son muy conocidos sus efectos adversos agudos, mas también se han descrito casos de dermatitis de contacto al MAL.

CASO CLÍNICO
Varón de 66 años, con hipertensión arterial a tratamiento farmacológico y antecedentes de intolerancia a la estreptomicina, acude a nuestras consultas para valoración de lesión congénita que ha experimentado cambios en los últimos meses. A la exploración se trata de una placa marronácea con superficie queratósica y distribución blaschkoide sugestiva de nevus epidérmico, sobre la que se observan zonas sobreelevadas eritematosas. Se decide realizar iconografía y biopsia de una de las lesiones nuevas que histológicamente resulta compatible con carcinoma basocelular de patrón superficial multicéntrico. Ante este diagnóstico, se propone al paciente ser sometido a un ciclo de terapia fotodinámica convencional consistente en dos sesiones separadas de 15 días empleando MAL como crema fotosensibilizante. En la consulta postratamiento, pese a una mejoría clínica clara aún se observan signos dermatoscópicos de CBC, por lo que se decide realizar un nuevo ciclo de TFD seguido de tratamiento con imiquimod. En la ulterior revisión tras dichas terapias, se objetiva remanente tumoral en una nueva biopsia, por lo que se decide insistir con un nuevo ciclo de TFD, ya que este procedimiento había mostrado más efectividad al imiquimod. Tras terminar este ciclo, el paciente solicita nueva consulta expresando prurito intenso sobre placa eccematosa localizada en la zona tratada. Se toma nueva iconografía y biopsia en la que se describe una dermatitis espongiótica con liquenificación que se resuelve con corticoterapia tópica en dos meses. A continuación, se deriva al paciente a nuestra Unidad de pruebas epicutáneas en donde se aplicaron los componentes de la crema en parches y fotoparches. En la lectura a las 96 horas se observó positividad relevante (++) en ambos casos, confirmándose de esta forma una alergia de contacto al metil-aminolevulinato.

CONCLUSIONES
Las complicaciones agudas de la TFD incluyen dolor, prurito y malestar desde el inicio de la iluminación; pero muy raramente se han constatado casos de dermatitis alérgica de contacto al componente fotosensibilizante. Se ha estimado que la frecuencia de esta entidad se situaría en un 0,4-1% de los pacientes tratados, especialmente en aquellos que han realizado la TFD de forma repetida. Esto no supondría una contraindicación absoluta siempre y cuando no incluya región facial en el área tratada. Aportamos un nuevo caso de sensibilización a metilaminolevulinato tras tres ciclos de terapia fotodinámica convencional en un paciente con carcinoma basocelular superficial multicéntrico, detectando una positividad relevante en las pruebas epicutáneas. Ante un efecto secundario a esta terapia, es imprescindible una adecuada anamnesis y exploración para diferenciar las complicaciones locales agudas de las mediadas por mecanismos alérgicos, ya que se cree que muchas veces éstas pasan desapercibidas.

806

Para lá dos sinais típicos- dermatomiosite num outro tom

Ana Rebeca Neves Calado[1], João Nuno Soares[1], José Carlos Cardoso[1], Inês Coutinho[1]
[1]Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução
A Dermatomiosite é uma doença sistémica autoimune, associada a múltiplos fenótipos. As lesões cutâneas são frequentemente a primeira manifestação da doença e importa reconhecer formas de apresentação atípicas, especialmente em doentes com fotótipos mais altos, que têm sido sucessivamente sub-representados nas publicações científicas.

Caso Clínico
Uma mulher de 28 anos, fotótipo VI, foi observada por uma erupção cutânea pruriginosa com 6 meses de evolução, precedida por placas endurecidas localizadas aos braços.
À observação, objetivavam-se placas ictiosiformes dispersas sobre todo o tegumento, incluindo couro cabeludo, com descamação branca fina, que se intensificava sobre as articulações metacarpoflângicas e interfalângicas, bem como sobre a face lateral das coxas. Sobre os braços, de forma simétrica, objetivavam-se ainda placas extensas, deprimidas e endurecidas. A face, região palmo-plantar, mucosas e unhas estavam poupadas. Não se observava edema periorbitário, nem eritema violáceo ou poiquilodermia.
O exame neurológico revelou perda de força muscular proximal.
Não se palpavam adenopatias e a revisão de aparelhos e sistemas não revelou outras alterações.
Na biópsia cutânea de uma lesão descamativa observou-se hiperqueratose compacta, paraqueratose e dermatite de interface e na análise histológica da placa endurecida do braço observaram-se achados compatíveis com paniculite linfoplasmocítica mista.
A avaliação analítica mostrou anticorpos antinucleares com título 1:160, de padrão homogéneo, e o painel das miosites revelou a presença de anticorpos contra melanoma differentiation antigen 5 (MDA5). O aspartato aminotransferase (AST) e a alanina aminotransferase (ALT), a creatina cinase e a aldolase estavam aumentadas. As restantes análises eram normais.
A junção dos achados clínicos, patológicos e serológicos permitiu fazer o diagnóstico de dermatomiosite, fenótipo MDA5.
O restante estudo, incluindo RX torax, TAC toraco-abdomino-pélvica, eletrocardiograma e ecocardiograma foram normais. A avaliação sistémica para doença oncológica foi negativa.
Iniciaram-se emolientes com ureia, prednisolona 30 mg/dia e hidroxicloroquina 400 mg/dia, com melhoria acentuada da descamação cutânea e estabilização das placas de paniculite, que permaneceram como placas calcificadas.

Conclusão
O caso reportado expõe uma forma de apresentação distinta de dermatomiosite, em que as pápulas de Gottron e o sinal do coldre se apresentam como lesões descamativas, num tom de pele onde sinais como a poiquilodermia ou o eritema violáceo são difíceis de apreciar.
Os autores sugerem que lesões ictiosiformes e paniculite podem ser achados clínicos a procurar perante a hipótese de uma dermatomiosite em fotótipos mais altos.

845

Pioderma gangrenoso en una paciente con leucemia mieloide crónica en tratamiento con dasatinib ¿asociado a neoplasia hematológica o inducido por fármacos?

Verónica Lizeth González Sánchez[1], Martha Alicia Aceves Villalvazo[1], Arcelia Yunuen Figueroa Martínez[1]
[1]Hospital Regional Valentín Gómez Farías, ISSSTE, Zapopan, Jalisco, México

Introducción
Presentamos el caso de una mujer con antecedente leucemia mieloide crónica en tratamiento con inhibidor de tirosin quinasa (ITQ), la cual desarrolló ulcera en región pretibial. Posterior a dos años de evolución multitratada por angiología e infectología, fue enviada por hematología a nuestro servicio, y se diagnosticó pioderma gangrenoso (PG). Se hace una revisión de la literatura.

Caso clínico
Se trata de una mujer de 62 años con antecedente de leucemia mieloide crónica (LMC) en tratamiento con dasatinib 100 mg cada 24 hrs desde hace 3 años. Acude por ulcera en región pretibial de dos años de evolución, siendo valorada por angiología, infectología y clínica de heridas, habiendo recibido múltiples tratamientos con antibióticos, re-epitelizantes y manejo avanzado de heridas, sin respuesta favorable. A la exploración presentaba una dermatosis que afectaba pierna derecha región pretibial anterior, constituida por una ulcera de 3 x 7 con lecho de herida tejido granulación 60% esfacelo 10%, tejido necrótico 10%, fibrina 20%, piel perilesional violácea, y nueva ulcera adyacente de 1 cm, sin olor o datos de infección, así como cicatrices de ulceras previas en pierna izquierda. Las ulceras se acompañaban de dolor intenso. Se procedió a realizar biopsia por sacabocado, la cual reportó una dermis con áreas de necrosis, abundantes neutrófilos e inflamación granulomatosa no caseificante. Ziehl-Neelsen, Cultivos y PCR para micobacterias atípicas negativos.
Con la evidencia clínica e histológica se llegó al diagnóstico de PG. Hematología consideró riesgoso suspender tratamiento, por lo que se mantuvo y se añadió prednisona 50 mg por día en dosis decreciente y pirfenidona tópica adyuvante, con excelente respuesta, cicatrizando completamente en 4 meses.

Conclusiones.
El PG es una enfermedad poco frecuente, cuya patogénesis no está bien esclarecida. Están implicadas una respuesta inflamatoria anormal, con disfunción de neutrófilos y predisposición genética.
Más de la mitad de los casos se asocian con alguna otra condición inflamatoria. Los casos inducidos por fármacos son raros y no presentan características clínicas o histopatológicas específicas. Los fármacos más frecuentemente descritos son los factores estimulantes de colonias e los ITQ. (1)
En este caso, no podemos asegurar que el PG haya sido sólo secundario al uso de dasatinib o a la LMC, e incluso pudiéramos considerar que ambas entidades ya sea de forma sinérgica o no, tuvieron un papel en la patogenia. Los ITQ promueven la disfunción neutrofílica, acelerando la maduración mieloide, la liberación de neutrófilos al torrente sanguíneo y alterando la migración de neutrófilos de la sangre a los tejidos. (1)
El PG en contexto de neoplasia hematológica suele responder a la quimioterapia (2) y en ocasiones se ha asociado a peor pronóstico. (3)
La asociación con el fármaco, se clasificó como probable por escala Naranjo concordante a lo reportado en la literatura respecto a los ITQ, aunque llama la atención que en la mayoría de los casos ha sido necesario reducir dosis o suspender el fármaco. Las lesiones aparecieron a los 16 meses de haber iniciado el tratamiento de dasatinib, con rangos reportados en la literatura de 6 días a 18 meses.(4)

859

Experiencia en práctica clínica real en el tratamiento con dupilumab de la dermatitis atópica moderada-severa en un centro hospitalario

Enrique Gómez De La Fuente[1], Marta Menéndez Sanchez[1], José Javier Martinez Simón[1], Natalia Bueno Betes[1], Ana Pampin Franco[1], Uxua Floristan Muruzabal[1], Claudia Sarró Fuentes[1], Elena García García[1], Jose Luis López Estebaranz[1]
[1]*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España*

Introducción
La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica, de curso heterogéneo, que cursa con una importante afectación de la calidad de vida. El dupilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la subunidad del receptor alfa de la IL-4 que bloquea la señalización tanto de la IL-4 como de la IL-13 que ha mostrado su eficacia y seguridad tanto en ensayos clínicos como en estudios de práctica clínica real.

Objetivo
Ver la eficacia y seguridad de dupilumab en la práctica clínica habitual de un centro hospitalario desde su aprobación en España.

Método
Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de los pacientes con DA en tratamiento con dupilumab en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde marzo del 2020 hasta enero del 2022. Se recogieron los datos demográficos, del tratamiento previo y de transición, de eficacia (EASI, SCORAD, IGA, NRS-prurito) y de seguridad del fármaco.

Resultado
Se incluyeron 40 pacientes. Todos ellos habían recibido al menos un tratamiento sistémico previo, siendo los corticoides sistémicos el más frecuente seguido por la ciclosporina A. El 100% alcanzaron un EASI 50 y al menos una disminución de 2 puntos en el IgA en la semana 16 La mayoría presentaron disminución significativa del prurito en se punto de corte. En la semana 24 el 95% de los pacientes había alcanzado el EASI 75. Se ha suspendido el tratamiento en dos pacientes por falta de eficacia, en uno de ellos primaria y otros secundaria. El efecto adverso más frecuente ha sido la conjuntivitis, pero en ningún caso requirió interrumpir el tratamiento. Un paciente presentó como efecto adverso una reacción psoriasiforme que ha obligado a suspender definitivamente el dupilumab.

Conclusión
Nuestra serie demuestra que dupilumab es un tratamiento eficaz y seguro en práctica clínica real, con resultados mejores a los observados en los ensayos clínicos

931

Estudio prospectivo en dermatitis de contacto y sus efectos psicológicos en pacientes estudiados en el Departamento de Eczema de Contacto e Inmuno-alergia

Ricardo Ruiz-Villaverde[1], Francisco José Navarro Triviño[1], María Isabel Peralta Ramírez[1]
[1]*Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

Introducción
La dermatitis de contacto es un motivo de consulta frecuente en dermatología. Este grupo de dermatosis comprenden una afectación de la calidad de vida relevante. Sin embargo, pocos estudios se han realizado en relación a la afectación psicológica y la dermatitis.

Material y métodos
Estudio realizado en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada, prospectivo, con grupo control sano, iniciado en enero/2021. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Humana de la Universidad de Granada (HUSC-001-2021). El objetivo es conocer los efectos psicológicos y la afectación de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de dermatitis de contacto. Los criterios de inclusión fueron que el paciente tuviera más de 18 años, aceptar participar de manera voluntaria y anónima en el estudio, firmar el consentimiento informado, y haber sido diagnosticado de dermatitis de contacto. En los criterios de exclusión: No saber leer o escribir, tener alguna enfermedad crónica. Los criterios de inclusión y exclusión para el grupo de sanos fueron los mismos exceptuando que en los criterios de inclusión deben ser personas sanas. Aquellos pacientes que participaron en el estudio tuvieron la oportunidad de realizar el cuestionario en formato papel o de forma digital a través de la plataforma de Google Forms. donde se registraron los cuestionarios objetivo de la tesis doctoral.

Resultados
Hasta el momento se ha registrado un total de 173 pacientes diagnosticados de dermatitis de contacto. El 65.3% fueron mujeres, y el 34.7% varones. Se determinó el tiempo medio de evolución de la dermatitis de contacto, el estado civil, la edad, el nivel de estudios, la ocupación laboral, la localización de las lesiones, así como el tratamiento para la dermatitis. Entre los cuestionarios seleccionados para este trabajo se seleccionó el CD-RISC, inventario de vulnerabilidad al estrés y la Escala de Estrés Percibido. Para valorar el ámbito dermatológico se registró el cuestionario DLQI y el Skindex-29.
Actualmente se siguen reclutando pacientes y datos, pero los preliminares indican que los pacientes con dermatitis de contacto presentan mayores niveles de somatización, obsesión-compulsión, sensitividad interpersonal, ansiedad, depresión, hostilidad y psicoticismo. No se encontraron diferencias significativas en resiliencia, estrés percibido, vulnerabilidad al estrés, ansiedad fóbica e ideación paranoide.

Conclusiones
Los pacientes con dermatitis de contacto presentan un perfil psicológico que debería tenerse en cuenta a la hora de tratar esta dermatosis. La necesidad de integrar un profesional en psicológica podría ser clave para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

948

Actualización de la batería estándar española de dermatitis alérgica de contacto para 2022

Carlos Pelayo Hernández Fernández[1], Leopoldo Borrego Hernando[2], Jose Carlos Armario Hita, Jose Manuel Carrascosa Carillo[4], Susana Córdoba Guijarro[5], Maria Elena Gatica Ortega[6], Ana Giménez Arnau[7], Enrique Gómez de la Fuente[8], Ricardo González Pérez[9], Daniel González Vilas[10], Felipe Heras Mendaza[11], Marcos Hervella Garcés[12], Pilar Manrique Martínez[13], Gemma Melé Ninot[14], Pedro Mercader García[15], Javier Miquel Miquel[16], Francisco José Navarro Triviño[17], Francisco Javier Ortiz de Frutos[18], María Antonia Pastor Nieto[19], Mercedes Rodríguez Serna[20], Inmaculada Ruiz González[21], Araceli Sánchez Gilo[22], Paloma Sánchez-Pedreño Guillén[23], Javier Sánchez Pérez[24], Tatiana Sanz Sánchez[25], Esther Serra-Baldrich[26], Juan Francisco Silvestre Salvador[27], Fátima Tous Romero[18], Violeta Zaragoza Ninet[28]

[1]Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España, [2]Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España, [3]Avenida Eduardo y Felipe Osborne 30, El Puerto de Santa María, España, [4]Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España, [5]Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España, [6]Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España, [7]Hospital del Mar, Barcelona, España, [8]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España, [9]Hospital Universitario Araba, Vitoria, España, [10]Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España, [11]Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, [12]Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España, [13]Hospital de Galdakao, Galdakao, España, [14]Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona, España, [15]Hospital Morales Meseguer, Murcia, España, [16]Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España, [17]Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España, [18]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, 18, [19]Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España, [20]Hospital La Fe, Valencia, España, [21]Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, [22]Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España, [23]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, [24]Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España, [25]Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España, [26]Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, [27]Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España, [28]Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

Introducción: La batería estándar española de dermatitis de contacto se actualizó por última vez en 2016. Es necesario llevar a cabo una nueva actualización.

Material y métodos: Después de una encuesta virtual para determinar qué alérgenos debieran formar parte de la nueva batería estándar española, el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) llevó a cabo una reunión virtual extraordinaria en Octubre de 2021 para actualizar la última versión de 2016. Para ello, los investigadores tuvieron en cuenta los datos de frecuencia de sensibilización y relevancia de los alérgenos de interés, disponibles a partir del registro virtual del GEIDAC basado en la plataforma OpenClinica, así como los hallazgos de los estudios de investigación relativos a alérgenos emergentes publicados en la literatura médica.

Resultados: El fenoxietanol fue eliminado, mientras que el 2-hidroxietil metacrilato, la mezcla de colorantes textiles y los hidroperóxidos de linalol (1%) y limoneno (0,3%) fueron añadidos a la nueva versión 2022 de la batería estándar española. Por otro lado, se desarrolló una batería española extendida, para ser usada solo por los centros del GEIDAC involucrados activamente en la vigilancia epidemiológica. El diclorhidrato de etilendiamina, el metildibromoglutaronitrilo, la mezcla de lactonas sesquiterpénicas y el hidroxi-isohexil-3-ciclohexeno-carboxialdehído (lyral) fueron eliminados de la versión previa de 2016 y añadidos a esta batería extendida. También se incluyó una serie de alérgenos de especial importancia en Europa: propóleo, metabisulfito sódico, 2-bromo-2-nitropropano-1-3-diol (bronopol), mezcla de compuestas II, hidroperóxidos de linalol (0,5%) y limoneno (0,2%), benzisotiazolinona, octilisotiazolinona, decil glucósido y lauril glucósido. Por último, se añadió un grupo de alérgenos emergentes que están siendo objeto de estudio en la actualidad: propionato de clobetasol, propilenglicol, shellac y ésteres de galato.

Conclusiones: En base a datos nacionales de vigilancia clínico-epidemiológica, la batería estándar española de dermatitis de contacto se ha actualizado a una nueva versión para 2022. Proponemos el uso de una batería española extendida como un método de vigilancia epidemiológica de alérgenos de especial importancia en España y Europa.

970

Síndrome de dress inducido por fármaco antituberculoso

Daisy Milenka Mamani Marca[1], Carlos Guachalla
[1]Hospital Obrero No. 1, La Paz, Bolivia, [2]Hospital Obrero N°1, La Paz, Bolivia

El síndrome de Dress es una reacción medicamentosa grave con eosinofília y síntomas sistémicos, generalmente asociada a anticonvulsivantes y Alopurinol, se reporta un 10% de mortalidad.

Presentamos el caso de una paciente femenina de 33 años de edad, profesora, procedente de área rural, con antecedente de Dermatitis crónica de un año de evolución, realizo tratamiento en base a antihistamínicos con mejora parcial del cuadro, diagnosticada de Tuberculosis Pulmonar mediante signos clínicos, radiográficos y cultivo positivo para Mycobacterium tuberculosis, inició tratamiento en base a drogas antituberculosas, a las 3 semanas presenta lesiones eritematosas asociada a prurito de moderada intensidad la cual es tratada en base a Clorfeniramina y Prednisona con mejora parcial, sin embargo el cuadro se exacerba con presencia de eritema generalizado, edema palpebral, malestar general, alzas térmicas, disnea, conjuntivas ictéricas, cursó con leucocitosis, eosinofília, plaquetopenia, hipoalbuminemia, elevación de transaminasas, adenopatías en región cervical, axilar e inguinal, y Herpes Virus Humano tipo 6 positivo. Se suspendió medicación antituberculosa y se inició tratamiento en base a hidratación, antihistamínicos, corticoides sistémicos e inmunoglobulina con mejoría del cuadro.

Se presenta el caso por la baja frecuencia en nuestro medio, y una buena respuesta al tratamiento instaurado en una paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.
Palabras clave: eritema, eosinofilia, tuberculosis.

No existe conflicto de intereses.

1036

Encuesta a dermatólogos en Colombia: diagnóstico y tratamientos de preferencia en pacientes con dermatitis atópica

Carolina Cortes Correa[2], Marcela Cardona Salazar[1], Elkin Peñaranda[2], Héctor José Castellanos Lorduy[1]
[1]Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, [2]Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia

Inducción:
La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel inmunomediada con grandes adelantos recientes en su patogénesis y su tratamiento. El objetivo de este estudio fue identificar los criterios diagnósticos, las escalas de clinimetría, y los tratamientos de preferencia en dermatólogos que trabajaran en Colombia. Además, las causas de elección y cambio de terapia y el tiempo de espera para ver la respuesta terapéutica.

Materiales y métodos:
es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se hizo por medio de una encuesta virtual distribuida durante actividades académicas.

Resultados:
Se encuestaron 68 dermatólogos, el 29.3% basa el diagnóstico según la clínica, seguido de los criterios de Hanifin y Rajka (23.08%). Las escalas clínimétricas más usadas son DLQI, EASI, y valoración clínica (29.85%). La primera línea terapéutica para la enfermedad leve son corticoesteroides de mediana potencia (52.31%). En segunda línea prefieren cambio de potencia del corticoesteroide (38.46%). El 84.62% (n=55) de dermatólogos encuestados atiende pacientes con dermatitis atópica moderada a severa. Las principales causas de iniciar terapia sistémica son: 1. la clínica severa y 2. alteración severa de la calidad de vida. Para elegir terapia sistémica se tiene en cuenta la severidad clínica y la eficacia del medicamento según literatura. En la DA moderada a severa la primera opción es fototerapia (59.38%) y corticoesteroides sistémicos (25%). Como segunda opción ciclosporina (25%), fototerapia (18.75%), azatioprina (18.75%). El 37.5% espera 4 semanas para ver respuesta terapeutica con la fototerapia y otro 37.5% espera 8 semanas. El 53.13% espera 2 semanas para ver una respuesta óptima con corticoesteroides sistémicos. Respecto a la ciclosporina, 34.38% de encuestados espera ver respuesta clínica significativa a las 2 semanas y 31.25% a las 4 semanas. Finalmente, con metotrexate y azatioprina el 46.88% espera 8 semanas para ver respuesta clínica significativa y 25% espera 12 semanas.

Conclusiones:
Es el primer estudio en Latinoamérica al respecto. Se encontró que no hay consenso sobre el diagnóstico y manejo de la enfermedad. En algunos casos no se está esperando el tiempo necesario para ver una respuesta clínica. Aporta información única sobre el tratamiento de dermatitis atópica y sugiere realizar actividades académicas para unificar conceptos entre especialistas.

1052

Pioderma gangrenoso de localización atípica y difícil manejo

Lucía García Sirvent[1], Leticia Beas Porcel, Joaquín Espiñeira Sicre, Alejandro Docampo Simon, Julia Miralles Botella, Laura García Fernández, Laura Cuesta Montero
[1]*Hospital Universitario San Juan, Alicante, España*

Introducción: Pioderma gangrenoso de localización atípica y difícil manejo

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 84 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y artritis psoriásica de larga evolución en tratamiento con metotrexato. Fue remitido a nuestra consulta por dos lesiones ulceradas en borde de glande y prepucio, muy dolorosas, con escara necrótica adherida, eritema e induración circundante. No se palpaban adenopatías inguinales.
El paciente refería que las lesiones habían aparecido 2 meses antes, en forma de pápuloapústulas, que progresivamente habían aumentado de tamaño. No refería traumatismo previo ni aplicación de productos tópicos en dicha localización. Negaba cambios de medicación recientes y relaciones sexuales de riesgo.
Se solicitó analítica sanguínea con hemograma y bioquímica, serología de ITS (virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Chlamydia) y cultivo de exudado uretral. Se realizó biopsia para estudio anatomopatológico y se pautó Cefadroxilo 500 mg/12h.
Los resultados fueron negativos salvo por PCR positiva para VHS-2 (ya conocida previamente). Con estos datos se decidió inicio de valaciclovir oral. El estudio histológico mostró una úlcera inespecífica, con presencia de infiltrado neutrofílico abundante, sin cambios citopáticos sugerentes de origen infeccioso. Se descartó citotoxicidad farmacológica por metotrexto.
A pesar del tratamiento antiviral, el paciente presentó empeoramiento de las lesiones. Ante el fallo de respuesta al tratamiento, y considerando la presentación clínica y los resultados anatomopatológicos, se sospechó un pioderma gangrenoso y se inició tratamiento con clobetasol tópico y prednisona oral 40 mg/día. Además, se solicitaron marcadores de autoinmunidad (anticuerpos antinucleares (ANA) y anti citoplasma de neutrófilo (ANCA)), sangre oculta en heces (SOH) y glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PDH), que fueron normales.
Se decidió adición de dapsona 50mg/día y tras poco tiempo de tratamiento, se observó mejoría de la lesión, con regresión del tamaño de la úlcera y reducción de la inflamación perilesional. Sin embargo, el paciente presentó insuficiencia renal aguda que se relacionó con la dapsona, requiriendo ingreso hospitalario y suspensión del tratamiento. En ese momento, se decidió inicio de adalimumab, que ha llevado durante 2 meses. Actualmente, se ha conseguido el control de la enfermedad con regresión completa de las lesiones ulcerosas.

Conclusión: El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica infrecuente y rápidamente progresiva, que frecuentemente se asocia con enfermedades inflamatorias sistémicas, las cuales pueden estar presentes de forma previa o aparecer posteriormente. Entre las más frecuentes se encuentran la enfermedad inflamatoria intestinal, las artritis y las enfermedades hematológicas. En este caso, nuestro paciente padecía de artritis psoriásica, que ha sido previamente descrita en asociación con el PG. El paciente cumplía los criterios propuestos para el diagnóstico, tanto principales (progresión rápida de una úlcera cutánea necrótica dolorosa, con borde eritematovioláceo irregular socavado y exclusión de otras causas de úlcera cutánea (infecciosas, autoinmunitarias y procesos neoplásicos subyacentes)), como secundarios (anamnesis indicativa de patergia (pústula inicial), enfermedades sistémicas relacionadas (artritis), observaciones histopatológicas compatibles (neutrofilia estéril) y respuesta al tratamiento corticoideo).

1074

Dermatitis eosinofílica paquidérmica. Reporte de caso

Camila Félix Caviedes[1,2], Lizeth Lafuente Cevallos[1,2], María Augusta Basantes Orbea[1,2], Valeria Ureña López[1,2], Jorge Gallegos Sevilla[1,2], Santiago Palacios Álvarez[2]
[1]Postgrado de Dermatología Universidad UTE, Quito, Ecuador, [2]Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador

Introducción: Los eosinófilos son granulocitos diferenciados, los mismos que intervienen activamente en un grupo heterogéneo de patologías dermatológicas, como es el caso de la dermatitis eosinofílica paquidérmica, que se engloba dentro de las dermatosis eosinofílicas. Ésta fue descrita por primera vez en 1996 por Jacyk et al. La sintomatología se caracteriza por pápulas y nódulos pruriginosos sobre una piel áspera, engrosada y de aspecto paquidermatosa, con compromiso extenso de la cara, tronco y extremidades. Sobre esta enfermedad infrecuente existe limitada bibliografía, por lo que se cree considerable reportar este caso.

Caso clínico: Paciente femenina de 24 años de edad, acude a servicio de Dermatología, refiriendo que desde hace 7 años presenta dermatosis generalizada, caracterizada por placas liquenificadas en todo el cuerpo incluyendo mucosas, palmas y plantas de los pies. Dentro de antecedentes familiares, su padre padece de asma bronquial. En cuanto a sus antecedentes patológicos personales, refiere alergia a medio de contraste yodado, asma sin sintomatología desde los 14 años y dermatitis atópica diagnosticada a los 17 años por biopsia de piel. Acudió con exámenes de laboratorio realizados en los que se reporta: leucocitosis: 91770, eosinofilia: 75251, IgE: 2485 IU/ml, factor de necrosis tumoral alfa: 19.68, interleucina 6: 14.02, no se detectó la mutación V617F, del gen JAK2. El estudio de médula ósea reporta médula hipercelular para la edad con hipereosinofilia, células indiferenciadas sin división (menos de 20 metafases). Se descartaron alergias y parasitosis. Al examen físico, en la lengua se encuentran lesiones nodulares de distribución lineal, hiperpigmentadas, de color marrón, que abarcan el 70% de la misma. En cara, a nivel de región supraciliar izquierda, presenta placa hipopigmentada, de bordes definidos pero irregulares, con eritema lineal central, que ocasiona madarosis de la ceja, secundaria a herpes zoster. Se evidencian múltiples pápulas monomorfas queratósicas que confluyen generando grandes placas de aspecto paquidérmico, hiperpigmentadas, descamativas generalizadas, localizadas en toda la superficie corporal. En las manos, hipertrofia a nivel de articulaciones interfalángicas proximales, con desviación cubital de articulaciones metacarpofalángicas. Presenta adenopatías inguinales bilaterales mayores a 2 cm, fácilmente visibles y palpables. En genitales, pérdida de vello púbico con hipertrofia de labios mayores. Dermatoscópicamente, se observan pápulas monomorfas de aprox 3-4 milímetros que se agrupan formando placas con componente vascular mínimo, sobre una piel engrosada. No hay afectación sistémica. En la resonancia magnética de manos se informa tendinitis. Se realizó una biopsia de lengua, brazo, y pierna derechos que reportaron dermatitis perivascular con eosinófilos.

Conclusiones: La eosinofilia refleja procesos de reactividad inmunitaria, ya sea local o sistémica, tanto frente a antígenos externos como a autoantígenos. Ante el hallazgo de una eosinofilia intensa, se debe realizar una historia clínica completa, un acertado diagnóstico diferencial, y una estricta correlación clínica para diagnosticar a esta patología.

1087

Anetodermia primaria: una manifestación temprana de enfermedad autoinmune

Carlos Andrés Guerrero Arias[1], Carlos Andrés Gualdrón Frías[1], Claudia Juliana Díaz Gómez[1]
[1]*Sección de Dermatología, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia*

1) Introducción: La anetodermia primaria es una dermatosis caracterizada por una pérdida focal del tejido elástico en la dermis superficial a media, de patogenia desconocida. Clínicamente se presenta como pápulas o placas hipopigmentadas redondeadas con sensación de atrofia subcutánea, asintomáticas, afectando predominantemente el tronco y las extremidades proximales. Se expone el caso clínico de una mujer con anetodermia primaria, como manifestación clínica inicial, que permitió posteriormente el diagnóstico de síndrome de Sjögren y anticuerpos antifosfolípidos concomitantes. La anetodermia primaria es una entidad poco reportada y que requiere una alta sospecha diagnóstica debido a que obliga a descartar diversas enfermedades autoinmunes, infecciones, consumo de cocaína y medicamentos.

2) Caso clínico: Mujer, 39 años de edad, con antecedente de hipotiroidismo, quien consultó al servicio de Dermatología para inicio de fototerapia por historia de tres años de múltiples lesiones en la piel del tronco superior, los hombros, brazos, el cuello y la cara, e histopatología extrainstitucional con diagnóstico de pitiriasis liquenoide. La paciente negó historia de lesiones cutáneas previas en el área comprometida o cambios en sus características. Al examen físico se observaron múltiples placas ovaladas, atróficas, hipopigmentadas, algunas de aspecto nacarado, con bordes definidos, confluentes, de diferentes diámetros, distribuidas en la región superior del tronco, los hombros, los brazos, el cuello y región mandibular. Las lesiones no se correlacionaron con el diagnóstico histopatológico inicial, además con aparición reciente de síntomas como xerostomía, xeroftalmia y dispareunia. Por lo anterior, se decidió realizar paraclínicos, nueva biopsia de piel y de glándula salival menor. La biopsia de piel reportó un epitelio atrófico, con pérdida de la red de crestas, infiltrado inflamatorio mononuclear linfocitario perivascular superficial e intersticial, coloraciones especiales de histoquímica para fibras elásticas con marcada disminución del colágeno en la dermis superficial. Se documentó además una TSH elevada, ANAS y ENAS positivos, IgM/IgG beta 2 glicoproteína positivos, IgM/IgG anticardiolipinas positivos, biopsia de glándula salival menor con infiltrado inflamatorio mononuclear linfocitario en el parénquima formando dos focos y sialoadenitis crónica severa, confirmándose anetodermia primaria, síndrome de Sjögren, anticuerpos antisfosfolípidos positivos sin eventos trombóticos e hipotiroidismo no controlado. Se inició tratamiento con cloroquina, levotiroxina y ácido acetilsalicílico. Por aumento en el número y tamaño de las lesiones cutáneas se decidió agregar colchicina 1 mg/día. Actualmente está en seguimiento, sin aparición de nuevas lesiones, pero sin mejoría clínica de las lesiones previas.

3) Conclusiones: La anetodermia primaria es una entidad rara, sucede más frecuentemente en mujeres de edad media y se asocia a diferentes condiciones sistémicas, siendo la más común, la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Puede ser la primera manifestación de trastornos subyacentes relevantes. Como se ilustra en este caso, la asociación de anetodermia primaria y síndrome de Sjögren primario es algo excepcional, e incluso más, cuando confluyen con anticuerpos antisfosfolípidos positivos, reportándose un solo caso en la literatura hasta el momento. El tratamiento es difícil, se han empleado corticoesteroides intralesionales, penicilina G oral, dapsona, colchicina, fenitoína, cirugía, terapia láser, entre otros, sin evidencia sólida sobre su eficacia.

1169

Uveítis como manifestación inicial de psoriasis, tras colocación de implantes mamarios. A propósito de un caso

Cristina Eugenia Conde Ortiz[1], Martha Alicia Aceves Villalvazo, Claudia Verónica García Ornelas
[1]*Hospital Regional "Valentín Gómes Farias", ISSSTE., Guadalajara, México*

INTRODUCCIÓN.
La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, crónica e inmunomediada de la piel. A nivel sistémico afecta aparato cardiovascular, articular, intestinal, ocular, etc(1). La uveítis afecta 2-9% de los pacientes con psoriasis y puede ocasionar pérdida de la visión. La asocaición de psoriasis y uveitis aún no se ha caracterizado, pero en estos casos, la uveítis puede ser bilateral, crónica, severa y con alta recurrencia(2-3). Algunos autores creen que el curso de la enfermedad inicia con psoriasis, luego uveítis y finalmente artritis psoriásica, sin embargo existen reportes donde la uveítis precede la afección cutánea(4).
Se cree que el "síndrome autoinmune inducido por adyuvantes (ASIA)", descrito en 2011, abarca un conjunto de enfermedades inmunomediadas tras exposición a un adyuvante en individuos genéticamente predispuestos. Adyuvante es la sustancia capaz de acelerar, amplificar o prolongar una respuesta inmune. No así, estudios en animales, han arrojado resultados contradictorios sobre el vínculo silicona y síndromes disinmunes(5)(6). Se ha reportado mejoría en el 50% de los pacientes tras el retiro del adyuvante. (7).
Actualmente el número procedimientos estéticos y el uso de silicón va en aumento. Conocer los criterios diagnósticos más específicos permitirán un diagnóstico oportuno.
La controversia sobre la existencia de este síndrome obliga la comunicación de estos casos con la finalidad de aumentar el conocimiento de esta entidad.

CASO CLÍNICO.
Femenino de 58 años de edad, antecedente familiar de hipertrigliceridemia. Con antecedente de hipertensión arterial sistémica y dislipidemia, quirúrgico con colocación de implantes mamarios hace 15 años con recambio hace 8 años. Uveítis anterior bilateral desde hace 6 años, 13 periodos de agudización, actualmente con desprendimiento vítreo bilateral. Psoriasis en placas desde 2019 con mal control y progresión a artritis psoriásica en 2020.
Acude a nuestro servicio por progresión de la psoriasis y aparición de placas en pliegue interglúteo. Cuenta con Anti-DNAdc y ANAs positivos. USG con sinovitis y entesitis en articulaciones distales de ambas manos.
Tras evaluación clínica con criterios para diagnóstico de ASIA. Se establece diagnóstico de psorias en placas e invertida, artritis psoriásica y uveítis secundario a síndrome de ASIA. Manejo multidisciplinario con oftalmología y reumatología.
Se propone inicio de terapia biológica con Secukinumab (IL-17A), a la semana 12 se alcanza un PASI 90 y la Uveitis inactiva. Se propone retiro de implantes.

CONCLUSIONES.
No está claro si el uso de implantes mamarios es seguro.
Se deben realizar esfuerzos para comprender, clarificar y sensibilizar sobre el concepto ASIA, para un mejor discernimiento entre las patologías inducidas por adyuvantes y su prevención en individuos genéticamente predispuestos.
La uveítis que acompaña a la psoriasis puede ser aguda o insidiosa se debe derivar a todo paciente con psoriasis, a un oftalmólogo.
El comunicar este tipo de presentación atípica apunta a la necesidad de elevar la sospecha clínica y velar por un diagnóstico temprano.

1.Rajguru J, Maya D, Kumar D, (2020) Update on psoriasis: a review. J Fam Med Prim Care.
2.Lam M, Steen J, (2020) The incidence and prevalence of uveitis in psoriasis: a systematic review and meta-analysis. J Cutan Med Surg.

1186

Presentamos un caso de morfea profunda

María Carmen Gutiérrez Rodriguez[1], Gerardo Martínez García[1], Ivan Cusacovich Torres[1], Carmen Delgado Mucientes[1], Jara Valtueña Santamaría[1], Daniel Ruíz Sánchez[1], Leire Barrutia Etxebarría[1], Victor Volo Bautista[1], Ana Mateos Mayo[1], Ana María Antón Márquez[1], Ana María Carballido Vázquez[1], Pilar Manchado López[1]
[1]Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Introducción: La morfea profunda es una inflamación y una esclerosis que afecta predominantemente a la dermis profunda y la grasa subcutánea, pudiendo afectar a estructuras subyacentes. Es una variante poco frecuente de esclerodemia cutánea, caracterizada por una o más placas mal definidas, profundas, normalmente en escaso número que afectan a tronco o extremidades.

Caso Clínico: Mujer de 40 años, con antecedentes de sordera de oido derecho por infección, fenómeno de Raynaud, úlcus péptico curado con erradicación de helicobacter, reflujo gastroesofágico, sinusitis crónica, migrañas ocasionales, fumadora de 15 cigarrilos diarios. No toma medicación habitual. Remitida desde medicina interna, por presentar lipodistrofia con sospecha paniculitis lúpica. El cuadro comienza en mayo de 2018 con dolor en trocanter derecho y calambres, posteriormente se nota depresión de la zona por atrofia de la grasa, simultáneamente aparición en el brazo derecho de máculas eritematosas, pruriginosas, con atrofia en la grasa 1 mes después. Hace 1 año comienza con lesiones similares en el brazo izquierdo y en glúteos. Realizamos biopsia de lesión en la nalga izquierda. En la histopatología presenta notable expansión del tejido dérmico y marcado engrosamiento e hialinización de los septos del tejido subcutáneo, con ligero-moderado infiltrado inflamatorio linfohistiocitario con algunas células plasmáticas, perivascular con ligera expansión intersticial. El lobulillo subcutáneo aparece notablemente degenerado con cambios membranoquísticos relevantes, incipientes microcalcificaciones en tejido adiposo del lobulillo. Los vasos sanguíneos presentan paredes gruesas, hialinizadas, especialmente en septos hipodérmicos. En dermis ligero y parcheado infiltrado inflamatorio perivascular como el descrito. En dermis superficial se observa fibrosis perianexial, densamente colagenizada de forma parcheada, sin liquenificación en epidermis ni anexial. Se observan cambios dermohipodérmicos inflamatorios y degenerativos compatibles con morfea profunda, con cambio membranoquístico. Realizamos determinaciones analíticas con autoanticuerpos, ecografía cutánea, capilaroscopia.

Conclusiones: Comentaremos los principales aspectos relacionados con el diagnóstico, diagnósticos diferenciales, pronóstico y tratamiento. Las lesiones pueden calcificarse y causar calcinosis cutánea, también pueden reducir la movilidad cutánea y causar secuelas funcionales y estéticas. Resaltamos la importancia del diagnóstico correcto temprano para prevenir las secuelas.

1189

Cambios en la barrera epidérmica en los pacientes con dermatitis atópica

Trinidad Montero Vilchez[1], Pablo Diaz Calvillo, Juan Angel Rodriguez Pozo, Maria Salazar Nievas, Jesus Tercedor Sanchez, Alejandro Molina Leyva, Salvador Arias Santiago
[1]*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

Antecedentes y objetivos. La función de barrera epidérmica está alterada en los pacientes con dermatitis atópica (DA). Dupilumab es un tratamiento efectivo para los pacientes con DA. Actualmente se desconoce el impacto del Dupilumab en la función de barrera epidérmica de los pacientes con DA. Por ello, los objetivos de este estudio son: 1) evaluar el impacto del Dupilumab en la función de barrera epidérmica y 2) compararlo con otros tratamientos empleados en los pacientes con DA

Material y método. Se diseñó un estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de DA que fueran a iniciar tratamiento con corticoides tópicos, sistémicos clásicos o Dupilumab. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y tras 16 semanas de tratamiento. El Severity Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) se empleó para valorar la gravedad de la enfermedad. Se midieron parámetros de función de barrera epidémica y homeostasis cutánea en una región del pliegue antecubital: pérdida transepidérmica de agua (TEWL), hidratación del estrato córneo (SCH), temperatura, eritema y pH.

Resultados. Se incluyeron 38 pacientes con DA en el estudio, 8 recibieron tratamiento con corticoides tópicos, 8 con sistémicos clásicos y 16 con Dupilumab. Los pacientes que recibieron Dupilumab presentaron una enfermedad más grave (SCORAD 37,12 vs 50,78 vs 57,68, p=0,001). Al inicio del estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la TEWL, SCH, temperatura, eritema y pH entre los tres grupos. Tras el tratamiento se observó que los valores de temperatura (-0,87 vs +0,75 vs +0,54ºC, p=0,012) y SCH (+17,17 vs +2 vs +12,54 UA, p=0,016) mejoraron más en los pacientes con Dupilumab que en los otros grupos de tratamiento.

Conclusión. Dupilumab mejora la función de la barrera epidérmica y la homeostasis cutánea en los pacientes con DA, lo que se ve reflejado en una disminución de la temperatura y un incremento del SCH.

1196

Penfigoide ampolloso secundario a Vacuna para Covid-19

Mercedes Mamani Choque[1]
[1]Hospital Obrero N1, La Paz, Bolivia

Introduccion:
El penfigoide ampolloso es una enfermedad autoinmunitaria poco comun que se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores. Existen numerosos desencadenantes de la enfermedad, dentro de los cuales se implicaron algunas vacunas (tetanos, difteria, tos ferina, rabia) aunque el mecanismo inmunologico subyacente no esta claro aun. Al ser la vacuna para el Covid relativamente nueva, aun desconocemos todas las reacciones cutaneas secundarias a su administracion que esta puede producir. En este caso vemos un individuo que ya tenia un historial de lesiones dérmicas poco especificas que al ser expuesto a la vacuna para Covid 19 desarrolla la enfermedad como tal y no solo eso sino que a la aplicación de la 2da dosis esta se exacerba. La importancia radica en conocer las distintas reacciones adversas cutáneas que se pueden presentar, sobretodo en personas con un historial de lesiones cutáneas previas.
Paciente masculino de 71 años de edad con los antecedentes de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2, ingresa en fecha (28.09.21) refiere cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por dermatosis tipo vesiculas, diseminadas en escasa cantidad en cara anterior de brazo derecho, por lo que realizo autocuraciones con yodo con remisión parcial de lesiones. Posterior a 3 dias de Administracion de 1ra dosis de Vacuna Sputnik (30.04.21) paciente refiere aparicion de vesiculas y ampollas diseminadas en ambos miembros superiores, ademas de prurito de moderada a severa intensidad 7/10, por lo que continua con curaciones domiciliarias con remisión parcial de lesiones. Hace 1 mes cuadro clinico se exacerba posterior a 2 dias de la administracion de 2da dosis de Vacuna Sputnik (30.08.21) con la presencia de dermatosis ampollosa generalizada. Se corrobora diagnostico de penfigoide ampolloso mediante la realización de biopsia y estudio anatomopatológico. Se realizo tratamiento en base a de corticoides sistémicos y tópicos (3 pulsos de metilprednisolona 250 mg, prednisona 20 -5 mg dosis reducción y clobetasol) además de inmunomoduladores (Azatioprina 50 mg cada 12 hrs), con adecuada respuesta clínica.

Conclusiones:
Las vacunas para el Covid 19 son vacunas relativamente nuevas, de las cuales los efectos adversos cutáneos aun están en estudio, su aplicación a nivel mundial continuara y debemos ser capaces de reconocer los efectos adversos cutáneos que este pueda producir sobretodo en paciente genéticamente predispuestos a desarrollar enfermedades autoinmunes o que ya tengan un historial de lesiones cutáneas.
Hay que tomar en cuenta que la aplicación de vacunas para Covid 19 al desencadenar una respuesta inmunitaria en el organismo podrian exacerbar una patología dermatológica preexistente en el individuo.
Tambien es inevitable preguntarnos si el hecho de presentar reacciones adversas en este caso dermatológicas a la vacuna es una contraindicación para concluir el esquema de inmunización para Covid 19 en estos pacientes, vale la pena ver el riesgo y beneficio en este caso.

14. Dermatosis metabólicas

379

Calcinosis cutis de subtipo metastásico como manifestación cutánea en un paciente con enfermedad renal crónica: Una entidad poco frecuente

Andrea Fernanda López Gutiérrez[1], Stephanie Diane Turcios Santizo[1], Marisol Ramírez Padilla[1], Bertha Lissette Sotelo García[1]
[1]OPD Hospital Civil de Guadalajara 'Fray Antonio Alcalde', Guadalajara, México

La Calcinosis cutis es una enfermedad ocasionada por disrupción de los mecanismos reguladores del calcio que lleva a osificación cutánea. Es poco común y para el diagnóstico se requiere alta sospecha clínica. La presentación clínica típica es nodular, pero en algunos pacientes con enfermedad severa se puede presentar de manera atípica. Presentamos el caso de un hombre que fue diagnosticado con Calcinosis cutis metastásica tras sospecha clínica y confirmación histopatológica, con el fin de realizar una revisión y actualización de la literatura disponible respecto a esta entidad.
Se reporta el caso de un hombre de veintisiete años, con antecedente de Enfermedad renal crónica (ERC) en estadio V de dos meses de diagnóstico sin tratamiento sustitutivo renal. Se presentó a urgencias por presencia de dermatosis de cuatro meses de evolución que fue empeorando progresivamente. A la exploración se identificó dermatosis única, simétrica, diseminada a extremidades superiores, inferiores y pliegue inguinal, predominante en áreas flexoras, constituida por placas con superficie irregular, brillante, algunas áreas ulceradas y borde irregular y eritematoso, crónicas, pruriginosas. Se realizó biopsia en la cual se observó epidermis con hiperqueratosis y acantosis. En dermis se observaron abundantes depósitos de calcio rodeados por infiltrado inflamatorio linfocitario. Se realizó el diagnóstico de Calcinosis cutis metastásica secundario a ERC y se inició tratamiento sustitutivo renal a base de hemodiálisis.
El término 'Calcinosis cutis' hace referencia a la deposición de sales no solubles de calcio en dermis y tejido subcutáneo. Se clasifica en cuatro subtipos: distrófica, metastásica, idiopática y iatrogénica. La variante distrófica ocurre por daño local en el tejido y se caracteriza por ausencia de alteraciones en el metabolismo del calcio. La calcinosis cutis metastásica resulta de alteraciones en el metabolismo del calcio o fosfato que llevan a su precipitación. Como su nombre lo describe, la calcinosis cutis iatrogénica ocurre secundario a intervención médica.

La patología más común asociada a la calcinosis metastásica es ERC, la cual provoca hiperfosfatemia por disminución de filtración del fosfato. La disfunción renal provoca una disminución de niveles de vitamina D3, reduce la absorción de calcio gastrointestinal y lleva a hipocalcemia sérica e hiperparatiroidismo secundario. Esto provoca un incremento de la reabsorción ósea, elevando así los niveles de fósforo y calcio. Al deponerse en la piel, se presenta como calcificaciones nodulares benignas en sitios periarticulares. En los pacientes con enfermedad severa, los depósitos pueden presentarse como placas grandes y confluentes que llegan a deformar el área, como el caso del paciente descrito anteriormente.

El diagnóstico se sospecha con hallazgos compatibles (pápulas o nódulos, particularmente cuando presentan salida de material blanquecino). Se confirma histopatológicamente con depósitos de calcio intensamente basofilos en dermis y tejido celular subcutáneo, así como reacción inflamatoria periférica. El tratamiento de la calcinosis cutis metastásica consiste en corregir el problema que provoca las alteraciones del calcio y fosfato, siendo en este caso el tratamiento de la ERC.
La importancia de este caso subyace en destacar las manifestaciones atípicas que pueden llegar a tener los pacientes con calcinosis cutis metastásica para así realizar un correcto diagnóstico.

469

Acrodermatitis Enteropática - Like en una lactante con Fenilcetonuria

Emily Lesly Navarro Torre[1], César Augusto Gonzáles Ramírez[1], Maritza Hipólito Pittar[1]
[1]*Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú*

INTRODUCCIÓN: El presente caso clínico es muy interesante porque las enfermedades metabólicas son poco frecuentes y más aún sus manifestaciones cutáneas. En este caso en particular la Acrodermatitis Enteropática - Like es una manifestación cutánea poco frecuente reportada en pacientes con Fenilcetonuria.

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 4 meses de edad, con antecedente de Fenilcetonuria (Diagnosticada a los 3 días de vida mediante tamizaje neonatal en el Hospital San Bartolomé-Lima). Madre refiere que 1 mes antes de ingresar al Hospital la paciente comenzó a presentar lesiones eritemato-violáceas en área del pañal y en la cara interna de ambos muslos las cuáles se fueron extendiendo a otras partes del cuerpo; además la madre refiere que la paciente presentaba deposiciones líquidas de forma esporádica y episodios de obstrucción bronquial a repetición desde el nacimiento. Al examen físico presentaba placas eritemato-violáceas, descamativas y con presencia de fisuras a nivel de la región perineal, miembros inferiores, miembros superiores, región perioral y alrededor de ambos pabellones auriculares. No se palparon adenopatías. Sus exámenes de laboratorio fueron: Hb: 8.6, Leucocitos: 11.42, Plaquetas 291,000; Albúmina: 1.8, DHL: 503, FA: 195, PCR: 2.19, TGO: 47, TGP: 52, Fibrinógeno: 1.218, INR 1.319, TP: 15.114. Se tomó un examen adicional en un laboratorio particular: Zinc Sérico: 47 (Valores normales: 60-110). Resto de exámenes de laboratorio sin alteraciones. Biopsia de piel: Hiper y paraqueratosis, acantosis irregular, leve espongiosis, en dermis leve infiltrado inflamatorio linfohistiocitario perivascular. Con todo ello se llegó al diagnóstico de una Acrodermatitis Enteropática – Like en una lactante con Fenilcetonuria. Se le inició tratamiento con Sulfato de Zinc VO a dosis de 2mg/kg/día (20mg/día repartido en 3 tomas), Sulfato de Zinc al 1% tópico: Diluido 1/3 y aplicado en compresas en las lesiones 3 veces al día y uso de Leche especial sin Fenilalanina. A los 10 días de inicio del tratamiento se evidenció mejoría clínica de las lesiones cutáneas con disminución de la coloración eritemato-violácea, descamación y fisuras así como disminución de la extensión de la enfermedad.

CONCLUSIONES: La Acrodermatitis Enteropática - Like o Acrodermatitis Dismetabólica, es una entidad que involucra dermatitis en áreas simétricas: perioral, intertriginosa y acral; y valores normales o deficientes de Zinc en pacientes con trastornos congénitos del metabolismo.
Las manifestaciones cutáneas de la Fenilcetonuria suelen ser hipopigmentación difusa y dermatitis eccematosa pero hay pocos casos reportados de presentación de Acrodermatitis Enteropática - Like.
En la Acrodermatitis Enteropática - Like los valores de Zinc Sérico y de Fosfatasa Alcalina no se suelen ven alterados o su alteración es mínima, evidenciándose mejoría clínica con el manejo de la enfermedad metabólica de fondo y con el uso de Zinc oral pero a largo plazo.
Se presenta el siguiente caso por ser una presentación inusual de una Acrodermatitis Enteropática - Like en una lactante con Fenilcetonuria.

493

Máculas azuladas en manos, ojos y orejas: dos casos de ocronosis

Judit Algarra Sahuquillo[1], José María Ramírez Conchas[1], María-Luísa Santos e Silva Caldeira Marques[1], Júlia Mercader Salvans[1], María José González de Mesa Ponte[1], Ana de Andrés del Rosario[1], María Arteaga-Henríquez[1]
[1]Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España

INTRODUCCIÓN: La ocronosis es una enfermedad de depósito que puede afectar tanto a la piel como a otros órganos. Se presentan dos casos clínicos, de origen endógeno, para destacar la importancia de sospechar esta infrecuente pero característica enfermedad y poder así controlar sus posibles complicaciones.

CASOS CLÍNICOS: Paciente mujer de 69 años con antecedentes personales de epilepsia, dislipemia e infección por virus de la hepatitis B, que consulta por pápulas hiperqueratósicas azuladas en región periungueal y cara lateral de los primeros dedos de ambas manos. Con la sospecha de hiperqueratosis friccional, se pautó tratamiento con vaselina salicilada al 20% y corticoterapia tópica sin mejoría. Se decidió biopsia cutánea, observándose hiperqueratosis y acantosis con depósitos de material refractario amarillento en la dermis. Ante la sospecha de ocronosis, se solicitó ácido homogenístico (AHG) en orina de 24h que confirmó el origen endógeno de la enfermedad revelando valores elevados (3532.60mg/24h). Paciente varón de 71 años ingresado tras trasplante renal por nefropatía diabética y síndrome cardiorrenal, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y artritis no filiada; es remitido para nuestra valoración por máculas azuladas hiperqueratósticas en las caras laterales del primero y segundo dedos de ambas manos. En la exploración física, se objetivaron lesiones similares en palmas de manos y pigmentación grisácea en la esclerótica de ambos ojos. Las uñas también presentaban coloración azulada. Se solicitó AHG en orina de 24h con resultado normal, poco fiable tras trasplante. El paciente negaba exposición previa a sustancias causantes de ocronosis exógena. Se llegó al diagnóstico gracias a una biopsia compatible y la clínica característica.

CONCLUSIONES: La ocronosis es una enfermedad infrecuente que puede tener un origen endógeno o exógeno. El déficit congénito de la enzima AHG oxidasa, de herencia autosómica recesiva, es la responsable de la ocronosis endógena o alcaptonuria, con una prevalencia mundial de 1/111.000-1/1.000.000. La exposición a sustancias como la hidroquinona, mercurio, levodopa, fenol o antipalúdicos, entre otros; puede producir inhibición local de AHG oxidasa, causando ocronosis exógena. Ambas enfermedades se deben al depósito AHG en los tejidos, lo que se observa a nivel histológico como un depósito acelular de material amarillo en forma de banana en la dermis. Las manifestaciones clínicas de la forma endógena suelen apreciarse durante la edad adulta y son características: coloración azulada de los cartílagos (ej. pabellones auriculares), escleróticas y la piel, más frecuentemente dorso nasal, mejillas y dorso de manos. A nivel extracutáneo, los depósitos pueden generar cálculos e insuficiencia renales, artritis y alteraciones valvulares cardíacas. La forma exógena, se manifiesta como un oscurecimiento de las áreas expuestas. Presentamos dos casos de alcaptonuria, ejemplificando las características clínicas típicas de esta rara enfermedad, para resaltar la importancia de un diagnóstico temprano que permita controlar las potenciales complicaciones asociadas.

596

Acrodermatitis como manifestación de una metabolopatía

Farah Cuadros Ulloa[1], Víctor Hugo Pinos[1], María Belén Navarro[1]
[1]*Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador*

La acrodermatitis dismetabólica debe ser considerada como una posibilidad diagnóstica en aquellos pacientes con niveles normales de zinc y que no responden a la terapia con éste. Presentamos el caso de un lactante con diagnóstico de fenilcetonuria quien presentó un cuadro cutáneo de acrodermatitis enteropática-like que falleció por complicaciones sistémicas.

Case report:
Lactante varón 4 meses de edad con diagnóstico de fenilcetonuria, presentó erosiones en región perioral, perianal, manos y pies de varias semanas de evolución, se diseminaron a cara, tórax, abdomen, parte proximal de muslos, región glútea; en espalda y abdomen se asientan placas eritematosas hiperpigmentadas marrones y algunas amarillentas, en región frontal presencia de varias pápulas eucrómicas. Además, el paciente presentó alzas térmicas, visceromegalia, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, pancitopenia leve. Por sospecha diagnóstica de acrodermatitis enteropática se dio gluconato de zinc que no mejoró el cuadro, con posterioridad se solicitaron niveles de zinc que se encontraron en rango. Se realizó una biopsia de piel de muslo que reporta presencia de ampollas intracórneas, fina capa de estrato corneo, cúmulos de neutrófilos en capa granulosa compatible con síndrome de piel escaldada estafilocócica (SSS). El paciente recibió antibioticoterapia sistémica por sepsis secundaria.
Se descartó tanto la enteropatía por déficit de zinc así como el SSS. Lamentablemente el cuadro clínico exacerbó y el paciente falleció por complicaciones hidroelectrolíticas.

Conclusión:
Desórdenes congénitos del metabolismo de aminoácidos como la fenilcetonuria, la acidemia metilmalónica o propiónica entre otras, pueden presentar cuadros cutáneos que mimetizan dermatosis como la acrodermatitis enterohepatica, el síndrome de piel escaldada estafilocócica o psoriasis.
La falta de ácidos grasos esenciales como el ácido linoleico, así como el déficit de proteínas y malabsorción de micro elementos son los responsables de la patogenia de estos cuadros debido a que existe alteración en el desarrollo de los queratinocitos, así como también un riesgo incrementado de infecciones por alteraciones en la membrana celular; debido a su patogenia se prefiere usar el término de acrodermatitis dismetabólica.
Una diferencia clave es la respuesta terapéutica positiva en la acrodermatitis enteropática por déficit de zinc, versus, la acrodermatitis dismetabólica que solo responde con la suplementación del aminoácido faltante dentro de la alimentación.
Estas dermatosis representan un reto diagnóstico y terapéutico para nosotros porque tanto a nivel clínico como histopatológico son simuladoras; además de que en algunos casos son el primer indicio del déficit metabologenético. La sospecha clínica de este grupo de dermatosis metabólicas nos permitirá realizar exámenes con mayor criterio, así como también llevar a cabo el tratamiento preciso, que para estos casos es la corrección dietética.

Conflicto de interés: NINGUNO

808

Amiloidose de cadeias leves associada a mieloma de cadeia kappa: relato de caso com apresentação dermatológica exuberante

Melissa De Almeida Corrêa Alfredo[1], Matheus Papa Vieira[1], Barbara Elias do Carmo Barbosa[1], César Augusto Zago Ferreira[1], Helio Amante Miot[1]
[1]Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, Brazil

A amiloidose AL (cadeias leves), anteriormente nomeada Amiloidose primária, é uma doença sistêmica rara de prognóstico reservado, caracterizada por depósitos amiloides em diversos órgãos. Apresenta bases fisiopatológicas em comum com o Mieloma de cadeias leves, no qual imunoglobulinas monoclonais kappa ou lambda formam fibrilas, acumulando-se em diversos tecidos. O presente caso clínico relata o desafio diagnóstico em paciente com quadro clínico de Amiloidose sistêmica, cuja condução clínica e investigação etiológica foram conduzidas em nosso serviço, concluída associação com a mieloma de cadeia leve kappa, com baixa carga tumoral e a excelente resposta terapêutica, mudando o prognóstico da doença.

Caso clínico: Homem de 56 anos, iniciou acompanhamento no ambulatório de Dermatologia em 2019 devido pápulas enduradas nos lábios, macroglossia rígida, esclerodactilia, articulações metacarpofalangeanas com aumento de volume, placas hipercrômicas infiltradas nos glúteos e infiltração na topografia de deltoides, aspecto “Shoulder-pads” há 1 ano. Relatava ainda que desde 2010 apresentava fraqueza de mãos, evoluindo em 2017 com fraqueza de membros inferiores e dores no quadril. Confirmada Amiloidose após exame histopatológico realizado em 2019, porém com perda de seguimento devido à pandemia Covid-19. Em 2021 após piora dos sintomas, disfagia, perda ponderal e abafamento vocal, paciente retornou ao serviço para prosseguir seguimento, sendo encaminhado à Hematologia para investigação de doença plasmocitária. Embora apresentasse exames de imagem com alterações ósseas líticas compatíveis com mieloma múltiplo além de alterações pulmonares compatíveis com amiloidose septal alveolar difusa, a eletroforese de proteínas séricas e urinárias não apresentaram picos monoclonais. A biópsia de medula óssea revelou múltiplos pequenos agregados plasmocitários agrupados atípicos, com restrição clonal de cadeia leve de imunoglobulina kappa, apresentando baixa carga tumoral, alta reserva medular e arcabouço reticulínico. Paciente iniciou quimioterapia VDC (Bortezomibe, Dexametasona e Ciclofosfamida) e segue com boa resposta terapêutica e melhora na qualidade de vida, a despeito dos últimos 12 anos sem diagnóstico.

Conclusão: A amiloidose sistêmica AL associada ao mieloma de cadeias leves é um diagnóstico raro, com prognóstico reservado, muitas vezes realizado tardiamente. As imunoglobulinas Kappa são raras, representando menos de 20% dos casos de mieloma cadeia leve, e podem apresentar maior predileção pela deposição de tecidos mole. O paciente relatado apresentava além da macroglossia, o sinal “Shoulder-pad”, patognomômico de Amiloidose AL, com evolução progressiva do acometimento sistêmico nos últimos 2 anos. O diagnóstico certeiro e a possibilidade de discussão interespecialidades culminaram no tratamento adequado e melhora no prognóstico do doente. O caso ilustra documentação completa de uma doença rara manifesta em quadro exuberantemente clássico desde a abordagem diagnóstica até estudo complementar da etiologia e tratamento adequados.

828

Déficit de vitamina C y su aparición en el siglo XXI

Joaquín Espiñeira Sicre[1], Leticia Beas Porcel[1], Lucía García Sirvent[1], Laura García Fernández[1], Laura Cuesta Montero[1]
[1]Hospital Universitario de San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, España

Introducción: Las enfermedades carenciales tienen una importancia fundamental en los países en vías de desarrollo pero también en los países desarrollados. El déficit de Vitamina C o escorbuto es una enfermedad carencial que, en la actualidad, prácticamente ha caído en el olvido en el diagnóstico diferencial. Las fuentes de vitamina C son las frutas y verduras y el déficit aparece cuando las reservas están por debajo de 350 mg. Las manifestaciones clínicas derivan especialmente de las funciones de esta vitamina, y destaca la presencia de hemorragias y una mala cicatrización de las heridas. A nivel muco-cutáneo, es característica la presencia de una púrpura perifolicular que, a la dermatoscopia, se acompaña de una hiperqueratosis folicular y una alteración en el crecimiento de los pelos, adquiriendo estos forma de ''sacacorcho''. Además, recientemente se ha descrito la presencia de un halo anaranjado perifolicular que podría reflejar fibrosis correspondiente a un déficit crónico. En mucosas, se observan hemorragias gingivales y edema gingival y, en casos severos, pérdida de las piezas dentarias. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyado por la anatomía patológica y los niveles de vitamina C, si bien unos niveles normales no excluyen el mismo. El tratamiento se basa en la suplementación de ácido ascórbico vía oral o intravenosa con una rápida mejoría de los síntomas tras la misma.

Caso clínico: Mujer de 53 años sin antecedentes de interés, con pareja estable y dos hijos, que ingresó en Neurología por sospecha de parálisis del III par craneal, acompañada de opresión frontal de inicio reciente. Además, estaba en estudio por unas lesiones purpúricas en miembros inferiores de 1 mes de evolución. El estudio analítico realizado un Urgencias y el TC cerebral fueron normales. A la valoración dermatológica, presentaba lesiones purpúricas de distribución perifolicular y discreto edema en piernas y muslos. En la cavidad oral presentaba hemorragias puntiformes en el reborde gingival, asociadas a edema gingival. A la dermatoscopia, las lesiones purpúricas presentaban una hiperqueratosis folicular y unos folículos pilosos en forma de ''sacacorcho''. Reinterrogando a la paciente, refería además ausencia estricta de ingesta de frutas y verduras de larga evolución debido a una intolerancia gástrica. Ante la sospecha de déficit de Vitamina C, se realizó una biopsia cutánea y se solicitaron niveles de la misma. El diagnóstico se confirmó con el estudio histológico y analítico, que mostró unos niveles bajos de dicha vitamina.

Conclusión: Las enfermedades carenciales están probablemente infradiagnosticadas en la actualidad, debido a que han perdido peso conforme ha avanzado el desarrollo socioeconómico. Sin embargo, estas pueden aparecer incluso cuando no hay un problema de acceso al alimento, sobre todo con la aparición reciente de múltiples dietas restrictivas. Presentamos un caso de escorbuto sin un aparente condicionante epidemiológico en el que tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico diferencial y conocer sus manifestaciones es fundamental. Tanto el cuadro mucocutáneo como el neurológico mejoraron con la suplementación de Vitamina C.

912

Pelagra en Malawi: opciones para un tratamiento sostenible y prevención en áreas desatendidas

Marta Utrera-Busquets[1], Mónica Roncero Riesco[2], Iñigo Navarro Fernández[3], Iago Meilán Sánchez[4], Cristina Collantes Rodríguez[5], Omar Francisco López López[6], Sara Esteban Terradillos[7], Cristina Bajo del Pozo[8], Magdalena de Troya Martín[9], Gisela Petiti[10], Cristina Galván Casas[11]

[1]Servicio de Dermatología del Hospital Infanta Elena, Huelva, España, [2]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España, [3]Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España, [4]Centro Médico Adeslas de A Coruña, A Coruña, España, [5]Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España, [6]Clínica Salud Galicia, A Coruña, España, [7]Hospital de Urdúliz Alfredo Espinosa, Urdúliz, España, [8]Complejo Asistencia de Palencia, Palencia, España, [9]Hospital Costa del Sol, Marbella, España, [10]Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona, España, [11]Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España

Introducción
La pelagra se caracteriza por la tríada de dermatitis, diarrea y demencia. Está causada por el déficit de niacina (vitamina B3) y puede provocar la muerte si no se trata. Es particularmente común en áreas pobres donde la población depende de una dieta a base de maíz.

Caso clínico
Presentamos un caso de una paciente sin antecedentes de interés, atendida en la región de Benga, un área rural en Malawi, con lesiones en áreas fotoexpuestas, con cambios en la coloración, algunas de ellas erosivas de meses de evolución con empeoramiento en los últimos días. También refería pérdida de memoria ocasional y negaba clínica digestiva salvo gastralgia ocasional. Alertados por el gran número de pacientes con pelagra atendidos en la zona, diagnosticamos a la paciente de una pelagra. Le insistimos en una dieta equilibrada y, ante el desabastecimiento de complementos vitamínicos de niacina en la zona, administramos un bote de crema de cacahuete, alimento con un elevado porcentaje de niacina, con mejoría significativa de las lesiones a los pocos días, dejando únicamente una hiperpigmentación residual. También se le informó sobre la opción de nixtamalizar el maíz con ceniza de leña (disponible en todos los hogares de Malawi), una manera de cocinarlo milenaria originaria de centro América, que aumenta la biodisponibilidad de la niacina presente en el maíz, entre otros beneficios, y así prevenir su déficit.
Ante la elevada prevalencia de pelagra en esta área rural de Malawi donde actúa el proyecto Dermalawi, desde el 2019 se está intentando introducir la nixtamalización del maíz a la población local a través de talleres prácticos, posters educativos y cursos para agentes sanitarios locales.

Conclusiones
La pelagra es actualmente poco común en los países desarrollados, pero sigue siendo un problema de salud importante en los países africanos en desarrollo. Los complejos con niacina o diversificar la dieta, son inaccesibles para la mayor parte de la población, pero la nixtamalización del maíz se presenta como una solución económica y sostenible para el tratamiento y la prevención de la pelagra. Consideramos que la implementación de la nixtamalización puede ser muy útil, por su sencillez, bajo costo y accesibilidad, para la mejora en la seguridad y calidad nutricional de la dieta básica de la población diana. Creemos que puede tener un impacto enorme en la salud y podría transferirse a otras áreas rurales de África. Se necesitan estudios para confirmar su efectividad.

924

Implicación de la dermatosis perforante adquirida en pacientes con nefropatía diabética

Elena de Jesús García Verdú[1], Marta González Cañete[1], Elena Lucía Pinto Pulido[1], David Vega Díez[1], Susana Medina Montalvo[1], Isabel Polo Rodríguez[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: La dermatosis perforante adquirida es una alteración dermatológica poco habitual en la práctica clínica que se ha visto relacionada con patologías sistémicas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica. Constituye un reto tanto conocer su implicación pronóstica en dichas entidades como su abordaje diagnóstico y terapéutico temprano en el contexto del paciente pluripatológico.

CASO CLÍNICO: Varón de 53 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 que asocia retinopatía diabética y enfermedad renal crónica GIIIbA3 con seguimiento errático, consulta por lesiones cutáneas dolorosas de un año de evolución que aparecieron en contexto de un empeoramiento significativo de su función renal que precisó ingreso hospitalario e inicio de diálisis peritoneal. Así mismo, refiere picor generalizado. En la exploración física se aprecian pápulas hiperqueratósicas hiperpigmentadas y umbilicadas, algunas de ellas con extrusión de material blanquecino, en codos y cuello. Ante la sospecha de dermatosis perforante adquirida, se inicia tratamiento con antihistamínicos sistémicos, así como glucocorticoides y emolientes tópicos. Finalmente, la biopsia realizada de una de las lesiones confirma la sospecha diagnóstica.

CONCLUSIONES: La dermatosis perforante adquirida es un trastorno infrecuente que aparece en adultos y se basa tanto en la eliminación transepidérmica de tejido conectivo deteriorado de la dermis superficial como en la penetración de material hiperqueratósico en la dermis. En su patogenia se ha relacionado con el rascado, siendo habitual en zonas accesibles y siguiendo un patrón lineal, así como con desórdenes metabólicos, alteraciones en las vitaminas D o A y microdepósito de sustancias (calcio, pirofosfato o ácido úrico). Se asocia a enfermedades sistémicas subyacentes, especialmente la enfermedad renal crónica y diabetes mellitus; en este contexto, el trauma secundario al prurito y el daño de la microvasculatura producirían necrobiosis colágena. A pesar de no existir suficiente evidencia, algunos casos publicados señalan la relación entre la aparición de una dermatosis perforante adquirida y un empeoramiento de la enfermedad sistémica acompañante.
Es una entidad frecuentemente infradiagnosticada dado su amplio diagnóstico diferencial, requiriendo siempre biopsia de confirmación. Es necesario remarcar que su tratamiento precoz podría evitar complicaciones graves posteriores como celulitis en contexto de paciente pluripatológico y con vasculopatía.
El tratamiento de esta entidad tampoco se encuentra bien definido, pero debe incluir un abordaje multidisciplinar que incluya intervenciones específicas sobre las lesiones cutáneas, así como sobre la enfermedad sistémica de base. En este sentido se han propuesto: glucocorticoides (tópico, sistémico o intralesional), queratolítico tópico, antihistamínico, emolientes, retinoides (tópico o sistémico), fototerapia, fotoquimioterapia, alopurinol y antibióticos; se han descrito casos en los que el trasplante renal ha resuelto definitivamente el cuadro de dermatosis perforante adquirida. Otro importante reto es su tendencia a la refractariedad y reaparición, así como las lesiones residuales.

1104

Xantogranuloma necrobiótico de presentación atípica; reporte de caso

Daniela Marlene Murguia Puga[1], Berenice Montserrat Pérez Aldrete[1], Angélica Paola Sánchez Márquez[1]
[1]*Instituto Dermatologico de Jalisco ''Jose Barba Rubio'', Zapopan, México*

Introducción:
El xantogranuloma necrobiótico (XN) es una entidad poco frecuente con características clínicas y asociaciones con otras patologías muy particulares. Sin embargo, nuestro paciente presentó lesiones en una topografía y en condiciones poco habituales a los referidos en la literatura, por lo que consideramos que dar a conocer las presentaciones tan inusuales de esta enfermedad es importante para el dermatólogo para así poder iniciar un abordaje integral oportuno.

Caso clínico:
Masculino de 48 años originario y residente de Guadalajara, Jalisco. Con diabetes mellitus de 10 años de evolución en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas. Acude por iniciar un año previo con la aparición de una ´´bolita´´en cuello secundario a picadura de mosquito, el cual ha presentado aumento de volumen y progresión de la lesión sin tratamiento previo. A la exploración física se observa dermatosis que afecta cuello en cara posterior que sigue el contorno anatómico y en tronco de esta cara posterior en tercio superior, diseminada y simétrica. Está constituida por múltiples nódulos algunos aislados y otros confluyen formando una gran placa que sigue los contornos anatómicos de color amarillo- naranja, eritemato-edematosas, que mide 25x 10 x 2 cm de diámetro, de superficie irregular con presencia de úlceras y fístulas que drenan material purulento, de consistencia indurada, evolución aparente crónica. Se realiza estudio histopatológico que muestra epidermis con capa córnea laminar, acantosis regular e hiperpigmentación de la capa basal, dermis con presencia de infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, histiocitos, células gigantes tipo Touton y células gigantes tipo cuerpo extraño integrándose el diagnóstico de xantogranuloma necrobiótico. Como parte del abordaje se realizan estudios generales de laboratorio en sangre, electroforesis de proteínas en suero, así como reactantes de fase aguda sin alteraciones. Se envía al servicio de hematología para continuar con abordaje quienes por los estudios realizados indican baja probabilidad de asociación neoplásica y deciden alta por parte de su servicio. Fue tratado con deflazacort por 3 meses con mejoría parcial de las lesiones. Continúa bajo estrecha vigilancia por el servicio de dermatología y hematología.

Conclusiones:
Sí bien el diagnóstico de esta enfermedad se establece mediante la correlación clínico-patológica, cuando se trata de presentaciones inusuales como en nuestro caso, el estudio histopatológico cobra mayor relevancia para confirmar el diagnóstico.
Ante esta entidad estamos obligados a descartar asociación con otras patologías en especial con neoplasias hematológicas y de éstas con la paraproteinemia (IgG -kappa). Si al momento del diagnóstico no encontramos esta asociación, entonces debemos continuar con vigilancia estrecha junto con el servicio de hematología ya que se ha visto que pueden desarrollarse las alteraciones hematológicas años después de la aparición de la dermatosis. El tratamiento está poco estandarizado por lo que tratar las patologías asociadas siempre será el tratamiento de elección. Sin embargo, en el caso de nuestro paciente al no haber relación con otras neoplasias lo hace aún más difícil de tratar. Últimamente se ha empleado el uso de inmunoglobulina intravenosa, aunque también se ha visto mejoría de las lesiones con corticoides, agentes alquilantes y cirugía.

1119

Lúpus pérnio, caso clínico

Edgar Bedang Mone Keby Da Costa[1], Hasna Kerrouch[2], Naufal Hjira[3], Mohammed Boui[4]
[1]Hospital Militar Mohammed V, Serviço de Dermatologia, Faculdade de médicina e Farmácia de Univercidade Mohammed V, Rabat, Morocco,
[2]Hospital Militar Mohammed V, Serviço de Dermatologia, Faculdade de médicina e Farmácia de Univercidade Mohammed V, Rabat, Morocco,
[3]Hospital Militar Mohammed V, Serviço de Dermatologia, Faculdade de médicina e Farmácia de Univercidade Mohammed V, Rabat, Morocco,
[4]Hospital Militar Mohammed V, Serviço de Dermatologia, Faculdade de médicina e Farmácia de Univercidade Mohammed V, Rabat, Morocco

Introdução
O lúpus pérnio (LP) é uma manifestação cutânea da sarcoidose. Apresenta-se como uma lesão violácea ou nódulos brilhantes sobre a cabeça e pescoço, mas predominantemente localizados no nariz, bochechas e orelhas.É um fator preditivo de sarcoidose mais progressiva com curso prolongado e envolvimento torácico e extratorácico mais grave. Relatamos um caso de LP com manifestações sistêmicas.

Caso clinico
Um homem de 45 anos apresentou-se ao nosso departamento de dermatologia com placa vermelho-violeta bem definida assintomática na ponta do nariz, orelhas e bochechas há 2 anos. Havia história de perda de peso, dor torácica, artralgia. O exame dermatológico revelou placa violácea bem definida envolvendo a ponta do nariz, orelhas e bochechas (Fig. 1 e 2). O exame físico revelou uma linfadenopatia múltipla. O diagnóstico diferencial inclui: tumores malignos e benignos, granuloma facial, infecções específicas (hanseníase, tuberculose cutânea e leishmaniose), manifestações cutâneas de distúrbios metabólicos (xantomas, necrobiosis lipoídica, etc.), lúpus eritematoso, líquen plano.

As investigações revelaram hemoglobina normal com linfopenia. As provas de função hepática e renal foram normais. A enzima conversora de angiotensina sérica estava elevada em torno de duas vezes a faixa normal. A radiografia digital bidimensional da parede torácica mostrou um significativo endurecimento heterogêneo do tecido pulmonar nas partes peri-hilares de ambos os pulmões, a periferia e células gigantes multinucleadas únicas. A necrose de caseificação estava ausente. Após o estabelecimento do diagnóstico de LP, o paciente foi tratado com: Prednisolona oral, iniciando com 30 mg ao dia e diminuindo ao longo de 2-4 meses dependendo da resposta, creme tópico dipropionato de clobetasol 0,05% duas vezes ao dia até observação de melhora clínica e Sun proteção durante todo o ano com FPS > 50.

Conclusão
A LP é um tipo de sarcoidose cutânea que pode estar relacionada à sarcoidose fibrótica crônica, hiperglobulinemia e hipercalcemia. A LP está associada a um risco aumentado de envolvimento extra cutâneo, particularmente do trato respiratório O diagnóstico é baseado nos resultados de estudos clínicos e histológicos, caracteriza-se por placas endurecidas, violáceas ou eritematosas que se distribuem principalmente na face central envolvendo o nariz e as bochechas. As lesões também podem envolver as orelhas e muito raramente o dorso das mãos e dos pés. Histologicamente, a presença de granulomas de células epitelióides não caseosas com uma variedade de células gigantes de Langerhans é a marca registrada do LP. LP em todos os casos requer tratamento devido à sua natureza destrutiva

15. Dermatosis neoplásicas

9

Linfoma linfoblástico de imunofenótipo T com envolvimento cutâneo secundário - localização incomum e rápida regressão acompanhada por tomografia de emissão de pósitrons

Anna Paula Bomtempo[1], Carla de Figueiredo Presti Favaro[1], Bruno Simão dos Santos[1], Silmara da Costa Pereira Cestari[1], Reinaldo Tovo Filho[1]
[1]HSL, São Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO
As neoplasias hematológicas linfoblásticas, segundo classificação da Organização Mundial de Saúde, podem apresentar-se como leucemia ou linfoma, sendo este último definido quando existe menos de 20% de blastos na medula óssea associada à massa mediastinal ou de outra localização. O linfoma linfoblástico é um tipo raro de Linfoma não-Hodgkin.
Apresentamos um caso com envolvimento cutâneo como primeiro indício de um linfoma linfoblástico de imunofenótipo T, enfatizando o caráter raro da apresentação e os exames de imagem realizados no acompanhamento do caso.
RELATO DO CASO
Masculino, 20 anos, apresentando nódulos e placas eritemato-infiltradas assintomáticos no couro cabeludo, face e tronco, há 60 dias. Consideradas hipóteses clínicas de linfoma cutâneo, síndrome de Sweet, micose fungóide, sarcoidose e hanseníase. Realizada biópsia excisional que identificou infiltrado de células neoplásicas de aspecto imaturo da linhagem hematolinfóide de padrão intersticial, perivascular, perianexial e subcutâneo com numerosas mitoses. Pesquisa imuno-histoquímica positiva para CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD10, Ki-67, TdT e CD79A que é consistente com infiltração cutânea por linfoma/leucemia linfoblástica de imunofenótipo T.
Encaminhado para Hematologia, sendo indicada internação e solicitados exames complementares. A tomografia por emissão de pósitrons evidenciou hipermetabolismo glicolítico em linfonodos cervicais, massa mediastinal, naso/orofaringe, múltiplas áreas de espessamento cutâneo e subcutâneo, medula óssea, pâncreas e córtex renal. O hemograma do paciente era normal, assim como o mielograma, imunofenotipagem, FISH para LLA e cariótipo de medula óssea; sem sinais de infiltração pelo linfoma. Realizada investigação de infiltração do sistema nervoso central com líquor e imunofenotipagem, que foram negativos. Conclui-se, então, o diagnóstico de linfoma linfoblástico de imunofenótipo T estádio IV com envolvimento cutâneo secundário.
Iniciado tratamento quimioterápico e, no 7º dia após introdução da quimioterapia, houve involução das lesões. Segue em acompanhamento, tendo realizado nova tomografia para avaliação de resposta terapêutica que comprova desaparecimento de lesões cutâneas.
CONCLUSÃO
O envolvimento cutâneo secundário no linfoma linfoblástico T é raro. Embora a frequência exata seja desconhecida, Lee et al. (2014) analisaram 203 casos, sendo que manifestações cutâneas foram observadas em 4,3% (7/163) e 15% (6/40) dos pacientes com imunofenótipo T e B, respectivamente.
Na literatura médica de 1991 a 2019, foram reportados 16 casos de linfoma linfoblástico T associados a lesões cutâneas. Destes, temos indivíduos de 8 a 75 anos (média: 33 anos) com proporção de 12 homens para 4 mulheres. Ainda mais raro é o envolvimento primário em que a lesão é limitada a pele, o que representou 2 dos 16 relatos.
Em contrapartida aos avanços tecnológicos na compreensão dos tumores hematológicos, os exames complementares de imagem são pouco relatados no acompanhamento de pacientes com linfoma linfoblástico T cutâneo devido a raridade da doença e custo elevado de alguns deles. No presente relato, foi possível realizar a avaliação continuada das lesões e, por conseguinte, comprovação da efetividade do tratamento com a regressão do quadro por meio da tomografia.
O atraso no diagnóstico pode impactar negativamente o prognóstico. Nesse sentido, destaca-se a importância de considerar doenças neoplásicas no diagnóstico diferencial de lesões nodulares cutâneas para tratamento adequado e imediato desses casos.

450

Siringoma condroide maligno gigante en rostro con metástasis a distancia

Jimena Agostina Miranda[1], Mario Marco Mazzotta[1], Élida Viviana Zalazar[1]
[1]Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: el siringoma condroide maligno (SCM), también conocido como tumor mixto maligno cutáneo, es una neoplasia maligna de origen apendicular extremadamente rara, con alrededor de 50 casos publicados en la literatura hasta la fecha[1]. En contraste con su contraparte benigna (tumor mixto benigno), que tiene una predilección por los hombres y por lo general se encuentra en la cabeza, el SCM es más común en las mujeres y se localiza frecuentemente en las extremidades y el tronco. No tiene un aspecto clínico distintivo y el diagnóstico se basa en hallazgos patológicos. Es un tumor de crecimiento lento caracterizado por un período final de crecimiento rápido que puede resultar en destrucción local, metástasis y muerte[2]. Debido a la rareza de esta neoplasia maligna, no existe un tratamiento estandarizado para ella y, actualmente, sólo una amplia escisión parece eficaz. La radioterapia y quimioterapia no mostraron ser beneficiosas[3]. Hasta donde sabemos, solo se han comunicado siete casos de SCM de compromiso cefálico[1-7]. Presentamos un caso raro y único de SCM gigante, de localización facial y con metástasis a distancia, en un hombre de 77 años.

Caso clínico: hombre de 77 años, de la ciudad de Córdoba, Argentina, presentaba una tumoración indolora en mejilla derecha, de 1 año de evolución y crecimiento abrupto en los últimos tres meses. La misma dificultaba los movimientos masticatorios y el paciente notaba disminución de la salivación. En el examen físico se observó una lesión subcutánea color piel normal con múltiples telangiectasias, multilobulada, firme y adherida a planos profundos, que medía 11 x 6,7 x 3,5 cm y comprometía región malar y maxilar inferior de hemirostro derecho. Se palparon adenomegalias axilares homolaterales. El paciente refería como antecedentes patológicos miastenia gravis e hipertensión arterial en tratamiento. Se realizó una tomografía computada de cabeza, que informó lesión polilubulada heterogénea con áreas hipodensas, de 10 cm en su diámetro máximo, en región lateral derecha de macizo facial en contacto con músculo masetero y con compromiso de glándula parótida homolateral. Se practicó una biopsia incisional para estudio anatomopatológico. Con tinción de hematoxilina-eosina se observó una proliferación de células neoplásicas epiteliales conformando nidos sólidos, cordones y estructuras glanduliformes, destacándose la presencia de focos de necrosis y otros hipercelulares con macroanisocariosis, nucléolos evidentes y varias figuras de mitosis. El estroma interpuesto mostró áreas predominantemente esclerohialinas, sectores mixoides y otros condroides (tinción metacromática de azul de toluidina). Finalmente la inmunohistoquímica informó antígeno carinoembrionario (CEA), antígeno epitelial de membrana (EMA), proteína S-100 y pancitoqueratina positivos, y KI-67 de 25%. Con estos resultados se diagnosticó siringoma condroide maligno. Con motivo de estadificar la enfermedad, se procedió a realizar una pantomografía con emisión de positrones, que evidenció lesiones nodulares hiperdensas e hipermetabólicas evocadoras de secundarismo en cerebro, parénquima hepático, ganglios axilares derechos y partes blandas de brazo derecho. El paciente falleció durante la internación por causas respiratorias,.

Conclusión: comunicamos un caso de siringoma condroide maligno extremadamente infrecuente dado su gran tamaño, su aparición craneofacial y la presencia de metástasis a distancia.

459

Neurotecoma variedad agminata

Mariana Saldaña Gómez[1], Patricia Mercadillo[2], Amelia Peniche Castellanos[2]
[1]Dermatología Privada, Ciudad de México, México, [2]Hospital General de México, México, México

Introducción: Los neurotecomas son tumoraciones muy poco frecuentes, generalmente difíciles de diagnosticar clinicamente debido a que sus características morfológicas son poco específicas. Por lo general se presentan como nódulos solitarios, a pesar de que hay algunos reportes de neurotecomas multiples, la variedad agminata localizada en un sitio anatómico, solo ha sido reportado en una ocasión en 2011 por Pagett et al.

Caso clínico: Se trata de una paciente femenino de 9 años de edad que acude al servicio de dermatología del Hospital General de México con una neoformación nodular bien circunscrita, eritematosa, indurada rodeada de una placa irregular con pequeños nódulos, localizada a nivel de tronco posterior, de 3 meses de evolución, dolorosa a la palpación. Se realiza biopsia escisional. El estudio histopatológico reporta a nivel del dermis masas compuestas por células epiteliodes y fusiformes con citoplasma eosinofílico. La inmunohistoquímica reporta actina de musculo liso y enolasa positivos, S100, CD99, CD68 negativos. Los datos clínicos, histopatologicos y de inmunohistoquímica son diagnóstico de neurotecoma celular variedad agminata.
Discusión: El neurotecoma es una tumoración benigna, poco frecuente, superficial, de histogénesis incierta, se piensa que se origina del nervio periférico, sin embargo su derivación fibrohistiocítica ha sido considerada.
El neurotecoma es una neoformación originada en la dermis, que se ha dividido en 3 subtipos dependiendo de la cantidad de matriz mixoide: celular, mixoide y mixto.
Escasos casos han sido reportados de neurotecomas multiples; en el 2006 Malignham publicó el primer caso, se trataba de una paciente masculino de 30 años de edad co 15 neurotecomas en la cabeza y cuello. Otro caso reportado ocurrió en el 2010, por Garcia-Gutierrez et al en un masculino de 16 años con 20 neurotecomas en la cabeza.
La apariencia clínica es la de una tumoración solitaria, circunscrita, de crecimiento lento, asintomática y generalmente de pequeño tamaño (la mayoría son menores de 2 cm de diámetro). Las lesiones multiples o variedades agminadas son particularmente poco frecuentes. El diagnóstico clínico es inespecífico. El tiempo de evolución oscila entre unas pocas semanas y varios años.
El tratamiento al tratarse de una neoplasia benigna, la extirpación es curativa.

521

Liquen Esclero Atrófico Vulvar Asociado a Carcinoma Escamocelular

Carolina Flores Figueroa[1], Karina Ojeda[1], Gisselle Erazo[1], Patricio Freire[1]
[1]Universidad UTE, Quito, Ecuador

Hay 2 vías que dan lugar al carcinoma escamocelular vulvar, cada una tiene una patogenia y una lesión premaligna (neoplasia intraepitelial vulvar) distinta.La primera ocurre en mujeres más jóvenes con infecciones por el virus del papiloma humano de alto riesgo. El epitelio vulvar infectado progresa a una neoplasia intraepitelial vulvar clásica o habitual, que tiene un período largo de desarrollo intraepitelial antes de la transformación a carcinoma invasivo.
La segunda vía ocurre principalmente en mujeres mayores en etapa posmenopáusica y no está asociado con infecciones por el virus del papiloma humano de alto riesgo. Los carcinomas escamocelulares vulvares por esta vía surgen a partir de una inflamación mucocutánea crónica, como el liquen escleroso. La lesión premaligna en este subtipo es una neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada, que, a diferencia de la habitual, tiene una fase intraepitelial muy corta y progresa rápidamente a carcinoma invasivo. Representa del 2 al 16% de todas las neoplasias intraepiteliales. Tiene una menor probabilidad de involucionar y presenta una tasa de progresión más alta a carcinoma escamocelular invasivo comparado con las neoplasias relacionadas con el virus del papiloma humano. Histológicamente el carcinoma escamocelular diferenciado (relacionado con el liquen escleroso) presenta una hiperplasia epitelial con alargamiento de las redes de cresta, células neoplásicas maduras con citoplasma eosinofílico abundante, de localización basal y parabasal.

Presentamos el caso de una paciente femenina de 66 años, que desde hace 8 años presenta en zona genital prurito, ardor y dolor; al examen físico evidenciaron labios menores liquenificados y en región de periné y pliegue interglúteo placas acrómicas atróficas y otras eritematosas erosivas. El estudio histopatológico del área atrófica concluyó en un liquen escleroso y atrófico. Fue tratada con betametasona tópica, óxido de zinc y talidomida, por 6 meses, sin mejoría. El cuadro progresa rápidamente desarrollando placa exofítica, de aspecto verrucoso, indurada con centro ulcerado y placa eritematosa erosionada que también afecta el clítoris, comprobándose un carcinoma escamocelular queratinizante, bien diferenciado.

La importancia de este caso radica en la asociación de liquen esclero atrófico con la neoplasia intraepitelial diferenciada, pues se considera una lesión de alto grado ya que progresa rápidamente a una enfermedad invasiva. Por su extensión a estructuras adyacentes se considera Estadío II. Se realizó hemivulvectomía y resección de clítoris.
El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de lesiones premalignas de vulva, como es el liquen escleroso, pueden evitar la progresión a un carcinoma escamocelular vulvar.

528

Dermatomiositis paraneoplásica: exploración clínica una clave en el diagnóstico

Diana Carolina Valdivieso León[1], Verónica Úraga Wagner[1], Marcela Ricaurte Jiménez[1], Enrique Úraga Pazmiño[1]
[1]*Centro Dermatológico "Úraga", Guayaquil, Ecuador*

1.- Introducción:
La dermatomiositis es una patología infrecuente considerada en la mayor parte de los casos como una miopatía inflamatoria idiopática; cursa con una erupción cutánea característica y debilidad muscular proximal o en escasos casos de forma amiopática; tiene distribución bimodal, es decir, que se puede presentar en personas jóvenes o en adultos, "dermatomiositis del adulto", donde hasta en un 25% puede deberse a un síndrome paraneoplásico asociado a una neoplasia maligna como el cáncer de mama, el cual constituye el tipo más frecuente en el sexo femenino a nivel mundial.
Presentamos el caso de una paciente con antecedente de cáncer de mama tratada con mastectomía hace 9 años que inicialmente fue diagnosticada como dermatitis alérgica de contacto, sin embargo, debido a la forma tan particular de sus lesiones, prurito persistente y exámenes complementarios se llegó al diagnóstico de dermatomiositis paraneoplásica, lo que nos reafirma la importancia de descartar una neoplasia o recaída en pacientes adultos con dermatomiositis a través de una historia clínica completa.

2.-Caso clínico:
Paciente femenina de 54 años de edad, con antecedente de mastectomía izquierda por cáncer de mama hace 9 años e ingesta de "medicación homeopática para el hígado" hace varias semanas. Presenta cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por pápulas y placas eritematosas infiltradas en brazos que luego se diseminaron a extremidades inferiores, cara y tronco, acompañadas de prurito intenso, por lo que fue valorada en institución pública donde prescribieron esteroide oral y antihistamínicos durante 2 semanas sin obtener mejoría, decidiendo con ello, acudir a nuestro Centro Dermatológico; al examen físico: erupción eritematoviolácea de aspecto infiltrativo, fotodistribuida con afectación predominante de la frente, V del escote, cara externa de extremidades superiores e inferiores, mesogastrio y glúteos, además, eritema flagelado en la espalda que respetaba el tercio medio. Debido a historial y tipo de lesiones se solicitó biopsia de piel con reporte: cambios histológicos compatibles con dermatitis alérgica de contacto. Sin embargo, debido a la persistencia del cuadro, se reevaluó la clínica destacando, además pápulas de Gottron y a la dermatoscopía telangiectasias en pliegue proximal ungueal de dedo anular de mano derecha; por lo que se reconsideraron importantes hallazgos histopatológicos como marcado edema subepidérmico y presencia de mucinófagos. Se solicitaron paraclínicos destacando: LDH 425.89, TGP 41, TGP 25, CK 72.07, ANA 1:80 y un PET/CT que reveló metástasis pulmonares, hepáticas y probablemente ganglionares mediastínicas, llegándose al diagnóstico definitivo de dermatomiositis paraneoplásica.

3.-Conclusiones:
El diagnóstico de dermatomiositis del adulto debe despertarnos la necesidad de estudiar su posible origen paraneoplásico, puesto que su incidencia es bastante baja y hasta el momento no se ha descrito un hallazgo específico. Además, la dermatomiositis paraneoplásica puede preceder, coincidir o presentarse posterior al diagnóstico de cáncer o su recaída, por lo que resulta fundamental partir de una buena anamnesis y examen físico que nos oriente a la sospecha para evaluar, tratar y referir de forma temprana estos pacientes.

529

Rara apresentação de múltiplos neuromas encapsulados em paliçada

Ricardo Andrade Carmello[1], Cristina Santos Ribeiro Bechara[1], Mariana de Freitas Valente[1], José Roberto Pereira Pegas[1]
[1]Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, São Paulo, Brazil

Introdução
O Neuroma Encapsulado em Paliçada (NEP) é um tumor neural benigno solitário. Pode imitar clinicamente tumores epiteliais, de apêndice cutâneo, nevos e cistos epidérmicos. Raros são os casos de pacientes com múltiplos neuromas. Quando se apresentam dessa forma, estão associados geralmente a múltiplas neoplasias endócrinas, como a Neoplasia Endócrina Múltipla 2B (NEM 2B). Mais raro ainda, é a apresentação dissociada entre múltiplas lesões e essas neoplasias.

Caso Clínico
Mulher, 62 anos, com quadro cutâneo de 20 anos de duração. Ao exame, apresentava diversas pápulas e nódulos, cobertos por pele normal, lisas, brilhantes, em domo, móveis e localizados no mento à direita e no lábio inferior, simulando tricoepiteliomas. Exame neurológico normal. História médica pessoal e familiar sem dados relevantes. Foi submetida à biópsia incisional de uma lesão, cujo exame histológico revelou epiderme normal e, na derme, a presença de nódulos encapsulados e bem circunscritos, compostos por células com núcleos alongados e citoplasma fusiforme, formando feixes e fascículos orientados nos mais variados sentidos. Em alguns momentos, com núcleos dispostos lado a lado. Os achados e a apresentação são compatíveis com NEP. Exames laboratoriais e de imagens normais. Não encontrada associação com neoplasias endócrinas. A paciente encontra-se em exérese seriada das lesões, todas com o mesmo diagnóstico.

Conclusão
Em 1972, Reed e colaboradores, descreveram um tipo de tumor neural benigno raro, que denominaram NEP da pele.
Epidemiologicamente, apresenta-se em adultos (idade média de 45,5 anos), acomete ambos os sexos de forma igual, com localização 90% na face e 10% em outros lugares. Clinicamente, é descrito como pápula ou nódulo, assintomático geralmente solitário, com crescimento lento, indolor, séssil, não pigmentado, rígido, recoberto por pele lisa ou perolada.
No caso clínico apresentado, as lesões sugeriam múltiplos tricoepiteliomas. Devemos ficar atentos aos principais diagnósticos diferenciais: carcinoma basocelular, tumor anexial, nevo melanocítico intradérmico, neurofibroma, schwannoma e mixoma da bainha do nervo.
Quando se apresenta como lesões múltiplas, usualmente estão associados a neoplasias endócrinas tal qual NEM 2B, no entanto, raramente, como no nosso caso, apresenta-se não associado a essas neoplasias.
Histologicamente, apresenta-se circunscrita à derme média, ocasionalmente estendendo-se para o tecido subcutâneo; é circundada, parcial ou completamente, por tecido fibroso que forma uma cápsula. A lesão é constituída por inúmeros fascículos dispostos compactamente com fendas frequentes entre eles. Esses fascículos se coram intensamente para a proteína S-100. Apresentam células fusiformes com contornos citoplasmáticos indistintos, núcleos delgados diminuídos e fibras nervosas de forma abundante, geralmente em disposição paralela. Essas fibras são denominadas fibras em "arame-like" devido a sua conformação. Possuem aparência histológica entre um schwannoma e um neurofibroma. Os neurofibromas não possuem cápsula, contem treliça fibrilar fina de células fusiformes com núcleos delgados. Estão aleatoriamente dispostas em matriz variavelmente densa com fibroblastos abaulados. Os schwannomas estão localizados no subcutâneo, contêm tecidos dos tipos Antoni A e B, com Corpos de Verocay.
O tratamento é a excisão e curativo com possibilidade mínima de recorrência. Devemos ter consciência da variante múltipla, com ou sem neoplasia endócrina associada, não impedindo o correto diagnóstico.

566

Localización inusual de metástasis cutánea de carcinoma cervicouterino. Reporte de caso

Andrea Saucedo Avilés[1], Francisco Javier Salazar Torres[1], Verónica Carolina Solano Álvarez[1], María de las Mercedes Hernández Torres[1]
[1]Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México

INTRODUCCIÓN
Las metástasis cutáneas ocurren en 0.6% – 10.4% de todos los pacientes con cáncer y representan el 2% de todos los tumores de piel, siendo un evento raro en dermatología. Puede ser el primer signo de cáncer visceral clínicamente silencioso y el dermatólogo puede ser el médico de primer contacto con la enfermedad. Aunque el cáncer de cérvix es una de las neoplasias malignas más comunes entre las mujeres, las metástasis en la piel por este son extremadamente raras (incidencia de 0.1 a 2%). Los patrones más comunes que adoptan las metástasis cutáneas son nódulos, placas y lesiones telangiectásicas inflamatorias. Su identificación no suele ser difícil, aunque a veces sí lo es la determinación del tumor primario.

CASO CLÍNICO
Femenino de 57 años de edad, postmenopáusica, núbil, sin historial previo de examen Papanicolaou. Refiere 4 meses con "bolitas debajo de la piel que luego se abrían a la superficie", además de pérdida de peso, astenia, adinamia y sangrado transvaginal. A la exploración física se encuentra: dermatosis que afecta cabeza en región parieto-temporal izquierda y tronco en región periumbilical izquierda; constituida por dos neoformaciones aisladas de aspecto crateriforme de 4x3cm y 3.5x3cm de color rosado, de bordes bien definidos, que en la superficie presentan ulceración con lecho cubierto por fibrina, de consistencia pétrea, con un área de infiltración de 5x4.5cm de diámetro, así como la presencia de un nódulo subcutáneo en abdomen de 3.5cm, de consistencia pétrea, recubierto por piel sana, no adeherida a planos profundos y evolución aparente crónica. Se sospecha de metástasis cutáneas vs. linfoma cutáneo, realizando biopsia incisional de lesión con reporte de tumor maligno epitelial sugestivo de adenocarcinoma metastásico. Se realiza tomografía toracoabdominal, señalando tumor dependiente de útero, por lo que se toma biopsia de cérvix, encontrando carcinoma epidermoide pobremente diferenciado de células pequeñas no queratinizantes. La paciente es referida a oncología médica y se dan 4 ciclos de quimioterapia paliativa. La paciente fallece 3 meses posterior al diagnóstico.

CONCLUSIONES
Aunque el cáncer cervicouterino es una de las neoplasias malignas más comunes entre las mujeres, las metástasis en la piel por este son extremadamente raras (incidencia de 0.1 a 2%). Siendo aún más extraordinarias aquellas lesiones que aparecen en piel cabelluda, y que en ocasiones pueden ser el primer signo de enfermedad. En este caso, el diagnóstico fue tardío debido al pudor de la paciente, abordando el padecimiento dermatológico en lugar de la patología ginecológica de base, lo cual es un hecho bastante común debido a la idiosincrasia en nuestro país.
Conflicto de intereses: los autores no declararon ningún conflicto de intereses.

572

Metástase na cavidade oral e síndrome Li-Fraumeni-Like

Juliana Schinzari Palo[1], Fernanda Rytenband[1], Maria Gabriela Bonilha Vallim[1], Rafael Fantelli Stelini[1], Elisa Nunes Secamilli[1], Renata Ferreira Magalhães[1], Juliana Yumi Massuda Serrano[1]
[1]Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brazil

INTRODUÇÃO
Metástases para a cavidade oral correspondem a apenas 1% das malignidades desta região. Localizam- se predominantemente posterior às mandibulas, onde correspondem a lesões polipoides ou exofíticas, ricamente vascularizadas. Quanto ao sítio primário, destacam- se os adenocarcinomas da mama entre mulheres e neoplasias de pulmão entre homens. A confirmação diagnóstica é histológica, devendo ser realizada biópsia da lesão imediatamente à suspeita clínica a fim de se instituir tratamento específico, curativo ou paliativo.
A identificação de metástase para a cavidade oral indica, na maioria, estágio avançado da doença primária, podendo variar de 6 a 8 meses o tempo entre o diagnóstico e o óbito. Porém, devido a estratégias de prevenção e diagnóstico precoce de neoplasias, a incidência de metástases na cavidade oral vem reduzindo. Quando presentes, associam- se a condições raras, como algumas síndromes genéticas.
A síndrome de Li- Fraumeni, de herança autossômica dominante, caracteriza- se por predispor os indivíduos afetados a neoplasias malignas desde a infância. Em 60% dos casos associa- se a mutação do gene supressor tumoral TP53. O risco de desenvolver câncer ao longo da vida é de 73% para homens e próximo a 100% para mulheres de famílias afetadas. As neoplasias relacionadas são os sarcomas de partes moles, adenocarcinoma da mama e do plexo coroide, leucemia e tumores adrenocorticais. A síndrome de Li- Fraumeni-like (SLFL) diferencia- se pela faixa etária acometida, predominando em adultos jovens. SLFL foi relatada em aproximadamente 500 famílias no mundo, com ampla multiplicidade de apresentação clínica. Até o momento, não foram identificados casos na literatura com doença neoplásica no palato. Objetiva- se com este relato apresentar manifestação atípica em síndrome pouco conhecida no meio dermatológico.

CASO CLÍNICO
Mulher de 32 anos foi diagnosticada com carcinoma ductal da mama há 1 ano, submetida a quimioterapia neoadjuvante e mastectomia radical, evoluiu durante o primeiro ano do início do tratamento com múltiplas metástases, incluindo na mama contralateral, encéfalo, fígado, pulmão, linfonodos e tecido celular subcutâneo. Tinha mãe e tias maternas também diagnosticadas com neoplasia de mama e, durante investigação, identificada mutação em heterozigose para o gene TP53, levando ao diagnóstico complementar de SLFL. Queixava- se de lesão tumoral indolor há 30 dias no palato, sangrante e limitante para a alimentação, medindo 7 cm na avaliação. Acometia terço médio e posterior do palato duro, com superfície eritemato- violácea friável. Havia ainda outro componente de lesão nodular de 2 cm, recoberta de tecido fibrinoso. O histopatológico revelou adenocarcinoma sólido de alto grau compatível com metástase de carcinoma ductal da mama. A paciente veio a óbito 1 mês após a avaliação.

CONCLUSÕES
Metástases para a cavidade oral são entidades que aumentam significantemente a morbimortalidade de pacientes oncológicos. Para a precocidade diagnóstica é essencial incluir a inspeção da cavidade oral no exame físico dermatológico e proceder à biópsia no momento da suspeita clínica. Devido à raridade das metástases orais, síndromes genéticas relacionadas à oncogênese devem ser consideradas e o tratamento deve objetivar a neoplasia primária, o conforto do doente e o aconselhamento genético à família.

582

Linfoma cutáneo de células T paniculítico en una niña de 13 años, tratada exitosamente con terapia inmunosupresora

Vianey Venecia Landini Enríquez[1], Eduardo Marín Hernández[2], Georgina Siordia Reyes[2]
[1]Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México, [2]Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, México

Introducción: El linfoma cutáneo de células T paniculítico (LCTP) es un linfoma cutáneo primario excepcional en la población pediátrica, el cual tratado adecuadamente presenta un buen pronóstico. Clínicamente se presenta como una paniculitis y su diagnóstico diferencial principal tanto clínico como histológico es el lupus profundo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 13 años, que presentó un cuadro clínico de 7 meses de evolución con la presencia de múltiples nódulos subcutáneos diseminados a mejilla derech, abdomen y muslo derecho. La cual había sido tratada previamente con numerosos antibióticos sistémicos, con la sospecha clínica de paniculitis infecciosa. Al momento de la consulta presentó una dermatosis constituída por númerosos nódulos subcutáneos eritematoviolacesos, el más grande de 8 x 5 cm, alternando con áreas de hiperpigmentción residual. Con lo que se llegó a la sospecha diagnósticica de Lupus profundo vs LCTP. Los laboratorios mostraron Hb 8.06 mg/dL, Leu 17,900 millones/mm3, PCR 1.2 mg/L, AST 47 U/L, ALT 43 U/L, FA 386 mg/dL, DHL 892 mg/dL, panel viral negativo para VIH y VEB, autoanticuerpos y perfil inmunológico dentro de parámetros normales. Se realizó una biopsia de piel cuyo estudio histológico mostró un denso infiltrado paniculítico lobulillar conforamdo por linfocitos atípicos CD3 +++, CD4 +, Grandzima +, CD20 -, Ki-67> 70% de las células. Concluyendo con el diagnóstico de LCTP. La estadificación adicional incluyó frotis de médula ósea sin evidencia de infiltración de células de linfoma maligno y una tomografía computarizada (TC) de cuerpo entero con contraste sin compromiso sistémico. La paciente fue trataqda con inmunosupresores (prednisona 50 mg / 3 dosis diarias y metotrexato 25 mg / semana), logrando una excelente respuesta en 4 meses de seguimiento.

Conclusión: Discutimos la importancia del reconocimiento temprano del LCTP, su diferencia clínica e histopatológica con el lupus profundo y el manejo actual de primera línea para este tipo de linfoma cutáneo, el cual ha sido reportado en sólo 31 casos pediátricos.

603

Micosis fungoide hipocromiante: aspectos epidemiológicos, clínicos, histológicos y respuesta al tratamiento en una serie retrospectiva de 48 casos

Luisa Fernanda Baldassarri, Martha AlejanMorales Sánchez, Maria Antonieta Domínguez Gómez
[1]Centro Dermatológico Ladislao de La Pascua, México City, México

Antecedentes: La Micosis Fungoide hipocromiante es una variedad poco frecuente de Micosis Fungoides, por lo que los aspectos epidemiológicos, respuesta terapéutica y evolución no están bien esclarecidos.

Metodología: Se realizó una cohorte retrospectiva en un Centro de Dermatología de referencia en la Ciudad de México en un periodo de 2007-2018 para determinar los aspectos epidemiológicos, clínicos, histológicos, y terapéuticos de esta enfermedad.

Resultados: de los 48 pacientes incluidos en el estudio, 60% fueron hombres, con una edad media 27.3 años, fototipo III en 68% de los casos, con afección predominante a tronco (89.6%) y extremidades superiores (89.6%). El porcentaje de remisión es del 49.7%, con una media de 8.87 meses y una tasa de remisión global de 8.2% por 100 pacientes/mes. El tratamiento con PUVA y NBUVB se asociaron con un mayor porcentaje de remisión (P 0.012 y P 0.029). PUVA demostró ser superior que el resto de los tratamientos para inducir remisión en menor tiempo. Del total de pacientes que recibieron un seguimiento, 34% recayeron, con una media de supervivencia libre de recaída de 13.77 (RIQ 4.4 - 22) meses y una tasa global de recaída de 0.89% por 100 pacientes/mes.

Conclusiones: En nuestra población la micosis fungoides hipocromiante es más frecuente en hombres; el resto de las características clínicas y epidemiológicas fueron similares a la literatura reportada. La terapia de elección es con PUVA en cabina y el tiempo estimado de para remisión son 8.87 meses. Las recaídas fueron observadas en el 34% de los pacientes las cuales no fueron asociadas a la terapia empleada previamente.

607

Hidroa vacciniforme-like: Primer reporte de caso de linfoma B

Paula Berrio Florez[1], Samuel Morales[2], Carolina Cortes[1,2], Elkin Peñaranda[1,2], Mayerly Cardenas[3], AlejanCastillo[4]
[1]Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, [2]Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia, [3]Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia, [4]Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

Introducción
El linfoma hidroa vacciniforme-like es un desorden linfoproliferativo asociado al virus de Epstein-Barr, con proliferación monoclonal de linfocitos T o células asesinas naturales. Esta rara enfermedad se ha reportado principalmente en niños de Asia o América latina; aunque existen también escasos reportes en pacientes adultos. Clínicamente se manifiesta con edema, eritema, papulovesículas, úlceras necróticas varioliformes y costras que suelen afectar; pero no estar restringidas a áreas fotoexpuestas de cara y extremidades. Se han reportado en la literatura menos de 8 casos en pacientes ancianos, encontrándose en estos con mayor frecuencia compromiso sistémico significativo, el cual en etapas iniciales se manifiesta como fiebre y posteriormente linfadenopatías y hepatoesplenomegalia que reflejan la diseminación sistémica de la enfermedad. A la fecha el linfoma hidroa vacciniforme-like, en todos los grupos etáreos, se ha descrito como una neoplasia derivadas de linfocitos T o células asesinas naturales, por lo cual este reporte es de gran importancia para el conocimiento médico, siendo el primer caso reportado de linfoma B de células del manto hidroa vacciniforme-like.

Caso clínico
Se trata de una mujer colombiana de 74 años sin comorbilidades, quien consulta por presentar en los últimos 2 años lesiones edematosas y erosivas en cara y antebrazos, asociadas a fiebre y esplenomegalia. Se observó que las lesiones empeoraban con la exposición solar formando vesículoampollas y costras varioliformes. Las biopsias de piel revelaron vesículas intraepidérmicas, necrosis y un importante infiltrado linfoide atípico nodular y angiocéntrico comprometiendo todo el espesor de dermis e hipodermis. La población linfoide estaba compuesta en su mayoría por linfocitos B CD20 positivos, con expresión de CD5 y ciclina D1; y una población linfoide T acompañante positiva para CD3, CD4, CD5 y CD8. El estudio de hibridación in situ fue positivo para virus Epstein-Baar, así como IgG reactiva y carga viral elevada (198.300 copias/mL). Dentro de los estudios de extensión realizados se evidenció leucocitosis (22.41 X 109/L) y linfocitosis (16.93 X 109/L), por lo cual e realizó biopsia de médula ósea con infiltración del 64% por células linfoides atípicas y citometría de flujo con 40% de linfocitos B clonales con inmunofenotipo concordante con linfoma de células del manto. Se realizó un diagnóstico de hidroa vacciniforme-like secundaria a linfoma B del manto sistémico variedad blastoide. Se inició quimioterapia y a la fecha la paciente ha completado 2 ciclos sin recurrencia de las lesiones en piel ni de la enfermedad sistémica.

Conclusión
Dentro de la última clasificación de linfomas cutáneos el desorden linfoproliferativo hidroa vacciniforme-like se catalogó como una neoplasia de la infancia derivada de células T o asesinas naturales secundaria a infección crónica activa por virus de Epstein-Baar. Este caso clínico pretende ampliar dicho paradigma, tanto por la edad atípica de presentación, como por el hallazgo de un linfoma B del manto asociado, el cual, hasta el momento y según nuestro conocimiento no ha sido reportado en la literatura médica actual.
Conflictos de interés: Ninguno

615

Hidradenitis supurativa con evolución fatal

Maria Dañino Garcia[1], Alejandro Ortiz Prieto[1], Javier Rubio Garrido[2], Alicia Beatriz Padial Gomez-Torrente[1], Juan Márquez Enríquez[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España

INTRODUCCION:
La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica que involucra a la porción folicular de las unidades pilosebáceas y que tiene una prevalencia del 1%. Una complicación inusual de esta enfermedad es la malignización a carcinoma de células escamosas (CEC), existiendo pocos casos descritos en la literatura.

CASO CLINICO:
Varón de 48 años fumador y con talasemia minor como único antecedente de interés que consulta por lesiones dolorosas en nalgas, de más de 20 años de evolución, por las que nunca había consultado ni recibido tratamiento.
A la exploración presentaba múltiples trayectos fistulosos, indurados, con orificio de drenaje pustuloso, así como numerosos nódulos inflamatorios. Destacaban en zona glútea izquierda dos lesiones nodulares con superficie mamelonada de 2 y 1 cm respectivamente, así como una de menor tamaño en glúteo derecho.
Se tomaron biopsias de los nódulos predominantes y se pautó tratamiento con Rifampicina y Clindamicina de 600 mg/día vo, así como con Clindamicina y Resorcinol tópicos a la espera del resultado histológico.
El análisis histopatológico descartó la presencia de células neoplásicas en las muestras y ante la falta de respuesta al tratamiento antibiótico, se pautó tratamiento con Adalimumab a dosis de HS asociado a Doxiciclina 100 mg.
A los 20 días aproximadamente de iniciar el tratamiento presentó un empeoramiento importante, con aparición de nuevas lesiones en glúteo derecho asociadas a intenso dolor y astenia. A la exploración, al menos 6 masas excrecentes, ulceradas, la de mayor tamaño de 6 cm en glúteo derecho y otras de menor tamaño junto a la misma y en pliegue interglúteo. Las nuevas biopsias mostraron en este caso una infiltración por carcinoma escamoso. Se realizó RMN y TAC con evidencia de importante extensión locorregional pero sin lesiones a distancia.
Dada la extensión de la enfermedad, se desestimó tratamiento quirúrgico y se pautó tratamiento con Cemiplimab con mala evolución, falleciendo a las pocas semanas por hipercalcemia tumoral.

DISCUSION Y CONCLUSIONES:
La HS, como cualquier proceso inflamatorio crónico, tiene como potencial complicación la aparición de CEC. Es más frecuente en hombres con lesiones de largo tiempo de evolución en la región perianal.
Es importante el diagnóstico precoz por el carácter agresivo en este subgrupo de pacientes, aunque no siempre es fácil por la similitud clínica con las lesiones elementales de la HS; además, en la mayoría de los casos existe una importante extensión en profundidad a lo largo de los trayectos fistulosos con escasas manifestaciones en superficie. Por consiguiente, cuando las biopsias son superficiales, el riesgo de detectar solo una hiperplasia pseudoepiteliomatosa es alto, como pudo haber ocurrido en nuestro paciente.
La escisión quirúrgica amplia es el tratamiento recomendado en estos casos siempre que sea posible. No obstante, tiene una mortalidad elevada.

Como conclusión, recalcamos la importancia de realizar biopsias repetidas y profundas en pacientes con HS en los que se sospeche degeneración maligna, sobre todo cuando las lesiones asienten en área perianal al ser una ubicación de alto riesgo para el desarrollo de CEC.

630

Hidradenoma papilliferum de la vulva. Reporte de un caso

Khanty Loyola, Khanty Loyola[1], María Paz Rollán
[1]Universidad del Desarrollo. Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile, [2]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile, [3]Universidad del Desarrollo. Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: El hidradenoma papilliferum (HP) es una neoplasia anexial benigna poco frecuente que aparece fundamentalmente en la región anogenital de mujeres de edad media. Es un tumor liso, de crecimiento lento, menor a 1 cm y asintomático. Su origen patogénico es controvertido. El diagnóstico clínico puede ser difícil, semejando ocasionalmente tumores malignos.

Motivo de la Comunicación: Presentar un caso de HP ulcerado y su histología.

Caso clínico: Mujer de 50 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por una lesión vulvar asintomática de 9 años de evolución. Al examen destacó un nódulo eritematoso de 1 cm, indurado, brillante con ulceración central en cara interna de labio mayor derecho. Ante sospecha de malignidad, se realizó una biopsia escisional, cuyo estudio histopatológico informó una lesión tumoral dérmica nodular bien delimitada parcialmente quística conformada por estructuras tubulares elongadas con algunas formaciones papilares revestidas por una bicapa celular; interna columnar con secreción por decapitación (diferenciación apocrina) y externa de tipo mioepitelial, estroma conectivo con áreas de metaplasia oxifílica, compatibles con HP.

Conclusiones: El HP es un tumor infrecuente, aunque corresponde al 60% de los tumores anexiales benignos de la vulva. Inicialmente asociado a un origen apocrino, en la actualidad existen reportes que aceptan su procedencia de glándulas anogenitales tipo mamarias (GAM). Las GAM se encuentran principalmente en el surco interlabial, lo que explicaría la localización más frecuente los HP. La mayoría de los casos se presenta como un nódulo solitario, liso, menor a 1 cm. Tumores de mayor tamaño, ulcerados o azulados obligan descartar tumores malignos como carcinomas y melanoma. Es importante considerar al HP ante un tumor vulvar solitario y sus diagnósticos diferenciales.

656

Enfermedad de Castleman Hialino-Vascular: Abordaje de un caso a partir de manifestaciones dermatológicas

Renata Díaz Pérez[1], Ulises Torres Aguiñaga[1]
[1]*ISSSTE, Ciudad de México, México*

Introducción
La enfermedad de Castleman es una enfermedad rara, caracterizada por proliferación no clonal de linfocitos dentro de los ganglios linfáticos o fuera de estos.
Se conocen dos variantes de acuerdo con los hallazgos de histopatología: Enfermedad de células plasmáticas y variedad hialino-vascular.
Existen pocos casos con reporte de manifestaciones cutáneas, entre ellas algunos con pénfigo paraneoplásico.

Caso clínico
I, femenino de 48 años de edad, originaria del estado de Guerrero, sin antecedentes personales de importancia, únicamente refiere episodios repetidos de disnea, sin tratamiento.
Inicia su padecimiento en diciembre de 2018, con presencia de lesiones en labios, mucosa oral y dorso de las manos, de características vesiculares que posteriormente se convierten en úlceras pequeñas de aproximadamente 1cm de diámetro, dolorosas y pruriginosas que dejan cicatrices hipercrómicas, dicha sintomatología asociada a hipertermia no cuantificada, disnea y pérdida de peso de 10 kg en 2 meses
Durante su internamiento presenta fiebre cuantificada en 39ºC y crisis de broncoespasmo en repetidas ocasiones.
Es valorada por el servicio de dermatología, realizándose biopsia de piel en dorso de las manos y abdomen, la cual reporta dermatitis de interfaz vacuolar con montes paraqueratósicos y múltiples cuerpos apoptóticos, dermis papilar con infiltrado inflamatorio crónico inespecífico, hallazgos sugerentes de Pitiriasis liquenoide varioliforme (PLEVA) vs pénfigo paraneoplásico; se realiza nueva biopsia en sacabocado de mucosa oral reportada como fragmento de tejido irregular de 0.6 x 0.3cm con úlcera extensa con infiltrado inflamatorio mixto inespecífico . Se inicia tratamiento con esteroide sistémico, esteroide tópico y medidas generales; presentando respuesta parcial.
Se inicia protocolo de estudio, se realizan estudios para descartar un proceso neoplásico subyacente.
Inmunoglobulinas dentro de rangos normales, con ligera elevación de IgM.
ANCA MPO, ANCA PR3, SMITH, DNA doble cadena, RO, LA negativos.
Marcadores tumorales negativos, a excepción de CA-125 con valores de 55.70 UI/ml
Se realiza tomografía toracobdominopélvica como parte de protocolo par descartar neoplasia asociada, con hallazgo de tumoración ovoidea circunscrita de bordes lobulados, hipodensa en fase simple con realce significativo en fase contrastada de hasta 220 UH con características de posibilidades diagnósticas angioma o paranganglioma. Se solicita por tal motivo niveles séricos y urinarios de ácido vanilmandélico, metanefrinas séricas y urinarias, y ácido 5-indolacético, resultando negativos.
Ingresa a procedimiento quirúrgico en mayo de 2019.
Se solicitan biopsias de ganglios en cuello para determinar si se trata de variedad localizada o multicétrica, encontrándoselas pendientes resultados histopatológicos.
Se valora iniciar tratamiento a base de Rituximab.

Discusión
La enfermedad de Castleman representa un reto diagnostico en el clínico, considerándose como diagnóstico diferencial en los casos sospechosos de enfermedad linfoproliferativa maligna.
Los síntomas y signos más comunes incluyen presencia de ganglios linfáticos aumentados de tamaño de predominio en cuello y en bastantes casos pueden cursar asintomáticos.
Existen casos reportados de Enfermedad de Castleman como componente de Síndrome POEMS, por lo que deberá continuarse seguimiento con inmunoglobulinas y en caso de síntomas neuropáticos realizar electromiografia.

658

Angiosarcoma de Wilson Jones

Albani Vanessa Rocheta Rosendo[1], Ricardo Pérez Alfonzo[1], Margarita Oliver[1]
[1]Instituto de Biomedicina Jacinto Convit- Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela

El angiosarcoma de Wilson Jones en un tumor maligno, de origen vascular el cual es poco frecuente, originado por una alteración en las células endoteliales vasculares o linfáticas, sabiendo que los sarcomas representan 2 %. Esta entidad se presenta en pacientes masculinos, preferentemente en personas de edad avanzada con localización en la zona alta de la región frontal y cuero cabelludo. Este caso es de relevancia para nuestro servicio siendo uno de los pocos casos diagnosticado en nuestro centro, debida a su baja frecuencia. Se presenta el caso de paciente masculino de 85 años de edad, sin antecedentes personales contributorios, quien inicia enfermedad actual en mayo de 2016, cuando aparece mácula eritematosa, mal delimitada que se localiza en región frontolateral derecho, que se extiende de forma progresiva hacia la región parietal ipsilateral, asociándose aumento de volumen, no doloroso, por lo que acude a especialista quien indica antibiótico via oral con discreta mejoría, sin embargo por persistir sintomatología y exacerbarse aumento de volumen y eritema local acude a nuestro servicio para evaluación. Al examen físico: fototipo IV con aumento de volumen importante, que compromete en región frontoparietal derecha, eritema local, con bordes irregulares mal definidos, no doloroso y llama la atención que a la palpación impresiona ser pulsátil. Se solicita exámenes complementarios que se encontraban dentro de límites normales. Realizándose estudios de imágenes (ecosonograma de piel y partes blandas, RMN cerebral, angio-resonancia cerebral, TAC de cráneo) todos estos se encontraban sin alteraciones. Se toma una muestra de biopsia cutánea que concluye queratosis seborreica variedad acantótica. Sin embargo del punto de vista clínico se asocia edema facial con mayor compromiso periorbitario derecho, con cambios de coloración eritematoviolácea y satelitosis perilesional, no dolorosas, así como asimetria del cuello predominio derecho. Se realiza angiotomografia de cráneo donde reportan un aumento de volumen de partes blandas a nivel periorbitario frontal y parietal bilateral a predominio derecho. Lesión tumoral heterogénea con impregnación de contraste y centro necrótico a nivel de glándula parótida derecha de 4,3 x 4,7 cm. Se toma nuevamente muestra de biopsia cutánea con capa córnea laminar ortoqueratótica, epitelio adelgazado, dermis ocupada por estructuras vasculares dilatadas irregulares con canales vasculares limitadas por células endoteliales, redondeadas pleomorficas de núcleos hipercromáticos y abundante citoplasma, con algunas células vasculares que tapizan fibras musculares. Inmunohistoquímica con inmunomarcaje positivo de CD 31 y CD 34 para células endoteliales. Por lo que se concluye caso como un angiosarcoma de cabeza y cuello. El paciente es evaluado en conjunto con el servicio de oncología de cabeza y cuello, se indica citoreducción con radioterapia y quimioterapia, sin embargo familiares se niegan a dicho tratamiento. El paciente fallece en agosto 2017. Es importante conocer este tipo de patologías vasculares ya que como dermatólogos debemos tener en cuenta la enfermedad para hacer diagnósticos oportunos y beneficiosos para el paciente.

661

Infiltración cutánea por linfoma anaplásico CD30+ ALK+. Reporte de un caso

Tania Gissel Ramírez Méndez[1], Nancy Pulido Diaz[1], Marissa de Jesus Quintal Ramírez[1]
[1]Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional La Raza. Instituto Mexicano Del Seguro Social, Ciudad de México, México

Introducción
El linfoma anaplásico de células grandes es un linfoma no Hodgkin, representando el 3% de estos en adultos y del 10% -20% de los linfomas en la infancia. Caracterizado por células neoplásicas CD30+, clasificado por la OMS en 2016 como ALK+, ALK– y el asociado a implantes mamarios. Clínicamente se caracteriza por la afección de ganglios linfáticos y regiones extraganglionares como hueso, médula ósea, pulmones, bazo, hígado, tejido celular subcutáneo, musculo y piel. El diagnóstico se basa en la historia clínica y examen físico confirmadose mediante histopatología e inmunohistoquímica. El tratamiento de primera línea es la quimioterapia.
Se elige este caso clínico debido a que es una enfermedad rara, la cual presenta manifestaciones cutáneas, que deben ser sospechadas por el medico dermatólogo.

Caso clínico
Masculino de 46 años de edad, sin cronicodegenerativos. Presenta evolución de un un mes con perdida de peso no intencionada de 11 kg y neoformaciones en región inguinal de diversos diámetros con crecimiento progresivo, ulceración e infección agregada, acudió a facultativo quien realizó abordaje diagnostico con tomografía en donde se observaron adenopatías mesentéricas retroperitoneales e inguinales y se inició manejo con antibiótico de amplio espectro. Se realizó biopsia de ganglio mesentérico vía laparoscópica con reporte histopatológico de Linfoma No Hodgkin anaplásico de células grandes de patrón común CD30+, CD4+ CD43+ CD45+ TIA-1+ EMA+ ALK-1 + núcleo y citoplasma, Ki67 75%.
Se inicio quimioterapia con CEOP (ciclofosfamida, epirrubicina, vincristina y dexametasona) 2 ciclos y se realizó aspirado de medula ósea evidenciando infiltración. A la exploración física se observa dermatosis diseminada que afecta pelvis y región inguinal, se extiende hacia testículos, se caracteriza por placa indurada de bordes irregulares mal definidos con múltiples nódulos eritematoviolaceos que confluyen, algunos se encuentran ulcerados y algunos con costra en su superficie, se toma biopsia de piel con diagnóstico de infiltración cutánea por linfoma no Hogdkin CD30+. Presentó evolución tórpida y posterior defunción.

Conclusiones
El linfoma anaplásico es un tumor maligno poco frecuente, se presenta como una enfermedad agresiva, asociado a síntomas sistémicos (75%), afección ganglionar (60%) y extranodal (40%), siendo el mas frecuente la piel (21%), clínicamente se observan nódulos ulcerados o no, de crecimiento rápido que evolucionan a placas eritematoviolaceas y topografía diversa principalmente tronco y extremidades.
En la histopatología se observan células linfoides grandes con núcleos pleomórficos y citoplasma abundante, a menudo en forma de herradura, con fuerte expresión de CD30 y mutación de ALK-1. El tratamiento de primera línea es la quimioterapia. El prónostico en este caso, al encontrarse en estadio IV por infiltración en piel y médula es de una supervivencia global de 55% y supervivencia libre de progresión de 54% a 4 años.

Al tratarse de una entidad en donde la manifestación extranodal mas frecuente es la infiltración cutánea es de vital importancia que esta entidad se reconozca y sospeche por los dermatólogos para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

685

Enfermedad de Bowen palmar una localización inusual

Diana Carolina Madrigal Ramos[1], Pedro José Cousseau Iglesias[1], Jennyfer Daniela Granizo Rubio[2]
[1]Cousseau Madrigal, Lago Agrio, Ecuador, [2]Hospital Metropolitano-Derma AID, Quito, Ecuador

INTRODUCCIÓN:
Presentamos un caso que reviste de importancia por la infrecuente localización de la enfermedad de Bowen en la palma de la mano.

La paciente acude por presentar una mancha de color marrón de 20 años de evolución la misma que crece progresivamente desde hace aproximadamente 12 meses, la lesión causa prurito y dolor al realizar las labores domésticas. Al examen físico presenta una mancha eritematosa de 1.5 cm de diámetro en palma de mano izquierda con varias tonalidades de color marrón, asimétrica, bordes bien definidos, con escama superficial fina, a la dermatoscopia se evidenció áreas marrones excéntricas y vasos glomerulares y polimorfos con leve descamación.
Con base a lo observado se decidió tomar una biopsia de piel, la misma que confirmo una neoplasia intraepitelial escamosa.

REPORTE DEL CASO:
Paciente femenina de 55 años de edad, acude a consulta por presentar lesión eritematosa en palma de mano izquierda de 20 años de evolución que desde hace 1 año aumenta de tamaño, cambia de color y forma y se acompaña de prurito y dolor. Sin antecedentes patológicos de importancia. Al examen físico presenta mancha eritematosa de 1.5 cm de diámetro en palma de mano izquierda en área central distal entre las dos eminencias hipotenar y tenar, con varias tonalidades de color marrón, asimétrica, bordes bien definidos, con escama superficial fina, a la dermatoscopia se evidenció áreas marrones excéntricas y vasos glomerulares y polimorfos con leve descamación.

Con este antecedente se decidió realizar una biopsia de piel para descartar enfermedad de Bowen y como diagnostico diferencial una tiña negra palmar, melanoma y liquen plano; en esta zona sería difícil pensar de entrada en una neoplasia sin embargo el patrón vascular de la dermatoscopia nos orientaba a una enfermedad neoplásica la misma que fue confirmada con la histopatología que en efecto mostro una enfermedad de Bowen con hiperplasia de células basales, atipia aislada de los queratinocitos en todo el espesor epitelial, algunas células multinucleadas con incremento en el número de mitosis y células disqueratósicas, en la dermis papilar escaso infiltrado linfocitario y ocasionales melanófagos.

CONCLUSIÓN:
La enfermedad de Bowen tiene un buen pronóstico cuando es tratada oportunamente, luego de conversar con nuestra paciente sobre las opciones de tratamiento y de tener un chequeo quirúrgico con bajo riesgo y exámenes de rutina normales, se decidió referencia al servicio de cirugía dermatológica en quito donde se le realizo una exéresis con márgenes de 7mm de diámetro y posterior a confirmar los bordes libres se optó por un injerto de piel total del brazo, el cual tuvo una evolución favorable en la literatura se encuentra menos del 5% de recurrencias con esta técnica.
La paciente se mantiene asintomática 2 años después de la intervención.
Debemos mantenernos alerta antes lesiones en palmas y plantas pues como se ha documentado en este caso constituyen una localización donde también se pueden presentar carcinomas in situ.

687

Aparente dermatosis neutrofílica con un giro inesperado: Linfoma cutáneo de células T CD30+

Fátima Yadira Márquez Urbano[1], Claudia Imelda Bravo Contreras[2]
[1]ISSSTE, Chihuahua, México, [2]UACH, Chihuahua, México

INTRODUCCIÓN
Los linfomas cutáneos primarios son un grupo heterogéneo de linfomas extraganglionares no Hodgkin que se limitan a la piel. El 75% derivan de células T; los más comunes son la micosis fungoide y el síndrome de Sézary. Se clasifica por la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) en criterios clínicos, anatomopatológicos e inmunohistoquímicos. Más común en hombres y afroamericanos.

CASO CLÍNICO
Mujer de 75 años, diabética e hipertensa. Tres meses con nódulos eritemato-violáceos en tronco y extremidades, posterior ulceración, rápido crecimiento y evolución. EF: Dermatosis diseminada a tronco y tercio superior de extremidades, bilateral, simétrica, constituida por nódulos eritemato-violáceos y úlceras de bordes sobreelevados y fondo granulomatoso. Se llega al diagnóstico clínico de síndrome de Sweet vs Pioderma gangrenoso y se toma biopsia. Se maneja con prednisona. En cita control presenta notable mejoría, sin embargo biopsia reporta Linfoma cutáneo primario anaplásico de células T grandes (LACGP); se envía resultado con segundo patólogo llegando a misma conclusión. Se realiza inmunohistoquímica CD-30+ en parches, CD-3+, CD-4+, CD-7+, CD-8-, CD-20-, ALK-1-. En cita control aumentan lesiones; se refiere a Hematología quien continua seguimiento e inicia manejo con metotrexato y brentuximab.

DISCUSIÓN
El LACGP es poco frecuente, su incidencia no está reportada con certeza posiblemente debido a la dificultad de separarlo del espectro de linfomas cutáneos CD30+.
Clínicamente consiste en nódulos solitarios, agrupados o multifocales, en tronco y miembros torácicos que persisten de tres a cuatro semanas y se ulceran con el tiempo. Nuestra paciente presentó una evolución muy aguda en la que la etapa de nódulos era de días, clínicamente indistinguible de una dermatosis neutrofílica.

CONCLUSIONES
Es de relevancia conocer y plantear diagnósticos diferenciales ya que el pronóstico depende del estadio clínico, en etapas tempranas es favorable.

712

Linfoma cutâneo primário difuso de grandes células B, tipo perna

Isabella De Azevedo Dossin[1], Bruno Porto Soares[1], Aretha Brito Nobre[1], Luciana Wernersbach Pinto[1], João Carlos Regazzi Avelleira[1], Flavia de Freire Cassia[1]
[1]Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, Brazil

Introdução: Os linfomas cutâneos primários são linfomas restritos à pele sem evidência de doença extracutânea no momento do diagnóstico. Os linfomas cutâneos de células B representam cerca de 25% de todos os primários e na imunohistoquímica são confirmados pela positividade de CD20, CD79 e CD19. O subtipo Linfoma Cutâneo Primário Difuso De Grandes Células B, Tipo Perna representa 4% de todos os linfomas cutâneos. Caso clínico: Paciente do sexo masculino, de 76 anos, portador de insuficiência cardíaca de provável etiologia isquêmica, com queixa de lesão na perna direita com crescimento progressivo nos últimos 07 meses. O paciente estava hipocorado, com edema duro no membro inferior direito que se estendia até o joelho. Na face posterior da perna direita, foi observada lesão tumoral vegetante e ulcerada, com áreas necróticas e de fibrina,de aproximadamente 20 x 10 cm, indolor. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia e aumento de VHS. Na tomografia da perna, foi visto lesão expansiva com densidade de partes moles acometendo a pele e tecido subcutâneo, sem sinais de comprometimento ósseo. As tomografias da região cervical, tórax e abdome sem alterações. Foi realizada uma biópsia incisional da lesão: na histopatologia, foi observada derme e hipoderme infiltrada difusamente, sem evidência de epidermotropismo, com linfócitos grandes e discreto pleomorfismo, sugestivas de neoplasia maligna de origem linfóide. A imunohistoquímica foi positiva para CD20, confirmando o fenótipo de células B. Também foi positiva para Bcl2, MUM1, cMYC. CD3 e C10 foram negativos. Através da clínica, do exame histopatológico em conjunto com a imunohistoquímica, e do estadiamento sem evidência de doença extracutânea, foi fechado o diagnóstico de Linfoma Cutâneo Primário Difuso De Grandes Células B Tipo Perna. O paciente foi internado para tratar infecção com clindamicina. Devido à rápida evolução do linfoma, iniciou quimioterapia com gemcitabina e dexametasona. Após cateterismo cardíaco, foi instituído tratamento de escolha, a quimioterapia R-CHOP. Dois meses após alta hospitalar, evoluiu com insuficiência respiratória e faleceu devido COVID-19.

Conclusões: O Linfoma Difuso De Grandes Células B Tipo Perna geralmente apresenta lesões na região distal de uma ou ambas pernas, mas 10% podem aparecer em outros locais. Mais comum idosos, preferencialmente do sexo feminino. Manifestam-se como lesões tumorais eritematosas ou eritematoazuladas de crescimento rápido, podendo ocorrer ulceração e serem solitárias ou múltiplas. O imunofenotipo mais comum é Bcl2, MUM1 e FOXP1 positivos. Os motivos da apresentação foram demonstrar uma caso pouco comum de linfoma cutâneo primário, com lesão clínica exuberante e ressaltar a importância da correlação clínico patológica para o diagnóstico de linfomas cutâneos.

716

Síndrome de predisposición a tumores BAP1: cuando la clave está en la piel

Francisca Silva Clavería[1], Luis Ortega Berbel[1], Lara Ferrándiz[1], David Moreno[1]
[1]*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

Introducción: El síndrome de predisposición a tumores BAP-1 es un proceso hereditario (AD) que aumenta el riesgo de desarrollar tumores malignos y benignos, particularmente cutáneos. Este síndrome es debido a la presencia de mutaciones en el gen BAP (BRCA1) (cromosoma 3) que codifica para la síntesis de la proteína BAP, una proteína que participa en la supresión tumoral. Todas las familias que heredan la variante mutada de BAP1 tienen aumento en el riesgo de tumores de inicio a edades tempranas. Se presenta un caso clínico de un paciente con síndrome de predisposición a tumores BAP1, cuyo diagnóstico fue posible gracias al reconocimiento de esta nueva entidad en una lesión melanocítica sospechosa.

Caso clínico: Hombre de 57 años con antecedentes personales de un mestelioma metastásico 20 año atrás que consulta por una lesión melanocítica localizada en el pabellón auricular derecho. En la misma localización presentaba una cicatriz de un tumor de Spitz atípico que había sido extirpado 1 año antes. La exploración física revela la presencia de una lesión melanocítica con glóbulos atípicos en la dermatoscopia. Además presentaba dos lesiones papulosas localizadas en la escápula derecha y en el dorso de la mano izquierda, con un área central rosada sin estructura y escasos glóbulos marrones distribuidos de forma irregular a la dermatoscopia. Se extirpan las tres lesiones y en el estudio anatomopatológico se establece que la lesión localizada en la oreja derecha corresponde a una recidiva de la neoplasia melanocítica previa inicialmente diagnosticada como “tumor de Spitz atípico” y que tras revisar ambas piezas, confirma que se trata de un melanoma nodular con pérdida de expresión BAP1. Las otras dos lesiones fueron compatibles con BIMTs (BAP-inactivated melanocytic tumours). Con el posible diagnóstico de Síndrome de predisposición a tumores BAP-1, el paciente confirma una historia familiar de diferentes tumores. El estudio evidencia a nivel somático, una mutación heterocigota con posible variante patogénica en c.1983+1G>A BAP1 gen, por lo que el paciente está pendiente de estudio de la línea germinal. El estudio de fondo de ojo no ha demostrado afectación uveal y el paciente no ha presentado otro tumor hasta el momento.

Conclusiones: Los tumores melanocíticos con inactivación del BAP1 (BIMTs) o BAPomas, recientemente identificados como una variante diferente dentro del espectro de los tumores de Spitz atípicos son una manifestación presente en el 70-100% de los pacientes con Síndrome de predisposición a tumores BAP1. El Síndrome de predisposición a tumores BAP1 asocia principalmente melanoma uveal de aparición temprana y peor pronóstico, mesotelioma, carcinoma renal y melanoma. Dentro de las manifestaciones tumorales los BIMTs tienen la edad más precoz de aparición seguido por el melanoma cutáneo, poniendo al dermatólogo con un rol crucial en la primera línea diagnóstica.

En este caso la clave de la pérdida de expresión del BAP en ese melanoma y la revisión de las lesiones previas nos ayudó a llegar al diagnóstico correcto. Destacamos la importancia del dermatólogo en reconocer y estar alerta ante estas lesiones melanocíticas particulares llamadas BIMTs para el reconocimiento de este síndrome.

718

Dermatosis en paciente con VIH

Graciela Astrid Acatitla Acevedo[1], Sara Pérez Cortés[1], José Alberto Ramos Garibay[1]
[1]Centro Dermatológico Ladislao de La Pascua, Ciudad de México, México

Introducción:
Elegí este caso clínico por la presentación clínica atípica de la dermatosis y por la importancia de realizar un diagnóstico temprano del sarcoma de Kaposi para evitar su diseminación visceral.

Caso clínico:
Paciente masculino de 44 años de edad, originario y residente de la Ciudad de México quien se presenta con una dermatosis diseminada a cabeza, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores, de la cabeza afecta pabellones auriculares, del tronco afecta tórax posterior, de las extremidades superiores afecta antebrazos en todos sus tercios en cara externa, de las extremidades inferiores afecta muslos en tercio inferior en cara posterior y piernas en tercio superior y medio en cara posterior, bilateral, asimétrica; monomorfa, polilesional, constituida por múltiples lesiones de aspecto papular, eritematovioláceas, de múltiples tamaños, la más pequeña de 2 mm y la más grande de 6 mm, de bordes regulares y bien definidos, de superficie brillante, de evolución crónica y pruriginosa.
Al interrogatorio dirigido refiere tratamiento previo con betametasona/gentamicina/clotrimazol por 3 meses sin mejoría.
Dentro de sus antecedentes personales patológicos refiere infección por VIH diagnosticada en 2004 por laboratorios de rutina, por lo que recibe tratamiento con nevirapina/emtricitabina/tenofovir, sin embargo en 2014 por pérdida de su empleo suspende el tratamiento; su última carga viral en 2014 se reporta como indetectable y sus CD4 de 367 cel/mm3.
Se realiza diagnóstico clínico de liquen plano y se realiza una biopsia incisional de lesión de antebrazo en la cual se observa epidermis con áreas de atrofia, dermis superficial, media y profunda con infiltrado moderadamente denso que rodea una fibra muscular; a mayor aumento se observa en la dermis superficial que el infiltrado corresponde a células endoteliales que se mezclan con luces vasculares inmaduras. Se solicita carga viral la cual se encuentra en 145 862 copias y CD4 de 24 cel/mm3.
Habiendo corroborado el diagnóstico se dio tratamiento con crema corporal comercial con avena y manteca de karité en cuerpo varias veces al día, clotrimazol óvulos vaginales, disolver 1 óvulo en cavidad oral cada 8 horas por 2 semanas y fluconazol cápsulas de 150 mg, 1 cápsula cada 7 días por 4 semanas. Se realiza radiografía de tórax en donde no se encuentran alteraciones en tejidos blandos, óseos, pleura y campos pulmonares. Se interrogan síntomas gastrointestinales los cuales niega el paciente. Se refiere a una clínica especializada en infección por virus de la inmunodeficiencia humana en la que se inicia tratamiento antiretroviral con bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida 1 tableta cada 24 horas y tras 3 meses de tratamiento antiretroviral presenta resolución de las lesiones con presencia de manchas residuales y una carga viral de 39 copias y CD4 de 104 cel/mm3.

Conclusiones:
El sarcoma de Kaposi se puede presentar de manera atípica imitando otras dermatosis, es relevante su diagnóstico temprano para evitar su diseminación visceral y ofrecer un tratamiento temprano ya que puede tener regresión únicamente con tratamiento antirretroviral.

736

Sarcoma mieloide monoblástico: Reporte de caso en una localización infrecuente

Alberto Jacobo Saba Mussali[1], Mariana Torres Landa Marquez[1], Juliana Eljure Téllez[1], Diana Carolina Palacios Narváez[2], Ana Lilia Morales Leyte[3], Sonia Toussaint Caire[2], María Elisa Vega Memije[2]
[1]Hospital General "Manuel Gea González", Departamento de Dermatología, Ciudad de México, México, [2]Hospital General "Manuel Gea González", Departamento de Dermatopatología, Ciudad de México, México, [3]Hospital General "Manuel Gea González", Departamento de Anatomía Patológica, Ciudad de México, México

El sarcoma mieloide monoblástico (SMM), previamente llamado cloroma, es un subtipo extramedular de leucemia. Se caracteriza por la infiltración de monoblastos neoplásicos y puede ocurrir en cualquier sitio anatómico, incluidos ganglios linfáticos, piel y tejidos blandos, huesos, testículos, tracto gastrointestinal y peritoneo. El SMM puede presentarse como un subtipo de leucemia cutis. Se presenta un caso de SMM en una localización no reportada.

Una mujer de 47 años, sin antecedentes de importancia, fue valorada por nódulos dolorosos rápidamente progresivos en ambas axilas de dos semanas de evolución. Antes de llegar a nuestra institución había consultado con varios médicos, recibiendo tratamiento a base de antibióticos y antiinflamatorios, con un diagnóstico presuntivo de hidradenitis supurativa, sin presentar mejoría. Ingresó al servicio de urgencias por dolor y supuración de las lesiones. A la exploración física se encontró una dermatosis diseminada, bilateral y simétrica, con afectación a ambas axilas caracterizada por nódulos bien circunscritos, indurados, inflamados y ulcerados de aproximadamente 3x1.5cm. Se detectaron ganglios linfáticos cervicales palpables. Asimismo, presentaba mucosas pálidas y hematomas en piel.

Los análisis de laboratorio de rutina mostraron leucocitosis en 28.7(103/µL), hemoglobina de 4,2g/dL y trombocitopenia en 11(103/µL). Se tomó biopsia con diagnóstico probable de leucemia con infiltración secundaria a la piel y diagnóstico diferencial de micobacteriosis.
En el estudio histopatológico se observó un infiltrado perivascular superficial moderado e infiltrado difuso profundo denso, compuesto por células de aspecto linfoide de tamaño variable, predominando las células medianas a grandes, las cuales muestran núcleo de mayor proporción comparado con su citoplasma y nucléolos prominentes. También se observaron células más grandes de abundante citoplasma, núcleo conspicuo y cromatina granular. Al estudio de inmunohistoquímica se observo CD68 positivo débil en el 90% células, CD45 positivo intenso en el 100% células y MPO positivo intenso en el 100% células.

La paciente fue referida a una institución de tercer nivel especializada en cáncer para su abordaje y tratamiento. El diagnóstico final fue una leucemia mieloblástica con inv(16) de bajo riesgo con infiltración a tejidos blandos.
El SMM es una entidad rara. Las localizaciones más comúnmente descritas en la literatura son miembros pélvicos, seguido de miembros torácicos, espalda, tórax anterior, piel cabelluda y cara. Lo inusual de este caso es la localización bilateral en axilas, situación que no está previamente reportada en la literatura. El diagnóstico leucemia era evidente al valorar la biometría hemática, sin embargo, es importante tener presente el diagnóstico de sarcoma mieloide en pacientes sin alteraciones laboratoriales, debido a que las manifestaciones cutáneas pueden preceder a la enfermedad sistémica. Asimismo, no debemos olvidar que en pacientes con antecedente de malignidad hematológica el sarcoma mieloide suele indicar recidiva de la enfermedad.
Otro aspecto relevante a considerar es que las dermatosis que se presentan en pacientes con leucemia pueden ser directamente atribuibles a la infiltración leucémica pero también secundarias a las citopenias y disfunción de las células hemáticas. Por ejemplo, pueden presentar petequias, equimosis, purpura, palidez, vasculitis e infecciones oportunistas.

740

Diferencia en la expresión de los marcadores moleculares T-bet y GATA-3 por inmunohistoquímica en Micosis fungoides en fases tempranas y en dermatosis inflamatorias simuladoras

Vianey Venecia Landini Enríquez[1], Sonia Toussaint Caire[1], María Elisa Vega Memije
[1]*Hospital General Manuel Gea González, Ciudad de México, México*

Introducción: La micosis fungoide (MF) es el linfoma cutáneo de células T (CTCL) más frecuente, y en etapas etapas iniciales es muy difícil de diferencial clínica e histológicamente de otras dermatosis inflamatorias benignas. El objetivo de este estudio fue comparar la expresión de los inmunomarcadores moleculares T-bet y/o GATA-3, por imunohistoquímica en MF y dermatosis inflamatorias simuladoras.

Material y Métodos:Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y prolectivo. En el que se seleccionaron 20 casos representativos de MF en fase de mancha y/o placa y 20 casos de dermatosis inflamatorias. Se realizó inmunohistoquímica con T-bet y GATA-3 para evaluar su expresividad intraepidérmica y dérmica en 4 grados; 0 < 10%, 1 del 10 al 25%, 2 del 26% al 50%, 3 50% al 75% y 4 > 75%.

Resultados: La expresión nuclear de T-bet en los linfocitos T intraepidérmicos en MF fue mayor del 75% en 14 casos (70%), y > 50% en el 85% de los casos en total (P =.00).las dermatosis inflamatorias se presentó en 18 casos (90%) por debajo del 25%. En cambio la expresión nuclear en los linfocitos T de GATA-3 epidérmica, tuvo predominio de en las dermatosis inflamatorias; 8 casos (40%) con la expresión de 26-50%, y 10 casos (50%) mayor del 51%. En el grupo de MF, 90% de los casos estudiados tuvieron una expresión menor del 25% (P = 0.001).

Conclusiones:En este estudio se demostró que existen diferencias entre la intensidad de la inmunoexpresión en T-bet y GATA-3 en la Micosis fungoides y en las dermatosis inflamatorias simuladoras. T-bet mostró significativamente mayor expresividad en los linfocitos intraepidérdmicos de MF.

748

Papulomatosis linfomatoide: una desafío clínico e histopatológico

Eduardo Corona Rodarte[1], Ali Carolina Martínez Murillo[1], María Elena Reyes Moreno[1]
[1]*Instituto Dermatológico de Jalisco, Guadalajara, México*

Introducción La papulosis linfomatoide (PL) es una enfermedad cutánea crónica, recurrente y benigna que pertenece a las enfermedades linfoproliferativas CD30-positivas. Habitualmente, se presenta como una erupción papulonodular y autoresolutiva.1 La correlación clínico-patológica es imperativa al existir diversas patologías simuladoras. Los pacientes con PL tienen un riesgo incrementado para desarrollar neoplasias secundarias, entre ellas, micosis fungoides, linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes y linfoma de Hodgkin.

Caso clínico: Hombre de 29 años, previamente sano. Acude por presentar lesiones papulares pruriginosas en andadas de 8 semanas de evolución. A la exploración física se identificó dermatosis diseminada a tronco, miembros torácicos y pélvicos constituida por pápulas y nódulos aislados, eritemato-violáceos, de 2x2 mm hasta 6x4 mm, algunas con costra necrótica en su superficie. Figura 1 El resto de la exploración sin datos relevantes. Se realizó biopsia de piel que evidenció un infiltrado celular dérmico en banda compuesto por linfocitos atípicos con forma de cuña, histocitos y células plasmáticas, así como epidermotropismo. Se complementó abordaje con inmunohistoquímica que destacó CD30+, CD4+ y CD8+. Figura 2 La analítica sanguínea evidenció una cuenta celular sin alteraciones, así como deshidrogenasa láctica dentro de niveles normales. Con base a los hallazgos clínico-patológicos, se integró el diagnóstico de PL tipo A. Se inició el tratamiento con metotrexate 5 mg/semana con mejoría significativa.

Discusión: La PL es una enfermedad infrecuente, de origen desconocido, clasificada en la actualización de 2018 de la EORTC dentro de la división de linfomas cutáneos de células T y células NK.3 Tiene una incidencia de 1.2-1.9 casos por millón y es más frecuente en hombres.4 Existe una sobreexpresión de CD30 en las células T atípicas identificadas en las lesiones. Es posible que la interacción CD30/CD30L induzca apoptosis, explicando la naturaleza autoresolutiva de esta entidad.5 Clínicamente, se presenta como pápulas y/o nódulos eritematosos, únicos o múltiples, algunos con costra necrótica y que usualmente desaparecen entre las 3 y 12 semanas. Los hallazgos histopatológicos son variables y se modifican de acuerdo con la antigüedad de la lesión. Conforme las lesiones evolucionan, existe una acumulación de linfocitos mezclados con células grandes atípicas que asemejan inmunoblastos, incluyendo formas multinucleadas similares a las células de Reed-Sternberg. Se han descrito diversos tipos histológicos de PL, sin embargo, la tipo A es la más frecuente representando más del 75% de los casos.6 El subtipo histológico no confiere implicaciones terapéuticas o pronósticas. El diagnóstico diferencial es amplio incluyendo enfermedades linfoproliferativas, inflamatorias o reactivas CD30+. La observación puede ser viable en algunos pacientes. En enfermedad limitada, los esteroides de alta potencia o intralesionales son eficaces. Existen diversas opciones terapéuticas para la enfermedad diseminada, entre ellos: fototerapia, metotrexate, brentuximab, entre otros.7 Ninguno de los tratamientos disponibles modifica la evolución natural de la PL ni reduce el riesgo para desarrollar linfoma. Conclusiones: Este caso es relevante al destacar la importancia de la correlación clinicopatológica dentro del abordaje de las enfermedades linfoproliferativas CD30+. Los hallazgos histológicos frecuentemente son insuficientes para distinguir estas patologías. Un diagnóstico preciso es fundamental ya que puede evitar tratamientos inapropiados y pronósticos erróneos.

768

Micosis fungoide con positividad dual

Irene Arévalo Ortega[1], Nekane Martínez Peña[1], Amaia de Mariscal Polo[1], Jose Manuel Oleaga Morante[1], Carla Valentí Ponsa[2], Rosa María Izu Belloso[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Introducción: La micosis fungoide (MF) es el linfoma cutáneo primario más frecuente, representando el 50% de todos los casos. El clon de linfocitos atípicos descrito clásicamente en la MF es CD4+, mientras que una pequeña parte de los pacientes presenta un fenotipo citotóxico CD8+. Sin embargo, en los últimos años se han documentado casos excepcionales de coexpresión de CD4 y CD8, aunque todavía no se conoce si dicho fenotipo pudiera implicar variaciones clínicas o pronósticas relevantes.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 56 años sin antecedentes personales de interés que consultó por una tumoración profunda de 8x8 cm en el muslo izquierdo de 4 meses de evolución. La biopsia evidenció un linfoma T cutáneo de fenotipo citotóxico (CD3+, CD4+/-, CD8-, CD30-, beta-F1- y TIA1+) y el TCR presentó reordenamiento clonal en la cadena delta, compatible con un linfoma cutáneo primario de células T gamma/delta (LCCT-GD), de pronóstico infausto. Con estos datos, fue tratado con radioterapia local, obteniéndose una respuesta completa. No obstante, 17 meses después presentó una recidiva local con aparición de una placa eritematosa e infiltrada sobre la lesión residual inicial. Un nuevo estudio histopatológico mostró un infiltrado CD3+, CD4+, CD8+, CD30-, beta-F1+ y TIA+, con reordenamiento positivo en la cadena beta, lo que, junto a la correlación clínica y curso favorable de las lesiones, sugirió el diagnóstico de una MF de fenotipo citotóxico.

Conclusiones: Como ocurrió en la primera biopsia de nuestro paciente, la MF temprana puede presentar un fenotipo CD4-/CD8+ o CD4-/CD8-. Sin embargo, la segunda biopsia presentó un fenotipo inusual, con coexpresión de CD4 y CD8, compatible con una MF citotóxica. Este linfoma se caracterizada por la presencia de múltiples placas no ulceradas o tumores solitarios en extremidades inferiores, con un pronóstico más favorable con respecto al LCCT-GD. El principal diagnóstico diferencial se estableció con un LCCT-GD, que cursa con múltiples tumores paniculitis-like ulcerados y diseminados, síntomas sistémicos, inmunofenotipo CD4-, CD8-, beta-F1- y CD56+, reordenamiento gamma/delta + y un pronóstico nefasto, con una supervivencia media de 15 meses. Este caso clínico se corresponde con una presentación inusual de una MF citotóxica, y tiene especial interés por presentar un inmunofenotipo excepcional, pocas veces recogido en la literatura médica. Con la exposición de este caso queremos subrayar la importancia de una correcta correlación clínico-patológica y estudiar la posible influencia de dicha expresión en el pronóstico de la enfermedad

773

Neoplasias malignas mucocutâneas anogenitais: estudo retrospetivo de 15 anos num Hospital Terciário

Catarina Correia[1], Luís Soares-de-Almeida[1], João Borges-Costa[1], Paulo Filipe[1]
[1]*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal*

Introdução: As neoplasias da região anogenital são comuns, mas o seu diagnóstico é frequentemente tardio. A infeção por HPV, a imunossupressão particularmente por infeção por VIH e o líquen escleroso têm um papel importante na sua etiopatogénese, particularmente no caso do carcinoma espinocelular (CEC), cuja incidência tem aumentado nos últimos anos.
Material e métodos: Estudo retrospetivo de 15 anos (2007-2021) num Hospital Terciário (Centro Hospitalar Lisboa Norte), que incluiu todos os doentes do género masculino submetidos a exame histopatológico por dermatoses da região anogenital, procedendo-se à caracterização detalhada dos doentes com neoplasias malignas desta área anatómica (tipos e proporção de cada neoplasia maligna, fatores predisponentes, tratamento e evolução).

Resultados: Durante este período realizaram-se 455 exames histopatológicos para diagnóstico de dermatoses da região anogenital. Destes diagnósticos, 35% (n=158/455) corresponderam a neoplasias. As neoplasias malignas da região anogenital corresponderam a 46% (n=72/158) das neoplasias e a 16% do total de diagnósticos estabelecidos. Destas neoplasias malignas, 83% (n=60/72) afetaram o pénis e 17% (n=12/72) acometeram o escroto. O CEC in situ e invasivo do pénis e escroto foi o diagnóstico mais frequente, representando 85% (n=61/72) destas neoplasias malignas. Relativamente aos fatores predisponentes, 18 doentes com CEC tinham infeção por HPV, 11 doentes (10 com CEC e 1 com Sarcoma de Kaposi) infeção por VIH e 3 doentes com CEC tinham infeção por hepatite B e C, respetivamente. Verificaram-se ainda como fatores predisponentes para CEC, a nível sistémico, a diabetes mellitus (n=3) e, localmente, o líquen escleroso (n=5), o líquen plano (n=1) e a fimose (n=1). O tratamento mais frequente de todas as neoplasias malignas foi a excisão (n=47/72; 65%). Relativamente ao CEC in situ, para além da excisão (n=12/31), realizou-se laser CO2 em 32% (n=10/31) dos casos e imiquimod combinado com crioterapia, curetagem ou laser CO2 em 5 casos. A maioria dos doentes com CEC invasivo foram submetidos a penectomia parcial (n=13/30; 43%) ou total (n=2/30; 6%) ou a excisão apenas da lesão (n=11/30; 37%). Quanto ao seguimento, verificou-se apenas recidiva em 5 casos de CEC in situ tratados com laser CO2/imiquimod (3 com evolução para CEC invasivo) e em 4 CEC invasivos submetidos a cirurgia. No entanto, destaca-se uma elevada taxa de abandono, por receio dos procedimentos ou perda de seguimento, devido a necessidade de referenciação para outros centros hospitalares, por falta de resposta intra-hospitalar atempada (n=31/72; 43%).

Discussão: Este estudo destaca a elevada prevalência do CEC da região anogenital, bem como a importância da infeção por HPV (presente em 30% dos CEC), da infeção por VIH (presente em 16% dos CEC) e do líquen escleroso (presente em 8% dos CEC) como importantes fatores de risco na etiopatogénese do CEC. Realça-se a importância da cirurgia nos casos de CEC in situ, verificando-se apenas recidiva dos CEC in situ submetidos a laser CO2/imiquimod. Por fim, a elevada taxa de abandono/perda de seguimento é preocupante, sendo urgente a criação de equipas multidisciplinares para uma correta gestão intra-hospitalar destas neoplasias.

820

Tumor de Buschke-Lowenstein en paciente HIV de difícil manejo

Marcela Rimoldi[1], Lucas Espejo[1], Esteban Anuch[1], Carolina Gonzàlez[1], María Laura Gubiani[1]
[1]Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

Introducción: el condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) es una patología poco frecuente, que se asocia a infección por virus del papiloma humano (VPH) por lo general subtipo 6 y 11. Los estados de inmunosupresión, entre ellos la infección por virus de inmunodeficiencia humana es un factor de riesgo significativo. Se caracteriza por ser un tumor de crecimiento lento con localización típica perineal y anorrectal de aspecto verrucoso exofitico gigante que destruye los tejidos en los que asientan, con tendencia a invadir en profundidad. Su transformación maligna puede llegar hasta el 50%. La opción terapéutica más adecuada es la escisión quirúrgica radical de las lesiones y reconstrucción plástica siempre que sea posible. Sin embargo, en el caso de lesión peneana e inguinales extensas debe valorarse ya que la resección amplia produce alteración en la capacidad funcional y estética.

Caso clínico: masculino de 46 años de edad B24x, en tratamiento con zidovudina 300 mg, lamivudina 150 mg, concurre a la consulta por presentar múltiples lesiones genitales asintomáticas de meses de evolución. Al examen físico se observa en región inguinal masas tumorales gigantes de superficie verrucosa. En región anal y uretral lesiones tumorales verrucosa y en prepucio mismas lesiones previamente descriptas acompañadas de lesiones bowenoide.
Se realiza TAC y RMN (tórax- abdomen – pelvis) con contraste donde se evidencian adenomegalias inguinales bilateral.
Colonoscopia: margen anal con presencia de condiloma acuminados, resto sin alteraciones.
Laboratorio CD4: 77, carga viral 194 / ml, hepatograma, función renal, sin alteraciones.
Se realiza interconsulta con el servicio de urología para tratamiento quirúrgico en el cual se decide postoplastia y escisión de lesiones de piel con múltiples tomas para estudio anatomopatológico que informan condilomas acuminados.
Por la gran extensión inguinal y la imposibilidad de realizar escisión radical, se comienza con acitretin 10 mg / día, previo a su indicación se realiza interconsulta con el servicio de infectología dado su hepatoxicidad por lo que se decide rotar medicación antiretroviral a dolutegravir 50 mg, emtricitabine 200 mg / tenofovir 300 mg. Con buena tolerancia a la medicación, sin alteración en el laboratorio, se decidió aumentar acitretin a 25 mg dia. Actualmente, las lesiones se produjo una reducción considerable de las mismas a los 3 meses de tratamiento.

Conclusión: presentamos un caso de un paciente con inmunodeficiencia humana adquirida con diagnostico de TBL que por su gran extensión y la imposibilidad de realizar una resección radical de las lesiones se decide comenzar posterior al acto quirúrgico con acitretin. La acitretin es un fármaco derivado del ácido retinoico que actúa modulando la proliferación de los queratinocitos epidérmicos utilizados en casos recalcitrantes para inhibir el crecimiento de la lesión, inclusive existe reportes de casos con remisión completa.

821

Sarcoma de Kaposi hiperqueratósico semejando micetoma y elefantiasis nostra verrucosa en un paciente viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana

Raúl Eduardo Pérez Meléndez[1], Mónica Fernández Sánchez[2], Santiago Ávila Rios[2]
[1]*Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición "Salvador Zubirán", Ciudad de México, México,*
[2]*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas", Ciudad de México, México*

Introducción
El sarcoma de Kaposi (SK) es un desorden angioproliferativo causado por el virus herpes humano 8 (VHH-8) con una alta prevalencia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (SK epidémico). Las lesiones afectan cualquier parte de la piel y mucosas, frecuentemente presentando lesiones en miembros inferiores presentando diferentes morfologías, tamaños y colores, en ocasiones asociándose a linfedema regional extenso. Existen múltiples descripciones de presentaciones atípicas de SK cutáneo incluyendo lesiones similares a linfangioma, sin embargo es infrecuente que se presente elefantasis nostra verrucosa como secuela de este padecimiento. Además, la similitud del cuadro con un micetoma es una presentación atípica e infrecuente.

Reporte de caso
Hombre de 41 años con diagnóstico de VIH en tratamiento con efavirenz, emtricitabina y tenofovir acudió a valoración al servicio de Dermatología presentando una dermatosis unilateral y asimétrica, diseminada a región inguinal y extremidad derecha caracterizada por neoformaciones eritematoviolaceas confluentes, con costras amarillentas mielicéricas suprayacentes, dolorosas, asociadas a secreción fétida purulenta y edema local. Se realizó una biopsia de piel reportada como sarcoma de Kaposi, así como el aislamiento microbiológico de Candida krusei, Escherichia coli y Enterococcus spp. Durante su abordaje diagnóstico se descartó infiltración visceral o ganglionar, y se documentó un conteo de células CD4+ en 47 células/µL y una carga viral de 322,675 copias/ml. El paciente recibió tratamiento antibiótico sistémico y siete ciclos de quimioterapia con vincristina y bleomicina con remisión completa de la dermatosis presentando elefantiasis nostra verrucosa como secuela.

Conclusiones
El sarcoma de Kaposi se presenta frecuentemente afectando a miembros inferiores y se ha descrito su asociación con el desarrollo linfedema regional sin embargo, esta presentación es infrecuente. Las lesiones similares a linfedema crónico semejando un micetoma en SK asociadas a elefantasis nostra verrucosa como secuela representa una presentación inusual a pesar de la alta prevalencia de este padecimiento en esta población. Las variantes hiperqueratósicas son infrecuentes y se presentan como neoformaciones coalescentes formando placas de aspecto verrugoso en patrón en empedrado. En nuestro paciente, la presencia de neoformaciones en un miembro inferior asociado a drenaje purulento y su morfología destructiva cutánea y subcutánea con una evolución lenta progresiva sugirió el diagnóstico de un micetoma el cual se descartó por histopatología. Tanto el linfedema como la elefantasis nostra verrucosa son secundarias a la obstrucción del sistema linfático, infiltración ganglionar y presencia de citocinas inflamatorias que pueden llevar a la deformación corporal en sitios dependientes, con un incremento del riesgo de desarrollo de linfangitis e infecciones cutáneas secundarias. Además, se ha descrito la hipótesis de la asociación de linfedema con la proliferación endotelial inducida por VHH-8 en el contexto de SK. Este caso se trata de una presentación inusual a considerar como diagnóstico diferencial en el contexto de la población creciente de pacientes con VIH especialmente en un país con alta incidencia de micetoma como es México.

842

Nódulos cutáneos cíclicos: La endometriosis cutánea

Daniel Orellana[1], Denise Miyamoto[1], Maria Cecilia Rivitti - Machado[1], Marcella Soares - Pincelli[1]
[1]*Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil*

Introducción
La endometriosis es una entidad ginecológica común en mujeres de edad reproductiva y menos frecuente en posmenopáusicas. Se identifica como endometriosis, la presencia de tejido glandular endometrial y estromal en localizaciones externas a la cavidad uterina. Ocurre con mayor frecuencia en los ovarios, intestino (septo rectovaginal) y peritoneo pélvico.
La endometriosis cutánea es una presentación poco común, representa menos de 1% de los casos de endometriosis. No se conoce bien sobre la patogénesis de la endometriosis cutánea primaria y se cree que la endometriosis cutánea secundaria ocurre posterior a cirugías abdominales o pélvicas, por ejemplo, en las cesáreas. La localización mas frecuente de la endometriosis cutánea secundaria es sobre cicatrices de cirugías abdominales abiertas o laparoscópicas previas, y en la endometriosis cutánea primaria, sin historia de cirugía previa, es mas frecuente en el ombligo, entidad también conocida como nódulos de Villar.
Presentamos dos casos clínicos de endometriosis cutánea, aunque sea una entidad rara, puede imitar otras patologías mas frecuentes como queloides, dermatofibromas y metástasis de otros tumores.

Caso Clínico 1
Paciente de 29 años, presentó una tumoración que había surgido hace 4 años, caracterizada por ser endurecida, de color acastañada, adherida a planos profundos y doloroso a la palpación, localizada sobre la cicatriz de cesárea en la región pubiana. Se realizo biopsia para anatomopatológico con hipótesis diagnostica de cicatriz queloide. El resultado anatomopatológico fue compatible con endometriosis con patrones glandular y estromal. Fue solicitado evaluación con el servicio de ginecología para acompañamiento y tratamiento. La paciente fue sometida a cirugía por videolaparoscopía.

Caso Clínico 2
Paciente de 44 años consultó en el servicio con cuadro clínico de 3 meses de evolución, caracterizado por presentar lesiones nodulares acastañadas y violáceas, de consistencia endurecida y dolorosas a la palpación, de aproximadamente 1cm de diámetro, localizadas en el ombligo. Fue solicitado en primer lugar una resonancia magnética para ver el nivel de invasión de dichas lesiones nodulares, y posterior fue realizado una biopsia de una lesión nodular para su estudio anatomopatológico con hipótesis diagnosticas de endometriosis umbilical, nódulo metastático (Hermana Ma. José), lesión vascular e hiperplasia angiolinfoide eosinofílica. La RNM reporto un nódulo solido heterogéneo localizado en la región subcutánea de la cicatriz umbilical, con ausencia de herniaciones o anomalías de trayecto uracal. El resultado anatomopatológico fue compatible con endometriosis. La paciente fue encaminada al servicio de ginecología. Aguarda evaluación para seguimiento y tratamiento.

Conclusiones
La endometriosis cutánea es un desorden raro que aparece con mayor frecuencia en las mujeres de edad fértil, muchas veces de difícil diagnostico para el medico dermatólogo, ya que los cuadros clínicos son poco específicos, además de ser principalmente una patología ginecológica. Los médicos generales y médicos dermatólogos, deben sospechar de endometriosis cutánea, en pacientes con lesiones nodulares acastañadas, dolorosas durante el ciclo menstrual y con antecedentes de cirugías abdominales o pélvicas (ej. cesáreas). Es necesario realizar biopsia en este tipo de lesiones, para descartar otro tipo de neoplasias malignas, como dermatofibrosarcoma protuberans y nódulo de Hermana María José (neoplasia intraabdominal diseminada).

843

Síndrome de Gorlin-Goltz: descripción de un caso clínico representativo por sus manifestaciones clínicas y diagnosticas

Maria Gracia Lituma Puga[1], Omar Lupi Da Rosa Santos[1], Curt Mafra Treu[1], Lisseth Carolina Mosquera Castro[1], Maria Belen Mendoza Macias[1]
[1]Policlinica Geral Do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

Introducción
Síndrome de Gorlin-Goltz o Síndrome Carcinoma Basocelular Nevoide, es un trastorno multisistémico infrecuente de herencia autosómica dominante, localizada en el cromosoma 9q22.3-q31 con alteración en el gen supresor tumoral PTCH1. Fue descrita por primera vez por Jarish y White en 1894, quienes relataron las primeras manifestaciones destacando la presencia de múltiples carcinomas basocelulares. Ya en 1960 Robert J. Gorlin y Robert W. Goltz establecieron características propias del síndrome como desarrollo de queratoquistes odontogénicos, malformaciones esqueléticas, carcinomas basocelulares múltiples y recurrentes. Se estima que la prevalencia es de aproximadamente 1 en 40.000 a 60.000 habitantes, sin predilección por sexo y con predominio en raza blanca.
Kimonis et al, (1997) determinaron criterios diagnósticos. Son necesarios dos criterios mayores, o uno mayor y dos menores, para confirmar el síndrome.
El motivo de la presentación es la descripción de un síndrome poco frecuente en la literatura científica, cuyas características definidas pueden corroborar el diagnóstico preciso, direccionar terapéuticas adecuadas y alertar sobre la necesidad del seguimiento clínico periódico.

Caso clínico
Paciente de sexo femenino, de 46 años de edad, sin comorbilidades, acude al Servicio de Dermatología de la Policlínica Geral do Rio de Janeiro, refiriendo desde los 16 años surgimiento de múltiples lesiones papulo-nodulares pigmentadas, no pruriginosas, no descamativas y de tamaños variados en rostro con progresión a región cervical y tórax anterior; presentó ocho informes anatomopatológicos previos, compatibles con carcinomas basocelulares de varios tipos: tres de tipo adenoide, tres de tipo adenoide pigmentado, dos de tipo nodular, realizadas en otras instituciones.
Al examen físico actual se observan dos lesiones nodulares y una lesión papulosa pigmentada en rostro, hipertelorismo ocular, puente nasal ancho, mal posición dentaria, micrognatia, cifosis dorsal, depresiones puntiformes (¨pittings¨) palmo-plantares, deformidades osteoarticulares en miembros inferiores y cicatrices en rostro, cuello y tórax debido a cirugías previas. Se realizaron exámenes de imágenes para investigación de posibles alteraciones en cráneo, tórax y extremidades, compatibles con algunos criterios diagnósticos. En la tomografía computarizada de cráneo se evidenció calcificaciones en la hoz del cerebro, en la radiografía panorámica se observó imágenes radiolúcidas multilobulares bien delimitadas en zona de ápices y en ramo mandibular, sugestivas de queratoquistes odontogénicos. Para las lesiones cutáneas en rostro se optó por biopsia excisional más anatomopatológico con resultados de carcinoma basocelular nodular y pigmentado. Basado en los hallazgos clínicos, imagenológicos, histológicos, y cumpliendo con los criterios diagnósticos se determinó como Síndrome de Gorlin-Goltz.

Conclusiones
Aunque el Síndrome de Gorlin-Goltz es una presentación inusual en la práctica diaria, es de vital importancia la realización de una completa historia clínica, basada en criterios diagnósticos. Desde un punto de vista pronóstico, el diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para reducir secuelas a largo plazo. Es indispensable la cooperación médica interdisciplinaria, sin embargo, el dermatólogo puede ser el contacto inicial en la identificación de lesiones cutáneas propias del síndrome. Por ser de transmisión autosómica dominante, implica la necesidad de asesoramiento genético a familiares de primer grado de consanguinidad.

847

Metástasis cutáneas de adenocarcinoma tipo gastrointestinal alto

Laura Gabriela Conde Vásquez[1], Ambar Suero Romero[1], Angel Taveras[1], Maria Isa Pimentel[1], Manuel Cochón Aranda[1], Bertha Saleta[1], Fernanda Nanita de Estévez[1]
[1]Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Huberto Bogaert Diaz", Santo Domingo, Rep. Dominicana

Introducción
Las metástasis cutáneas de neoplasias malignas viscerales son infrecuentes, presentándose en un 0.7-9% de todos los pacientes con cáncer, e indican un estado avanzado de enfermedad. La mayor parte ocurre de forma posterior al diagnóstico del tumor primario, en menor proporción de forma coincidente, y solo en un 2-3% de los casos lo preceden. Las localizaciones primarias identificadas en autopsia más frecuentes son pulmón, tracto gastrointestinal alto y renal.

Caso clínico
Masculino de 66 años, fototipo IV, agricultor, con lesiones diseminadas a cabeza, tronco y extremidades, de 4 meses de evolución, dolorosas. Antecedente conocido de cromomicosis afectando miembros inferiores de 13 años de diagnóstico, tratada.
Al examen físico: neoformaciones redondeadas, nodulares, con centro ulcerado en cuero cabelludo, proptosis de globo ocular izquierdo, adenopatías cervicales palpables. En tronco y extremidades: nódulos firmes de tamaños variables. En extremidades inferiores presenta placas hiperpigmentadas de aspecto verrucoso. Evaluación oftalmológica sugerente de metástasis orbitaria de tumor de origen primario desconocido.
Estudios de laboratorio: anemia normocítica normocrómica leve, sangre oculta en orina, glicemia basal, AST, y fosfatasa alcalina elevados. Estudios de imagen: resonancia magnética de órbita y cráneo que reportan proceso expansivo de órbita izquierda asociada a proptosis e imágenes nodulares de partes blandas en cráneo y región cervical. Estudio histopatológico: proliferación de estructuras glandulares, con figuras de mitosis atípicas y abundante material de aspecto mucinoso. Inmunohistoquímica: perfil de células tumorales CK7+ y CK20-, positivo también para CDX2 lo que apoya el diagnóstico adenocarcinoma metastásico de tipo gastrointestinal alto/pancreático-biliar. Desafortunadamente paciente fallece previo a conclusión diagnóstica, sin poderse determinar origen de tumor primario.

Conclusiones
La piel es una localización infrecuente para metástasis de tumores viscerales; y por lo general su fuente primaria ya ha sido identificada al momento de su aparición. Se describe un caso excepcional de metástasis cutánea de adenocarcinoma de tracto gastrointestinal alto, de rápida evolución, en paciente con antecedente de cromomicosis, sin historia de neoplasia interna conocida.

876

Melanoma en pabellón auricular de diagnóstico tardío: a propósito de un caso

Noelia Santivañez Santander[1], Lourdes Balderrama Encinas[1], Josefina Tolomei[1], Valeria Taboada[1], Andrea Giuliani[1], Mónica Carrascosa[2], Ramiro Dini[3]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Central de San Isidro Melchor Ángel Posse, Buenos Aires, Argentina, [2]Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Central de San Isidro Melchor Ángel Posse, Buenos Aires, Argentina, [3]Servicio de Oncología, Hospital Central de San Isidro Melchor Ángel Posse, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El melanoma maligno cutáneo es menos frecuente que otros cánceres de piel, pero tiene un carácter invasivo, con una alta morbilidad y mortalidad, la incidencia ha aumentado notablemente en las últimas cinco décadas principalmente en población caucásica, una parte del incremento puede deberse al aumento de la vigilancia y la detección temprana; el diagnóstico precoz mejora significativamente la supervivencia.
El pabellón auricular representa una localización poco frecuente de melanoma primario. Factores de mal pronóstico en estos tumores incluyen diagnóstico tardío por localización profunda y gran tendencia a generar metástasis, debido al delgado epitelio y a la corta distancia entre el tumor y el drenaje linfático de la región.
La detección precoz es de suma importancia para la supervivencia del paciente.
Se presenta un caso clínico de melanoma maligno cuyo diagnóstico positivo se realizó a través del interrogatorio y el examen físico dermatológico corroborando con el estudio histopatológico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 75 años de edad, jardinero, fototipo cutáneo III, con antecedentes personales de hipertensión arterial e hiperplasia prostática benigna, que consulta al servicio de dermatología de nuestro hospital, por presentar lesión localizada en pabellón auricular derecho con sangrado espontáneo, al examen físico se evidencia, tumoración rosada, irregular de superficie ulcerada, friable, sangrante de aproximadamente 3 por 2,5 cm, asintomática que empezó a crecer hace un año sobre lesión pigmentaria previa. Sin adenomegalias palpables al momento de examen físico.
Por sospecha de Melanoma, se derivó al servicio de cirugía plástica, donde se realizó exéresis total de la lesión tumoral y estudio histopatológico que resultó en melanoma maligno nodular en fase de crecimiento vertical, que infiltra dermis papilar y reticular: nivel de Clark IV, cartílago auricular indemne. Espesor lesional, según Breslow de 9 mm, superficie epidérmica ulcerada, celularidad epitelioide, infiltrado linfoide peritumoral moderado, no se identificaron embolias linfáticas neoplásicas, compromiso perineural, ni áreas de regresión. Márgenes quirúrgicos libres de neoplasia.
Se realizaron estudios complementarios para su estadificación, entre ellos laboratorios con LDH sin alteraciones, ecografía cervical, que reportó en el lado derecho imágenes sólidas compatibles con adenopatías de las cuales solo tres miden más de 10 mm.
En el reporte de tomografía de cerebro, cuello, tórax, abdomen y pelvis con y sin contraste, no se observan imágenes sugestivas de adenomegalias.
Se unifica el manejo del caso en conjunto con el servicio de cirugía de cabeza y cuello y oncología, dependiendo del reporte del PET/TC, para iniciar la terapéutica adecuada para nuestro paciente.

Conclusiones:
Informar a la población las estrategias de prevención primaria de melanoma mediante la exposición solar segura. Es fundamental, realizar exámenes dermatológicos completos de manera periódica, médicos y pacientes deben estar atentos a las lesiones aplicando los criterios ABCDE con ayuda de dermatoscopia y biopsia en casos altamente sugestivos, ya que la identificación temprana es decisiva.
Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.

882

Papuloeritrodermia de Ofuji como primera manifestación de Micosis Fungoide Foliculotrópica, a propósito de un caso clínico

Katherine Augusta Saji Rondan[1], Alex Ventura León[2]
[1]Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú, [2]Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción: Se elige caso clínico por ser inédito y muy poco frecuente en nuestra región. Logra mostrar la importancia de las relaciones de dermatosis reactivas y otras entidades neoplásicas a lo largo del tiempo.

Caso Clínico:
Mujer de 55 años de edad natural de Cusco, procedente de Lima – Perú, sin antecedentes de importancia, presenta cuadro en marzo 2020 caracterizado por pápulas eritematosas pruriginosas que confluyen inicialmente en miembros inferiores, con diseminación posterior a tórax anterior respetando pliegues cutáneos. Es evaluada por médico particular quien indica inicio de corticoterapia (prednisona 1mg/kg/d con posterior desescalamiento), con remisión parcial. En junio 2020, aparición de nuevo brote de lesiones descritas con diseminación a región abdominal, palmas, plantas y tronco asociado a hipereosinofilia (25-30%), Inmunoglobulina E con valores elevados y resultados histológicos de biopsias de piel compatibles con dermatitis espongiotica subaguda. Con los datos clínicos, histológicos y analíticos se llegó al diagnóstico de papuloeritrodermia de Ofuji por lo que continúa siendo tratada con antihistamínicos anti H1 y H2 (clorfenamina, ketotifeno, ranitidina) y corticoides con respuesta favorable a medicación, quedan de manera residual manchas hipercrómicas postinflamatorias en más del 50% de superficie corporal, madarosis y pérdida de vellos corporales. Se decidió suspensión de corticoides de octubre 2020 a enero 2021. Por motivos familiares decide viaje en febrero 2021, donde se da aparición de tercer brote de eritrodermia y lesiones papulo – nodulares acompañadas de sensación febril requiriendo hospitalización por un mes por complicaciones de anemia severa por aparente hemorragia digestiva baja requiriendo transfusión sanguínea y tratamiento antibiótico por bacteriemia por Stafilococo aureus MRSA con uso de vancomicina por 14 días. Decide retornar a Lima siendo ingresada nuevamente a clínica particular en marzo 2021, por exacerbación del cuadro dermatológico se decide inicio de pulsos con MTP 1g/d por 3 días con remisión aparente de lesiones dérmicas, disminución de eosinofilia pero con IgE en valores aún altos (29 000UI), continúa con manejo ambulatorio con prednisona con desescalamiento posterior hasta retiro completo. Diez días después de suspensión de corticoterapia nuevo cuadro de melanoeritrodermia acompañado de lesiones papulo – nodulares infiltradas y pústulas asociado a prurito intenso. Se realizan múltiples exámenes por hematología (lámina periférica, citometria de flujo, biopsia y aspirado de medula ósea) los cuales fueron negativos. Nuevas biopsias cutáneas compatibles con linfoma de células T resaltando una población linfoide de aspecto monoclonal con CD4+ con escasas células grandes (menos del 5%) y presencia de mucina perifolicular. Con dichos hallazgos se hace diagnóstico de Papuloeritrodermia de Ofuji asociada a micosis fungoide variante foliculotropica con indicaciones de uso de metotrexato 20mg/semanal subcutáneo, bilastina 20mg cada 6h por vía oral y terapia PUVA 3 veces por semana hasta el momento de la presentación del cuadro clínico con hipereosinofilia, disminución del prurito e hiperpigmentación residual postinflamatoria de más del 70 % de superficie corporal.

Conclusión:
Se resalta la dificultad diagnóstica de las dermatosis reactivas y las enfermedades linfomatosas de presentación cutánea. El estrecho seguimiento del caso ayuda a tener un mejor tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

884

Leucemia/linfoma de células T del adulto asociado a infección por el virus linfotrópico humano tipo I: una presentación severa de la enfermedad

Melissa Isaza Sánchez[1], Sara Isabel Vanegas Arciniegas[1], Claudia Juliana Díaz Gómez[1]
[1]*Universidad Del Valle, Cali, Colombia*

Introducción: la leucemia/linfoma de células T del adulto es una neoplasia maligna de baja incidencia y alta agresividad, secundaria a la infección por el virus linfotrópico humano tipo I (HTLV I), un retrovirus tipo C considerado endémico en algunas zonas como el pacífico colombiano con una incidencia menor al 5% siendo asintomáticos el 90%. Con una presentación variable y afección en diferentes sistemas como hematológico, neurológico, cutáneo entre otros. Todo lo anterior lleva a un desconocimiento de la enfermedad y retardos en el diagnóstico, afectando la sobrevida de los pacientes. A continuación presentamos un caso clínico con evolución crónica y manifestaciones severas de la enfermedad.

Caso clínico: Hombre de 48 años, procedente de área rural del pacífico colombiano, pescador de profesión, sin antecedentes patológicos relevantes. Valorado por dermatología con cuadro clínico de 2 años de evolución consistente en aparición de nódulos que inician en zona axilar bilateral con posterior crecimiento de estos hasta presentar tumores eritematosos algunos ulcerados en tronco, espalda y extremidades, asociado a sangrado ocasional y dolor de estos, sin síntomas constitucionales. Los hallazgos al examen físico son un paciente fototipo VI con xerodermia generalizada y descamación marcada. En axilas, flanco derecho, fosa iliaca derecha, flanco izquierdo y cara interna de ambos muslos presenta múltiples nódulos y tumoraciones desde 2 x 2 cm hasta 10 x 10 cm, de consistencia leñosa. Los estudios solicitados mostraron perfil hepático y renal sin alteraciones, hemograma con anemia moderada y perfil carencial negativo, HTLV1 positivo, VIH, serología y virus hepatotropos negativos; Estudio histopatológico e inmunohistoquimica de la piel del tórax y de un nódulo del brazo y citometría de flujo que reportó proliferación linfoide de aspecto neoplásico sugestiva de leucemia/linfoma de células T del adulto con inmunofenotipo aberrante CD45+, CD2+, CD3+, CD4+, CD25+, CD5- CD7- CD8- descotándose compromiso de médula ósea, junto con la serología para HTLV 1 positivo se hace el diagnóstico de leucemia/linfoma de células T del adulto iniciándose manejo con zidovudina y protocolo LSG15 (vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina, prednisona, carmustina, vinorelbina, carboplatino, etoposido, pegfilgrastim) por parte de oncología con disminución en el tamaño de las lesiones y estabilidad de las líneas hematológicas, sin desarrollar síndrome de lisis tumoral desde el primer ciclo.

Conclusión: la leucemia/linfoma de células T del adulto es una enfermedad linfoproliferatiba con una baja incidencia y gran diversidad en la presentación clínica, convirtiéndose en un reto diagnóstico que requiere de una alta sospecha clínica y conocimientos de la epidemiología local, con el fin de evitar retrasos en el diagnóstico y asegurar un tratamiento oportuno disminuyendo la morbimortalidad de estos paciente. Con el presente caso se puede evidenciar un retardo en el diagnóstico de 2 años, llevando a una presentación extensa y severa de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

885

Leucemia agresiva de células NK (Epstein Barr +) con leucemia cutis (similar a eritema figurado con patrón policíclico) en un paciente con enfermedad renal crónica

Norma Isabel Matute Salazar[1], Manuel Del Solar Chacaltana[1], Francisco Bravo Puccio[1], Martín Salomón Neira[1], Karina Feria Saldaña[1], César Ramos Aguilar[1], Brunella Raymundo Villalva[1]
[1]Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú

Introducción:
El compromiso cutáneo secundario a leucemia agresiva de células Natural Killer es muy infrecuente habiendo escasos reportes de casos publicados en la literatura.

Caso clínico:
Varón de 43 años que desde hace 1 año presentaba enfermedad renal crónica sin etiología conocida, 10 meses antes fue hospitalizado por infección por SARS – CoV – 2 presentando insuficiencia respiratoria y lesión renal aguda sobreagregada a la enfermedad renal crónica con necesidad de 8 sesiones de hemodiálisis que luego fueron suspendidas por recuperación parcial de función renal.
Hace 3 meses presentaba sensación de alza térmica, sudoraciones nocturnas, 3 semanas antes se agregaron lesiones dérmicas dolorosas en rostro que luego se distribuyeron a tórax y extremidades superiores, por lo que fue admitido en nuestro hospital. Además, refería disminución de 12 kilos en 1 año y orinas espumosas.
Al examen físico del ingreso, las funciones vitales se encontraban estables; en piel a nivel de frente, mejilla derecha, punta nasal, tórax anterosuperior, tórax posterior y área extensora de extremidades superiores presentaba placas eritematosas infiltradas sin cambios epidérmicos similares a eritema figurado con patrón policíclico. Así mismo, hepatoesplenomegalia, edema bipalpebral y pedio, no se palparon adenomegalias.
En los exámenes auxiliares realizados destacaba una linfocitosis persistente (mayor a 5000) desde hacía 10 meses, además presentaba proteinuria nefrótica, azoemia, fosfatasa alcalina y LDH elevados. Se solicitó perfil de autoinmunidad y serología para HIV, Hepatitis B y C, VRDL, HTLV-1, los cuales fueron negativos. En la ecografía se evidenció hepatoesplenomegalia.
Por el compromiso dérmico se realizaron dos biopsias tipo punch de una de las placas de cara y tórax encontrando infiltrado perivascular, perianexial y perineural conformado por linfocitos medianos y grandes con hipercromasia nuclear y aspecto pleomórfico. La inmunohistoquímica reveló CD56 +, Granzima b +, CD3 +, Ki-67 en 40%. La hibridización in situ cromogénica (CISH) para EBER de la biopsia de piel fue positiva además la carga viral para Epstein Barr fue de 287 100 copias/mL de plasma.
Por el compromiso hematológico, se realizó estudio de lámina periférica encontrando linfocitosis a predominio de linfocitos grandes granulares, además en la citometría de flujo de sangre periférica se observó proliferación clonal de células NK neoplásicas que representaban 60.61% de la celularidad total concluyendo que se trataba de una neoplasia de células NK maduras, sugestiva de leucemia agresiva de células NK.
Ante el compromiso renal caracterizado por enfermedad renal crónica y proteinuria nefrótica se catalogó como una glomerulonefritis paraneoplásica secundaria a la neoplasia hematológica; por otro lado, la función renal también habría sido deteriorada por la infección por SARS – CoV – 2, estos dos factores habrían ocasionado que el paciente progresivamente presente una enfermedad renal crónica terminal con necesidad de reinicio de terapia dialítica en la actual hospitalización.
Durante la hospitalización el paciente evolucionó desfavorablemente, presentando una neumonía intrahospitalaria que conllevó a su fallecimiento.

Conclusiones:
Ante lesiones cutáneas similares a eritema figurado con patrón policíclico y linfocitosis persistente se debería plantear como posibilidad diagnóstica una leucemia cutis secundaria a leucemia agresiva de células NK.

No existe conflicto de interés.

917

Linfoma primario cutáneo acral de células T CD8 positivo, excelente respuesta a tratamiento intralesional

Melisa Altavista[1], Esteban Maronna[1], Matias Maskin[1]
[1]*CEMIC, CABA, Argentina*

Introducción
El linfoma primario cutáneo acral de células T CD8 positivo (LTC acral CD8+) es un proceso linfoproliferativo cutáneo de linfocitos T con características particulares. Se destaca por ser una entidad infrecuente y recientemente descrita, que se presenta con nódulos únicos o múltiples confinados, de forma típica, a la piel de zonas acrales del cuerpo. Debido a su baja frecuencia, no hay un tratamiento estandarizado para esta enfermedad.

Caso clínico
Presentamos el caso de una mujer de 77 años que consulta por tumores violáceos de 0,5-1 cm de diámetro, localizados en hallux y tercer dedo del pie derecho, de 6 meses de evolución aproximadamente. Se realizó biopsia incisional de la lesión en el tercer dedo del pie derecho. Los cortes histológicos mostraron la presencia de nidos de células con núcleos hendidos y escaso citoplasma localizados en la epidermis, mientras que en dermis superficial y profunda se observó infiltración difusa por células con las mismas características morfológicas. Las células linfoides atípicas fueron reactivas por técnicas de inmunohistoquímica para CD3, CD5, CD45 y CD8. Se realizaron estudios de estadificación, que incluyeron un laboratorio y una tomografía computarizada por emisión de positrones, que resultaron normales.

Se interpretó el cuadro como un linfoma primario cutáneo acral de células T CD8 positivo. Se indicó tratamiento con triamcinolona intralesional en una concentración de 3 mg/ ml. Se realizaron 2 aplicaciones mensuales consecutivas de 12 mg cada una, con lo que se logró resolución completa de las lesiones, sin mediar efectos adversos asociados a la medicación. En la actualidad, 3 meses después del inicio del tratamiento, la paciente no presenta lesiones nuevas.

Conclusiones
El LTC acral CD8+ presenta cualidades clínicas e histopatológicas singulares. A diferencia de otros linfomas, se caracteriza por evolucionar de forma indolente y la diseminación a sitios extracutaneos es excepcional. El reconocimiento de esta entidad es importante a fines de evitar un tratamiento innecesariamente agresivo y con potenciales secuelas para estos pacientes. Además, se destaca la excelente respuesta a la terapia instaurada, lo cual nos ofrece una herramienta terapéutica para el manejo de esta enfermedad.

935

Prevalencia de carcinoma de células de Merkel en el Hospital General Doctor Manuel Gea González de la Ciudad de México

Luzma Kareena Jiménez León[1], María Fernanda Ortega Springall[2], María Elisa Vega Memije[2], Venecia Landini Enriquez[2]
[1]Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, México, [2]Hospital General "Doctor Manuel Gea González", Ciudad de México, México

Introducción
El carcinoma de células de Merkel es un tumor neuroendocrino muy poco frecuente de rápido crecimiento que generalmente está ubicado en la unión dermoepidérmica. La incidencia de Estados Unidos de América es de 0.6 casos por cada 100,000 habitantes por año. La incidencia en Latinoamérica se desconoce actualmente.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, en el que se analizaron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma de células de Merkel del archivo del departamento de Dermatopatología del periodo de enero 1995 a diciembre de 2020. Se registró el sexo, la edad de los pacientes, la topografía, características clínicas, diagnóstico clínico de envío, tiempo de evolución y el resultado del reporte histopatológico.

Resultados
Se obtuvieron 5 casos con diagnóstico histopatológico de carcinoma de células de Merkel. De éstos, cuatro eran del sexo femenino. El rango de edad fueron 66 y 88 años (promedio 76 años) y el tiempo de evolución de las lesiones fue entre 2 y 12 meses. La localización más frecuente fue la mejilla (4/5 casos), el otro caso se presentó en glúteo derecho. Tres lesiones se presentaron como neoformaciones de aspecto nodular, bien delimitadas, eritematosas con superficie lisa. Una lesión presentaba costra serohemática central y otra era una neoformación exofítica, mal delimitada, pétrea, con bordes irregulares, adherida a planos profundos, con úlcera central de 4cm. El diámetro de las lesiones varió desde 2cm (n=2) hasta 15cm (n=1).
Los diagnósticos de envío incluían: carcinoma de células de Merkel (n=2), sarcoma de partes blandas (n=2), tumor de anexos (n=2), carcinoma sebáceo (n=1), linfoma cutáneo (n=1), carcinoma basocelular nodular (n=1). En todos los casos el hallazgo histopatológico fue infiltrado dérmico de células pequeñas redondas uniformes positivas para CK20 compatible con carcinoma de células de Merkel. Las neoformaciones tuvieron afección dérmica en 3 de los casos, y hasta tejido celular subcutáneo en 2 casos, ninguno de ellos presentó involucro epidérmico, las cuales estaban compuesta por células basofílicas pequeñas, con núcleos grandes ovalados e hipercromáticos, con escaso citoplasma, dispuestas en mantos, formando un patrón trabecular o sólido, expresando un patrón paranuclear positivo para CK20.

Conclusión.
El carcinoma de células de Merkel es un tumor raro que representa menos del 2% de todos los tumores cutáneos malignos a nivel mundial. En la casuística de nuestra institución, de 1995 a 2020 se reportaron en total 5,046 casos de tumores epidérmicos malignos (660 casos de Melanoma, 3280 casos de Carcinoma basocelular, 1106 casos de carcinoma epidermoide) y tan sólo 5 casos de carcinoma de células de Merkel.
El diagnóstico definitivo se obtiene con estudio histopatológico e inmunohistoquímica. El estudio inmunohistoquímico complementa al histológico, la enolasa neuroespecífica es el marcador más constante (60-100%). Las células tumorales tienen propiedades inmunorreactivas epiteliales en primer lugar: citoqueratinas epiteliales simples 7, 8, 18, 19 y especialmente positivas en el 97% de los casos, característicamente en forma de acumulaciones paranucleares, 9,10 así como expresión de neurofilamento de cromogranina y TTF -1 (factor de transcripción tiroideo 1).
Los autores declaran no tener conflictos de interés.

941

Carcinoma cutáneo primario de glándula apocrina: primer caso reportado en México

Shelley Ashley Rodríguez León[1], Juan Daniel Aguirre González[1], Iraida Guadalupe Mesa Garza[1]
[1]Instituto Mexicano Del Seguro Social, Monterrey, México

El carcinoma apocrino primario de glándula sudorípara es una neoplasia extremadamente rara, con pocos casos reportados en la literatura mundial. Tiene una incidencia de 0.0049 a 0.0173 casos por 100,000 personas al año. Comparte marcadores de inmunohistoquímica con carcinomas metastásicos, especialmente cáncer de mama, ya que ambos provienen del ectodermo. Se caracteriza por crecimiento lento, la edad media de los presentación es alrededor de los 67 años, sin preferencia de sexo. Los sitios topográficos principales son axilas y piel cabelluda. El tratamiento recomendado consiste en resección local amplia con márgenes de 1 a 2 cm y linfadenectomía regional si se detectan ganglios positivos.
Se presenta un caso de carcinoma apocrino primario de glándula sudorípara, inicialmente informado como metástasis de cáncer de mama.

Femenino de 66 años, antecedente de insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y obesidad mórbida. Presenta dermatosis localizada a piel cabelluda en región temporal derecha, constituida por neoformación nodular de 2 x 2 cm, superficie lisa, coloración rosada-amarillenta, crecimiento lento, acompañada de disestesias y sangrado, de dos años de evolución. Se realiza biopsia incisional que reportó neoplasia epitelial con patrón ductal y papilar y apocrino de difícil clasificación. Los estudios de inmunohistoquímica fueron positivos para CK7, GATA-3, receptores de estrógenos y progesterona 100% +++, receptores de andrógenos ++, y negativos para TTF-1 y HER-2/neu, Ki67 <15%. Se sugirió diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, probable primario de mama. Los estudios practicados –marcadores tumorales (CA 19.9, CA 125, CA 15-3, antígeno carcinoembrionario) mastografía y ultrasonido mamario, TC de cráneo, cuello y abdominopélvico– fueron normales. Se realiza resección de neoplasia, reportando carcinoma difuso con patrón tubular asociado a carcinoma intraductal con patrones papilar, cribiforme y con necrosis, nuevo panel de inmunohistoquímica –CK20, CDX2 y mamoglobina– negativos. En base a estos resultados, se consideró que se trataba de un carcinoma apocrino primario de glándula sudorípara.

El carcinoma apocrino primario de glándula sudorípara es una neoplasia inusual con solamente 104 casos reportados en la literatura. En el análisis de la literatura (búsqueda en Pubmed y revistas mexicanas de artículos publicados e indexados entre 1978 y 2021), se encontraron 104 casos de carcinoma apocrino primario de glándula sudorípara a nivel mundial, y ningún caso reportado en México. El diagnóstico histopatológico se realiza por signos inequívocos de secreción por decapitación, y el diagnóstico histopatológico diferencial se establece principalmente con metástasis cutánea de adenocarcinoma ductal mamario, representando un reto diagnóstico incluso con ayuda de inmunohistoquímica, ya que ambos tumores pueden compartir el mismo perfil inmunológico.

Se presenta este caso por la baja incidencia de esta neoplasia, nula casuística en México, y principalmente por la relevancia en reconocer éstos marcadores y realizar una adecuada correlación clínico-patológica. Los carcinomas apocrinos primarios de glándulas sudoríparas son tumores infrecuentes para los cuales no se han establecido criterios diagnósticos ni de tratamiento. Es importante el reporte de este tipo raro de tumor para contribuir a la casuística mundial y de esta manera, en un futuro, establecer con mayor claridad criterios de diagnóstico y tratamiento.

945

Una patología infrecuente: Angiomixoma de vulva

Ramon Alfredo Fernández Bussy[2], Andrea Romero Chapero[1], Oriana González Ciani[1], Juliana Yuri[1], Mario Squeff[1], Mario Gorosito[1], Gustavo Piccirilli[1], Ana Molteni[1]
[1]Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina, [2]Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina

Introducción: Se describe el caso clínico debido a la rareza de la patología y a la confusión con otros tumores dérmicos y del tejido celular subcutáneo.

Caso clínico:
Paciente de 35 años, nulípara, tabaquista, consulta por lesión tumoral, pediculada, normocrómica, de consistencia fibro-elástica que se encuentra en labios mayores de un año de evolución, totalmente asintomática que por cuestiones estéticas desea extirparla.
Por el servicio de dermatología se sospechó un pólipo fibroepitelial por lo que se decide realizar una biopsia escisional de la lesión. El hallazgo histopatológico fue de la presencia de un estroma mixoide, con células fusiformes, estrelladas sin atipias, con componente vascular marcado dando como resultado el diagnóstico de angiomixoma de vulva.
Se realizó laboratorio sin alteraciones, prueba de papanicolaou que demostró la ausencia de células neoplásicas, colposcopía normal y Resonancia magnética de pelvis donde demostró un tejido sólido, vascularizado con restricción a difusión que se proyecta entre labios mayores.

Como tratamiento se realizo una resección amplia con bordes quirúrgicos libres > 1cm.
Conclusión: El diagnóstico preoperatorio del angiomixoma de vulva es un problema por la rareza de estos tumores y la ausencia de hallazgos típicos, en la mayoría de los casos son diagnosticados después de la primera cirugía. Se consideran neoplasias agresivas localmente con un crecimiento lento, no tienen poder de realizar metástasis, aunque se han descripto en la literatura dos casos con metástasis pulmonares y mediastínicas. En cuanto a la terapéutica como primera línea se encuentra le resección en su totalidad del tumor, la quimioterapia y la radioterapia no tienen utilidad por el bajo índice mitótico que presentan, y por último se describen terapias hormonales con raloxifeno y/o Agonistas GnRh que ayudaría a disminuir el tamaño tumoral. Queremos destacar la importancia de hacer pequeñas biopsias rápidas ante una tumoración pélvica o perineal por más benignas que parezcan.

959

Sarcoma de Kaposi en paciente HIV negativo

Sharely Milagros Loza Canales[1], Francisco Bravo Puccio[1], Manuel Del Solar Chacaltana[1], Martín Salomón Neira[1], Lucie Puell Ramírez[1], Karina Feria Saldaña[1], Cesar Ramos Aguilar[1], Erika Romero Sandoval[1], Carlos Rodríguez Flores[1], Brunella Raymundo Villalva[1]
[1]Servicio de Dermatología - Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú

INTRODUCCIÓN: La seroprevalencia del VHH-8 es relativamente frecuente en la población peruana. El Sarcoma de Kaposi es una patología prevalente en América del Sur, esta tiene una presentación clínica muy similar; pero, no idéntica al Sarcoma de Kaposi Clásico descrita en el Mediterráneo. La presentación inusual con nódulos exofíticos confluentes o lesiones erosionadas se ha observado en Perú. Presentamos el caso de un adulto HIV negativo, inmunocompetente, heterosexual, con nódulo de crecimiento rápido en pie izquierdo, quien no presenta afectación visceral, ni de mucosas, con una respuesta clínica favorable a sesiones de radioterapia.

CASO CLÍNICO: Varón de cuarenta años, natural y procedente de Lima, de ocupación taxista. Acude con un tiempo de enfermedad de dos meses. Paciente manifiesta que dos meses antes de su ingreso presenta en arco plantar interno izquierdo “dos callos” de color piel, no dolorosos y que asociaba al uso de un calzado ajustado. Un mes antes del ingreso, lesiones aumentan de tamaño y se tornan dolorosas a la palpación. Quince días antes del ingreso, una de las lesiones se vuelve exofítica, más dolorosa y friable. En cuanto a sus funciones biológicas, éstas se encontraban conservadas. No antecedentes médicos de importancia. Examen de aparatos y sistemas sin alteraciones, a excepción de la piel. Al examen físico preferencial: En tercio medio de arco plantar interno izquierdo se evidencia nódulo exofítico con borde definido en rodete de coloración violácea y adyacente una pápula satélite purpúrica. A mayor detalle se observa el nódulo con tejido de granulación.
En los exámenes de laboratorio encontramos un perfil hematológico y bioquímico con resultados dentro de parámetros normales y un ELISA de cuarta generación para HIV no reactivo. Se amplían los estudios serológicos para HTLV-I, VDRL, Hepatitis B y C resultando todos no reactivos. Se repite un ELISA para HIV obteniéndose nuevamente un resultado negativo.

Se toman dos biopsias de piel (nódulo exofítico y pápula satélite purpúrica): neoplasia vascular fusocelular compatible con Sarcoma de Kaposi. Inmunohistoquímica de tejido tumoral fue positiva para HHV-8.
Radiografía de tórax normal, ecografías de partes blandas de región cervical e inguinal comparativa con hallazgos no contributorios. Ecografía abdominal, endoscoscopia digestiva alta y baja dentro de parámetros normales.
El paciente recibió tratamiento local con doce radioterapias en dos sesiones con mejoría de cuadro clínico.

CONCLUSIONES: El Sarcoma de Kaposi en pacientes con serología negativa para VIH no es una neoplasia que afecta exclusivamente a adultos mayores o a grupos étnicos específicos de origen europeo o africano, sino que además puede afectar a poblaciones andinas, y en particular a la peruana.

963

Micose fungoide tumoral exuberante com envolvimento pulmonar e desfecho fatal

Izabelle Ferreira Da Silva Mazeto[1], Mariana Righetto de Ré Lai[1], Melissa de Almeida Corrêa Alfredo[1], Sílvio Alencar Marques[1], Luciana Patrícia Fernandes Abbade[1], Hélio Amante Miot[1]
[1]Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, Brazil

Introdução. Micose fungoide é o linfoma cutâneo mais comum, geralmente com evolução indolente e, se diagnosticado precocemente, apresenta bom prognóstico. Sua patogênese ainda é desconhecida, tratando-se de doença rara, que acomete principalmente homens adultos e idosos. Com diferentes manifestações dermatológicas, seu diagnóstico inicial pode ser difícil, com lesões variando de máculas e placas eritêmato-descamativas a tumores infiltrados ulcerados, dependendo do estágio. A evolução das formas cutâneas em placas iniciais para tumores e envolvimento de outros órgãos é lenta, e pode ser suprimida pela terapêutica adequada das formas precoces.

Caso Clínico. Masculino, 49 anos, tabagista, avaliado inicialmente em 2013 por lesões eritematosas escamosas não pruriginosas no membro superior esquerdo com evolução para todo o corpo, associada a queda de pelos, há 4 anos. Utilizou corticoide tópico, com melhora temporária das lesões. Trazia histopatológico de serviço externo sugestiva de micose fungoide. Realizada nova biópsia com resultado compatível com micose fungoide associada a mucinose folicular evidenciada ao Alcian-Blue e imuno-histoquímica positiva para CD3, CD4, CD7 e CD8. Iniciou-se tratamento com fototerapia. Evoluiu com piora das lesões, sendo orientado a interromper a fototerapia e iniciar metotrexato oral.
Entretanto, abandonou o tratamento, retornando sete anos após, queixando-se de agravamento das lesões nos últimos seis meses, com piora do prurido e ulcerações. Apresentava lesões tumorais eritemato-violáceas volumosas, por todo o tegumento, gerando importante deformidade física. Com hipótese de micose fungoide tumoral, realizou tomografias computadorizadas que evidenciaram nódulos e opacidades pulmonares compatíveis com acometimento neoplásico. Foi iniciada terapia com Interferon-α devido à extensão das lesões.
A biópsia de medula óssea não mostrou envolvimento pelo linfoma, e a pesquisa de células de Sézary resultou <5%, entretanto, a biópsia pulmonar confirmou o envolvimento visceral pela micose fungoide, estadiamento IV B (T3, N0, M1).

Foi iniciada quimioterapia com Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisona, evoluindo com redução de algumas lesões, seguido pela piora de outras e surgimento de novas. Reintroduzido o tratamento com interferon-α, e após, com metotrexato, sendo indicado transplante de medula óssea.
Evoluiu com prostração, tosse seca, calafrios e obstipação (com necessidade de lavagem intestinal). Após uma semana procurou serviço com queixa de dor e parestesia nos pododáctilos direitos, sendo diagnosticada obstrução arterial aguda embólica e realizada tromboembolectomia a Fogarty. Iniciou quadro de dessaturação e queda de hemoglobina. Com piora progressiva e necessidade de oxigênio, foi optado pela intubação. Após o procedimento, paciente evoluiu com choque, sendo transferido para leito de unidade intensiva, entretanto evoluiu com bradicardia e parada cardiorrespiratória sendo realizada reanimação, sem sucesso.

Conclusão. Micose fungoide é uma doença crônica que costuma apresentar bom prognóstico quando diagnosticada e tratada precocemente, porém que, se negligenciada, evolui com envolvimento sistêmico importante, sujeita a diversas infecções secundárias e com potencial desfecho fatal. Destaca-se o acometimento de órgãos sólidos pela doença, e ausência de envolvimento medular. Neste caso, pudemos documentar uma evolução dramática e exuberante do caso devido à negligência terapêutica do paciente.

972

Enfermedad de Paget de la vulva extensa con manejo no quirúrgico. Reporte de un caso

Lorenza María Luengo Fernández[1], María Ivonne Arellano Mendoza[1], Luis Miguel Moreno López[1], Erika Stephania Alvarado Arana[1], Thania Castro Belio[1]
[1]Hospital General de México, Ciudad de México, México

Introducción:
La enfermedad de Paget de la vulva (EPV) es una entidad muy poco frecuente de origen no bien definido, que representa tan solo <2% de todas las neoplasias vulvares. Se define como un adenocarcinoma intraepidérmico. Predomina en postmenopáusicas en la séptima década de la vida. Los signos y síntomas son inespecíficos por lo que es habitual un retraso en el diagnóstico. El pronóstico de estas pacientes depende de un diagnóstico temprano y los factores más importantes son el nivel de invasión y afección ganglionar. Para confirmar el diagnóstico además del estudio histopatólogico son de gran utilidad los marcadores de inmunohistoquímica. El tratamiento debe ser individualizado dependiendo de la extensión de la enfermedad. A pesar de que existen varias opciones terapéuticas, la recurrencia ocurre hasta en un 70% de los casos.

Caso:
Se trata de una paciente de 72 años con antecedente de cáncer de mama, actualmente en remisión, y diabetes mellitus 2 en tratamiento con metformina. Acudió a consulta con una dermatosis diseminada que afectaba tronco en región vulvar en toda su extensión, meato urinario, introito vaginal, nalga derecha y región inguinal derecha. Constituida por una placa eritematosa de 40cm, con múltiples ulceraciones en su parte central y zonas con membranas blanquecinas, dando un aspecto de fresas con crema. En la periferia estaba limitada por un borde verrugoso pigmentado de aspecto cartográfico. No presentaba dolor ni sangrado a la exploración. Se palparon adenopatías inguinales bilaterales fijas de 1 cm. Refirió haber iniciado 1 año previo con ardor en la región vulvar de predominio al orinar. Había sido tratada por un médico particular con combinaciones tópicas de esteroides, antimicóticos y antibióticos sin mejoría. Contaba con citología y colposcopía previas negativas. Se realizó toma de biopsia que reportó hiperqueratosis laminar, acantosis con procesos interpapilares alargados y fusionados. Dentro del epitelio en diferentes niveles, presencia de células claras, citoplasma abundante, redondeadas con núcleos hipercromárticos, PAS y azul alcian positivo, algunas formando pequeños grupos con diseminación pagetoide. Los marcadores de inmunohistoquímica fueron los siguientes: CK7+, ACE+, AME+, GCDFP-15-, CK20-, con lo que se concluyó el diagnóstico de EPV primaria. En conjunto con el servicio de Oncología, se solicitó una tomografía adominopélvica sin alteraciones y una nueva colposcopia con toma de biopsia, la cual reportó un carcinoma epidermoide in situ de cervix. Por la gran extensión de las lesiones se indicó tratamiento con radioterapia. La paciente fue valorada después de 39 sesiones, evidenciando importante regresión de la lesión vulvar, sin embargo con áreas extensas de radiodermitis grado II. Continua en seguimiento por ambos servicios.

Conclusión:
La EPV es una patología poco frecuente. Detectada a tiempo, la oportunidad de un tratamiento curativo es viable. Sin embargo, debido a su baja incidencia, en ocasiones no se sospecha clínicamente lo que retrasa el diagnóstico, complicando el tratamiento y el pronóstico a largo plazo. Se destaca además la importancia de realizar un abordaje completo multidisciplinario ya que esta entidad puede estar asociada a un adenocarcinoma subyacente ya sea de piel, o estructuras cercanas como cervix, vejiga o recto.

977

Síndrome de Gorlin a propósito de un caso

María José Polanco García[1], Lucía Monzón[1], Fabiola Herrera[1]
[1]*Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala*

Síndrome de Gorlin (carcinoma de células basales nevoide)

1. INTRODUCCIÓN: Se presenta este caso de una entidad rara poco conocida que es diagnosticada por especialistas de hospital de tercer nivel de manera tardía en nuestro país.

2. CASO CLÍNICO: Se presenta caso de una paciente femenina de 58 años de edad, ama de casa, con escasa escolaridad y acceso a servicios de salud, originaria y residente de San Marcos, Guatemala. La paciente consulta por ¨manchas y lunares en cabeza, tronco y extremidades, desde la infancia¨. Refiere que hace 5 años un médico particular le realiza una cirugía de una lesión en piel cabelluda sin seguimiento ni diagnóstico establecido. La paciente niega antecedentes médicos personales. Únicamente refiere que madre fallece de manera temprana, quien también presenta ¨manchas por todo el cuerpo¨. Al examen físico presenta una dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades que de esto afecta piel cabelluda, rostro, cuello, antebrazos, espalda; caracterizada por múltiples neoformaciones planas (aproximadamente 30) color café claro, con bordes definidos irregulares, de tamaños variables, desde 0.2 hasta 5 centímetros de diámetro que asientan sobre piel con fotodaño, son asintomáticas de evolución crónica. A la dermatoscopía se evidencian glóbulos de pigmento, vasos arboriformes. Asimismo presenta hoyuelos en ambas palmas, macrocefalia e hipertelorismo. Se realizan biopsias excisionales e incisionales de 8 neoformaciones en rostro y piel cabelluda las cuales se envían a patología. El resultado de la histología confirma el diagnóstico de múltiples carcinomas de células basales pigmentados nodulares. Se realizan interconsultas a oftalmología, cirugía plástica, odontología, ginecología y medicina interna. Asimismo se realizan radiografías y tomografías computarizadas cerebrales y de tórax.
Con los hallazgos del examen físico, cumpliendo con dos criterios mayores y 1 criterio menor, se llega al diagnóstico del síndrome de Gorlin. La paciente actualmente continúa en seguimiento mutidiscilplinario por nuestro departamento, medicina interna y cirugía.

3. CONCLUSIONES: Los dermatólogos juegan un papel vital en el seguimiento y monitorización de pacientes con dermatosis neoplásicas poco conocidas.
Este caso ilustra la importancia de la referencia de pacientes con genodermatosis a especialistas de manera temprana y el manejo conjunto de dermatología, cirugía plástica y medicina interna.

982

Melanoma acral: ver para creer. ¿Una patología poco frecuente o reportada? Reporte de 3 casos clínicos de melanoma acral avanzado

Sofia Martínez Hagenlocher[1], Carlos Bazzano[2], Miguel Martínez[3], Julio Maglilano[4]
[1]Residente, Cátede Dermatología Médico-Quirúrgica Miguel Martínez Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, [2]Profesor Titular de la Cátede Dermatología Médico-Quirúrgica Miguel Martínez Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, [3]Profesor Titular de la Cátede Dermatología Médico-Quirúrgica Miguel Martínez Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, [4]Profesor Adjunto, Cátede Dermatología Médico-Quirúrgica Miguel Martínez Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Introducción
El melanoma acral (MA) es una forma de melanoma (MM) que se origina en piel glabra de palmas, plantas y unidades ungueales; algunos autores incluyen melanomas del dorso de manos y pies en esta categoría. El MA es el subtipo menos frecuente de MM y en poblaciones de descendencia europea representa tan sólo el 3% de los MM. Sin embargo, esta cifra asciende a hasta 36% en afrodescendientes y 20% en poblaciones latinoamericanas con descendencia amerindia. A pesar de ello, se trata de uno de los subtipos menos estudiados.
Presentamos 3 casos clínicos de MA avanzado.

Caso 1: Hombre de 65 años, fototipo IV, que consultó por una lesión pigmentada en sector acral volar de tarso de pie derecho de 3cm de diámetro, de coloración azul grisácea con sector nodular ulcerado. La dermatoscopía evidencia un patrón multicomponente con sectores azul-grisáceos homogéneos, glóbulos asimétricos, red invertida y adicionalmente un patrón en arcoíris sobre el sector nodular. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de MA.

Caso 2; Hombre de 58 años, fototipo III, que consultó por tres lesiones nodulares pigmentadas azul grisáceas adyacentes a la cicatriz de resección de un MA, correspondientes a satelitosis confirmadas por anatomía patológica. A la dermatoscopía presentaba múltiples colores, sectores velados y de regresión y patrón en arcoíris.

Caso 3; Mujer de 62 años, fototipo III, que consultó por una lesión pigmentada sobre la unión de dorso de pie izquierdo con tercio distal de pierna, de 5cm, límites definidos, asimétrica en forma y colores, con sector nodular ulcerado excéntrico. A la dermatoscopía presentaba un patrón multicomponente atípico, sectores velados, regresión y patrón en arcoíris. El diagnóstico de MM fue confirmado por anatomía patológica.

Discusión
El MA es un subgrupo distintivo dentro del MM con características morfológicas, clínicas y genéticas particulares. Ha sido asociado a un comportamiento agresivo y peor pronóstico. Histológicamente se trata de una proliferación melanocítica maligna que puede presentar 2 fases de crecimiento, horizontal y vertical.
La tumorigénesis no estaría relacionada a la exposición solar y se ha asociado a mutaciones en KIT, CCD1, BRAF y NRAS. Sin embargo, su etiopatogenia es compleja y no está esclarecida. Su diagnóstico presenta un desafío y suele ser tardío. No se aplican los criterios dermatoscópicos convencionales para MM y se han desarrollado algoritmos específicos para sitios acrales. En casos avanzados pueden observarse las mismas características dermatoscópicas que en MM avanzado como las presentadas. El patrón en arcoíris se ha reportado como una característica no distintiva asociada a MM invasivo.

Conclusión
El MA es una patología poco frecuente pero que debe ser tenida en cuenta. Hemos presentado 3 casos clínicos de MA avanzado que resaltan la importancia de concientizar a los médicos generales y la población sobre esta patología para avanzar en su detección precoz. El patrón en arcoíris es un concepto dermatoscópico relativamente nuevo, probablemente debido a un fenómeno lumínico complejo. No lo hemos encontrado reportado en MA específicamente.
La comprensión del MA actualmente es limitada, trabajos enfocados en definirlo y clasificarlo ayudarán a su mejor caracterización.

986

Fibromatosis de Ledderhose tratada con bleomicina, a propósito de un caso

Estefanía Alexan Quiñones Medina[1], Miryam Ortega Tejada[1], Jorge Luis Ibarra Naranjo[1]
[1]*Universidad UTE, Quito, Ecuador*

La enfermedad de Ledderhose o Fibromatosis plantar, es una rara enfermedad benigna, localmente agresiva, hiperproliferativa de la aponeurosis plantar, aunque el tratamiento conservador ofrece buenos resultados, en casos de dolor intenso puede ser necesaria la cirugía. Afecta a 1-1.75 por cada 100,000 habitantes, relación Hombre - Mujer de 2:1, cerca de un cuarto de los casos son bilaterales y al menos 15% de pacientes con enfermedad de Dupuytren la presentan.
Aunque su etiología exacta se desconoce, se han asociado varios factores etiológicos como diabetes mellitus, hepatopatías, alcoholismo, uso de fármacos, microtraumatismos y factores genéticos.
Presentamos el caso de un varón de 49 años, con antecedentes de hipertensión arterial y espondilitis anquilosante en tratamiento con etanercept.
Al examen físico se evidenció una dermatosis de 2 años de evolución, de 3 cm x 2.5 cm, localizada en planta de pie derecho, caracterizada por neoformación exofítica, indurada, eucrómica, de bordes irregulares, bien definidos, hacia un extremo eritema perilesional hacia otro ulceración, no existieron signos infección.
Con la sospecha clínica de poroma ecrino vs fibromatosis Ledderhose se realiza una biopsia cutánea que reporta epidermis acantósica, papilomatosis, queratinocitos necróticos focales y exocitosis de linfocitos; en la dermis se observa una proliferación de fibroblastos y matriz colágena entre vasos delgados; estudio de histoquímica: tricrómico: positivo, catenina: negativo, actina: negativo, control en vasos desmina: negativo, cd34: negativo, ki67: negativo. Con estos resultados se llega al diagnóstico de Fibromatosis Plantar.
Se inició tratamiento con bleomicina 1mg/1ml intralesional a dosis de 1 a 2 ml, se realizaron 7 sesiones a intervalo mensual, con lo que el tamaño de la lesión disminuyó de forma considerable para posteriormente realizar la exéresis quirúrgica de la masa, con lo cual se evidenció una resolución completa del cuadro.
La Fibromatosis de Ledderhose, es una entidad de difícil manejo, aunque existe un amplio abanico de opciones terapéuticas, las lesiones casi siempre recidivan. Dentro de las terapias conservadoras se han descrito uso de plantillas, terapia con ondas extracorpóreas e infiltración intralesional de colagenasa, corticoesteroides, colchicina, incluso radioterapia. La bleomicina es comúnmente utilizada para el tratamiento de cicatrices queloides e hipertróficas con resultados satisfactorios, sin embargo hay escasos datos en la literatura sobre su uso para el tratamiento de la Fibromatosis plantar.
La bleomicina es un antibiótico citotóxico derivado de Streptomyces verticellus, conduce al daño del ADN a través de rupturas en los enlaces fosfodiéster, sin embargo su administración local a dosis bajas no está asociada con efectos sistémicos y se considera segura, se debe tener precaución en mujeres de edad fértil, ya que los niveles plastmáticos postinyección pueden ser potencialmente teratogénicos. Los efectos secundarios locales más comúnmente mencionados son prurito, dolor, atrofia y/o ulceración.
Consideramos que el tratamiento con bleomicina intralesional fue beneficioso, puesto que se redujo el tamaño de la neoformación preparando al paciente para una intervención quirúrgica, con lo que obtuvimos óptimos resultados, sin embargo debemos tomar en cuenta que la literatura es escasa y hacen falta estudios que respalden la efectividad y promuevan el uso de este fármaco.

999

Hiperpigmentación y otras manifestaciones clínicas de un tumor metastásico cutáneo variante neuroendocrina de adenocarcinoma de próstata en un Hospital de Lima-Perú

Angela Rosa Sánchez Torres[1,2], Lourdes Milagros Rodriguez Temoche[1,2], Sergio Rodriguez Borrelli[1], Eberth Gustavo Quijano Gomero[1]
[1]Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima - Callao, Perú, [2]Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

INTRODUCCIÓN:
Se presenta este caso clínico debido a la poca frecuencia de metástasis cutáneas de origen prostático y sus variantes neuroendocrinas, las implicancias clínicas que estas pueden desarrollar y que favorecen nuestro aprendizaje.

CASO CLÍNICO:
Paciente masculino de 59 años con antecedente de hipertensión arterial y adenocarcinoma de próstata estadio IV, sin otros antecedentes de importancia, al cual se le realizó resección transuretral hace 2 años y recibió 28 sesiones radioterapia, luego continuó tratamiento con triptorelina 3,75 mg mensual. Ingresa a emergencia el 18 de diciembre del 2021 por agitación psicomotriz, ideación suicida y edema de miembros inferiores. Estudios tomográficos revelan imágenes hiperdensas focales moteadas a nivel de D11, L1, L2 y L3 las cuales son interpretadas por oncología como metástasis ósea. Asimismo, presentó hipokalemia persistente, alcalosis metabólica, hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperglicemia, haciéndose el diagnóstico de hipercortisolismo endógeno ectópico dependiente de ACTH, con cortisol libre urinario de 15937 ug/24h, ACTH: 956 pg/ml, cortisol post supresión con 1 gramo de dexametasona: 93,8 ug/dl y PSA sérico en 6.8 ng/ml. Desde septiembre del 2020 familiar notó oscurecimiento de la piel del rostro y manos, al examen se encontró hiperpigmentación intensa en rostro a predominio malar y en nudillos de ambas manos, además desde octubre nota tumoración eritematosa violácea de consistencia dura y crecimiento rápido, con bordes regulares bien definidos de aproximadamente 2 x 2 cm en tórax anterior, al cual se le realizó biopsia hallando dermis con infiltrado de neoplasia maligna formando nidos y trabéculas, se realiza inmunohistoquímica: S100(-), CK 20(-), Sinaptofisina (+) Cromogranina (+) CD56(+) PSA(-) informando la anatomía patológica como carcinoma de próstata metastásico con transformación a carcinoma neuroendocrino de células pequeñas. El paciente evolucionó desfavorablemente a pesar del tratamiento de soporte brindado, días después en una nueva tomografía torácica con contraste se hallaron alteraciones intersticiales asociadas a vidrio esmerilado en parches difusos bilaterales, atelectasias subsegmentarias basales derechas, atelectasias laminares basales izquierdas y prueba antigénica para COVID 19 negativa. Falleció el 30 de enero del 2022.

CONCLUSIONES:
Presentamos el caso de un paciente con carcinoma de próstata y metástasis cutánea con manifestaciones neuroendocrinas que se traducen en la piel con hiperpigmentación relacionada a aumento ACTH y cortisol y otros síndromes paraneoplásicos. Debemos tener en cuenta que ante características clínicas de malignidad de un tumor de reciente crecimiento en los pacientes oncológicos es oportuno considerar metástasis de la neoplasia primaria a pesar de su poca frecuencia.

1001

Metástasis cutánea de carcinoma renal de células claras

Claudia Angélica Balbin Navarro[1], Fiorella Delgado Acosta[1], Gadwyn Sánchez Félix[1]
[1]*Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú*

Introducción: Las metástasis cutáneas representan el 2% de todos los cánceres de piel. Éstas permiten el diagnóstico de neoplasias internas no conocidas o indican la diseminación o recurrencia de otras ya diagnosticadas. A continuación, presentamos el caso de una metástasis de localización poco frecuente que permitió el diagnostico de un carcinoma de células renales no conocido previamente.

Caso clínico: Varón de 78 años con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina como único antecedente medico de interés. Consultó por una lesión en hemitórax derecho de 5 meses de evolución de crecimiento rápido. A la exploración el paciente se encuentra adelgazado y presenta una gran tumoración violácea de 8x7x6 cm de bordes bien definidos en hemitorax derecho con vasos engrosados en su superficie, fluctuante a la palpación; nódulos satélites color piel de 3 y 2 cm de diámetro en región axilar derecha con dilataciones vasculares en su superficie; y ganglios palpables en axila derecha. En las pruebas complementarias la biometría hemática y química sanguínea fueron normales. Se encontró alteración en las pruebas de función hepática: TGO 168, TGP 89, FA 191, DHL 314. No fue posible tomar una biopsia de la tumoración por ser un tejido friable y sangrante por lo que se tomó la muestra de un nódulo satélite. El reporte histológico informó una proliferación de células epiteliales cuboidales atípicas en la dermis. Las células neoplásicas mostraban abundante citoplasma claro y núcleo central pleomórfico e hipercromático. La inmunohistoquímica fue positiva para CD10 y pancitoqueratina; negativas para CK7, CD34 y RCA.
En la tomografía axial computarizada abdominopélvica se objetivó una masa heterogénea de 15x10cm en polo superior de riñón derecho, pulmones con nódulos y adenopatías mediastinales metastásicos y presencia de nódulos hepáticos. Por lo que se diagnosticó un carcinoma renal de células claras metástasico.
El paciente recibió tratamiento con un inhibidor de la tirosina-quinasa, sunitinib 50 mg/día en régimen 4 semanas on y 2 semanas off. A los once meses de tratamiento presentó una respuesta parcial: disminución de la masa renal de 13.4 cm a 10.3 cm, así como de la masa torácica de 8 cm a 1.5 cm en su espesor.

Conclusiones
El carcinoma de células renales representa el 3% de todos los cánceres en adultos. Aproximadamente un tercio de los pacientes tienen metástasis en el momento de la presentación, más comúnmente en los pulmones, los ganglios linfáticos o los huesos. El 1,4% de los casos de carcinoma de células renales metastasico tendrá afectación de la piel, siendo la cabeza y el cuello las localizaciones más frecuentes seguidas por el tronco.

Se presentan principalmente como nódulos muy vascularizados rojizos o violáceos que semejan hemangiomas, granulomas piógenos u otras lesiones de origen vascular sin presentar un patrón dermatoscopico típico de angioma.

El estudio histopatológico de un tumor vascular de aparición reciente en un adulto mayor es fundamental dado que podría tratarse de una metástasis cutánea de una neoplasia aún no diagnosticada como en el caso clínico presentado.

1011

Linfoma cutáneo primario de células B de la zona marginal

Jorgelina Vidal[1,2], Lorena Flores[2], Laura Lublinsky, Paula Valdemoros[2]
[1]Hospital Universitario de la UNCuyo, Mendoza, Argentina, [2]Facultad de Ciencias Médicas, UNCuyo, Mendoza, Argentina

INTRODUCCIÓN
Se presenta un caso de Linfoma Cutáneo Primario de Células B de la Zona Marginal (LCPZM) en un adulto joven, destacando la importancia del examen físico completo, la sospecha clínica, dermatoscópica y el diagnóstico definitivo mediante histopatología e inmunohistoquímica.

CASO CLÍNICO
Varón 35 años de edad, sin antecedentes patológicos que consultó por una lesión axilar pruriginosa de 1 mes de evolución, sin síntomas sistémicos. Al examen físico se observó una placa eritemato violácea ovalada en línea axilar anterior, de aproximadamente 5 x 10 mm. A la dermatoscopia se visualizó un fondo rojizo lechozo y vasos polimorfos borrosos con escamas y círculos blancos. El paciente no presentaba adenomegalias, ni visceromegalias palpables.
Se realizó biopsia incisional, en la cual se observó, en dermis e hipodermis, infiltración difusa de células redondas, con núcleos ovales, algunos excéntricos, con escaso citoplasma eosinófilo. No se evidenció de epidermotropismo. Inmunohistoquímica CD20 y BC-l2 positivos, Ki67 mayor al 10%. CD 10, CD 23 y bc-l6 negativos. CD3 y CD5 positivo en linfocitos acompañamtes. MUM1 en componente plasmocelular acompañante. La analítica realizada demostró hemograma por hematólogo sin alteraciones, VSG, LDH y proteinograma por electroforesis normales. Las serologías para HIV, VHC y borrelia resultaron negativas.
Con diagnóstico de LCPZM y debido a su presentación como lesión única con posibilidad de seguimiento y la accesibilidad del tratamiento quirúrgico en nuestro medio, se realizó la extirpación completa de la lesión, sin recidiva hasta la fecha.

CONCLUSIONES
Alrededor del 10% de los linfomas B de zona marginal, se presentan en forma de linfomas cutáneos primarios (LCP), correspondiendo el LCPZM a menos 7% de los LCP.
La presentación característica del LCPZM es similar al caso expuesto, a excepción de la edad de aparición ya que nuestro paciente es 20 años menor que la edad media reportada para esta patología (alrededor de los 55 años).
Si bien detectamos en esta oportunidad algunos de los hallazgos dermatoscópicos reportados en linfomas cutáneos B, los mismos son inespecíficos. Por ello, la realización de biopsia para dermatopatología e inmunohistoquímica es esencial para descartar entidades malignas (carcinoma melanoma amelanótico, metástasis cutáneas, carcinoma de células de Merkel), y diferenciarlo de otras entidades como pseudolinfomas.
Resaltamos la importancia del examen físico completo, la orienación dermatoscópica y el diagnóstico definitivo histopatológico para suposterior abordaje interdisciplinario.

1013

Carcinoma basocelular com apresentação clínica atípica

Isadora Mota Coelho Barbosa[1], Flauberto de Sousa Marinho[1], Aretuza Iolanda Pimentel Torres Portela[1], Daniela Damares Rodrigues de Souza, Poliana Torres Laviola Garcez[1], Isabella Sousa Medeiros Torres Ferreira[1]
[1]Faculdade de Medicina Nova Esperança- Residência em Dermatologia, João Pessoa, Brazil

O carcinoma basocelular é o câncer de pele não melanoma mais comum do mundo. Embora geralmente indolente e mais comum em idosos, tem uma variedade clínica importante a depender do tipo histológico. Dentre os subtipos, o esclerodermiforme é sabidamente o mais agressivo e apresenta um diagnóstico mais tardio, este CBC também está relacionado com maior taxa de recidiva e pior prognóstico, consistindo em menos de 0,05% dos casos no mundo que tem um desfecho clínico desfavorável. Esse caso clínico visa trazer a importância do diagnóstico diferencial e da ocasional aberrância clínica na forma de apresentação desta neoplasia, em um paciente jovem.
Paciente V.S.B, 38 anos, sexo masculino, natural e procedente de João Pessoa, Brasil. Compareceu a atendimento referindo ferida inflamada no nariz há um ano. Relatou surgimento de pequena "espinha" há cerca de 1 ano, assintomática, com evolução progressiva do tamanho e início de saída de secreção e sangramento adquirindo um aspecto de lesão vegetante. Não procurou atendimento prévio devido a pandemia. Apresentava em histórico prévio epilepsia e déficit cognitivo; passado de neurocirurgia na infância (não soube especificar), em uso de gadernal e hidantal. Trouxe exames laboratoriais recentes na consulta com sorologias negativas para HIV, hepatite B e C e sífilis e sem alterações no hemograma completo.
A lesão clínica consistia em uma lesão vegetante de 3x3 cm em dorso nasal, friável, com ulceração em centro conjuntamente com secreção serosanguinolenta e crostas em borda da lesão. A dermatoscopia foi dificultada pela friabilidade e conteúdo secretivo na lesão, não sendo possível precisar características específicas para CBC. Foi aventada a possibilidade de úlceras infecto-contagiosas como paracoccidioidomicose, leishmaniose, esporotricose, cromomicose e tuberculose cutânea, além das possibilidades neoplásicas como diagnóstico diferencial.
Foi realizado biópsia incisional com punch 4.0 com anestésico tópico local lidocaína, sem vasoconstrictor. A lesão estava extremamente friável ao procedimento. O anatomopatológico veio com neoplasia basaloide infiltrativa de padrão esclerodermiforme, como podemos ver na imagem em anexo.
Devido à extensão da lesão e probabilidade de amputação nasal, o paciente foi encaminhado a cirurgia de cabeça e pescoço para realização de abordagem cirúrgica e seguimento oncológico, se necessário.
Este caso clínico nos traz a importância da avaliação e diagnóstico precoce do carcinoma basocelular esclerodermiforme, além da importância clínica na investigação do diagnóstico diferencial das dermatoses ulcerosas. Por fim, o caso nos realça como uma terapêutica adequada e precoce pode causar um impacto substancial e mudar o prognóstico do paciente.

1014

Angiosarcoma de pared abdominal en paciente joven: un reto diagnostico

Diana Guissela Mestanza Deza[1], Antonio Paredes Arcos, Adeliza Manrique Vera
[1]*Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú*

Introducción. el Angiosarcoma es una neoplasia muy poco frecuente (menos del 2% de todos los sarcomas). Un tercio se presentan en piel como de nódulos o grandes masas que raramente se ulceran, los sitios de mayor afección constituye la cabeza y el cuello, la mayoría de estos se asocian a historia de radiación o linfedema crónico, presentan comúnmente metástasis por vía hemática y linfática, con mayor frecuencia en pulmón, bazo, riñón y miocardio. Cuando estas están presentes condicionan un sobrevida media baja de ahí la importancia del diagnostico temprano.

Caso clínico: paciente mujer de 43 años, natural y procedente de huacho, con antecedente de PTI (purpura trombocitopénica idiopática) diagnosticada a los 26 años en tratamiento episódico con corticoterapia oral sin adecuado seguimiento . presenta un tiempo de enfermedad de 13 meses, caracterizados por la aparición en flanco derecho de una lesión aparentemente papular con incremento progresivo del tamaño, llegando a presentar una masa de 10 x 8 cm, con una área necrótica central, por lo que es hospitalizada siendo diagnosticada de hematoma abscedado, recibe tratamiento con antibióticoterapia y drenaje, pese a dicho manejo, lesión llega a ulcerarse, por ello es sometida a limpieza quirúrgica, pese a ello persiste ulceracion y sangrado, asociándose a plaquetopenia, por lo que recibe transfusiones múltiples y continua manejo ambulatorio de curación de ulcera sin presentar mejoría aparente. 5 días previos a su ingreso por emergencia presenta tumefacción y dolor en bordes de ulcera por lo que ingresa a dermatología en tratamiento con meropenem, examen evidencia lesión ulcerada de diámetro mayor de 8 cm, bordes violáceos infiltrados y lecho necrótico localizada flanco derecho de pared abdominal, dolorosa a la palpación. Durante su hospitalización presenta mejoría de flogosis periférica, pero se evidencia sangrado excesivo durante las curaciones, presentando episodio activo de PTI, recibió pulsos de corticoides con respuesta parcial, exámenes auxiliares: cultivo de secreción : Enterobacter Cloacae Complex sensible a meropenem. En barrido tomográfico informan lesión ulcerada de 2.6cm de profundidad en la pared lateral derecha del abdomen, de bordes festoneados que se muestra hiperdensa en la fase con contraste, compromete el Tcsc y contacta con el plano muscular adyacente, asociado cambios inflamatorios grasa adyacente, además presencia de nódulos pulmonares, el mayor es subsolidos subpleural, se realiza biopsia losange informa una proliferación fusocelular angiomatoide con inmuhistoquimica: cd31 positivo resalta proliferación vascular atípica, cd34 positiva, resalta proliferación vascular y celular atípica, k67: índice de proliferación celular 20%. Hallazgos favorecen neoplasia vascular: Angiosarcoma, con lo previo se diagnostica, angiosarcoma metastásico a pulmón mas PTI paraneoplasico, como manejo terapéutico para pti paraneoplasico recibe danasol mas prednisona, presentando mejoría parcial de recuento plaquetario y patología de fondo cuadro no criterio quirúrgico, tributaria de terapia sistémica.

Conclusiones. El angiosarcoma es una neoplasia maligna rara de mayor presentación en ancianos por ellos consideramos que la presentación en una paciente joven constituye un reto diagnostico y terapéutico. recomendamos tener en cuenta esta patología en lesiones ulceradas con diagnostico incierto, por el mal pronóstico que acarrea la falta de diagnostico oportuno.

1028

Manifestaciones cutáneas como factor pronóstico en pacientes con leucemia linfoma de células T del adulto de un hospital de referencia nacional peruano

Roberto Homero Oviedo Pecho[1]
[1]Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú

Introducción: El linfoma leucemia de células T del adulto (ATTL) es una neoplasia maligna de células T CD4 causada por el virus linfotrópico de células T humanas (HTLV). El ATLL puede clínicamente comprometer la piel generando diferentes tipos de lesiones como parches, placas, pápulas, eritrodermia, nódulos, tumores o una mezcla de todos. En Perú la infección por HTLV es común. Habitualmente, la forma de estimar el pronóstico es usando la clasificación de Shimoyama. Otros estudios encontraron otros factores pronósticos como: la edad mayor de 40años, los niveles de lactato deshidrogenasa en sangre, hipercalcemia, linfadenopatía, todos asociados a menor sobrevida. El objetivo fue determinar si las manifestaciones cutáneas son un indicador pronóstico en pacientes con diagnóstico de ATLL.

Materiales y métodos: es un estudio observacional retrospectivo analítico, donde la población fue pacientes con el diagnóstico del ATLL de un Hospital de referencia nacional peruano en el período 2000-2019. Las variables usadas fueron la presencia o ausencia de lesiones cutáneas y el tipo de lesiones: parche, placa, multipapular, nódulo tumoral, eritrodérmica o mixta. El análisis estadístico se realizó usando el Hazard ratio y el método Kaplan-Meier, se consideró un $p<0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron un total de 71 pacientes. La medad media al diagnóstico fue de 57+/- 13.92 años, con predominio del sexo femenino (60.6%). Clínicamente el 39.7% de los pacientes presentaban lesiones cutáneas al momento del diagnóstico, entre las más comunes: nódulo tumoral 22% y multipapular 18%. El análisis bivariado no encontró relación entre la presencia de lesiones y la muerte ($p=0.175$), el grafico de Kaplan Meier mostraron que los pacientes con ATLL y sin lesiones cutáneas viven menos años que los pacientes con ATLL y lesiones cutáneas, pero el análisis estadístico, no fue estadísticamente significativo.

Conclusión: Las lesiones cutáneas al momento del diagnóstico pueden ser consideradas como factor pronóstico en pacientes con diagnóstico de ATLL.

1031

Micosis Fungoides tipo Reticulosis Pagetoide en región interdigital de la piel

Olivo Emmanuel Vilchis Flores[1]
[1]*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México*

La Micosis Fungoides Reticulosis Pagetoide, descrita por primera vez en 1939 por Woringer y Kolopp, fue reconocida como una entidad que presenta similitudes histológicas de las células linfoides epidermotrópicas con las células adenocarcinomatosas intraepidermicas de la enfermedad de Paget del pezón. La Reticulosis Pagetoide (RP) tipo Woringer-Kolop (variante localizada), distinta de del tipo diseminado o de Ketron-Goodman, se caracteriza por proliferación intraepidérmica de células T neoplásicas CD3+, CD4+, CD8- o CD3+, CD4-, CD8+, con expresión frecuente de CD30+. Clínicamente se expresa como parches o placas solitarias de aspecto queratósico o psoriasiforme que generalmente afecta las extremidades, de lenta progresión, la cual no muestra un curso agresivo, sin reportes al momento de afectación extracutánea o muertes relacionadas a la enfermedad. Presentamos dos casos diagnosticados en un centro de tercer nivel de atención de la Ciudad de México .

El caso trata de un hombre de 84 años de edad, acudió al servicio de dermatología por presentar en los pliegues interdigitales del pie izquierdo placas eritematosas con importante descamación, la escama era gruesa y adherida en la periferia de 8 meses de evolución así como onicomicosis. Fue diagnosticado con tiña de los pies y onicomicosis y tratado con terbinafina oral y clioquinol por 3 meses con lo que hubo mejoría de la mayoría de las lesiones y de la onicomicosis, pero persistió una placa entre el 4o y 5o dedo de bordes indurados y de aspecto infiltrado con escamas gruesas y adheridas en la periferia; a la dermatoscopia se observaban áreas rojas y blancas sin estructura. La dermatosis era dolorosa, lo que llegó a limitar la deambulación; por lo que se decidió tomar una biopsia de la placa persistente con el diagnóstico clínico de un probable Carcinoma Epidermoide. Además el paciente era conocido por presentar rosacea cutánea y ocular, hipertensión arterial sistémica, gota, dislipidemia e hipotiroidismo, estando en control y vigilancia contínua.
En la histología se encontró un infiltrado liquenoide con epidermotropismo de linfocitos, con inmunohistoquimica CD3 (+), CD4 (+), CD5 (-), CD7 (-) y CD8 (-), y se demostró monoclonalidad para el receptor de linfocitos T (TCR)

Se decide realizar estudios de imagen de extensión, observándose engrosamiento cutáneo en espacio interdigital del quinto dedo del pie izquierdo con metabolismo asociado a la actividad de primario conocido y actividad difusa a nivel de la próstata correspondiente a hiperplasia prostática benigna. En cuanto a tratamiento se optó por radioterapia 8GY dosis única a lesión interdigital. A las 2 semanas con eritema interdigital y descamación gruesa, sin dolor, con mejoría paulatina, permitiendo la deambulación.
Para su diagnóstico requiere la suma de la correlación clínica, histopatológica, inmunofenotípica y genotípica (demostrando monoclonalidad del TCR).

1032

Tumores de piel de cuero cabelludo. Estudio analítico-observacional en base a informes histopatológicos del servicio de Anatomía Patológica de un hospital universitario durante un período de 10 años

Matías Garate Gonzalez[1], Guisella Martínez Cerda[1], Constanza Ullrich Gaona[1], Claudia Morales Huber[1], Patricio Mellado[1]
[1]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Independencia, Chile

Introducción: El cuero cabelludo se caracteriza por ser una estructura estratificada, consistente en epidermis, dermis, tejido subcutáneo, aponeurosis epicraneal, periostio y cráneo. Estas características lo hacen propenso a presentar una amplia variedad de tumores, incluyendo neoplasias, hamartomas, quistes y malformaciones. En series internacionales predominan las lesiones benignas, siendo aproximadamente un 50% lesiones quísticas. Mientras un 1 a 2% serían malignas, correspondiendo al 13% de las lesiones malignas cutáneas. Nuestro objetivo fue caracterizar epidemiológicamente los tumores de piel de cuero cabelludo en población chilena, en base a una muestra de informes histopatológicos del servicio de Anatomía Patológica de un hospital universitario.

Material y Métodos: Estudio analítico, observacional, individual y transversal, en base a informes de estudio histopatológico del servicio de Anatomía Patológica de un hospital universitario, de tumores de piel de cuero cabelludo durante el período enero 2010 – junio 2019. Se recopilaron los datos de sexo, edad, diagnóstico post biopsia y servicio que solicita el estudio.

Resultados: Se analizaron 606 informes. Un 52% correspondieron a pacientes masculinos. El promedio de edad fue de 48,3 años con una desviación estándar de ± 21,2 años. Un 54,9% de las biopsias fueron solicitadas por el servicio de Dermatología. Del total de biopsias, 78% fueron tumores benignos, destacando en primer lugar los quistes (17,7%), en segundo lugar los nevos melanocíticos (15,8%) y en tercer lugar la queratosis seborreica (10,9%). Por otro lado, un 18% del total de informes correspondieron a tumores malignos, siendo los más frecuentes el carcinoma basocelular (9,2%), el carcinoma espinocelular (3,8%) y el melanoma maligno (1,7%). El 3% restante de biopsias correspondieron a procesos inflamatorios. Se encontró mayor proporción de tumores malignos en adultos >=65 años (46%; IC=95%) en comparación con adultos <65 años (19%), con diferencia estadísticamente significativa (p<0.001%)

Conclusiones: Los tumores de cuero cabelludo son muy variados. En nuestro estudio se mantiene la tendencia internacional del predominio de tumores benignos, destacando las lesiones quísticas por sobre los nevos, a la vez que se observa una mayor prevalencia de tumores de extirpe maligna, pero esto se podría deber a un sesgo muestral al corresponder a un centro hospitalario de referencia. Este estudio correspondería a uno de los con mayor número de biopsias de tumores de cuero cabelludo analizados en América Latina.

1037

Nevus melanocíticos subcapsulares en ganglio centinela en paciente diagnosticado de melanoma

Inés Oteiza Rius[1], Ángela Estenaga Pérez[1], Javier Antoñanzas Pérez[1], Ana Morelló Vicente[1], Nuria Rodríguez Garijo[1]
[1]Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Introducción
La afectación ganglionar en pacientes diagnosticados de melanoma determina el pronóstico y manejo de estos pacientes. Según las guías establecidas para el manejo del melanoma, la realización del ganglio centinela (GC) está indicada en pacientes afectos de melanoma con un índice de Breslow mayor o igual a 0,8mm. En cuanto al estudio histológico del GC, resulta imprescindible distinguir entre la presencia de células metastásicas de melanoma y células benignas de nevus melanocíticos; ya que, según múltiples estudios, estas últimas no parecen empeorar el pronóstico de los pacientes.

Caso clínico
Presentamos el caso de un paciente varón de 49 años, sin antecedentes familiares o personales de interés, diagnosticado de melanoma nevoide de 7mm en región lumbar (Breslow 0,9mm y estadio Clarck III), sin invasión linfovascular ni perineural y con resultado positivo para S-100, Melan-A, HMB 45, P 21 y pérdida de P16 tras estudio inmunohistoquímico. Una vez descartada la presencia de enfermedad a distancia mediante estudio de extensión, se procedió a la ampliación de márgenes y a la realización del GC. Los resultados del estudio histopatológico del GC indicaban la presencia de células de nevus subcapsular, con positividad en dichas formaciones para MELAN-A y negatividad para HMB 45. Dada la ausencia de células metastásicas, el paciente fue tratado como diagnóstico de GC negativo. Durante el seguimiento del paciente, no se evidenció enfermedad a distancia, objetivando así un buen control de la enfermedad.

Conclusión
En conclusión, la presencia de células névicas subcapsulares en GC no parece empeorar el pronóstico de los pacientes afectos de melanoma y, por lo tanto, parece adecuado tratar a este grupo de pacientes como pacientes con GC negativo. Sin embargo, muchas veces resulta complicado diferenciar la presencia de células metastásicas, de la presencia de células benignas de nevus melanocíticos en el estudio histológico. En estos casos, el estudio immunohistoquímico de HMB45 puede ayudar a diferenciarlas, evitando así falsos positivos, que impliquen un sobretratamiento en estos pacientes.

1070

Lesiones vasculares en cara y escote. A propósito de un caso

Claudia García Martín[1], José Luis Galán Sánchez[1], Kevin Díez Madueño[1], Ana Simón Gozalbo[1], María Gamo Guerrero[1], Soledad Alonso García[1], Pablo de la Cueva Dobao[1]
[1]Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

CASO CLÍNICO
Presentamos una paciente de 45 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual que consulta por lesiones vasculares asintomáticas de aparición progresiva en los últimos 9-10 meses en cara, cuello y escote.
- A la exploración física podemos observar telangiectasias o arañas vasculares de pequeño tamaño, unos 4-5mm, en zona centrofacial, mejillas y zona de escote. Signo de Darier negativo (Imagen 1).
- La paciente negaba clínica asociada y antecedentes familiares, nunca antes diagnóstico de rosácea, flushing, toma de calcioantagonistas y clínica sistémica asociada.
- Se realizó analítica con hemograma, bioquímica, perfil hepático, lipídico y serologías, todo ello negativo. Triptasa en sangre 13,7ug/dL (negativo <11,4ug/dL).
- Se realizó biopsia ante la sospecha de telangiectasia macular eruptiva perstans (TMEP), encontrándose en dermis superficial muy discreto edema y dilatación de vasos superficiales así como leve aumento de mastocitos, tanto en dermis superficial como media, todo ello compatible con el diagnóstico de TMEP.
- La paciente fue derivada a hematología, con estudio de extensión negativo.

DISCUSIÓN
- La TMEP es un tipo de mastocitosis cutánea infrecuente que consiste en la proliferación anormal de mastocitos en dermis papilar sin participación de otros órganos. Afecta mayormente a adultos, siendo muy infrecuente en niños. Típicamente, las lesiones son máculas eritematosas con finas telangiectasias en tronco y extremidades superiores. El signo de Darier puede ser positivo, aunque no es un hallazgo constante.
- La TMEP suele presentar un curso benigno, aunque se han descrito casos con afectación sistémica, en cuyo caso puede haber asociado prurito, hipotensión, síncope, flushing, palpitaciones, dolor abdominal, diarrea, síndrome de malabsorción y alteraciones óseas.
- Tradicionalmente se ha descrito la TMEP como una mastocitosis restringida a la piel, sin embargo, en la literatura actual se ha reportado asociación con mastocitosis sistémica hasta en el 47% de los casos, asociándose a patología como trombocitemia esencial, mieloma múltiple, policitemia vera y síndromes mielodisplásicos.

CONCLUSIONES
La TMEP es una entidad infrecuente que requiere un alto índice de sospecha y que, en ocasiones, puede evolucionar a malignidad, por lo que resaltamos la importancia de descartar compromiso sistémico guiado por los niveles de triptasa sérica.

1072

Metástasis cutánea de carcinoma escamoso de esófago

Victoria Micaela Pieretti[1], Camila Anabel Ramallo[1], Paula Bonaura[1], Florencia Dauria[1], María de los Angeles Michelena[1], María Roxana Maradeo[1], Andrés Martin Carignano[1]
[1]*Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata, Argentina*

Introducción:
Las metástasis cutáneas de neoplasias internas son una manifestación infrecuente. Las de carcinoma de esófago son extremadamente raras, menores al 1%. Suelen localizarse en abdomen, en cercanía al tumor primario.
A continuación, se presenta un caso de metástasis cutánea de carcinoma escamoso de esófago de gran tamaño y localización inusual.

Caso clínico:
Paciente femenina de 77 años con antecedentes personales de carcinoma escamoso de esófago de tercio medio/distal diagnosticado en 2019, que realizó radioterapia y quimioterapia. Fue derivada del Servicio de Clínica Médica por presentar lesión en mentón de 4 meses de evolución.

Al examen físico presentaba lesión tumoral ulcerada ubicada en mentón, de 7 cm de diámetro, con fondo fibrinoso y bordes sobreelevados, de consistencia duro-pétrea, asintomática. Se acompañaba de múltiples adenomegalias cervicales.

Con diagnóstico presuntivo de metástasis cutánea se tomó muestra para estudio histopatológico, el cual informó infiltración de células atípicas en dermis reticular profunda vinculable a enfermedad de base. Por lo tanto, se arribó al diagnóstico definitivo de metástasis cutánea de carcinoma escamoso de esófago.

La tomografía de encéfalo, cuello, tórax, abdomen y pelvis evidenció engrosamiento parietal del tercio medio esofágico y formación heterogénea en partes blandas de mentón con adenopatías cervicales y mediastinales.

El Servicio de Oncología decidió realizar tratamiento paliativo con colocación de stent esofágico. Se realizó interconsulta con Servicio de Cirugía Plástica para eventual exéresis de lesión cutánea.

Conclusión:
Presentamos un caso de metástasis cutánea de carcinoma escamoso de esófago de localización inusual y clínica florida. Es importante destacar que la paciente no presentaba metástasis en otros sitios.
El pronóstico es ominoso, con una supervivencia de meses luego del diagnóstico, por lo que el reconocimiento por parte del dermatólogo permite una correcta estadificación y abordaje terapéutico.

Conflicto de intereses: ninguno.

1075

Carcinoma sebáceo: Estudio descriptivo de 7 casos

Arantxa Muñiz de Lucas[1], Elena García García[2], Ana Pampín Franco[1], Miguel Vela Ganuza[1], Elena Naz Villalba[1], Claudia Sarró Fuente[1], Óscar Cerezo Aranda[2], Diego De la Vega Ruíz[1], Jose Luis López Estebaranz[1]
[1]Servicio de dermatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España, [2]Servicio de anatomía patológica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

INTRODUCCIÓN
El carcinoma sebáceo es una neoplasia cutánea maligna poco común pero potencialmente agresiva, que a menudo se clasifica por su ubicación anatómica en ocular y extraocular.

MATERIAL Y MÉTODOS
Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo de las características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas, tratamiento y seguimiento realizado a todos los pacientes con carcinoma sebáceo atendidos desde 1998 hasta 2021 en nuestro servicio de Dermatología.

RESULTADOS
Presentamos una serie de casos de 7 pacientes con carcinoma sebáceo diagnosticados en los últimos 24 años. La edad media de los pacientes fue de 79,1 años, siendo 4 de ellos varones (57,1%) y 3 mujeres (42,8%). La localización más frecuente fue en cabeza y cuello (85,7%), siendo el 28,6% perioculares. El tamaño medio fue 2,54cm, con un tiempo medio hasta el diagnóstico de 11 meses. El manejo terapéutico del 85,7% de los pacientes fue quirúrgico, realizándose extirpaciones amplias con márgenes clínicos. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes fue de 3.8 años, no identificándose hasta la fecha recidivas ni metástasis en ninguno de los pacientes. Por último, ninguno de los pacientes cumplió criterios para ser diagnosticado de síndrome de Muir-Torre por criterios de Mayo. Además, se realizó estudio de inestabilidad de microsatélites en el 42,8% de los casos, siendo todos ellos negativos.

CONCLUSIONES
En general, nuestros datos en términos de características demográficas, localización y supervivencia son acordes con la literatura revisada. Cabe destacar que nuestra población resultó ser más anciana, con una edad media de 79,1 años en comparación con medias de 67,9 años en otros artículos. Por otro lado, llama la atención una menor tasa de tumores perioculares en nuestro estudio, identificándose un 28,6% de casos, frente a un 75% en otros artículos. Además, ninguno de nuestros pacientes cumplió criterios para el diagnóstico de Síndrome de Muir Torre por los criterios de Mayo. Por último, es interesante mencionar que no se objetivó ninguna recurrencia ni metástasis en el tiempo de seguimiento.

En conclusión, la baja incidencia de esta enfermedad y su clínica inespecífica nos debe alertar sobre la necesidad de establecer una alta sospecha clínica para evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos, siendo de vital importancia el estudio histológico con ayuda de la inmunohistoquímica. Además, cabe destacar que el screening rutinario de Síndrome de Muir-Torre no está recomendado, debiéndose individualizar al paciente. Nosotros, de acuerdo a las últimas guías, sugerimos un screening inicial con la puntuación de riesgo de Mayo y posteriormente estudio genético. Finalmente, recordar que en estos pacientes es importante realizar un seguimiento a largo plazo para detectar recidivas de forma precoz.

1085

Metástasis cutánea de coriocarcinoma testicular

Camila Anabel Ramallo[1], Victoria Micaela Pieretti[1], Paula Bonaura[1], Florencia Dauria[1], María de los Ángeles Michelena[1], María Roxana Maradeo[1], Nicolas Julio Capurro[1]
[1]Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata, Argentina

Introducción
El coriocarcinoma es un tumor maligno que puede originarse en las células germinales o derivar del trofoblasto fetal. Se caracteriza por la secreción de gonadotrofina coriónica humana (B-HCG), con tendencia a la diseminación hemática, y es extremadamente raro encontrar siembras de esta estirpe tumoral en la piel. Las mismas se asocian con un pronóstico pobre, y ocurren en el 1% de los pacientes con enfermedad avanzada.

Presentamos un paciente con coriocarcinoma testicular asociado a metástasis cutánea.

Caso Clínico
Paciente masculino de 24 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia, que consultó a guardia de admisión por vómitos y diarrea, asociado a aumento de tamaño de testículo izquierdo y lesiones en piel. Se decidió su internación para estudio de probable carcinoma testicular.

Al examen físico presentaba el testículo izquierdo aumentado de tamaño, de aproximadamente 7 cm x 5 cm, de consistencia duropetrea, asintomático, de un año de evolución. Además, se observaban nódulos eritematoviolaceos, de aspecto angiomatoide, localizados en quinto dedo de mano derecha, muslo y fosa nasal izquierda, el mayor de 2 cm de diámetro, asintomáticos.

El servicio de urología realizó orquiectomía izquierda con vaciamiento ganglionar intraabdominal. Asimismo, se realizó biopsia para estudio histopatológico de lesión nodular en muslo izquierdo.

La anatomía patológica del testículo correspondió a coriocarcinoma puro con invasión vascular, que presentó técnicas de inmunohistoquímica positivas tenues para gonadotrofina coriónica y alfafetoproteína. La biopsia cutánea fue compatible con infiltración neoplásica, vinculable a enfermedad de base.

Se realizó tomografía computada de cerebro, tórax, abdomen y pelvis para estadificar al paciente, en la cual se evidenció imágenes focales en cerebro, pulmón, hígado, riñón izquierdo y partes blandas compatibles con secundarismo.

En conjunto con oncología se decidió tratamiento quimioterápico. Luego de tres ciclos, el paciente tuvo mala respuesta y falleció a los 10 meses del diagnóstico.

Conclusiones
Las metástasis cutáneas de coriocarcinomas son excepcionales, menor al 1%. Son tumores muy vascularizados y por ello, cuando metastatizan en piel, suelen tener aspecto angiomatoide. En nuestro caso la localización fue sumamente rara, a distancia del tumor primario. Presentan mal pronóstico, con una sobrevida de meses luego del diagnóstico como el caso presentado. Destacar el rol del dermatólogo en el reconocimiento de esta patología, para ayudar a esclarecer el diagnóstico y posterior estadificación correcta de la neoplasia.

Presentación sin conflictos de intereses.

1122

Síndrome de oclusión microvascular como forma de presentación de un trastorno linfoproliferativo postrasplante

María Inés Giustozzi[1], Anama Di prinzzio[1], Ery Ayelen Ko[1], Ana Clara Torre[1], Maria Julia Cura[1], Luis Daniel Mazzuoccuolo[1]
[1]Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción
Los trastornos linfoproliferativos postrasplante (TLPT) se producen luego del trasplante como consecuencia de la inmunosupresión. Comunicamos un caso, cuyo interés radica en la infrecuencia de su presentación clínica exclusiva en la piel y el difícil diagnóstico diferencial con otras entidades que afectan a los pacientes trasplantados de órgano sólido.

Caso Clínico
Mujer de 66 años, con trasplante hepatorrenal por poliquistosis 9 años antes de la consulta, en tratamiento con meprednisona 8 mg/día, everolimus 0.5 mg/día y tacrolimus 2 mg/día. Consultó en otro centro por edema, dolor y aumento de la temperatura en pierna izquierda de 2 meses de evolución. Con diagnóstico de celulitis, recibió tratamiento antibiótico no especificado. Sin embargo no presentó mejoría, por lo que consultó en nuestra institución.
Al examen físico presentaba edema difuso, múltiples pápulas y placas purpúricas, algunas con costras necróticas centrales, en la pierna y el pie izquierdo. A su vez, en el tobillo y el dorso del pie se observaba púrpura reticular.
Ante la sospecha de un cuadro de síndrome de oclusión microvascular de probable causa angioinvasiva (micótica, bacteriana), o de calcifilaxis, se realizaron estudios de laboratorio, y se tomaron biopsias de piel para estudio histopatológico y cultivos.
El laboratorio evidenció un rechazo renal agudo. Los cultivos fueron negativos. El estudio histológico de la piel mostró figuras mitóticas y angioinvasión concordante con TLPT polimórfico y virus Epstein Barr (EBV) positivo.
La PCR cuantitativa para EBV en sangre periférica mostró 3150 copias/mL. La tomografía por emisión de positrones (PET) evidenció nódulos subcutáneos hipermetabólicos en la pierna izquierda. La punción biopsia de médula ósea con citometría de flujo no mostró monoclonalidad ni aberraciones.
Dado el contexto clínico de la paciente se decidió suspender el everolimus, descender el tacrolimus a 1 mg/día, e iniciar rituximab 375 mg/m2 semanal por 4 semanas. Quince días después de finalizado este tratamiento se evidenció mejoría clínica de las lesiones en la piel, con disminución del tamaño y número de los nódulos subcutáneos en el PET y la carga viral en sangre periférica de VEB fue negativa.

Conclusiones
Las manifestaciones cutáneas son una forma de presentación rara de los TLPT . En efecto, alrededor del 5% de los mismos afectarían la piel y sería aún más infrecuente la afectación cutánea exclusiva sin compromiso sistémico, existiendo publicados sólo 100 casos en la literatura.
Entre el 60 y el 80% de los TLPT sistémicos ocurren durante el primer año postrasplante. Sin embargo, un estudio de 39 pacientes con TLPT cutáneo, comunicó una media de presentación de 7 años postrasplante, siendo el 57% trasplantados renales, ambos antecedentes similares a lo observado en el caso comunicado.
Se encontró reportado sólo un caso de presentación con púrpura reticular como manifestación clínica.
Debido a su infrecuencia, potencial letalidad y a la existencia de un posible tratamiento, es importante sospechar esta patología en trasplantados con lesiones cutáneas similares a las descritas en este caso.

1142

Telangiectasia Macular Eruptiva Pertans en el contexto de un paciente hematológico

Fabián Santiago Cruz Murillo[1], Miryam Ortega Tejada[1]
[1]*Universidad UTE, Quito, Ecuador*

La telangiectasia macular eruptiva pertans (TMEP) es un tipo de mastocitosis la cual es infrecuente, en la cual se produce una proliferación anormal de mastocitos en la dermis papilar. Las lesiones típicas son máculas eritematosas con finas telangiectasias, con una distribución principal en en tronco y extremidades superiores.1 Dentro de las mastocitosis la TMEP es una forma infrecuente (-1%) con un buen pronóstico, frecuente en jóvenes masculinos, con pocos casos reportados en niños.2

Se presenta el caso de un paciente de 59 años con antecedentes de Diabetes mellitus y cirrosis posible origen autoinmune.
Acude a consulta por una dermatosis localizada en tórax superior cuello y extremidades superiores caracterizada por manchas eritematosas de 1 mes de evolución en la cual el cuadro se exacerba, acompañada de prurito y pústulas que ocasionan dolor. Al momento sin tratamiento. Durante la examinación se evidencian telangiectasias con signo de Darier negativo, en el examen físico general solo se evidencia hepatoesplenomegalia.

Por la presentación clínica se cataloga como telangiectasia macular eruptiva pertans por lo que se realiza una biopsia cutánea la que reporta piel ortoqueratósica con cambios epidérmicos, vasos de la dermis superficial y profunda infiltrado mononuclear y prescencia de mastocitos elongados que se extienden hacia la dermis profunda, con tinción Giemsa se obtiene positividad para mastocitos.
En los exámenes de laboratorio generales se evidencia linfopenia, plaquetopenia, IgE total 4 UI/mL, y con tiempos de coagulación prolongados. Anticuerpos ANA y ANCA positivos. Además se realiza estudio inmunohistoquímico de CD 117 el cual es positivo.

Con estos exámenes se vuelve a valorar al paciente y se envía al servicio de Hematología para que se determine la causa de la alteración en las líneas celulares sanguíneas. Se plantea como un diagnóstico diferencial un mieloma múltiple, policitemia vera y una mastocitosis sistémica.

Es por esto que se trata al paciente con medidas de soporte sintomática con ketotifeno 1mg cada 12 horas, hidroxicina 10mg QD por las noches y corticoide tópico en crema Betametasona 0.05% aplicación BID por 7 días, con lo que se obtiene una buena evolución clínica.

Tradicionalmente se ha clasificado a la TMEP como un tipo de mastocitosis la cual se encuentra aislada a piel, sin embargo se han reportado asociación con afectación sistémica en el 47% de los casos, en los cuales se puede afectar la médula ósea, bazo, hígado, y tracto gastrointestinal.2 En base a la presentación clínica y correlacionando con los exámenes complementarios se debe hacer un estudio completo, puesto que la médula ósea es el sitio más común de afectación sistémica de la enfermedad, pese a esto la biopsia medular se indica como última instancia para buscar la proliferación de los mastocitos y mutaciones citogéneticas específicas.2 Se presenta esta enfermedad poco común que requiere un alto índice de sospecha debido a que puede evolucionar a procesos malignos, es mandatorio descartar una afectación sistémica.

El autor declara no tener conflictos de interés.

1188

Pilomatrixoma pigmentado, una variante poco frecuente: a propósito de un caso en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz (IDCP)

Winston Damián Brito Fabián[1], Rosa Objio[1], Berta Saleta[1], Fernanda Nanita[1]
[1]*Instituo Dominicano Dermatológico Y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, Rep. Dominicana*

Introducción
El Pilomatrixoma, también conocido como epitelioma calcificado de Malherbe es una neoformación benigna formada por células queratinizadas de la matriz del folículo piloso que se presenta con mayor frecuencia en la niñez y la adolescencia. La variante pigmentada es infrecuente, con pocos casos descritos, y que resulta de interés al momento de realizar diagnósticos diferenciales de neoformaciones pigmentadas, razón por la que se elige este caso clínico.

Caso clínico
Masculino de 11 años, fototipo IV, acude a consulta por dermatosis en cara (área perinasal derecha) de 8 meses de evolución, asintomática. Al examen físico presenta una neoformación firme, de aproximadamente 1,2 cm de diámetro, cupuliforme, parduzca, con áreas hiperpigmentadas y telangiectasias en superficie. Con antecedentes patológicos, heredo-familiares y medicamentosos no contributorios para el caso.
Se establece diagnóstico clínico de quiste pilar infundibular versus tricoepitelioma versus carcinoma basocelular versus melanoma; se realiza biopsia excisional de la lesión; diagnóstico histopatológico: pilomatrixoma pigmentado.

Conclusión
El pilomatrixoma pigmentado es una variante poco común, para ser tomado en cuenta como diagnóstico diferencial frente a otras neoplasias pigmentadas potencialmente malignas, como es el caso del melanoma, debido a que en la mayoría de los casos el pilomatrixoma no contiene pigmentos y esto pudiera significar un reto diagnóstico. El diagnóstico definitivo se hace por histopatología y puede ser tratado con excisión quirúrgica.

1192

Melanoma cutáneo asociado a melanocitosis oculodérmica (Nevo de Ota), reporte de caso

Marcela Hernández Vera[1], Luis Enrique Cano Aguilar[1], Ricardo Palencia Hernández[2], Juan Daniel Osorio Barboza[2], María Teresa de Jesús Vega González[2]
[1]Hospital General "Manuel Gea González", Ciudad de México, México, [2]Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

La melanocitosis oculodérmica, descrita inicialmente en 1939 por Ota, consiste en una hiperpigmentación de la cara y tejidos oculares en una distribución de las ramas oftálmica y maxilar del quinto par craneal. Su aparición representa una parada en la migración embrionaria de los melanocitos desde la cresta neural quedando atrapados en la dermis.
Los melanomas dependientes de un nevo de Ota representan un reto diagnóstico para el clínico ya que no presentan datos clásicos como el “ABCDE” que son signos típicos de preocupación de las lesiones pigmentarias. En la actualidad, se han reportado únicamente alrededor de 12 casos de melanoma cutáneo asociados a un nevo de Ota.

Presentación de caso:
Se trata de un paciente de sexo masculino de 21 años de edad, con diagnóstico previo de melanocitosis oculodérmica (Nevo de Ota), el cual desarrolló un nódulo de rápido crecimiento sobre el párpado inferior izquierdo, dentro del margen de la melanocitosis oculodérmica. El paciente notó por primera vez la aparición repentina de una pequeña pápula en el mismo lugar 2 años previos. Fue examinado en otro centro médico con extirpación quirúrgica de la lesión sin análisis histopatológico. Un año después el paciente notó recidiva de una masa de volumen creciente sobre el párpado inferior por lo que se le realizó una biopsia incisional con reporte compatible con melanoma. Posteriormente, el paciente fue remitido a nuestra institución. A la exploración se evidenció un nódulo sobreelevado, doloroso, de color pardo-azulado de aproximadamente 8 cm de diámetro que distorsionaba la anatomía del párpado inferior izquierdo. La revisión histopatológica reportó infiltración de partes blandas por melanoma, el nivel de Breslow no fue valorable, la inmunohistoquímica reportó positividad para SOX-10, Melan-A, HMB-45 y Ki-67 en 20%. La PET/TC (Tomografía por emisión positiva/Tomografía computarizada) mostró actividad metabólica anormal en la lesión malar y en múltiples adenopatías cervicales en niveles IIA y IIB.
El paciente ingresó a la unidad de cirugía de piel y tejidos blandos donde el plan quirúrgico fue el de resección amplia de la lesión con maxilectomía y excisión del globo ocular y disección ganglionar. Asimismo se presentó al servicio de Oncología Médica para recibir adyuvancia posterior al evento quirúrgico.

Conclusión:
El conocimiento del riesgo de transformación maligna de la melanocitosis oculdérmica aunque raro es vital para la adecuada atención de estos pacientes por el dermatólogo. Consideramos que la difusión de este caso ayudará en mejorar el pronóstico de este tipo de pacientes incrementando la posibilidad de obtener un diagnóstico y tratamiento oportuno

16. Dermatosis por agentes físicos, químicos y mecánicos

466

Liquen trópico solar

Magally Núñez Naranjo[1]
[1]*Hospital Gustavo Domínguez Z., Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador*

Introducción
El interés en describir este caso radica en la escasa frecuencia de este padecimiento, y por la ilustración clínica característica que presenta.

Caso clínico
Varón de 19 años, agricultor; fototipo IV, reside en Santo Domingo de los Tsáchilas- Ecuador (zona climática tropico-húmedo); sin antecedentes patológicos de importancia. Consulta por presentar dermatosis de 5 meses de evolución, localizada en el dorso nasal, se acompaña de leve prurito y se exacerba con la exposición solar.
Al examen físico se observa placa eritemato-violácea, que en algunos sectores se torna hipocrómica, de bordes bien definidos, con descamación fina superficial, localizada en dorso y punta nasal (Imagen 1). Sin alteraciones en el resto de la piel y sus anexos. Con la presunción diagnóstica de liquen trópico solar, se realiza biopsia de piel que informa: epidermis reactiva, muestra zonas de espongiosis, la dermis papilar y reticular presentan incontinencia del pigmento, acompañada de un infiltrado inflamatorio linfocitario en banda; en otros sectores, destaca la presencia de queratinocitos apoptoicos. Con estos hallazgos, se define el diagnóstico de liquen trópico solar. (Imagen 2).

Prescribo fuorato de mometasona 0,1% crema dos veces al día y medidas de fotoprotección con efecto terapéutico apropiado.

Conclusiones
Se expone el caso de un paciente joven, agricultor, que presenta una variante inusual y muy poco difundida de liquen plano, con evolución satisfactoria del cuadro clínico con la terapéutica instaurada.

731

Úlceras en pierna derecha: una fuente de calor asociada

María Belén Cívico Ruiz[1], Ángela Navarro Gilabert[1], Isabel María Coronel Pérez[1], Juan Manuel Morón Ocaña[1], Jerónimo Escudero Ordoñez[1]
[1]*Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España*

Introducción:
Las úlceras en las piernas son un motivo de consulta frecuente. La mayoría son de origen vascular, pero existen otras causas más atípicas, como las lesiones por calor.

Caso clínico:
Mujer de 46 años con varias úlceras en cadera derecha de dos meses de evolución, recalcitrante a varios tratamientos (corticoides y antibióticos orales y curas locales). Como antecedente, presentaba una lumbalgia crónica, por lo que usaba parches de fentanilo y utilizaba durante la noche una manta térmica lumbar, quedándose dormida habitualmente en su lado derecho. Se llevaron a cabo varias pruebas complementarias, siendo inespecíficas y descartando etiología inflamatoria neutrofílica. Tras la retirada de la manta eléctrica y curas locales, las heridas cicatrizaron completamente.

Conclusiones:
Las úlceras en las piernas pueden ser un reto diagnóstico debido al amplio diagnóstico diferencial. El éxito para su curación radica en diagnosticar correctamente la causa y tratarla. En nuestro caso, se sospechó que el calor producido por la manta eléctrica durante varias horas, junto con la alta dosis de analgesia asociada, podía ser el causante dada la concreta localización, sospecha que se apoyó con la mejoría tras su retirada. La temperatura y la duración de contacto tiene un efecto sinérgico. Existen casos descritos de quemaduras por manta eléctrica intraoperatoria, sin embargo, no hemos encontrado casos descrito de quemaduras por manta eléctrica domiciliaria.
Con nuestro caso, queremos destacar el calor como posible agente causal de úlcera y la importancia de limitar la duración de uso de las mantas eléctricas domiciliarias.

754

Prurigo actínico en localidades cercanas a nivel del mar

Lariza Meza Machado[1], Víctor Fernando Muñoz Estrada[1]
[1]Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, México

Introducción
Es una dermatosis producida por una respuesta cutánea anormal después de exposición a rayos ultravioleta o luz visible. Su prevalencia a nivel mundial es variable, en México oscila entre 1,5 a 3,9%. Esta enfermedad puede afectar ambos géneros, siendo mas común en el sexo femenino. Puede manifestarse a cualquier edad, sin embargo, la enfermedad típicamente se presenta en preadolescentes. Existe una mayor prevalencia en áreas geográficas con clima seco y cálido, localizada a una altitud al menos 1000 metros sobre el nivel del mar. El objetivo es dar a conocer su presencia en regiones que se encuentran cercanas al nivel del mar.

Material y métodos
Estudio observacional, descriptivo, ambispectivo y transversal en pacientes con diagnóstico de prurigo actínico en localidades cercanas al nivel del mar, realizado en el departamento de Dermatología y Micología del Hospital Civil de Culiacán, de Diciembre de 2000 a Diciembre de 2021, los datos se obtuvieron de fuentes directas.

Resultados
En un período de 21 años se estudiaron 52 pacientes de los cuáles el 53.84% (n=28) son de sexo femenino. El rango de edad de los pacientes estudiados fue de 1 a 35 años, dividiéndose en grupos de 5 años, de 1 a 5 años se presento el 7.69% (n=4), de 6 a 10 años 38.46% (n=20), de 11 a 15 años 30.76% (n=16), de 16 a 20 años 9.61% (n=5), de 21 a 25 años 5.76% (n=3), de 26 a 30 años 5.76% (n=3), en el grupo de 31 a 35 años 1.92% (n=1) .La ocupación estudiantes con 75 % (n=39), el 100% de los pacientes (n=52) provenía de 10 de los 18 municipios del estado de Sinaloa, predominando Culiacán con 28.84 % (n=15) sitio que se encuentra a 71 metros sobre el nivel medio del mar. La topografía más frecuente se presentó en cara con 100% (n=52), siguiéndole antebrazo con un 75 % (n=39). El tiempo de evolución fue de 3 a menos de 5 años 30.76% (n=16). El 40.38 % (n=21) contaba con diagnostico previo de Dermatitis Atópica. El 61.53% (n=32) correspondió al fototipo III de la clasificación de Fitzpatrick y el 80.76% (n=42) presentó conjuntivitis.

Conclusiones
El prurigo actínico es una fotodermatosis ocasionada por la exposición a los rayos ultravioleta, que predomina en localidades con altitud mayor a 1000 metros sobre el nivel del mar, sin embargo, se han presentado casos en regiones cercanas al nivel del mar como lo es el estado de Sinaloa, siendo más común en el género femenino, preadolescentes, estudiantes, provenientes del municipio de Culiacán. En cuanto a topografía la localización mas frecuente fue en cara, con un tiempo de evolución de 3 a menos de 5 años. Lo que nos da pauta para pensar este diagnóstico en localidades cercanas al nivel del mar.

762

Pustulose aguda após picadas de formigas lava-pés (Solenopsis invicta)

Matheus Papa Vieira[1], Viddal Haddad Jr[2]
[1]Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, Botucatu, Brasil, [2]Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, Botucatu, Brasil

Introdução:
Trata-se de um caso raro com documentação completa de evolução de picadas por formigas Solenopsis invicta, conhecida como formiga lava-pés-vermelha, ocorrido na Ilha da Queimada Grande está a aproximadamente 35Km da costa de Itanhaém e Peruíbe, no litoral sul do estado de São Paulo. Há ainda um crescente interesse médico associado à essas espécies, especialmente como uma questão de saúde nos Estados Unidos nas últimas décadas (imported fire ant), quando inicialmente foram acidentalmente introduzidas no sul do país e se disseminaram pelos estados.

Caso clínico:
Paciente do gênero masculino, 34 anos, procedente de São Paulo (Brasil), foi atendido com queixa de "grosseiro" nas pernas com um dia de evolução. As lesões surgiram na Ilha da Queimada Grande, no litoral sul do estado de São Paulo, em excursão científica para coleta de serpentes. Relatou ter sentido picadas e visto formigas posteriormente, mas o local não permitiu a retirada imediata das botas. Ao exame dermatológico, o paciente apresentava uma pustulose aguda, com inflamação circundando as pústulas, acometendo os membros inferiores bilateralmente. As pústulas se acompanhavam se prurido e ardência local. A avaliação histopatológica evidenciou pústulas neutrofílicas intraepidérmicas e dermatite intersticial predominantemente neutrofílica, quadro compatível com as ferroadas de lava-pés. Há no caso correlação clínico-histopatológica típica com lesões cutâneas tipo pústulas não foliculares agrupadas em membros inferiores após relato de contato com as formigas. O paciente foi medicado com compressas frias e dipropionato de betametasona com gentamicina tópica, com alívio dos sintomas e resolução do quadro após cerca de sete dias.

Conclusão:
Este caso clínico traz à comunidade científica uma rara descrição completa da evolução clínica das picadas das formigas Solenopsis invicta (lava-pés) desde as pápulas urticariformes iniciais até a formação das pústulas após 24 horas, por ação direta dos componentes de seu veneno, cujo principal é a Solenopsina A (trans-2-metil-6-n-undecilpiperidina) com ação citotóxica responsável pela degranulação de mastócitos, morte celular e diapedese de neutrófilos com consequente formação das pústulas neutrofílicas estéreis. As formigas do gênero Solenopsis estão distribuídas em vários países e continentes, espera-se que este relato de caso possa agregar conhecimento sobre essa entidade rara de acidentes com estas formigas, visando fornecer aos dermatologistas bagagem de conhecimento para abordagem diagnóstica precoce e instituição de tratamento adequado.

854

Paniculitis secundaria a la administración subcutánea de análogos de receptores del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1)

Ana Simón Gozalbo[1], Kevin Díez Madueño[1], Claudia García Martín[1], María Gamo Guerrero[1], María Ángeles Martín Díaz[1], Soledad Alonso García[2], Pablo de la Cueva Dobao[1]
[1]Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, [2]Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Introducción: Exenatida de liberación prolongada (ELP) es un hipoglucemiante de aplicación subcutánea perteneciente a la familia de los análogos del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1). En los últimos años, se han reportado casos aislados paniculitis secundarias a su administración. Presentamos un nuevo caso de paniculitis granulomatosa por la administración de ELP, aportando nuevos datos para su diagnóstico y revisando los casos reportados hasta la fecha.

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con ELP. Seguido en dermatología por un fibroxantoma atípico ya intervenido, en un PET-TC de control se detectaron múltiples lesiones hipermetabólicas centimétricas subcutáneas en raíz de ambos muslos. Clínicamente, las lesiones eran asintomáticas y consistían en nódulos subcutáneos tenuemente eritematosos, de consistencia fibrosa. Refería su aparición meses después del inicio de ELP; con fluctuaciones en tamaño y localización, afectando a áreas en las que se administraba el fármaco. Se biopsió una de las lesiones clínicamente significativas para descartar metástasis subcutáneas en el contexto oncológico descrito. El estudio histológico mostró una paniculitis mixta, sin vasculitis, con infiltrado de tipo granulomatoso y necrosis grasa asociada a la presencia de un material amorfo, eosinófilo, formando seudo-lipomembranas en el interior de los adipocitos, que al aplicar la tinción de ácido-alcohol resistencia (AAR) tenían realce color rojo-fucsia. Se diagnosticó de reacción local tipo paniculitis secundaria a ELP, con el consecuente cambio en la actitud terapéutica. Las lesiones eran asintomáticas y autolimitadas, por lo que se decidió rotar los lugares de inyección y mantener el fármaco.

Conclusión: Presentamos un nuevo caso de paniculitis granulomatosa secundaria a la administración de ELP, destacando que dicha entidad puede resultar hipercaptante en PET-TC. Según se refiere en los escasos casos similares publicados hasta la fecha, dicha paniculitis podría ser secundaria al vehículo del fármaco, consistente en microesferas de un polímero biodegradable llamado poli-(d,l-lactida-co-glicolida) [PLG] que condicionarían la reacción a cuerpo extraño. Este caso refuerza la necesidad de reconocer esta patología, y tener en cuenta las reacciones de cuerpo extraño en los pacientes que están en tratamiento con ELP.

875

Manifestaciones cutáneas como signo de alarma de intoxicación crónica por arsénico, reporte de un caso

Yolanda González Jasso[1], Angélica Paola Sánchez Márquez[1], Georgina Sierra Silva[1]
[1]Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Guadalajara, México

Introducción: El arsénico es un elemento ubicuo en la naturaleza y en el ser humano su exposición puede resultar de fuentes naturales o antropogénicas, la más común es la ingesta de agua contaminada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 200 millones de personas a nivel mundial se encuentran expuestas a concentraciones de arsénico que superan el límite recomendado en el agua potable (0.01mg/L), siendo México uno de los principales países con esta problemática. La importancia de este elemento se debe a su efecto metabólico, genotóxico, teratogénico y carcinogénico, siendo la piel el órgano más susceptible a la toxicidad por arsénico, por ello las primeras manifestaciones de la intoxicación crónica son cutáneas: cambios pigmentarios (leucomelanosis, melanosis y pigmentación moteada) y/o queratosis arsenicales.

Caso Clínico: Masculino de 66 años originario de Hostotipaquillo, México, con antecedente de diabetes mellitus, quien acudió a consulta por "manchas" asintomáticas en tórax, de 20 años de evolución. Se observó dos dermatosis, la primera en región escapular, bilateral, constituida por múltiples máculas de color grisáceo, milimétricas, que confluían formando una gran mancha de aspecto moteado; el estudio histológico fue compatible con pigmento exógeno. La segunda dermatosis afectaba hipocondrio izquierdo y región lumbar, constituida por 5 neoformaciones con aspecto de placa, la mayor de 14x8 cm y la menor de 2x1.5 cm, eritematoescamosas, con áreas de pigmento de color marrón; el estudio histopatológico reportó enfermedad de Bowen. Ante la sospecha de arsenicismo se buscó la fuente de exposición, siendo esta ambiental (ingesta de agua con niveles de arsénico de 0.06mg/L) y ocupacional (25 años en la industria del vidrio), confirmando así el diagnóstico de intoxicación crónica. Para descartar afección extracutánea se realizaron estudios de extensión (laboratorios generales, ecocardiograma y tomografía computarizada toracoabdominal), encontrándose sin alteraciones. Las neoformaciones de mayor tamaño fueron tratadas con crioterapia y las menores con resección quirúrgica, sin presentar recidiva tumoral a los 9 meses de seguimiento. La exposición ocupacional ceso por jubilación.

Conclusión: Las manifestaciones cutáneas son las que permiten identificar un caso probable de arsenicismo, motivo por el que los dermatólogos deben conocer el abordaje de estos pacientes. De acuerdo con la OMS, una persona expuesta >6 meses al arsénico, requiere cumplir con 2 criterios para confirmar el diagnóstico de intoxicación crónica: presencia de una manifestación cutánea temprana (cambios pigmentarios o queratosis arsenicales) y una concentración elevada de arsénico, que puede cuantificarse en la fuente de exposición (agua >0.01mg/L) o en el paciente (orina >0.05mg/L). Además, estas personas pueden desarrollar cáncer de piel (no melanoma) con una presentación poco habitual, caracterizada por lesiones múltiples en áreas no fotoexpuestas, como ocurrió en este paciente, en quien la doble exposición jugó un papel importante, puesto que el efecto carcinogénico es dosis-dependiente. Así mismo, es importante tener en cuenta que de manera tardía existe afección extracutánea (enfermedad cardiovascular, neuropatía periférica, cáncer de pulmón y vejiga, etc.), por lo que estos pacientes deberán mantenerse en vigilancia estrecha y recibir un manejo multidisciplinario que pueda impactar favorablemente en su calidad de vida y sobrevida.

887

Radio-dermitis, una patología cutánea prevenible

Nelson Mauricio Lobos Guede[1,2,3], María Consuelo Giordano Lorca[4], Marie-Chantal Caussade Margozzini[5]
[1]Departamento de Dermatología, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile, [2]Departamento de Dermato-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile, [3]Departamento de Dermatología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile, [4]Residente de Dermatología, Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana., Santiago, Chile, [5]Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción:
El compromiso cutáneo secundario a radiación ionizante es muy frecuente, observándose en el 95% de los pacientes recibiendo este tratamiento. El daño es generado por la producción de radicales libres y especies reactivas de oxígeno; y se clasifica en agudo o crónico dependiendo si ocurre antes o después de 90 días de la exposición, respectivamente. Las manifestaciones clínicas varían según la dosis total, esquema de fraccionamiento, uso de radio-sensibilizadores, quimioterapia concomitante, sitio y área irradiada, comorbilidades y características propias del paciente. El 60% de los pacientes, principalmente expuestos a dosis bajas, pueden presentar eritema, mayor sensibilidad y sensación de "piel tirante". A dosis mayores de 20 Gy puede agregarse descamación seca y prurito. Frente a dosis que alcanzan o superan los 40 Gy puede aparecer un compromiso severo caracterizado por descamación y exudado seroso, incluso bulas. Esto determina mayor susceptibilidad a trauma, daño solar, infecciones, ulceración y molestias locales. Su diagnóstico precoz y manejo adecuado previenen la progresión a estadios más severos.

Caso clínico:
Hombre de 67 años en seguimiento por carcinoma espinocelular invasor (CEC) pre-auricular izquierdo extirpado con márgenes libres. Evoluciona con aparición de una placa de 10 mm en punta nasal eritematosa, hiperqueratósica y con vasos glomerulares. Se realizó exéresis con biopsia diferida que informó CEC moderadamente diferenciado T1 (Estadificación Brigham and Women's Hospital) con margen profundo afectado. El paciente rechazó una nueva cirugía y se indicó radioterapia externa de 44Gy fraccionado en 10 sesiones. Consultó 2 semanas después de finalizar dicho tratamiento por dolor intenso de 5 días de evolución localizado en zona irradiada. Al examen físico se evidenciaron placas hiperqueratósicas y costras hemorrágicas sobre base eritematosa, edematosa y con descamación seca. Dado el antecedente de radioterapia reciente y cuadro clínico característico, se diagnosticó Radio-dermitis aguda grado II. Se manejó con medidas generales, fotoprotección, aseo con suero fisiológico diario, humectación, rinobanedif intranasal (c/8 horas por 7 días); y curaciones 2 veces por semana con sulfadiazina de plata, mometasona furoato 0,1% crema (c/12 horas por 7 días) y agua termal en aerosol (c/8 horas). A las 3 semanas del tratamiento evolucionó con resolución completa sin secuelas.

Conclusiones:
El compromiso cutáneo secundario a radioterapia es frecuente. La identificación de pacientes con mayor riesgo de desarrollar radio-dermitis y su diagnóstico en etapas iniciales es fundamental para iniciar su manejo oportuno y así evitar la progresión hacia estadios más avanzados.
Existen distintos agentes que han demostrado prevenir la progresión. Actualmente se recomienda – desde el inicio de la radioterapia y hasta 2 semanas después de finalizada- el aseo diario con agua y jabón, la aplicación de corticoides tópicos de mediana potencia cada 12 horas, y las curaciones con apósitos de nylon con plata o sulfadiazina de plata tópica. Con esto se logra un efecto sinérgico de barrera, antimicrobiano y antinflamatorio.

1082

Ampollas por Coma o Ampollas del Coma

Carolina Peláez Velez[1], Enrique Loayza Sanchez[2]
[1]Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador, [2]Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador

Introducción:
El termino ampollas por coma hace referencia a un cuadro benigno y autolimitado, que se presenta en pacientes con disminución del estado de conciencia por diferentes condiciones; como en el presente caso asociado a fármacos inductores de sedo analgesia e inestabilidad hemodinámica.

Caso clínico:
Femenina de 76 años, hospitalizada por cuadro de neumonia por SARS CoV2 y posterior infección nosocomial con choque séptico; en ventilación mecánica, bajo sedo analgesia con fentanilo y propofol, drogas vasopresoras y antibiótico terapia de amplio espectro. Presenta cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por ampollas tensas, de contenido claro, sobre piel eritematosa, Nikolsky negativo; con distribución en tórax, dorso y extremidades superiores e inferiores; algunas lesiones estaban erosionadas y el resto de la piel normal. La biopsia de una lesión reveló una ampolla subepidérmica con necrosis de las glándulas sudoríparas ecrinas subyacentes, compatible con ampollas por coma. Se indicó al personal de UCI el carácter benigno del cuadro y sus probables desencadenantes. Se recomendó la aplicación de antibiótico tópico en las zonas afectadas y se dio seguimiento diario por una semana, sin evidenciar nuevas lesiones cutáneas.

Conclusión:
Las ampollas por coma se consideran una manifestación cutánea infrecuente, aunque probablemente infra diagnosticadas; se considera una patología de origen multifactorial, asociada principalmente a fármacos depresores del sistema nervioso central, hipoxemia por choque, presión y fricción de la piel, entre otras; que conducen a lesión de las glándulas sudoríparas ecrinas que son células con gran actividad metabólica.
La biopsia se considera definitoria en el diagnostico, siendo la necrosis de las glándulas sudoríparas ecrinas una característica histológica clave; además permite hacer el diagnostico diferencial con otras patologías graves como pénfigoide ampolloso y necrólisis epidérmica toxica.
No existe un tratamiento específico descrito, los antibióticos tópicos previenen infecciones secundarias. La resolución espontánea se da en 1 a 4 semanas sin dejar cicatriz o atrofia.

1103

Lesiones ulceradas perianales asociadas al uso de antihemorroidales tópicos

Pedro J. Navarro Guillamón[1], Ana Carmona Olveira, Alberto Andamoyo Castañeda, Marisol Contreras Steyls, Jose Andres Gonzalez Saavedra, Enrique Herrera Acosta
[1]*Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, Málaga, España*

Introducción: Dentro de la consulta de Dermatología, las úlceras en zona genital suponen un motivo de consulta frecuente. Además, estas lesiones incluyen un diagnóstico diferencial extenso.

Método: Se presenta el proceso hasta el diagnóstico en forma de caso clínico.

Caso clínico: Mujer de 71 años, derivada a Dermatología por úlceras perianales de más de tres meses de evolución y resistentes a tratamientos previos pautados por atención primaria (Imagen 1). Como antecedentes personales la paciente presentaba obesidad, hipertensión y dislipemia en tratamiento. Había venido realizando curas semanales en centro de salud e incluso tratamiento antibiótico oral y tópico. Las lesiones eran completamente asintomáticas. Previamente fue valorada por Cirugía Vascular, que descartó patología arterial asociada. A pesar de haber negado la aplicación de ningún tratamiento tópico más allá de los pautados por facultativos, ante la .pregunta directa de si aplicaba algún tipo de pomada antihemorroidal reconoció llevar varios meses aplicándola. De este modo se recomendó la suspensión de la pomada antihemorroidal objetivando así una evolución favorable (Imagen 2).

Discusión: Debido al amplio diagnostico diferencial que presentan, las úlceras perianales en ocasiones suponen un reto diagnóstico. Dentro del diagnóstico diferencial encontramos patología infecciosa como infección por VHS, sífilis o CMV. También encontramos patología inflamatoria como Enfermedad de Crohn, pioderma gangrenoso; pasando por neoplasias malignas como Enfermedad de Paget extramamaria o Carcinoma Escamoso anal. Por último y no menos importante, debemos pensar en úlceras por presión y siempre descartar causa farmacológica.
Recientemente ha sido publicada una serie de casos de úlceras perianales asociadas con el uso de pomadas antihemorroidales. Estos tratamientos son dispensados sin prescripción facultativa y en ocasiones son usadas de forma crónica sin control médico. Estas pomadas suelen combinar compuestos antiinflamatorios, anestésicos y reparadores. La mayoría contienen Triamcinolona 0.1%, Lidocaína al 2% y pentosano polisulfato sódico al 1%. Es conocido que la lidocaína posee efecto tanto vasoconstrictor como vasodilatador. Por otro lado la triamcinolona combina el efecto vasoconstrictor y la atrofia cutánea si es usada crónicamente. Por consiguiente, es razonable que jueguen un rol en la patogenia de estas úlceras perianales, más aun consiguiendo recuperación ad integrum tras el cese de su uso. Sin embargo, no ha sido hasta los útimos años la descripción de esta asociación, habiendo estado comercializadas desde hace muchos años.b

Conclusión: Es esencial realizar una anamnesis dirigida en la consulta dermatológica, pudiendo rescatar información relevante que el paciente puede omitir por considerarlo independiente de su proceso cutáneo. Presentamos un caso donde la anamnesis dirigida ha resultado fundamental para el correcto diagnóstico y tratamiento del cuadro.

Bibliografía:
Marín-Piñero D, Iglesias-Sancho M, Company-Quiroga J, et al. Múltiples úlceras perianales en relación con el uso de una pomada antihemorroidal con acetónido de triamcinolona, lidocaína y pentosano polisulfato sódico como principios activos: una serie de 11 pacientes españoles. Actas Dermosifiliogr. 2021;S0001-7310(21)00087-9. doi:10.1016/j.ad.2021.02.002

1113

Dermatitis flagelada por hongos shiitake

Leydi Natali Betancourth Cantero[1], Valeria Noguera[1], Hernán Staiger[1], Luis Daniel Mazzuccuolo[1]
[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*

Introducción
El consumo de las setas shiitake (Lentinula edodes) crudas o mal cocidas puede generar una erupción pruriginosa lineal de aspecto flagelado. Típicamente ocurre 24 horas a 5 días luego de la ingesta. Es una entidad rara, pero en los últimos tiempos ha sido comunicada con mayor frecuencia en relación al auge de la cocina oriental a nivel mundial que utiliza hongos de esta especie.

Caso clinico
Paciente de sexo masculino de 45 años de edad, con antecedente de HIV diagnosticado hace 27 años, con carga viral indetectable y recuento normal de CD4, en tratamiento con Efavirenz, Emtricitabina, Fumarato de disoproxilo de Tenofovir. Consultó por dermatosis intensamente pruriginosa de 48 horas de evolución. Refirió aparición de las primeras lesiones en dorso de manos y extensión posterior a tronco y miembros. Relacionaba el brote con consumo de setas de shiitake parcialmente cocidas un día antes. Negaba otros síntomas asociados como fiebre, malestar general, dolor abdominal, síntomas urinarios o respiratorios. Al examen físico se encontraba en excelente estado general y evidenciaba la presencia de pápulas eritematosas y papulovesículas que por sectores confluían formando placas de aspecto flagelado. La dermatosis afectaba axilas, pecho, abdomen, pliegues inguinales, cuello, manos, antebrazos y dorso de pies. No presentaba lesiones en mucosas ni adenopatías. Se solicitó hemograma, función renal y hepatograma, cuyos valores fueron normales. Las serologías para hepatitis B y la VDRL fueron no reactivas. Por el aspecto y distribución de las lesiones y el antecedente de la ingesta de las setas se llegó al diagnóstico de dermatitis flagelada por hongos shiitake. Se indicó tratamiento con clobetasol crema y cetirizina 10 mg por vía oral. Las lesiones resolvieron al cabo de 2 semanas y se suspendió el tratamiento.

Conclusiones
La dermatitis flagelada por hongos shiitake es una entidad rara, con exclusiva afectación cutánea y sin manifestaciones sistémicas. El diagnóstico no requiere estudio histopatológico ya que el antecedente de ingesta de estas setas y el aspecto flagelado de las lesiones son suficientes. Tiene un curso benigno y autoresolutivo, pero frecuentemente se indican corticoides tópicos y antihistamínicos para el alivio sintomático. A la fecha no hemos encontrado en la literatura casos comunicados en Argentina.

17. Dermatosis psicosomáticas, neurogénicas y psicogénicas

492

Síndrome de Ekbom (Delirio Parasitario), a propósito de un caso

Guillermina Giardini[1], Denny Durandal[1], Mariano Marini[1]
[1]*Sanatorio Güemes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

El Delirio Parasitario o Sindrome de Ekbom es un trastorno psiquiátrico infrecuente caracterizado por la creencia inquebrantable de presentar infestación en piel. Aunque el diagnóstico puede ser sencillo, el real desafío es establecer una fuerte alianza terapéutica.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 73 años con antecedente de estado depresivo, derivada al consultorio de psicodermatología por presentar, desde hace más de 6 años, una creencia inquebrantable de estar infectada con parásitos que caminan por debajo de su cuero cabelludo. Concurre al consultorio con insectos recolectados (signo matchbox) y al exámen físico presenta excoriaciones por rascado en el cuero cabelludo. La paciente no muestra otra función alterada o conducta extraña más allá del delirio, ni historia de abuso de drogas. Se establece el diagnóstico de Delirio parasitario según los criterios del DSM-5 y se indica tratamiento con risperidona 1.5 mg día, presentando sece de la ideación delirante a la cuarta semana.

Aunque el diagnóstico de esta patología puede ser sencillo, el real desafío es establecer una fuerte alianza terapéutica. Un alto porcentaje de los pacientes con Delirio parasitario se ven en la consulta dermatológica, siendo para el dermatólogo una patología de difícil manejo. Los médicos deben tener una comprensión básica clínica, epidemiológica y de tratamiento. El trabajo en conjunto en el espacio de psicodermatología permitió establecer el diagnóstico preciso y realizar un tratamiento adecuado, logrando total adherencia y buen resultado terapéutico.

539

Síndrome trófico trigeminal asociado a quiste epidermoide recurrente en el ángulo pontocerebeloso izquierdo

Alejan Aguilar Gonzalez[1], Omar Loza Escutia[1], Nancy Pulido Diaz[1], Ana María Escobedo Hernández[1], Marissa de Jesús Quintal Ramírez[1]
[1]Hospital de Especialidades CMN La Raza, Ciudad de México, México

El síndrome trófico trigeminal es un síndrome poco frecuente del cual se han reportado aproximadamente 200 casos en la literatura mundial.
Está caracterizado por la triada de hipoestesia, parestesia y aparición de úlceras en zonas que siguen la distribución del nervio trigémino, siendo lo más común presentarse en la división maxilar.
Se desconoce su patogenia exacta pero se asocia a daño a nivel central o periférico del nervio trigémino ya sea por ablación del nervio debido a neuralgia, eventos vasculares cerebrales o traumatismos; los cuales causan alteraciones en la sensibilidad de la zona fomentando automanipulación repetitiva por parte de los pacientes que finalmente desencadena en la aparición de úlceras.

Se presenta el caso de una paciente femenino de 28 años que inicia su padecimiento 8 meses previos con la aparición de fisuras en el ala nasal izquierda tratadas con termocoagulación sin mejoría; posteriormente se agregan mismas lesiones en labio superior izquierdo asociadas a prurito y sangrado ocasional. Como antecedente de importancia, meses previos fue sometida a resección de un quiste epidermoide en ángulo pontocerebeloso izquierdo.
A la exploración dermatológica se observa dermatosis localizada a cabeza que afecta cara en región de ala nasal y labio superior izquierdos, consistente en dos erosiones irregulares, acompañadas de fisuras lineales, cubiertas con costra sanguínea, que condicionan deformidad de la zona.
Dentro del abordaje diagnóstico se solicitaron paraclínicos reportando anticuerpos negativos y resonancia magnética de encéfalo encontrando quiste epidermoide recidivante en la cisterna del ángulo pontocerebeloso izquierdo que afecta a la porción cisternal del trigémino y del paquete acústico facial izquierdos. Se realizó biopsia de labio superior en la que se reportaron hallazgos inespecíficos. Se inició manejo a base de gabapentina con lo que presentó mejoría.

En conclusión el síndrome tráfico trigéminal es una condición rara que es importante reconocer de forma oportuna ya que permite realizar una intervención terapéutica temprana que evite secuelas permanentes en los pacientes. Debido a que es un diagnóstico de exclusión, primero se deben descartar otras causas de úlceras persistentes como lo son malignidad, procesos infecciosos, granulomatosis con poliangeitis, dermatitis facticia, entre otros.
Los hallazgos en la biopsia son inespecíficos pero pueden ayudar a descartar algunos de estos diagnósticos diferenciales.

El tratamiento es difícil ya que no existe un protocolo establecido y muchas veces los pacientes no reconocen su participación en la autoperpetuación de las lesiones. Entre las terapias que se han utilizado, se encuentran aquellas que suprimen la parestesia previniendo así la automunipulación de las lesiones como la terapia cognitivo-conductual y la administración de medicamentos como la gabapentina, carbamazepina, pregabalina, pimozida y amitriptilina; métodos de barrera para prevenir la manipulación como uso de mascarillas faciales termoplásticas y guantes. Además de estas terapias, también se puede ofrecer manejo quirúrgico para corregir las secuelas.

608

Liquen simple crónico en región anal, reporte de un caso inusual

Paula Thalia Larco Correa[1], Johana Ponton[1], Enrique Loayza[1]
[1]*Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador*

INTRODUCCION
El liquen simple crónico (LSC) genital se caracteriza por prurito masivo, constante y un curso crónico. La localización genital es infrecuente, y más aun a nivel anal. El diagnóstico correcto, así como la terapia de LSC anal representa un reto, debido a que el diagnóstico diferencial es amplio, y las posibilidades terapéuticas son limitadas.

CASO CLINICO
Presento un caso de una paciente de 47 años, tratada durante 25 años por un vitíligo generalizado; sin ningún otro antecedente patológico. Hace dos años, fue derivada por un tratamiento fallido, del departamento de Ginecología a nuestro servicio, debido a una lesión verrucoide muy pruriginosa de aproximadamente 3 cm en la región anal. El examen físico reveló placa verrucoide, exofítica, con una base eritematosa, con un aspecto macerado y blanquecino, que rodea el orificio anal que generó prurito intenso sin evidencia de mejoría con el tratamiento; Esta lesión se asienta sobre un parche de vitiligoide, que cubre la región anogenital. Realizamos una primera biopsia de la lesión, en la que encontramos características histológicas compatibles con liquen simple crónico e hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Se inició tratamiento con corticosteroides tópicos de potencia moderada, antihistamínicos y neuromodulares, sin mejoría de su cuadro clínico. Se realizó una segunda biopsia confirmatoria, obteniendo los mismos resultados. La paciente mantenía prurito intenso, por lo que se realizó exceresis total de la lesión, con posterior tratamiento con inhibidores de la calcineurina tópicos, además de neuromoduladores, sin recidiva de la lesión al mes y al control de los 6 meses postquirúrgico.

CONCLUSIONES
El Liquen Simple crónico anal es una patología que puede llegar a ser mal diagnosticada, y por ende el tratamiento puede ser fallido, los dermatólogos debemos tener un conocimiento claro de esta patología para realizar un diagnóstico preciso y poder brindar la orientación y terapéutica adecuada.

Palabras clave: liquen simple crónica, región anal, prurito anal, liquen plano

674

Tricotilomanía infantil: reporte de un caso

Álvaro Andrés Luque Acevedo[1], David Alfredo Castillo Molina[1], María Camila Velasquez Vargas[1], Zamira Paola Vargas Caycedo[1], Pula Celeste Rubiano Mojica[1], María Daniela Polania Tovar[1], Jesus Daniel Fierro Lozada[1], Julian Andrés Sucerquia Quintero[1]
[1]Funinderma, Bogota, Colombia

Introducción: La tricotilomanía (TTM) es un desorden psicocutáneo caracterizado por episodios recurrentes de tracción mecánica del pelo, el cual está incluido dentro del espectro de los trastornos obsesivos compulsivos. Poco se conoce respecto a su epidemiología, aunque se estima una prevalencia de cerca del 11% en la población en general, y en niños y adolescentes es menor del 1%. Los casos actualmente diagnosticados varían entre 0.6% a 3.4%, siendo las mujeres las más afectadas. La edad de inicio es entre los 9 y 13 años, caracterizándose por la aparición de áreas únicas o múltiples de alopecia con tallos pilosos de diferente longitud y forma. Generalmente, la densidad capilar es normal y la prueba de tracción capilar negativa. Es una entidad que requiere de manejo multidisciplinario. Consideramos pertinente la presentación de este caso puesto fue valorado inicialmente por el servicio de pediatría sin lograr un enfoque diagnóstico adecuado por las complejidad de la presentación del cuadro y las múltiples causas de alopecia infantil, dentro de las cuales la TTM constituye una etiología a tener presente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente masculino de 10 años de edad quien asiste en compañía de su madre, referido del departamento de pediatría, por presentar un cuadro de aproximadamente 1 mes de evolución de pérdida de cabello. Al examen físico se evidenció un área de alopecia lineal de 11.5 x 2 cm en la región frontoparietal. Se realizó prueba de tracción capilar la cual fue negativa. No se evidenciaron signos de inflamación, excoriación o cicatrices. Adicionalmente se encontraron signos de onicofagia en todas las uñas de las manos. Mediante la exploración con dermatoscopia se observaron tallos pilosos de distinta longitud, cabellos en «signo de la V», punto negros y vellos en crecimiento. Durante la anamnesis se realizaron preguntas dirigidas a la madre quien afirmó no haber notado cambios en el comportamiento del paciente ni haber evidenciado en él tracción capilar de la zona afecta.
Para complementar la historia clínica, aplicamos la prueba psicológica proyectiva de personalidad conocida como “test de familia” a través de la cual se evidenció un niño racional con espontaneidad inhibida, quien se reprime y se autocontrola generando tensiones emocionales fuertes manifestadas en niveles altos de ansiedad. Así mismo, presenta rasgos obsesivos compulsivos y presenta conductas inconscientes de autoagresión. Finalmente, se observa un niño que presenta conflictos entre su yo real e ideal con necesidades afectivas. Ante estos hallazgos realizamos el diagnóstico de alopecia infantil por tricotilomanía indicándose manejo tópico y valoración por psiquiatría infantil.

Conclusiones: Concluimos que para los casos como el que ejemplificamos en este reporte, es fundamental contar con una evaluación integral del paciente en sus diferentes entornos desde el primer nivel de atención en salud. Esto con el fin de lograr un diagnóstico temprano, adecuado tratamiento y poder prevenir posibles complicaciones según el caso. Consideramos de igual importancia que se deben tener presentes los diagnósticos diferenciales de alopecia infantil para instaurar un manejo multidisciplinario apropiado y oportuno que involucre al paciente y su familia.

744

La pandemia COVID-19 y su impacto en la propagación de vitíligo: un estudio transversal en México

German Guerrero Oliva[1], María Luisa Peralta Pedrero[1], Fermín Jurado Santa Cruz[1], Martha AlejanMorales Sánchez[1]
[1]*Centro Dermatológico "Ladislao de La Pascua", México, México*

Introducción
La pandemia de COVID-19 tiene un impacto estresante que desencadena una amplia gama de trastornos psicológicos y psiquiátricos. El vitiligo es una enfermedad dermatológica crónica, se asocia con una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos. La despigmentación puede ser una fuente de angustia psicológica grave, menor calidad de vida y riesgo de trastornos psiquiátricos.

Materiales y métodos
Un total de 125 pacientes con vitiligo no segmentario, fueron reclutados y encuestados, registramos sus características demográficas y se utilizó: Autoevaluación Vitiligo Extent Score (SA-VES) para valorar la despigmentación. El objetivo fue evaluar el impacto de COVID-19 en los pacientes con vitíligo comparando la extensión del vitíligo antes y durante la pandemia de COVID 19.

Resultados
El porcentaje de cambio vario de 0 a 0.89 en 75% de la muestra, p=0.001. El mayor porcentaje de despigmentación se encontró en manos, glúteos, genitales, codos brazos y parte posterior de las piernas. El treinta y dos por ciento (n = 40) de los pacientes encuestados interrumpieron su tratamiento dermatológico y la mediana de aumento en la extensión del vitíligo fue mayor en ellos, 0.42% (IQR 0-1.91) en comparación con aquellos que continuaron el tratamiento, 0% (IQR - 0,8 a 0,37). Además, el 64% presentó dificultades económicas por pérdida de empleo.

Conclusión
Los pacientes de vitiligo pueden ser más vulnerables a los factores estresantes, la importancia de los problemas emocionales o psicológicos se refleja en la progresión y remisión de las lesiones de vitiligo, se ha propuesto en estudios anteriores.

831

Dermatitis artefacta, un reto diagnóstico

María José Zorrilla Marina[1], María José Zorrilla Marina[1], Cinthya Paola Reyes Enríquez[1], Margarita Consuelo Corona Torres[1], Marisol Ramírez Padilla[1]
[1]Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México, México

Introducción
La dermatitis artefacta es una psicodermatosis en la cual el paciente se provoca lesiones cutáneas, negando la producción de estas, para satisfacer la necesidad de asumir un rol de enfermo de forma inconsciente. Con mayor incidencia alrededor de 20 años y predominio en sexo femenino.
Presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas, con mayor frecuencia se encuentran las excoriaciones, seguida por las úlceras, que se caracterizan por presentar bordes regulares con segmentos rectos, o angulares. La disposición de las lesiones, son sitios accesibles a las manos de los pacientes.
El motivo de presentación del caso, es el reto diagnóstico que implica, debido a que es una gran simuladora de diversas enfermedades dermatológicas, considerada un diagnóstico de exclusión.

Caso clínico:
Paciente masculino de 48 años, originario y residente de Guadalajara, Jalisco, sin antecedentes de importancia. Refiere iniciar padecimiento actual hace 1 año y medio, posterior a la picadura de insecto (no especificado) con la presencia de úlcera con centro necrótico, la cual ha ido aumentando de tamaño. Es referido al servicio de infectología, quien inicia tratamiento empírico con albendazol y decide interconsultar al servicio de dermatología para abordaje del caso. Al interrogatorio directo el paciente refiere manipulación de la herida con un alicate y << sensación de animales caminando sobre la herida.>>
A la exploración física se observa la presencia de dermatosis asimétrica, diseminada a cara, tronco anterior y extremidades superiores, con predominio en región frontal izquierda, polimorfa constituida por la presencia de úlcera de aproximadamente 15 x 10 cm, con exposición de hueso y tejido subcutáneo, bordes precisos, bien definidos, con socavamiento en el tercio inferior externo de la región frontal izquierda, sin salida de secreción purulenta, así como la presencia de múltiples máculas postinflamatorias y cicatrices atróficas de evolución crónica.
Los estudios de laboratorio se reportaron dentro de parámetros normales, así como serologías para VIH, VDRL, Hepatitis B y C, Trypanosoma e improntas para leishmania las cuales resultaron negativas.
Como parte del abordaje, se decide tomar biopsia de piel de la úlcera. La tinción HE demostró la presencia de fragmento de piel ulcerada, infiltrado inflamatorio con predominio de linfocitos a nivel de tejido subcutáneo con zonas de necrosis y detritos celulares. El cultivo para hongos y micobacterias, así como la Tinción Gram, Ziehl Neelsen, Giemsa y Wright se reportaron negativas. Se indica tomografía simple de cráneo, sin embargo el paciente no acude al estudio y se interconsulta al servicio de psiquiatría.

Conclusión:
El papel del dermatólogo para confrontar los conflictos psicosociales subyacentes, resulta imprescindible al momento de evaluar al paciente. La relación entre la historia clínica, cronología, personalidad y morfología de la lesión fueron clave para establecer el diagnóstico.
Actualmente la revisión de la literatura con respecto a la dermatitis artefacta en nuestro país es escasa, documentado casos clínicos y series de casos cortas. En el caso la forma de presentación y extensión de la lesión representa gran interés clínico, ya que puede ser de utilidad al realizar un diagnóstico diferencial con lesiones dermatológicas similares en otros pacientes.

922

Desinformación y aislamiento como factores agravantes de la dermatitis atópica: lecciones de la pandemia COVID19

José Manuel Busto Leis[1], Guillermo Servera Negre[1], Natalia Hernández Cano[1], Kyrylo Magaletskyy Kharachko[1], Khrystyna Krasnovska Zayets[1], Pedro Herranz Pinto[1]
[1]*Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

Introducción: Las exacerbaciones de la dermatitis atópica (DA) dependen altamente del estrés psicosocial. El confinamiento domiciliario de 2020 supuso el momento de mayor tensión de la pandemia COVID19, generando incertidumbre en pacientes con DA y dificultando su acceso al sistema sanitario. Este estudio pretende evaluar qué factores se asociaron con un empeoramiento percibido por parte de los pacientes tanto a nivel psicológico como en la gravedad de su enfermedad.

Materiales y métodos: estudio observacional transversal en formato de encuesta web, dirigido a adultos diagnosticados de DA reclutados durante el período de confinamiento domiciliario español (13/03/20-4/04/20), con dos orígenes: pacientes en seguimiento en el servicio de Dermatología del Hospital La Paz o vinculados a la Asociación de Afectados por la Dermatitis Atópica. Se analizaron modificaciones en variables epidemiológicas, sociales y clínicas; así como la percepción de la gravedad de la DA (mediante la escala POEM), los niveles de ansiedad y depresión (mediante las escalas HADS-A/HADS-D), y su relación con posibles factores exacerbantes como la infección por SARS-CoV2, los cambios laborales, la falta de información médica o la pérdida de seguimiento.

Resultados: 402 individuos completaron la encuesta. Un 86.8% presentó brote de DA; el 68.7% modificó su tratamiento, de los cuales un 28.6% lo hizo forma autónoma. La pérdida de seguimiento ocurrió en el 13.68%; un 10.2% no se pudo comunicar con el dermatólogo y un 32% consideró que la información recibida fue inadecuada. La mediana de POEM fue 15.8, de HADS-A 8.77 y de HADS-D 5.27. La falta de información sobre la DA se asoció con mayor puntuación de HADS-A ($p<0.001$), HADS-D ($p=0.006$) y POEM ($p<0.001$). La mediana de POEM fue mayor en pacientes que no pudieron resolver dudas respecto a su tratamiento ($p>0.014$). Los pacientes con cambios laborales (46.5%) presentaron mayores niveles de HADS-D ($p=0.044$).

Conclusiones: los estresores relacionados con la asistencia sanitaria son los que repercuten de forma más negativa no solo en los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes, sino también en la gravedad que atribuyen a su DA. Es necesario enfocar medidas específicas que garanticen el apoyo y seguimiento adecuados por parte del dermatólogo en situaciones de crisis sanitaria.

1097

Dermatite neglecta – relato de caso

Francisca Regina Oliveira Carneiro[1], Laís Carneiro dos Santos[2], Jerry da Frota Souza Filho[2], Maria Amélia Lopes dos Santos[1]
[1]Universidade do Estado do Pará, Belém, Brazil,
[2]Centro Universitário do Pará, Belém, Brasil

INTRODUÇÃO:
O termo dermatite neglecta foi proposto inicialmente por Poskitt e col. em 1995 para relatar condição que se desenvolve como resultado de uma auto-negligência voluntária ou inconscientemente por parte do paciente.1,2,3 .É uma doença assintomática que se caracteriza pelo acúmulo progressivo em uma área localizada da pele de secreção sebácea, suor, corneócitos e ou bactérias, resultando na formação de uma lesão crostosa hiperpigmentada ou placa verrucosa como conseqüência da falta de limpeza de uma parte do corpo ou região em particular. 1,2,4,5
O tempo de evolução varia de 2 a 4 meses.2 O diagnóstico diferencial inclui dermatite artefacta, nevo verrucoso, acantose nigricante, doença de Vagabond, dermatite hiperceratótica por Malassezia, papilomatose confluente e reticulada de Gougerot e Carteaud e hiperpigmentação pós-inflamatória.1,2
O tratamento inclui o aconselhamento e incentivo ao paciente a manter a higiene adequada das regiões afetadas.2

RELATO DO CASO:
Masculino, 20 anos, estudante, procura atendimento médico dermatológico com queixa de que há 5 meses surgiram de lesões no rosto semelhantes a “espinhas” drenando material similar a sebo (SIC). Ele fez uso de gel com peróxido de benzoíla 5% notando piora do quadro com lesões disseminando-se por toda a face.Como associava a piora das lesões ao uso do sabonete e do gel passou segundo informações de familiares a se recusar a lavar o rosto.

EXAME DERMATOLÓGICO:
Pápulas ceratóticas isoladas, agrupadas e coalescentes e algumas escamas graxentas e hipercrômicas, facilmente destacáveis comprometendo toda a face e poupando a área periobicular.
Biópsia de pele com histopatológico sem alterações significativas.

EVOLUÇÃO:
Orientação de medidas higiênicas, uso de ceratolítico e protetor solar FPS 30. O paciente evoluiu com grande melhora e resolução de 90% do quadro dermatológico.

DISCUSSÃO:
A dermatite neglecta, uma condição que resulta de hábitos de limpeza inadequados, apresenta desafios diagnósticos e terapêuticos.4 É frequentemente subdiagnosticada com poucos casos relatados na literatura.Ocorre por acúmulo progressivo de secreção sebácea, suor, corneócitos e bactérias levando a formação de lesões crostas, ceratósicas ou verrucosas constituídas por sujeira.1,5e
Seu principal diagnóstico diferencial é a dermatite artefacta, no entanto contrário dessa que resulta de ações agressivas e obsessivo-compulsivas que produzem e agravam lesões de pele a neglecta caracteriza-se por um ato de omissão. 3,6
O tratamento inclui o aconselhamento e incentivo ao paciente a manter a higiene adequada das regiões afetadas.2 Uma vigorosa fricção com gaze embebida de álcool ou sabão e água geralmente leva a uma resolução do quadro dermatológico.Agentes ceratolíticos e emolientes podem ser necessários para lesões mais resistentes e verrucosas.1,2
Os resultados do tratamento surpreendem os pacientes, os quais podem ser, inicialmente, relutantes a admitir que esta condição seja devida a negligência.2
Dermatologistas precisam estar cientes dessa patologia que pode ser clinicamente diagnosticada e tratada de forma eficaz e não dispendiosa, evitando, então, condutas desnecessárias e medidas terapêuticas potencialmente agressivas.1,5,6

1128

Neurolipomatosis dolorosa o enfermedad de Dercum

Cristian Javier Salazar Mestre[1], Ana Campastri, Ana Clara Acosta, Cesar Chiappe, David Muhafra
[1]Hospital José María Ramos Mejía - UBA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La neurolipomatosis dolorosa, también conocida como adiposis dolorosa o enfermedad de Dercum, es una rara patología que afecta a mujeres perimeopásicas con trastornos psiquiátricos o neurológicos de alguna índole. Se caracteriza por un sobrecrecimiento doloroso de tejido adiposo en forma de nódulos, que compromete diferentes segmentos corporales.
Si bien la etiología es aún desconocida, la enfermedad de Dercum se reconoce como una entidad clínica dentro del grupo de las lipomatosis. No existe una prueba confirmatoria para su diagnóstico, por lo que este se realiza en base a la presencia de lipomas dolorosos confirmados histológicamente, y asociado a las características clínicas propias de la patología. Presentamos a una paciente con diagnóstico de enfermedad de Dercum. El interés del caso es mostrar un síndrome poco conocido pero caracterizado por múltiples lipomas, que suelen ser motivo de consulta habitual en dermatología. Esta entidad tiene alto impacto en la calidad de vida, motivo por el cual es necesario conocerla para poder abordarla de manera integral.

Caso clínico: Se trata de una paciente femenina de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, cefaleas, depresión y trastorno de ansiedad en tratamiento con enalapril, lamotrigina, alprazolam y clonazepam, que consultó por un cuadro clínico de 3 años de evolución caracterizado por múltiples nódulos dolorosos en tronco, miembros superiores e inferiores. Se le solicitó laboratorios de rutina que no mostró alteraciones y se realizó biopsia de una de lesiones siendo compatible con lipoma maduro. Se instauró manejo del dolor con pregabalina y se derivó a cirugía plástica, neurología, psiquiatría y salud mental.

Se interpretó el cuadro como una enfermedad de Dercum al cumplir varias de las características clínicas descritas: sexo femenino, sobrepeso, debilidad, edad perimenopáusica, lipomas dolorosos, hipertensión arterial, amenorrea, alteraciones psiquiátricas y neurológicas.

Conclusiones: El interés de este caso radica en mostrar una entidad que si bien es poco frecuente, resulta necesario conocer a fin de poderla diagnosticar, mejorar la calidad de vida de los pacientes e impactar positivamente en el componente emocional que la patología representa.

18. Dermatosis vasculares

420

Acroangiodermatis secundaria a Sindrome de May Thurner

Nelly Valencia[1], Nelly Del Pilar Machado Benavides[1], Analia Pasquel[1], Vanesa Quezada[1], Vasilina Tamboskaya[1], Martin Acuña[1]
[1]Hospital del IESS Quito Sur, Quito, Ecuador

La Acroangiodermatitis o Seudosarcoma de Kaposi es una entidad angioproliferativa rara, benigna y autolimitada que incluyen a un grupo de enfermedades congénitas o adquiridas similares al Sarcoma de Kaposi. Se han descrito dos variedades : el tipo Mali, asociada a insuficiencia venosa crónica y el tipo Stewart Bluefart que se asocia a malformaciones vasculares y fístulas arteriovenosas . Presentamos el caso de un paciente con cuadro compatible con está entidad tipo Mali, con antecedentes de trombosis venosa profunda y con una úlcera sobre infectada. (1,2) debido a Síndrome de May Thurner.

Varón de 33 años. Con antecedentes personales de trombosis venosa profunda hace 9 años. Cuadro de 2 años de evolución de macula hipercrómica con pigmentación ocre en la cara interna del pie derecho. Y dos meses de evolución de macula hipercromica en el dorso del pie izquierdo en el centro de la lesión una úlcera de bordes irregulares cubierta de una costra mielicerica serosa purulenta que se extiende hasta el 1 er y 4 dedos del pie ; acompañado de dolor calor e imposibilidad funcional.

LABORATORIO:
CULTIVO : se observa presencia de Enterococos Fecalis. Sensible a Vacomicina.
ECO DOPPLER : En el miembro inferior izquierdo presencia de vena femoral con secuelas postromboticas y safena mayor insuficiente hasta el tercio superior del muslo.
HISTOPATOLOGÍA
Epidermis muestra cambios reparativos y acantosis, en la dermis papilar existe proliferación de vasos de pequeño calibre con endotelio prominente y ligera proliferación fibroblastica perivascular.

DISCUSIÓN
La acroangidermatitis es una condición muy poco frecuente caracterizada por la proliferación reactiva de los pequeños vasos sanguíneos en respuesta a un disturbio circulatorio crónico. El tipo Mali (dermatitis por estasis exagera) que suele verse en pacientes mayores, asociada a insuficiencia venosa crónica con compromiso bilateral.
Hay una proliferación vascular preexistentes que se observa en la hipertensión venosa, las malformaciones arteriovenosas o la fistulas arteriovenosas iatrogenicas adquiridas. La mayoría de los casos informados se han asociado a insuficiencia venosa pero también se han informado pocos casos de presentación espontánea.
El síndrome de compresión de la vena ilíaca, síndrome iliacavo de Cockett o de May - Thuner es una condición en la cual la vena ilíaca común izquierda se encuentra comprimida a su paso entre la arteria ilíaca común derecha y la columna a la altura del cuerpo vertebral de la quinta vértebra lumbar o el promontorio del sacro justo antes de la unión iliocava.Con la consecuente aparición de trombosis venosa profunda en la extremidad inferior izquierda, lo cual puede llevar a insuficiencia venosa crónica o trombosis repetidas a largo plazo.

514

Aftas orales y genitales y lesiones pustulosas en paciente con HLA B51+

Belén Pinilla Martín[1], Raquel Aragón Miguel[2], Fátima Tous Romero[1], Silvia Gallego Álvarez[1], María Concepción Postigo Llorente[1]
[1]Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid, España, [2]Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España

Introducción
La enfermedad de Behçet (EB) es una enfermedad multisistémica de expresión variable caracterizada por la aparición de aftas orales y genitales recurrentes y varias manifestaciones cutáneas y sistémicas, atribuidas en su mayor parte a vasculitis. Se define por criterios clínicos, estando debatida la inclusión entre ellos de las lesiones papulopustulosas cutáneas. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de EB de difícil manejo.

Caso clínico
Varón de 56 años HLA B51+ que presenta, desde hace 1 año, aftas orales y genitales persistentes y desarrollo de lesiones en cuero cabelludo, área inguinal, periumbilical y en falange distal de primer dedo de ambos pies. Dichas lesiones inicialmente se presentan como pústulas que confluyen formando placas exudativas y erosivas. Tanto las aftas como las lesiones pustulosas remiten con tratamiento con prednisona a dosis altas. No otra clínica acompañante. La biopsia muestra un infiltrado neutrofílico denso alrededor del folículo piloso, compatible con foliculitis aguda pustulosa. El paciente comienza tratamiento con inmunomoduladores, con control de las lesiones aftosas con sulfona 100 mg, colchicina 1 mg, prednisona 5 mg diarios, al que hubo que añadir isotretinoína 5mg, 5 días a la semana, para el control de las lesiones pustulosas.

Conclusiones
El diagnóstico de la EB es un diagnóstico que se establece por criterios clínicos. La presencia de lesiones papulopustulosas se considera un criterio menor para el diagnóstico y cuenta, además, con un amplio diagnóstico diferencial entre las patologías que cursan con esta clínica (acné, lesiones acneiformes, foliculitis…) por lo que es necesario demostrar en la biopsia la presencia de vasculitis o dermatosis neutrofílica (como es el caso de nuestro paciente) para su consideración como criterio. El manejo de la EB es complejo, dada su afectación multisistémica y al no disponer de un tratamiento específico. Las últimas guías europeas recomiendan (con un nivel de evidencia IV) el manejo de las lesiones crónicas, recurrentes, o clínicamente similares al acné conglobata o foliculitis decalvante como si de un acné vulgar se tratara. En el caso de nuestro paciente, la respuesta clínica estuvo claramente determinada por el uso de isotretinoína a dosis muy bajas, con la ventaja de ser un fármaco de uso en la práctica clínica diaria y de efectos adversos conocidos.
Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés con la industria farmacéutica para estos fármacos.

526

Acroangiodermatitis en paciente con microfístulas arteriovenosas: reporte de un caso

Eugenio Del Valle Espinosa[1], Paula Torres Camacho[1], Abraham Ziga Martínez[1], Luis Miguel Moreno López[1], Patricia Mercadillo Pérez[1], María Ivonne Arellano Mendoza[1]
[1]*Hospital General de México, Ciudad de México, México*

INTRODUCCIÓN
La acroangiodermatitis es una enfermedad angioproliferativa rara. La mayoría de las lesiones se observan en la parte extensora de las extremidades siendo de aspecto papular o nodular, eritematovioláceas y en ocasiones llegando a la ulceración; muchas veces semejando al sarcoma de Kaposi . Se presenta el siguiente caso:

CASO CLÍNICO
Mujer de 35 años sin antecedentes personales patológicos de importancia, con dermatosis localizada a la extremidad inferior derecha, afectando al dorso del pie en la base del segundo dedo; constituida por una úlcera de 15 x 10 mm, al fondo con costra melicérica, de bordes irregulares bien definidos, rodeada de una coloración eritematovioláceа, con escama fina blanquecina en su superficie, de dos años de evolución, la cual ya había recibido múltiples tratamientos sin mejoría. Como parte del protocolo de estudio, se realizó radiografía simple sin patología visible y estudios para M. tuberculosis negativos. El estudio histopatológico reportó la presencia en dermis papilar y reticular media de numerosos capilares de pared engrosada, dilatados, rodeados de moderado infiltrado inflamatorio linfohistiocitario con diagnóstico compatible con acroangiodermatitis. Fue referida al servicio de Angiología y Cirugía vascular, donde realizaron arteriografía encontrando múltiples microfístulas dependientes de la arteria pedia y plantar media con múltiples lagos venosos. Se propuso manejo con radiología intervencionista pero la paciente no aceptó y dejó de acudir a consulta.

DISCUSIÓN DEL CASO
A través del tiempo se ha nombrado de formas diferentes como angiopatía displásica congénita, pseudo-sarcoma de Kaposi y angiomatosis capilar acral. Este padecimiento tiene dos variedades: tipo Mali, relacionada con insuficiencia venosa crónica y el síndrome de Stewart-Bluefarb, el cual es más raro y se asocia con malformaciones arteriovenosas congénitas o adquiridas. La variedad más frecuente es la de Mali, que se observa en adultos mayores y predominando en el sexo masculino. Se decide presentar el caso de una paciente joven sin datos clínicos de patología venosa con una úlcera de larga evolución, dolorosa, no infecciosa, de evolución tórpida y difícil manejo. Gracias al estudio histopatológico se logró complementación diagnóstica con un estudio de gabinete que permitió encontrar el origen de la enfermedad, diversas microfístulas que hasta antes del inicio del padecimiento no habían tenido otra manifestación clínica. El manejo de la acroangiodermatitis es difícil por los riesgos vasculares que conlleva al no responder a tratamiento convencional con el uso de medias compresivas, llegando a requerir manejo quirúrgico para corregir el defecto que origina las manifestaciones. Este caso ilustra el algoritmo que debe seguirse para el diagnóstico etiológico de una úlcera crónica y sus diferenciales, sobretodo en pacientes jóvenes y sin otras comorbilidades aparentes.

530

Granulomatosis con poliangeítis. A propósito de un caso

Gina Waleska Guillén Mejía[1,2], Nora Waleska Escoto Álvarez[2]
[1]*Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras,* [2]*Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras*

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (antes granulomatosis de Wegener), es una rara vasculitis necrosante de vasos de pequeño y mediano calibre, de etiología desconocida, que afecta las vías respiratorias superiores e inferiores. Puede presentarse a cualquier edad, afecta por igual a ambos sexos con una incidencia anual de 5 a 10 por cada millón de habitantes. El diagnóstico se basa en la clínica sugestiva de vasculitis, determinación de Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA) y evidencia histopatológica del órgano comprometido. El tratamiento tiene una fase de inducción a la remisión y otra de mantenimiento. Las recaídas son frecuentes, por lo que requiere seguimiento a largo plazo. Tomando en cuenta la infrecuente aparición de esta vasculitis, la variedad de sus presentaciones clínicas, el riesgo de recaídas y considerando la ausencia de reportes de casos de esta enfermedad, a continuación, se presenta el caso de una femenina con esta patología.

Caso Clínico: Femenina de 27 años, procedente de Jesús de Otoro, Intibucá, ama de casa, alfabeta, sin antecedentes familiares de importancia. Ingresada en dos ocasiones previas por neumonía basal derecha y empiema pulmonar derecho. En esta ocasión cursa con cuadro de disnea, tos y dolor pleurítico de dos semanas, además de fiebre de una semana de evolución. Asimismo, otalgia, hipoacusia, rinorrea purulenta que ocasionalmente se acompaña de estrías sanguinolentas y malestar generalizado. Se interconsultó al servicio de dermatología por presentar dos úlceras en región frontal derecha y mama derecha. Al examen físico paciente taquicárdica, taquipneica, afebril, con SO%: 97%, dos úlceras en áreas ya mencionadas; profundas, de bordes elevados, violáceos y base limpia. Se observa deformidad de dorso nasal en silla de montar, en rinoscopia con perforación de tabique nasal y en otoscopia otorrea y perforación timpánica bilateral. En tórax se observa fístula en región axilar derecha y se auscultan abundantes crépitos en campo pulmonar derecho. Ante la sospecha clínica de Granulomatosis con poliangeítis se realiza biopsia de piel de ambas úlceras que reporta vasculitis granulomatosa que en correlación clínica confirma el diagnóstico. Se realizan exámenes laboratoriales: ANCA Positivos, ANA y Factor reumatoideo negativos, anemia normocítica-hipocrómica (10 g/dl), función hepática y renal normal. Cultivos de secreción de úlceras, BAAR de esputo seriado, Gene Xpert, ADA y serología por VIH negativos. Ultrasonido de mama derecha no reportó colecciones o masas. Rayos X de tórax con infiltrado pulmonar parahiliar derecho. Ultrasonido de tórax derecho con consolidación basal posterior asociada a escaso derrame pleural basal. TAC de senos paranasales con pansinusitis crónica y otomastoiditis crónica bilateral. Se presentó al servicio de reumatología quien inicia terapia con esteroides sistémicos a dosis de 1mg/kg/día, con lo que presentó mejoría de cuadro clínico.

Conclusión: La granulomatosis con poliangeítis es un trastorno multisistémico infrecuente de etiología desconocida, y en vista que las lesiones cutáneas están presentes en 14 a 50% de los pacientes durante el curso de la enfermedad, es necesario que el dermatólogo tenga conocimiento de esta patología pues el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno pueden lograr una recuperación completa, en caso contrario, la enfermedad puede ser mortal.

822

Lesiones vasculares en pediatría

Daisy Margarita Blanco Falette[1]
[1]Instituto Dermatológico, Santo Domingo, Rep. Dominicana

Las anormalidades vasculares pueden tener dos categorias de acuerdo a sus caracteristicas biologicas: Tumores o Malformaciones, ambas predominantes en niños. Es relevante describir que dichas lesiones van a ser tratadas con diferentes combinaciones de tratamiento dada la conducta expectante, por su tendencia a la involución; sin embargo hoy dia se ha podido demostrar que existen diferentes tratamientos para las lesiones vasculares en pediatria.

897

Purpura retiforme tras aplicación de pomada en una paciente con síndrome antifosfolipídico por tiroiditis crónica autoinmune

Katherine Natali Chuquirachi Mallaopoma[1]
[1]Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú

Introducción: La purpura retiforme puede ser desencadenada por diferentes etiologías y su evolución puede ser potencialmente grave. Este caso describe un desencadenante inusual de purpura retiforme en una paciente sin diagnóstico previo relacionado a esta patología.

Caso clínico: Mujer de 72 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada, poliartosis y osteoporosis ingresa a la emergencia por presentar lesiones cutáneas violáceas reticuladas dolorosas de 4 horas de evolución a nivel de cara externa de miembros superiores tras aplicación de pomada con contenido de salicilato de metilo más mentol asociado a compresión de la zona con bolsas de agua caliente por presentar mialgia en dicha zona. Se le cataloga como quemadura de 1er – 2do grado por lo que le indican analgesia y mupirocina tópica siendo dada de alta. Posteriormente lesiones incrementan de tamaño, aparecen ampollas y lesiones se tornan necróticas por lo que es hospitalizada. El cuadro fue compatible con purpura retiforme por lo que se ampliaron los estudios en búsqueda de la etiología. La biopsia cutánea mostró microtrombos de vasos pequeños y capilares desde dermis reticular y dermis superficial. Se observo a nivel laboratorial autoanticuerpo anti ACA positivo, anticuerpo antiperoxidasa en títulos mayores a lo normal. Se le realizo estudio ecográfico donde se evidencio signos de trombosis parcial en vena poplítea izquierda, nódulo solido isodenso de probable dependencia del lóbulo tiroideo izquierdo que a la eco BAAF presento: nódulo adenomatoso asociado a moderado infiltrado inflamatorio crónico linfocitario. Concluyéndose como purpura retiforme en paciente con síndrome antifosfolipídico secundario a tiroiditis crónica autoinmune. Se le administro anticoagulación a dosis terapéuticas, se realizo escarectomia y posterior colocación de injerto cutáneo por cirugía plástica presentado una evolución favorable.

Conclusiones: Se presenta este caso por presentar un desencadenante inusual de purpura retiforme. Es de gran importancia identificar de forma temprana la causa de fondo de esta patología, así proporcionar un adecuado tratamiento y evitar complicaciones potencialmente graves.

979

Tumores glómicos múltiples extradigitales

Nataly Carolina Berrezueta Córdova[1], Irvin Suástegui Rodríguez[1], José Alberto Ramos Garibay[1]
[1]*Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, México*

La Sociedad Internacional para el Estudio de las Anomalías Vasculares clasifica a los tumores glómicos dentro de las malformaciones venosas simples. Son tumores benignos poco frecuentes, que representan el 5% de todas las malformaciones venosas. Se originan del cuerpo glómico, estructuras ubicadas en la dermis reticular, especializadas en la regulación de la temperatura. Los dedos y región subungueal son áreas ricas en cuerpos glómicos, siendo las topografías con mayor frecuencia de presentación de estos tumores. La localización extradigital es infrecuente.

De los tumores glómicos se han descrito dos variantes clinicopatológicas: solitarios y múltiples. Los primeros son los más frecuentes, aparecen en la edad adulta y se localizan preferentemente en zonas acrales, sobre todo en el lecho ungueal. Los tumores glómicos múltiples, también llamados glomangiomas o malformaciones glomovenosas, son menos del 10 % de los casos, habitualmente se heredan con un patrón autosómico dominante de expresividad variable y penetrancia incompleta, aparecen a una edad más temprana, tienen un ligero predominio en hombres y no son dolorosos. Según su distribución, se dividen en glomangiomas múltiples diseminados, glomangiomas múltiples localizados y glomangioma congénito en placa. Se presentan como neoformaciones subcutáneas de 2 a 20 mm de diámetro, de color azul obscuro a púrpura, de consistencia blanda y con bordes bien definidos acompañadas de la tríada clásica: dolor espontáneo, hiperalgesia a la palpación y sensibilidad al frío. El diagnóstico diferencial se debe realizar con otros tumores dolorosos.
El diagnóstico es clínico y se confirma con biopsia. En la histopatología se observan células glómicas, vasos sanguíneos y músculo liso; según el componente que predomine pueden categorizarse como tumor glómico sólido (pocas estructuras vasculares y células musculares escasas), glomangioma (con componente vascular prominente) o glomangiomioma (con predominio del componente vascular y de células musculares lisas). Los tumores glómicos sólidos son el subtipo más frecuente (73 %), seguidos de los glomangiomas (25 %). El mejor tratamiento es la resección y se debe valorar sobre todo en los que son dolorosos.

Hombre de 19 años sin antecedentes familiares ni personales de relevancia. Acude por una dermatosis localizada a tronco de la que afecta región lumbosacra izquierda y fosa iliaca derecha; constituida por dos neoformaciones subcutáneas de 3 y 4 mm de diámetro, color azul pálido, de consistencia blanda y con bordes regulares y bien definidos. En las maniobras dirigidas no desaparece a la vitropresión. El tiempo de evolución es de al menos 5 años, a lo largo de los cuales ha cursado ocasionalmente con dolor punzante. A la dermatoscopía se observan áreas sin estructuras de color azul-violeta. Se realizó biopsia excisional de ambas lesiones y el estudio histológico reportó una proliferación bien circunscrita en la dermis profunda, constituida de vasos muy dilatados y congestionados, alrededor de los cuales se observa una hilera de células glómicas.
La mayoría de los tumores glómicos reportados son digitales y únicos, mientras que en nuestro paciente encontramos 2 lesiones en topografía extradigital, con imágenes dermatoscópicas y confirmación histopatológica. El manejo fue quirúrgico.

988

Reporte de Caso: Angiohistiocitoma de células multinucleadas

Diana Marcela Blandon Montoya[1], Martha Patricia Zavala Sierra[2]
[1]Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras, [2]Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras

El angiohistiocitoma de células multinucleadas es una entidad anatomoclínica poco frecuente. su naturaleza benigna y habitualmente asintomática hace que probablemente sea una entidad infradiagnosticada. Se la incluye entre las proliferaciones dendríticas dérmicas, como el dermatofibroma, y al igual que en éste, es difícil determinar si se trata de una verdadera neoplasia o un proceso reactivo. El curso benigno de la enfermedad, su tendencia a presentar lesiones múltiples y eruptivas que ocurren en áreas susceptibles de traumatismos y picaduras de artrópodos, y algunos casos de regresión espontánea van a favor de que se trate de un proceso reactivo.

Aparece con mayor frecuencia en mujeres, el 79% de los casos, habitualmente en edades medias de la vida (edades comprendidas entre los 24 y los 86 años), localizado preferentemente en el dorso de las manos o las muñecas y en los muslos, si bien se ha descrito casos con afección en la cara, tronco, el labio superior o las órbitas. Las lesiones bilaterales, aunque poco frecuentes, han sido descritas en la literatura médica.

Se presenta el caso de una mujer, 17 años, sin antecedentes patológicos personales conocidos, quien hace 1 ano presenta en mentón, lesión elevada, cupuliforme, de coloración rojo-violácea y consistencia firme, de 5 mm de diámetro, de crecimiento lento y de forma asintomática.

Se realizo estudio histopatológico, el cual presento una proliferación de capilares y vénulas dispersas en todo el espesor de la dermis, presencia de células gigantes multinucleadas.

El angiohistiocitoma de células multinucleadas es una dermatosis rara cuyo diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma por la presencia de características histopatológicas distintas. La etiología de esta enfermedad sigue siendo especulativa. La predilección por el dorso de las manos y el área alrededor de las rodillas plantea la posibilidad de que el trauma sea causal, y el predominio femenino implica una posible influencia de los cromosomas sexuales, quizás a través de mecanismos hormonales.

1020

Terapia dirigida para BRAFV600E en malformaciones arteriovenosas. Nuevas perspectivas

Nuria Rodríguez Garijo[1], Alejan Tomás Velázquez[2], Pedro Redondo Bellón[2]
[1]*Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España,*
[2]*Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España*

INTRODUCCIÓN
Las malformaciones arteriovenosas (MAVs) son malformaciones vasculares de alto flujo y representan el grupo más grave de anomalías vasculares. La cirugía, previa embolización selectiva, es el tratamiento de elección aunque su eficacia puede ser limitada por la elevada tasa de recurrencias, además de su efecto deformante. Actualmente no existen tratamientos médicos estandarizados. Recientemente se ha reportado en algunos estudios el papel mutaciones somáticas en KRAS/BRAF como causa en la mayoría de MAVs cerebrales y espinales. Mutaciones somáticas en MAP2K1 son una causa frecuente de MAVs extracraneales. BRAF es un potente activador de la vía MAPK, que desempeña un papel fundamental en la regulación, proliferación, diferenciación y supervivencia celular.
El objetivo de este estudio fue investigar la presencia de mutaciones en BRAF en MAVs.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se analizó la presencia de mutación BRAFV600E mediante técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) en muestras de pacientes intervenidos por MAVs en nuestro centro entre los años 2007 y 2018. La expresión de BRAFV600E se categorizó como: negativa (-), positiva débil (+), positiva moderada (++) o positiva fuerte (+++).

RESULTADOS
Se estudiaron 6 muestras de 4 pacientes intervenidos por MAVs, incluyendo 3 varones y 1 mujer. La edad media fue de 28,25 años (rango: 20-34 años). La localización de las lesiones fue región facial (2 pacientes) y extremidad inferior (2 pacientes). La expresión BRAFV600E fue débilmente positiva (+) en todas las muestras (6/6).

CONCLUSIONES
La IHQ en un método de cribado de mutaciones en BRAFV600E simple, con alta sensibilidad y una excelente correlación con la determinación molecular de la mutación. Esta técnica se emplea ampliamente en otros tumores como melanoma y podría ser de utilidad como primera línea en el diagnóstico clínico de las MAVs. Son necesarios estudios genómicos para determinar si existe mutación en BRAFV600E en estos pacientes así como para evaluar la eficacia de los inhibidores de BRAF y MEK en prevenir el crecimiento de las MAVs tras la resección quirúrgica o la embolización.

1047

Síndrome del nevus gomoso azul, una entidad poco frecuente

Elaine Charina Almanzar de la Torre[1], Laura Conde Vásquez[2], Fernanda Nanita de Estévez[3], Carmen Brito Gil[4]
[1]Residente de 3er año Dermatología, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, Rep. Dominicana, [2]Residente 4to año Dermatología, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo Este, Rep. Dominicana, [3]Médico Dermatólogo Histopatólogo, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo Este, Rep. Dominicana, [4]Médico Dermatólogo, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo Este, Rep. Dominicana

Introducción.
El síndrome de nevus gomoso azul (BRBNS) es un raro trastorno vascular, con aproximadamente unos 200 casos descritos a nivel mundial, caracterizado por la presencia de múltiples malformaciones vasculares en piel, tracto gastrointestinal y que puede tener implicación multiorgánica.

Caso clínico.
Masculino de 8 años, fototipo V, estudiante, procedente de Santo Domingo, con dermatosis diseminada que afecta cabeza, cavidad oral, tronco y extremidades superiores e inferiores desde los 6 meses de edad, acompañado de mareos.
Antecedentes personales y familiares: negados.
Al examen físico múltiples neoformaciones vasculares, azuladas, blandas,depresibles, de tamaños variados.
Estudios paraclínicos: Anemia microcítica hipocrómica severa, sangre oculta en heces, demás estudios dentro de parámetros.
Resonancia magnética de abdomen: Hemangioma hepático, quistes a nivel renal.
Estudio histopatológico: Hiperplasia de vasos sanguíneos con luces dilatadas irregulares, delimitadas por células endoteliales, paredes engrosadas fibromusculares. Fragmentación de fibras elásticas en sectores vasculares.
Paciente es seguido de forma multidisciplinaria con el departamento de gastroenterología pediátrica y hematología, tratamiento conservador con suplemento de hierro oral.

Conclusión.
El síndrome de nevus gomoso azul (BRBNS) es un síndrome poco frecuente, que se caracteriza por la presencia de múltiples malformaciones vasculares en piel y tracto gastrointestinal, excepcionalmente puede haber afectación a otros niveles, como pulmón, pleura, riñón, hígado, peritoneo o sistema nervioso central. La manifestación más frecuente de esta entidad es la anemia ferropénica secundaria al sangrado oculto de estas lesiones. Estos pacientes deben ser seguidos de cerca debido al riesgo de complicaciones hemorrágicas, incluso en sus primeros años de vida, ya que estas son las principales causas de mortalidad.

1096

Tumor glómico digital solitario

Karina AlejanCastro Delgado[1], Kathya Guisell Chinchilla Castañeda[2], Miriam Yolanda Gonzáles[3]
[1]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras, [2]Universidad Ncional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras, [3]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

Conflicto de interés: Autoras no presentan ningún conflicto de interés

Presentamos el caso de una paciente femenina de 61 años de edad, procedente de Tegucigalpa, sin antecedentes personales de importancia. Paciente acude a la consulta externa de Dermatología del Hospital Escuela, con dermatosis de seis meses de evolución, caracterizada por banda longitudinal en dedo índice de la mano izquierda acompañada de dolor neuropático, paroxístico, de igual evolución, al examen físico observamos banda longitudinal eritematosa de uña de dedo índice de mano izquierda, se evidencia hiperestesia táctil con solo el roce de la mano examinadora además se evidencia sensibilidad térmica con agua helada, en la falange distal del dedo índice de la mano izquierda, no se observa deformidad de la uña o de la articulación distal visualizándola en un plano lateral. Se interviene quirúrgicamente la paciente bajo anestesia local, se realiza exéresis completa de la masa, previa remoción total de la lámina ungueal. El informe histopatológico macroscópicamente describe fragmento ovalado de tejido de 0.4 x 0.3 x 0.2 cm, superficie lisa, consistencia firme, microscópicamente se observan agregados sólidos de células redondas monomorfas, núcleo redondo a ligeramente ovalado, citoplasma de contornos bien definidos eosinófilos, las células rodean luces vasculares pequeñas, algunas ramificadas y dilatadas llenas de eritrocitos, están inmersas en un estroma fibroso, denso y homogéneo, con estos hallazgos se diagnostica tumor glómico. Tras la cirugía la paciente permanece asintomática. Los tumores glómicos descritos por primera vez en 1812 por Wood, son tumores raros, vasculares, benignos y dolorosos hasta nivel incapacitante en algunos casos descritos en la literatura, los cuales tienen su origen en el cuerpo glómico, siendo estos más numerosos en dedos, es por eso que la localización acral es la más frecuente. Se han descrito casos en órganos internos, dividiendo el tumor glómico en digital y extradigital. Clínicamente se caracterizan por episodios de dolor paroxístico intenso, sensibilidad térmica e hipersensibilidad dolorosa al roce, siendo ésta la tríada clínica característica de este tumor. En las formas extradigitales el diagnóstico suele demorarse entre seis a diez años, ya que no se presenta la tríada clínica característica o por desconocimiento de esta patología. También pueden ser solitarios o múltiples, siendo más frecuentes las formas solitarias, aparecen usualmente como nódulos dérmicos de menos de 1 cm diámetro, la mayoría aparecen en el lecho ungueal y puede aparecer como nódulo digital o también presentar deformación de la uña. La historia clínica y el examen físico son de suma importancia para el diagnóstico, sin embargo el diagnóstico definitivo lo aporta la biopsia y la inmunohistoquímica. El tratamiento de elección es la resección completa de la lesión asegurando la desaparición inmediata del dolor sin recurrencia en el 90% de los casos.

1138

Capilaritis purpúrica lineal

Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza[1], Leyre Loidi Pascual, Jorge Arostegui Aguilar, Ingrid Hiltun Cabredo, Miriam Fernández Parrado, Juan Ignacio Yanguas Bayona
[1]*Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España*

Introducción: La capilaritis purpúrica lineal (CPL) es una entidad infrecuente, considerada una variante clínica de las dermatosis purpúricas pigmentadas (DPP). Consiste en la aparición de múltiples petequias sobre máculas hiperpigmentadas pardo-amarillentas. Es de curso crónico, benigno y se desconocen los mecanismos patogénicos de la misma.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 10 años que consultó por aparición de lesiones asintomáticas en mano, brazo y región escapular izquierdos. A la exploración se observaron múltiples pápulas eritemato-marronaceas de aspecto liquenoide de 2-6 mm de diámetro, que seguían un patrón blaschkoide con clara delimitación en línea media paravertebral. En la dermatoscopia se observaba un punteado hemorrágico difuso. Había sido tratada con prednicarbato con discreta mejoría de las lesiones, reapareciendo éstas en las mismas localizaciones tras su suspensión.
Con los datos clínicos se determinó el diagnóstico de CPL y se pautó Tacrólimus al 0,1%. La paciente no realizó el tratamiento y no hubo cambios en las lesiones a los 4 meses de seguimiento.
Las DPP son trastornos infrecuentes, que se dan más habitualmente en adultos, aunque se han descrito casos en niños. Clásicamente se han clasificado en cinco variantes, siendo la enfermedad de Schamberg la más frecuente. En 1992 se describió una nueva forma denominada DPP lineal, siendo más frecuente en niños y adolescentes.
La causa de la DPP es desconocida, aunque se ha relacionado con enfermedades autoinmunes, fármacos o infecciones. Respecto a los mecanismos fisiopatológicos, se ha propuesto la dilatación y fragilidad de pequeños vasos dérmicos superficiales. Se produce una alteración en las células endoteliales y una consiguiente fuga de hematíes. Este proceso desencadena una reacción de hipersensibilidad mediada por células.
La importancia de este diagnóstico radica en que, a pesar del aspecto purpúrico de las lesiones, éstas no se deben a una vasculitis, trombocitopenia o coagulopatía subyacentes. Debido a la distribución lineal de las lesiones, es necesario realizar diagnóstico diferencial con otras entidades como dermatosis inflamatorias lineales, enfermedad de Darier, etc.
Dada la naturaleza benigna y asintomática del cuadro, podría considerarse no realizar tratamiento alguno. Es importante informar de dicha condición a los pacientes.
La mayoría de las recomendaciones sobre tratamiento se basan en pequeñas series de pacientes sin una alta evidencia científica.
En cuanto a tratamientos tópicos, los más empleado son los corticoesteroides, que pueden aclarar las lesiones y reducir el prurito. Una alternativa son los inhibidores de la calcineurina, debido a la cronicidad y a la necesidad de regímenes terapéuticos prolongados.
Se ha propuesto la fototerapia en casos extensos o refractarios a tratamientos tópicos, debido a su efecto inmunomodulador.
Respecto a la terapia sistémica, se ha empleado la pentoxifilina oral y ácido ascórbico, el cual parece disminuir la permeabilidad vascular.

Conclusión: La capilaritis purpúrica lineal en una paciente pediátrica es una forma muy infrecuente de DPP. Describimos un nuevo caso, destacando el curso benigno de la misma, para así evitar procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios, lo cual especialmente relevante en pacientes pediátricos.

1172

Púrpura retiforme en paciente con asma y eosinofilia. A propósito de un caso

María Gamo Guerrero[1], Claudia García Martín[1], Kevin Díez Madueño[1], Ana Simón Gozalbo[1], Seidi Tirado Zambrana[2], Soledad Alonso García[2], Diana Velázquez Tarjuelo[1], Mº Ángeles Martín Díaz[1], Pablo de la Cueva Dobao[1]
[1]Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Introducción: Este caso clínico trata de una mujer de 61 años con los antecedentes de asma, rinitis y parestesias en miembros superiores, que presenta desde hace unas semanas placas de púrpura palpable retiforme en el dorso de ambos pies. Es interesante por la relevancia que tuvieron en esta paciente las lesiones cutáneas y su estudio para alcanzar el diagnóstico de una entidad clínica con afectación a nivel sistémico.

Caso Clínico: La paciente acude al Servicio de Urgencias refiriendo un cuadro de astenia, artralgias y febrícula intermitente de tres meses de evolución junto con aparición progresiva, en las últimas dos semanas, de edemas en miembros inferiores. Además, en los últimos cinco días, aparición de placas purpúricas de morfología retiforme en el dorso de ambos pies y en pliegue interglúteo. Las lesiones en dorso de ambos pies habían evolucionado en las últimas 48 horas a formación de ampollas tensas serohemáticas.

En la analítica de sangre se evidenció leucocitosis, eosinofilia severa (eosinófilos 6.7 10E3/ÂµL) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR, VSG y ferritina). Se decide ingreso para estudio, iniciándose tratamiento empírico con corticoterapia con la sospecha diagnóstica de vasculitis de mediano vaso dadas las lesiones cutáneas, con espectacular respuesta clínica y mejoría analítica, normalizándose la cifra de eosinófilos tras cuatro días de tratamiento corticoideo.

Durante el ingreso, la analítica muestra unos c-ANCA positivos (Ac. anti mieloperoxidasa: 28.03) y un electromiograma compatible con una mononeuropatía axonal sensitivo-motora del nervio mediano derecho.
Se realiza un frotis de sangre periférica, así como un TAC toracoabdominal para descartar origen tumoral del síndrome hipereosinofílico, sin encontrar alteraciones relevantes.
Los resultados histológicos mostraron una vasculitis leucocitoclástica asociada a microtrombos vasculares con abundantes eosinófilos a nivel perivascular e intersticial.
Ante estos hallazgos clínicos, analíticos e histológicos, se alcanzó el diagnóstico de granulomatosis eosinofílica con poliangeitis.

Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento con Metotrexate y Prednisona en dosis descendente, pendiente de inicio de tratamiento con Rituximab. De manera concomitante se han realizado injertos en sello secuenciales junto con terapia de presión negativa, con práctica epitelización completa de las úlceras.

Conclusión: Presentamos un caso de granulomatosis eosinofílica con poliangeitis en una paciente con historia de larga data de asma, eosinofilia y clínica neurológica nunca estudiada, en el que las lesiones cutáneas y los resultados de la biopsia fueron determinantes para llegar a un diagnóstico certero.

1173

Hemangioma elastótico adquirido, sigue siendo un desconocido

Maria Cruz Álvarez-Buylla Puente[1], Rosa Taberner Ferrer, Amador Solá Truyols, Jorge Adsuar Mas, Verónica Fernández Tapia, Cristina Nadal Lladó
[1]*Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España*

Introducción: El hemangioma elastótico adquirido (HEA) es un subtipo de neoplasia benigna de origen vascular descrito por primera vez en el año 2002 por Requena et al., en la que hallamos característicamente una proliferación de capilares en la dermis papilar dispuestos en banda, paralelos a la epidermis. Su presentación clínica habitual es en forma de placa eritematosa de bordes bien delimitados, localizada en zonas de piel fotodañadas de pacientes ancianos.
Se han descrito 50 casos en la literatura con este diagnóstico tras estudio histológico, todos ellos comparten características clínicas similares, sin embargo, no suele ser incluirse en la sospecha diagnóstica inicial.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 63 años, sin antecedentes de interés. Acudió a la consulta de dermatología por presentar desde hace aproximadamente 6 meses una lesión eritematoviolácea de crecimiento lento y progresivo en el dorso del antebrazo izquierdo. La paciente negaba otra sintomatología asociada, únicamente refería aumento de sensibilidad en la zona y no señalaba posibles desencadenantes. En la dermatoscopia se observó un patrón homogéneo violáceo con estructuras blancas brillantes distribuidas de manera uniforme.
Se realizó una biopsia de la lesión que otorgó el diagnóstico definitivo de hemangioma elastótico adquirido.

Conclusiones: Clínicamente el hemangioma elastótico adquirido (HEA) es una lesión difícil de identificar y fácil de confundir con otras lesiones más frecuentes como carcinomas basocelulares superficiales o enfermedad de Bowen. Sin embargo, su clínica, su localización y evolución típica, compartida por la mayoría de los casos descritos en la literatura puede permitirnos una alta sospecha diagnóstica de esta entidad. Además, los hallazgos dermatoscópicos, hasta ahora únicamente descritos en 2 publicaciones y que coinciden con los de nuestro caso, pueden suponer una importante ayuda en el diagnóstico.
Por otro lado, existen muy pocas opciones terapéuticas descritas hasta la fecha, la mayoría de ellas quirúrgicas. Creemos que deberían de plantearse otros tratamientos menos invasivos al tratase de lesiones de carácter benigno.

1177

Acroangiodermatitis de Mali: presentación de un caso atípico

Juan Antonio Gómez Navarro[1], Teresa de Jesús Corona Nuñez[1], José Alfredo Soto Ortíz[2], María de las Mercedes Hernández Torres[3], Guillermo Solís Ledesma[3], Georgina Sierra Silva[4]

[1]Residente de Dermatología. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México, [2]Médico Internista y Dermatólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México, [3]Dermatopatólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México, [4]Dermatóloga. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México

Introducción. Se expone un caso poco frecuente de acroangiodermatitis de Mali con presentación en un paciente joven a una edad inusual. La acroangiodermatitis, también conocida como pseudosarcoma de Kaposi, es una entidad angioproliferativa de los vasos cutáneos, benigna y poco frecuente. Engloba a un grupo de enfermedades congénitas o adquiridas, que se manifiestan clínicamente con lesiones cutáneas semejantes al sarcoma de Kaposi. Se presenta con mayor frecuencia en varones y, según la causa subyacente, puede presentarse desde la infancia hasta la edad adulta. No se conoce con exactitud la patogenia, pero se ha postulado que el aumento de la presión venosa y la estasis causan hipoxia crónica, induciendo de forma secundaria una proliferación reactiva de vasos dérmicos y fibroblastos. Se han descrito dos variantes de acroangiodermatitis: acroangiodermatitis de Mali y síndrome de Stewart-Bluefarb. Generalmente las lesiones se localizan en zonas de extensión de extremidades inferiores. Clínicamente se presenta como pápulas y nódulos que se pueden agrupar en placas, eritematovioláceas o marrón, de configuración irregular. El diagnóstico se apoya en los hallazgos histopatológicos como neoformación capilar en dermis, extravasación de eritrocitos, hemosiderina e infiltrado linfohistiocitario perivascular. Las recomendaciones terapéuticas son de evidencia baja y se han propuesto las medidas de higiene venosa (elevación de miembro afectado, vendaje compresivo, peso ideal), esteroides tópicos, eritromicina, dapsona y corrección de las alteraciones vasculares como escleroterapia y embolización.

Caso clínico. Femenino de 25 años, que presenta en pierna derecha en región de maléolo interno, múltiples máculas y pápulas de forma irregular, y una zona de incontables pápulas milimétricas que confluyen formando una placa cartográfica de 12.5 x 7 cm, superficie violácea con zonas de queratosis, costras hemáticas y violeta de genciana, bordes precisos en algunas zonas y difusos en otras, consistencia dura e infiltrada. Inicia padecimiento 12 años previos, con aparición intermitente de úlceras en pierna derecha y edema ipsilateral, asociadas a la bipedestación prolongada. Durante este tiempo se ha aplicado múltiples tratamientos como cremas humectantes, paracetamol, diclofenaco, así como violeta de genciana, sin mejoría. Entre los antecedentes de importancia presenta datos de insuficiencias venosa crónica. A la exploración física pulsos periféricos presentes. Se realizó biopsia por sacabocados y estudio histopatológico que reportó hallazgos compatibles con acroangiodermatitis. Se inicia tratamiento con hidrocortisona tópica al 1%, pentoxifilina y medias de higiene venosa.

Conclusiones. Presentamos un caso de una paciente joven que a una edad inusual presenta acroangiodermatitis de Mali, en la que se descartó sarcoma de Kaposi, que es el principal diagnóstico diferencial, tanto clínica como histológicamente. Es importante en estos pacientes el estudio histopatológico, así como los estudios de gabinete para estudiar en forma completa esta enfermedad. No existen tratamientos basados en la evidencia adecuados y el tratamiento debe hacerse con lo ya comentado, aunado a medidas de higiene venosa, ya que la mejoría de las alteraciones en el territorio vascular contribuye a disminuir las lesiones cutáneas y a prevenir la progresión.

19. Dermatosis vesículo-ampollares

525

Pénfigo paraneoplásico asociado a cáncer de mama

Patricia Yanina Quispe Lavado[1], Mónica Isabel Rueda Álvarez[1]
[1]*Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Peru*

INTRODUCCIÓN. El pénfigo paraneoplásico es una enfermedad ampollar mucocutánea infrecuente, clínica y patogénicamente heterogénea y clásicamente asociada a neoplasias hematológicas. Siendo escasos los reportes vinculados a otras malignidades. Se considera de interés la presentación de un singular caso relacionado a cáncer de mama, asociación extremadamente rara en esta patología.

CASO CLÍNICO. Paciente mujer de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, y artritis reumatoide mutilante de larga data. Se presenta con enfermedad cutánea de un año de evolución que inicia con lesiones ampollares a predominio de abdomen, recibiendo corticoides orales con aparente control de enfermedad. Hace dos meses lesiones reaparecen y se extienden a todo el cuerpo provocando dolor intenso y sensación de alza térmica. Cursa además con odinofagia y erosiones en mucosa oral las últimas dos semanas.
Al examen físico: Paciente postrada, quejumbrosa, en mal estado general. Marcada deformidad y resorción ósea en manos. Adenopatías axilares bilaterales múltiples. En hemitórax anterior derecho presenta deformación y retracción de areola mamaria, tumoración de consistencia dura de aproximadamente 7x4 cm adherida a planos profundos, y otras lesiones pápulonodulares y tumorales de menor tamaño. Evaluación de aparato respiratorio y cardiovascular sin hallazgos significativos.
Al examen preferencial, Ampollas flácidas con base eritematosa agrupadas en placas extensas en tórax, abdomen y extremidades alternando con áreas denudadas extensas. Signo de Nikolsky positivo. Lesiones ampollares aisladas en orejas y axilas. En región dorsal, se observan múltiples lesiones ampollares tensas con base eritematoviolácea agrupadas conformando lesiones de configuración anular.
Se observa lesión erosiva redondeada en paladar duro de aproximadamente 1 cm de diámetro.
Exámenes auxiliares.
Analítica y bioquímica: Anemia leve, linfopenia, hiperglicemia, hipoalbuminemia e hiponatremia leve. PCR: 204.3. Marcadores tumorales: CA 15.3: 1240, AFP: 1.72, CEA: 44.5.
Tomografía toraco-abdomino-pélvica: imagen hiperdensa de aspecto estrellado en la mama derecha.
Ecografía: Masa sólida en mama derecha sugestiva de neoplasia.
Biopsia cutánea: Ampolla subepidérmica con regular cantidad de eosinófilos. IFD: IgG positivo lineal en membrana basal, C3 positivo lineal en membrana basal, IgA negativo, IgM negativo.
Biopsia de tumoración torácica: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de patrón metastásico de probable origen mamario.

CONCLUSIONES.
Hasta donde alcanza nuestro conocimiento y en base a la revisión bibliográfica, el presente caso sería el segundo reporte de pénfigo paraneoplásico asociado cáncer de mama.

563

Péngigo herpetiforme: análisis retrospectivo, observacional

Marianela Geloso[1], Emila Candiz[1], Olga Forero[1], Lililana Olivares[1], Esteban Maronna[1]
[1]Hospital J.F. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Introducción:
El pénfigo herpetiforme (PH), variedad poco frecuente de pénfigo (6-7%), se caracteriza por combinar clínica similar a dermatitis herpetiforme e histopatología y hallazgos inmunológicos de pénfigo.
Se presenta con placas eritemato-edematosas y despegamientos ampollares, agrupados en ramillete. La afectación mucosa es rara.
Histológicamente evidencia espongiosis neutrofílica y/o eosinofílica con o sin acantolisis.
El diagnóstico se basa en la inmunopatología, inmunofluorescencia directa: IgG y C3 con patrón interqueratinocito. Algunos IgA.
Las serologías por ELISA, son positivas para Ac anti-desmogleína 1 y menos frecuentemente Ac anti-desmogleína 3.
El objetivo del trabajo es describir hallazgos clínicos, histopatológicos, de inmunofluorescencia y su correlación con los hallazgos serológicos por ELISA en un periodo de 3 años, coincidente con la introducción de este último método en el servicio.

Materiales y métodos:
Se analizaron historias clínicas de pacientes, con diagnóstico de Pénfigo Herpetiforme realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital "F. J. Muñiz", en período comprendido entre enero 2017 y enero 2020.
Criterios de inclusión: Clínica sugestiva, histopatolgía con espongiosis eosinofílica y/o neutrofílica con o sin acatolisis, IF positiva (IgG), serologías ELISA (DGS1, DGS3) Mayores de 18 años.
Criterios de exclusión: Tratamiento inmunosupresor previo.

Resultados:
Se analizaron 10 pacientes, 7 mujeres y 3 hombres, edad: 37 a 83 años. Respecto a la clínica, en tronco y extremidades, erosiones de fondo rojizo que alternaban en un 70% con ampollas tensas de contenido seroso/purulento, con disposición anular o en roseta, sobre piel eritematosa. Un 30% ampollas agrupadas en ramilletes, asociadas a placas eritematoedematosas de aspecto urticariformes.
Un 70 % tuvo afectación de cuero cabelludo y un 20% de mucosa oral. Un 90% presentó prurito.
El citodiagnóstico de tzank: células acantolíticas, polimorfonucleares y eosinófilos (80%).
La histopatología: Despagamiento ampollar, nivel subcorneo, y exocitosis de neutrófilos (80%). Epidermis con espongiosis y despegamiento ampollar suprabasal (20%).
La inmunofluorescencia directa: positiva para IgG y C3, patrón interqueratinocitos (90%). IgA y C3 (10%)
Las serologías por ELISA: Desmogleína 1 (90%) y Desmogleína 3 (10%). Un 30% presentó además títulos bajos de otros Ac.
En todos se realizó dosaje de Glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y se inició tratamiento con Dapsona (100mg/dia) asociado a corticoides sistémicos en descenso (1mg/kg/peso), con buena evolución, sin lesiones activas al mes de iniciado el fármaco.

Conclusiones:
La mayoría de nuestros pacientes con edad variada, presentaron clínica generalizada, con ampollas tensas de disposición anular/roseta y en ramillete, lo que obligó a realizar diferentes diagnosticos difenciales (dermatitis herpetiforme, DIAL). Los mismos se correlacionaron con despegamiento ampollar sucorneo por HP y DSG 1 por ELISA; 3 pacientes con ac contra blanco diferentes, los cuales se interpretaron secundario a "fenómeno de dispersión de epitopes".
Hubo además pacientes con compromiso de mucosa oral donde se constató, acatolisis suprabasal (HP) y DSG 3 (ELISA);
En todos la IFD, fue positiva para IgG y C3 interqueratinocitos, solo uno fue positivo para IgA. El tratamiento con Dapsona fue efectivo en el 100% de los casos. Destacamos la importancia de la inmunopatología, para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Palabras claves: Pénfigo Herpetiforme.

575

Penfigoide gestacional, una presentación poco usual

Sara Elizabeth Cameras Melchor[1], Cindy Guevara Hernández[1], Gloria Nayeli Vega Hernández[1], María Ivonne Arellano Mendoza[1], Patricia Mercadillo Perez[1]
[1]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Introducción:
El penfigoide gestacional es una enfermedad autoinmune que surge en el embarazo, representa un desafío diagnóstico debido a la baja incidencia que tiene dentro de las dermatosis gestacionales. La identificación temprana es de suma importancia por los múltiples diagnósticos diferenciales y el riesgo que representan para la salud del binomio materno-fetal de no ser tratados oportunamente.

Caso clínico:
Se presenta el caso de una paciente femenino de 35 años de edad, gesta 5, para 3, abortos 1, con embarazo de 27.2 semanas de gestación, que inició padecimiento el 29 de julio de 2019 con prurito en región periumbilical con posterior aparición de placas pápulo-eritematosas, de aproximadamente 5 mm, que en 24 horas se expanden de manera difusa en el abdomen y en una semana se generaliza afectando todos los segmentos corporales, incluyendo palmas y plantas, respetando mucosas y piel cabelluda. Con antecedentes de importancia como diabetes gestacional, madre Rh negativo y miomatosis uterina. La dermatosis se caracterizó por placas eritematoedematosas, bullosas, otras café claro, con escama fina, blanquecina en la periferia, algunas con costras melicéricas, de bordes irregulares, bien definidos, algunas con aspecto circinado que confluyen en áreas formando lesiones de mayor tamaño, otras se mostraron con aplanamiento de los bordes; ampollas de pared tensa, contenido seroso, base eritematosa, circulares. Se decidió realizar toma de biopsia, que reveló escasa celularidad y células acantolíticas, indicando la formación de vesículas por acantólisis, con reporte histopatológico de penfigoide gestacional. El manejo terapéutico consistió en corticoesteroides a 0.5 mg/kg/día y antihistamínicos, además del protocolo establecido para las comorbilidades. El 7 de octubre de 2019 acudió al hospital, a las 36 semanas de gestación, con ruptura prematura de membranas y falta de progresión del trabajo de parto, por lo que se decidió interrupción del embarazo por cesárea. A la exploración física no mostró lesiones activas, unicamente presentó hiperpigmentación postinflamatoria y sensación de prurito en palmas y plantas. Se obtuvo un recién nacido femenino sin alteraciones visibles en piel.

Conclusiones:
El objetivo de esta revisión es informar sobre el conocimiento actual del penfigoide gestacional a partir de un caso clínico debido a la baja incidencia dentro de las dermatosis gestacionales, centrándose en su diagnóstico y tratamiento como patología multidisciplinaria. Es importante diferenciarlo de otras dermatosis del embarazo, debido a un riesgo alto de recurrencia en embarazos posteriores, con síntomas más severos, y a las consecuencias deletéreas que tienen ciertas patologías sobre el feto y la madre.

668

Reporte de caso: Fogo Salvaje. A propósito de un caso

Melissa Rivera Maldonado[1], Isabel Cuellar Ríos[1], Maddy Mejía[1], Catalina Bravo Mora[1]
[1]Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá DC, Colombia, [2]Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

El fogo salvaje o pénfigo foliáceo endémico (PFE), es una variante del pénfigo foliáceo que se ha descrito con mayor frecuencia en zonas selváticas del Amazonas de países como Brasil, Venezuela, Colombia, Paraguay y Perú, (1) al igual que en Tunisia (2). A continuación, se presenta el caso de un niño con PFE, que a pesar de habitar en una zona tropical, no vivía en las zonas en las que frecuentemente se ha descrito esta variante. Adicionalmente, refería que nadie en su familia ni en su lugar de residencia, presentaba síntomas similares.

Caso clínico:
Se trata de un paciente de 14 años de edad, natural del Bálsamo, Magdalena y procedente de Zulia, Venezuela, quien ingresa remitido, por un cuadro de 2 años de evolución, consistente en aparición de lesiones ampollosas, que inicialmente, eran limitadas a la cara, pero después, presentaron compromiso de miembros inferiores y plantas de pie con limitación para la marcha. Durante esos dos años, fue visto en varias instituciones en donde realizaron diferentes abordajes terapéuticos, incluyendo esteroides sistémicos, con mejoría parcial de las lesiones y posterior reaparición de las mismas.
A su ingreso, paciente en eritrodermia, con compromiso del 90% de la superficie corporal total, dado por erosiones con escamas gruesas amarillentas y signo de Nikolsky positivo. En región dorso lumbar y miembros inferiores, ampollas flácidas y algunas pústulas. En láminas ungueales de manos y pies, líneas de Beau.
Con la impresión diagnóstica de fogo salvaje, se realiza biopsia de piel con inmunofluoresencia. La biopsia, mostró una ampolla subcórnea con células acantolíticas y células inflamatorias con predominio de polimorfonucleares, que también, estaban presentes en la dermis. La inmunofluorescencia directa reveló depósito de inmunoglobulina G granular fino intercelular con patrón de malla en la membrana de los queratinocitos.
De acuerdo a estos hallazgos, se confirma la sospecha diagnóstica y se inicia tratamiento con esteroide sistémico a 1mg/kg y Azatriopina a 2mg/kg como inmunosupresor adyuvante. Sin embargo, dado la poca respuesta clínica, se decide aumentar las dosis a 2mg/kg y 3mg/kg, respectivamente. Una semana después del cambio de dosis, se evidencia una mejoría significativa de las lesiones del paciente.

Conclusión:
Se ha descrito que el PFE es más frecuente en regiones tropicales con altitudes entre los 500 y 800 msnm (3) y se cree que hay una predisposición genética a desarrollar autoanticuerpos por una reacción cruzada con la proteína LMJ11 de la mosca de arena (4). En nuestro país, ha sido descrita en adultos, en una región de Antioquia conocida como el Bagre (5) y en niños (3), principalmente, en regiones de la Amazonía y la Orinoquía. En el caso presentado, el paciente provenía de una zona que no cuenta con las características geográficas típicas en las que se ha descrito esta variante, lo que nos recalca la importancia de tener en cuenta este diagnóstico independientemente de la zona geográfica de nuestro país, ya que como se vio en este paciente, puede comprometer significativamiente la calidad de vida y que con adecuado tratamiento, presenta mejoría completa la sintomatología.

692

Eficacia y seguridad del tratamiento con rituximab del penfigoide ampolloso desencadenado por inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (DPP4i)

Lula María Nieto Benito[1], Marta Bergón-Sendín[1], Ana Pulido-Pérez[1], Ricardo Suárez-Fernández[1]
[1]*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

Introducción: el penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad autoinmune crónica que precisa de tratamientos inmunosupresores/inmunomoduladores en aquellos pacientes refractarios al tratamiento con corticoides sistémicos. Este tipo de tratamientos tienen efectos adversos potenciales y pueden no ser definitivos en el control de la enfermedad. Rituximab es un anticuerpo monoclonal antiCD20 que ha sido demostrado eficaz en el tratamiento del PA con una respuesta mantenida y un perfil de seguridad aceptable.

Material y métodos: realizamos un estudio retrospectivo, observacional para analizar las características y la respuesta terapéutica de los pacientes diagnosticados de PA atendidos en nuestro centro entre enero de 2000 y junio de 2020. La dosificación, esquema terapéutico, efectos adversos y respuesta clínica al tratamiento con rituximab fueron evaluados.

Resultados: del total de 257 casos de PA, rituximab fue administrado en 6 pacientes. El antecedente de exposición previa a fármacos DPP4i (gliptinas) estaba presente en 4 pacientes (66,7%). La respuesta completa fue alcanzada en todos ellos (100%). El tiempo medio para alcanzar la respuesta completa fue de 3 meses y el tiempo medio de seguimiento de unos 26,5 meses. No se observaron recurrencias ni eventos adversos severos en ninguno de los pacientes tratados con rituximab.

Conclusiones: existe literatura creciente sobre la eficacia y la seguridad del tratamiento con rituximab en paciente con PA refractario. Por lo observado en nuestro estudio, rituximab también puede ser considerado como un tratamiento seguro y eficaz en el tratamiento de PA desencadenado por gliptinas.

715

Lupus eritematoso sistémico ampolloso en paciente joven: a propósito de un caso

Ana Melisa Gutierrez[1], Graciela Segura[1]
[1]*Hospital San Bernardo, Salta, Argentina*

Introducción: El compromiso cutáneo del lupus eritematoso sistémico (LES) ocurre en más del 75% de los pacientes. Dentro de estas manifestaciones, el lupus ampollar representa menos del 5% de los casos. Predomina en mujeres jóvenes, entre 20 y 40 años y en raza negra. En la literatura se describe su relación con nefritis lúpica (NL), y su presencia se asocia a peor pronóstico y enfermedad refractaria.

Caso Clínico: Paciente de 20 años, sin antecedentes conocidos. Inicia 3 meses previos con hipertrofia parotídea unilateral, artralgias de pequeñas y medianas articulaciones asimétricas, úlceras orales y nasales dolorosas con posterior aparición de lesiones ampollares tensas, en región perioral, tórax, abdomen, y miembros de predominio proximal. Posteriormente se agregan lesiones eritematosas circinadas dolorosas y pruriginosas cíclicas, con progresión de las lesiones a glúteos, cuello, miembros superiores y manos. Presenta, además síntomas sicca, fotosensibilidad, parestesias distales y prurito. Se solicitan estudios complementarios clasificatorios, (FAN 1/160 Homogéneo y Periférico, DNA 1/40, Sm positivo, Ac SSA positivo, C3 18 C4 46, Proteinuria 1.78 gr/24hs, biopsia de piel, riñón y glándulas con características definitorias), y se confirma el diagnóstico de LES con compromiso dermatológico y renal. Se inician pulsos de metilprednisolona, y micofenolato 3 gr/día, seguido de corticoides orales e hidroxicloroquina con lenta respuesta. Presenta controles posteriores logrando remisión en 6 meses.

Conclusión: El lupus bulloso es una enfermedad ampollar autoinmune rara dentro de las manifestaciones de LES y puede asociarse a nefritis. Puede ser la forma de inicio del LES o presentarse durante su evolución. El diagnóstico se basa en los criterios de Camisa-Sharma. La presentación clínica es una erupción versículo ampollosa aguda generalizada no limitada a zonas foto expuestas, dolorosa, asociada a prurito predominante en tronco, brazos, manos, cabeza, cuello. La mucosa oral y genital se ve afectada en el 51% de los casos. Como manifestaciones extra cutáneas reportadas la NL se presenta en el 50% de los pacientes, la mayoría clase III o IV. La evidencia serológica incluye la presencia positiva de FAN, DNAds, Ro, La, Sm, RNP, Complemento bajo. El tratamiento de elección es la dapsona. También son utilizados según el compromiso sistémico asociado, glucocorticoides, azatioprina, micofenolato mofetilo, etc. Destacamos la importancia de reconocer y diferenciar inicialmente esta patología ampollar, para instaurar tratamiento temprano por su difícil manejo terapéutico y por su asociación a compromiso sistémico y más frecuentemente renal.

783

Vacuna COVID-19 como detonante de penfigoide ampolloso, presentación de dos casos

Rubén Linares Navarro[1], Héctor Perandones González, Víctor Onecha Vallejo, Manuel Ángel Rodríguez Prieto
[1]*Complejo Asistencial Universitario de León, León, España*

Introducción:
El penfigoide ampolloso (PA) es una patología autoinmune debida a anticuerpos contra el hemidesmosoma. Entre sus factores desencadenantes reportados se incluye la vacunación. Comunicamos dos casos de PA tras la vacuna COVID-19.

Casos clínicos:
Hombres de 75 y 91 años que acudieron a Dermatología por ampollas tensas pruriginosas y erosiones en extrmeidades. No presentaban afectación de mucosas y el signo de Nikolsky fue negativo.
Sus lesiones aparecieron 24 y 48 horas tras la adminsitración de la segunda dosis de la vacuna Pfizer-BioNTech. 22 días antes habían recibido la primera dosis. No presentaron otras reacciones adversas. Uno de los pacientespresentaba una historia de cuadriplejia espástica. Ninguno de los dos había recibido fármacos nuevos durante los últimos dos meses.
La biopsia cutáneade los pacientes reveló una ampolla subepidérmica acompañada de un infiltrado compuesto por eosinófilos y linfocitos en dermis papilar. La inmunofluorescencia directa de piel perilesional mostró depósitos de IgG y C3 en la membrana basal. La inmunofluorescencia indirecta fue positiva para IgG anti-BP230 e IgG anti-BP180. También se detectó eosinofilia en ambos.
Fueron tratadodos con prednisona oral y corticoides tópicos con una respuesta muy satisfactoria.

Conclusión:
El PA es una enfermedad autoinmune debida a autoanticuerpos contra el hemidesmosoma.
Sus factores desencadenantes incluyen: fármacos, trauamtismos, infecciones, radiación UV, radioterapia, quemaduras y vacunación.
Las vacunas implicadas hasta a fecha son: gripe; Difteria, Bordetella pertussis y toxoide tetánico; Polio; Haemophilus; Pneumococcus; Hepatitis B; Herpes Zoster y Rabia.
El tiempo de latencia desde la administración de la vacuna varía entre 24 horas y dos meses.
La aparición rápida de algunos casos podría deberse a la presencia de anticuerpos patogénicos subclínicos en pacientes predispuestos, como los que se ven afectados por patologías neurológicas.
La hipótesis de extensión del antígeno ("epitope spreading) postula que insultos a la membrana basal, incluyendo inflamación o traumatismos relacionados con la vacunación, podrían ocasionar la pérdida de la tolerancia inmune a los antígneos de la membrana basal. Esto también podría explicar por qué el PA relacionado con la vacunación comienza frecuentemente cerca del lugar de inyección.
La similitud estructural entre la vacuna y los antígneos del penfigoide ampolloso también podría explicar este fenómeno. Sezin et al. comunicaron que un caso de penfigoide de mucosas anti-laminina 332 desarrollado tras vacunación de difteira-tétanos podría deberse a la homología entre el dominio de unión al receptor N-terminal de neurotoxina de Clostridium tetani y el dominio G4 de la subunidad alfa-3 de laminina humana, ambos parte de la superfamilia LamG. Sin embargo, se necesita más evidencia experimental para confirmar esta teoría.
La recurrencia de la enfermedad tra sla readminsitración de la vacuna implicada se ha reportado y podría considerarse como a confirmación de esta asociación. Por tanto, deberíamos estar vigilantes de la aparición o de lso brotes de PA subsecuentes a la vacunación de COVID-19. Damiani et al. han comunciado casos similares y recomiendan la vacunación complet a pesar de todo. También animan a los dermatólogos a monitorizar la inmunidad frente al COVID-19 en pacientes con PA que reciben inmunosupresores, ya que podrían verse disminuidos.

889

Uso exitoso de azatioprina en dermatosis lineal por IgA en un paciente renal crónico con múltiples comorbilidades

Susana Mejía Mesa[1], Sebastián Gil Quiñones[1], Daniela Palomino García[1], Martha Liliana Duque Bocanegra[1], Adriana Motta Beltrán[1], Mariam Rolon Cadena[1], Edgar Eduardo Roa Cortés[1]
[1]Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Introducción:
La dermatosis lineal por inmunoglobulina A (IgA) se define como una enfermedad vesículo-ampollosa subepidérmica, autoinmune, infrecuente. Se estima una incidencia de 0.2 a 2.3 casos por millón de habitantes-año, sin predilección por sexo o raza y puede presentarse tanto en población pediátrica como en adultos. Se caracteriza por el depósito lineal de IgA en la membrana basal dirigido contra diversas proteínas de la unión dermoepidérmica.
Clínicamente presenta múltiples ampollas tensas asociadas a placas policíclicas o anulares que presentan vesículas en la periferia, lo que se conoce como el signo del "collar de perlas". Las lesiones se localizan principalmente a nivel periorificial comprometiendo boca y ojos, tronco, región glútea y extremidades superiores. Esta puede presentarse de manera espontánea (ideopática) o asociarse a algunos medicamentos como la vancomicina, sin embargo, existen reportes asociados a ciprofloxacina, ceftazidima, levetiracetam, verapamilo y atorvastatina.
Dentro de las alternativas terapéuticas se ha propuesto como tratamiento de primera línea la dapsona y los corticoides tópicos. En una menor proporción se han descrito otros medicamentos como: doxiciclina, oxaciclina, eritromicina, sulfonamidas, nicotinamida, rituximab, metotrexate y etanercept.

El presente es el primer reporte conocido por los autores, de un paciente con dermatosis lineal por IgA tratado exitosamente con azatioprina asociado a corticoide sistémico

Caso clínico:
Paciente masculino de 56 años, natural y procedente de Bogotá, Colombia con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus insulinorequirente mal controlada asociada a nefropatía diabética con requerimiento de hemodiálisis. Ingresa por cuadro clínico de 15 días de evolución de aparición de ampollas pruriginosas localizadas en brazos, que posteriormente generalizan a tronco, abdomen y miembros inferiores. El paciente niega uso reciente de medicamentos o terapias naturistas.
A la valoración dermatológica se observan múltiples ampollas tensas, con contenido seroso, pústulas de bordes eritematosos y placas erosionadas comprometiendo extremidades superiores, inferiores, abdomen y tórax. Las lesiones en muslos con una distribución en rosetas. Se considera como impresión diagnóstica penfigoide ampolloso versus dermatosis lineal por IgA y se toma biopsia por sacabocado. El estudio histopatológico reporta formación de ampollas y vesículas subepidérmicas asociado a infiltrado mononuclear e inmunofluorescencia con depósitos lineales homogéneos de IgA en membrana basal, confirmando diagnóstico de dermatosis lineal por IgA.

Ante las comorbilidades del paciente y la imposibilidad de inicio de terapia con dapsona se decide inicio de corticoides sistémicos a bajas dosis y azatioprina 100 mg al dia. El paciente es dado de alta por mejoría y ha persistido sin lesiones por cuatro meses desde el inicio de tratamiento con azatioprina, presentando un aclaramiento total de su cuadro de base y algunas lesiones de aspecto cicatricial y/o residual.

Conclusiones: La dapsona es la terapia de elección en pacientes con dermatosis lineal por IgA. No obstante, otras alternativas inmunomoduladoras como la azatioprina pueden ofrecer resultados terapéuticos exitosos en pacientes en quienes estén contraindicados los tratamientos de primera línea o no sea posible el inicio de terapia biológica por escases de recursos o no disponibilidad.

1130

Dermatosis pustular subcórnea tratada exitosamente con dapsona oral y corticosteroides sistémicos

Laura Amelia Soto Rodríguez[1], Berta Saleta[1]
[1]*Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, Rep. Dominicana*

Introducción
Presentamos caso infrecuente de dermatosis pustular subcórnea tratada de manera exitosa con dapsona oral y corticosteroides sistémicos.

Caso clínico
Femenina de 68 años, fototipo IV, ama de casa, procedente y residente de Santo Domingo, con dermatosis que afecta axilas, tronco y región submamaria de un mes de evolución, pruriginosa.
Antecedentes personales de hipercolesterolemia, medicada con simvastatina 20mg tabletas, 1 tableta diaria, V.O.
Cuadro clínico: pústulas y vesículas de 1-2 mm acompañado de erosiones rodeadas por un collarete de descamación y excoriaciones puntiformes.
Estudios de laboratorio dentro de límites de referencia.
Histopatología: A nivel subcórnea, colección de neutrófilos, cuerpo mucoso subyacente con espongiosis difusa y exocitosis de neutrófilos. Dermis superior con infiltrados neutrofílicos.
Paciente tratada con dapsona 100mg tabletas, una tableta diario V.O y prednisona 5mg, 3 tabletas en la mañana y 2 al mediodía V.O por 7 días por un mes para luego continuar esquema de reducción, con excelente respuesta terapéutica.

Conclusión
La dermatosis pustular subcórnea es una entidad infrecuente y benigna con datos de seguimiento de pacientes en las literaturas limitados. Tiende a la recurrencia y cronicidad a pesar del tratamiento. Si bien la remisión a largo plazo es posible, no se puede predecir el curso de la enfermedad y no existe una cura definitiva para la misma. La dapsona es el tratamiento de elección con remisión de lesiones clínicas en 1-4 semanas, los glucocorticoides sistémicos constituyen la terapia de segunda línea y se pueden administrar cuando los pacientes no responden favorablemente a la terapia con dapsona o tienen contraindicaciones su uso. Cuando se limita a la piel, la salud general del paciente generalmente no se ve comprometida. No obstante, aquellos pacientes con trastornos sistémicos asociados pueden experimentar morbilidad y mortalidad relacionadas.

1133

Dermatomiositis vesículobulosa; una presentación inusual

Francisca González[1], Catalina Silva Hirschberg[1], Juana Benedetto Eblen[1], Alex Castro Méndez[2]
[1]Servicio Dermatología Clínica Alemana - Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile, [2]Servicio Anatomopatología Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción:
La formación de vesículas-bulas en la dermatomiositis (DM) es infrecuente. Hasta la fecha, se han reportado cerca de 66 casos. La DM vesiculobulosa (DMVB) afecta principalmente a mujeres entre la 5ª-7ª década. En la DM clásica la proporción hombre:mujer es de 1:2; en contraste, más del 75% de las DMVB afecta a mujeres. Las ampollas se desarrollan generalmente en codos, rodillas, tórax anterior y dorso. La fisiopatología es un edema intenso de la dermis papilar que se fundamenta en los hallazgos histopatológicos: ampollas subepidérmicas, edema dérmico, depósitos de mucina e inflamación perivascular superficial. La inmunofluorescencia directa (IFD) suele ser negativa, aunque puede encontrarse depósitos de IgM y C3 de forma granular inespecífica y C5b-9 perivascular.
La DM clásica se asocia a neoplasias en el 18-32% de los casos. Se ha propuesto que esta manifestación altamente inflamatoria y edematosa podría tener un mayor riesgo paraneoplásico, pues el porcentaje de malignidad en la DMVB es de 68%. Asimismo, existe un peor pronóstico si existen neoplasias malignas concurrentes, siendo clave su tamizaje en pacientes con DMVB.

Caso Clínico:
Mujer de 54 años con antecedente de cáncer de mama tratado hace 6 años, consulta por cuadro de tres meses de placas eritematosas pruriginosas en ambos muslos, asociado a fatiga, sin otros síntomas y exámenes generales normales. La paciente evolucionó con edema y progresión de las lesiones cutáneas. Al examen físico presentaba un exantema eritematoso con vesículas-bulas en región cervical, abdomen, brazos y muslos (Fig. 1). En los exámenes de laboratorio evidenciaron una leve elevación de GPT, PCR 2,1 mg/dL; CK total y complemento normal; antígeno nuclear extraíble (ENA), factor reumatoídeo y anticuerpos antinucleares (ANA) negativos; RPR no reactivo. La histología reveló edema subepidérmico extenso (bulas), paraqueratosis focal, cambios hidrópicos en la membrana basal y leve infiltrado linfocítico perivascular superficial con algunos neutrófilos y depósitos dérmicos de mucina. La IFD fue focalmente positiva para C3 en vasos superficiales (Fig. 2). Se realizó una resonancia magnética que mostró miositis de deltoides y trapecios. El panel de dermatomiositis evidenció niveles altos de anti-NPX2; el resto resultó negativo. Los anticuerpos antiantihistona y antiADN también fueron negativos. Paralelamente, se realizó un estudio paraneoplásico, sin hallazgos.
Se propuso el diagnóstico de DMVB y reportamos este caso dada la baja frecuencia de esta entidad y su probable asociación al cáncer de mama ya tratado.

Conclusión:
La asociación entre DMVB y neoplasias internas es bien reconocida y se sabe que las neoplasias pueden aparecer previamente, paralelamente o años después del diagnóstico de DM. Si bien en este caso el tamizaje de malignidades fue negativo y el cáncer de mama ya había sido tratado, el hallazgo de NPX2 apoya el diagnóstico de DM y sugiere que la DMVB puede tener origen paraneoplásico. Es necesario realizar un seguimiento estricto, con controles clínicos cada 4-6 meses al menos durante 3 años e imágenes cada 6-12 meses.

1141

Penfigoide ampolloso IgM: Reporte de caso

Ana Karen Hermosillo Loya[1], Maria José Zorrilla Marina[1], Aída Saraí Ramirez Gonzalez[1], Marisol Ramirez Padilla[1]
[1]Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, México

El penfigoide ampolloso (PA) es el trastorno ampollar autoinmune más común. El PA afecta a personas mayores con escasos informes de casos de PA en niños o adultos jóvenes. Clínicamente da como resultado la formación de ampollas tensas, pruriginosas y generalizadas sobre una base eritematosa, urticaria o no inflamatoria, con afectación de la mucosa en el 10-30 % de los pacientes. El PA se caracteriza por autoanticuerpos contra proteínas estructurales del hemidesmosoma, los dos autoantígenos principales que se han identificado son BP180 y BP230. Los exámenes inmunológicos muestran en su mayoría anticuerpos tipo inmunoglobulina G (IgG) y complemento 3 (C3) ligados a la membrana basal (MO); Son escasos los informes que describen la presencia de depósito de inmunoglobulina M (IgM) únicamente y la relevancia de este predominio en la patogenia y evolución de la enfermedad sigue siendo incierta.

Se reporta el caso de un paciente en la quinta década de su vida sin antecedentes patólogicos que acude a nuestro servicio por presentar cuadro clínico compatible con penfigoide ampolloso, con histopatología con presencia de ampolla subepidermica y una inmunofluorescencia directa (DIF) de la piel que reveló un depósito lineal de complemento C3 e IgM a lo largo de la unión dermoepidérmica. Se inicio tratamiento a base de corticoterapia, azatioprina y posteriormente Rituximab sin presentar curación en lesiones previas y continuando con aparición de nuevas lesiones, hasta llevar a la paciente a su fallecimiento.

Aunque los autoanticuerpos IgG son el hallazgo más frecuente en la PA y su fisiopatología está bien descrita, escasos estudios han informado la presencia de autoanticuerpos IgM y su importancia en la patógena de PA sigue siendo un tema de debate. La corticoterapia sistémica parece ser el tratamiento inicial mejor establecido para el PA. A este paciente se le aplicaron dosis altas de corticoides sistémicos e inmunosupresores con respuesta insatisfactoria. Nos planteamos la pregunta de si es posible que la presencia de depósito de autoanticuerpos IgM contribuya al fracaso del tratamiento en este caso. Es por eso que agregamos este caso para futuras investigaciones con el fin de aclarar la contribución patogénica de los autoanticuerpos IgM en el PA.

1146

Pénfigo foliáceo: a propósito de un caso

Alfredo García Mares[1], Guillermo Guhl Millán[1], Lucía Campos Muñoz[1], Alberto Conde Taboada[1], José Antonio Cortés Toro[2], Maria Luisa González Morales[2], Eduardo López Bran[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

El pénfigo foliáceo es una enfermedad ampollosa infrecuente, causada por la presencia de autoanticuerpos frente a la desmogleína 1. Las ampollas son muy frágiles, por lo que no suelen estar presentes en la exploración clínica. Este hecho, junto a la presentación inicial indolente, provoca que el diagnóstico sea diferido en muchas ocasiones. El presente trabajo (póster) pretende realizar una revisión de esta patología y de su manejo terapéutico actual a partir de un caso diagnosticado en la consulta de Dermatología General.

Paciente varón de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial (en tratamiento con losartán) e hiperplasia benigna de próstata (en tratamiento con silodosina) que es derivado por su médico de Atención Primaria por placas eritematodescamativas pruriginosas de varios meses de evolución. El cuadro comenzó hacía 6 meses como una lesión descamativa en costado derecho, de crecimiento centrífugo, que fue tratada empíricamente como tiña corporis, sin mejoría. El paciente refería empeoramiento en los últimos 2 meses, con extensión de las lesiones a extremidades y cara. A la exploración física presentaba zona amplia eritrodérmica en tronco y raíz de miembros superiores, con placas descamativas eritemato-violáceas en región periocular, tórax y miembros superiores e inferiores.

La analítica sanguínea únicamente halló linfopenia leve y el estudio inmunológico en suero no encontró autoanticuerpos (incluyendo anticuerpos anti-sustancia intercelular, con resultado negativo). Se realizó una biopsia de piel, en la cual se objetivó espongiosis eosinofílica e infiltrado perivascular superficial. Además, se describió una exoserosis y pérdida focal de la capa superficial epidérmica con acantólisis discreta. La inmunofluorescencia directa demostró depósitos de IgG en los espacios intercelulares, hallazgos compatibles con el diagnóstico de pénfigo foliáceo.

Se inició tratamiento con prednisona oral a dosis 1mg/kg/día para inducir la remisión. Ante la aparición de lesiones y prurito tras varias pautas descendentes, se comenzó tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) por contraindicación de fármacos inmunosupresores habituales (ciclosporina por HTA y azatioprina por linfopenia). La mejoría clínica fue únicamente leve, por lo que se decidió asociar rituximab a la IGIV (añadiendo clobetasol tópico en lesiones más sintomáticas), con buena respuesta.

Presentamos un caso de pénfigo foliáceo manejado con la combinación de corticoides tópicos de alta potencia, IGIV y rituximab. La sospecha clínica es vital para llegar al diagnóstico, siendo de elección el histológico con técnicas de inmunofluorescencia, debido a la baja sensibilidad de los autoanticuerpos circulantes en sangre. La prednisona continúa siendo el fármaco de elección para inducir una respuesta inicial, mientras que los fármacos biológicos e IGIV se sitúan como alternativa a los fármacos ahorradores de corticoides habituales.

1150

Síndrome de Hallopeau Siemens. Reporte de un caso con manifestaciones extracutáneas severas

Alejandro Becerra Sánchez[1], Corina Ochoa Orozco[1]
[1]*Instituto Mexicano Del Seguro Social, Hospital General de Zona #1, Colima, México*

Introducción
El síndrome Hallopeau Siemens o epidermólisis ampollosa distrófica recesiva (EADR) pertenece a un grupo de trastornos genéticos caracterizados por la fragilidad mecánica de la piel. Este grupo de enfermedades es causado por un defecto en el gen (COL7A1) que codifica la cadena alfa-1 del colágeno VII, lo cual conlleva a la formación de ampollas y erosiones cutáneas que curan con cicatrices atróficas. De acuerdo a la clasificación del consenso británico del 2020 el síndrome de Hallopeau Siemens es considerado la forma más severa de epidermólisis ampollosa, transmitida mediante herencia autosómica recesiva y es incluso más grave que las variantes dominantes. Representa una alta mortalidad y morbilidad debido al desarrollo de complicaciones sistémicas como la insuficiencia renal. En este reporte describimos el caso de un varón con larga evolución de la enfermedad con manifestaciones cutáneas típicas y extracutáneas severas.

Caso clínico
Masculino de 20 años de edad, originario de Colima, México, hijo de padres no consanguíneos, diagnosticado al nacimiento con EAen base a hallazgos clínicos y antecedente de familiares de línea paterna con el mismo espectro clínico. Durante el curso de su enfermedad desarrolló lesiones ampollosas y escoriaciones extensas que progresaron a malformaciones acrales. Requirió múltiples transfusiones sanguíneas por anemia severa; con seguimiento médico regular recibiendo tratamiento esteroideo tópico de alta potencia, sin mejoría. En el año 2015 fue revalorado por úlcera crónica en espalda con tejido de hipergranulación, friable con bordes regulares bien delimitados; se realizó biopsia con reporte histopatológico que concluyó inflamación crónica con infiltrado linfoplasmocítico. En los siguientes 5 años presentó deterioro de la función renal manifestándose con azoemia, proteinuria y hematuria. Mediante ultrasonido renal se evidenció disminución del volumen renal, siendo catalogado como enfermedad renal crónica. En el año 2021 ingresó a nuestro servicio con síndrome anémico y neumonía. A la exploración física, paciente caquéctico, retraso puberal, microstomía, glositis atrófica, anquiloglosia, úlceras orales, caries y dientes apiñados, alopecia cicatricial, cabello quebradizo. Piel con atrofia generalizada, lesiones ampollosas cicatriciales descamativas extensas, Nikolsky positivo y fisuras perianales. Extremidades con anoniquia, pseudosindactilia y deformidad en manopla. Los estudios de laboratorio revelaron anemia microcítica hipocrómica severa regenerativa, azoemia, hipoalbuminemia, hipoparatiroidismo secundario, hipocomplementemia. La tasa de filtrado glomerular fue 7 ml/min/1.73m^2 con síndrome urémico ameritando hemodiálisis urgente. Se colocó catéter temporal yugular derecho, sin complicaciones. Posterior a sesiones de hemodiálisis intermitentes, esquema antibiótico y transfusiones sanguíneas fue egresado con inclusión al programa de hemodiálisis crónica.

Conclusiones
La EAes una enfermedad rara cuya patogenia, manifestaciones clínicas y diagnóstico es complejo. En México se subestima la prevalencia por escasez de recursos para el diagnóstico genético. El espectro clínico enfatiza en lesiones cutáneas que suelen infectarse, considerada la complicación más frecuente; sin embargo, existen otras que comprometen la vida del paciente como la falla renal, segunda causa de muerte después del carcinoma celular escamoso; perpetuando el estado de anemia y con ello retrasando la cicatrización. Actualmente no existe un tratamiento específico, por consiguiente, el manejo continúa siendo un reto multidisciplinario con el propósito de limitar las complicaciones asociadas a la enfermedad.

1161

Ampollas en mucosas, un reto diagnóstico y terapéutico: reporte de dos casos

Maria Camila Garzon Portilla[1], Silvana Marcela Castillo Loaiza[1], Martha Lucía Gonzalez Tenorio[1], Liliana Eugenia Muñoz García[1]
[1]*Universidad Icesi - Fundación Valle Del Lili, Cali, Colombia*

Introducción:
El pénfigo vulgar es la variante mas común del grupo de los pénfigos (70% de los casos), generalmente la mucosa oral es el primer sitio de afectación, y puede haber compromiso de la mucosa conjuntival, tracto respiratorio superior, digestivo y genitourinario. Las lesiones en piel se manifiestan en promedio 4 meses después del compromiso de la mucosa oral. Se caracteriza por acantólisis y formación de ampollas intraepidérmicas, por autoanticuerpos IgG, contra la Desmogleina 1 y 3. La separación intraepidérmica de queratinocitos, resulta en ampollas flácidas, costras y erosiones.
Por su parte, el pénfigo paraneoplásico, es una enfermedad rara (3-5% de los casos), es agresivo y está asociado principalmente a neoplasias hematológicas, en 1/3 de los casos, las lesiones mucocutáneas preceden a la detección de la neoplasia. Se debe a reactividad cruzada entre autoanticuerpos contra antígenos de las neoplasias y antígenos en la epidermis, principalmente contra la plectina, desmoplaquinas, BP-230 y Desmogleina 1 y 3. Se caracteriza por estomatitis hemorrágica severa, de difícil manejo, y generalmente se disemina presentando lesiones polimorfas.

Presentamos dos pacientes con ampollas intraepidérmicas confinadas a mucosas, refractarias a múltiples inmunomoduladores.

Caso 1: Paciente femenina de 35 años, con cuadro de 12 meses de aparición de lesiones en mucosa oral, nasal y vaginal, de manera intermitente, desde hace 2 meses con lesiones persistentes y limitación para ingerir alimentos por dolor intenso. Había sido tratada como penfigoide de mucosas, con prednisona oral y aziatropina sin mejoría. La histopatología evidenció ampollas intraepidérmicas, con IFD positiva para depósitos de IgG en espacios intercelulares, también débilmente positiva para C3 e IgA. En 16 meses no presentó afectación de piel. Las lesiones resolvieron con Rituximab.

Caso 2: Paciente femenina de 51 años, con cuadro de 2 meses de ulceras en mucosa oral y vaginal, además al examen físico con conjuntivitis pseudomembranosa, ingresó a urgencias por limitación para la ingesta de alimentos, requiriendo nutrición enteral. En la hospitalización se encontró masa en parótida izquierda, resultando ser un linfoma difuso de células grandes B. La histopatología y la IFD de lesiones orales fueron compatibles con Pénfigo paraneoplásico. Recibió pulsos de corticoides con mejoría parcial, sin embargo, tras inicio de quimioterapia con R-CHOP (Rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristinay prednisona) presentó empeoramiento de las lesiones en mucosa oral, con mucositis hemorrágica severa, precisando manejo en unidad de cuidado intensivo. Ante las escasas posibilidades de iniciar otro inmunomodulador, se dió manejo con colchicina, logrando resolución de las lesiones.

Conclusiones:
Se trata de dos pacientes con dermatosis ampollosas limitadas a mucosas. La paciente 1, con pénfigo vulgar sin afectación cutánea en 16 meses, requiriendo manejo con biológico. La paciente 2, con pénfigo paraneoplásico, siendo una entidad rara y de altísima mortalidad, que tiende a generalizarse comprometiendo piel, en este caso confinado a mucosas y refractario a terapia biológica, presentando a la colchicina como opción terapéutica. El conocimiento de estos casos puede servir de orientación al dermatólogo, cuando la presentación clínica no está dentro de los rasgos usuales de enfermedades tan retadoras como las aquí presentadas.

1179

Epidermólise bolhosa distrófica: Aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de uma doença subdiagnosticada

Estefanía AlejanFernández Urrutia[1,2], Marina Ramos Baêta Neves[1,2], Felipe Aguinaga[1]
[1]Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Rio de Janeiro, Brazil, [2]Pontificia Universidad Católica Do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

INTRODUÇÃO: As epidermólise bolhosas (EB) congênitas correspondem a um grupo de doenças hereditárias caracterizadas pela formação de bolhas espontâneas ou induzidas por trauma. Classificam-se em 4 grupos principais: EB simplex, EB juncional, EB distrófica e Síndrome de Klinder. Essa divisão baseia-se na no nível de clivagem ultraestrutural. A variante EB distrófica (EBD) é causada por mutação no gene COL7A1 que codifica o colágeno tipo VII, componente principal das fibras de ancoragem. Relatamos um caso de EBD autossômica dominante, uma entidade rara com incidência de 2 casos por milhão de nascidos vivos, destacando alguns aspectos diagnósticos e terapêuticos.

RELATO DE CASO: Paciente de sexo feminino, 15 anos, estudante, sem comorbidades. Relata que desde os 8 anos de idade apresenta lesões vesico-pustulosas associadas a exsudato seropurulento no couro cabeludo, dorso e pescoço. Apresenta também politriquia e lesões cicatriciais tipo milium na região occipital e cervical posterior. No aparato ungueal apresenta distrofia no hálux direito e do primeiro quirodáctilo esquerdo.
Na história pregressa relata internação durante o período neonatal devido a lesões vesico-bolhosas que deixavam ulcerações. Nega antecedentes de alterações na dentição ou de casos similares na família. Em 2017, realizou biópsias que revelaram lesões tipo milium e bolhas subepidérmicas pauci-inflamatórias, compatível com epidermólise bolhosa. Na época, porém, não foram realizados outros exames complementares.
A paciente já havia feito tratamentos tópicos com corticosteróides de média e alta potência, derivados do alcatrão e antibióticos orais, sem resposta.
O hemograma e a bioquímica sanguínea eram normais.
Queixava-se de prurido intenso no couro cabeludo que piorava com suor e calor.
Inicialmente, foram orientados os cuidados locais, como higiene adequada e curativos a base de hidrogel. Como a sudorese é um sabido fator de piora do quadro, propiciando o surgimento de novas lesões, optamos por prescrever a oxibutinina oral como medida terapêutica complementar. Evoluiu com diminuição do prurido e melhora das lesões do corpo, porém melhora apenas parcial no couro cabeludo.
Foi solicitado sequenciamento genético de DNA extraído por swab bucal mostrando alterações patogénicas no gene COL7A1 compatíveis com Epidermólise Bolhosa Distrófica, autossômica dominante.

CONCLUSÕES:
Devido a alta variabilidade genética e diversidade fenotípica, a classificação adequada do subtipo de EB depende de exames complementares. O diagnóstico pode ser realizado por mapeamento de imunofluorescência ou microscopia eletrônica de transmissão. No Brasil, o acesso a esses métodos é limitado e, consequentemente, muitos pacientes não recebem um diagnóstico preciso. O painel de genes é útil para o diagnóstico da epidermólise bolhosa, com alta acurácia, e é economicamente viável, além de dispensar a necessidade de biópsia. Desta forma, decidiu-se realizar sequenciamento genético para o diagnóstico definitivo, disponibilizado pela Associação Americana de Pesquisa de Epidermólise Bolhosa Distrófica (DEBRA) no Brasil. O diagnóstico de subtipo de EB congênita permite determinar o tipo de herança e aconselhamento genético, objetivando o planejamento familiar e ajuste das expectativas terapêuticas. Na ausência de terapia definitiva, ressalta-se também o uso da oxibutinina como terapia complementar com melhora parcial do quadro, que era agravado pela sudorese, impactando na qualidade de vida da paciente.

20. Epidemiología

32

Estudio epidemiológico de las interconsultas hospitalarias solicitadas a Dermatología en un hospital español de tercer nivel

Camino Prada García[1], Ana María Carvajal Urueña[2], José Manuel Gonzalo Orden[3]
[1]Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, [2]Universidad de León, León, España, [3]Universidad de León, León, España

1. Introducción: La especialización en medicina obliga a los facultativos a mantenerse coordinados y en comunicación con otros servicios con el fin de poder ofrecer una atención integral al paciente. Esta colaboración es solicitada mediante la interconsulta, labor asistencial en general poco valorada, a pesar de que es una actividad potencialmente compleja, consume importante tiempo al consultor y considerables recursos hospitalarios. El objetivo ha sido examinar, describir y analizar las características de las interconsultas solicitadas al servicio de Dermatología del Complejo Asistencial Universitario de León durante el trienio 2014-2016 así como los aspectos que pueden incidir en su resolución. Para ello se analizaron variables de interés de cara al manejo de los pacientes, así como en relación a la calidad asistencial.

2. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se recogieron todas las interconsultas de los pacientes ingresados, efectuadas al Servicio de Dermatología desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2016. La población de estudio fueron todos aquellos pacientes ingresados en los diferentes servicios, excluido Dermatología y que desarrollaron patología cutánea durante su ingreso o ya la presentaban previamente a él y en los que se solicitó una interconsulta.

3. Resultados: De los 750 pacientes incluidos, 42,7 % fueron mujeres y 57,3 % hombres. Los días que más interconsultas se registraron correspondió a los lunes y el 74,0 % de las mismas se contestaron dentro de las primeras 48 horas tras su solicitud. El 41,3 % se correspondieron con procesos de entre uno y siete días de evolución. Los servicios médicos fueron los más solicitantes, principalmente Medicina Interna (37,9 %). Por grupos diagnósticos destacaron las dermatosis inflamatorias (36,2 %). El diagnóstico individual más frecuente fue el exantema medicamentoso (8,1 %). El 12,7 % de los pacientes presentó algún tipo de reacción adversa cutánea a medicamentos, destacando la vancomicina. En el 73,3 % de las interconsultas solicitadas no se requirió ninguna técnica diagnóstica, siendo la biopsia la más frecuentemente utilizada. En el 39,0 % de los casos el médico inició un tratamiento previo a la interconsulta, principalmente por vía sistémica, que fue modificado por el dermatólogo hasta en un 83,6 % de los casos. La mayoría de las interconsultas se resolvieron con la visita inicial. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los grupos diagnósticos respecto al sexo, a la edad y al tipo de especialidad solicitante, así como entre el tipo de especialidad y las técnicas diagnósticas requeridas o entre el destino del paciente al alta y la edad o el tipo de especialidad.

Conclusiones: La afección dermatológica en pacientes hospitalizados es muy prevalente y se debe, principalmente, a enfermedades comunes y de fácil manejo. La actividad consultora conlleva un importante impacto en el manejo de estos pacientes al originar un cambio en el diagnóstico y tratamiento, implica una mejora en la calidad asistencial, supone una reducción del coste sanitario, comporta una importante actividad formativa para los médicos residentes y proporciona una relación directa con otras especialidades.

430

Estudio transversal sobre el impacto de la Hidrosadenitis Supurativa en el nivel educativo y en el estatus laboral

Lorena Matilde Barboza Guadagnini[1], Julio Bassas Vila[2], Sebastian Podlipnik[1]
[1]Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España,
[2]Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España

Introducción
La Hidrosadenitis Supurativa (HS) se caracteriza por la aparición recurrente de lesiones inflamatorias, dolorosas y supurativas que pueden progresar a cicatrices hipertróficas, en áreas intertriginosas. La prevalencia mundial oscila entre el 1-4%, y suele debutar entre la pubertad y los 40 años de edad, por lo que puede tener un impacto negativo en el nivel educativo y en la productividad laboral. Se estima que el 58% de los empleados con HS se han ausentado del trabajo. La depresión es una comorbilidad frecuente en los pacientes con HS y no es sorprendente que los síntomas físicos puedan generar vergüenza, aislamiento social y menos oportunidades de empleo. Se ha estimado alrededor de un 23% de desempleo en los pacientes con HS.

Materiales y métodos
Se diseñó un estudio transversal con el objetivo de analizar el nivel educativo y estatus laboral, en relación con otras variables clínicas y epidemiológicas de los pacientes con HS visitados durante septiembre 2017 y 2018, en el Servicio de Dermatología del Hospital Germans Trias I Pujol.
Todos los pacientes diagnosticados de HS fueron invitados a completar un cuestionario durante la visita. Se les preguntó acerca de su estatus laboral, nivel educativo y otros ítems epidemiológicos. El cuestionario se completó con una exploración dermatológica. Se aplicaron métodos estadísticos convencionales.

Resultados
98 pacientes completaron el cuestionario, con una edad media de 39 años, en su mayoría mujeres (66%), el 60% tenía sobrepeso u obesidad y el 81% eran o fueron fumadores. Las comorbilidades más frecuentes fueron quiste pilonidal y depresión. La edad media de debut fue 23 años, con un retraso en el diagnóstico de 11 años en promedio. La mayoría de nuestros pacientes fueron clasificados como Hurley 2, y el área afectada con mayor frecuencia fueron las ingles. El 63% de los pacientes estaban empleados o eran estudiantes, el 12% estaban desempleados, el 19% estaban de baja por enfermedad o discapacidad permanente al momento del estudio. La tasa de desempleo fue similar a la tasa de desempleo de Cataluña en 2018 (12.2% vs 11.75%), pero si sumamos a los pacientes con discapacidad o baja por enfermedad, aumentaremos en 31% el grupo de "pacientes inactivos" en la actividad laboral. Diseñamos dos grupos, empleados/estudiantes y desempleados/enfermos/discapacitados, para analizar la relación con otras variables. La edad media del grupo empleados/estudiantes fue de 35 años y la del grupo desempleados/enfermos/discapacitados fue de 45 años. Identificamos una relación significativa entre el nivel educativo y la situación laboral. El promedio de días dolorosos en el último mes fue significativamente mayor en el grupo de desempleados/enfermos/discapacitados, así como la escala de dolor 1-10 fue mayor. El 19% de estos pacientes habian sufrido de depresión (p 0.002) y el impacto de la HS en el ciclo del sueño (escala 1-10) fue mayor. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las escalas de gravedad de la enfermedad y el estatus laboral, pero el promedio de DLQI y Sartorius fue mayor en el grupo desempleados/enfermos/discapacitados.

Conclusión
Nuestros resultados confirman el impacto socio-económico negativo de la HS.

618

Dermatitis atópica en Colombia: carga de enfermedad, calidad de vida y caracterización clínica y sociodemográfica

Gloria Sanclemente M.[1], Natalia Hernandez[2], Liliana Tamayo[3], Daniela Chaparro[4], Maria-Claudia Torres[2], Angela Seidel[5], Esperanza Melendez[6], Claudia Arenas[7], Lina Colmenares[8], Julio Amador[9], Mariela Tavera[2], Mauricio Torres[10], Oscar Mora[10], Andres Cortes[11], Paola Cardenas[2], Nancy Castro[2], Natalia Velez[8], Clara Ortiz[2], Oscar Medina[2], Monica Novoa[10]
[1]Grupo de Investigacion Dermatologica (GRID), Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia, [2]Consultorio Privado, Bogota, Colombia, [3]Universidad Pontificia Bolivariana, Medellin, Colombia, [4]Pontificia Universidad Javeriana, Bogota, Colombia, [5]Clinica Central del Quindio, Armenia, Colombia, [6]Hospital Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, [7]Hospital Universitario Dermatologico Federico LLeras Acosta, Bogota, Colombia, [8]Universidad CES, Medellin, Colombia, [9]Universidad Militar Nueva Granada, Bogota, Colombia, [10]Fundacion Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital San Jose, Bogota, Colombia, [11]Consultorio Particular, Medellin, Colombia

Introducción:
La frecuencia e impacto de la dermatitis atópica es un tema de creciente interés a nivel mundial. Publicaciones provenientes de diferentes países aparecen en la literatura médica resaltando características comunes y particulares; al igual que el aumento del diagnóstico en adultos. Es de vital interés conocer las características de la dermatitis atópica, así como el impacto en la calidad de vida y económico en nuestra población colombiana.

Objetivo:
Determinar características clínicas, sociodemográficas, carga, severidad e impacto en calidad de vida en pacientes con dermatitis atópica moderada a severa en Colombia.

Materiales y Métodos:
Este es un estudio transversal de corte descriptivo en pacientes con dermatitis atópica moderada a severa, en Colombia. La recolección de pacientes se realizó entre Junio y Noviembre de 2019. Se evaluaron aspectos sociodemográficos, se caracterizó la dermatitis desde lo clínico y lo clinimétrico, y se determinaron algunos costos relacionados con el tratamiento de la enfermedad y su impacto en la calidad de vida.

Resultados:
Se incluyeron un total de 210 pacientes (Mujeres: 112 (53%); Hombres: 98 (47%)) con un rango de edad entre 7-76 años (Edad promedio: 29 años). La mayoría de la población incluida era soltera (70%) y la mayoría eran profesionales (37%) o completaron la secundaria (27%). Solo el 41% de la población tenía algún tipo de ingreso económico mientras que el 59% dependían económicamente de alguien. El 39% de la población ha tenido que faltar al trabajo/estudio por la enfermedad. La DA fue diagnosticada en su mayoría por el dermatólogo (56%), seguido del médico general (17%) y del pediatra (15%). El promedio del porcentaje del área de superficie corporal comprometida, del puntaje SCORAD, del EASI y del HECSI fue de 33%, 42, 14, y 5, respectivamente.

Conclusión:
Este estudio con datos de vida real que incluye pacientes de diferentes ciudades de Colombia muestra un alto grado de afectación de los pacientes no solo desde el punto de vista clínico y emocional, sino también económico. Es necesario crear mayor conciencia de este problema entre los profesionales de la salud, particularmente en los que no son dermatólogos. Se requiere facilitar el acceso de estos pacientes a una atención en salud más integral que incluya tanto terapias no farmacológicas, como tratamientos más efectivos para la enfermedad debido a su gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

636

Prevalencia de pénfigos en Colombia según los datos del registro nacional en salud

Lina Paola González Cardona[1], Daniel Fernandez-Avila, Laura Patricia Charry Anzola
[1]*Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*

Introducción
El pénfigo es una enfermedad autoinmune crónica, caracterizada clínicamente por ampollas flácidas o erosiones en la piel y en las mucosas. Su patogenia se basa en autoanticuerpos pirincipalmente tipo IgG y/o contra proteínas estructurales de los desmosomas. La epidemiología de los pénfigos ha sido poco estudiada, principalmente en Latinoamérica dado que es una enfermedad poco frecuente, y son escasos los datos registrados en la literatura.
El presente estudio evaluó la prevalencia de los pénfigos, su distribución por edad y características demográficas en Colombia, basados en los datos del Ministerio de Salud entre el 2013 y el 2017.

Materiales y métodos
Estudio descriptivo de corte transversal, utilizando las bases de datos del Sistema Integral de Información de Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud de Colombia. Se seleccionaron los diagnósticos basados en el código internacional de enfermedades (CIE-10), para pénfigo vulgar (L100), pénfigo vegetante (L101), pénfigo foliáceo (L102), pénfigo brasileño (fogo selvagem) (L103), pénfigo eritematoso (L104), pénfigo inducido por drogas (L105), otros pénfigos (L108) y pénfigo no especificado (L109), en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre del 2017.

Resultados
En Colombia, desde el 2013 hasta el 2017, se registraron 2.632 casos confirmados de pénfigo, calculándose una prevalencia de 5.3 por 100.000 habitantes. Las variantes clínicas se distribuyen de la siguiente forma: pénfigo vulgar (31,4 %), pénfigo no especificado (30,9%), otros pénfigos (14,8 %), pénfigo foliáceo (8,6 %), pénfigo eritematoso (7,1 %), pénfigo vegetante (3,7 %), pénfigo brasileño (2,6 %) y pénfigo inducido por drogas (0,5 %). Respecto al género, se halló una relación mujer : hombre de 1,37 : 1, representando el 58 % las mujeres con 1.524 casos y los hombres un 42 % con 1.108 casos (Tabla 1). Los adultos de 80 años y más presentaron la mayor prevalencia de pénfigo seguido de las personas entre 75 y 79 años.

Conclusiones
En Colombia encontramos una prevalencia de pénfigo de 5,3 por 100.000 habitantes, una prevalencia mayor que lo reportado en Latinoamerica, el único estudio encontrado fue en Brasil donde se reportaron 3,4 casos por 100,000 habitantes(1). El único estudio que supera nuestra prevalencia es realizado en Irán en el 2005, reportando 30 casos por 100.000 habitantes, siendo la prevalencia más alta encontrada en la literatura(1). En nuestro estudio hubo un predominio de mujeres afectadas en una relación de 1,37 : 1, similar a lo encontrado en la literatura, donde las mujeres tienen una mayor frecuencia de la enfermedad.
Presentamos la prevalencia, frecuencia de variantes clínicas y características demográficas del pénfigo en Colombia, hasta el momento el estudio en Latinoamérica con mayor población estudiada. Como limitaciones del estudio encontamos la dificultad de compararlo con diferentes estudios epidemiológicos, dado su metodología, y el subregistro o registro equivocado de los profesionales de la salud.

Bibliografía
1.Chams-Davatchi C. Valikhani M, Daneshpazhooh. Pemphigus: Analysis f 1209 cases. International Journal of Dermatology. 2005; 44: 470-476.

672

Eritrodermia: Estudio epidemiológico de 38 casos

Anamá Di Prinzio[1], Dolores Pilar Bastard[2], Ana Clara Torre[3], Luis Daniel Mazzuoccolo[4]
[1]Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, [2]Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, [3]Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, [4]Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción:
La eritrodermia o dermatitis exfoliativa es un cuadro grave, potencialmente mortal, que se caracteriza por eritema y descamación que compromete más del 90% de la superficie corporal. Puede ser causado por diferentes enfermedades que pueden ser previamente conocidas o no. La identificación de la causa subyacente a este síndrome es uno de los retos diagnósticos más complejos de la dermatología. El objetivo de este trabajo es describir la etiología, características clínicas, hallazgos de laboratorio, y mortalidad de pacientes con eritrodermia.

Materiales y métodos:
Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes internados con diagnóstico de eritrodermia en el Hospital Italiano de Buenos Aires durante un periodo de 6 años.

Resultados:
Se incluyeron 38 pacientes, de los cuales 22 eran varones, con una edad media de presentación de 63 años.
El 40% (15/38) de los pacientes referían dermatosis previas, siendo la psoriasis la más frecuente (13/15) y en segundo lugar la micosis fungoide (2/15). En aquellos que no presentaban antecedentes de dermatosis (23/38) las reacciones adversas a fármacos fueron la causa más frecuente de eritrodermia (12/23), seguidas por el eccema (6/23). En promedio los pacientes requirieron 4 biopsias para arribar al diagnóstico. En el caso de micosis fungoide se necesitó la toma de 6 biopsias. Dentro de las alteraciones de laboratorio, los hallazgos más significativos fueron anemia (87% de los pacientes) y eosinofilia(38%). La mortalidad global fue de 5% (2/38), y estuvo asociada a la enfermedad de base (linfoma).

Conclusiones:
En este estudio observamos que la dermatosis previa más frecuentemente asociada a eritrodermia fue la psoriasis, de manera similar a lo comunicado por otros autores, seguido por las reacciones adversas a fármacos en aquellos pacientes sin antecedentes de dermatosis.
En coincidencia con la literatura, en múltiples ocasiones fue necesario realizar más de una biopsia de piel para arribar al diagnóstico de la etiología desencadenante y así indicar un tratamiento adecuado.
Si bien 2 pacientes de nuestra serie fallecieron, la causa de la mortalidad no se encontró asociada a la eritrodermia sino a la enfermedad de base.

777

Análise do perfil epidemiológico de pacientes atendidos em ambulatório de oncologia cutânea no interior do estado de São Paulo, Brasil

Roberta Akeme de Oliveira Sato[1], Laura Nunes Lopes Innocenti[1], Martha Hellena da Silva Pereira[1], Caroline Andrade Rocha[1], Celia Antonia Xavier de Moraes Alves[1], Juliana Arêas de Souza Lima Beltrame Ferreira[1]
[1]Faculdade de medicina de Jundiaí, Jundiaí, Brazil

Introdução: 27% dos tumores malignos do Brasil são neoplasias cutâneas. Alguns fatores de risco são: fototipos baixos, exposição solar e idade avançada. Os carcinomas basocelular e espinocelular correspondem aos tumores de pele mais comuns. O melanoma corresponde a cerca de 3% das neoplasias cutâneas diagnosticadas, sendo o índice de Breslow o seu principal fator prognóstico. Objetiva-se descrever as taxas de incidência das neoplasias cutâneas e as características da população local neste estudo.

Materiais e métodos: trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, transversal. Foram selecionados pacientes com diagnóstico histológico de neoplasia cutânea. As seguintes variáveis foram coletadas: idade, sexo, fototipo, tipo de neoplasia e número de lesões diagnosticadas. No caso do melanoma, também foi averiguado o índice de Breslow.
Resultados: foram selecionados 101 pacientes, sendo 52,4% mulheres. Destes, 65% apresentavam fototipo II. 75,7% tinham idade ≥60 anos, variando de 24 a 89 anos.
Das 393 lesões diagnosticadas, 62,3% eram carcinomas basocelulares, 30,5% carcinomas espinocelulares e 5,8% melanoma. Também foram encontrados 1 caso de linfoma não Hodgkin, 1 caso de angiossarcoma, 2 casos de carcinoma basoespinocelular e 1 caso de carcinoma de Merkel.
20 pacientes (10 homens e 10 mulheres) foram acometidos por melanoma, no total de 23 lesões. 65% dos indivíduos eram maiores de 60 anos de idade e 65% apresentavam fototipo II. Quanto ao índice de Breslow, 78,2% apresentavam <0,75mm, sendo 52,1% in situ.

Conclusões: a população da cidade deste estudo é composta por cerca de 75% de descendentes italianos, o que poderia justificar o encontro de quase 70% de indivíduos fototipos I e II na amostra. O fato de neoplasias cutâneas tanto melanoma quanto não melanoma serem mais frequentes em fototipos mais baixos também pode influenciar os dados encontrados.
A maioria da amostra consistia em indivíduos com idade maior que 60 anos, justamente a faixa etária mais acometida por neoplasias cutâneas.
Alguns dados da literatura mostram incidência maior de cânceres de pele em homens. Na nossa casuística, as mulheres foram discreta maioria. Isto pode ser devido à maior procura dos serviços de saúde por mulheres, conforme dados do IBGE,2019.
A maior proporção de casos de melanoma encontrada na casuística em relação à prevalência nacional descrita pelo INCA pode ser devido ao fato do presente estudo ser realizado em serviço terciário de saúde, onde é comum o acompanhamento de casos mais graves. Tal fato também poderia explicar o encontro de neoplasias rara, como o carcinoma de Merkel.
O índice de Breslow é o fator prognóstico mais importante do melanoma. 78,2% dos melanomas da amostra apresentavam índice <0,75mm. Outros autores como Bertoldi et al e Dimatos et al obtiveram em suas amostras, 70% com Breslow <1mm e 54,1% <0,75mm, respectivamente.
O conhecimento da população atendida em qualquer serviço de saúde é de suma importância na elaboração de políticas de saúde que visem melhor atendimento e alocação de recursos mais efetiva de acordo com a população local. Sendo assim, qualquer serviço de saúde deve procurar conhecer sua população atendida e suas maiores necessidades a fim de proporcionar um cuidado de excelência.

785

Dermatosis en los trabajadores asociadas al uso de protección personal para la atención de pacientes con infección por COVID-19 en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, Ciudad de México 2020-2021

Luis Carlos Morales Godínez[1], Esther Guadalupe Guevara Sanginés[1]
[1]*Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Ciudad de México, México*

Introducción: Tanto los trabajadores de la salud como personal hospitalario han brindado atención a pacientes infectados por COVID-19 desde que inició la pandemia, utilizando equipo de protección personal durante largas horas lo que ha desencadenado la presencia de diferentes dermatosis asociadas al equipo de protección personal como lesiones por presión, dermatitis de contacto y exacerbaciones de enfermedades preexistentes. El objetivo del estudio fue describir las dermatosis en los trabajadores hospitalarios asociadas al uso de protección personal para la atención de pacientes con infección por COVID-19 en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, Ciudad de México durante el 2020 y 2021.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal de abril 2020 a octubre de 2021, obteniéndose una población de 335 pacientes que participan directa e indirectamente en el manejo de pacientes con COVID-19.

Resultados: 78.5% fueron mujeres y 21.5% hombres; 40 años fue la edad promedio; los grupos de trabajadores que consultaron con más frecuencia fueron: enfermería 60%; área de nutrición 9.3%; médicos 8.4%. 369 diagnósticos clínicos, de los cuales las dermatosis documentadas fueron: Dermatitis de contacto en manos 30.4%; dermatitis por presión en nariz 27.4%; dermatitis acneiforme y acné inflamatorio exacerbado 9.8%.

Conclusiones: Las dermatosis asociadas al uso de equipo de protección en personal que trabaja directa e indirectamente con pacientes COVID-19 positivos intrahospitalario son frecuentes; encontrándose que el personal de enfermería son el grupo más frecuentemente afectado con un 60% y que la dermatosis diagnosticada con más frecuencia fue dermatitis de contacto en manos en 30.4% de los casos. Este es el primer estudio realizado en una institución del seguro social sobre dermatosis por COVID-19 en Ciudad de México.

838

Encuesta global muestra un alto impacto de la pandemia en las rutinas de cuidado facial y salud de la piel

Nada Baalbaki[1], Diane Young[2]
[1]CeraVe, LLC, New York, United States, [2]Iposos France, Paris, France

Introducción: La pandemia COVID-19 ha cambiado notablemente las prácticas de higiene de manos en todo el mundo. Realizamos una encuesta global para identificar hábitos y rutinas de limpieza facial durante la pandemia COVID-19. A continuación mostramos los resultados, con especial énfasis en los países iberoamericanos

Métodos: En abril 2021 se llevó a cabo una encuesta online que incluyó 10,100 sujetos entre 18 y 65 años de edad de 23 países, incluyendo México, Brasil, Chile y España, y 4 continentes. Cada país iberoamericano aportó 500 individuos, seleccionados utilizado el método de cuota para asegurar una representación de género, edad y región que reflejara la población de cada país.

Resultados: Las respuestas a la encuesta global mostraron que el 28.6% de los participantes notaron un cambio en la salud de su piel facial debido a la pandemia COVID-19, y un 15.2% indicó que su salud cutánea había empeorado. La pandemia modificó la rutina de limpieza facial para mas del 75% de los sujetos en México, Brasil y Chile, pero solo para el 56.6% de los sujetos españoles (menos que la media global, de 63.9%).
Más encuestados de Brasil consultaron a un dermatólogo (43.8%) en el año previo a la encuesta, excediendo la respuesta global (31.1%) así como la de México (29.8%), Chile (32.7%) y España (28.2%). De manera similar, el 17.0% de los encuestados de Brasil buscaron consejos de un dermatólogo sobre limpieza facial, de forma online o en persona, más que en México (11.4%), Chile (11.6%) y España (9.8%).

Conclusiones: La pandemia COVID-19 se asocial con un cambio en las rutinas de limpieza facial de forma global, así como en México, Brasil, Chile y España.

890

Epidemiología y características demográficas del lupus cutáneo en Colombia entre el 2015-2019

Melissa Rivera Maldonado[1,2], Daniel Gerardo Fernández Ávila[1,2], Laura Patricia Charry Anzola[1,2]
[1]Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia, [2]Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

El lupus cutáneo hace referencia a las manifestaciones cutáneas del lupus, que pueden o no, estar relacionadas con manifestaciones sistémicas. Las manifestaciones cutáneas específicas se clasifican en tres grupos, agudo, subagudo y crónico, en relación a sus características clínicas e histopatológicas, los cuales a su vez, tienen un riesgo variable de manifestaciones sistémicas. Son pocos los estudios poblacionales con respecto a su epidemiología, y es por esto, que el objetivo de este trabajo es describir la prevalencia y características demográficas del lupus cutáneo en Colombia entre los años 2015 y 2019.
Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se utilizó la clasificación internacional de enfermedades (CIE – 10) para las formas de lupus cutáneo, tomando datos del registro oficial del Ministerio de Salud de Colombia, específicamente, del Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO). Cabe resaltar que Colombia es uno de los países con mayor cobertura en su sistema de salud, llegando al 98.95% en una población de alrededor de 50 millones de habitantes. Se tomaron los datos de todas las personas que tuvieran como diagnóstico principal lupus eritematoso discoide (L930), lupus eritematoso subagudo (L931), u otros lupus eritematosos localizados (L932) entre el 2015 al 2019. Posteriormente, se realizó el cálculo de las prevalencias para la población total y estandarizadas por edad, sexo y localización geográfica, tomando como denominador, las proyecciones demográficas respectivas de acuerdo con la información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Se registraron un total de 26,356 casos de lupus cutáneo, para una prevalencia de 76 por 100,000 habitantes, en mayores de 19 años. Se presentó con mayor frecuencia en mujeres, con una relación de 6 : 1. Este predominio femenino fue constante en todos los subtipos de lupus cutáneo. La forma de presentación clínica más frecuente fue el lupus discoide, correspondiente a un 45 % de los casos para una prevalencia de 37 casos por 100,000 habitantes. Con respecto a la edad, se evidenció que la mayoría de los casos se presentaron en personas entre los 55 a 59 años. En cuanto a la localización geográfica, hubo una gran variabilidad de resultados, con prevalencias tan bajas como de 9 casos por 100,000 habitantes en Guainía y hasta de 84 casos por 100,000 habitantes en Antioquia.
Este es el primer estudio que describe las características demográficas del lupus cutáneo en adultos en Colombia. Los hallazgos en cuanto a subtipo clínico y predominio en mujeres, son concordantes con la literatura pero se encontró una variabilidad tanto en la prevalencia total como en la edad de presentación con respecto a estudios realizados en otras partes del mundo.

899

Exposición al sol y riesgos asociados: datos de una encuesta en 17 países y centrarse en los países ibéricos y latinoamericanos

Susana Puig[2], Sergio Schalka[3], Jorge Ocampo Candiani[4], Brigitte Dreno[5], Henry Lim[6], Fatimata Ly[7], Chee Leok Goh[8], Akimichi Morita[9], Hee Young Kang[10], Liu Wei[11], Caroline Le Flo'ch[1], **Ann'laure Demessant[1]**, Thierry Passeron[12], Jean Krutmann[13]

[1]La Roche-Posay Laboratoire Dermatologique, Levallois-Perret, France, [2]Melanoma Unit, Dermatology Department, Barcelona University Hospital Clinic,, Barcelona, España, [3]Medcin Skin Research Center and Biochemistry Department, Chemistry Institute of Sao Paulo University,, Sao Paulo, Brazil, [4]Department of Dermatology, Medical Faculty University Hospital of Nuevo Leon,, Monterrey, México, [5]Department of Dermato-Oncology, CIC 1413, CRCINA, Nantes University Hospital Center,, Nantes, France, [6]Department of Dermatology, Henry Ford Health System,, Detroit, MI,, USA, [7]Department of Dermatology, Cheikh Anta Diop Dakar University, EPS Institute of Social Hygiene,, Dakar, Senegal, [8]National Skin Centre,, Singapore, Singapore, [9]Department of Geriatric and Environmental Dermatology, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences,, Nagoya,, Japan, [10]Department of Dermatology, Ajou University School of Medicine,, Suwon, South Korea, [11]Department of Dermatology, The General Hospital of Air Force PLA,, Beijing,, China, [12]Department of Dermatology, Côte d'Azur University, Nice University Hospital Center, Nice, France INSERM U1065, C3M, Côte d'Azur University,, Nice,, France, [13]IUF Leibniz Research Institute for Environmental Medicine, Dusseldorf, Germany Medical Faculty, Heinrich-Heine-University,, Dusseldorf, Germany

INTRODUCCIÓN
La prevención primaria y secundaria del cáncer de piel varía considerablemente entre países. Esta encuesta investiga conocimientos y comportamientos en relación con la exposición solar en Brasil, México, Argentina y España.
MÉTODOS
Esta encuesta (N= 4,000) se realizó online, 28 de septiembre-18 de octubre de 2021, como parte de una encuesta global mayor (N=17,001) en 17 países (5 continentes). La selección automatizada del panel online Ipsos aseguró que los 1,000 individuos de cada país cumplían las cuotas de género, edad, empleo y región. Los datos incluyeron demografía, fototipo, hábitos de exposición solar, y conocimiento y entendimiento de los riesgos. La subpoblación "en riesgo" se definió como individuos con historial de cáncer de piel no melanoma, melanoma, lesiones pre-cancerosas, fotodermatosis o fármacos fotosensibles/inmunosupresores.
RESULTADOS
La edad media fue 42.8 años (SD:16), el 59% era de fototipo 2-3. El 95% era consciente de los problemas cutáneos asociados a exposición solar (vs 88% mundial) y el 69% conocía la utilidad de la protección solar en días nublados, más que la media mundial (61%). El 13% afirmó que era seguro exponerse al sol sin protección cuando ya se está bronceado, menos que la media mundial (23%). Dicha percepción es compartida entre países: 16% (Brasil), 15% (México), 12% (España) y 7% (Argentina). Pero, solo el 12% usa frecuente/sistemáticamente todas las medidas de fotoprotección durante la exposición (equivalente a la media mundial). Esta protección varía: 16% (México), 12% (Brasil), 11% (España) y 8% (Argentina). El 27% afirmó protegerse del sol durante todo el año, más que la media mundial (23%), excepto en Argentina (19%). Durante la exposición solar, el 68% se aplicaba fotoprotección una o dos veces al día, 58% en España frente al 72% en Latinoamérica (60%, 72% y 83% en Argentina, Brasil y México respectivamente). Cuando ya se han bronceado, el 43% disminuía la frecuencia de aplicación y/o usaba menos fotoprotección, muy cerca a la media mundial (44%). Pero esta práctica difiere entre países: 33% en España frente al 47% en países lationamericanos (41%, 48%, 52% en Brasil, Argentina y México respectivamente). El 76% había experimentado quemaduras solares frente al 83% mundial. En Latinoamérica, el 67% lamentaba no haber usado mejor protección, más que en España (56%) y que la media mundial (57%). El 74% no conocía la diferencia entre UVA y UVB, el 74%, el 72% y el 68% en España, Brasil y México respectivamente, mientras que en Argentina alcanzó el 82%, frente al 70% mundial. Los individuos en riesgo (el 10%, n=385) tenían mejores conocimientos y hábitos de fotoprotección que la población general; pero solo el 22% usaba todas las medidas de fotoprotección frecuente/sistemáticamente durante la exposición solar, y el 59% decían no entender la diferencia entre UVA y UVB.
CONCLUSIÓN
Aunque los riesgos asociados a la exposición solar son ampliamente reconocidos, la práctica de fotoprotección es inadecuada. Los individuos en riesgo tenían mejores conocimientos y hábitos de fotoprotección. Esta encuesta proporciona nuevos conocimientos sobre la necesidad de educación adicional en la fotoprotección en México, Argentina, Brasil y España.

901

Actitudes y conocimientos sobre el sol y la fotoprotección

Marketa Saint Aroman[2], Charles Taieb[1], Gaelle Le Fur[1], Catherine Baissac[2], Ariadna Ortiz Brugués[3]
[1]Emma, Vincennnes, France, [2]Patients Centricity, Lavaur, France, [3]Laboratoire dermatologique Avene, Lavaur, France

Razonamiento
La radiación solar ultravioleta (UV) es el principal factor prevenible del cáncer de piel, cuya incidencia está aumentando en todo el mundo. Para prevenir los daños cutáneos causados por los rayos UV, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda, entre otras cosas, seguir prácticas de fotoprotección como el uso de protectores solares y limitar la exposición al sol durante las horas de mayor riesgo.

Objetivo
Evaluar las actitudes y los conocimientos sobre el sol y la fotoprotección en una población de adultos con autoridad sobre los hijos o los nietos.

Método
Entrevistamos a dos generaciones (padres y abuelos) para evaluar sus conocimientos y hábitos sobre la exposición al sol.

Resultados
La población total es de 6190 individuos (5104 padres y 1086 abuelos).
Un 84,9% declaró haber estado expuesto al sol durante el pasado verano, y entre ellos, el 81% declaró haber estado expuesto al sol durante las horas más calurosas del día, entre las 11 de la mañana y la tarde5. Los productos de fotoprotección son los preferidos por una gran mayoría de individuos 88 como medio de protección contra los rayos del sol. Para elegir su producto de fotoprotección, el 51% de los usuarios se deja aconsejar por un profesional de la salud [31% por un médico, 28% por un farmacéutico]. Durante la exposición solar intensa, en lo que respecta a la reaplicación del protector solar, aproximadamente un tercio de los participantes (32,5%) declaró "no reaplicar", y sólo uno de cada seis (16,1%) indicó "cada o 2 h". El 57% dijo que utilizaba el producto sobrante del año anterior. El hecho de que los productos de protección solar con un factor de protección elevado protegen contra las quemaduras solares, reducen el riesgo de cáncer de piel y previenen el envejecimiento cutáneo es conocido y aceptado por el 89, 82 y 76% de los adultos, respectivamente. En cuanto a los rayos UVA y UVB, mientras que el 72% sabe que los UVA penetran en profundidad y aceleran el envejecimiento de la piel, sólo el 53% sabe que los UVB provocan quemaduras solares. Sólo el 31% sabe que los filtros químicos absorben la radiación ultravioleta. Los factores de protección no se dominan a la perfección: menos de un adulto de cada tres sabe que un producto de protección solar con un factor de protección-30 no ofrece el doble de protección contra el envejecimiento prematuro que un producto con un factor de protección-15.

Debate
Desde hace más de 30 años, las autoridades sanitarias llevan a cabo cada año campañas de prevención solar y repiten los mismos mensajes: "no exponerse al sol entre las 11 y las 17 horas", "aplicarse cada 2 horas"... pero observamos que mucha gente no los respeta. No cabe duda de que es necesario educar más, dado el nivel de conocimiento.
Los profesionales de la salud y los farmacéuticos están en primera línea y, sin duda, deben movilizarse, ya que cuentan con la confianza de la población para que la prevención óptima tenga en cuenta estos resultados.

902

Exposición al sol y fotoprotección: hábitos, conocimientos y actitudes de los padres hacia los niños

Marketa Saint Aroman[1], Charles Taieb[2], Gaelle Le Fur[2], Catherine Baissac[1], Ariadna Ortiz Brugués[3]
[1]Patients Centricity, Lavaur, France, [2]EMMA, Vincennes, Francia, [3]Laboratoire dermatologique Avene, Lavaur, France

Razonamiento
La exposición solar acumulada y las quemaduras solares en la infancia son las principales causas de la mayoría de los cánceres de piel. De hecho, el 50-80% de la exposición acumulada se produce durante la primera infancia. Esta exposición de los niños puede ser voluntaria o involuntaria, como por ejemplo durante las actividades de ocio al aire libre.
Objetivo
Este estudio pretendía describir los hábitos y conocimientos de fotoprotección y fotoexposición de los padres o abuelos hacia los niños que cuidan durante el verano.

Método
Dado que los abuelos desempeñan un papel importante en el cuidado de los niños pequeños, la encuesta se llevó a cabo a través de Internet entre muestras nacionales de padres de niños de 12 años o menos o abuelos que cuidan de sus nietos durante al menos 2 semanas en las vacaciones de verano. Para tener en cuenta el periodo estival, la encuesta se realizó a partir de finales de agosto en los 5 países del hemisferio norte: Francia, Alemania, España, Italia y Estados Unidos.

Resultados
La población total es de 6190 individuos (5104 padres y 1086 abuelos). Si el 98,1% de los niños estuvo expuesto al sol durante el verano de 2021, el 74,5% reconoció que fue entre las 11 y las 17 horas. El 31% de los niños sólo se protegió en el momento de la exposición y el 99,7% afirmó utilizar algún medio de protección: el 95% utilizó crema solar, el 76% se cubrió la cabeza, el 63,7% se protegió los ojos y el 55% utilizó ropa que le cubriera. El uso de una sombrilla es preferido por el 63,7%. En cuanto a la fotoprotección, el 86,8% dice utilizar productos específicos para niños. El uso de la fotoprotección está motivado por el deseo de evitar las quemaduras solares o por el riesgo de cáncer de piel para el 80,6 y el 55,5%, respectivamente.
El 29,2% está motivado por la prevención del envejecimiento de la piel, y el 39,5% expresa su deseo de prolongar la exposición al sol. El 64% de los padres o abuelos consideran que en su época la protección solar no era una preocupación o no lo era en absoluto. Un 31,1% de los niños tuvo al menos una quemadura solar durante el verano, y el número medio de quemaduras solares fue de 1,93±1,58 [mediana a 2]. De éstas, el 43% informó de que la piel se había pelado. Según los padres, el 70,8% de los niños entendía la importancia de aplicarse protección solar.

Debate
A pesar de los mensajes de prevención, información y educación que se han intensificado durante más de 30 años, la batalla no se ha ganado. Dos tercios de los padres o abuelos admiten que exponen a sus hijos al sol entre las 11 de la mañana y la tarde5, y el 31% de los niños sólo se protegen cuando se exponen al sol. Es necesario continuar con los mensajes de prevención y la difusión de información.

903

Crema solar y comportamiento de los niños menores de 12 años: encuesta internacional

Catherine Baissac[1], Charles Taieb[2], Gaelle Le Fur[2], Ariadna Ortiz Brugués[3], Marketa Saint Aroman[1]
[1]Patients Centricity, Pierre Fabre, Lavaur, France, [2]EMMA, Vincennes, Francia, [3]Laboratoire dermatologique Avene, Lavaur, France

Razonamiento
La exposición solar acumulada y las quemaduras solares durante la infancia son las principales causas de la mayoría de los cánceres de piel. De hecho, el 50-80% de la exposición acumulada se produce durante la primera infancia. Cualquier información que mejore el cumplimiento de la recomendación de la OMS de utilizar protección solar y limitar la exposición al sol durante las horas de mayor riesgo].

Objetivos
Conocer y describir el comportamiento de los niños en relación con el uso de la protección solar
Dado que los abuelos desempeñan un papel importante en el cuidado de los niños pequeños, la encuesta se llevó a cabo a través de Internet entre muestras nacionales de padres de niños de 12 años o menos o abuelos que cuidan de sus nietos durante al menos 2 semanas en las vacaciones de verano. Para tener en cuenta el periodo estival, la encuesta se realizó a partir de finales de agosto en los 5 países del hemisferio norte: Francia, Alemania, España, Italia y Estados Unidos.

Resultados
Se estudió el comportamiento de 6.190 niños; el 92% se exponía al sol de alguna manera, y el 74% lo hacía entre las 11 y las 17 horas. El 32% se protegía sólo durante la exposición solar intensa.
De ellos, el 99,7% utilizaba al menos un medio de protección, el 76% se protegía del sol con un sombrero o gorra, el 63,7% con gafas de sol y el 94,6% con crema solar. En el 86,8% se trataba de un producto especial para niños. Sólo el 17,9% recibía una aplicación cada 2 horas en los días soleados y sólo el 10% en los días en que el sol estaba oculto por las nubes.
En el 47% de los casos, el niño expresó su deseo de aplicarse la crema solar solo [49% para los niños mayores de 6 años]. Esta tendencia se observa en todos los países [41% en Francia o Italia, 45,6% en Alemania, 51,6% en España y 54% en Estados Unidos].
En el 70% de los casos, comprendieron la importancia de aplicarse protección solar [del 63% en Italia al 75% en Francia].
El 56% opinó que el producto olía bien, el 41% que era agradable, el 9% que olía mal y el 8% que picaba.

Debate
Desde hace más de 30 años, las autoridades sanitarias realizan campañas anuales de prevención del sol, pero observamos que muchas no las cumplen.
El hecho de que uno de cada dos niños exprese el deseo de aplicarse la crema y que 2/3 parezcan haber comprendido la importancia de este gesto ofrece la posibilidad de tener la esperanza de que sea más fácil convencer a la nueva generación. Los futuros programas de salud pública deberían tenerlo en cuenta.

934

Tuberculosis cutánea en trabajadores sanitarios

María De Los Ángeles Blanco Almeida[1], Alfonso Perez[1], Albani Rocheta Rosendo[1], Oscar Reyes[1], Idalina Martinez[1], Elsi Cavallera[1]
[1]*Ucv- Instituto de Biomedicina, Caracas, Venezuela*

Introducción: La tuberculosis cutánea en trabajadores sanitarios es considerada una enfermedad de exposición profesional poco frecuente producida por Mycobacterium tuberculosis. Los trabajadores sanitarios tienen riesgo 2-3 veces mayor de padecer este tipo de infección, y aunque los médicos y estudiantes de salud son los mas afectados de este grupo siendo el 30% de los afectados, las enfermeras también lo pueden padecer en un 5% según la literatura.

Caso clínico: Se presentan tres pacientes, con ocupación en común “enfermeras”, pero que laboran en centros hospitalarios distintos y entidades de Venezuela distintas. Caso N◦ 1 inició enfermedad enero 2021 cuando posterior a retirar férula por un esguince en pie izquierdo, presenta úlcera en tobillo, en marzo se asocia aumento de diámetro y descarga purulenta, motivo por el cual acude julio del presente año, en el examen físico se evidenció aumento de volumen de 5 por 6 cm en maléolo interno de pie izquierdo, zona periférica indurada y centro fluctuante de donde se obtuvo 2 cc de pus. El caso N◦ 2, inició enfermedad enero 2021 cuando presenta nódulo en brazo izquierdo, en junio 2021 se asocia segundo nódulo en brazo ipsilateral, e induración en piel perilesional, en vista de persistir clínica acude en agosto 2021, donde en el examen físico se evidenció nódulo hiperqueratósico en brazo izquierdo, piel perilesional indurada y dos cicatrices de biopsias anteriores. Y caso N◦ 3 inicia enfermedad en enero 2021 cuando días después de infiltrar con triamcinolona tendinitis de pie izquierdo, presenta nódulo en dorso de pie, que se ulceró espontáneamente, en junio 2021 se asocia segundo nódulo en cara lateral de pie ipsilateral y en agosto 2021 por persistir clínica acude, se evalúa y se evidencia úlcera de 4 cm diámetro en dorso de pie izquierdo, fondo sucio y descarga purulenta, y segundo nódulo en cara lateral de pie ipsilateral de mismas características. Se plantea Infección de piel y partes blandas: Granuloma por agente vivo probable etiología Micobacterias TB, vs Micobacterias no TB, vs Actinomicetoma. Dentro del plan de trabajo paraclínicos dentro de límites normales, aspirado de secreción y cultivo de secreción bacteriano, micológico y micobacterias, el cual resulto cultivos de micobacterias de secreción de tres casos, positivo, en medio Löwenstein-Jensen con crecimiento de BAAR después 20 días. PCR micobacterias: Positivo Mycobacterium tuberculosis complex. PPD positiva para los tres casos. Biopsia de lesión de tres casos, características similares como denso infiltrado que abarca el espesor de la dermis, infiltrado linfohistiocitoplasmocitario, con células con diferenciación epitelioide, característicos de granuloma por agente vivo. Para diagnóstico definitivo de Tuberculosis cutánea exógena, manifestación clínica ulcerovegetante por infección por mycobacterium tuberculosis complex. Dentro del plan terapéutico se indico antibioticoterapia con Isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida 3 fases, en el cual hubo resolución clínica de los tres casos.

Conclusión: En caso de una lesión cutánea persistente, en áreas de alta endemicidad, como Venezuela y en profesionales de salud se debe de pensar en M. tuberculosis

978

¿Los pacientes con psoriasis conocen su riesgo cardiovascular? Importancia de la educación al paciente

Marielva Castro-Gonzalez[1], Nora Ximena Ugalde-Trejo[1], Estefanía Boland-Rodríguez[1], Abraham Benjamín Alfaro-Sánchez[1], Rebeca Rodríguez-Cabral[1], Judit Pérez-Rendón[2]
[1]Clínica-Hospital A Constitución ISSSTE, Monterrey, México, [2]Hospital General de Querétaro, Querétaro, México

Introducción: La psoriasis se ha asociado con aumento en el riesgo cardiovascular (RCV), especialmente la psoriasis grave. Los pacientes con psoriasis tienen mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares que la población general. El modelo del proceso de adopción de precauciones (PAMP) intenta explicar cómo una persona toma decisiones para actuar y traducir esa decisión en acción. Se ha evaluado previamente este modelo mediante un cuestionario auto-aplicable en pacientes con enfermedades reumáticas dentro de las que se incluyeron artritis psoriásica, con el objetivo de evaluar el conocimiento de pacientes sobre su RCV. Objetivo: Evaluar la percepción de RCV en pacientes con psoriasis

Material y métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo, multicéntrico. Se aplicó encuesta PAMP a pacientes con psoriasis que asistieron a consulta externa de dermatología en 2 servicios del país durante el mes de octubre 2021. Se determinó frecuencia y porcentaje de los hallazgos, se utilizó Chi cuadrada de homogeneidad para realizar comparaciones. Los datos fueron analizados en programa IBM-SPSS-Statistics 19.

Resultados: Se incluyó un total de 28 pacientes, de 2 centros de dermatología en Nuevo León y Querétaro, México. La media de edad fue de 55.57 años, el 53.6% eran hombres. La mediana del tiempo de enfermedad fue 7.5 años, y de DLQI de 4. La media de PASI fue 2.3. Solo la minoría de pacientes (21.42%) refirieron considerar tener mayor RCV. En cuanto a PAMP la mayor parte de los pacientes (39.3%) se identificaron en el Nivel 1 (no reconocían mayor RCV). Al realizar comparación entre el grupo de pacientes conscientes de RCV y aquellos pacientes no conscientes de RCV; la mayoría de los pacientes que no consideran mayor RCV fueron del sexo masculino (63.6%), y la mayoría de quienes si lo consideraron del sexo femenino (83.3%), p=0.041. En cuanto a PAMP, la mayoría del grupo de pacientes que no se consideró con mayor RCV se clasificó en un Nivel 1 (inconsciente del riesgo y no realizando medidas para mejorar RCV), a diferencia del grupo que si se consideró con mayor RCV, de los cuales un 33.3% se clasificó en el Nivel 7 (participando en conductas de reducción de riesgo ≥6 meses), la diferencia entre grupos fue estadísticamente significativa, p= 0.034. El antecedente de consumo de alcohol fue mayor en el grupo que no se consideró con mayor RCV al compararse con aquellos que si consideraban mayor riesgo. (0 vs 45.5%, p=0.039).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes en este estudio no percibían mayor RCV. Hasta donde sabemos, es el primer estudio donde se evalúa PAMP en pacientes con psoriasis. Los hombres tienen menor consciencia sobre el RCV. Los pacientes que se consideran con mayor RCV, participan en comportamientos de reducción de riesgos a diferencia de aquellos que no lo consideran (p=0.039). Nuestros hallazgos enfatizan la importancia de la educación y concientización al paciente, para que ellos tomen la decisión de llevar a cabo medidas de mejora de hábitos de vida, con consecuente reducción de RCV.

1004

Comportamiento epidemiológico de onicomicosis por enfermedades crónico-degenerativas

Karla Paola Delgado Moreno[1], Nora Ximena Ugalde Trejo[1], Enrique Villarreal Ríos[2], Alexandro Bonifaz Trujillo[3], Paola Pérez Lee[4], Marielva Castro González[1], Estefanía Boland Rodríguez[1], Abraham Benjamín Alfaro Sánchez[1], Judith Pérez Rendón[5], María Alcocer León[6]

[1]Clínica Hospital Constitución, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Monterrey, Nuevo León, México, [2]Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, Santiago de Querétaro, México, [3]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Departamento de Micología del Servicio de Dermatología, Ciudad de México, México, [4]Hospital General Regional #2, Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marqués, Santiago de Querétaro, México, [5]Hospital General de Querétaro, Querétaro, Santiago de Querétaro, México, [6]Hospital Regional 1° de Octubre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México

Introducción: La onicomicosis es la primera causa de enfermedad ungueal, corresponde a 18-40% de las onicopatías. Su prevalencia mundial es 0.1 a 11%, en México es la segunda dermatofitosis.

Material y Métodos: Estudio epidemiológico transversal, comparativo sobre las características epidemiológicas de los individuos que padecen onicomicosis y enfermedad crónico degenerativa. Se incluyeron pacientes con antecedente de onicodistrofia que acudieron a consulta externa de medicina familiar, sin diagnóstico paraclínico de onicomicosis. El diagnóstico de onicomicosis se realizó mediante KOH 20%. Se trabajo con un total de 142 pacientes.

Resultados. La media de edad de la población con antecedente de Trastorno Vascular e Hipertensión fue 60.15 y 61.5 años respectivamente, la media del tiempo de evolución 11.08 y 12.44 años. La prevalencia de ortejos con onicomicosis fue 1.15 en aquellos pacientes con antecedente de Trastorno Vascular y 1.50 con antecedente de Hipertensión. Cuando se analizó el mismo antecedente con la presencia de obesidad y sobrepeso se encontró una prevalencia de ortejos afectados de 3.08 en aquellos con Hipertensión y Obesidad/Sobrepeso y 1.84 en aquellos con Trastorno Vascular y Obesidad/Sobrepeso.

Discusión: Pese a que la literatura menciona que los portadores de Diabetes Mellitus y los varones son los sujetos con mayor prevalencia de onicomicosis, en este estudio destacan otras patologías más prevalentes como la hipertensión y trastornos vasculares. La onicodistrofia traumática del quinto ortejo es frecuentemente confundida con onicomicosis por su alta prevalencia en individuos de riesgo.

Conclusiones: Conocer el perfil epidemiológico nos permite dirigir una atención médica preventiva a una población expuesta a un conjunto importante de factores de riesgo vinculados al entorno y al modo de vida, que generan una doble carga de enfermedad, disminuyendo así la presencia de la patología en población de riesgo.

1197

Correlación entre el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI), la versión Colombiana del Skindex-29 y el EQ5D en pacientes con dermatitis atópica y psoriasis

Gloria Sanclemente M.[1], Daniel Camilo Aguirre[1], Lina Marcela Barrera[1]
[1]Grupo de Investigación Dermatológica (GRID), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Antecedentes: Tanto la dermatitis atópica (DA) como la psoriasis ejercen un impacto negativo en la vida de los pacientes, ya que genera un gran estrés psicológico debido al aislamiento social y la discriminación de la que son objeto los pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes > 18 años, de cualquier género con diagnóstico de DA o psoriasis que hubiesen firmado el consentimiento informado. La severidad de la psoriasis se midió con el PASI mientras que en la dermatitis atópica se midió con el SCORAD, el área de superficie corporal afectada y el EASI. Se analizó el puntaje global de la versión no validada en Colombia del DLQI en los pacientes con dermatitis atópica y los puntajes de los dominios global, emocional, sintomático y de función de la versión validada en Colombia del Skindex-29 en ambos grupos de pacientes. Se utilizó la escala visual análoga del EQ-5D, su valor índice. Las correlaciones entre los puntajes de las escalas de calidad de vida y la severidad de la psoriasis se determinaron mediante el coeficiente de Pearson.

Resultados: Se incluyeron 263 pacientes con DA (52.8% mujeres y 47.2% hombres) con edad media de 28.7 años. En la psoriasis, se incluyeron 200 pacientes (44% mujeres y 56% de hombres) con edad media de 49.7 años. En cuanto a la calidad de vida, se encontró en la DA: Puntuación media Skindex global: 44.4; dominio sintomático (puntuación media:56.9); dominio de emociones (puntuación media: 47), y dominio funcional (puntuación media: 35.1). Las puntuaciones medias del DLQI, EASI, y SCORAD correspondieron a 9,7;14.4 y 34.7, respectivamente. En la psoriasis se encontró Skindex-29: Puntuación media global: 30.1; dominio sintomático (puntuación media:35.2); dominio emociones (puntuación media: 34.4), y dominio funcional (mediana : 14.6). La mediana del BSA y del PASI fue 4.8 y 4, respectivamente y el 88% de los pacientes ya habían iniciado tratamiento. En la DA se encontró moderada correlación del Skindex-29 con el BSA, el SCORAD, el EASI, el estado de salud del EQ5D y el valor índice del EQ5D y el DLQI: 0,514;0 ,647;0,567;-0,533;-0,638 y 0,644, respectivamente. La correlación entre el BSA y el SCORAD y el EASI fueron >0,7. En la psoriasis se encontró moderada correlación del Skindex-29 con el índice del EQ5D y con el PASI (-0,45 y 0,36, respectivamente) y bajas correlaciones de este con el estado de salud del EQ5D y la BSA (-0,285 y 0,266, respectivamente). La correlación más alta se encontró entre el PASI y el BSA (0,765).

Conclusiones: La correlación entre las escalas de calidad de vida y las de la severidad de la DA fue moderada mientras que en la psoriasis la correlación fue de baja a moderada. Lo anterior pudiera explicarse por la importante afectación de la calidad de vida de los pacientes aun baja severidad explicados posiblemente por la terapia en curso, aunque se destaca el mayor impacto en la calidad de vida en pacientes con DA.

21. Farmacología-Reacción a drogas

505

Exantema flexural e intertriginoso simétrico relacionado a droga (SDRIFE) secundário ao uso de Piperacilina-Tazobactam: farmacodermia rara associada a antibiótico de uso crescente

Thais Trevisan[1], Jéssica Luiza Souza da Cunha[1], Andrezza Telles Westin[1], Cacilda da Silva Souza
[1]*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, Brazil*

Introdução: Exantema flexural e intertriginoso simétrico relacionado à droga, conhecido pelo acrônimo em inglês SDRIFE, é um rash eritematoso que acomete áreas intertriginosas e glúteo após exposição a determinado fármaco. Esse termo foi descrito pela primeira vez em 2004 para caracterizar quadros de síndrome do babuíno secundárias a medicamentos sistêmicos em pacientes sem história de sensibilização prévia à droga, ou seja, que não configuravam dermatite de contato sistêmica. Trata-se de uma farmacodermia incomum, com pouco mais de cem casos relatados, frequentemente associada ao uso de betalactâmicos, embora outras medicações já tenham sido envolvidas no seu desencadeamento.

Caso clínico: Homem, 80 anos, em uso de Piperacilina-Tazobactam para tratamento de infecção de foco cutâneo (erisipela) e urinário. Em menos de 24 horas do início do antibiótico, evoluiu com erupção em placas eritemato-violáceas, assintomática, nas regiões pubiana, inguinal e glútea, com progressão nos dias subsequentes, para tronco anterior, dorso e membros superiores, além das axilas e fossas antecubitais. Não houve sintomas sistêmicos ou alterações laboratoriais. Frente à hipótese de SDRIFE, foi sugerida a substituição do antimicrobiano e iniciada corticoterapia oral visto a extensão do quadro. O estudo histopatológico mostrou degeneração vacuolar da camada basal, associada a dermatite linfocítica e eosinofílica, compatíveis com farmacodermia. Após o tratamento, houve melhora progressiva das lesões, sem recorrência com a redução escalonada do corticoide oral. Trata do primeiro caso de SDRIFE registrado em associação com a Piperacilina-Tazobactam. É ainda imperativo o reconhecimento desta rara forma de farmacodermia, frente ao uso crescente e por vezes indiscriminado de antibióticos.

Conclusões: SDRIFE é uma reação cutânea peculiar à drogas sistêmicas devido a sua raridade, morfologia, distribuição particular de lesões e ausência de sintomas sistêmicos. O diagnóstico é essencialmente clínico e seu curso é benigno. A suspensão da droga causadora é parte fundamental da conduta e o uso de corticoterapia sistêmica, uma opção para casos extensos. O conhecimento dessa entidade é de relevância para uma adequada abordagem das dermatoses intertriginosas e os seus diferenciais, estabelecimento do diagnóstico precoce e assertivo e prevenção de recorrência da farmacodermia.

536

Úlceras cutáneas como presentación de toxicidad sistémica por metotrexato: reporte de un caso

Sofía López Cordero[1], Jorge Rafael Cazarín Barrientos[1], María Ivonne Arellano Mendoza
[1]Hospital General de México "Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Introducción:
Las úlceras cutáneas secundarias al uso de metotrexato son raras y pueden ser las manifestaciones iniciales de toxicidad sistémica generada por este medicamento que puede llevar a desenlaces fatales. Se eligió este caso por ser muy representativo de esta entidad rara y para recordar la importancia de el adecuado seguimiento de estos pacientes, identificando señales de alarma de forma oportuna.

Caso clínico:
Masculino de 54 años de edad con antecedente de psoriasis en placas de 7 años de evolución, sin seguimiento, tratada por paciente de forma intermitente en caso de nuevas lesiones con 15 mg vía oral de metotrexato y con suplementación irregular de ácido fólico. Inició su padecimiento actual con ampollas que se presentaban sobre placas de psoriasis con ulceración subsecuente, de instauración súbita y rápida diseminación que se acompañó de úlceras orales y deterioro del estado general en las siguientes 48 horas. Fue valorado en la consulta externa de nuestro servicio donde se identificó una dermatosis diseminada a todos los segmentos corporales, de predominio en tronco, constituida por múltiples exulceraciones de fondo eritematoso y limpio, de bordes irregulares y bien definidos así como múltiples placas eritematoescamosas, eritema +, escama gruesa blanquecina ++, bien delimitadas, algunas con costra sanguíneas y exulceraciones, circulares de menos de 1 cm de diámetro así como múltiples úlceras en mucosa oral. Se decidió su ingreso a hospitalización donde se tomaron laboratorios de control encontrando pancitopenia (leucocitos 0.7x10e3/uL, 200 neutrófilos totales, 400 linfocitos totales, plaquetas 55x x10e3/uL), hiperbilirrubinemia y elevación de azoados con lo que se llegó al diagnóstico de toxicidad sistémica por metotrexato. Se inició manejo con reanimación hídrica así como rescates de ácido folínico, sin embargo por inestabildad hemodinámica, a las pocas horas, se transfirió a paciente a medicina interna donde continuó medidas de soporte a pesar de las cuales presentó deterioro con sangrado de tubo digestivo y bacteremia progresando a falla multiorgánica con fallecimiento 72 horas posterior a su ingreso.

Conclusiones:
El metotrexato ha demostrado ser un medicamento efectivo y seguro en pacientes con psoriasis pero cuenta con una gran cantidad de efectos adversos, que aunque son raros, pueden poner en riesgo la vida de el paciente y es importante identificarlos de forma oportuna. Las úlceras cutáneas como manifestación de toxicidad sistémica por metotrexato son raras, encontrándose series de casos reportados en la literatura, sin embargo, en caso de encontrarse deben alertar a la presencia de pancitopenia en el paciente. Es importante educar a los pacientes sobre el uso correcto de metotrexato y dar un seguimiento adecuado para minimizar la incidencia de efectos adversos graves.

570

Experiencia en manejo del espectro de Síndrome de Stevens-Jhonson/Necrólisis epidérmica tóxica en población pediátrica con inmunoglobulina intravenosa en el Hospital Militar Central en Bogotá, Colombia. Serie de casos

Mariana Botero[1], María Fernanda Ordóñez Rubiano[1]
[1]*Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia*

Título: Experiencia en manejo del espectro de Síndrome de Stevens-Jhonson/Necrólisis epidérmica tóxica en población pediátrica con inmunoglobulina intravenosa en el Hospital Militar Central en Bogotá, Colombia. Serie de casos.

Tipo de presentación: Poster- Casos clínicos
Tema: Farmacología-reacción a drogas.
Autores y afiliaciones: Mariana Botero Varón, MD[1], María Fernanda Ordóñez Rubiano, MD[2].

1: Residente Dermatología Segundo año, Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
2: Dermatóloga, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Introducción:
El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET) son un grupo de reacciones mucocutáneas severas secundarias principalmente al uso de medicamentos, con alta tasa de mortalidad calculada por el SCORe of Toxic Epidermal Necrosis (SCORTEN). El espectro de la enfermedad varía según la extensión del área de superficie corporal comprometida, caracterizado clínicamente por presentar ampollas y erosiones tanto en piel como en mucosa oral, genital y ocular. En niños se estima una incidencia aproximada de 0.4-0.5 casos por millón de habitantes. La inmunoglobulina G humana intravenosa (IgG-IV) es considerada una de las terapias inmunomoduladoras para SSJ/NET aunque la evidencia en adultos es controversial, se ha encontrado que en población pediátrica ha tenido efectos positivos sobre mortalidad y respuesta clínica, sin embargo, la literatura es escasa en el tema. Esta serie de casos busca mostrar la experiencia de manejo de SSJ/NET en niños con IgG-IV en el Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Casos clínicos:
Se trata de 3 pacientes femeninas de 9, 14 y 16 años, atendidas en el Hospital Militar Central, cursando con el espectro de SSJ/NET secundario a la ingesta de medicamentos: aciclovir/Jarabe naturista, Trimetropim-sulfametoxazol y Fenitoína, respectivamente, con compromiso de superficie corporal entre 30-90% incluido mucosas oral y genital, y en dos de los casos, compromiso ocular. Por otro lado, una de las pacientes presentó compromiso hepático y hematológico dado por eosinofilia. Las 3 pacientes ingresaron con: SCORTEN de 2 (mortalidad 12.1%), 1(mortalidad 3.2%) y 2 (mortalidad 12.1%) respectivamente. Se inicia manejo con IgG-IV a dosis de 1-2 gr/Kg/día por 3-5 días. Las 3 pacientes tuvieron una respuesta favorable entre el 2ndo y 3er día de tratamiento, con mejoría clínica sin presencia de efectos adversos ni complicaciones asociadas al medicamento además sin mortalidad en ninguna de las 3 pacientes.

Conclusión:
Reportamos 3 casos pediátricos de SJS/NET que fueron tratadas con IgG-IV a altas dosis que presentaron mejoría rápida y satisfactoria, sin casos de mortalidad a pesar del SCORTEN inicial de las pacientes. Adicionalmente no presentaron efectos adversos ni complicaciones asociadas al medicamento. Estos casos aportan a la literatura mundial y latinoamericana respecto al uso y dosificación de la IgG-IV en SJS/NET en niños, en donde las alternativas terapéuticas son escasas y poco estudiadas.

580

Inmunoglobulina G intravenosa experiencia terapéutica en pacientes con necrólisis epidérmica tóxica y/o síndrome de Stevens Jonhson en Bogotá, Colombia

Viviana del Pilar Ibagón Pardo[1], María Fernanda Ordóñez Rubiano[1], Julio Roberto Amador Patarroyo[1,3], Carolina Cortés Correa[2]
[1]Hospital Militar, Bogotá, Colombia, [2]Hospital universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia, [3]Clínica el Country, Bogotá, Colombia

Introducción: El síndrome de Stevens–Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET) son reacciones medicamentosas graves que forman parte de un mismo espectro de enfermedad1. Ambas entidades se deben a la apoptosis masiva de queratinocitos2. El objetivo del estudio fue describir los desenlaces clínicos con el tratamiento de inmunoglobulina G humana intravenosa (IgG-IV) en los pacientes diagnosticados con SSJ y/o NET tratados en 3 instituciones de Bogotá

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional serie de casos. De todos los pacientes admitidos en tres instituciones de Bogotá con diagnóstico de SSJ y/o NET, que recibieron manejo con IgG-IV entre enero de 2011 y junio de 2019.

Resultados: En total 11 pacientes con diagnóstico de SSJ y/o NET distribuidos así: (2 con SSJ, 2 con sobreposición y 7 con NET ingresaron al estudio). El promedio de edad fue de 42,7 años, sin embargo la edad mínima fue 9 años y la máxima 85 años. Se observó que el 58% de los pacientes eran de sexo femenino. En promedio se inició terapia con IgG-IV a los 3,7 días. Los pacientes presentaron riesgo de mortalidad de 3,2% a 58% antes del tratamiento y posterior al tratamiento el 100% de los pacientes tuvo un riesgo de mortalidad a lo sumo de 3.2%.

Conclusión: El desenlace clínico de los pacientes tratados con IgG-IV fue favorable para la totalidad de los pacientes, sin embargo este resultado no se pueden atribuir únicamente a la IgG-IV. La experiencia con IgG-IV en estos 3 centros referencia nos permite recomendar la IgG-IV especialmente en el curso de temprano de SSJ o NET o cuando hay falta de respuesta a tratamiento con corticoides.

Referencias

1.Gupta LK, Martin AM, Agarwal N, D'Souza P, Das S, Kumar R, et al. Guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: An Indian perspective. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2016;82(6):603-25.
2.Barron SJ, Del Vecchio MT, Aronoff SC. Intravenous immunoglobulin in the treatment of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a meta-analysis with meta-regression of observational studies. Int J Dermatol. 2015;54(1):108-15.

610

Efectos Adversos de la Isotretinoína en Pacientes Mexicanos con Acné: Una Cohorte Retrospectiva

Wendy Carolina González Hernández[1], Martha Alejan Morales Sánchez[1], Fermín Jurado Santa Cruz[1]
[1]*Centro Dermatológico "Ladislao de la Pascua", Ciudad de México, México*

Introducción
La isotretinoína es un eficiente tratamiento sistémico para el acné moderado a grave, sin embargo, puede producir diversos efectos adversos. A pesar de que los efectos adversos graves son raros (ej. teratogénesis, riesgo de aborto), los efectos leves son muy frecuentes y pueden tener impacto en los resultados del tratamiento. Existen múltiples publicaciones en la literatura acerca de los efectos adversos de la isotretinoína, principalmente en poblaciones norteamericanas y europeas; no obstante, este es el primer reporte de una cohorte de pacientes de una población latinoamericana. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia de efectos adversos en pacientes mexicanos con diagnóstico de acné tratados con isotretinoína.

Material y Métodos
Cohorte retrospectiva que incluye 721 pacientes con diagnóstico de acné del Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua tratados con isotretinoína durante el período 2014-2019. Se describieron los efectos adversos en los rubros: mucocutáneo, muscular, esquelético, psiquiátrico, gastrointestinal, ginecoobstétrico, cefalea, cansancio, pelo u otros misceláneos . Se registraron valores de laboratorios séricos basales y durante el tratamiento.

Resultados
Los efectos adversos más frecuentes por rubro fueron: xerosis (26.9%), queilitis (25.5%), epistaxis (9.2%), xeroftalmia (7.2%), cefalea (4.4%), fatiga (4.3%), mialgias (3.6%), artralgias (2.6%), ansiedad/depresión (2.1%), efluvio telógeno (1.8%), gastritis (1.3%), alteraciones menstruales (0.9%). El tratamiento fue suspendido por parte del médico en 7 pacientes (1%) por efectos adversos clínicos y en 12 pacientes (1.7%) por valores alterados de laboratorio; 17 pacientes (2.2%) suspendieron el tratamiento por su cuenta debido a efectos adversos clínicos. Se redujo la dosis de isotretinoína por parte del médico en 9 pacientes (1.2%) por efectos adversos clínicos y en 31 pacientes (4.3%) por valores alterados de laboratorio. Los efectos adversos más graves que se registraron fueron: ideaciones suicidas y aborto espontáneo en 1 paciente respectivamente (0.1%). En cuanto a estudios de laboratorio, se reportan alteraciones estadísticamente significativas en los valores de colesterol total, triglicéridos y alanina aminotransferasa.

Conclusiones: Los efectos adversos clínicos y de laboratorio reportados en esta cohorte son similares a los previamente reportados en la literatura, siendo los efectos clínicos a nivel mucocutáneo los más frecuentes; así como la elevación de transaminasas, colesterol y triglicéridos en cuanto a alteraciones de laboratorio. Consideramos una prioridad la implementación de un sistema de farmacovigilancia en América Latina para consumidores de isotretinoína. Son necesarios más estudios de farmacovigilancia acerca de los efectos adversos de la isotretinoína en diversas poblaciones. Un estudio prospectivo, multicéntrico en Latino América puede brindar resultados más exhaustivos acerca de este tema.

629

Caracterización de pacientes con toxicodermias en el Hospital Universitario San Ignacio

Manuela Ramírez Marin[1], Margarita Tamayo Buendia[1], Laura Charry Anzola[1]
[1]*Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia*

Introducción
Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) han cobrado importancia en el ámbito clínico, dado el aumento en su prevalencia, la morbilidad que estas implican y el incremento en los costos de atención hospitalaria que conllevan. Teniendo en cuenta que la piel es uno de los principales blancos de las reacciones adversas a medicamentos, consideramos requieren especial atención por parte del servicio de dermatología, como el del Hospital Universitario San Ignacio, el cual es una institución de cuarto nivel que adicionalmente cuenta con servicios como Hematooncología e infectología, a los cuales acuden pacientes con factores de riesgo para presentar RAM.

Metodología
El proyecto fue presentado al comité de ética e investigaciones de la Pontificia Universidad Javeriana y del Hospital Universitario San Ignacio. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo. En el cual se incluyeron pacientes atendidos en el Hospital Universitario San Ignacio por el servicio de urgencias y hospitalización, en el periodo comprendido entre 01 de enero del 2017 y 31 de diciembre de 2018, que hayan sido valorados por dermatología y cuyo diagnóstico clínico y/o histopatológico fue toxicodermia. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de interés, empleando medidas de resumen como frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas.

Resultados
Para el estudio cumplieron criterios de inclusión 148 pacientes, del total de los registros analizados cerca del 60% de las reacciones toxicodérmicas fueron reportadas en personas de sexo femenino con una relación aproximada hombe:mujer de 3:2. La distribución por rangos de edad evidenció una distribución bimodal con una carga mayor dentro del decenio de 21 a 30 años y en el decenio de 51 a 60 años. Más del 50% de las personas cursó con al menos una comorbilidad reportada, y solamente el 4,6% presentó más de 5 comorbilidades. Menos del 15% de los paciente referían antecedente de hipersensibilidad a otros medicamentos, principalmente al uso de antibióticos. El 20% de los pacientes registraron la existencia de polifarmacia. Las principales reacciones adversas presentadas correspondieron al exantema maculopapular (46%), la urticaria (17%) y el eritema multiforme (16%). Solo el 15% correspondieron a reacciones toxicodérmicas severas. Al 25% de los casos se le realizó confirmación histopatológica. Los medicamentos con mayores asociaciones fueron: AINEs, penicilinas, sulfamidas y cefalosporinas, dentro de nuestro estudio también se presentó un porcentaje importante de reacciones a antirretrovirales. El 17% de los registros analizados requirió manejo intrahospitalario para el control de la reacciones adversas presentadas a medicamentos.

Conclusiones
Las reacciones adversas a medicamentos con manifestaciones cutáneas se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino y en la edad adulta. Los tipos de reacciones más frecuentes corresponden al exantema maculopapular, la urticaria y el eritema multiforme. Los medicamentos con mayor asiciación fueron los AINEs, los antibióticos y los antirretrovirales. Lo cual concuerda con lo reportado en la literatura.

631

Queratodermia palmoplantar como un efecto adverso al inhibidor del receptor de muerte programada 1

Daniela Bermúdez Boedo[1], Pietro Sollena[2], Ketty Peris[3]
[1]Hospital de Clínicas Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, [2]Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Roma, Italia, [3]Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Roma, Italia

Resumen
La inmunoterapia representa un campo nuevo y de rápido desarrollo para el manejo del cáncer. El Nivolumab es un inhibidor del receptor de muerte programada 1 (PD-1) que se indica para el tratamiento del melanoma avanzado y otros tumores sólidos. Es generalmente bien tolerado, pero pueden ocurrir efectos adversos relacionados con la inmunidad (irAE). Presentamos el reporte de un caso de queratodermia palmoplantar como un efecto adverso al tratamiento con Nivolumab, por un carcinoma de células escamosas de pulmón.

Introducción
El Nivolumab es un inhibidor del checkpoint inmune, que se une al receptor PD-1, usado como primera línea para el tratamiento del melanoma en estadio III. Este es un anticuerpo monoclonal de tipo IgG4, que permite la potenciación de células T inmune-específicas contra las células tumorales.
Con el aumento en el uso de la inmunoterapia, su toxicidad emergente representa un desafio para los profesionales de la salud. Sin embargo, el Nivolumab es generalmente bien tolerado. Sus efectos adversos comunes incluyen fatiga, rash cutáneo, prurito y diarrea. Existen escasos reportes que muestran irAE severos como rash cutáneo grado III (2%), elevación de la amilasa y lipasa de forma asintomática grado III (1.35%) y colitis grado III (1.35%).

Caso clínico
Paciente de sexo masculino, caucásico, de 65 años, con diagnóstico de carcinoma escamoso de pulmón. Realizó tratamiento quirúrgico y quimioterapia con sales de platino y gemcitabina por 1 año, presentando escasa respuesta, por lo cual, inició tratamiento con Nivolumab. Luego de 2 años y 2 meses de tratamiento, se realizó interconsulta con el servicio de Dermatología, presentando una dermatosis de piel bilateral y simétrica que afectaba palmas y plantas, caracterizada por hiperqueratosis con algunas fisuras. Se tomó una biopsia para estudio con Hematoxilina y Eosina, la cual mostró hiperplasia epidérmica con hiperqueratosis, sin eosinófilos en el infiltrado inflamatorio. Se realizó tratamiento tópico con agentes con urea al 50%, 2 veces al día por 2 semanas con muy buena respuesta, y luego emoliencia, sin recidiva.

Discusión y conclusiones
La inmunoterapia, se trata de moléculas que causan disbalance en la tolerancia inmunológica. Ésta puede manifestarse clínicamente como efectos adversos inflamatorios, llamados también irAE que son considerados primariamente mediados por células T. La toxicidad, generalmente leve a moderada, tiene diferentes tiempos de aparición y afecta múltiples órganos. Algunos ejemplos incluyen los dermatológicos (rash y prurito), los gastrointestinales (colitis, diarrea), la hepatitis, las endocrinopatías, neumonitis, e insuficiencia renal. En estudios retrospectivos, algunos irAEs son asociados a la respuesta mantenida y al beneficio clínico de estos inhibidores utilizados en los pacientes con melanoma. En este sentido, ShunsukeT. et. al. han demostrado que los irAEs tempranos están asociados a la eficacia del Nivolumab en el tratamiento del carcinoma escamoso de pulmón. Estudios restrospectivos han mostrado que los irAEs dermatológicos están asociados con un mejor pronóstico en los pacientes con melanoma tratados con inmunoterapia.
Presentamos un reporte de caso de un efecto adverso por uso de un anti-PD1, en un paciente con carcinoma escamoso de pulmón con muy buena respuesta a queratolíticos y emolientes.

655

Reacciones cutáneas adversas a inhibidores del checkpoin, trabajo retrospectivo en un centro de tercer nivel

María Echeverría[1], Natali Bodnariuk[1], Marina Ruf[1], Dolores Pilar Bastard[1], Riganti Julia[1], Ana Clara Torre[1], Luis Daniel Mazzuoccolo[1]
[1]*Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina*

Introducción
Los inhibidores del checkpoint, son anticuerpos inmunomoduladores, cuyo desarrollo ha revolucionado la terapia contra el cáncer. Actúan sobre dos blancos terapéuticos principales: PD-1 y PD-L1, y CTLA-4. Debido a su mecanismo de acción, estos fármacos poseen un espectro de efectos adversos singular conocido con el nombre de "efectos adversos inmunomediados".
Con los objetivos de estimar la incidencia de reacciones adversas cutáneas (RAC) secundarias a inmunoterapia, describir su tratamiento y las características de los pacientes que las presentaron, se diseñó y llevó a cabo un trabajo de investigación.

Materiales y métodos
Estudio descriptivo de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes que fueron tratados con inhibidores del checkpoint, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, en el período comprendido entre 1 de enero del 2015 y el 31 de diciembre del 2020.

Resultados
De 223 pacientes en tratamiento con inmunoterapia, se incluyeron 70 RAC en 46 pacientes. Veintiún pacientes se encontraban en tratamiento con pembrolizumab, 12 con nivolumab, 9 con nivolumab e ipilimumab, 1 con atezolizumab, y 1 con avelumab.
Veintitres pacientes eran de sexo femenino. El promedio de edad fue de 69 años. El cáncer primario fue en un 47,72% de los pacientes un carcinoma de pulmón de células no pequeñas, seguido del melanoma en 22,72%. Solo el 27,27% de los pacientes realizó terapia combinada con radioterapia, quimioterapia convencional o anticuerpos monoclonales, o de bajo peso molecular como tratamiento oncológico.
Las RAC observadas con mayor frecuencia fueron prurito (n=15), exantema maculopapular (n=13), eccema (n=4), reacción liquenoide (n=4), penfigoide ampollar (n=4), vitiligo (n=4) y con menor frecuencia, psoriasis, urticaria, queratoacantoma, carcinoma espinocelular, morfea, esclerodermia, paniculitis, rash acneiforme, SSJ/NET, hipertricosis y efluvio telógeno. La severidad en el 55,71% de los casos fue grado 1 y solo un paciente presentó grado 4. En el 43% de los pacientes se realizó biopsia de piel. El rango de número de dosis hasta el desarrollo de la primera RAC fue de 1 a 30. Veinticinco pacientes presentaron reacciones adversas inmunomediadas en otros órganos. Los corticosteroides tópicos (n=29) y los antihistamínicos (n=20) fueron las terapéuticas más utilizadas, seguidos de los corticoides orales (n=11). En 7 pacientes se debió modificar la terapia oncológica y en 6 se suspendió la inmunoterapia como consecuencia de la RAC.

Conclusiones
Nuestro estudio, en coincidencia con la bibliografía, pone en evidencia que las RAC durante el tratamiento con inmunoterapia se presentan con un espectro clínico diverso, por lo cual deben ser pesquisadas. Su diagnóstico y tratamiento oportuno, en la mayor parte de los casos, contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes, evitando la suspensión de la terapéutica. Futuras investigaciones permitirán delinear con mayor exactitud los mecanismos subyacentes de estas reacciones y elaborar estrategias de prevención y tratamiento.

745

Pseudolinfoma cutáneo micosis fungoide-like secundario a edoxaban

Isabel Gainza Apraiz[1], Mikel Meruelo Ruano[1], Laura Blanch Rius[1], Cristina Gómez Bringas[1], Jaime González del Tánago Diago[1], Juan Ignacio Rodríguez Gutierrez[2], Rosa María Izu Belloso[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España, [2]Servicio de Hematología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Introducción: Los pseudolinfomas cutáneos son un grupo de proliferaciones linfocíticas reactivas que clínica e histológicamente simulan linfomas cutáneos T o B, siendo estos últimos los más frecuentes. Su etiología es muy variada, pudiendo ser de origen medicamentoso. Presentamos el caso de un pseudolinfoma cutáneo micosis fungoide-like secundario a edoxaban.

Caso clínico: Mujer de 68 años recientemente anticoagulada con edoxaban por una fibrilación auricular, ingresó en Hematología por presentar pancitopenia y una erupción máculo-papular generalizada de predominio en extremidades inferiores de 10 días de evolución. El estudio histopatológico fue compatible con una pitiriasis rosada. Sin embargo, las lesiones cutáneas progresaron afectando a prácticamente toda la superficie corporal, y dada la discordancia clínico-patológica se realizó una nueva biopsia, que fue compatible con un proceso linfoproliferativo T sugestivo de micosis fungoide. Se realizó un TAC estadiaje en el que se objetivaron adenopatías laterocervicales y axilares, que fueron biopsiadas sin evidenciarse un infiltrado linfoide atípico ganglionar. Las lesiones cutáneas se resolvieron tras la suspensión de edoxaban y dos semanas de tratamiento con corticoides sistémicos. Debido a la evolución clínica de las lesiones y el resultado histológico, se estableció el diagnóstico de pseudolinfoma cutáneo micosis fungoide-like secundario a edoxaban.

Discusión: Los pseudolinfomas cutáneos de origen medicamentoso se manifiestan clínicamente como máculas, pápulas o nódulos generalizados que pueden acompañarse de clínica sistémica (adenopatías, fiebre…). Entre los fármacos más frecuentemente implicados encontramos los anticonvulsivos y antihipertensivos, no habiéndose descrito hasta la fecha casos relacionados con la terapia anticoagulante. Nuestro caso se caracterizó histológicamente por la presencia de un infiltrado linfoide de predominio T en dermis papilar, con grado variable de exocitosis de linfocitos en epidermis, simulando una micosis fungoide, y las lesiones se resolvieron por completo tras la suspensión del fármaco sospechoso y corticoterapia sistémica. Presentamos un caso de pseudolinfoma cutáneo secundario a edoxaban no descrito con anterioridad en la literatura, en el que la correlación de los datos clínicos e histológicos fue esencial para establecer el diagnóstico.

758

Psoriasis paradójica en 3 pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con adalimumab

Manuel Almenara Blasco[1], Alba Navarro Bielsa[1], Ana M. Palma-Ruiz[1], Tamara Gracia Cazaña[1], Ignacio Ros Arnal[2], M ª Carmen Gómez Mateo[3], Yolanda Gilaberte Calzada[1]
[1]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, [2]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, [3]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Introducción: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNFi) se usan para tratar una variedad de afecciones autoinmunes e inflamatorias, incluida la psoriasis. Paradójicamente, numerosos informes han documentado la aparición o exacerbación de psoriasis o incluso lesiones cutáneas psoriasiformes en pacientes tratados con estos agentes por otras afecciones, particularmente en adultos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), con una incidencia estimada que oscila entre el 3,8% y el 10,7%. El adalimumab representa el 30%. No se sabe mucho sobre casos similares en niños.

Serie de casos clínicos: Tres pacientes pediátricos, 2 niñas y 1 niño, con una edad media de 13 años con enfermedad de Crohn tratados con Adalimumab desarrollaron diferentes erupciones cutáneas. Comenzaron después de una mediana de 5 meses en tratamiento (rango 1-17), 2 de ellos con clínica de psoriasis y ezcema, y el otro con psoriasis pustulosa palmoplantar; a los primeros se les realizó una biopsia que mostró hallazgos compatibles con psoriasis pero también con características de eccema como espongiosis y eosinófilos.
Dos pacientes han sido controlados con tratamientos tópicos, mientras que el otro, con historia clínica de dermatitis atópica, tras casi 1 año de seguimiento no tiene un control satisfactorio.

Discusión y conclusión: La psoriasis inducida por TNFi en niños con EII es una reacción adversa notificada raramente. Se sabe que los niños con EII tienen una mayor incidencia de psoriasis, pero una vez que son tratados con TNFi, su riesgo de desarrollar psoriasis paradójica aumenta de tres a cuatro veces. La tasa de prevalencia de psoriasis paradójica en pacientes con EII es similar en todos los informes, con un rango de 5,6 a 7,4%. El tiempo de aparición de las reacciones psoriasiformes es variable (desde menos de 1 mes hasta más de 10 años). La mayoría de los casos representan psoriasis de novo o reacciones psoriasiformes que se observan con TNFi a generalmente se asemejan a la psoriasis pustulosa en placa y / o palmoplantar, pero también pueden ocurrir otras reacciones como inversa, guttata o generalizada / pustulosa. En la biopsia, la psoriasis paradójica puede mostrar espongiosis e incluso hallazgos de eosinófilos típicos del eccema, de hecho el más recalcitrante de nuestros casos mostró más características de eccema atópico que de psoriasis. La gravedad de las reacciones psoriasiformes inducidas por TNFi varía considerablemente y, por lo general, se resuelven con la interrupción o el cambio del tratamiento.

765

Penfigoide buloso y Hemofilia A asociado a uso de inhibidores de DDP4. Presentación de un caso

Edinson López Bravo[1], Paloma Matus Concha[1], Macarena Stevenson Figueroa[1], Juana Benedetto Elben[2]
[1]Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile, [2]Clinica Alemana Santiago, Santiago, Chile

Introducción: El penfigoide buloso puede ser gatillado por fármacos dentro de los cuales se encuentra la familia de los inhibidores de DDP4, los cuales pueden aumentar el riesgo hasta 10 veces. Esta familia provocaría la formación de anticuerpos IgG4 contra la región LAD-1 del BP-180. La hemofilia A adquirida es un trastorno hemorrágico autoinmune poco frecuente causado por anticuerpos IgG4 dirigidos contra el factor VIII. Se ha descrito que anticuerpos dirigidos contra BP-180 podrían reconocer dominios del factor VIII provocando una hemofilia adquirida secundaria. Presentamos un caso de penfigoide buloso asociado a hemofilia adquirida inducida por inhibidores de DDP-4.

Presentación del caso: Paciente de 82 años con antecedente de diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina Toujeo y vidagliptina consulta a dermatología por cuadro de 1 mes de evolución de aparición de ampollas en glúteos, piernas, muslos, brazos y antebrazos, sin compromiso mucoso. Al examen físico destaca ampollas de 1 a 3 cm, tensas, sin eritema en la base y de contenido seroso con signo de Nikolsky y Asboe-Hansen negativos. Se sospecha penfigoide buloso y se realiza biopsia de lesion que muestra dermatitis vesicular intradérmica suprabasal compatible con penfigoide buloso. Debido a asociación fuerte entre penfigoide buloso y vidagliptina se decide suspender el fármaco. Además, se decide manejo con prednisona 60 mg por día y esquema descendente hasta 5 mg por día. 8 meses más tarde consulta en servicio de urgencia por cuadro de 3 días de evolución de hematuria macroscópica. Se decide hospitalización para estudio y manejo. Durante hospitalización se instala vía venosa que da origen a ulcera con sangrado en napa que no cedía, se solicita evaluación por dermatología para manejo. A la evaluación destaca múltiples hematomas violáceos en cara y extremidades superiores y algunas bulas hemorrágicas de 5 mm de diámetro en antebrazo derecho. Se solicitan exámenes de coagulación destacando PT: 85% (VN: 70-120), INR: 1.1, PTT: 96 s (VN: 25-37). Debido a PTT prolongado se solicita prueba de dilución de plasma del paciente con plasma donante 1:1 tras lo cual no mejoro PTT por lo que se solicitó niveles de factor VIII resultando 2.2% (VN: 50-150). Se diagnostica como hemofilia adquirida asociada a penfigoide buloso por inhibidores de DDP4 y se maneja con corticoides en altas dosis con mala respuesta por lo que se asocia rituximab resolviéndose hematuria y sangrado, mejorando parámetros de coagulación.

Conclusión: La asociación entre penfigoide buloso, inhibidores de DDP-4 y hemofilia A adquirida es infrecuente. Esta condición debe ser sospechada en paciente que se presenten con bulas hemorrágicas, hematomas, equimosis y sangrado sistémico sin historia personal ni familiar de sangrado. Es de suma importancia tener en consideración este caso en la actualidad debido al avance de las enfermedades crónicas como la diabetes y el surgimiento y masificación de nuevos fármacos como los inhibidores de DDP-4.

833

Vasculitis con morfología “inducida por ejercicio” secundaria a vacuna SARS-CoV-2: primer reporte

Jorge Andrés Navarrete Cabello[2,3], Gabriela Coulon Chahin[1], Alex Castro Méndez[2]
[1]Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile, [2]Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile, [3]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: Este caso nos ayudó a ampliar el conocimiento de manifestaciones cutáneas de un grupo de vacunas nuevas. Consideramos que debe ser compartido entre nuestros colegas dermatólogos y otros prestadores de salud, con el fin de reconocer una entidad benigna y evitar terapias o estudios innecesarios. Agregamos que es el único caso reportado con esta morfología.

Caso clínico: Paciente de 59 años con antecedente de epilepsia en tratamiento con carbamazepina de larga data, consultó por cuadro de dos días de evolución de máculas purpúricas asintomáticas en extremidades inferiores. Al interrogatorio dirigido no refiere síntomas sistémicos, nuevos medicamentos ni cambios de dosis. Destacamos que siete días previo al inicio del cuadro recibió tercera dosis de vacunación SARS-CoV-2 con vacuna AstraZeneca. Al examen físico se constató púrpura no palpable que se extiende desde región te tobillos hasta mitad de muslo, por anterior y posterior, respetando rodillas, dorso de pie, zona de compresión de medias, y plantas. Se solicitan exámenes generales los cuales resultan dentro de parámetros normales. El estudio histopatológico mostró vasculitis leucocitoclástica, con inmunofluorescencia directa positiva para C3 e IgM en paredes vasculares del plexo superficial. Se trató con prednisona dosis 0.5mg/kg por cuatro semanas en esquema de descenso, presentando mejoría de las lesiones a la semana de tratamiento. A los tres meses de seguimiento la paciente se mantiene sin nuevas lesiones, ni compromiso renal o de otros órganos.

Conclusiones: Dentro de las manifestaciones cutáneas secundarias a vacuna SARS-CoV-2 se han reportado casos de púrpura palpable y no palpable, asociado o no en la histopatología a vasculitis, sin embargo presentamos el primer caso con morfología de tipo “vasculitis inducida por ejercicio”. Esta dermatosis es frecuente entre personas que realizan deporte o largas caminatas en lugares de alta temperatura ambiental (“vasculitis del golfista”), y característicamente respeta zonas de compresión (a diferencia de la vasculitis de vaso pequeño convencional, en donde estas se ven acentuadas). Nuestra hipótesis es que, en ausencia de ejercicio o calor ambiental extremo, la vacuna generó la noxa que precipitó esta clínica.

878

Eritema pigmentar fixo induzido por tocilizumabe

Cibele Toledo[1], Elizabeth Drullis[1], Denise Steiner[1]
[1]*Univ. de Mogi Das Cruzes, Mogi Das Cruzes, Brazil*

Introdução: Relato de caso pouco frequente de eritema pigmentar fixo por tocilizumabe com resultado estético satisfatório após suspensão do fármaco.

Caso clinico: Paciente feminina, 53 anos, dona de casa, apresentando máculas castanho violáceas bem delimitadas em região frontal, centro facial, cervical e colo há 1 ano. Referia que as lesões causavam constrangimento social.
A paciente é portadora de artrite reumatoide, em uso de tocilizumabe há 5 anos.
Foi realizada biópsia de lesão em região cervical posterior, que evidenciou dermatite de interface com intenso derrame pigmentar. Pela característica clínica das lesões, inicio após uso do tocilizumabe e anatomopatológico compatível com lesão residual de eritema pigmentar fixo, a conduta foi a suspensão do tocilizumabe, fotoproteção e reavaliação em 4 meses.
A paciente retornou apresentando clareamento total das máculas castanho violáceas, apenas com suspensão do fármaco suspeito. Não foi utilizada nenhuma substância despigmentante.

Conclusão: O eritema pigmentar fixo é uma reação cutânea de hipersensibilidade medicamentosa.
Na primeira exposição pode ocorrer dentro de semanas a anos após o uso continuo da medicação.Para o diagnóstico do eritema pigmentar fixo a anamnese com histórico clínico detalhado é fundamental. Testes de provocação (oral ou cutâneo) ou biópsia poderão ser necessários para confirmação diagnóstica.
O tratamento é sintomático e a suspensão do agente desencadeante é fundamental para a melhora do quadro clínico.

904

Formas de toxicidad cutánea inducidas por dosis bajas de metotrexato

Javier Antoñanzas Pérez[1], Ester Moreno Artero[2], Leyre Aguado Gil[1], Nuria Rodríguez-Garijo[2], Ana Morelló Vicente[1], Marta Ivars Lleó[2]
[1]Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España, [2]Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España

El metotrexato (MTX) es un fármaco que impide la síntesis de ADN mediante la inhibición de la enzima dihidrofolato reductasa. Sus efectos tóxicos se presentan cuando se utiliza en altas dosis como quimioterapéutico, sin embargo, a dosis bajas, como las que se emplean en enfermedades dermatológicas, también pueden aparecer signos de toxicidad. El MTX es más activo en aquellas células que participan en el ciclo celular, por lo que los primeros signos de toxicidad pueden aparecer primero en la piel, el tracto digestivo o la médula ósea, donde aumenta la renovación celular. Las náuseas, los vómitos o la diarrea son las manifestaciones más frecuentes, mientras que la mielosupresión es la más temible. Presentamos a continuación tres casos de toxicidad cutánea inducida por MTX.

Las dosis utilizadas de MTX en enfermedades dermatológicas oscilan entre 7,5 y 25 mg/semana. En dosis más altas, el MTX actúa como un agente quimioterapéutico que inhibe la formación de ADN, y en consecuencia, se requiere un control. La toxicidad cutánea inducida por dosis bajas de MTX es rara y los casos de úlceras cutáneas inducidas por MTX se han notificado principalmente en pacientes con psoriasis donde el recambio celular está acelerado. Los signos cutáneos de toxicidad por MTX son temporales y no se requieren medidas adicionales después de suspender el tratamiento; sin embargo, es importante reconocerlos porque pueden actuar como marcadores de una posible toxicidad aguda y grave, que puede poner en peligro la vida. La toxicidad grave aguda debida a dosis bajas de MTX generalmente ocurre como resultado de sobredosis inadvertidas. Sin embargo, factores concomitantes como edad avanzada, hipoalbuminemia, uso simultáneo de otros fármacos (omeprazol, diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos) e insuficiencia renal, pueden aumentar el riesgo de toxicidad por MTX. Ninguno de los tres casos que presentamos tenía antecedentes de psoriasis, excepto el caso 2, en el que el paciente fue diagnosticado de pustulosis palmoplantar. Sin embargo, todos ellos tenían factores concomitantes que podrían favorecer la aparición de toxicidad cutánea inducida por MTX. En el caso 1 la paciente había estado recibiendo dexketoprofeno durante años y recientemente se había agregado furosemida. En el caso 2, la paciente había aumentado la dosis de MTX a 25 mg una vez por semana debido al mal control de su pustulosis palmoplantar. En el caso 3 se utilizó MTX como quimioterapia. Sin embargo, los efectos tóxicos en la médula ósea y la piel aparecieron después de agregar un antibiótico nefrotóxico, trimetoprim sulfametoxazol, lo que condujo a la acumulación de MTX en suero.

En conclusión, los signos de toxicidad cutánea inducidos por dosis bajas de MTX son raros y, por tanto, infradiagnosticados. Es importante reconocer estos signos porque pueden actuar como marcadores de toxicidad aguda y grave que pueden poner en peligro la vida. Aunque se desconoce el mecanismo exacto por el que se producen, parece que deben estar en juego algunos mecanismos más allá de la toxicidad dependiente de la dosis.

956

Residuos de antibióticos en los alimentos y su potencial alérgico: eritema pigmentario fijo

Yara Andrea Luna Villalobos[1], Saul Herrera Guzman[1], Ximena Rodríguez Rangel[1], Monica Fernandez Sanchez[1], Santiago Ávila Ríos[1]
[1]Instituto de Enfermedades Respiratorias, México, México

Introducción: El eritema pigmentario fijo (EPF) es una reacción adversa asociada a fármacos relativamente común en el campo de la dermatología; representando el 14-22% de las toxicodermias. Cientos de medicamentos incluyendo antibióticos, antiepilépticos, anti-inflamatorios no esteroideos y fenotiazinas se han asociado a EPF (1). En 1996 se describió por primera vez la asociación de EPF con alimentos(2), desde entonces diversos alimentos y colorantes se han establecido como agentes causales de esta entidad, con una prevalencia estimada <1% (3). Una asociación poco explorada en la literatura es la aparición de EPF secundaria a alimentos potencialmente contaminados con fármacos (4-6). Presentamos un caso de EPF asociado a la ingesta de carne de cerdo con residuos de sulfonamidas.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 19 años de edad con antecedente infección por VIH en tratamiento antirretroviral por más de un año, se presenta a la consulta de dermatología por reaparición de lesiones ampollosas tras la ingesta de carne de cerdo. El paciente era conocido por el servicio debido a que meses atrás había presentado EPF secundario a Trimetroprima-sulfametoxazol (TMP-SMX). Las placas hiperpigmentadas y máculas eritematovioláceas de dicho episodio habían aclarado previamente. No obstante, a la exploración física se encontraron ampollas en los sitios previamente afectados así como aparición de nuevas lesiones de las mismas características en otros segmentos corporales incluyendo mucosas. Al interrogatorio el paciente negó el consumo de algún otro medicamento pero reiteró la asociación temporal con el consumo de carne de cerdo. La recurrencia del EPF fue confirmada por biopsia. Debido a que el EPF suele desencadenarse por un único agente aunado al hecho de que la carne de cerdo no se ha establecido como agente causal de este tipo de toxicodermia así como el antecedente de sensibilización a TMP-SMX, el diagnóstico de EPF asociado a presencia de residuos contaminantes de sulfonamidas en la carne de cerdo fue establecido.

Conclusiones: El EPF es una reacción de hipersensibilidad tipo IV infrecuente, pero común en el campo de dermatología (1). A pesar de que el diagnóstico clínico es sencillo, la identificación del agente causal es compleja cuando los pacientes niegan la ingesta de medicamentos (4). En este tipo de casos, las posibilidades incluyen que el factor desencadenante no haya sido un medicamento o que la exposición haya ocurrido a través de un vehículo contaminado (4-5). Estudios mexicanos han identificado residuos de sulfonamidas y otros antibióticos en carne de cerdo lo cual apoya la sospecha diagnóstica (7). Las regulaciones sobre el uso de antibióticos en alimentos de origen animal establecen límites en la concentración de estos agentes para garantizar el consumo seguro pero no necesariamente para limitar la aparición de reacciones alérgicas como el EPF (4). El dermatólogo debe tener en mente que las toxicodermias pueden desarrollarse aun sin antecedente de ingesta de medicamentos mediante la exposición involuntaria e inadvertida a residuos de fármacos en alimentos procesados.

995

Dermatitis por radiación Recall inducida por Nitrofurantoina en paciente con carcinoma espino celular de recto

María Cristina Altamirano Castañeda[1], Miryan Ortega[1]
[1]*Hospital Carlos Andrade Marin, Quito, Ecuador*

La dermatitis por Radiación Recall es una afección descrita como efecto adverso de la exposición a radioterapia. Es una toxicidad tisular aguda limitada al área previamente expuesta a radiación que puede producirse al mes o hasta mas de 5 años posteriores al tratamiento, por lo general se ha relacionado con el uso de taxanos, metotrexato, dactinomicina y doxorrubicina, y es muy raro que se presente esta afección con el uso de antibióticos, por esta razón se eligió este caso clínico, ya que tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica en varias bases de datos solamente se encontró un reporte de caso de dermatitis por radiación Recall por uso de Nitrofurantoina.

Este interesante caso clínico seria el primero descrito en Ecuador razones por las que tiene trascendencia científica e histórica en el campo de la Dermatología.

Se trata de una paciente femenina de 76 años con antecedente de hipotiroidismo, bocio coloide con adenoma micro nodular, hipertensión arterial, insuficiencia venosa, poli artritis y carcinoma escamo celular en recto hace 5 años tratado con radioterapia y quimioterapia.

Acude a la consulta por presentar una dermatosis diseminada en región perianal, en región glútea bilateral y pubis, caracterizada por eritema, edema, ligera infiltración de los bordes, estos delimitados, sin dolor al tacto y en ausencia del signo de brodie; cuadro clínico de 7 días de evolución que coincidió con el inicio de tratamiento con Nitrofurantoina por una infección del tracto urinario.
Para corroborar el diagnostico se realizo una biopsia la misma que reporto degeneración vacuolar de la basal, con espongiosis multifocal. epidermis discretamente acantotica, infiltrados inflamatorios peri vasculares, vasos sanguíneos dilatados y edema dérmico. Por lo tanto con el resultado del histopatológico y la clínica se confirmo el diagnostico de una Dermatitis por radiación Recall.
La paciente suspendió la Nitrofurantoina y al cabo de pocos días las lesiones desaparecieron completamente.

Cabe mencionar que este caso clínico representa hasta donde sabemos el segundo reporte de dermatitis por radiación Recall por uso de Nitrofurantoina y el primero en Ecuador, por ello la necesidad de compartir con la comunidad medica para tomar en cuenta este tipo de lesiones en pacientes con antecedentes de radioterapia, para así evitar el subdiagnostico y el uso irracional de antibióticoterapia, ya que generalmente se confunde esta entidad con celulitis, erisipela y otras infecciones, provocando un circulo vicioso y aumentando los costes médicos y de estancia hospitalaria.

La Nitrofurantoina es un fármaco ampliamente utilizado en nuestro medio y en general, por su eficacia, bajo costo y disponibilidad, por lo que a la hora de utilizarlo en pacientes oncologicos, al tener este recurso literario se podrá tener en cuenta esta patologia para la practica clínica cotidicana en cualquier nivel de atención. Además contribuirá como recurso bibliográfico a la hora de estudiar interacciones medicamentosas, efectos adversos y diagnósticos diferenciales en patologías dermatológicas en pacientes oncológicos.

1002

Asociación clínico-patológica de efectos adversos cutáneos secundarios al uso de inhibidores de la tirosina cinasa en un hospital de tercer nivel de atención del noreste de México

Rosalva Dinorah Chang Heredia[1]
[1]*Instituto Mexicano Del Seguro Social, Monterrey, México*

Antecedentes: Los inhibidores de tirosina cinasa (ITC) en enfermedad neoplásica han disminuido los efectos adversos de la quimioterapia, las manifestaciones cutáneas secundarias a éstos va en aumento y afectan la calidad de vida de los pacientes o provocan su interrupción.

Objetivo: Conocer los efectos adversos cutáneos más frecuentes asociados al uso de ITC, valorar clínica y asociar histopatología en pacientes de dermatología en tercer nivel de atención del noreste de México.

Material y métodos: Estudio observacional transversal, retrospectivo y analítico. Incluyó pacientes de 5 a 80 años con neoplasias y evento adverso secundario a uso de ITC que acudieron a dermatología contando con estudio histopatológico. Se evaluaron las manifestaciones clínicas, severidad, histopatología y se realizó asociación entre ellos. El análisis descriptivo utilizó frecuencias absolutas, porcentajes, medias y medianas con desviaciones estándar, para análisis inferencial X2, probabilidad de Fisher, T de student y análisis de varianza.

Resultados: Se evaluaron 38 pacientes, 47% presentó efectos adversos a Imatinib, las manifestaciones más frecuentes son exantema maculopapular 28.9% y trastornos de pigmentación 18.4%, el patrón histopatológico más frecuente fue el infiltrado inflamatorio por linfocitos 34.2%, así como vasculitis en 10.5% asociado a mayor severidad.

Conclusiones: Existe asociación directa entre efectos cutáneos y presencia de infiltrado linfocítico en menor severidad, así como vasculitis asociada a mayor severidad.
Palabras clave: evento adverso, mesilato de imatinib, nilotinib, dasatinib, piel.

1038

A propósito de un caso: Síndrome de DRESS y Falla hepática fulminante inducida por fármacos antituberculosos

Carol Verónica Gutiérrez Guzmán[1]
[1]*Hospital Japonés, Santa Cruz, Bolivia*

Introducción
Se presenta a un joven de 21 años de edad con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que desarrolló síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) y Falla hepática fulminante. El diagnóstico es dificultoso, sobre todo cuando los hallazgos en piel son mínimos y por los síntomas sistémicos. Por lo tanto, es importante conocer este síndrome para poder manejarlo de forma temprana y oportuna.

Caso clínico
Paciente de sexo masculino de 21 años de edad, con antecedente patológico de Tuberculosis pulmonar desde hace 2 meses cumpliendo un mes de tratamiento específico, además con el antecedente personal de fumar marihuana desde sus 14 años. Ingresa con un cuadro clínico de una semana de evolución, presentando fiebre, prurito generalizado, dolor abdominal tipo cólico y vómitos. En los últimos dos días se exacerba el cuadro con hiporexia, adinamia, exantema cutáneo generalizado, edema facial y de extremidades e ictericia escleral. Paciente en regular estado general, hemodinámicamente estable, febril, taquipnéico, taquicárdico y álgico. Al examen físico en piel presenta rash cutáneo eritematoso generalizado a predominio de rostro, abdomen, extremidades superiores e inferiores, caliente a la palpación y doloroso en extremidades; estertores crepitantes en ápice pulmonar derecho, abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio, con hígado a 2 cm del reborde costal; edema de miembros inferiores grado 2 godet ++ y edema de manos, sin adenopatías palpables.
En la analítica sanguínea destacan: eosinofilia 24%/ml, plaquetopenia, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 6.3mg% a predominio directo 3.5mg%) anemia moderada, IgE: 547 UI/ml (0-200 UI/ml), hepatitis A positivo IgG, hepatitis B y C negativo, hipertransaminesemia (TGO 660 IU/l y TGP 678 IU/l).
Ecografía abdominal: hepatomegalia homogénea, ambos riñones aumentados de volumen, páncreas aumentado de volumen, abundante liquido libre en espacio recto vesical y de Morrison.
Se discontinua fármacos antituberculosos, se inicia corticoterapia sistémica, antihistamínicos, solución dextrosa, hepatoprotectores y transfusión de hemoderivados.
A pesar de las medidas, cursa con evolución desfavorable, taquipnéico, taquicárdico, álgido, oligoanurico, con mayor intensidad del dolor abdominal resistente a los analgésicos, vómitos y aumento del edema en extremidades; valorado por el servicio de Cirugía el cual descarta un abdomen agudo quirúrgico. Laboratorialmente con ascenso de las transaminasas (TGO 760 IU/L TGP 1420 IU/L), tiempo de protrombina 24 s, actividad 26%, plaquetopenia 15.000, LDH 2250 U/I, Bilirrubina total 14mg% a predominio directa 10.9mg%, por lo cual se traslada a UCI para manejo hemodinámico, presentando mayor deterioro, con vómitos porráceos, estuporoso, hipoglucemias, pupilas midriáticas, presión arterial imperceptible, paro cardiorrespiratorio y muerte.

Conclusiones
El síndrome de DRESS es una reacción de hipersensibilidad grave causada por fármacos anticonvulsivantes, sulfonamidas y, con menos frecuencia, drogas antituberculosas. Al ser los fármacos antituberculosos una causa poco frecuente y, además la presencia de síntomas sistémicos, nos puede desorientar del diagnóstico. Por lo cual debemos trabajar de manera conjunta entre especialistas para detectar y tratar de forma oportuna las posibles complicaciones de esta patología y disminuir así su índice de mortalidad.

1049

Patrón psoriasiforme y liquenoide en reacciones medicamentosas por fármacos anti-PD1. Serie de 3 casos

Beatriz Butrón Bris[1], Raquel Sampedro[1], Iñigo Lladó[1], Mireia Seguí[1], Pedro Rodríguez Jiménez[1], Javier Fraga[2], Esteban Daudén[1], Mar Llamas Velasco[1]
[1]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, [2]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Las erupciones cutáneas de tipo liquenoide y psoriasiforme son una forma habitual de presentación de las reacciones cutáneas secundarias al uso de inmunoterapia con inhibidores de puntos de control inmunitario, como los anti-PD1, tratamientos utilizados en diferentes tipos de cáncer en estadios avanzados, como es el caso del cáncer de pulmón o del melanoma.

A pesar de que las reacciones cutáneas de tipo medicamentoso están dentro de los efectos secundarios más frecuentes con la inmunoterapia (prurito, erupción maculo-papular, etc.), la aparición de reacciones psoriasiformes y liquenoides, así como la exacerbación de la psoriasis preexistente, se ha reportado de forma esporádica en la literatura, y su prevalencia parece estar infraestimada. Describimos el caso de tres pacientes atendidos en nuestro hospital que presentaron erupciones cutáneas secundarias al inicio del tratamiento con fármacos anti-PD1, lesiones que clínicamente presentaban áreas psoriasiformes y otras más liquenoides, en los que la biopsia permitía observar hallazgos de tipo patrón liquenoide y psoriasiforme de forma concomitante.

El primer paciente, un varón de 69 años, con psoriasis en placas desde hace más de 30 años y sin artritis asociada, en tratamiento con guselkumab con buen control de la enfermedad. Tras el inicio de Pembrolizumab por el diagnóstico de carcinoma de pulmón metastásico acudió por aparición, al mes de la primera infusión, de placas eritemato-escamosas distribuidas en tronco y miembros, así como en región palmoplantar, nunca afecta anteriormente, dónde tenían un aspecto pustuloso, morfología que tampoco había presentado con anterioridad.

El segundo caso, un varón de 73 años sin patología cutánea previa y sin antecedentes familiares de psoriasis, acudió por aparición de lesiones eritemato-escamosas distribuidas por todo el tronco y otras de aspecto pustuloso en miembros inferiores, iniciadas a los pocos días del comienzo de inmunoterapia con Nivolumab por el diagnóstico de una neoplasia de pulmón, las lesiones presentaron un empeoramiento significativo con el tercer ciclo de tratamiento, momento en el que fue evaluado por nosotros.
El tercer paciente se trataba de una mujer de 70 años, que tras iniciar tratamiento con Nivolumab por un diagnóstico de melanoma con metástasis única a nivel cutáneo, desarrolló a las pocas semanas del inicio de la inmunoterapia lesiones de aspecto psoriasiforme, de predominio en extremidades inferiores y con afectación palmo-plantar. Cuya biopsia demostró también hallazgos mixtos compatibles con dermatitis liquenoide y psoriasiforme.

Las biopsias realizadas mostraban hallazgos similares en los tres casos, destacando un infiltrado liquenoide de intensidad distinta, así como paraqueratosis englobando neutrófilos y disminución del estrato granuloso.
Por tanto, presentamos tres casos de lesiones eritemato-escamosas, con zonas psoriasiformes y liquenoides, en relación con el inicio de tratamiento con anti-PD1, con hallazgos histológicos no descritos previamente: datos sugestivos de reacción liquenoide en la unión dermo-epidérmica y psoriasiformes en capas superficiales de epidermis y estrato córneo. Estos hallazgos histopatológicos vienen a ampliar el espectro de toxicodermias en relación con los antiPDL1 y, además, plantean la posibilidad de que se activen múltiples vías patogénicas.

1059

Serie de casos clínicos: síndrome de Stevens Johnson

Diana Miguel Barrientos Gutierrez[1]
[1]Hospital Japones, Santa Cruz, Bolivia

INTRODUCCION
La piel es uno de los órganos blanco más afectados por las reacciones adversas a medicamentos, con una alta incidencia.
El Síndrome de Stevens-Johnson se consideran un espectro de enfermedades cutáneas raras pero potencialmente fatales, presenta un desprendimiento de piel: menos del 10% de la superficie corporal. Sin intervención médica inmediata, la separación incontrolada de la epidermis puede conducir a áreas denudadas grandes que causan dolor extremo, pérdida masiva de líquido y proteína, hemorragia, hipotermia e infecciones, con posterior compromiso multisistémico.

CASO CLINICO 1 Steven Johnson
Varón de 14 años, residencia y procedencia de santa cruz de la sierra, ocupación estudiante.
Cuadro clínico de 2 días de evolución caracterizado por fiebre de 38°C, malestar general, eritema facial y ampollas flácidas en labios y mucosa oral, en las siguientes horas presenta empeoramiento progresivo del estado general, aparición de lesiones cutáneas maculo-papulares-eritematosas confluentes, con diseminación generalizada con afectación de mucosas ocular, oral y genitales, ; tras la automedicación de Carbamazepina 100 mg por un mes, con posterior evolución de las lesiones cutáneas a ampollas flácidas y flictemas con contenido serohematico dolorosas, signo de Nikolsky (+), signo de Asboe Hansen (+)
Superficie corporal comprometida:10%.
Pruebas de laboratorio:
Hemograma: GR: 7,7 LYN: 6 EOS: 3
Bioquímica GLU: 104, UREA: 36 CREA: 1.3 GOT: 145 GPT: 69
Histopatolgia:Separación dermo-epidermica con necrosis confluente de la epidermis; edema y aflujo inflamatorio constituido por linfocitos, eosinofilos y escasos neutrófilos en dermis papilar y reticular.

CASO CLINICO 2 Superposición SSJ-NET
Varón de 24 años, procedente y residente de santa cruz de la sierra, ocupación agricultor.
Cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por malestar general, alzas térmicas de 40,5°C, eritema multiforme en piel generalizado con afectación de palmas y plantas, compromiso de mucosa ocular, oral y genitales posterior a la administración de penicilina endovenosa, con evolución desfavorable presentando exacerbación del cuadro clínico con aparecimiento de flictemas que progresan a erosiones confluentes con secreción serohematicas dolorosas, Signo de Nikolsky +, signo de Asboe Hansen (+)
SUPERFICIE CORPORAL: 25%
Antecedentes personales: Alcoholismo desde los 15 años y sustancias controladas
Antecedentes patológicos: hepatitis B y sífilis
Pruebas de laboratorio:
Hemograma: GB: 5,9 LYN: 20 EOS: 3
Bioquímica: GOT: 204 GPT: 381 BT: 1,8 BD: 0.8 BI: 1.0 FAT: 122 PT: 4.8 ALB: 2,3
Hepatitis B: POSITIVO
HBsAG (CLIA): +10.000
VHB-CORE: 489.6
RPR CARBON: REACTOR 1/32
Histopatología:
Ortoqueratosis con acúmulos de eritrocitos, ligera degeneración vacuolar en la capa basal, aflujo inflamatorio linfoplasmatico perivascular con melanofagos y ectasia vascular en dermis superficial.

TRATAMIENTO
Traslado a unidad de cuidados intermedios, hidratación parenteral según requerimientos, corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, corticoides endovenosos en altas dosis, curaciones de piel con corticoides más antibióticos tópicos, seguimiento multidisciplinario.

CONCLUSIÓN
Es importante realizar un diagnóstico temprano de estas enfermedades para suspender lo más pronto posible el fármaco causante. Así mismo, deben identificarse los marcadores de severidad para monitorizar la evolución e iniciar el tratamiento de soporte específico que permita la detención, curación y prevención de las complicaciones y secuelas de la enfermedad.

1069

Necrólisis epidérmica toxica relacionada a vacuna COVID19. Caso clínico

Karol Michelle Olivares[1], Ana Luz Guevara, Jaime Martínez, Mariella Monge, Anett Mejia, Alexan Maza
[1]*Hospital Nacional Zacamil, San Salvador, El Salvador*

La necrólisis epidérmica toxica (NET) se encuentra en un espectro de reacciones agudas de hipersensibilidad de tipo retardado que se caracteriza por ampollas y desprendimiento epidérmico extenso de más del 30% del área de superficie corporal. Su etiología es idiopática, pero se asocia con distintos medicamentos, infecciones y en casos muy raros, vacunas. Con una incidencia a nivel mundial de 0.4-1.9 casos/millón de habitantes/año; con una mortalidad del 20-60%. Puede ocurrir a cualquier edad con un pico entre 46-63 años. Las mujeres representan 60% de los casos.
Presentamos una paciente ingresada en el servicio de medicina interna y presentada al servicio de Dermatología para interconsulta. Mujer de 76 años de edad, sin antecedentes patológicos previos. Fue traída a unidad de emergencias con historia de 2 semanas posterior a recibir la segunda dosis de la vacuna COVID-19, sin otras causas identificables; inicio de eritema pruriginoso generalizado que evoluciona a erosiones y costras hemorrágicas en labios, mucosa ocular, nasal y genital; y numerosas manchas rojas purpúricas oscuras que involucraban extremidades superiores e inferiores, tórax, espalda, abdomen con áreas que mostraban coalescencia de lesiones ampollosas friables de tamaño variable flácidas y áreas de desprendimiento epidérmico, con signo positivo de Nikolsky. Con compromiso del 80% de la superficie corporal. Los exámenes de laboratorio mostraban: Hb 13.1g/dl, plaquetas 318,000, Cr 3.3mg/dl, Na 122, BUN 60.4mg/dl, Glucosa 95 mg/dl; los cuales indican falla renal aguda y desequilibrio hidroelectrolítico. Diagnosticada clínicamente por el servicio de Dermatología como necrólisis epidérmica Toxica. La puntuación de gravedad de la enfermedad para la necrólisis epidérmica tóxica (SCORTEN) fue de tres el día de su ingreso, ya que era mayor de 40 años y tenía un nivel de nitrógeno ureico sérico de menos de >28 mg /dl, y superficie corporal afectada >10%, lo que indica una probabilidad de 35,8% de mortalidad. Paciente fue manejada por Medicina interna, concomitantemente con Dermatología y Oftalmología; con líquidos endovenosos, corrección de electrolitos, apoyo nutricional, esteroides endovenosos y manejo como gran quemado. En estancia intrahospitalaria paciente presenta falla multiorgánica y fallece al séptimo día de estancia hospitalaria.

La necrólisis epidérmica toxica inducido por la vacunación es rara. Actualmente hay menos de veinte casos reportados publicados en la literatura, de reacciones de este espectro de enfermedades síndrome de Stevens-Johnson/ necrólisis epidérmica toxica relacionadas a vacunas. Se tenían informes de la vacuna contra el sarampión, MMR (sarampión, paperas, rubéola), hantavirus y meningococo B causan NET. Reportamos el segundo caso en la literatura publicada de la vacuna COVID19 relacionado con NET, hacemos énfasis que es una reacción extremadamente rara de la vacuna y que los beneficios superan en gran medida los riesgos en las circunstancias actuales, por lo tanto, no debe haber dudas entre la población para buscar la vacunación y esto no debería influir en la decisión de tomar la vacuna, ni aumentar creencias erróneas que existen actualmente.

1080

Hidradenitis ecrina neutrofílica durante el tratamiento con adalimumab en psoriasis severa

Rubén Del Río Gil[1], Antonio Boix Montañés[1], Ariadna Quer Pi Sunyer[2]
[1]Hospital L´Esperit Sant, Sta. Coloma de Gramenet, España, [2]Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España

Presentamos un caso de hidradenitis ecrina neutrofílica durante el tratamiento con Adalimumab en psoriasis severa.
El paciente presentó tras iniciar Adalimumab papuloplacas con nódulos en dorso de manos y cara dorsal de antebrazos.
La biopsia cutánea mostró cambios compatibles con hidradenitis ecrina neutrofílica. Se retiró adalimumab y se inició Guselkumab resolviéndose las lesiones.
Este efecto adverso cutáneo, si bien se ha descrito con algunos fármacos antineoplásicos como citarabina, también se ha asociado a anticuerpos monoclonales (Cetuximab y antiTNF).

1093

Comparative histopathological features between Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome and Drug-induced maculopapular rash

Ludimila Oliveira Resende[1], João Magalhães Alves Ferreira Avancini[1], Marcella Soares Pincelli[1], Cláudia Giuli Santi[1], Marcelo Abrantes Giannotti[1]
[1]Hospital Das Clínicas Da Faculdade de Medicina Da Usp., São Paulo, Brazil

Introduction: To date, there is no specific histopathological finding that can be used to differentiate DRESS syndrome from other drug eruptions, and large detailed studies of the distinctive histopathological features of DRESS are sparse in the literature. This project aims to study the comparative histopathological characteristics in suspected DRESS syndrome cases, between confirmed and ruled out cases treated in a high complexity hospital in Brazil, from 2008 to 2021, in order to determine whether DRESS has specific pathological features that allow it to be distinguished histopathologically from drug-induced maculopapular rash. Furthermore, we intend to propose a score system that can be used as a diagnostic tool to help segregate these groups.
Materials and methods: We retrospectively evaluated skin biopsies from 40 patients with clinical suspicion of DRESS syndrome followed from 2008 to 2021, divided into 2 groups: the DRESS group (RegiSCAR score >3) and the maculopapular rash group (RegiSCAR score ≤ 3). The study compared ten histopathological parameters between DRESS and maculopapular rash groups: parakeratosis, spongiosis, isolated keratinocyte necrosis, interface dermatitis, papillary edema, pigmentary incontinence, erythrocytes extravasation, eosinophilia, and inflammatory infiltrate composition and density.
Results: Among analyzed criteria, three showed significant differences between the two groups: apoptotic keratinocytes frequency, degree of interface dermatitis and degree of erythrocytes extravasation.

Conclusion: The study showed that histopathological findings can help in the diagnosis of DRESS syndrome, highlighting the findings of: presence of apoptotic keratinocytes, severe interface dermatitis and severe erythrocytes extravasation. Besides, the proposed score has good discrimination power between the two groups.

1121

Penfigoide ampollar como efecto adverso de los anti PD1: presentación de dos casos

Lucía Ferraz[1], Daniella Bravo[1], Analía Guerra[1], Patricia Kustcher[1], Maria Eugenia Mazzei[1]
[1]*Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay*

Introducción
Los fármacos anti PD1 se han convertido en una de las mejores opciones terapéuticas para el tratamiento del cáncer, estimulando una respuesta inmunológica frente al tumor. No obstante, no están libres de efectos adversos. A nivel cutáneo se ha evidenciado un gran espectro de dermatosis como: reacciones liquenoides, exantemas, psoriasis, Sd. Steven Johnson-net. Actualmente se han reportado casos de penfigoide ampollar inducido por estos fármacos, generando un desafío terapéutico, dado que las enfermedades ampollares autoinmunes, requieren frecuentemente la suspensión del fármaco y el tratamiento con inmunosupresores sistémicos. Presentaremos dos casos clínicos que desarrollaron Penfigoide ampollar como efecto adverso a el tratamiento con anti PD1.

Casos clínicos
Caso clínico 1
Sexo masculino, 76 años procedente de Maldonado, Uruguay, que presenta como antecedentes personales cáncer de pulmón estadio IV en tratamiento con Pembrolizumab, hipotiroidismo, hipertensión arterial, ex tabaquista.
Consulta por lesiones pruriginosas en piel, localizadas en tronco y miembros, de más de un mes de evolución, caracterizada por lesiones ampollares tensas de 1-2 cm y algunas lesiones prurigoides. Con planteo de Penfigoide ampollar inducido por Pembrolizumab se realiza biopsia para estudio histopatológico con hematoxilina-eosina e inmunofluorescencia directa, confirmando el diagnóstico.

Caso clínico 2
Sexo masculino, 50 años, procedente de Colonia, Uruguay que presenta como antecedentes personales cáncer renal estadio IV en tratamiento con Nivolumab.
Consulta por lesiones en piel, localizadas en tronco y miembros superiores caracterizadas por ampollas tensas de 1-3 cm, concomitantemente se observan algunas pápulas eritematosas y excoriaciones, de dos semanas de evolución.
Con planteo de Penfigoide ampollar se realiza biopsia para estudio histopatológico con hematoxilina y eosina confirmando su diagnóstico.

Discusión
En los últimos años ha habido un gran aumento en el uso de los inhibidores de checkpoint (anti PD1 y anti PDL-1) para el tratamiento de diversos canceres, lo que conlleva a un mayor reporte de efectos adversos de estos fármacos. Los efectos adversos dermatológicos ocurren con una frecuencia del 39%-49% de los casos, reportándose una amplia gama de dermatosis, destacando en nuestros casos las enfermedades ampollares.
Se estima que las enfermedades ampollares se presentan como efecto adverso de las terapias anti PD1 en 1% de los casos.
El mecanismo exacto del penfigoide ampollar relacionado con inmunoterapia se desconoce, se demostró que BP180 se expresa en algunos tumores, lo que aumenta la posibilidad de producir anticuerpos contra antígenos celulares presentando reacción cruzada a nivel de la unión dermoepidérmica. La latencia en la aparición de las lesiones varía según reportes, pero se estima que es 190 días y en la mayoría de los casos presentan el mismo espectro clínico, histológico e inmunológico del penfigoide ampollar clásico. Se destaca que el tratamiento con corticoides sistémicos contrarresta el efecto de la inmunoterapia, por lo que no debe ser considerado como primera línea en estos cuadros.

Conclusión
Como Dermatólogos debemos estar familiarizados con las reacciones cutáneas adversas secundarias a inmunoterapia, y manejarlas de una forma racional que no interfiera con el tratamiento oncológico de base, sabiendo que en ocasiones puede ser necesaria la suspensión del mismo.

1170

Exantema flexural e intertriginoso simétrico associado a fármacos após exposição a produtos para o tratamento de patologia hemorroidária

Miguel Nogueira[1], Egídio Freitas[1], Ana Maria Lé[1], AlexanAzevedo[1], Inês Lobo[1]
[1]Centro Hospitalar Universitário Do Porto, Porto, Portugal

Introdução: O exantema flexural e intertriginoso simétrico associado a fármacos (vulgarmente conhecido como SDRIFE) corresponde a uma entidade rara incluída no grupo de erupções cutâneas generalizadas associadas a fármacos. Estas condições são frequentemente associadas a fármacos administrados por via oral ou endovenosa (p.ex. antibióticos, antivíricos, antifúngicos, antihipertensores, entre outros). Contudo, apesar de raro, também podem ocorrer após utilização de produtos tópicos. Reportamos um caso raro secundário a produtos usados frequentemente pela população no quotidiano.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, com antecedentes de patologia hemorroidária a aguardar cirurgia, sem outros antecedentes patológicos de relevo. À exceção da aplicação tópica esporádica de produtos aquando crise hemorroidária, não realizava qualquer medicação habitual. É encaminhada à consulta de Dermatologia por quadro de exantema maculo-papular pruriginoso recidivante, inicialmente na região perianal, mas com posterior generalização das lesões para pregas antecubitais, axilas e região inframamária. O primeiro episódio teria ocorrido 4 meses antes, e associava o re-surgimento das lesões à aplicação de tratamento tópico durante crises hemorroidárias. Referia melhoria das lesões cutâneas com corticoterapia sistémica e/ou tópica, e após suspensão do produto tópico usado para tratamento das crises hemorroidárias. Ao exame objetivo em consulta, apresentava máculas acastanhadas pós-inflamatórias e alguns nódulos escoriados simétricos no dorso das mãos, nádegas e coxas. Os testes epicutâneos revelaram positividade para mistura de caínas III 10% pet. (benzocaína 5%, dibucaína 2.5% e tetracaína 2.5%) e os produtos tópicos aplicado conforme necessidade durante crises hemorroidárias. Foi sugerida evicção deste tipo de produtos. Após cirurgia de hemorroidectemia, já com 7 meses de vigilância, sem re-surgimento de novas lesões, apenas com lesões cicatriciais residuais.

Conclusões: O exantema flexural e intertriginoso simétrico associado a fármacos diz respeito a um exantema eritematoso simétrico desenvolvido na região glútea e grandes pregas após exposição a fármacos que atingem a circulação. O grupo de erupções generalizadas associadas a fármacos, do qual esta entidade faz parte, é frequentemente associado a fármacos administrados por via oral ou endovenosa. Contudo, apesar de raro, estão já descritos diversos casos clínicos decorrentes da aplicação tópica de medicamentos. Os anestésicos locais (e, dentro deste grupo, predominantemente a dibucaína), atualmente bastante utilizados como constituinte de produtos para o tratamento de crises hemorroidárias, são alguns dos agentes já associados ao desenvolvimento da entidade discutida anteriormente. Nestes casos, a aplicação direta na mucosa retal, com a oclusão associada à prega interglútea, fornece o cenário ideal que favorece a absorção sistémica do fármaco utilizado. Em conclusão, este caso demonstra que a prega interglútea pode facilitar a sensibilização e subsequente absorção sistémica dos produtos aqui aplicados, constituindo uma via importante para desenvolver dermatites de contacto sistémicas, do qual é exemplo o exantema flexural e intertriginoso simétrico associado a fármacos. Os testes epicutâneos permanecem como método seguro de confirmação diagnóstica nestes casos, caso seja possível a identificação dos possíveis causadores.

22. Fotobiología-Fototerapia

743

Tricotiodistrofia sin fragilidad capilar: diagnóstico diferencial de fotodermatosis

Diego Diego López[1], Andrea Cristiani Vázquez[1], María Eugenia Mazzei Weiss[1], María Schmid Jorge[1]
[1]*Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay*

Introducción
La tricotiodistrofia es una enfermedad rara de la que se han publicado unos 110 casos hasta la fecha. Se transmite con carácter autosómico recesivo y es secundaria a la mutación de múltiples genes lo que se traduce clínicamente por diferentes fenotipos. Se caracteriza por un espectro clínico amplio que va desde anomalías capilares aisladas a complejas alteraciones del neurodesarrollo con aumento de la mortalidad. Las características clínicas de esta patología son: fotosensibilidad (en hasta el 50%), pelo quebradizo (88%), alteraciones del tallo piloso (68%), ictiosis (65%), deterioro intelectual (86%), disminución de la fertilidad, talla baja, distrofia ungueal, alteraciones dentales, inmunodeficiencia, facies característica (retrognatia, orejas prominentes), entre otras. Al microscopio óptico se pueden observar tallos pilosos de contorno irregular, tricosquisis (fracturas transversales), tricorrexis nudosa o pili torti. Al microscopio de luz polarizada en el 73% se observan los característicos tallos pilosos con bandas alternantes brillantes y oscuras ("bandas en cola de tigre"). De la paraclínica se puede constatar la presencia de un menor contenido de azufre o cisteína en el tallo piloso. Hasta la fecha no existen criterios diagnósticos clínicos estandarizados. Algunos autores refieren que se confirma con al menos 2 alteraciones capilares siempre que incluyan el patrón "bandas en cola de tigre", otros exigen una concentración disminuida de azufre en los tallos pilosos y al menos una alteración capilar. El diagnóstico también se puede confirmar mediante estudio genético en conjunto con las alteraciones capilares mencionadas. No existe tratamiento específico para esta patología más allá del tratamiento sintomático y fotoprotección. El interés de este caso radica en la rareza de esta patología y en su diagnóstico desde una fotodermatosis de la infancia sin presentar alteraciones capilares clínicamente.

Caso clínico
Presentamos el caso de una niña de 2 años y 8 meses con retraso en el desarrollo que a nivel cutáneo presentaba léntigos solares y poiquilodermia a nivel de cara, escote y nuca. A nivel de antebrazos se constató una piel brillante con descamación blanquecina fina poligonal con marcada xerosis. No presentaba alteraciones a nivel capilar ni ungueal. Ante la presencia de una fotodermatosis en conjunto con ictiosis se planteó tricotiodistrofia la cual se confirmó con el estudio de los tallos capilares mediante microscopio óptico identificándose tricosquisis y en el microscopio de luz polarizada donde identificamos las "bandas en cola de tigre". En nuestro medio no contamos con la cuantificación de azufre ni cisteína en cabello y el estudio genético está pendiente. En cuanto al tratamiento se indicó emoliencia a nivel de las lesiones ictiosiformes en antebrazos y fotoprotección estricta.

Conclusiones
La tricotiodistrofia es una enfermedad rara que debe estar dentro de los diagnósticos diferenciales de fotodermatosis en la infancia. La presencia de fragilidad capilar es la característica que orienta al diagnóstico la mayoría de las veces. En ocasiones, como es el caso de nuestra paciente, no está presente, por lo que destacamos la importancia de estar atentos a otras alteraciones fenotípicas para arribar al diagnóstico.

774

Reporte preliminar de la experiencia chilena con fototerapia UVA1 en Clínica Alemana de Santiago

Tatiana Riveros Reciné[1], Consuelo Giordao Lorca[1], Francisca Recule Gonzalez[1]
[1]*Clinica Alemana de Santiago, Santiago de Chile, Chile*

Introducción:
La fototerapia con radiación ultravioleta es una herramienta terapéutica utilizada en patologías cutáneas, con la ventaja de que su efecto inmunomodulador directo minimiza los efectos adversos sistémicos.
La radiación UVA1 es un tipo de radiación ultravioleta cuya longitud de onda es de 340 a 400 nm, la cual penetra toda la dermis e incluso hipodermis.
Existen múltiples informes sobre el efecto de la UVA1 en diferentes enfermedades inflamatorias. En Chile somos el único Servicio de Dermatología que cuenta con esta técnica, por lo que parece muy relevante presentar nuestros resultados.
Materiales y método:
Realizamos un estudio descriptivo analítico retrospectivo de los datos existentes de todos los pacientes derivados para fototerapia con UVA1 a la Unidad de Fototerapia del Servicio de Dermatología de Clínica Alemana de Santiago entre enero de 2013 a enero de 2020. Se dejó un registro fotográfico al inicio y al término de las sesiones. Al finalizar la terapia, se emitió un informe indicando el número de sesiones y dosis acumulada en Joules/cm^2. La respuesta clínica se clasificó en cuatro categorías según el porcentaje de mejoría clínica: completa (90-100%), moderada (50-89%), leve (10-49%) y mínima (0-9%).

Resultados:
Durante ese período, se trataron 98 pacientes con un rango de edad entre 7 y 89 años. La mayoría de ellos eran fototipo II o III de Fitzpatrick.

Morfea: 32 pacientes con morfea localizada o generalizada finalizaron el tratamiento con un 69,6% de mejoría promedio. Hombres y mujeres entre 7 y 74 años requirieron en promedio 43,1 sesiones de 54,8 J/cm^2 de dosis promedio por sesión.

Esclerodermia limitada: Tratamos 7 pacientes con esclerodermia y esclerosis sistémica tuvieron una mejoría promedio del 45,7% evidenciada con ecografía, se requirió un promedio de 32 sesiones de 54,7 J/cm^2 de dosis promedio por sesión. Tuvieron una marcada mejoría en la movilidad, aumentando sustancialmente su rango articular y calidad de vida (cuestionario DLQI).

Micosis fungoide: Tratamos 14 pacientes con micosis fungoide en estadio IB, entre los 18 y 79 años. Requerieron un promedio de 39,2 sesiones y 59,2 J/cm^2 dosis promedio por sesión, con una dosis acumulada de 2.466 J/cm^2 para obtener una mejoría media del 71,7%.

Dermatitis atópica: Tratamos 17 pacientes con dermatitis atópica entre los 10 y 71 años. Requerieron un promedio de 33 sesiones, con una dosis promedio por sesión de 56,9 J/cm^2 y tuvieron una dosis acumulada promedio de 1.879 J/cm^2, para una mejoría en promedio del 84,7% principalmente de prurito.

Conclusiones:
En general los pacientes tuvieron una excelente tolerancia a pesar del largo tiempo de exposición para obtener las dosis requeridas. Nuestra serie es significativa, y los resultados son comparables en cuanto a efectividad, dosis y número de sesiones con lo publicado hasta la fecha. Nos interesa presentar nuestros resultados con el fin de acercarnos a determinar las dosis y el número de sesiones necesarias para lograr una mejoría sustancial en cada tipo de patología en la población que manejamos.

812

Encuesta sobre niveles de protección uva de fotoprotectores FPS 50+ en el mercado europeo: misma etiqueta, distintos niveles de eficacia

Caroline Le Flo'ch[1], Martin Josso[2], Caroline Tricaud[2]
[1]La Roche Posay Internacional, Levallois Perret, Francia, [2]L'Oréal R&I, Chevilly-Larue, Francia

Introducción
Es bien conocido que las longitudes de onda UVA y UVB son responsables de efectos nocivos en la piel. La necesidad de protección UVB/UVA bien equilibrada está ampliamente aceptado. Estudios demuestran que productos con un ratio FPS/FPUVA ≤ 3 proporcionan la protección más efectiva frente a pigmentación, daño en el ADN, etc1. En base a estos hallazgos, en 2006 la Comisión Europea publicó unas recomendaciones en las que, entre otras cosas, afirmaba que los productos solares deben proporcionar un ratio FPS/FPUVA ≤ 3. Esto corresponde a un FPUVA de al menos 20 para un fotoprotector FPS50+. No se deben hacer otras exigencias en torno a la protección frente al UVA.
El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de protección UVA proporcionado por los fotoprotectores del mercado europeo de dermocosméticos. Los productos testados son representativos de los fotoprotectores faciales SPF 50+, en base a datos de mercado de IMS del 20172.

Materiales y métodos
Los productos se testaron utilizando el test in vitro Colipa 20113 para UVA. La absorbancia en placas de PMMA se midió antes y después de la exposición.

Resultados
Se testaron 33 productos: 17 cremas y geles-crema, 10 fluidos, 3 geles y 3 barras.
Los resultados oscilaron entre FPUVA 49.7 a 3.0, de los que 23 alcanzaron al menos FPUVA 20, el valor mínimo recomendado por la Comisión Europea para fotoprotectores FPS 50+.
Seis valores se encontraron entre FPUVA 10 y 20, y 4 estuvieron por debajo de FPUVA 10.

Conclusiones
Este estudio muestra que, 14 años después de la publicación de la recomendación Europea para productos solares, la mayoría de los fotoprotectores FPS50+ en el mercado proporcionan la protección UVA recomendad, y algunos la exceden sustancialmente.
Sin embargo, sigue habiendo algunos productos (1/3 de los testados) en el mercado con un nivel de protección UVA inferior, y algunas veces muy inferior, al nivel esperado.
1Moyal, 2012. 2mercado IMS 3test UVA Colipa 2011

Conflictos de interés
Josso M, Tricaud C and Caroline le Floc'h son empleadas de La Roche Posay Internacional.

1067

Estudio de factores pronósticos en pacientes pediátricos con micosis fungoide

Ana Karen Romero Guzmán[1], María Antonieta Domínguez Gómez[1], Martha AlejanMorales Sánchez[1], Fermin Jurado Santa Cruz[1]
[1]*Centro Dermatológico Ladislao de La Pascua, Ciudad de México, México*

Introducción: La micosis Fungoide (MF) es el linfoma cutáneo T más frecuente, su presentación en niños no es tan común. Ningún estudio ha evaluado qué factores clínicos predicen una respuesta completa (RC) al tratamiento. Evaluamos la epidemiología, clínica, respuesta al tratamiento y factores pronósticos en pacientes pediátricos con MF.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes con MF confirmada por histopatología, de 18 años o menos, atendidos en el Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, entre 2008 y 2020. Se realizó análisis estadístico descriptivo y comparativo con el programa SPSS 2019. Se usó el método Kaplan-Meier y regresión por Cox para determinar qué variables se asociaron a una remisión completa.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes (26 hombres, 20 mujeres, edad promedio 12.5 años), con una relación hombre-mujer de 1.3:1. El fototipo más frecuente fue el tipo IV y el tiempo de evolución previo al diagnóstico fue de 24 meses. La mayoría tenía un estadio clínico temprano (IB). Las tres variedades clínicas más comunes fueron la hipopigmentada (57%), clásica (17%) e hiperpigmentada (11%). El 10% recibió tratamiento tópico (esteroides, inhibidores de calcineurina, retinoides) y el 90% fototerapia (58% psoraleno e irradiación con luz ultravioleta tipo A (PUVA), 27% radiación con luz de sol natural (PUVASOL), 5% radiación con luz ultravioleta tipo B de banda estrecha (UVB-BE)). El 34% presentó una RC al tratamiento y el 66% una respuesta parcial. Se presentó recaída en 5 pacientes, en un promedio de 29.4 meses (12-60 meses). El tiempo promedio para la RC fue de 52 meses (IC 95% 31.3-73.2 meses). Las variables asociadas a una RC en un menor tiempo fueron el sexo femenino, fototipo V y tratamiento con UVB-BE. El sexo masculino, la variedad hipopigmentada y el tratamiento con PUVA se asociaron a una RC en un mayor tiempo. La única variable estadísticamente significativa para una RC en menor tiempo fue el sexo femenino con 32.8 meses vs 79.9 meses en el sexo masculino (p=0.052). La mediana de seguimiento fue de 31 meses (IQ 14-52 meses), con una supervivencia global del 100%. Ningún paciente tuvo progresión de la enfermedad.

Conclusiones: Nuestra serie de casos representa una de las más grandes a nivel mundial. Encontramos que el factor más importante que predijo una respuesta completa al tratamiento fue el sexo femenino, otros factores asociados fueron fototipo V y tratamiento con UVB-BE. La variedad hipopigmentada y el tratamiento con PUVA se asociaron a una respuesta completa más tardía. Se necesitan más estudios que evalúen esquemas terapéuticos según subgrupos para poder crear un algoritmo terapéutico en población pediátrica.

1081

Fotoprotección tópica y tópica y oral en daño actínico severo. Ensayo controlado, aleatorizado, prospectivo, de 12 meses con evaluación por microscopía confocal de reflectancia en 132 pacientes

Massimo Milani[1], Maria Vitale[2], Ketty Peris[3], Silvana Ciardo[4], Claudia Pezzini[4], Sara Tambone[3], Francesca Farnetani[4], Giovanni Pellacani[5]

[1]Difa Cooper, Caronno Pertusella, Italy, [2]Cantabria Labs, Madrid, [3]Dermatology Clinic, Catholic University,, Rome, Italy, [4]Dermatology Clinic University of Modena and Reggio Emilia (Italy), Modena, Italy, [5]Dermatology Clinic University La Sapienza, Rome, Italy

La fotoprotección, se considera un enfoque terapéutico relevante en pacientes con daño actínico severo (DAS). El extracto de Polypodium leucotomos (PLE; Fernblock) se utiliza tanto en productos fotoprotectores tópicos como orales. Varios datos in vitro e in vivo respaldan los mecanismos de acción de fotoprotección inmune pleiotrópica de este extracto. Actualmente, no se dispone de ensayos controlados que evalúen a medio plazo el efecto protector de PLE tópico y/u oral en sujetos con DAS.

El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de diferentes estrategias de protección solar, fotoprotección tópica (SPF100+, gel-crema con PLE) y fotoprotección tópica en combinación con fotoprotección oral (PLE 240mg 1/día), en sujetos con DAS. Se aplicaron productos de protección solar tópicos dos veces al día en el área expuesta al sol (cara, cuero cabelludo, brazos y dorso de las manos)

Se incluyeron un total de 132 pacientes (84% hombres, media de 74 años), con DAS, es decir, fotoenvejecimiento grave y al menos 3 queratosis actínicas. Los pacientes se distribuyeron en 3 grupos; control (Cnt), fotoprotección tópica (T), fotoprotección tópica y oral (TO). Se realizaron un total de 3 visitas de seguimiento (basal, mes 6 y mes 12) donde fueron evaluados con un examen de microscopía confocal (RCM) (Vivascope 1500) en un área afectada por el campo de cancerización evaluando siete parámetros de RCM (patrón de panal, hiperpigmentación moteada, contorno papilar policíclico, colágeno reticulado, colágeno grueso, colágeno grumoso y estructura brillante rizada).

El 86% (116) de los pacientes concluyeron el ensayo: 43 en el grupo Cnt; 44 en el grupo T y 44 en el grupo TO. Se observó un aumento significativo ($p<0.001$) de AKASI (+6%) en el mes 6 y 12 en el grupo Cnt. AKASI disminuyó significativamente (-7%) en los grupos T y TO. En comparación con la basal, en el mes 12 AK-FAS mejoró en TO (+26%) y T (+4%) y empeoró (-13%) en Cnt. Se observaron nuevas lesiones de queratosis actínica y/o nuevas intervenciones para el tratamiento de QA a los 6 meses en el 38% de los sujetos en Cnt; 11% en el grupo T y 2% en el grupo TO, respectivamente ($p=0,001$). Al mes 12 de tratamiento, estos porcentajes fueron: 16%, 7%, y 0% en Cnt, T y TO, respectivamente. Al final del ensayo, el porcentaje de sujetos con patrón panal normal o casi normal en la evaluación de RCM (expresión de disqueratosis de queratinocitos) fue del 26% en los grupos Cnt, 45% en T y 50% en TO ($p=0,04$ T y TO frente a Cnt).

Conclusión: El uso de fotoprotección tópica y oral basada en Fernblock en pacientes con DAS durante 12 meses se asocia con un resultado clínico y anatómico positivo. La combinación de fotoprotección tópica y oral da lugar a ventajas adicionales en comparación con el uso exclusivo de fotoprotección tópica.

1118

Necrobiosis lipoídica con buena respuesta tras tratamiento con terapia fotodinámica convencional

Javier Gimeno Castillo[1], Francisco Javier De la Torre Gomar[2], Aida Menéndez Parrón[1], Amaia Saenz Aguirre[1], Pau Rosés Gibert[1], Vanesa Fatsini Blanch[1]
[1]Hospital Universitario Araba, Vitoria, España,
[2]Hospital San Cecilio, Granada, España

INTRODUCCIÓN
La necrobiosis lipoídica (NL) es una enfermedad granulomatosa crónica poco frecuente y con conocida asociación con la diabetes mellitus (DM). Recientemente, la terapia fotodinámica (TFD), usando precursores tópicos de la porfirina como el aminolevulinato de metilo (MAL), se ha propuesto como tratamiento alternativo en casos refractarios.

CASO CLÍNICO
Mujer de 35 años, afecta de DM tipo I, que consultaba por tres placas pruriginosas, dos a nivel pretibial derecho (de 30x20mm y 30x25mm) y una a nivel pretibial izquierdo (65x40mm), de cuatro años de evolución. A la exploración física, se objetivaron tres placas de coloración eritemato-anaranjada, atróficas y bordes bien definidos en las localizaciones referidas. El estudio histológico confirmó nuestra sospecha diagnóstica inicial de NL.
La paciente recibió tratamiento con propionato de fluticasona en crema, así como infiltraciones de acetónido de triamcinolona intralesional, sin presentar mejoría significativa. Posteriormente se inició TFD con MAL, aplicado en oclusión durante 3 horas posteriormente a un curetaje suave. Seguidamente, se irradió la zona con luz roja no coherente a una longitud de onda de 630 nm y a una dosis de luz de 37 J/cm2 (Aktilite® CL 128). La paciente fue tratada con una sesión cada 4 semanas, realizándose un total de 7 sesiones. Ésta presentó buena tolerancia al dolor durante las mismas, reduciéndose la sintomatología en las últimas 3 sesiones. Tras concluir el tratamiento, la paciente presentó una importante mejoría clínica, mostrando marcada reducción del eritema en la totalidad de las lesiones tratadas; las placas se encontraban menos infiltradas y la coloración adquirida era similar a la piel circundante, manifestando la paciente una notable satisfacción con el tratamiento.

CONCLUSIONES
Clínicamente, la NL se caracteriza por presentarse como placas de borde rojo-violáceo marcado y área central atrófica de coloración amarillo-marronácea, localizadas frecuentemente en el área pretibial en mujeres de mediana edad.
Los tratamientos de primera línea son los corticoides tópicos e intralesiones de potencia media-alta. En casos recalcitrantes, se ha descrito tratamiento con terapia UV-A con psoralenos o con inmunosupresores sistémicos. Ninguna de las terapias descritas suele ofrecer resultados satisfactorios.
La TFD es una técnica de uso cada vez más habitual fuera de ficha técnica en enfermedades inflamatorias. La NL podría tratarse de una de sus nuevas indicaciones. Su respuesta podría justificarse por el efecto modulador de la TFD en la expresión de citoquinas como la IL1-b, IL-2 y TNF-alfa, así como en la estimulación de la respuesta inmune específica. Las publicaciones más recientes de series de casos muestran una respuesta entre el 39 y el 90% en NL.
En base a nuestra experiencia, creemos que serían necesarios periodos largos de tratamiento, realizando al menos una evaluación a los 6 meses del inicio de este para poder realizar una valoración correcta del resultado. Por ello, se podría considerar la TFD como una alternativa efectiva y con un bajo perfil de efectos adversos como tratamiento de la NL. No obstante, serían necesarios estudios de un mejor diseño y tamaño muestral para poder definir el posicionamiento terapéutico de esta técnica en NL.

1124

Innovación en la protección UV cuando se convierte en un cuidado diario imprescindible

Helene Meaudre[1], Stephane Douezan[1], Martin Josso[1], Karl Boutelet[1], Danielle Le Verge[1], Amelie Krief[2], Jean Baptiste Boitte[1], Pascale Renoux[1], Virginie Rasmont[3]
[1]L'Oréal Investigación e Innovación, Chevilly-Larue, France, [2]L'Oréal Investigación e Innovación, Aulnay-sous-bois, France, [3]Laboratorios Vichy, Levallois Perret, France

1.- Introducción: Además de causar cáncer de piel, la exposición a la luz solar es la causa principal de envejecimiento extrínseco de la piel, hecho que puede prevenirse mediante el uso diario de fotoprotección. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia, resistencia y sensorialidad de una nueva formulación de protección solar desarrollada para su uso diario.

2.- Materiales y métodos: Se seleccionó un polímero específico para crear un nuevo tipo de emulsión encapsulando los filtros UV en una fase oleosa gelificada. Las evaluaciones incluyeron Microscopía Láser ConFocal (MLCF), Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), métodos de evaluación estándar ISO y nuevos test propios desarrollados para simular el estrés de la vida real.
Esta tecnología se integró en una nueva fórmula que contenía filtros UV y vitamina E, para ofrecer protección de amplio espectro frente a UVB y UVA (SPF 50+, UVA-PF 46) y al estrés oxidativo inducido por infrarrojo, así como niacinamida, péptidos, fracciones probióticas y agua volcánica mineralizante.
Las manchas oscuras se evaluaron a través del análisis de imágenes en un test clínico realizado a 43 sujetos caucásicos tras 56 días de uso diario de la fórmula SPF 50+.

3.- Resultados: La visualización mediante MLCF de las formulaciones emulsionadas mostró filtros UV incluidos en gotas extra finas y regulares, y la OCT mostró una capa fina y homogénea en la superficie de la piel, perfectamente adaptada al microrelieve. Se observó una distribución óptima de los filtros solares utilizando una cámara UV. El SPF de esta formulación de polímero fue dos veces mayor que el de una formulación solar clásica con el mismo sistema filtrante. Los test de migración mostraron que la fórmula se mantiene en su lugar de aplicación, evitando de este modo picores en los ojos, siendo además resistente al agua, el sudor y la arena.
Tras 56 días de aplicación diaria de la fórmula (n= 43 sujetos), la visibilidad media (contraste) de la mancha oscura designada disminuyó un 4% (parámetro L*), pasó a ser un 7% menos roja (parámetro a*) y su pigmentación disminuyó un 28% (ITAº). La autoevaluación de los sujetos al día 56 (n= 43) mostró que la fórmula proporciona un resultado invisible tras la aplicación (95% de acuerdo), sin marcas blancas (98% de acuerdo).

4.- Conclusiones: Una fórmula de protección solar, elaborada empleando un polímero específico basado en una nueva tecnología, proporciona una máxima protección UV de amplio espectro, con eficacia objetiva en manchas oscuras y sensorialidad óptima, convirtiéndola en una opción adecuada para su uso diario a lo largo del año.

Palabras clave:
Formulación de protección solar, fotoprotección, manchas oscuras, antienvejecimiento

1204

Utilidad de la fotografía ultravioleta como método no intrusivo para el análisis de eficacia cutánea de fotoprotectores

José Aguilera Arjona[1], Cristina Sánchez Roldán, Enrique Navarrete de Gálvez, María Teresa Follarat Molina, Enrique Herrera Ceballos, María Victoria de Gálvez Aranda[1]
[1]*Universidad de Malaga, Malaga, España*

Antecedentes:
Una de las principales herramientas de fotoprotección es la aplicación de fotoprotectores tópicos, y así evitar sobreexposiciones que tanto a corto y largo plazo pueden derivar en patologías como el cáncer de piel. Las técnicas de validación del grado de protección solar de fotoprotectores se realiza exponiendo la piel de voluntarios a dosis crecientes de radiación solar simulada y en el presente se están desarrollando y validando diferentes técnicas de validación de eficacia de fotoprotectores que sean no intrusivas. Una de las técnicas es la imagen fotográfica UV, basada en que los filtros solares, que absorben y reflejan la radiación UV, pueden ser observados cuando la piel se ilumina con esta banda espectral.

Objetivos:
Mediante fotografía UV se analizó el tiempo necesario para que una crema fotoprotectora sea eficaz una vez aplicada en piel y si las fórmulas fotoprotectoras cambian su eficacia al ser combinadas o con cosméticos tipo crema hidratante y con fórmulas antimosquitos.

Métodos:
Se aplicaron fórmulas fotoprotectoras de los ISO estándar para FPS de 15 y 60 en la piel de 25 voluntarios junto a diferentes fórmulas FPS 50 y 50+ procedentes del mercado. En un primer ensayo se aplicaron las fórmulas en superficies delimitadas de la espalda y se tomaban imágenes de las zonas con fotoprotector a tiempo creciente mediante fotografía a base de flash UV. En otro ensayo se utilizaban los mismos productos pero se aplicaban tratamientos concomitantes de fórmulas hidratantes que se aplicaban tanto antes como después de aplicar el fotoprotector. Finalmente se utilizaron 3 fórmulas antimosquitos para evaluar si afectaba a la eficacia del fotoprotector. Las imágenes de reflectancia de luz UV en piel eran analizadas bajo software especifico y se analizaba el grado de color negro de las imágenes para los distintos tratamientos.

Resultados
El estudio in vivo con fotografía UV mostró disminución inmediata de los valores de reflejo de radiación UV con una disminución de los índices de color del 60%. En los siguientes minutos continuó disminuyendo ligeramente alcanzando la estabilidad al 55% a partir de los 10 minutos tras la aplicación de producto. En el segundo ensayo, la aplicación de crema hidratante no afectaba el tono de color de imagen mientras que el fotoprotector disminuye el grado de color en un 60-80%. La aplicación de crema hidratante junto a la fotoprotectora no alteró la capacidad de absorción de luz UV si se aplica tanto antes como después de la crema fotoprotectoras y con el uso de fórmulas antimosquitos se observó un resultado similar.

Conclusiones
Los resultados del estudio indican que, aunque la capacidad de protección solar de la fórmula es evidente desde justo tras su aplicación, es necesario un tiempo mínimo de estabilización de 10 minutos desde su aplicación en la piel para que su función fotoprotectora sea constante en el tiempo, no siendo necesario un tiempo de espera de 30 min. Además, el uso concomitante de fórmulas hidratantes o fórmulas antimosquitos, ya sean aplicadas antes o después de la crema fotoprotectora no alteran su eficacia.

23. Genodermatosis

13

Nueva Mutación Heterocigota En El Gen Aagab Como Causa De Queratodermia Palmoplantar Puntata De Tipo 1 O De Bushke-Fischer-Brauer

Ana Claudia Gómez García[1]
[1]Complejo Hospitalario Policía Nacional Del Perú "Luis N. Sáenz", Lima, Perú

INTRODUCCION:
La queratodermia palmoplantar punteada tipo I (también llamada queratosis punctata palmoplantaris tipo Buschke-Fischer-Brauer) es un trastorno raro de la queratinización con herencia autosómica dominante.
Se caracteriza clínicamente por múltiples pápulas hiperqueratósicas con indentación central que involucran parcial o completamente las superficies palmoplantares.
El inicio de la enfermedad se observa generalmente entre los 10 y 45 años. Se ha asociado a algunos canceres especialmente de órganos sólidos.
En 2012, se identificaron mutaciones heterocigotas del gen AAGAB como una causa de la enfermedad. AAGAB codifica la proteína citosólica de unión alfa y gamma adaptina p34, que participa en el transporte de vesículas mediado por clatrina en la división de la regulación de células epidérmicas. Las mutaciones de pérdida de función en AAGAB dan como resultado la haploinsuficiencia de p34.
Se presenta el siguiente caso clínico por la rareza de la enfermedad, además de no existir casos reportados en mi país (Perú); A nivel mundial no se han reportado esta variante mutacional del gen AAGAB.

CASO CLINICO:
Paciente mujer de 68 años, con antecedente de cardiopatía valvular en tratamiento, con un tiempo de enfermedad de 35 años caracterizado por lesiones papulares en palmas y plantas a la que aplicaba tratamientos tópicos por años, sin éxito; Paciente manifiesta que el padre, la abuela materna y dos primas paternas presentaban las mismas lesiones desde la juventud. Al examen: paciente presenta múltiples pápulas y nódulos hiperqueratósicas de 2-10 mm de diámetro con una depresión central, de distribución irregular en palmas y plantas, en algunas zonas estas lesiones forman placas y son pruriginosas . Se realiza estudio histopatológico de las lesiones con hematoxilina-eosina, el cual informa: hipergranulosis e hiperqueratosis con una depresión epidérmica central bien definida. ausencia de laminilla cornoide, cambios compatibles con una queratodermia palmoplantar punctata.
El hemograma, bioquímicos no presentaron resultados patológicos, tiene una radiografía de tórax que no muestra mayor alteración, una tomografía toraco-abdomino-pélvica con contraste sin evidenciar patología subyacente.
El ADN genómico se obtuvo de la sangre periférica del paciente y se sometió a un análisis de mutación AAGAB, lo que condujo a una mutación heterocigota de pare c. 249>G p. (Tyr83*), la cual no ha sido descrita previamente en la literatura y con lo que se confirmó la sospecha clínica de Queratodermia palmoplantar punctata tipo I.
Se indico una combinación de urea al 30% más acido salicílico al 10% tópico con mejoría clínica parcial.

CONCLUSIONES:
- La queratodermia punctate hereditaria tipo 1, es una rara patología, cuyas mutaciones del Gen AAGAB como causales de esta enfermedad fueron recién descritas en el 2012.
- A la fecha se han reportado más de 50 mutaciones en el gen AAGAB entre las familias afectadas.
- La variante mutacional heterocigota de pare c. 249>G p. (Tyr83*) en el gen AAGAB, la cual fue hallada en nuestra paciente, es una novel mutación nunca antes descrita en la literatura médica a nivel mundial.

33

Nevus Spilus: Estudio retrospectivo de 125 pacientes. Tipo de Nevus Spilus, Patrones, Asociaciones

María del Carmen Boente[1], María Cordisco[2], María Fiandrino[1,3], Norma Primc[1,3], Raúl Asial[1]
[1]Centro Integral de Dermatología, Tucumán, Argentina, [2]Departamento de Dermatología, University of Rochester School of Medicine and Dentistry,, Rochester, USA, [3]Departamento de Dermatología, Hospital del Niño Jesús, Tucumán, Argentina

Introducción
Los nevus Spilus son tipos de Nevus Melanocíticos caracterizados por una mácula de color marrón claro, generalmente presente al nacer o poco tiempo después, sobre el que aparecen posteriormente otras máculas o nevus más oscuros. Incluimos dentro de este grupo a los: nevus spilus maculares (NSM), nevus spilus papulares (NSP), los nevus melanocíticos congénitos spilus-simil (NMCSS) y la facomatosis pigmento-queratótica (FPQ).

Material y métodos
Realizamos un estudio retrospectivo de 15 años de historias clínicas, iconografías y dermoscopia en 3 centros: Hospital de Niño Jesús y Centro Integral de Dermatología, Tucumán, Argentina y Departamento de Dermatología, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, USA
Se recopilaron 125 pacientes con diagnóstico de esta patología durante un período de 15 años.

Resultados
De los 125 pacientes 54 mostraban un nevus spilus de tipo macular, 51 pacientes un nevus spilus papular, en 6 de ellos se encontraron por dermoscopía tanto lentigos como nevus de juntura, o sea, NSM y NSP, 16 pacientes con NMCSS, y 3 con FPQ. Tres pacientes con NSM y 2 con NSP presentaban también NMSS. Uno de los nevus spilus papulares estaba compuesto por nevus de Spitz
Se reconoció un patrón en cuadrante en la mayoría de los NSM y NSP papulares extensos, y en los papulares pertenecientes a las FPQ. Las lesiones extensas predominaros en el tronco, pero en 6 pacientes afectó cara, con el consecuente impacto estético. En las lesiones más pequeñas únicas o múltiples se reconoció un patrón redondeado, ovoide o lanceolado. La mayoría de nuestros pacientes con NMCSS presentaron lesiones de tamaño pequeño o mediano, dos de ellos con lesiones más extensas abarcaron parte lateral del tórax con limite en línea media y el otro en planta de pie, extendiéndose parcialmente a dorso del mismo pie.
Además de los hallazgos en las fFPQ, se encontraron las siguientes asociaciones dermatológicas en el resto de los pacientes: en dos pacientes piebaldismo, síndrome de Kabuki y nevus comedónico (1 paciente), malformaciones vasculares capilares (5 pacientes), hemangioma infantil (1 paciente), nevus sebáceo (1 paciente), didimosis pigmentaria (1 paciente), tumor anexial maligno (1 paciente)
Respecto a compromiso sistémico el hallazgo más frecuente fue escoliosis, generalmente asociada a NSM o NSP extenso. Una paciente con fFPQ fallece por raquitismo asociado a resistencia a vitamina D3 y el otro paciente con FPQ presenta una importante malformación vascular linfática. Un paciente con NSM extenso presentó un severo retardo mental (RM), cuya causa no puedo establecerse y 1 paciente asoció una enfermedad de deposito de glicosaminoglicanos.
No hubo ningún caso de melanoma en nuestra casuística.

Conclusiones: Este es un trabajo retrospectivo importante por el número de pacientes. Encontramos asociaciones cutáneas y sistémicas anteriormente no reportadas (MVC en intima proximidad al nevus spilus y MV linfática asociada a FPQ). Es importante el seguimiento de nevus extensos por la posible asociación a escoliosis, y RM. Aunque no hemos encontrado transformación maligna en nuestros pacientes este hecho ha sido reportado en la literatura en NSP, FPQ, y en NMSS por lo que requieren seguimiento anual.

134

Características clínicas y somáticas (genéticas) de mosaicos cutáneos en la Clínica de Genodermatosis del Centenario Hospital "Miguel Hidalgo"

Adameck Abraham Hernández Collazo[1], Jaime Asael López Valdéz[1]
[1]Nuevo Hospital "Miguel Hidalgo", Aguascalientes, México

INTRODUCCIÓN
Mosaico genético define a cualquier organismo que tiene dos o más líneas celulares genéticas o cromosómicas diferentes provenientes de un cigoto homogéneo. En algunos pacientes, las manifestaciones pigmentarias son anuncio de defectos sistémicos o fenotipos característicos de síndromes neurocutáneos bien definidos.

OBJETIVO
Describir las características clínicas y somáticas, así como la asociación extracutánea de los mosaicismos pigmentarios evaluados en el servicio de Genodermatología en los últimos 2 años.

MÉTODOS
Se evaluó en el archivo clínico del servicio de Genodermatología del Centenario Hospital "Miguel Hidalgo" para incluir todo los casos de mosaicismo pigmentario diagnosticados en el periodo comprendido de mayo del 2016 a mayo del 2018. Se describieron las características demográficas, clínicas y somáticas a través de cariotipo y comorbilidades extracutáneas.

RESULTADOS
En el transcurso de tiempo evaluado acudieron un total de 12 pacientes con mosaicos pigmentarios. La distribución por sexo fue de 7 hombres y 5 mujeres. La alteración pigmentaria correspondió a 8 (66%) mosaicos hiperpigmentarios y 4 (33%) hipopigmentarios. Sobre las categorías clínicas, la forma más frecuente fue el nevo pigmentario plano en un total de seis casos, cuatro para mosaicismo pigmentario tipo Ito y dos casos para hipermelanosis nevoide lineal arremolinada. Sobre la clasificación de Happle, la mayoría se concentró en el tipo 1 (83%, 10/12 pacientes), siendo 9 de ellos tipo 1a o líneas finas y solamente uno para tipo 1b o líneas gruesas; además de uno para tipo 3 o filoide y uno para tipo 4 o parches sin separación de la línea media.
La afección extracutánea se encontró en 58.3% (7/12): misma frecuencia afección neurológica que musculoesquelética en el 25% (3/7), seguida de renal 16.6% (2/7) y un caso asociado a cardiopatía y uno a inmunosupresión con anemia de Fanconi. En dos pacientes, las características clínicas fueron compatibles con síndrome de Pallister Killian y en uno VACTERL. Un caso de hipermelanosis nevoide lineal arremolinada tipo 1a cumplió criterios para diagnóstico de facomatosis pigmentoqueratósica. Se realizó cariotipo en 9 de los 12 pacientes, encontrando alteraciones somáticas en 44.4% (4/9), con los siguientes resultados: isocromosoma 12, inestabilidad cromosómica, deleción del brazo corto del cromosoma 18 y triploidia XXY.

DISCUSIÓN
El análisis de la distribución pigmentaria de los mosaicismos cutáneos en nuestros pacientes, concordó con lo descrito en el 2011 por Castro Pérez en Argentina. Al igual que en su casuistica, el nevo pigmentario plano fue la categoría clínica más frecuente; sin embargo, en nuestra población; el cual, en nuestra población demostró ser el menos asociado a manifestaciones extracutáneas. El segundo más frecuente fue el mosaicismo tipo Ito, que el 100% demostró tener manifestaciones extracutáneas severas, similar a lo descrito en la literatura. Además en tres de los cuatro pacientes con hipomelanosis tipo Ito, se confirmó la asociación a las mutaciones somáticas descritas en la literatura involucrando cromosomas 12 y 18 con trisomías y triploidias, alteraciones que afectan la expresión de los "genes pigmentarios".

Este es el primer estudio descriptivo en población mexicana que concentra y describe las características clínicas y somáticas en mosaicismos cutáneos.

470

Pénfigo crónico benigno familiar en gestante con complicaciones obstétricas

Hada Erika Cruzado Davalos[1], Lucy Angélica Bartolo Cuba[1]
[1]*Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo, Perú*

1.Introducción
El Pénfigo crónico benigno familiar (PCBF) o enfermedad de Hailey - Hailey fue descrita en 1939 por los hermanos Hailey. Se trata de una genodermatosis rara transmitida por herencia autosómica dominante, penetrancia incompleta y expresividad variable.
Su incidencia es de 1/50000, sin predilección de sexo o raza, suele presentarse en la tercera y cuarta década de la vida; sólo el 70% de pacientes tiene antecedente familiar.
Esta entidad es debida a una mutación en el gen ATP2C1, lo cual ocasiona una disminución en la concentración de calcio intracitoplasmático interviniendo en la adhesión epidérmica.
Se caracteriza por placas eritematosas con vesículas, erosiones, fisuras y maceración localizadas en áreas intertriginosas; asociadas a prurito, ardor, dolor y olor fétido; de curso en brotes.
Reportamos un caso de una multigesta con enfermedad de Hailey - Hailey con frondosa clínica en relación a múltiples factores desencadenantes, entre ellos el embarazo y estrés.

2.Caso clínico
Multigesta de 40 años, con 31 semanas de gestación, procedente de una ciudad costera del Perú, quien ingresó a emergencia por Preeclampsia e infección de vías urinarias. Durante su estancia hospitalaria se interconsulta al servicio de Dermatología, en la cual refiere presentar desde hace 7 años lesiones en áreas intertriginosas asociadas a prurito, ardor y dolor; las cuales cursan con remisiones y exacerbaciones, éstas últimas coinciden con el calor, sudoración, exposición solar, fricción, estrés e infecciones. Además, afirma desde hace 2 años automedicación esporádica con corticoides tópicos sin mejoría absoluta. Destaca el antecedente familiar de padre y tres hermanas con lesiones similares.
Al examen dermatológico: Placas eritematosas con centro erosivo, fisuras, exudado y costras serohemáticas, bordes delimitados por vesículas en pliegues laterales de cuello, región axilar e inguinal bilaterales. A la dermatoscopía: áreas blancas irregulares separadas por surcos rosados (patrón de iceberg) y combinación de áreas blanco y rosa (patrón de nubes). Uñas: signo de Burge positivo (leuconiquia longitudinal en uñas de manos).
En la histopatología de la biopsia de piel de región axilar derecha, se evidenció vesículas intraepidérmicas. Hay acantólisis suprabasal y en todas las capas de la epidermis con formación de hendiduras, dando apariencia de «pared de ladrillos semidestruida». No se observa disqueratosis.
Con la correlación clinicopatológica y el antecedente familiar se estableció el diagnóstico de Enfermedad de Hailey - Hailey, instaurándose tratamiento con solución de Burow y corticoides tópicos, por la seguridad de la gestación, obteniendo parcial respuesta.

3.Conclusión
Consideramos importante la socialización de este caso, pues a pesar de tratarse de una rara genodermatosis debemos tenerla en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales ante lesiones en áreas intertriginosas de curso crónico y con factores exacerbantes, además, de orden familiar; siendo imperativo realizar un diagnóstico precoz, a fin de abordarla oportunamente y de forma segura para así mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

500

Dermatitis atópica como manifestación de inmunodeficiencia primaria, Síndrome de Wiskott-Aldrich, Reporte de un caso

Victor Hugo Garcia Montoya[1], Natalia Vargas-Navia[1], Julian Ramirez[1]
[1]*Universidad Del Valle, Cali, Colombia*

INTRODUCCIÓN: La dermatitis atópica (DA) es una condición inflamatoria crónica de la piel caracterizada por la formación de eccemas. Se estima que la afección pediátrica oscila entre un 20-30%, y es dos a tres veces más alta en pacientes con inmunodeficiencias primarias (IDP). Los pacientes con IDP que se manifiestan con lesiones eccematosas, suelen tener cursos crónicos y atípicos, asociado a infecciones a repetición. Entre las principales IDP asociadas con DA se encuentra el síndrome de Wiskott-Aldrich (WAS), una genodermatosis ligada al cromosoma X, con afección del gen WAS, el cual codifica para para una proteína homónima exclusiva del citoesqueleto de actina de células hematopoyéticas. Los pacientes cursan con una triada de infecciones, macrotrombocitopenia y DA. Presentamos el caso de un paciente que fue manejado de forma aislada por una DA, cuya evolución crónica e historia clínica permitieron confirmar la presencia de WAS. Generar un diagnóstico de forma temprana y un tratamiento oportuno impacta en la mortalidad y calidad de vida de estos pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 4 años que ingresó a urgencias por neumonía complicada y exacerbación de su DA, motivo por el cual se solicitó valoración al servicio de dermatología. Al realizar el interrogatorio clínico se encontró antecedentes de hospitalizaciones por desnutrición, sepsis de origen pulmonar, piodermias, enfermedad mano-pie boca, uveitis anterior granulomatosa, cuadros gastroentéricos por E. coli, norovirus y sapovirus, y DA. Se solicitaron paraclínicos bajo la sospecha de una IDP, encontrándose una trombocitopenia leve y una elevación de la IgE mayor a 2000 mg/dL, se enfocó al paciente bajo la sospecha de WAS vs síndrome de hiper IgE, sin embargo, debido a la gran heterogeneidad genética de las IDP, se indicó estudio de exoma, encontrando una mutación consistente en una deleción de un nucleótido que produce un cambio de marco de lectura y un codón de para prematuro, y por tanto una proteína truncada, variante patogénica del gen WAS. Adicionalmente se realizó medición de la proteína WAS, encontrando un valor de 14%. Haciendo el diagnóstico de WAS. El paciente completó manejo antibiótico para su cuadro infeccioso, se generaron recomendaciones para el manejo de su DA con el uso de esteroides tópicos, uso de syndets, y de emolientes, adicionalmente fue remitido a valoración por el servicio de hematología para considerar la realización de un trasplante de médula ósea.

CONCLUSIÓN: La DA es frecuente en población pediátrica, no obstante, pueden ser una manifestación de las IDP. El WAS es un cuadro clínico de inmunodeficiencia ligada al X por mutaciones en el gen WAS. Caracterizado por la triada de DA de curso atípico, infecciones recurrentes, y macrotrombocitopenia. El diagnóstico se hace con secuenciación genética y el tratamiento con trasplante de médula ósea puede ser curativo, lo cual generará en los casos diagnosticados de forma temprana, un cambio importante en la mortalidad y calidad de vida. En casos de DA es importante realizar una historia clínica adecuada y tener en presente las IDP entre los diagnósticos diferenciales en casos severos o de alta complejidad terapéutica.

542

Eritroqueratodermia simétrica progresiva: reporte de 2 casos

Katty Marcela Méndez Flores[1], Liliana García Yépez[1], Franklin Cabrera López[1]
[1]*Universidad UTE, Quito, Ecuador*

Introducción:
Consideramos importante describir estos casos debido a la baja frecuencia con la que se reporta esta patología dentro de la literatura mundial, así como también por el reto diagnóstico que esta conlleva, al tener hallazgos histológicos inespecíficos y un cuadro clínico que fácilmente se puede confundir con psoriasis, queratodermias palmoplantares difusas y pitiriasis rubra pilaris.
La eritroqueratodermia simétrica progresiva (EQSP) es un raro trastorno de la queratinización, la mayoría de herencia autosómica dominante y en menor frecuencia recesiva, se han descrito también casos sin antecedentes familiares. En esta enfermedad se ha encontrado una mutación estructural en el gen de la loricrina en el cromosoma 1.
La EQSP se presenta luego del nacimiento, en los primeros años de vida. Clínicamente se caracteriza por la presencia de placas policíclicas, queratósicas sobre una base eritematosa, de distribución simétrica, que se localizan principalmente en las extremidades, glúteos y mejillas, raramente en el tronco; en el 50% de los casos se acompaña de queratodermia palmoplantar. Puede ocasionalmente haber paroniquia, distrofia ungueal, y pérdida auditiva sensorial.
El diagnóstico es eminentemente clínico, los hallazgos histopatológicos son poco específicos, encontrándose entre otros: hiperqueratosis, paraqueratosis en parches, hipergranulosis, capilares dilatados e infiltrado linfocitario perivascular escaso.
No se ha descrito afectación sistémica, el tratamiento es sintomático e incluye: emolientes, queratolíticos, corticoides tópicos, calcipotriol y retinoides sistémicos (isotretinoína, acitretina y etretinato) a dosis de 0.5 a 1.5 mg/kg/día.

Casos clínicos:
Se trata de dos pacientes, un hombre de 40 años de edad y su hermana de 38 años, que presentan desde los primeros años de vida, y sin tener padres afectos, cuadro cutáneo de distribución simétrica que compromete las extremidades, afectando principalmente a codos, rodillas, cara anterior de piernas, muslos y dorso de pies, caracterizado por la presencia de placas policíclicas, queratósicas sobre una base eritematosa bien definidas, queratodermia palmoplantar, onicodistrofia e hiperqueratosis subungueal. La paciente presenta además hipoacusia bilateral de 10 años de evolución.
En los dos casos el estudio histopatológico reportó: hiperqueratosis con paraqueratosis focal, acantosis e hiperplasia irregular de la epidermis, y en la dermis superficial moderado infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular; hallazgos inespecíficos, por lo que en base al cuadro clínico y la evolución crónica, se concluyó que se trata de EQSP con herencia autosómica recesiva.
El tratamiento instaurado en ambos pacientes incluyó emolientes, queratolíticos, calcipotriol, y en el paciente de sexo masculino isotretinoina 20mg VO QD, con respuesta parcial.

Conclusión:
La EQSP es una genodermatosis poco frecuente, la mayoría de herencia autosómica, aunque también hay reportes de casos de presentaciones de novo. Su estudio nos permite indicar la importancia que tiene una historia clínica y examen físico detallados al momento de establecer un diagnóstico definitivo en el que los hallazgos clínicos sobrepasan los histológicos, debido a que estos últimos son poco específicos.

667

Importancia del abordaje clínico y la dermatoscopia en el diagnóstico diferencial de las lesiones vasculares cutáneas, mas allá del GLUT-1 y WT1

Diana María Lastra Cuadrado[1], David Castillo Molina[1], Nanys Ramírez Herrera[1], Valeria Peña Trujillo[1], Juan Felipe Ochoa Bermudez[1], Jesús Daniel Fierro Lozada[1]
[1]*Funinderma, Bogotá, Colombia*

Introducción: El hemangioma verrugoso (HV) es una anomalía vascular congénita poco frecuente que se presenta al nacimiento y en la niñez temprana. Clínicamente tiene cambios epidérmicos que alteran su apariencia general, es por ello que suele ser confundido con el hemangioma infantil, la malformación venosa y/o linfática y el angioqueratoma. Los hallazgos histopatológicos son claves para su diagnóstico diferencial, en particular con el angioqueratoma cuya extensión vascular a la dermis e hipodermis es menor a la del HV. La inmunohistoquímica, herramienta diagnóstica de apoyo, se caracteriza por presentar los marcadores GLUT-1 y WT-1 positivos, el primero siendo en algunos casos un marcador útil para la diferenciación entre el hemangioma infantil y otras neoplasias vasculares. Sin embargo, dada la baja incidencia de casos y la variabilidad de los marcadores inmunohistoquímicos, es importante reconocer la lesión desde el abordaje clínico y la dermatoscopia, para un diagnóstico acertado.

Caso clínico: Se trata de una paciente femenina de 4 años quien consultó por cuadro clínico de 1 año de evolución, consistente en aparición en tercio medio de antebrazo izquierdo placa eritematoviolácea de 1x1 cm de diámetro, conformada por múltiples pápulas de diferentes tamaños de apariencia lisa y eritematosa. Además, nódulo centro lesional verrucoso, rojo violáceo y cubierto por costra de aspecto exudativo hemático. Se tomó biopsia con estudio histopatológico, en el cual se reportó epidermis con hiperqueratosis y moderada acantosis con papilomatosis, en la dermis papilar algunos capilares congestivos ligeramente dilatados con moderado infiltrado linfohistiocitario y algunos eosinófilos, así mismo ligero incremento de capilares alrededor de los anexos cutáneos en la dermis reticular. En la inmunohistoquímica lesional llamó la atención la ausencia de GLUT-1 y WT-1; la positividad para CD31 resaltó los vasos de la lesión y el índice de proliferación celular de Ki67 que fue de aproximadamente 1%. Dados los hallazgos clínicos e histopatológicos, se realizó el diagnóstico de hemangioma verrugoso y se indicó resección quirúrgica del mismo.

Conclusiones: Se presentó el caso de una paciente de 4 años, con lesión de características dermatoscópicas e histológicas que coincidían con el diagnóstico de HV, sin embargo en la inmunohistoquímica los marcadores GLUT-1 y WT-1 fueron negativos. Este caso resalta la importancia de tener en cuenta que los marcadores inmunohistoquímicos negativos no excluyen esta patología pudiendo soportar su diagnóstico sobre los hallazgos clínicos e histológicos.

676

Pigmentación reticulada en un paciente pediátrico

Christian Salgado Flores[1], María Teresa García Romero[1]
[1]*Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México*

Introducción:
La enfermedad de Dowling-Degos es una genodermatosis poco frecuente, con herencia autonómica dominante, que se caracteriza por pigmentación reticular en los pliegues, e histopatológicamente por la presencia de proliferaciones digitiformes epidérmicas. La importancia del conocimiento de esta enfermedad poco frecuente radica en poder diferenciarla de otros trastornos de la pigmentación con características clínicas e histopatológicas similares.

Caso clínico:
Se trata de una niña de 10 años de edad, quien fue hospitalizada para resección quirúrgica de un quiste de colédoco. Durante su hospitalización se interconsultó con el servicio de dermatología por presentar desde el nacimiento manchas en brazos y piernas, asintomáticas, sin ningún tratamiento previo. Al examen físico se observó una dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores, afectando antebrazos, piernas, dorso de manos y pies. Ésta estaba caracterizada por múltiples máculas hipopigmentadas e hiperpigmentadas de especto reticular, algunas con atrofia leve; múltiples pápulas queratósicas color piel de aproximadamente 2 mm de diámetro, e hiperqueratosis palmoplantar leve.
Con estos hallazgos decidimos realizar dos biopsias de piel, encontrándose un estrato córneo en red de canasta, atrofia de la epidermis e hiperpigmentación de la capa basal y prolongación de las crestas epidérmicas que se llegan a fusionar; a nivel de dermis edema, infiltrado inflamatorio linfohistiocítico escaso y vasos sanguíneos dilatados. En la tinción para fibras elásticas, éstas se observaban escasas y fragmentadas.
Mediante correlación clínico patológica llegamos al diagnóstico de Enfermedad de Dowling-Degos. Se indicaron cuidados generales de la piel, hidratación y protección solar.

Conclusiones:
La enfermedad de Dowling-Degos es una genodermatosis poco frecuente, de patrón autonómico dominante causada por mutaciones en cuatro genes implicados: KRT5, POFUT1, POGLUT1 y PSENEN.
Existen antecedentes familiares en 50% de los casos; predomina en las mujeres y comienza entre los 18 y 56 años.
Clínicamente se caracteriza por la presencia de máculas reticulares hiperpigmentadas que predominan en pliegues, además de pápulas hiperqueratósicas, con aspecto comedónico, predominando en axilas, cuello y nalgas, y depresiones puntiformes periorales y palmares.
Histopatológicamente se caracteriza por acantosis y proliferaciones digitiformes de las crestas epidérmicas en patrón de ¨cornamenta¨, con hiperpigmentación prominente en las puntas.
Se puede asociar con queratosis seborreicas múltiples, queratodermia plantar, psoriasis, queratoacantomas múltiples, carcinoma espinocelular, quistes epidérmicos e hidradenitis supurativa.
El diagnóstico diferencial se debe realizar con acropigmentación reticulada de Kitamura, el síndrome de Naegeli-Franceschetti-Jadassohn, enfermedad de Galli-Galli y la acropigmentación simétrica de Dohi; las cuales son también consideradas variantes de la misma condición.
Ningún tratamiento ha sido exitoso, incluyendo hidroquinona, corticoesteroides tópicos ni retinoides tópicos. No obstante, recientemente se ha publicado buena respuesta con luz intensa pulsada y laserterapia.
Consideramos relevante reportar esta paciente con Dowling Degos ya que es una enfermedad poco frecuente, y los dermatólogos debemos conocerla para diagnosticarla correctamente, descartando otras enfermedades pigmentarias reticulares.

816

Neurofibromatosis tipo 1 y malformación venosa verrucosa segmentaria: ¿coalescencia o entidad única?

Sofía Guelfand Warnken[1], Catalina Silva Hirschberg, Ximena Fajre Wipe, María Adriana Castrillón Velásquez
[1]*Universidad del Desarrollo- Hospital Padre Hurtado-Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile*

Introducción: La Neurofibromatosis 1 (NF1) es una genodermatosis neurocutánea producida por una mutación en el gen de la neurofibromina 1. Ésta proteína comparte homología funcional con el gen supresor de tumores RAS, que regula diversas vías de señalización, entre ellas, las proteínas quinasas activadas por mitógenos (MAPK). Estas vías estimulan la proliferación celular y, por ende, la pérdida de neurofibromina conduce a una mayor proliferación celular, predisponiendo a sobrecrecimiento, malformaciones y tumores. Las alteraciones vasculares en la NF1 son infrecuentes, siendo las más comúnmente reportadas las arteriales. Existen escasos reportes de malformaciones venosas y, en todos ellos, el compromiso es de la vena yugular interna o externa. Según la última clasificación ISSVA, las malformaciones venosas verrucosas (MVV) ocurren por una modificación en la proteína MAP3K3, proteína "corriente abajo" de la misma vía de señalización alterada en la NF1, que también lleva a la proliferación de células endoteliales. Cuando la mutación es postcigótica, la manifestación puede ser segmentaria. En la extensa revisión bibliográfica realizada hasta la fecha, no encontramos reportes de pacientes con NF1 y MVV.

Caso clínico: Mujer de 20 años derivada a dermatología por máculas hiperpigmentadas desde la infancia. En la anamnesis dirigida refiere el antecedente de un hermano con lesiones similares e historia de retraso del desarrollo psicomotor.
En la inspección general destaca talla baja, pectus carinatum e hipertelorismo. Al examen físico dirigido, presenta numerosas manchas café con leche (siete mayores de 15 mm), pseudo-efélides en pliegues y múltiples nódulos blandos, color piel, indoloros, de aparición durante la adolescencia. También se evidencian múltiples placas violáceas que siguen una distribución segmentaria lineal, desde el pliegue glúteo, cara posterior de muslo y pierna derecha. En el extremo distal de ésta lesión destacan áreas hiperqueratósicas, verrucosas y dolorosas, la paciente refiere que esta lesión es congénita.
Se realiza biopsia excisional de nódulos en tronco, con informe compatible con neurofibromas. Además, se solicita ecografía de lesión violácea lineal informada como malformación vascular dermo-hipodérmica de bajo flujo de predominio venoso, con presencia de angioqueratomas y múltiples estructuras nodulares sólidas sugerentes de neurofibromas a lo largo del trayecto de la lesión venosa. Se realiza biopsia incisional de la lesión vascular que es compatible con malformación vascular tipo vénulo-capilar, representando una MVV.
Se realiza el diagnóstico de NF1 y se deriva a neurología, oftalmología y genética. La tomografía axial computarizada cerebral con contraste descarta lesiones. Oftalmología confirma la presencia de hamartomas del iris (nódulos de Lisch). Genética propone completar estudio genético.

Conclusión: El caso corresponde al primer reporte de NF1 y MVV presente de manera simultánea y congénita. Dado que ambas entidades clínicas comparten una misma vía de señalización, planteamos que la sobreexpresión de la vía RAS-MAPK producto de la mutación en la NF1 podría provocar la MVV. Sin embargo, la MVV podría corresponder a una mutación postcigótica aislada y tratarse de una entidad clínica aparte. Por lo anterior, es necesario complementar con un estudio genético de rasopatías.

826

Melanocitosis dérmica congénita como manifestación dermatológica en dos pacientes con síndrome de Hurler, asociadas a una variante homocigota en el gen IDUA

Sara Vanegas Arciniegas[1], Diana Ramírez Montaño[2,3], Harry Pachajoa[3,4]
[1]Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina Universidad Del Valle, Cali, Colombia, [2]Clinica Imbanaco, Cali, Colombia, [3]Centro de Investigación en Anomalías Congénitas y Enfermedades Raras, Universidad Icesi, Cali, Colombia, [4]Servicio de Genética, Fundación Valle del Lili.

Introducción:
La melanocitosis dérmica congénita o mancha mongólica es una lesión macular azul-grisácea que aparece al nacimiento o durante las primeras semanas de vida, se encuentra localizada principalmente en la región sacrococcígea y glúteos. En algunos casos puede persistir y extenderse, la importancia del reconocimiento temprano y seguimiento reside en la posible asociación que existe con enfermedades de depósito lisosomal. En este estudio se describen dos pacientes no relacionados con presencia de melanocitosis dérmica congénita extensa y diagnóstico clínico, bioquímico y molecular de mucopolisacaridosis tipo I con fenotipo Hurler, asociado a una variante homocigota recurrente en el gen IDUA en la costa pacifica colombiana.

Caso clínico:
Se describen dos pacientes, uno femenino y otro masculino, con fenotipo de síndrome de Hurler y como hallazgos dermatológico se encontró en ambos una melanocitosis dérmica congénita extensa. Ambos afroamericanos, originarios de Barbacoas, Nariño (Colombia). uno de los pacientes es producto de padres consanguíneos, ambos presentaron un embarazo y parto sin complicaciones. Se identifico deficiencia de actividad enzimática de la enzima alfa-L-iduronidasa en ambos pacientes. Posteriormente, se realizó una secuenciación del gen IDUA mediante un panel de secuenciación de nueva generación o NGS para la detección de mucopolisacaridosis y enfermedades asociadas, encontrando una variante patogénica en homocigosis de tipo missense en el gen IDUA: (NM_000203.5):c.1045G>T:(p.Asp349Tyr) que genera un cambio de aminoácido (p.Asp349Tyr). La variante ha sido clasificada como patogénica aplicando las guías de clasificación de variantes de la ACMG. Ambos pacientes desde los 6 meses, iniciaron terapia de reemplazo enzimático con lo cuál han presentado evolución clínica cutánea y sistémica satisfactoria.

Conclusión:
La melanocitosis dérmica congénita es una de las lesiones dermatológicas más frecuentes en el recién nacido, es importante el reconocimiento temprano de esta lesión y seguimiento, en caso de que la lesión se extienda o se asocie a otros hallazgos al examen físico debe sospecharse otras patologías como enfermedades metabólicas incluyendo Niemann Pick, alfa manosidosis y mucopolisacaridosis tipo I y II, esto con el fin de realizar un diagnóstico correcto, para un adecuado manejo clínico, diagnóstico y terapéutico que modifiquen el curso de la enfermedad. Adicionalmente, aunque la mucopolisacaridosis tipo I es infrecuente, dado que se ha encontrado más de un caso en esta región del pacífico colombiano, con una población de 40.000 habitantes, se puede sugerir un posible efecto fundador, para analizarlo se amerita realizar estudios posteriores en la población.

895

Poroqueratosis actínica superficial diseminada: a propósito de un caso

Solvianta Rodríguez Namias[1], Asley Joaquin Santos[1]
[1]*Hospital Docente Clínico Quirurgico Joaquín Albarran, La Habana, Cuba*

Teniendo en cuenta que la poroqueratosis es una genodermatosis rara, se presenta este caso donde se pudo aunar para su diagnóstico positivo el examen físico, la dermatoscopia y la confirmación histológica.
La Poroqueratosis es un trastorno hereditario de la queratinización donde se engloban diversas variantes clínicas que pueden ser congénitas o adquiridas siendo la POROQUERATOSIS ACTÍNICA SUPERFICIAL DISEMINADA la más frecuente, descrita en 1967, por Chernosky y Freeman. Su evolución es crónica y se presenta con mayor frecuencia en la tercera y cuarta década de la vida, siendo ligeramente mas frecuente en el sexo femenino. Se caracteriza por la presencia de lesiones tipo pápulas o placas de color de la piel o pardo, las lesiones mas antiguas aparecen con ligera atrofia central, estas se presentan en zonas expuestas a la luz solar, de manera bilateral con tendencia a la simetría, su diámetro varia desde unos milímetros hasta un centímetro de diámetro, puede o no acompañarse de prurito.

Caso clínico:
Paciente femenina de 35 años de edad, fototipo cutáneo lll según Fitzpatrick, sin antecedentes patológicos personales, la cual se desempeña como comerciante, refiere lesiones en la piel que persisten desde hace diez años acompañadas de prurito de leve a moderado, localizadas en zonas fotoexpuestas.
Al examen físico se constata lesiones diseminadas, redondeadas de pocos milímetros de diámetro, de borde hiperqueratósico, pigmentado y bien definido que remedan una muralla; centro claro, discretamente atrófico o normal de aparición progresiva en zona expuestas a la luz solar: Brazos, hombros, V del escote y piernas. Por las característica del examen dermatológico se sospecha de Poroqueratosis ACTÍNICA SUPERFICIAL DISEMINADA, se le realiza dermatoscopia donde muestra lesiones con líneas hiperpigmentadas y delgadas periférica con forma anular que demarca un centro discretamente hipopigmentado por lo que se procede a la realización de biopsia de piel la cual que informa Poroqueratosis ACTÍNICA SUPERFICIAL DISEMINADA confirmando la sospecha clínica.

Una vez confirmado el diagnóstico, teniendo en cuenta su naturaleza hereditaria se impone consejo genético para que la paciente conozca su enfermedad y la posible transmisión a su descendencia, como primera y más importante medida se indica la fotoprotección, además se prescribe cremas emolientes, 5-fluorouracilo tópico en lesiones por 6 semanas, ya que dicha paciente presenta lesiones pequeñas que pueden ser tratadas individualmente y Antihistamínicos en tanto perdure el prurito y revisión periódica de lesiones persistente.

913

Síndrome de Brooke-Spiegler: Presentación de caso

Lauri Moscoso[1], Elfida Sánchez[1], Nerys Ramírez[1]
[1]Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de Piel ''Huberto Bogaert Díaz'', Santo Domingo, República Dominicana

Introducción: El síndrome de Brooke-Spiegler es una genodermatosis infrecuente, de transmisión autosómica dominante, que predispone a la aparición de diferentes neoplasias anexiales. La incidencia y prevalencia exacta de esta entidad es desconocida. A continuación, se presenta un caso en una mujer sin antecedentes familiares conocidos de esta entidad.

Caso clínico: Femenina de 41 años, fototipo IV, supervisora de caja, procedente y residente en Santo Domingo, con dermatosis que afecta cara, orejas y cuero cabelludo de 31 años y 5 años de evolución, respectivamente, asintomático. Con antecedentes mórbidos personales y familiares no contributorios a la patología actual. Al examen de piel: Se observan en cara, múltiples lesiones papulares de 0.1-0.5 cms de diámetro, de superficie lisa y brillante, color piel circundante, algunas confluyen. En la zona frontal, presenta 2 lesiones nodulares, subcutáneas, de bordes mal definidos, firmes, no móviles, cubiertos de piel sana, de 0.7-1 cm de diámetro. En cuero cabelludo presenta 3 pápulas aplanadas, redondeadas, rosado-amarillentas, de superficie lisa, entre 0.2-0.3 cms de diámetro. Se realizan pruebas complementarias de laboratorio, radiografía de tórax y biopsia, las cuales mostraron anemia moderada, el resto de las analíticas y estudios dentro de límites de referencia. El estudio histopatológico mostró hallazgos compatibles con tricoepiteliomas en lesiones de cara y cuero cabelludo y espiradenoma ecrino en región frontal. La paciente fue sometida a extirpación del espiradenoma con buenos resultados estéticos.

Conclusiones: el síndrome de Brooke- Spiegler se acompaña de múltiples tumores benignos de anexos de piel, entre ellos los más frecuentes son, espiradenomas, tricolepiteliomas y cilindromas, los dos primeros presentes en la paciente, el cual es la combinación menos frecuente, no obstante, debido a la gran heterogeneidad de esta entidad, no se descarta que en un futuro desarrolle cilindromas. El abordaje terapéutico suele ser un reto, sobre todo en el caso de los tricoepiteliomas múltiples en pacientes de fototipos altos como es el caso de esta paciente. Es importante una adecuada consejería genética y el seguimiento de la descendencia de la paciente debido a la herencia dominante de esta entidad.

933

Enfermedad de Dowling-Degos: presentación de un caso clínico

Ivana Paulino González[1], L. Escudero[1], M. Moquete[1], V. Méndez[1], N. Ramírez[1]
[1]*Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert y Diaz, Santo Domingo, Rep. Dominicana*

Introducción: La enfermedad de Dowling-Degos o pigmentación reticulada de las flexuras es un trastorno autosómico dominante, poco frecuente de evolución crónica y progresiva. Se considera de interés presentar este caso dada la infrecuencia con que se presenta esta entidad y así rememorar las características clínicas de una enfermedad poco prevalente.

Caso clínico: Femenina de 34 años de edad, fototipo IV, ama de casa, procedente y residente del norte de República Dominicana, con dermatosis que afecta cara, cuello, axilas y tronco de 5 años de evolución, asintomática. Antecedentes heredo-familiares: madre con la misma condición durante toda su vida. Cuadro clínico caracterizado por máculas y pápulas hiperpigmentadas dispersas en axilas con presencia de múltiples lesiones de aspecto comedónico y cicatrices deprimidas tipo hoyuelos de formas y tamaños variables. Estudios de laboratorio dentro de límites de referencia. La Histopatología reporta epidermis y pared de infundíbulo dilatados llenos de queratina revestidos por proyecciones digitiformes pigmentadas.

Conclusión: Este representa un caso clínico de mención pues ilustra las manifestaciones clínicas secundarias de esta afección; lesiones tipo comedón y cicatrices tipo hoyuelos son las lesiones más destacadas a diferencia de lo que describe la literatura donde las lesiones que predominan son las máculas y pápulas hiperpigmentadas.

936

Incontinencia Pigmenti: a propósito de 3 casos de una entidad subdiagnosticada

Lucia Pez[1], Romina Plafnik[1], Daniela Bresolín Tuduri[1], Fernando Gato[1], Aldana Rondinella[1], Ada Matilde Vaccarezza[1]
[1]*Hospital Donación Francisco Santojanni, Buenos Aires, Argentina*

Introducción:
La Incontinencia Pigmenti es una displasia neuroectodérmica de herencia ligada al X dominante, causada por mutaciones en el gen IKBKG/NEMO localizado en el locus Xq28. Este gen codifica una proteína (IKK-gamma) que activa el factor nuclear-kappa B, el cual se encarga de regular la respuesta inmune, la cascada inflamatoria y los mecanismos de apoptosis celular. El primer caso fue descubierto por Garrod en el año 1906 y cuenta con una incidencia aproximada de 1:40.000-50.000 recién nacidos. Es usualmente letal en el período embrionario de hombres homocigotos, y el sexo femenino puede sobrevivir debido al mosaicismo funcional en la inactivación del cromosoma X.
Si bien el compromiso cutáneo es el principal elemento de diagnóstico, se encuentra asociada a alteraciones en sistema nervioso, ojos, dientes, glándula mamaria, pelo, uñas, entre otros. Los criterios diagnósticos mayores incluyen los hallazgos dermatológicos típicos, junto a los criterios menores asociados a otras anomalías.
Las lesiones en piel corresponden a la primera manifestación clínica que comienza al momento del nacimiento o en las primeras dos semanas de vida dispuestas a lo largo de las líneas de Blaschko y se presentan en cuatro etapas clásicas: vésicobullosa, verrugosa/hiperqueratósica, hiperpigmentada, y atrófica/hipopigmentada. El inicio y la duración de cada estadio es diferente en cada individuo, pudiendo solaparse en el tiempo e incluso la primera fase puede reaparecer ante ciertos desencadenantes.

Caso clínico 1: Femenina de 7 meses traída por su madre de 26 años, por presentar lesiones vésico-pustulosas en extremidades y tronco dispuestas en líneas de Blaschko. Algunas áreas de aspecto verrugoso y otras hiperpigmentadas. Se realiza biopsia cutánea que confirman el diagnóstico presuntivo. Interconsultas: oftalmología y odontología sin alteraciones. Ecografía cerebral: quiste subependimario derecho. Madre sin manifestaciones clínicas ni antecedentes de relevancia.

Caso clínico 2: Femenina de 20 días de vida evaluada en una guardia por presentar lesiones presuntivas de impétigo en zona de pañal y extremidades de 7 días de evolución bajo tratamiento tópico con betametasona + mupirocina local. Debido a la falta de respuesta se decide internación bajo el diagnóstico de epidermolísis ampollosa transitoria infectada y se indica tratamiento antibiótico endovenoso. Al momento de la evaluación dermatológica actual presenta lesiones vésicobullosas y un sector de aspecto hiperpigmentado con distribución en extremidades inferiores; alopecia del vértex. Se descartan otras alteraciones.
Caso clínico 3: Femenina de 35 años (madre de niña caso 2) con lesiones cutáneas hipopigmentadas en líneas de Blaschko desde la infancia sin diagnóstico que recibió tratamiento local antibiótico y alteraciones dentales compatibles con incontinencia pigmenti.

Conclusión
El desconocimiento de la incontinencia pigmenti permite que muchos casos leves pasen inadvertidos y lleguen a la edad adulta sin diagnóstico y sin adecuada información, favoreciendo la transmisión a la descendencia. Ante un trastorno multisistémico, el seguimiento médico debe realizarse a largo plazo y de forma individualizada e interdisciplinaria. Debemos destacar la labor del dermatólogo para realizar el diagnóstico precoz de esta enfermedad subdiagnosticada y evitar la confusión diagnóstica con otras entidades de mayor incidencia y prevalencia en la edad pediátrica.
No existen conflictos de interés.

1005

Neurofibromatosis tipo 1 asociada a cáncer de ovario. Reporte de caso

María Alcocer León[1], Nora Ximena Ugalde Trejo[2], Karla Paola Delgado Moreno[2]
[1]Hospital Regional 1° de Octubre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México, [2]Clínica Hospital Constitución, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Monterrey, Nuevo León, México

INTRODUCCIÓN: La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es un trastorno autosómico dominante que afecta múltiples sistemas y se encuentra dentro del síndrome de predisposición tumoral. Cada vez se descubren más asociaciones de NF1 y cáncer, entre ellos el cáncer de ovario, sarcomas, tumores neuroendocrinos y melanoma. A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente con diagnóstico de NF1, quien presentó carcinoma ovárico, ya que se encuentra escasa información sobre esta asociación en la literatura.

CASO CLÍNICO: Femenino de 50 años, padre con neurofibromatosis tipo 1 y ella con antecedente de la misma enfermedad desde los 15 años. Inicia su padecimiento un mes previo a su ingreso hospitalario con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal difuso de tipo cólico, acompañado de náusea, hiporexia, saciedad temprana, distensión abdominal y pérdida ponderal de 10 kilos sin causa aparente. A la exploración física llama la atención abdomen globoso, distendido y doloroso así como dermatosis generalizada caracterizada por múltiples neurofibromas de diversos diámetros de color marrón claro, así como 2 manchas café con leche con diámetro de 2x2 mm la primera y de 2x4 mm la segunda, localizadas en muslo derecho en su cara interna, además de un neurofibroma plexiforme de 5x7 cm localizado en tórax anterior en su tercio medio. Dentro de los paraclínicos, presenta anemia normocítica normocrómica grado I y ultrasonido abdominal que muestra masa anexial derecha de 4 cm aproximadamente de diámetro, sólido-quística, heterogénea, así como múltiples vegetaciones en peritoneo, ascitis. Se realiza histerectomía abdominal total, con reporte histopatológico de carcinoma seroso de alto grado.

CONCLUSIÓN: Los pacientes que padecen NF1 tipo 1 tienen la probabilidad de tener neoplasias malignas hasta en un 40%. Además, presentan dichas neoplasias a una edad más temprana y con mayor mortalidad que la población general. Esto es de gran importancia, ya que ante un paciente con NF1, debemos derivar al especialista para la búsqueda y diagnóstico oportuno de probables neoplasias malignas.

1066

Síndrome de Proteus, reporte de un caso

María Augusta Basantes Orbea[1], Camila Alejan Félix Caviedes[1,2], Valeria Alexan Ureña López[1,2], Jorge Eduardo Gallegos Sevilla[1,2], Lizeth Verónica Lafuente Cevallos[1,2], Santiago Alberto Palacios Álvarez[2]
[1]Postgrado de Dermatología Universidad Ute, Quito, Ecuador, [2]Centro de la Piel (CEPI), Quito, Ecuador

Introducción: El síndrome de Proteus es una enfermedad genética rara en la que existe un crecimiento posnatal desproporcionado, predisposición al desarrollo de tumores y diversas manifestaciones dermatológicas. Este trastorno se caracteriza por la aparición esporádica, mosaicismo y evolución progresiva de lesiones hamartomatosas, que afectan la mayoría de los tejidos de origen mesodérmico. El diagnóstico es clínico y es establecido según criterios dados. Debido a que esta entidad es poco frecuente, se ha decidido la presentación de este caso clínico.

Caso clínico: Paciente masculino de 10 años de edad, acude con su madre al servicio de Dermatología consultando por placa congénita hiperpigmentada marrón de aspecto verrucoso a nivel de región parietooccipital derecha La madre del paciente no refiere antecedentes familiares; dentro de los antecedentes personales patológicos relata microftalmia derecha, quiste dermoide corneal y conjuntival en ojo izquierdo, con resección quirúrgica, comunicación interventricular perimembranosa, hipoplasia del arco aórtico, anodoncia de algunos órganos dentales. Al examen físico paciente consciente, eutrófico, con constantes vitales dentro de parámetros normales, orientado en las tres esferas. Se evidencia tumoraciones verrucosas en zona parietooccipital de 20 x 3 cm, zona alopécica en región parietal derecha por cirugìa de nevus anterior, ptosis palpebral derecha, estafiloma corneal en ojo izquierdo, narinas amplias, múltiples máculas hiperpigmentadas marrones oscuras a nivel de cara, tronco y miembros predominando las mismas en el lado derecho, mosaicismo caracterizado por manchas pigmentadas con disposición en tablero de ajedrez, que ocupan alrededor de 70% del tórax, asimetría de hombros con escoliosis de convexidad izquierda y prueba de Adams positiva. Acude con exámenes realizados durante la infancia, los cuales reflejan en tomografía de cráneo escafocefalia y quiste aracnoideo en región occipital, radiografía de tibia derecha menciona deformidad en varo con dos lesiones radiolúcidas expansivas en tercio medio e inferior que sugiere fractura pasada y quiste óseo aneurismático, en cuanto a la radiografía de tórax se evidencian signos sugerentes de hipertensión pulmonar, electrocardiograma normal. En base a los antecedentes, hallazgos del examen físico y con el apoyo de las pruebas complementarias y los criterios diagnósticos establecidos en el National Institutes of Health de Bethesda, se cataloga al paciente con el diagnóstico de Síndrome de Proteus. El reporte histopatológico es nevo epidérmico. Se realiza interconsulta con el Servicio de Medicina Familiar.

Conclusiones: Una historia clínica completa es fundamental para el reconocimiento del Síndrome de Proteus. La presencia de mosaicismo, alteraciones vasculares, nevo epidérmico, crecimiento desproporcionado de estructuras anatómicas y que sea de aparición esporádica, deben hacernos sospechar en este síndrome, permitiendo un tratamiento temprano y multidisciplinario.

1152

Enfermedad de Darier-White, presentación de una variante inusual

Luciana Soledad Costa[1], Lilith Sodré de Souza Eller[1], Ana Campastri[1], Griselda Poppi[1], Cesar Chiappe[1], David Muhafra[1]
[1]Hospital General de Agudos José M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La enfermedad de Darier es una genodermatosis poco frecuente, de herencia autosómica dominante, en la cual hay un trastorno en la queratinización y pérdida de adhesión celular en la epidermis. Clínicamente se presenta con pápulas hiperqueratósicas eritemato-parduzcas, localizadas principalmente en zonas seborreicas, acompañadas de queratosis punctata palmoplantar, distrofia ungueal y compromiso mucoso. Existen formas atípicas de la enfermedad: ampollosas, hipertróficas, o segmentarias (fenotipo I: afectación localizada, con piel restante completamente normal y fenotipo II: lesiones localizadas de mayor gravedad, sobre base de piel afectada)
Presentamos a una paciente con una forma segmentaria de la enfermedad. Este caso nos resulta de interés debido a la baja frecuencia de esta variante, con pocos casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Paciente de 60 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Consultó por dermatosis pruriginosa de más de 20 años de evolución, que empeoraba en época estival. Por posible diagnóstico de liquen plano en otra institución, recibió tratamiento con corticoides tópicos sin mejoría. Al interrogatorio dirigido, refería que el padre presentaba lesiones de similares características.
Al examen físico se evidenciaron pápulas queratósicas inicialmente de pequeño tamaño, ásperas, múltiples, de color rosado. Algunas de ellas se agminaban formando placas excoriadas. Se localizaban en región intermamaria y se extendían en forma lineal hasta zona umbilical, miembro superior derecho y dorso respetando la línea media. En la uña del meñique derecho se observó onicorrexis con una mueca distal en forma de V, hiperqueratosis subungueal y perionixis. No presentaba lesiones en mucosas, palmas ni plantas.

Se solicitó laboratorio con serologías sin alteraciones. Se realizó biopsia para estudio histopatológico que informó enfermedad de Darier- White. Por la distribución de las lesiones, arribamos al diagnóstico de una variante segmentaria.
La paciente se negó a realizar tratamiento sistémico por lo que se inició tratamiento tópico con adapalene 0,3% una vez al día en las áreas afectadas. Transcurridos 30 días se realizó nuevo control que evidenció franca mejoría, sin aparición de nuevas lesiones o efectos adversos.

Conclusiones: El interés del caso radica en mostrar una genodermatosis de baja incidencia y curso crónico que suele ser subdiagnosticada. Recalcamos la importancia de tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial. Enfatizamos la infrecuencia de esta variante clínica de la enfermedad y por último, destacamos la buena y rápida respuesta con retinoides tópicos

1160

Mosaicismo cutáneo siguiendo las líneas de Blaschko

Patricia Aide López Olmos[1], Martha Grisell Ortega Valerio[2], Georgina Sierra Silva[3], María de las Mercedes Hernández Torres[4], Guillermo Solís Ledesma[4], Elizabeth Guevara Gutiérrez[3]
[1]Residente Dermatología. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México, [2]Residente Dermatología Pediátrica. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México, [3]Dermatólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México, [4]Dermatopatólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Zapopan, México

Introducción. La ictiosis epidermolítica con mosaicismo, también conocida como nevus epidermolítico, es una genodermatosis clasificada dentro de las formas menores de las ictiosis queratinopáticas no sindrómicas. Se presenta un caso de esta entidad poco frecuente.

Caso clínico. Masculino de 1 año 4 meses de edad sin antecedentes perinatales y personales de relevancia. Inicia su dermatosis al mes de nacimiento con descamación y xerosis en codo derecho. Posteriormente las lesiones se diseminaron a extremidad superior e inferior izquierda, tornándose hiperqueratósicas. Acudió con un médico quien hace diagnóstico de “dermatitis neglecta” dando manejo con dermolimpiadores y emolientes. La diseminación de las lesiones progresó, por lo que la madre decide acudir a valoración en nuestra unidad. A la exploración se observó una dermatosis que afectaba extremidades superiores predominando en cara interna de brazo izquierdo, tronco de predominio en hemicara anterior izquierda y extremidades inferiores, diseminada y asimétrica; constituida por múltiples placas hiperqueratósicas, lineales, color marrón claro que seguían las líneas de Blaschko, con superficie áspera. Paciente con hitos del desarrollo, percentiles, y z-score de peso y talla adecuados para la edad. El estudio histopatológico se observó en epidermis presencia de hiperqueratosis compacta con degeneración granular y vacuolar del estrato espinoso y granuloso. Por las características clínicas e histopatológicas se integra el diagnóstico de ictiosis epidermolítica con mosaicismo.

Conclusiones. La ictiosis epidermolítica ocurre en 1:200,000-300,000 infantes. Es secundaria a una mutación post-cigótica esporádica de KRT1 y KRT10. Se han descrito dos tipos de mosaicismo en esta patología: el mosaicismo tipo 1 que presenta sólo un alelo mutado dando la forma clásica o focal y el mosaicismo tipo 2 donde son portadores heterocigóticos, resultando cuadros generalizados y severos de inicio temprano, como lo presentó nuestro paciente. Dentro de los mosaicismos cutáneos existen cinco patrones, siendo el más frecuente el que sigue las líneas de Blaschko. La ictiosis epidermolítica en mosaico se presenta clínicamente con placas hiperqueratósicas, verrugosas y lineales que siguen las líneas de Blaschko de forma focal o sistematizadas, unilaterales o bilaterales. No presentan manifestaciones extracutáneas. El diagnóstico se realiza en base a la clínica y al estudio histopatológico. Algunos autores describen que, en esta variante de ictiosis epidermolítica, los cambios en el estrato granuloso y espinoso tienden a ser focales. El tratamiento es sintomático con el uso de queratolíticos tópicos, retinoides tópicos y orales, así como terapias ablativas. Es importante dar consejería genética a estos pacientes por el riesgo de que su descendencia padezca ictiosis epidermolítica, la cual presenta una morbilidad y mortalidad elevada.

1168

Síndrome de Sjögren Larsson: Reporte de caso de una nueva mutación en el gen ALDH3A2

Eine Yesid Benavides Tulcán[1,2], Claudia Juliana Díaz Gómez[1,2], Julián Andrés Ramírez Cheyne[3,4]
[1]Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Universidad del Valle, Cali, Colombia, [2]Sección de Dermatología, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, [3]Escuela de Ciencias Básicas, Universidad del Valle, Cali, Colombia, [4]Consulta de dismorfología, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

Introducción:
El síndrome de Sjögren Larsson, hace parte del grupo de síndromes neuroictiósicos, con patrón de herencia autosómico recesivo, y es causado por mutaciones del gen ALDH3A2, localizado en el cromosoma 17p11.2, que codifica para la enzima aldehído graso deshidrogenasa, enzima encargada de la oxidación de ácidos grasos de cadena larga. Los pacientes cursan con prematurez y al nacimiento se observan diversas manifestaciones cutáneas incluyendo eritema, hiperqueratosis y descamación, con tendencia a evolucionar a ictiosis generalizada. Adicionalmente, los afectados presentan alteraciones neurológicas como paraplejía espástica que compromete los miembros inferiores, retraso en el lenguaje y disartria, además de déficit cognitivo y síndrome convulsivo.

Caso clínico:
Se presenta un caso de síndrome de Sjögren Larsson, de una paciente femenina de 36 años, hija de padres primos, producto de una primera gestación, con parto prematuro a las 34,0 semanas y bajo peso al nacer, quien nació con membrana colodión. Durante su infancia temprana cursó con retraso en el desarrollo neuromotor, discapacidad intelectual y síndrome convulsivo, con resultados de resonancia magnética cerebral que mostró leucopatía confluente de la sustancia blanca periventricular, además de EEG con actividad epileptiforme frontotemporal izquierda, en quien por alta sospecha de síndrome de Sjögren Larsson se solicitó estudio genético de secuenciación del gen ALDH3A2 que confirmó la presencia de cambio aparentemente en homocigosis de una deleción de 2 nucleótidos, c.739_740del, que a nivel de la proteína da lugar a una alteración en la pauta de lectura, generando un codón prematuro de parada p.lle247Serfs*3, perdiendo los últimos 239 aminoácidos de la proteína. Actualmente se encuentra en manejo con hidratantes y emolientes cutáneos, además de manejo anticonvulsivante y en seguimiento por fisioterapia.

Conclusiones:
Se evidencia como los hallazgos clínicos y de ayudas diagnósticas de nuestro caso concuerdan con los reportes publicados en la literatura médica disponible hasta la actualidad. Nuestra afectada, es una paciente con nacimiento prematuro, quien presenta la tríada característica del síndrome de Sjögren Larsson dada por ictiosis congénita, paraparesia espástica y discapacidad cognitiva. No existen muchos casos descritos a nivel mundial, y en Colombia no se ha documentado ningún caso, nuestro reporte se suma a las pocas publicaciones y aporta una nueva mutación, c.739_740del (p.lle247Serfs*3) en el gen ALDH3A2, pese a que se trata de una variante que no se ha descrito previamente, todo indica a que esta constituye una mutación patógena. Por lo tanto, se concluye que ante todo paciente con paraparesia espástica que se acompaña de lesiones en piel debe descartarse el diagnóstico de síndrome de Sjögren Larsson, cuyo diagnóstico definitivo se hace mediante estudio del gen ALDH3A2, propiciando una evaluación y acompañamiento multidisciplinar temprano, que impacte en la calidad de vida de los pacientes afectados, asimismo que permita realizar consejería genética y diagnóstico prenatal en caso de ser requerido.

24. Métodos de imagen no invasivos

732

Hallazgos ecográficos en paniculitis lúpica y paniculitis asociada a dermatomiositis

Miguel Recio Monescillo[1], María Dolores Mendoza Cembranos, Belén Ruffin Vicente, Lara Haya Martínez, Cristina Moya Martínez, José Luis Díaz Recuero, María del Rosario Haro Ramos, Alejan Pérez Plaza, Carlos Santonja Garriga, Luis Requena Caballero
[1]*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España*

INTRODUCCIÓN: La paniculitis se define como una inflamación del tejido subcutáneo que puede estar producida por diferentes etiologías. Clínicamente, se presenta generalmente como nódulos subcutáneos palpables, a veces eritematosos. El diagnóstico de las paniculitis es histopatológico y en su historia natural, a veces es necesario hacer repetidas biopsias. Si bien la ecografía no es el método de elección para el diagnóstico de las paniculitis, puede ayudarnos a orientar el diagnóstico, rentabilizar las biopsias y guiar el seguimiento de la enfermedad, suponiendo una prueba no invasiva y fácilmente repetible en contraposición con la biopsia.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir los hallazgos ecográficos de dos etiologías poco frecuentes de paniculitis: el lupus cutáneo y la dermatomiositis; así como comparar éstos con lo descrito en la literatura previa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una serie de casos que consta (estudio descriptivo transversal) de 5 paniculitis lúpicas y 3 paniculitis asociadas a dermatomiositis y recogemos los hallazgos ecográficos que encontramos en ellas.
En cada una de las dos entidades estudiadas, se realiza un recuento de los hallazgos ecográficos encontrados en los casos clínicos estudiados para estimar la prevalencia de éstos en ambas patologías.

RESULTADOS: Los hallazgos más destacables son:engrosamiento de dermis y tejido celular subcutáneo, hiperecogenicidadde los lobulillos, aumento discreto de vascularización y ocasionales depósitos de calcio.

CONCLUSIONES: Los hallazgos ecográficos que presentamos son concordantes con la literatura previa en el caso de la paniculitis lúpica. En cuanto a la paniculitis asociada a dermatomiositis, no se ha encontrado ninguna publicación en la literatura científica, por lo que los hallazgos que describimos se beneficiarían de ulteriores estudios para obtener unas conclusiones más generalizables.

733

Linfoma cutáneo primario de linfocitos B de la zona marginal: características ecográficas

Ricardo Francisco Rubio-Aguilera[1], Helena Álvarez-Garrido[1], Gloria Baeza-Hernández[1], María de la Soledad Vallejo-Ruiz[1], Cristina Martínez-Morán[1], Begoña Echeverría-García[1], Jesús Borbujo[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

Introducción: Los linfomas cutáneos primarios de la zona marginal (LCPZM) representan el segundo tipo más frecuente de linfomas cutáneos primarios de linfocitos B (LCLBp). Tras su diagnóstico mediante histología, es necesario realizar un estudio de extensión para descartar afectación extracutánea. La ecografía cutánea no tiene un papel establecido en todo este proceso diagnóstico a pesar de ser una técnica rápida, no invasiva y barata.
Pacientes y métodos: Con sonda de 18MHz, se realizó ecografía de diez lesiones cutáneas presentes en dos pacientes, con confirmación histológica de LCPZM.

Resultados: El patrón ecográfico más comúnmente observado fue el pseudonodular (60%), consistente en lesiones mal delimitadas, heteroecoicas, con morfología polilobulada. En tres lesiones se observó un patrón nodular (30%) con aspecto hipoecoico, redondeado y con márgenes muy bien definidos. La lesión restante (10%) presentó un patrón difuso, mal definido e isoecoico. El 80% de las lesiones presentaron vascularización en el modo Doppler color.

Discusión: Existen escasas referencias en la literatura médica respecto a las características ecográficas de los LCPZM, siendo la mayoría de ellas series de casos pequeñas de LCLBp, en las que además no se especifica el subtipo histológico de linfoma. En estas series se describen cuatro patrones ecográficos diferentes de los que el más frecuente es el pseudonodular, seguido del nodular y con menor frecuencia el patrón infiltrativo focal o el infiltrativo difuso. La vascularización interna en el modo Doppler color es un hallazgo relativamente constante.

Conclusiones: La ecografía cutánea podría tener un papel en la orientación diagnóstica inicial de los LCPZM, aunque el diagnóstico definitivo se establezca mediante el estudio histológico y las pruebas de extensión. Los resultados obtenidos en nuestra serie concuerdan con los publicados hasta la fecha. No obstante, son necesarios más estudios al respecto para diferenciar los distintos subtipos de LCLBp.

797

Utilidad de la ecografía en la aplasia cutis congénita

Pedro Gil-Pallares[1], Alejandro Vilas-Sueiro[1], Francisca Piñeyro-Molina[1], Benigno Monteagudo[1], Cristina De las Heras-Sotos[1]
[1]Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España

La aplasia cutis congénita es una enfermedad infrecuente que se presenta como un área alopécica de piel atrófica, cicatricial o ulcerada, generalmente localizada en el vértex o región parietal de cuero cabelludo. En algunas ocasiones puede aparecer asociada un collarete de pelo o "hair-collar sign" que se considera marcador de disrafismo, y también pueden verse afectados el hueso o las meninges.

Lesiones traumáticas por fórceps o electrodos durante el parto, lesiones por VHS, el lupus neonatal o nevus sebáceos pueden presentar clínica similar. La dermatoscopia puede ser de ayuda en el diagnóstico diferencial mostrando típicamente un parche de piel translúcida con telangiectasias centrales y folículos pilosos horizontales dispuestos de forma radial a lo largo del borde de la lesión ("golf club set sign"). Algunos autores han señalado la utilidad de la ecografía al observarse un área hipoecoica a nivel dérmico, así como para la detección de posible patología subyacente.

Presentamos dos casos de aplasia cutis congénita con los hallazgos dermatoscópicos y ecográficos característicos, en los que la ecografía mostró además la presencia de estructuras horizontales hipoecoicas emergiendo de esta, compatibles con folículos pilosos horizontalizados que se corresponderían con los folículos pilosos observados en la dermatoscopia.

Consideramos que este hallazgo, no previamente descrito, podría ser de ayuda en el diagnóstico de casos dudosos, en los que una biopsia cutánea quizás supondría un importante riesgo para el paciente al existir la posibilidad de afectación de tejidos profundos.

927

Fibroepitelioma de pinkus: dermatoscopia y microscopía confocal de reflectancia, serie de 6 casos

Reyes Gamo Villegas[1], Henar Sanz Robles, Ana Pampín Franco, José Gregorio Álvarez, Elena García Zamora, Diana Ruíz Genao, Arantxa Muñiz de Lucas, Uxúa Floristán Muruzábal, José Luis López Estebaranz
[1]*Hospital Fundación de Alcorcón, Madrid, España*

El fibroepitelioma de pinkus (FeP) se considera una variante poco frecuente de epitelioma basocelular con unas características histopatológicas bien definidas. Clínicamente se presentan como una pápula o placa de coloración rosada, de lento crecimiento, localizadas habitualmente en tronco o en los miembros inferiores. Simulan lesiones benignas como los nevus melanocíticos intradérmicos, los fibromas blandos o los neurofibromas entre otros.. Presentamos una serie de 6 pacientes, 3 mujeres y 3 varones con una edad media de 64 años y un total de 7 lesiones extirpadas y clasificadas como FeP.

Nuestro objetivo es describir tanto las características clínicas, dermatoscópicas y de microscopia confocal de reflectancia (MCR) y su correlación con los hallazgos histopatológicos. Por dermatoscopia mostraban un patrón vascular polimorfo sobre un fondo rosado, con vasos en foco, estructuras blanquecinas y puntos marrón grisáceos en las formas pigmentadas. En el estudio con MCR se observan islotes tumorales con forma de cordón con células en empalizada que rodean unos agujeros hiporreflectantes que representan el estroma fibroso típico de este tumor, siendo esta la característica distintiva en este tipo de tumores. Histopatológicamente vamos a observar una tumoración bien definida y lobulada constituida por cordones de células basaloides que se anastomosan y rodean un estroma fibrovascular. El FeP tiene unas características distintivas dermatoscópicas y presenta una concordancia perfecta entre MCR y la histología. Conocer las características dermatoscópicas, clínicas y por microscopía confocal nos ayuda a sospechar y clasificar correctamente este tipo de lesiones.

1110

Nevus inflamado como un potencial falso positivo para el diagnóstico de melanoma por Microscopía Confocal

Nadia Vega Almendra[1,2,3], Nelson Lobos Guede[1,2,3,4], Cristina Carrera[1], Josep Malvehy[1], Llucia Alos[5], Natàlia Castrejón de Anta[5]
[1]Departamento de Dermatología, Hospital Clinic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona, España, [2]Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile, [3]Servicio de Dermatología Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile, [4]Departamento de Dermato-oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile. [5]Anatomía Patológica, Hospital Clínic de Barcelona, España.

Introducción
La microscopía confocal de reflectancia (RCM) en tiempo real es un método de imagen no invasivo que ha demostrado aumentar la precisión diagnóstica de lesiones melanocíticas, siendo especialmente útil en aquéllas con clínica y/o dermatoscopia inespecífica. A pesar de su alta especificidad y sensibilidad existen situaciones que requieren mayor experiencia del examinador. En general, los nevus inflamados pueden presentar características clínicas y dermatoscopicas atípicas, haciendo necesaria su extirpación. Estudios de RCM en nevus de Sutton, Meyerson, recurrentes o incompletamente extirpados muestran que la inflamación puede desencadenar la aparición de cambios estructurales y celulares similares a los observados en melanoma, tales como células pagetoides atípicas dendríticas y redondas con núcleo grande, desorden arquitectural en la unión dermo-epidérmica (UDE), borramiento de papilas y células brillantes redondas en la dermis papilar constituyendo un falso positivo. A continuación, presentamos 2 ejemplos de nevus con inflamación histológica cuya exploración por RCM obligó a descartar malignidad.

Casos clínicos
Caso 1. Mujer de 23 años portadora de mutación en CDKN2A, con antecedente de melanoma personal y familiar. Durante el seguimiento digital presentó cambios dermatoscópicos en nevus de región escapular derecha con acentuación de retículo pigmentado marrón excéntrico asociado a puntos grises y aparición de zona acrómica en la periferia. En la RCM de zona con dermatoscopia atípica se observó foco caracterizado por patrón combinado con panal de abejas engrosado y empedrado atípico, células redondas y dendríticas atípicas suprabasales y en UDE, borramiento de papilas y células brillantes inflamatorias en papilas dérmicas (melanófagos y leucocitos). En base a los hallazgos descritos se derivó a extirpación para descartar melanoma sobre nevus. El estudio histopatológico informó nevus melanocítico compuesto con foco inflamatorio y fibrótico dérmico.

Caso 2. Mujer de 43 años con antecedente de melanoma familiar, polimorfismo de A148T en CDKN2A y síndrome del nevus displásico. Durante el seguimiento digital destacaron cambios dermatoscópicos en lesión localizada en cara interna del muslo izquierdo con pérdida de glóbulos en la periferia, desestructuración del retículo y aparición de puntos azul-gris. En la RCM se observó un patrón en panal de abeja regular con células dendríticas pagetoides, pero con patrón en malla desestructurado en la UDE con presencia de células brillantes atípicas, engrosamientos junturales, melanófagos en dermis y fibrosis, por lo cual se derivó a extirpación para descartar melanoma incipiente. El estudio histopatológico informó nevus melanocítico compuesto con atipia moderada, focos inflamatorios y signos de regresión dérmicos.

Conclusiones
A pesar de la especificidad y sensibilidad de la RCM, existen algunas situaciones clínicas que requieren mayor experiencia del examinador y hacer una adecuada correlación para obtener una correcta interpretación. Los nevus inflamados pueden mostrar características clínicas, dermatoscópicas y bajo la RCM que pueden simular melanoma. El dermatólogo debe estar al tanto del desafío que conlleva analizar este tipo de lesiones y evitar basar su juicio clínico exclusivamente en los hallazgos obtenidos tras la exploración con RCM. Por el contrario, dicha caracterización debe complementarse con los datos clínicos y dermatoscópicos para hacer un diagnóstico correcto y tomar decisiones que eviten la realización de biopsias innecesarias.

25. Psoriasis-Descamativas

18

Psoriasis y VIH. A propósito de un caso

Analia Karina Pasquel Sotelo[1]
[1]Hospital Iess Quito Sur, Quito, Ecuador, [2]Hospital IESS Quito Sur, Quito, Ecuador

Presentamos un caso dermato-patològico de un paciente masculino de 51 años de edad con diagnóstico de VIH positivo, con el antecedente patológico personal de Psoriasis vulgar hace 15 años. Al paciente en estudio se le realizo fototerapia UVB a bajas dosis dando como resultado a la décimo segunda sesión una exacerbación de la sintomatología, es decir aumento de placas eritematodescamativas en toda la superficie cutáneo incluso pliegues. Al suspender dicho tratamiento se continuó con topidos: emolientes y corticoides de alta potencia habiendo mejoría de la patología

HISTOPATOLOGIA
Epidermis: hiperplasia regular de las redes de crestas, adelgazamiento papilar epitelial, ausencia de capa granulosa con monticulos de paraqueratosis que muestran abscesos de neutrofilos en su interior. Dermis papilar con infiltrado inflamatorio linfocitario predominio perivascular

La psoriasis de los pacientes con infección por el VIH se asocia con una mayor inmunodeficiencia, y habitualmente aparece cuando los linfocitos CD4 han caído por debajo de las 100 células/µ.
En los pacientes sin historia de la enfermedad cutánea, la psoriasis se desarrolla habitualmente después de la seroconversión.
Por otra parte, la psoriasis puede estar presente antes de la infección por el VIH y puede sufrir un repentino empeoramiento con el desarrollo del sida.

534

Pustulose palmoplantar refractária - é necessário considerar dermite de contacto alérgica

José Miguel Neves[1], Ana Brasileiro[1], Pedro Mendes-Bastos[2]
[1]Departamento de Dermatologia E Venereologia, Hospital de Santo António Dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal, [2]Dermatology Centre, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

Introdução: A pustulose palmoplantar (PPP) é uma dermatose inflamatória das palmas e plantas, crónico-recidivante, caracterizada por placas eritematodescamativas associadas ao aparecimento de múltiplas pústulas esteréis agrupadas. Classicamente tem sido descrita como uma variante de psoríase, embora actualmente se defenda que constitua uma entidade distinta. Já foi descrita uma relação entre sensibilização alérgica e a PPP. Apresentam-se de seguida dois casos de pustulose plantar refractárias, perpeptuadas por uma dermite de contacto alérgica (DCA).

Casos clínicos: O primeiro caso, refere-se a uma mulher de 52 anos, referenciada à nossa consulta por uma história de PPP com 20 anos de evolução. Adicionalmente, apresentava uma hidradenite supurativa (HS), encontrando-se sob tratamento com adalimumab 40mg/semana e metotrexato 20mg/semana, com remissão clínica da HS e do envolvimento palmar. No entanto, não se observaram melhorias do envolvimento plantar após seis meses de terapêutica. O segundo caso refere-se a uma mulher com 48 anos, com uma pustulose plantar com quinze anos de evolução, refractária ao tratamento com clobetasol creme (a doente recusava terapêutica sistémica). Em ambos os casos foram realizados testes epicutâneos com a série básica do Grupo Português Estudo Dermites de Contacto, assim como com a série calçado (BIAL Aristegui). Seguindo as guidelines da ESCD, os alergénos foram aplicados no dorso durante 48 horas, com as leituras a serem realizadas ao terceiro e ao sétimo dia. Na primeira doente, observou-se positividade para o dicromato de potássio, cloreto de cobalto e parafenilenodiamina (PPDA), enquanto que, na segunda doente se registaram resultados positivos para o dicromato de potássio, clorato de cobalto e sulfato de níquel. A sensibilização alérgica ao dicromato de potássio foi considerada como tendo relevância actual, tendo em conta que este composto é usado comumente na indústria do cabedal. Já foi demonstrada uma associação entre a sensibilização ao cloreto de cobalto e o uso de calçado de cabedal, estabelecendo-se assim uma potencial relevância actual. Calçado e palmilhas de cabedal eram usadas, respectivamente, pela primeira e segunda doente. A sensibilização ao níquel e ao PPDA foi considerada como de relevância passada. Após a adopção de medidas de evicção alergénica, foi atingida remissão clínica em ambos os casos.

Conclusão: A associação entre o desenvolvimento e a manutenção da PPP e a DCA constitui um controverso objecto de estudo. Sensibilização alergénica concomitante tem sido demonstrada em 23% dos doentes com PPP, com a evicção alergénica a mostrar-se benéfica na gestão da maioria dos casos. Salientamos o potencial papel da DCA na perpeptuação de certos casos de PPP recalcitrantes, provavelmente devido ao fenómeno de Koebner, desencadeado pela resposta inflamatória alérgica. Deve ser considerada a realização de testes epicutâneos, quando se observa refractariedade à terapêutica. Se for estabelecida uma DCA, é necessário estabelecer medidas de evicção alergénica, pelo seu potencial de produzir remissões completas.

600

Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con psoriasis y su impacto en la calidad de vida en instituciones prestadoras de servicios de salud en la ciudad de Medellín, Colombia

Manuel Antonio Martínez Gómez[1], Daniela Chaparro[2], Gloria Sanclemente Mesa[1]
[1]Grupo de Investigación Dermatológica (GRID), Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, [2] Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Introducción:
La epidermiología de la psoriasis está bien definida en poblaciones europeas y estadounidenses, sin embargo, en el contexto colombiano, se carece de estudios locales que caractericen la enfermedad en nuestra población antioqueña.

Objetivos:
Determinar características clínicas, sociodemográficas y económicas; así como el impacto en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en la ciudad de Medellín, Colombia.

Métodos:
Este fue un estudio descriptivo transversal, que incluyó una cohorte de pacientes con diagnóstico de psoriasis de cualquier severidad en instituciones de salud y programas educativos de la sociedad de pacientes FUNDAPSO en Medellín, Antioquia, entre el 2019 y el 2020. Se utilizó una encuesta estructurada en la que se recolectaron datos sociodemográficos, económicos, clínicos y de calidad de vida, usando escalas como PASI, PGA, NAPSI y SKINDEX-29. Inicialmente se realizó un análisis univariado de las variables para conocer sus frecuencias. Para el análisis de las variables de tipo cualitativo ordinales y nominales se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, y proporciones. En las variables continuas se usaron las medidas de resumen apropiadas y sus medidas de tendencia central.

Resultados:
Se encuestaron un total de 125 pacientes. La media de la edad fue de 46 años. El 47% fueron mujeres y el 53% fueron hombres. El 33% habían estudiado hasta la secundaria y solo el 18% tenían formación profesional. El 74% pertenecía a los niveles socioeconómicos bajos 1, 2 y 3. Un importante porcentaje 30% no tenían ingresos económicos. El 81% de las personas dependían económicamente de otra persona para sobrevivir. El 18% tenía consumo habitual de licor; el 15% eran fumadores; el 10% eran consumidores de sustancias psicoactivas y el 30% presentaban algún trastorno del sueño. El tipo clínico más común encontrado fue el de placas. La media del puntaje PASI, PGA, el NAPSI fue de 6.4, 2 y 6.8, respectivamente. La comorbilidad más frecuente fue la obesidad en un 24%, seguido de hipertensión en un 16% y dislipidemia en un 8.8%. El 27.2% tenían algún antecedente psiquiátrico. El 13% sufrían de artritis psoriásica. La fototerapia fue usada en el 56% de los pacientes, la terapia sistémica más usada fue el metotrexato en un 44.8% y el 18% se encontraba en terapia biológica. La calidad de vida medida con el Skindex-29 se afectó en todos sus dominios destacándose entre ellos el dominio de síntomas y de emociones de la escala.

Conclusiones:
Este estudió demuestra que la población antioqueña tiene características demográficas y clínicas similares a los países del primer mundo, sin embargo, en nuestro departamento una gran mayoría de pacientes tienen bajo nivel educativo, bajos ingresos económicos y pertenecen a estratos socioeconómicos bajos. A pesar de que, el 90% de los participantes tenían cubrimiento por el sistema de salud, había pobre control de su enfermedad, muchas comorbilidades y un alto impacto de la enfermedad en su calidad de vida. Por todo lo anterior se hace necesario tener un seguimiento estrecho de estos pacientes e implementar medidas gubernamentales que mejoren la atención y el tratamiento de nuestros pacientes.

612

Comorbilidades e índice de Charlson en pacientes adultos con diagnóstico de psoriasis

Daniela Chaparro Reyes[1], Carolina Cortés[2], Elkin Peñaranda[2]
[1]Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, [2]Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia

Introducción
La psoriasis es una condición inflamatoria que modifica la sobrevida de los pacientes, especialmente cuando se asocia con comorbilidades. Pocos estudios se han llevado a cabo utilizando un índice de Comorbilidad validado que permita inferir pronóstico de mortalidad. El Índice de comorbilidad de Charlson que incluye 17 enfermedades sistémicas y permite predecir la mortalidad a 5. El Hospital Universitario de La Samaritana es centro de referencia para el Departamento de Cundinamarca, con condiciones socioeconómicas que difieren de las de las poblaciones en las cuales se han llevado a cabo estudios similares. No contamos con estudios similares en la población colombiana.

Metodología
El protocolo fue sometido al comité de investigación y ética del Hospital. Se llevó a cabo un estudio observacional de recolección retrospectiva. Siendo los criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de psoriasis que hubiesen acudido a valoración por dermatología en la Clínica de Psoriasis del Hospital Universitario de la Samaritana ya sea por consulta externa o durante hospitalización, en el periodo comprendido entre el 01 de enero 2010 y el 31 de mayo de 2019, para un total de 9 años y 4 meses. Tres investigadores revisaron las historias clínicas tanto en formato digital como en físico. Se documentaron cada una de las comorbilidades reportadas y se calculó en cada caso el índice de Comorbilidad de Charlson a partir de la información consignada en las historias.

Resultados
Este es el estudio colombiano con mayor número de pacientes cuyo objetivo primario sea evaluar las comorbilidades en psoriasis.

Cumplieron criterios de inclusión 470 pacientes, 207 mujeres (44%) y 263 hombres (56%), con edad media de 48 años (edad mínima 18 y edad máxima 88 años). El 57,4% (270) de los pacientes presentaron al menos una comorbilidad. Las comorbilidades más prevalentes en la población evaluada fueron dislipidemia (26,4%), hipertensión arterial (25,8%) y obesidad (19,4%). Se utilizó la prueba de chi cuadrado para evaluar la asociación entre cada una de las comorbilidades y la severidad clínica de la psoriasis encontrando únicamente asociación estadísticamente significativa entre la severidad de la psoriasis y la presencia de obesidad (chi-cuadrado= 8.343, gl=3, p=0.039), no encontramos en la población evaluada asociación estadísticamente significativa entre la severidad clínica de la psoriasis y el índice de comorbilidad de Charlson

Conclusiones
1. Las comorbilidades prevalentes fueron: dislipidemia (26,4%), hipertensión arterial (25,8%) y obesidad (19,4%).
2. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades y la severidad clínica de la psoriasis en este grupo de pacientes.
3. Las comorbilidades cardiovasculares y metabólicas se presentan en este grupo de pacientes independientemente de la severidad clínica.
4. El índice de comorbilidad de Charlson no tiene en cuenta las comorbilidades más prevalentes en pacientes con psoriasis (dislipidemia, hipertensión y obesidad), por lo que no lo consideramos un buen indicador de la carga de enfermedad en este grupo de pacientes.
5. Se deben implementar estrategias de tamización para comorbilidades cardiometabólicas en todos los pacientes con diagnóstico de psoriasis en nuestro Hospital sin importar la severidad clínica

646

Lentiginose eruptiva confinada a áreas de resolução de placas psoriáticas – um relato de caso

Talita Brandao[1], Mariah Leite[1], Denise Steiner[1], Aline Okita[1]
[1]Univ. de Mogi Das Cruzes, Mogi Das Cruzes, Brazil

A lentiginose eruptiva confinada a áreas de resolução de placas psoriáticas (ELRP) é uma ocorrência rara que pode ocorrer após diferentes tratamentos, incluindo tópicos, fototerapia e imunobiológicos. Relataremos caso de ELRP após uso de anti-TNF.

Mulher de 43 anos, fototipo IV, com psoríase em placas desde os 20 anos e artrite psoriásica desde os 36 anos. Obesa, não faz uso de medicações. Ao exame, apresentava placas psoriáticas nas pernas, antebraços, flancos e nádegas, cobrindo aproximadamente 20% da superfície corporal. Fez uso de metotrexato, interrompido devido a desejo gestacional.

Realizou fototerapia, suspensa por falta de resposta. Fez uso de infliximabe por 8 anos, prescrito para artrite psoriásica e nos últimos 2 anos, iniciou várias máculas acastanhadas nas pernas, glúteos e flancos, confinadas aos locais das placas em resolução. Negava história pessoal e familiar de lentiginoses e exposição solar nas áreas afetadas durante o tratamento.

Nos últimos 4 meses, usou adalimumabe por falha secundária a infliximabe. Apesar de ter tido resposta ao tratamento, manteve o aparecimento de lentiginoses.

A maioria das lentiginoses em áreas de resolução de psoríase são descritas após fototerapia e o mecanismo é desconhecido, porém pode surgir independente da fototerapia, e tem sido sugerido como um tipo de hiperpigmentação pós-inflamatória. Foram relatados após tópicos com corticosteróides, calcipotriol, LCD (liquor carbonis detergens).

Mais recentemente, novos casos surgiram relacionados ao uso de imunobiológicos: etanercepte, adalimumabe, infliximabe, ustequinumabe, ixequizumabe. As lentiginoses geralmente aparecem nos primeiros 6 meses do tratamento e persistem com pouca ou nenhuma melhora por anos. A maioria dos pacientes relatados tinham uma história prolongada de psoríase antes do início das lentiginoses.

A fisiopatologia da ELRP não está bem esclarecida. Como apareceram após várias modalidades de tratamento, uma via comum que afeta os melanócitos está potencialmente implicada. Wang et al encontraram altos níveis de citocinas IL-17 e fator de necrose tumoral (TNF) em placas psoriáticas. Eles demonstraram que TNF-a e IL-17 agem estimulando fatores mitogênicos de melanócitos (CXCL1–3, IL-6, IL-8), resultando em uma densidade de melanócitos mais alta nas placas de psoríase que em voluntários saudáveis. Por outro lado, a IL-17 aumenta a capacidade de TNF-a inibir a melanogênese, através de baixa expressão de genes críticos à pigmentação. A IL-17 e TNF-a produzem b-defensina 3, que também reduz a atividade da tirosinase através da inibição do hormônio alfa melanócito estimulante, potencializando a inibição na melanogênese. O resultado final do excesso de IL- 17 e TNF-a parece ser uma maior densidade de melanócitos com melanogênese suprimida. Essa atividade melanogênica se recupera rapidamente após tratamento com imunobiológico. Talvez o rápido bloqueio de TNF-a e IL-17 que inibiam a melanogênese, resulte em resposta compensatória com grande produção de pigmentos. Esta alteração parece estar associada a maior gravidade da doença, maior inibição de citocinas com o tratamento e a rápida remoção de placas psoriáticas com novas terapias direcionadas.

Novos estudos serão fundamentais para elucidar o papel das citocinas e os tratamentos com o surgimento da ELRP. Cabe ao dermatologista reconhecer o diagnóstico para que possa, dessa forma orientar e tranquilizar seus pacientes.

652

Otimização de tratamento da psoríase palmoplantar com fototerapia UVA associado á psoraleno tópico

Mariah de Paula Leite[1], Talita Brandão[1], Denise Steiner[1], Aline Okita[1]
[1]*Univ. de Mogi Das Cruzes, Mogi das Cruzes, Brazil*

A psoríase pustulosa palmoplantar é desafiadora do ponto de vista terapêutico. Mesmo os medicamentos biológicos que tem alta eficácia na psoríase vulgar moderada a grave podem apresentar respostas parciais nas lesões palmoplantares. Uma alternativa segura e barata é associar a fototerapia UVA com psoraleno tópico em casos de resposta parcial de outras terapias. Descrevemos aqui um caso de uma paciente com artrite reumatoide em uso de tocilizumab tratada com fototerapia UVA tópica.

Sexo feminino,65 anos, portadora de artrite reumatóide, hipotireoidismo, hipertensão arterial, dislipidemia. Desenvolveu quadro de psoríase palmoplantar durante uso de etanercept em 2015, confirmado por biópsia. Foi tratado com calcipotriol associado á betametasona, clobetasol e cremes à base de alcatrão sem melhora. Como teve piora do quadro articular, o biológico foi trocado por tocilizumabe mas a paciente manteve quadro grave de psoríase palmoplantar e então foi associado acitretina 25 mg por dia. O quadro articular foi controlado mas a resposta foi parcial para as lesões de psoríase e teve efeitos adversos como eflúvio e xerose com prurido intenso.

Devido ao quadro persistente, optou-se pela fototerapia UVA com psoraleno tópico com 8-mop 0,1% em cold cream aplicado nas lesões 30 minutos antes da fototerapia UVA, lavando-o imediatamente antes do banho de luz. Foi prescrito o tratamento 3 vezes por semana e após 16 sessões observou-se uma melhora importante, sem efeitos adversos.

A maioria dos estudos randomizados com moléculas biológicas para psoríase moderada a grave, excluíram pacientes de psoríase palmoplantar.

Apenas o estudo Gesture de secukinumab focou como objetivo primário a resposta para esse subtipo de psoríase e demonstrou que 59% e 53% que receberam secuquinumabe 300mg e 150 mg, respectivamente, apresentaram palmas e plantas sem lesões ou praticamente sem lesões em um período de 2 anos e meio.

Alguns artigos comparam a eficácia da fototerapia com UVA à dos tratamentos orais clássicos (acitretina, ciclosporina, metotrexato), tendo vantagens como a prevenção de efeitos colaterais indesejáveis das terapias sistêmicas.

A fototerapia costuma ser a primeira escolha para tratamento de psoríase vulgar moderada a grave em diversos estudos e na pratica clinica na ausência de artrite psoriásica por representar uma terapêutica segura e moderadamente eficaz,sendo seu evento adverso mais comum apenas um eritema leve.

Para a psoríase vulgar, a preferência é geralmente de UVB já que não necessita de uso oral de fotossensibilizante expondo o paciente a riscos de hepatotoxicidade. Porém, para a região palmoplantar que é hiperceratósica, a fototerapia UVA se faz necessária. Uma alternativa para evitar o uso de medicamentos orais e aumento do risco de efeitos adversos, principalmente considerando sua combinação com biológicos ou outros sistêmicos, é o uso de psoralenos tópicos como demonstrado nesse relato.

662

Eficacia y seguridad de ixekixumab en práctica clínica real: un estudio retrospectivo unicéntrico

Mercedes Sendín Martín[1], Lourdes Rodríguez Fernández-Freire[1], Román Barabash Neila[1], Antonio Durán Romero[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]
[1]Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, España

INTRODUCCIÓN: Ixekizumab es un inhibidor de la interleuquina 17A indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada o grave. Varios estudios clínicos han demostrado la eficacia y seguridad de este anticuerpo humanizado recombinado. Sin embargo, a día de hoy los estudios sobre ixekizumab en práctica clínica real son escasos.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad de ixekizumab en una cohorte de pacientes con psoriasis tratados en nuestra unidad de Dermatología.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico en el que se evaluaron la eficacia y la seguridad de ixekizumab para psoriasis moderada-grave en pacientes de práctica clínica real. El estudio incluyó la recolección de datos de 35 pacientes a través de la documentación clínica rutinaria. Se recogieron datos demográficos y clínicos como el PASI, BSA y DLQI.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 28 hombres y 7 mujeres. La media de edad +/- desviación estándar (DE) de los pacientes fue 44.6 +/- 13.1 años; y la media del IMC fue 29.5 +/- 6.9 DE. Comorbilidades relevantes como la hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad crónica hepática y hepatitis C o VIH estaban presentes en 10 (28%), 5 (14.2%), 2 (5.7%), 1 (2.8%) y 1 (2.8%) de los pacientes, respectivamente. La presencia de artritis psoriásica en la cohorte fue del 22.6%. Con respecto a los tratamientos previos, 12 (34.2%) eran pacientes "naive" mientras que 23 (65.8%) de ellos habían recibido previamente otro tratamiento biológico (4 de ellos infliximab, 9 adalimumab, 16 etanercept, 9 ustekinumab y 9 secukinumab). La mayoría de pacientes (27/35) fueron tratados con 80 mg mensuales de ixekizumab sin periodo de inducción.
Con respecto al análisis del índice PASI, un 56.3% de los pacientes alcanzaron PASI 90 a las 12 semanas, 73.1% lo alcanzaron a las 24 semanas y 71.4% a las 52 semanas. Teniendo en cuenta los valores absolutos, la media de PASI +/- DE de la población era 15.4 +/- 7.3 con una reducción después del tratamiento con ixekizumab hasta un PASI 2.3 +/- 4.6 de media a la semana 12, 2.2 +/- 5.1 a la semana 24 y 1.6 +/- 2.1 a las 52 semanas. En otras palabras, la reducción del PASI medio tras iniciar el tratamiento fue de un 85%, 85.7% y 89.6% respectivamente.
Solo dos pacientes presentados efectos secundarios de leve a moderados (candidiasis mucocitáneas).

CONCLUSION: De acuerdo a los resultados de este estudio ixekizumab es un tratamiento altamente eficaz y seguro para los pacientes con psoriasis en práctica clínica real.

739

Psoriasis de difícil manejo. La doble cara de los tratamientos biológicos

Sara Pilar Herrero Ruiz[1], Laura Fernández de la Fuente[1], Almudena Hernández Núñez[1], Cristina Martínez Morán[1], Ricardo Francisco Rubio Aguilera[1], Gloria Baeza Hernández[1], Ana Martínez Lauwers[1], Jesús Manuel Borbujo Martínez[1]
[1]Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

Introducción
Las reacciones psoriasiformes paradójicas tras inicio de tratamiento con Anti TNF alfa están descritas en la literatura, sin embargo la mayoría de ellas son de extensión leve y se controlan con tratamientos tópicos.
Presentamos un caso de reacción psoriasiforme grave tras inicio de certolizumab, con afectación muy extensa y de rápida progresión que ha precisado múltiples tratamientos para su control.

Caso clínico
Mujer de 39 años, con antecedentes personales de intolerancia a AINEs y espondilitis anquilosante, dando lactancia materna desde hace ocho meses. Acude a urgencias de dermatología por lesiones dolorosas en manos y pies desde hace dos días. No asocia fiebre ni malestar general. Refiere que desde hace siete semanas ha iniciado tratamiento con certolizumab con buen control de los síntomas de la espondilitis anquilosante.
A la exploración física presenta pústulas palmoplantares, que confluyen formando ampollas, todas ellas sobre base eritematosa. En dorso de manos y pliegues interdigitales, lesiones eritematodescamativas, con fisuración en algunas zonas.
El juicio clínico inicial es de reacción psoriasiforme en probable relación con el inicio de certolizumab por lo que se realiza biopsia y cultivo de una de las pústulas palmares y se inicia tratamiento con calcipotriol 50 microgramos/g + betametasona 0,5 mg/g en espuma cutánea.
El resultado anatomopatológico de la biopsia es compatible con una pustulosis palmo-plantar, con cultivo estéril de la pústula.
Acude a los cinco días por franco empeoramiento de las lesiones. Presenta mayor número de pústulas y ampollas de contenido purulento, alguna de ellas destechadas dejando zonas de piel fina eritematosa brillante. Además presenta afectación de ambos miembros inferiores con múltiples placas eritematodescamativas excoriadas, y de región inguinal con presencia placas eritematosas de bordes bien definidos.
Se inicia tratamiento con clobetasol crema y con fomentos de sulfatos de zinc, aluminio-potásico y cobre, y se contacta con Reumatología para realizar un cambio de tratamiento biológico dada la ausencia de respuesta a los tratamientos tópicos.

Conclusiones
Las reacciones psoriasiformes paradójicas secundarias al uso de antiTNF-alfa se producen en un 5% de los casos en los que se indica su uso, si bien existen pocos casos descritos en relación con el uso de certolizumab. La mayoría son reacciones leves en forma de pustulosis palmoplantar que se controlan con tratamiento tópico.
El caso de nuestra paciente es llamativo por la gran expresividad clínica que presentó, la mala respuesta a tratamiento tópico y por la presencia de más de un tipo de lesiones (psoriasis en placas, pustulosis palmoplantar y psoriasis invertida en pliegues).
El manejo de estos pacientes puede ser complejo. La mayoría responden al tratamiento tópico y no es necesario hacer modificaciones en el tratamiento sistémico si con este presenta buena respuesta de su enfermedad de base. Sin embargo, en algunas ocasiones es preciso suspender el tratamiento biológico antiTNF-alfa por otro de distinta familia, por lo que es importante el abordaje multidisciplinar de estos pacientes.

782

Pitiriasis rubra pilaris clásica del adulto, un caso de difícil manejo

Sofía Carla Juárez[1], Ana Luisa Gallmann[1], Julieta Roxana Brusa[1], María Noelia Andrade[1], Mabel Jimena Nocito[1], Andrés Guidi[1], Mariana Beatriz del Valle Papa[1]
[1]Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Introducción: Presentamos un paciente con diagnóstico de pitiriasis rubra pilaris clásica del adulto, una patología infrecuente, la cual significó un desafío diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 65 años, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus tipo 2, HTA, cardiopatía isquémica, EPOC por tabaquismo severo y dislipemia, medicado con metformina, vildagliptina, valsartán, hidroclorotiazida y rosuvastatina, junto con antecedente heredofamiliar de psoriasis. Acudió a la consulta por presentar rash eritemato descamativo, muy pruriginoso, de 10 días de evolución, para lo cual fue medicado con meprednisona 40 mg día, sin mejoría clínica. Al examen físico dermatológico presentó pápulas y placas eritematosas con collarete descamativo en zona periférica interna, localizadas en rostro, cuero cabelludo, orejas, región superior de tronco anterior y posterior, miembros superiores y dorso de manos. El análisis de laboratorio general, perfil reumatológico, serologías virales y VDRL se encontraron dentro de parámetros normales. Con sospecha de farmacodermia se rotó el antihipertensivo valsartán por amlodipina, se suspendió hidroclorotiazida y atorvastatina y se indicaron antihistamínicos vía oral, clobetasol tópico y humectación. Al presentar empeoramiento clínico, con extensión del compromiso cutáneo, queratodemia palmar y eritema plantar, se plantearon nuevos diagnósticos diferenciales: psoriasis, pitiriasis rubra pilaris, linfoma cutáneo de células T. Se realizó biopsia cutánea cuyo estudio histopatológico informó patrón psoriasiforme, por el que, junto con su antecedente heredofamiliar, se decidió iniciar con ciclosporina 300mg vía oral. Sin embargo, en el trascurso de 15 días el paciente evolucionó hacia eritrodermia con algunos islotes de piel sana. Por insuficiencia cutánea aguda, compromiso marcado de su calidad de vida, asociado a aparición de crisis hipertensiva, se decidió internación y se inició tratamiento con Secukinumab (dosis de carga y mantenimiento), con posterior asociación a metotrexato por respuesta clínica moderada. El uso de Infliximab fue desestimado por su alto riesgo cardiovascular. Se repitió una nueva biopsia cutánea, cuyo estudio histopatológico finalmente fue concluyente para pitiriasis rubra pilaris. Se decidió rotar tratamiento biológico por acitretín 25mg/día vía oral asociado a metotrexato 15mg/semanal vía oral, esquema con el que presentó buena evolución luego de cinco meses de tratamiento. Luego de dicho periodo se comenzó el descenso paulatino de las dosis de ambos medicamentos hasta ser retirado por remisión completa de lesiones cutáneas en un periodo de 20 meses.

Conclusiones: Compartimos este caso clínico por su complejidad en el manejo, y destacamos la importancia del abordaje interdisciplinario de pacientes con eritrodermia.

798

Empuje de Psoriasis en un paciente oncológico tratado con Atezolizumab: reporte de un caso

Matías De León Clavijo[1], Claudia Guebellian[1], Patricia Levrero[1]
[1]*Hospital de Clínicas- Cátede Dermatología., Montevideo, Uruguay*

Introducción:
Presentamos a un paciente que presentó una exacerbación de su psoriasis, tras el inicio de tratamiento oncológico con Atezolizumab. Existen en el mundo escasos reportes de dicha situación. De los mismos surge la disyuntiva de continuar o no con dicha terapéutica tras la aparición de dicho efecto adverso, con distintos resultados en la relación costo-beneficio para el paciente. En nuestro paciente, tomamos la decisión de continuar con la terapia oncológica, presentando luego mejoría de la psoriasis y una reducción tumoral considerable que conlleva aumento de su sobrevida.

Caso Clínico
Paciente de 66 años, con antecedentes médicos de psoriasis desde los 11 años y ex tabaquista de larga data. En el 2017 se le diagnosticó cáncer de pulmón. En el 2019 se inicia Atezolizumab. Tras el segundo ciclo de dicha medicación, el paciente presenta lesiones de piel diseminadas. Dado el antecedente y la presentación clínica, se realiza el diagnóstico de psoriasis. La biopsia de lesión confirma el diagnóstico. En valoración en conjunto con equipo de Oncología se decide continuar su terapia oncológica y se realiza tratamiento tópico, claritromicina, helioterapia y estrecho control de sus lesiones en piel, con claro retroceso clínico de las mismas. En sus controles oncológicos con tomografía computada, se evidenció una clara disminución en el tamaño tumoral que se mantuvo por aproximadamente un año.

Conclusiones
Si bien los efectos adversos cutáneos durante terapias oncológicas son frecuentes, se han reportado escasos casos en el mundo de entidad psoriasis tras el inicio de Atezolizumab. Por lo tanto, no existen pautas específicas de cómo actuar en dicha situación. En los distintos casos reportados a nivel mundial, se ha actuado de manera diversa con distintos resultados sobre los pacientes. En nuestro caso, las medidas instauradas junto con el seguimiento clínico estrecho y tratamiento de la psoriasis, sin discontinuar el tratamiento quimioterapéutico permitió el aumento en la sobrevida y mejoría en la calidad de vida de nuestro paciente.

832

Experiencia con brodalumab en práctica clínica real para el tratamiento de pacientes con psoriasis moderada-grave y efectividad en pacientes obesos: estudio prospectivo observacional unicéntrico de 30 casos

Ana Carmona-Olveira[1], Pedro José Navarro Guillamón[1], Gustavo Guillermo Garriga Martina[1], Jorge Alonso Suárez Pérez[1], Eliseo Alejandro Martínez García[1], Enrique Herrera Acosta[1]
[1]Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga, España

Introducción: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con Brodalumab en pacientes con psoriasis moderada-grave en práctica clínica real, así como comparar la respuesta al tratamiento en pacientes obesos vs no obesos.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes que iniciaron tratamiento con Brodalumab por psoriasis moderada-grave. Realizamos seguimiento en semana 4, 12 y 24 para evaluar la efectividad en práctica clínica real. Comparamos la respuesta PASI en pacientes obesos (IMC > 30) vs no obesos.

Resultados: Nuestra cohorte estaba formada por 30 pacientes. El 70% eran varones. La media de peso era de 94.83 kg (desviación estándar, DE, 21.87 kg) con un IMC medio de 32.96 (DE 7.78). El 63.3% de los pacientes tenían un IMC > 30. El tiempo medio de evolución de la psoriasis era de 17.77 años (DE 9.98 años). El 97% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad siendo las más prevalentes la obesidad, la dislipemia y la hipertensión. Todos los pacientes habían recibido algún tratamiento previo para su psoriasis. 19 pacientes provenían de terapia biológica, habiendo sido tratados 8 de ellos con dos o más fármacos biológicos distintos previamente. El PASI basal medio de los pacientes era de 13.79 (DE 8.36), siendo el PASI medio en semana 24 de 0.93 (DE 1.9). Tan solo 2 pacientes presentaron efectos adversos leves con el tratamiento. En semana 24 no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta PASI entre pacientes obesos vs no obesos (90.32 vs 85.31; p= 0.97). El 57% de los pacientes obesos alcanzó respuesta PASI 100 y el 21.4% respuesta PASI 90. El 71% de los pacientes no obesos alcanzó respuesta PASI 100 en semana 24.

Conclusiones: Podemos comparar nuestro trabajo con los estudios AMAGINE-2 y 3 en los que se incluyeron 678 pacientes (281 obesos) y en los cuales no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta al tratamiento con Brodalumab en pacientes obesos vs no obesos. Tras analizar los datos de nuestra cohorte en práctica clínica real concluimos que el Brodalumab es un fármaco seguro y efectivo en pacientes obesos con psoriasis moderada-grave, siendo necesarios nuevos estudios con mayor tamaño muestral y tiempo de seguimiento que apoyen estos resultados.

834

Tratamiento de la psoriasis con fármacos biológicos en pacientes ancianos

Diana Patricia Ruiz Genao[1], José Gregorio Álvarez Fernández[1], Claudia Sarró-Fuente, Diego de la Vega Ruiz[1], Arantxa Muñiz De Lucas[1], Román Miñano Medrano[1], Enrique Gómez De La Fuente[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

La mayor esperanza de vida y la creciente experiencia de los dermatólogos en el uso de fármacos biológicos en el tratamiento de la psoriasis ha hecho que los pacientes ancianos tratados con estos fármacos constituyan cada vez un grupo más numeroso. Los pacientes mayores de 70 años son habitualmente excluidos de los ensayos clínicos lo que dificulta nuestro conocimiento sobre la eficacia y seguridad de la terapia biológica en este subgrupo de pacientes. Sin embargo, se han publicado series de casos que avalan tanto la buena respuesta como la ausencia de toxicidad de estos fármacos en ancianos.

En este estudio presentamos nuestra serie de pacientes con psoriasis mayores de 70 años en tratamiento biológico. Analizamos las características demográficas y clínicas de los pacientes, el fármaco elegido y el perfil de seguridad.

Los estudios en vida real son imprescindibles para conocer mejor el perfil de los distintos subgrupos de pacientes con psoriasis habitualmente excluidos en los ensayos clínicos.

835

Factores asociados a la adherencia de la terapia farmacológica sistémica en pacientes con psoriasis en un Centro Especializado en Colombia

Manuel Franco-Franco[1], Mario Barbosa-Rengifo[2], Juan Raúl Castro-Ayarza[1], Julio Roberto Amador[1], AlejanMuñoz[2], Juliana Palacio[1], Carolina Becerra-Arias[2], Jorge Donado-Gomez[2], Manuel Franco-Franco[2]
[1]Medicarte, Bogotá, Colombia, [2]Grupo Investigación Medicarte (GIM), Medellín, Colombia

Introducción: Los pacientes con psoriasis (Pso) presentan síntomas inflamatorios cutáneos crónicos que son tratados actualmente de manera efectiva con múltiples opciones terapéuticas. Sin embargo, la adherencia en esta población a los servicios de atención y a los medicamentos son un desafío a pesar de los óptimos resultados en salud que se pueden conseguir. La aparición y el manejo de las reacciones adversas a la medicación (RAM) son un reto terapéutico, a lo cual se suma la experiencia del paciente, el manejo de sus preocupaciones y expectativas. (1–3) Nuestro objetivo es explorar los factores asociados a la adherencia farmacológica sistémica en un programa de atención integral de Pso.

Materiales y métodos: estudio de cohorte (octubre de 2015 a febrero de 2021) de pacientes con Pso en manejo con terapia sistémica en una institución de salud especializada multicéntrica en Colombia. Los pacientes con buena adherencia farmacológica se definieron como aquellos que lograron la administración mínima del 80% de las dosis prescritas durante un año de seguimiento y aquellos con adherencia inferior como mala adherencia. Se incluyeron como variables de exposición la severidad de la enfermedad medida como un PASI > 10 puntos, la calidad de vida como un puntaje de DLQI > 10, la presencia de una red de apoyo adecuada y el tiempo de permanencia en el programa. Se calcularon frecuencias relativas para las variables categóricas, mediana y rango intercuartílico (RIC) para las continuas. Se usó regresión logística con las variables independientes para modelar la adherencia farmacológica (variable dependiente) y como medida de asociación se calcularon Odds ratios(OR) con sus IC del 95%. Se uso el valor de $p < 0.05$ para significancia estadística.

Resultados: 206 pacientes fueron incluidos, 82 (39.8%) con mala adherencia farmacológica. El 56.3% (116) fueron hombres, 55.8% (115) de los pacientes presentaban un puntaje PASI > 10 en la última evaluación, 66.5% (137) DLQI > 10, el 29.1% (60) una red de apoyo adecuada, el 67% (138) más de un año en el programa y 94.2% (194) recibieron metrotexato oral como terapia sistémica. La mediana de edad fue 52 años (RIC 42 - 63). Se asociaron la estancia en el programa por más de 1 año (OR 1.90 IC 1.03 - 3.53, p <0.04) y presentar una reacción adversa a la medicación (OR 0.36 IC 0.14 – 0.93), p <0.04) con la adherencia farmacológica ajustando por la calidad de vida, la severidad, el sexo y la edad. No se encontró asociación en las covariables restantes.

Conclusiones: la permanencia de los pacientes por más de un año en el programa de psoriasis se asoció con tener buena adherencia farmacológica y la ocurrencia de una RAM se asoció con tener mala adherencia a la terapia farmacológica. Esto plantea como intervención mejorar el seguimiento y control para aumentar la adherencia por medio del manejo de las RAM con un modelo de atención integral. Además, promover la continuidad de la atención para mejorar la adherencia farmacológica.

841

Caracterización de una cohorte de pacientes con psoriasis entre 2014 y 2021 en un Centro Especializado en Colombia

Juan Raúl Castro Ayarza[1], Julio Roberto Amador[1], Carolina Becerra-Arias[2], Manuel Franco[1], Mario Barbosa-Rengifo[2], Jorge Donado-Gomez[2], Natalia Duque-Zapata[2]
[1]Medicarte, Bogotá, Colombia, [2]Grupo Investigación Medicarte (GIM), Medellín, Colombia

Introducción: la psoriasis (Pso) es una enfermedad crónica inflamatoria, caracterizada por placas eritematosas descamativas (1) que impacta en los aspectos físico, psicológico y social de los pacientes y que puede aparecer a cualquier edad (2). Dentro de los factores de riesgo se reportan la etnia, antecedentes genéticos y factores ambientales(1). En la psoriasis leve los tratamientos tópicos son frecuentemente empleados, mientras que en los casos moderados a severos se opta por terapias sistémicas, incluyendo las terapias biológicas (3). Nuestro objetivo es describir las características sociodemográficas, clínicas, y de tratamiento, comparando los desenlaces basales y finales de una cohorte de pacientes en Colombia con Pso, con seguimiento entre 2014 y 2021.

Materiales y métodos: estudio de cohorte histórica de pacientes con Pso con seguimiento durante siete años en una institución de salud especializada multicéntrica en Colombia. Dentro de los criterios de selección se incluyeron pacientes que llevaran al menos tres meses en el programa. Para el análisis de variables cuantitativas se empleó la mediana y el rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas se resumieron con medidas de frecuencia e intervalo de confianza 95% (IC 95%). Se comparó el valor final respecto al basal de los indicadores de severidad de Pso PASI, DLQI, NAPSI, BSA, mediante prueba $\chi 2$ pareada, con valor $p<0.05$, así como el cambio entre los índices PASI para determinar los pacientes que alcanzaron PASI 75% y PASI 90%.

Resultados: se incluyeron 1.156 pacientes en seguimiento. La mediana de edad fue de 53 años (RIC 41-63). El 57,9% de los pacientes eran hombres. El tipo de Pso más frecuente fue Pso vulgar (71,6%). Adicionalmente, se encontró artropatía psoriásica en el 18,9% de los pacientes. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 11,9 años (RIC 5,9-22,9) con una mediana de 20 meses (RIC 11-23) para la permanencia en el programa; el 39,4% se encontraba bajo tratamiento biológico, 22,4% en sistémico, 17,6% tópico, 15,6% sin tratamiento y 5% con otros. Las medianas del valor basal fueron: PASI=4 (RIC 1,2 a 9,0) DLQI=4 (RIC 1 a 8) NAPSI=0 (RIC 0 a 0) BSA=1 (RIC 0 a 5), y las del valor final fueron: PASI=2,1 (RIC 0,1 a 4,8) DLQI=2 (RIC 0 a 6) NAPSI=0 (RIC 0 a 0) BSA=0,3 (0 a 2,5), observándose una disminución respecto a los valores basales. Según los indicadores de severidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes según las mediciones basales y finales: PASI>10 (basal 20,8%; final 9,4%), DLQI>10 (basal 14,5%%; final 11,3%), NAPSI>30 (basal 2,4%%; final 0,3%), BSA>10 (basal 14,7%%; final 6,4%), (valor p <0,001). El 28,5% de los pacientes alcanzaron una disminución del PASI de 75% o más, al final de las mediciones, y el 18% llegaron al 90%.

Conclusiones: El programa de manejo integral de psoriasis mejoró los indicadores de severidad, y disminuyó la prevalencia de pacientes severos (PASI>10, DLQI>10). Esto demuestra la efectividad de los tratamientos instaurados disponibles en la práctica clínica, en el mundo real, en el contexto de una atención individualizada de la Pso.

856

Uso concomitante de acitretino y dupilumab en dermatitis atópica severa asociada a ictiosis vulgar

Gustavo Guillermo Garriga Martina[1], Jorge Alonso Suárez Pérez, Ana Carmona Olveira, Enrique Herrera Acosta
[1]*Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga, España*

Introducción:
La ictiosis vulgar y dermatitis atópica coexisten con frecuencia cuando existe un déficit de la proteína filagrina. Es importante conocer las alternativas terapéuticas disponibles en los casos más graves

Caso clínico:
Presentamos el caso de un varón de 19 años de edad, con dermatitis atópica (AD) de inicio en la lactancia, con un patrón intrínseco, no asociada a las clásicas comorbilidades atópicas ni a elevación sérica de IgE.

Entre los tratamientos realizados previamente destacaba el uso frecuente de ciclos de corticosteroides orales y ciclosporina en brotes, con buena respuesta inicial pero con rebrotes tras suspender el tratamiento.

Dada la gravedad de la afectación cutánea (Fig. 1) con un Eczema Area and Severity Index (EASI) basal de 22, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) 54, Body Surface Area (BSA) 75, Investigator Global Assessment (IGA) 4, Patient Oriented Eczema Measure (POEM) 18, así como una intensa afectación de la calidad de vida con un Peak Pruritus Numeric Rating Score (NRS) 8, Peak Sleep NRS 8 y Dermatologic Life Quality Index (DLQI) 12, se decidió inicio de tratamiento con Dupilumab 600 mg semana 0 seguido por 300 mg cada 2 semanas.

Se observó una rápida mejoría de la sintomatología, ya evidente en semana 4, con una puntuación de 3 en ambas escalas Peak Pruritus NRS y Peak Sleep NRS (mejoría del 63% respecto a valores basales)

No obstante las manifestaciones cutáneas mejoraron más lentamente, alcanzando en semana 16 una puntuación EASI 10, SCORAD 43, IGA 3, BSA 70, destacando la persistencia de un intenso componente descamativo (Fig.2a), ya presente en la visita basal, sospechándose la presencia de una ictiosis vulgar (VI) asociada a la AD que fue confirmada mediante examen histológico.

Ante estos resultados se añadió Acitretino 25 mg como medicación concomitante a dupilumab, consiguiendo tras 6 semanas un aclaramiento completo de las lesiones del paciente, incluyendo el componente descamativo asociado a la VI (Fig. 2b). No se reportaron eventos adversos.

Discusión:
La VI afecta aproximadamente a una de cada 100-250 personas(1), estando considerada como la alteración de la queratinización más frecuente. Su origen se encuentra en una mutación con pérdida de función del gen de la filagrina(2), la cual es una proteína agregante de filamentos de queratina que forma parte de la estructura del estrato córneo. Este trastorno genera una alteración de la función barrera de la piel, siendo el principal factor de riesgo genético de AD(3)

Habitualmente se controla con emolientes, humectantes y queratolíticos tópicos, aunque en casos resistentes se pueden utilizar retinoides sistémicos como acitretino o isotretinoína.

En este caso los signos inflamatorios como el eczema asociado a la AD fueron controlados con éxito mediante el uso de dupilumab, mientras que los signos no inflamatorios asociados a la VI como la descamación fueron controlados con acitretino, siendo hasta donde llega nuestro conocimiento, el único caso reportado sobre ambas terapias concomitantes en esta indicación.

Conclusión:
Acitretino puede ser una opción de tratamiento concomitante a dupilumab para mejorar el componente descamativo de aquellos casos de AD asociados a VI.

858

Análisis de superrespondedores a los inhibidores de la interleucina 23 en el tratamiento de la psoriasis

Marta Menéndez Sánchez[1], Natalia Bueno Betes[1], Enrique Gómez de la Fuente[1], Elena García Zamora[1], Diana Ruíz Genao[1], Henar Sanz Robles[1], Giulia Greta Dradi[1], Joseph SImon Griffiths Acha[1], JL Jose Luis López Estebaranz[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

Introducción: muchos pacientes con psoriasis presentan una importante mejoría clínica gracias a los tratamientos biológicos. Sin embargo, existe un subgrupo de estos pacientes, que presenta una tasa de respuesta superior y más rápida a los mismos, subgrupo denominado "superrespondedores" (SR). Por el momento, no se han establecido unos criterios que definan a los pacientes de este subgrupo, qué eficacia deben alcanzar o en qué tiempos y si tendrán una aplicación futura para mejorar y adaptar el tratamiento de la psoriasis en función el perfil del paciente.

Objetivo: describir las características de los pacientes "superrespondedores" tratados en nuestro centro con inhibidores de la interleucina 23 (IL 23) (Risankizumab, Guselkumab y Tildrakizumab), considerando superrespondedores a aquellos que alcanzan PASI 0 en la semana 16 y lo mantienen al menos hasta la semana 24 de tratamiento. Además, describir la respuesta según el tipo de tratamiento empleado.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de 31 pacientes tratados en nuestro centro con inhibidores de la IL 23 desde julio de 2019 hasta diciembre de 2021, ambos meses incluidos, con al menos un seguimiento de 24 semanas. Se considera un paciente SR a aquel con un PASI = 0 en las semanas 16 y 24 de tratamiento.

Resultados: de los 31 pacientes, 19 hombres y 12 mujeres, tratados con inhibidores de la IL 23, 14 fueron SR (45%). Se observó mayor número de SR en los tratados con Risankizumab (60% del total tratado con Risankizumab) frente al 47% de los tratados con Guselkumab y el 0% de los pacientes tratados con Tildrakizumab. Independientemente del tratamiento empleado, se observó menor proporción de factores de riesgo cardiovascular en los SR frente a NO-SR, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p>0.05$). El promedio de peso o IMC, la media de la duración de la enfermedad y del número de biológicos previos, fue similar en ambos grupos. El promedio de PASI basal no mostró diferencias entre los dos grupos.

Conclusión: este estudio demuestra que existe un subgrupo de pacientes que superresponden a los inhibidores selectivos de la IL 23. Sería fundamental determinar si existen características que definan esta respuesta, tal y como describen otros autores. Además, los datos observados en nuestro estudio se contraponen a la idea general de que pesos más bajos o menor número de tratamientos previos asocian mejores respuestas. Sin embargo, se deben realizar más estudios para identificar cómo son y qué caracteriza a los pacientes superrespondedores y de cara al futuro, elegir de forma más individualizada el tratamiento de cada paciente con psoriasis.

863

Eficacia y tolerancia de risankizumab en psoriasis en placas moderada-grave en práctica clínica (seguimiento a 6 meses)

María Susana Medina Montalvo[1], Isabel Polo Rodríguez[1], Ana Belén Piteiro Bermejo[1], Marta Herrero Fernández[2], David Vega Díaz[1], Marta González Cañete[1], Elena Lucía Pinto Pulido, Lidia Trasobares Marugán[1]
[1]S. Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Madrid, España, [2]S. Farmacia. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Madrid, España

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria, inmunomediada, que afecta al 2-3% de la población general.
Risankuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado frente a la interleuquina 23 (IL-23).

Objetivos: Evaluar la eficacia y tolerancia de risankizumab en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en práctica clínica real.

Pacientes: pacientes con psoriasis moderada-grave que hayan completado, al menos 6 meses de tratamiento, en el momento de su inclusión en el estudio y de los que se disponga de valor de PASI basal y a las 16 y 24 semanas.

Resultados: 12 pacientes (10 varones y 2 mujer), con una mediana de edad de 57 años (28-70). Ninguno estaba diagnosticado de artritis, 4 tenían sobrepeso y 4 eran obesos.
La mitad de los pacientes habían recibido tratamiento con fármacos biológicos previamente.
El PASI basal medio fue de 11,3, el BSA de 14,4% y el valor de DLQI de 10,8.
A las 16 semanas el PASI medio era de 0,56 (1,0) el BSA de 0,5% 81,0), con una media de DLQI de 2,6 (1,1). La tolerancia a 16 semanas fue excelente.
Revisamos la evolución del PASI y DLQI de los pacientes, así como la tolerancia del tratamiento a lo largo de 6 meses

Conclusiones: La práctica clínica nos permite aportar evidencia que confirma los resultados de los ensayos clínicos en cuanto a eficacia y tolerancia de risankizumab.

871

Sensibilidad al cambio de la versión en Español Colombiano del Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI) en pacientes con psoriasis

María Fernanda Tibaduiza García[1], Katerine Berbeo Velásquez[1], Daniel Camilo Aguirre Acevedo[1], Gloria Sanclemente Mesa[1]
[1]Grupo de Investigación Dermatológica (GRID), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Introducción: La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que no solo se ha relacionado con pérdida de productividad laboral y ausentismo, sino también con discapacidad, depresión e ideación suicida en los pacientes afectados. El Dermatology Life Quality Index (DLQI) ha sido el instrumento más utilizado para la evaluación clínica del impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) en la investigación clínica de la psoriasis. Las propiedades psicométricas del Dermatology Life Quality Index han sido probadas en varios países, sin embargo, se desconoce su sensibilidad al cambio cuando se aplica a pacientes colombianos con psoriasis tratada con terapia biológica. El objetivo de este estudio fue el de evaluar la sensibilidad al cambio de la versión en español colombiano del instrumento DLQI en pacientes con psoriasis.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con psoriasis atendidos entre el año 2014 y el 2021 en un centro especializado en el manejo de pacientes con terapia biológica ubicado en Medellín, Colombia. Se recolectaron tanto variables clínicas y sociodemográficas como de calidad de vida. El DLQI se aplicó antes y después de iniciar la terapia biológica. Para valorar si el cambio entre la medición basal y las mediciones luego de haber iniciado el tratamiento era importante, se determinó el tamaño del efecto con la prueba "d" de Cohen. Los valores de la "d" de Cohen se definieron como pequeño si el valor correspondía a < 0,2, mediano si correspondía a 0,5 y grande si correspondía a > 0,8. Adicionalmente se determinó la correlación entre el cambio del DLQI y del PASI luego de haber iniciado el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 704 pacientes (48,1% hombres y 51,9 mujeres). La media de la edad fue de 51,9± 14,7. La mediana de la edad de diagnostico fue de 33 años. El 91,2% de los pacientes pertenecieron a los estratos económicos más bajos. El tamaño del efecto de Cohen al comparar la medición basal vs la última medición del DLQI fue d=0,25 (IC del 95%: 0,14-0,35). La correlación entre el PASI y el DLQI fue de r=0,31.

Conclusiones: Las características sociodemográficas de esta población se asemejan a las encontradas en la mayoría de países latinoamericanos. La versión en Español Colombiano del Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI) en pacientes con psoriasis no es un instrumento sensible al cambio a pesar de que la terapia instaurada en estos pacientes (terapia biológica) ha sido la que se ha asociado a mayor eficacia según lo reportado en diferentes ensayos clínicos multicéntricos. Por otra parte, se encontró una correlación débil entre el PASI y el DLQI lo cual preocupa ya que se esperaría que mientras mayor severidad de la psoriasis mayor afectación de la calidad de vida y viceversa. Las propiedades de medición del DLQI deben mejorarse para que este sea adecuado para ser utilizado en pacientes con psoriasis en Colombia.

877

Psoriasis grave y granulomatosis necrotizante sarcoidea: Coincidencia o co-incidencia. Experiencia de tratamiento con terapia biológica

Esther Fiz Benito[1], Pedro Herranz Pinto[1], Elena Sendagorta Cudos[1], Guillermo Servera Negre[1], Jose Manuel Busto Leis[1], Kyrylo Magaletsky Kharachko[1], Khrystyna Krasnovska[1], Rafaela De Moraes Souza[1]
[1]Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Introducción: En los últimos años se han establecido las conexiones patogénicas entre la psoriasis y enfermedades asociadas a inflamación crónica sistémica como el síndrome metabólico o la enfermedad inflamatoria intestinal. La relación con otras enfermedades sistémicas es menos conocida. La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria crónica multiorgánica caracterizada por la formación de granulomas epitelioides no caseificantes. Existen pocos casos de asociación psoriasis-sarcoidosis, aunque se sugiere un mayor riesgo de sarcoidosis en pacientes con psoriasis respecto a la población general.

Caso clínico: Se presenta un caso de psoriasis grave y sarcoidosis concomitante en remisión prolongada de ambas entidades con guselkumab. Se trata de un varón con una variante de sarcoidosis de diagnóstico complejo conocida como granulomatosis necrotizante sarcoidea, que presenta de forma coincidente un agravamiento de la psoriasis hasta entonces controlada con terapia tópica, precisando un abordaje sistémico. Tras explorar distintas opciones terapéuticas, se decide inicio de guselkumab con aclaramiento completo de la psoriasis y mejoría clínica y radiológica de la sarcoidosis de forma sostenida. Se han propuesto mecanismos patogénicos compartidos entre psoriasis y sarcoidosis. Ambas presentan una actividad inmune crónica asociada a un disbalance Th1. Por otra parte, el papel patogénico de los linfocitos Th17 es conocido en psoriasis y también es importante en la formación de granulomas sarcoideos.

Conclusiones: Observamos una respuesta completa a guselkumab en paciente con psoriasis grave y naïve a terapia sistémica que de forma paralela y llamativa presenta una mejoría progresiva y persistente de la sarcoidosis necrotizante coexistente. Estos datos refuerzan la hipótesis de una vía patogénica compartida entre ambas enfermedades, y la posible utilidad del bloqueo con guselkumab de IL-23, citocina clave en la supervivencia de linfocitos Th1 y Th17, como tratamiento del complejo psoriasis-sarcoidosis.

909

Switching de Adalimumab a biosimilar en psoriasis. Nuestra experiencia en el Hospital Universitario San Cecilio

Álvaro Prados Carmona[1], Juan Pablo Velasco Amador[1], Ana Gil Villalba[1], Maria Dolores Pegalajar Garcia[1], Jose Carlos Ruiz Carrascosa[1], Ricardo Ruiz-Villaverde[1]
[1]*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

Los biosimilares son fármacos equivalentes a un medicamento biológico original, sin diferencias significativas en su eficacia, seguridad e inmunogenicidad. Su regulación es más estricta que la de los fármacos genéricos tradicionales debiendo contar con, al menos, un ensayo clínico comparativo con el producto de referencia para avalar su uso. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los resultados en la práctica real pueden diferir de los de los ensayos y que algunos pacientes presentarán, fruto del cambio en la estructura molecular del fármaco, un fallo primario o secundario o incluso efectos adversos, requiriendo un nuevo cambio a otro principio activo. En este trabajo descriptivo retrospectivo, describimos las cifras relativas al uso de Adalimumab biosimilar durante el año 2020 en nuestro centro.

En nuestro hospital se trataron 113 pacientes con Adalimumab biosimilar durante el año 2020. En concreto, 73 pacientes tras realizar el switch desde Adalimumab original y 40 pacientes comenzaron con Adalimumab biosimilar de novo. De los que habían realizado el switch, 50 pacientes (68,49%) se mantienen con el biosimilar; 3 pacientes (4,10 %) han vuelto a la marca original por petición propia; y 20 pacientes sufrieron fallo del switching (27,39%), iniciando en ellos terapias alternativas con anti IL-17 o anti IL-23. De los 40 pacientes que iniciaron Adalimumab biosimilar de novo, 4 pacientes (10%) sufrieron fallo primario al no alcanzar PASI75 en la semana 16; y 6 pacientes (15%) sufrieron fallo secundario al perder el PASI75 en la semana 16. Los 30 pacientes restantes (75%) continúan con el tratamiento biosimilar.
Los biosimilares favorecen la sostenibilidad del sistema sanitario mediante la reducción de costes, aumentando por lo tanto la accesibilidad del tratamiento. En 2018 finalizó la patente de Adalimumab original (Humira®) en Europa, y desde entonces se han aprobado numerosos biosimilares. Actualmente, el coste de estos se encuentra al mismo nivel, o incluso por debajo, de la ciclosporina por lo que representa un tratamiento de primera línea, más efectivo y seguro a largo plazo que los tratamientos sistémicos para la psoriasis en placas moderada-grave. Como conclusión, queremos reforzar la importancia de valorar de forma aislada la idoneidad de cada paciente para el tratamiento con biosimilar dado que existe una impredecible variabilidad inter- e intraindividuo en la eficacia entre las distintas formulaciones y que, además, ésta puede cambiar con el tiempo.

911

Superando un viejo reto: psoriasis, biológicos y VIH

Juan Ortiz Álvarez[1], Lourdes Rodríguez Fernández-Freire[1], Juan Carlos Hernández Rodríguez[1], Román Barabash Neila[1], Mercedes Sendín Martín[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1,2]
[1]UGC Dermatología, Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, España, [2]Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

INTRODUCCIÓN
El uso de la terapia biológica en psoriasis está cada vez más extendido y protocolarizado. Sin embargo, todavía existen subgrupos de pacientes donde la experiencia clínica sobre su uso es aun limitada y que pueden suponer un reto para el médico. Los pacientes VIH positivos conforman uno de estos sectores, dadas la incertidumbre que puede causar la inmunomodulación en un paciente potencialmente inmunocomprometido. El objetivo de este estudio es comunicar nuestra experiencia con el uso de fármacos biológicos en pacientes VIH positivos afectos de psoriasis moderada-grave.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestra unidad de psoriasis en los últimos cinco años y se seleccionaron aquellos con infección por VIH que habían precisado terapia biológica en este periodo de tiempo.

RESULTADOS
De 8 pacientes con infección por VIH y psoriasis moderada-grave atendidos en nuestra unidad de psoriasis, un total de 3 se encontraban en tratamiento con terapia biológica, uno con adalimumab, ustekinumab y risankizumab. Todos ellos varones, con una edad media de 48 años, presentaban un PASI medio basal de 18 y un BSA medio basal del 33%; habiendo precisado dos de ellos dos o más líneas de tratamiento biológico hasta lograr el control de la enfermedad. En ningún caso se suspendió el tratamiento por mal control serológico y solo tuvo que interrumpirse de forma temporal en un caso por complicaciones secundarias a inmunodepresión.

CONCLUSIONES
La terapia biológica, se erigen como una opción eficaz y segura en pacientes con infección por VIH. Debido al cada vez mejor control inmunológico de estos pacientes, creemos que, especialmente aquellos con una buena adherencia y respuesta al tratamiento retroviral, no deberían dejar de beneficiarse del uso de fármacos biológicos.

957

Proyecto Afrontar, para desarrollar la capacidad de autocuidado del paciente con psoriasis

Esteban Daudén Tello[1], SanRos Abarca, Santiago Alfonso Zamora, José Luis Baquero Úbeda
[1]*Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España*

Introducción: Aunque la OMS define la salud como la suma del bienestar físico, emocional y social, observamos que el tratamiento se dirige casi exclusivamente al componente físico y apenas a su repercusión emocional y social. Por ello Acción Psoriasis y el Foro Español de Pacientes promueven el proyecto AFRONTAR, con el objetivo de desarrollar la capacidad de autocuidado de los pacientes con psoriasis.

Material y métodos: En una primera fase, se seleccionaron las 4 situaciones de mayor impacto negativo (1- lesiones visibles, 2- estrés, 3- interferencia en la actividad sexual de pareja y 4- limitación en el rendimiento laboral o académico).
En una fase posterior se valoró la atención recibida frente la afectación física, emocional y social sobre una escala Likert, de 1 (mínima) a 10 (máxima); así como la efectividad de las 8 estrategias de afrontamiento (1-proactividad; 2-autocrítica, 3-expresión emocional, 4-pensamiento desiderativo, 5-apoyo social, 6-reestructuración cognitiva, 7-evitación de problemas y 8-retirada social) frente a las situaciones seleccionadas, en Google forms. Se analizó con Microsoft Excel 2012: media (M), desviación estándar (DE), mediana (ME), rango intercuartílico (RIC), así como la significación de las diferencias entre pacientes y profesionales (T de Student, valor de corte p=0,05). Se consideraron “recomendables” las estrategias valoradas como 8, 9 y 10 en la escala Likert (alta efectividad); y “no recomendables”, las valoradas como 1, 2 o 3 (baja efectividad); siendo 4, 5, 6 y 7 indefinidas. Proyecto aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid (acta CEIm 16/19 de 12/09/19).

Resultados: Participaron 417 pacientes con psoriasis de los que fueron evaluables 397 de las 17 Comunidades Autónomas (CCAA). Paralelamente participaron y fueron válidos, 15 dermatólogos y 3 enfermeras, de 12 de las 17 CCAA. Los tres colectivos valoraron la atención de la afectación física por encima de 5, mientras que la emocional y social fue solo de 2-3, siendo la valoración de ambos colectivos, de las 8 estrategias de afrontamiento frente a las 4 situaciones de mayor impacto negativo:

Conclusiones: Los tres colectivos valoraron bajo, la atención de la afectación emocional y social. La valoración de la efectividad de las 8 estrategias de afrontamiento fue parecida, para pacientes y profesionales, pero siempre más concluyente para estos últimos, resultando:
• Recomendables: la proactividad, la expresión emocional, el apoyo social y la reestructura cognitiva.
• No recomendables: la autocrítica, la evitación y la retirada social

971

Valoración de la calidad de vida con la versión validada en Colombia del Skindex-29 en pacientes con psoriasis

Gloria Sanclemente M.[1], Lina-Marcela Barrera[1], Daniel-Camilo Aguirre[1]
[1]*Grupo de Investigación Dermatológica (GRID), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

Introducción: Se sabe que las enfermedades cutáneas tienen un gran impacto en la calidad de vida (CV) de los pacientes. La evaluación de dicho impacto se hace necesaria tanto para dar soporte a una buena práctica clínica como para determinar que tanto cambia la CV luego de instaurar un tratamiento. Estudios realizados en diferentes países han descrito que los pacientes con psoriasis enfrentan una alta carga de la enfermedad, pero poco se sabe del impacto que esta tiene en la calidad de vida de los colombianos.
Objetivo: Valorar el impacto en la calidad de vida de los pacientes colombianos con psoriasis en diferentes instituciones de salud de Colombia.
Diseño del estudio: Estudio descriptivo de corte transversal.

Métodos: Se recolectaron tanto variables clínicas y sociodemográficas como de calidad de vida de pacientes recolectados en diferentes ciudades de Colombia entre el año 2014 y el 2020. Se encuestaron individuos mayores de 16 años, de cualquier sexo ya sea hospitalizados o atendidos en la consulta dermatológica ambulatoria que hubiesen firmado el consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con cualquier discapacidad mental. Para la evaluación de la calidad de vida se usó la versión validada en Colombia del instrumento Skindex-29 que cuenta con una demostrada fiabilidad, validez de constructo y sensibilidad al cambio.

Resultados: Se incluyeron un total de 338 pacientes (53% hombres y 47% mujeres), con una edad media de 49 años. La mayoría de los pacientes pertenecieron a los estratos económicos más bajos y el 89.3% de los pacientes ya habían iniciado algún tipo de tratamiento. Un 37.6% de los pacientes presentaron algún tipo de comorbilidad. La media del puntaje total del Skindex-29 fue de 33±21.7, mientras que la de los dominios de síntomas, emocional y funcional correspondieron a 40±22.3, 39±24.7 y 27±24.6, respectivamente.

Conclusiones: En este estudio se confirmó que la psoriasis impacta en la calidad de vida de los pacientes afectados. Aunque la mayoría de los pacientes estudiados habían comenzado algún tratamiento al momento de la encuesta (lo que posiblemente condujo a obtener unos puntajes menores), se demuestra una gran afectación principalmente en los dominios de síntomas y de emociones. Este es el estudio de calidad de vida con mayor número de pacientes con psoriasis que se ha realizado en Colombia utilizando un instrumento validado y debidamente adaptado culturalmente en el país.

1027

Liquen plano, un efecto adverso poco común tras la vacunación frente SARS-COV2

Ana Morelló Vicente[1], Ángela Estenaga Pérez de Albéniz[1], Javier Antoñanzas Pérez[1], Inés Oteiza Rius[1], Agustín España[1]
[1]Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

El liquen plano (LP) es una dermatosis inflamatoria mediada por células T que afecta a piel, mucosas, cabello y uñas. Se presenta en forma de pápulas o placas violáceas en áreas flexurales. La mayoría de los casos son idiopáticos pero se ha relacionado con infecciones, vacunas o medicación.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años que acude a nuestra consulta para valoración de lesiones en extremidades superiores e inferiores, pruriginosas, de aproximadamente 6 meses de evolución. Refiere aparición de las lesiones 7 días después de la inoculación de la primera vacuna frente SARS-CoV2. Asimismo, explica que tras la segunda vacuna presentó un empeoramiento de las lesiones. No presentaba clínica ni afectación mucosa. Como tratamiento se había aplicado corticoide tópico de alta potencia con mejoría de las lesiones, pero sin llegar a la resolución de las mismas. En la exploración física se objetivaron pápulas poligonales eritemato-violáceas en ambos antebrazos, muslos y tercio distal de ambas piernas, incluyendo dorso de los pies. Se realizó una biopsia punch de una de las lesiones en muslo. En el estudio histológico se observó ligera hiperqueratosis ortoqueratósica en epidermis e infiltrado inflamatorio linfohistiocitario de tipo liquenoide en dermis, ocasionando un daño en la basal de la epidermis. Sin depósitos de mucina y con presencia de melanófagos.

Ante este cuadro clínico e histológico compatible con dermatitis liquenoide se realizó un diagnóstico de liquen plano secundario a la vacuna de SARS-CoV2 y se pautó tratamiento con antihistamínico oral y corticoide de alta potencia tópico.

Tanto la infección por Covid-19 como las vacunas utilizadas contra esta entidad, producen una gran variedad de alteraciones cutáneas. En relación a la vacunación, las lesiones inespecíficas en la zona de la inyección son el efecto adverso cutáneo más frecuente pero otros efectos adversos han sido descritos. Entre ellos pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad tipo I y IV, edema facial asociado a rellenos dérmicos, vasculitis leucocitoclástica, lupus eritematoso o trombocitopenia. A pesar de la gran cantidad de estudios sobre las reacciones adversas de la vacuna, el liquen plano no ha sido una reacción adversa frecuente y pocos casos han sido descritos.

El mecanismo por el que se manifiesta el liquen plano en pacientes vacunados por SARS-CoV2 es desconocido pero existen diferentes posibles explicaciones. Una de ellas es que la vacuna causaría una cascada inflamatoria a partir de linfocitos T CD8+ que resultaría en la apoptosis de queratinocitos y liberación de citoquinas como IFN-γ y IL-5 causando, consecuentemente, la erupción liquenoide. Otros mecanismos descritos son la autoinmunidad desencadenada por algún epítopo de la vacuna o la hiperviscosidad producida por la vacuna, que induciría una alteración de la microcirculación y una inflamación secundaria.
A pesar de ser un efecto adverso poco frecuente, debemos tener en cuenta la vacuna contra SARS-CoV2 como posible desencadenante de LP. Debido a la corta vida de estas vacunas, sus efectos secundarios se están dando a conocer recientemente, por lo que más estudios deberán realizarse con el fin de caracterizar mejor las reacciones adversas.

1044

Acrodermatitis continua de Hallopeau satisfactoriamente tratada con inhibidor de IL-23 (Guselkumab)

Anna Sánchez-Puigdollers[1], Josep Anton Pujol[1], Nerea Mohino Farré[1], Mar Cordellat Martínez[1], Anna Bota Llorca[1], Clara Martín Callizo[1], Laia Pastor-Jané[1], Pilar Turégano Fuentes[1], Miquel Just-Sarobé[1]
[1]Hospital Joan XXIII, Tarragona, España

Introducción
La acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH) es una rara enfermedad inflamatoria crónica de la piel, considerada dentro del espectro de la psoriasis pustulosa (PP). Esta entidad es de difícil manejo, ya que no se suele controlar bien con los tratamientos antipsoriáticos clásicos. Recientemente se han empezado a publicar casos de ACH tratados con fármacos biológicos con éxito.

Caso clínico
Presentamos un varón de 75 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con enfisema y un adenocarcinoma vesical extirpado en 2020. Presentaba ACH de 2 años de evolución, con onicodistrofia deformante, paroniquia dolorosa, artritis y resorción ósea de las interfalanges y falanges distales de los primeros dedos de ambas manos asociadas. Había presentado empeoramiento progresivo a pesar de tratamiento corticoideo tópico y tandas de sistémico. El tratamiento con Metotrexato estaba contraindicado por su EPOC-enfisema y los anti-TNF por su antecedente reciente de neoplasia.
Se inició Guselkumab 100mg, con notable mejoría del dolor y la inflamación articular y periungueal a partir de la segunda dosis, con buena evolución posterior.

Discusión
La ACH es una enfermedad rara, que consiste en una erupción pustulosa, crónica y recurrente, localizada en la piel y lecho ungueal de las falanges distales. Se presenta en forma de pústulas estériles, paroniquia, onicodistrofia y osteólisis distales de los dedos de las manos y pies. Aunque es controvertido, se considera una forma localizada de PP, ya que ambas comparten la clínica y el déficit genético de IL36RN, los cuales difieren de la psoriasis vulgar (PV).
En cuanto al manejo de la ACH, al tratarse de una enfermedad infrecuente, no existen guías bien establecidas. Los tratamientos tópicos y la fotoquimioterapia han mostrado una eficacia limitada, frecuentemente utilizados en adyuvancia con otros tratamientos. Respecto a los tratamientos sistémicos, se han utilizado tratamientos antipsoriáticos clásicos, con resultados moderados, ya que a menudo fracasan o acaban perdiendo eficacia con el tiempo.
Los biológicos se han estado usando con éxito en el manejo de la PV, por lo que también se ha empezado a probar en casos de ACH recalcitrante. De momento hay pocos casos reportados, pero las revisiones sistemáticas observan resultados ligeramente superiores respecto a los tratamientos no biológicos. Hemos encontrado 5 casos en la literatura de ACH tratados con Guselkumab (anti-IL23) y todos ellos reportaron una respuesta excelente.

Conclusiones
De momento hay muy pocos casos publicados de ACH tratada con anti-IL23, pero los resultados parecen ser prometedores. La PV y la PP presentan características clínicas y etiopatogénicas parcialemente superpuestas, pero distintas. El eje TNF-α/IL-23/IL-17/IL-22 es la vía patogénica común en estos trastornos, cosa que podría explicar la eficacia de los tratamientos biológicos en la ACH.

1088

Psoriasis pustulosa palmo-plantar con excelente respuesta a isoniazida

José María Ramírez Conchas[1], María Arteaga Henríquez[1], Judit Algarra Sahuquillo[1], María Luisa Santos e Silva Caldeira Marqués[1], Julia Mercader Salvans[1], Daniel Ramos Rodríguez[1], María José González de Mesa Ponte[1], Marta García Bustinduy[1]
[1]Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España

La psoriasis es una enfermedad sistémica multifactorial que puede exhibir múltiples formas de presentación clínica, con diversos factores predisponentes y agravantes. Se ha postulado la hipótesis de que exista un vínculo etiopatogénico entre psoriasis y tuberculosis, dando un tipo de psoriasis que sería candidata a tratamiento con fármacos antituberculosos.

Varón de 77 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión, EPOC y cáncer de próstata, en seguimiento por el servicio de Dermatología por psoriasis pustulosa palmo-plantar (PPP) desde hace 30 años. Recibió tratamiento con fármacos tópicos, acitretino y metotrexato, sin mejoría. Inició apremilast en 2020, pero suspendió al mes del inicio por intolerancia digestiva. El paciente presentó en el momento de la consulta una placa pustulosa localizada en la mano derecha, así como eritema e hiperqueratosis con descamación abundante en plantas de ambos pies que limitaban su calidad de vida. Tras despistaje de infecciones previo al inicio de tratamiento biológico, se detectó infección tuberculosa latente, por lo que se inició quimioprofilaxis con isoniazida a dosis de 300 mg al día. Tras dos semanas de tratamiento, inició mejoría clínica, con resolución de lesiones en plantas de los pies, que se mantuvo 4 meses después del inicio del tratamiento, persistiendo el paciente sin lesiones en el momento actual.

Si bien el papel de la infección tuberculosa en la patogenia de la psoriasis no ha sido probado consistentemente, en la literatura existen casos reportados de psoriasis con buena respuesta clínica tras quimioprofilaxis antituberculosa, siendo la rifampicina el fármaco más estudiado al respecto, con respuestas que llevaron a plantear este posible vínculo patogénico entre psoriasis e infección tuberculosa no tratada e, incluso, a estudiar este fármaco como posible alternativa terapéutica para la psoriasis. En cuanto a la isoniazida, solo se han descrito cuatro casos de psoriasis con buena respuesta a dicho fármaco, si bien este efecto ha resultado difícil de explicar.

Aportamos un caso de PPP refractaria a los tratamientos convencionales, con resolución completa tras tratamiento con isoniazida, lo cual podría llevar a considerar nuevas líneas de investigación y nuevas estrategias terapéuticas.

1139

Fenómeno de Koebner sobre varias tatuajes recientes y brote de psoriasis en gotas concomitante

Ignacio Martín Loureiro[1], Nuria Villamarín Bello[1], Rosa María Fernández Torres[1], Eduardo Fonseca Capdevila[1]
[1]Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España

Introducción
La aparición de placas de psoriasis nuevas en áreas de piel sanas tras traumatismos locales (fenómeno de Koebner) afecta aproximadamente al 25%-33% de los pacientes con psoriasis y suele ocurrir tras varias semanas después del desencadenante traumático.(1,2) También se han descrito brotes generalizados de psoriasis después de la realización de tatuajes.(2)
Según el artículo de Kluger et al. se podría clasificar la psoriasis en relación con tatuajes en: tipo I, tipo IIa, tipo IIb, tipo III, tipo IV, tipo V.(2)
1)Tipo I: ocurre en pacientes con psoriasis conocida (activa o no controlada a pesar de tratamiento) en el momento de la realización del tatuaje.
2)Tipo II: psoriasis "de novo" sin antecedentes conocidos de psoriasis en los que el cuadro se limita al área tatuada, o bien aquella que se extiende a otras partes del tegumento.
3)Tipo III: aquella que se desarrolla sobre un tatuaje antiguo en el contexto de un brote de psoriasis generalizada.
4)Tipo IV: consistente en un brote de psoriasis generalizada en pacientes con psoriasis limitada (o no diagnosticada) después de la realización de un tatuaje.
5)Tipo V: distribución al azar de placas de psoriasis en tatuajes antiguos.

Caso clínico
Mujer de 21 años con antecedentes de psoriasis limitada en codos de años de evolución, que consulta por lesiones cutáneas localizadas sobre tres tatuajes realizados 3 semanas anteriores al cuadro en pierna izquierda y brazo derecho (realización previa de tatuajes sin incidencias) con posterior generalización de clínica cutánea al resto de tegumento, coincidiendo con odinofagia y niveles de ASLO 1150 . En la exploración física se objetiva una placa eritematosa con descamación sobre la superficie del tatuaje y múltiples lesiones de pequeño tamaño (<1 cm) eritemato-descamativas con distribución predominante en tronco y extremidades.

Se realiza biopsia punch cutánea de lesión en muslo derecho y tobillo izquierdo, ésta última coincidiendo con área de tatuaje reciente, con el siguiente resultado histológico: epidermis con hiperqueratosis y paraqueratosis focal no confluyente, acantosis e hipogranulosis en áreas de paraqueratosis, todo ello compatible con el diagnóstico de psoriasis.

Se establece el diagnóstico de fenómeno de Koebner sobre varias tatuajes recientes y brote de psoriasis en gotas concomitante

Se inició tratamiento con fototerapia UVB de banda estrecha 3 días a la semana, con resolución de las lesiones.

Conclusiones
El caso que presentamos se trataría por tanto de un fenómeno de Koeber tipo IV, donde una psoriasis limitada preexistente sufre un brote tras la realización del tatuaje.
Queremos resaltar que, aunque la psoriasis no es una contraindicación absoluta para la realización de tatuajes, se les debería aconsejar a los pacientes que padecen la misma una serie de consejos y precauciones antes de que decidan realizar un tatuaje.

Bibliografía
1. Ji Y-Z, Liu S-R. Koebner phenomenon leading to the formation of new psoriatic lesions: evidences and mechanisms. Bioscience Reports. 20 de diciembre de 2019;39(12):BSR20193266.
2. Kluger et al. - 2017 - Tattooing and psoriasis a case series and review .pdf.

1145

Un punto inexplorado de la dermatología en época pandemia: dermatosis inflamatorias e infección por SARS COV-2, reporte de un caso de exacerbación de psoriasis en gotas

Álvaro Andrés Luque-Acevedo[1], Luisa Fernanda Camacho-Lázaro[1], Paula Celeste Rubiano-Mojica[1], Claudia V. Cera-Coll[1], Jorge A. Ríos-Duarte[1], Paula A. Becerra-Pinilla[1], David A. Castillo-Molina[1]
[1]Funinderma, Bogotá, Colombia

Introducción:
El rápido avance de la pandemia generada por SARS COV-2 ha dejado en descubierto la influencia del virus sobre el sistema inmune, su capacidad para activar receptores inmunológicos e influencia en la secreción de diferentes citoquinas, las cuales, algunas de estas están relacionadas directamente con la fisiopatología de las dermatosis inflamatorias, como la psoriasis. Esta inflamación que se genera por el COVID19, puede durar hasta por 4 meses, hoy conocido como COVID persistente. En la literatura existen pocos casos que describan y caractericen estos pacientes por lo que la relación entre dichas enfermedades es incierta. Por ello, presentamos el caso de un paciente que durante un cuadro de COVID persistente, de 3 meses de evolución, presentó una exacerbación de Psoriasis guttata.
Reporte de caso:
Se presenta el caso de un paciente masculino de 38 años con antecedente de psoriasis guttata desde hace 12 años, recibió manejo con terapia tópica y sistémica hasta el 2018 sin mejoría del cuadro. Por la persistencia de lesiones se inicia terapia biológica en junio del 2018, Ixekizumab 80 mg mensualmente, con mejoría del cuadro.

En junio del 2021, presenta sintomatología respiratoria asociada a cuadro diarréico. Es diagnosticado con SARS-CoV-2 por RT - PCR. Fue manejado ambulatoriamente y se auto-medicó azitromicina e ivermectina, hasta ese momento sin presentar lesiones en piel, con adecuada adherencia a terapia biológica y corticoides tópicos. Sin embargo, pasados 3 meses, el cuadro diarréico secundario al SARS CoV-2 persiste.

Iniciado septiembre del 2021, aún con el cuadro diarréico, fue diagnosticado con faringoamigdalitis bacteriana, por lo que es manejado con azitromicina. Tres días después presentó incontables pápulas eritematosas, infiltradas, confluentes, formando placas de bordes irregulares bien definidos, asociadas a descamación gruesa plateada, comprometiendo extremidades superiores e inferiores, dorso de manos, tórax anterior y posterior, abdomen y pies. En plantas se evidenció placas eritematosas, pardas oscuras de bordes queratósicos, irregulares y bien definidos. Se obtuvo un PASI de 33.6% por lo que se inició manejo con fototerapia durante un mes (2 sesiones semanales) adicional al tratamiento biológico, obteniendo una mejoría sintomática y disminuyendo las lesiones en un 80%.

Conclusión:
Dado el aumento de las citoquinas durante la COVID persistente, no se puede descartar al SARS CoV-2 como causal de la exacerbación de la psoriasis, a pesar de presentarse otros desencadenantes, ya que esta hiper-inflamación, con aumento de biomarcadores inflamatorios, citocinas y parámetros de coagulación, puede predisponer a una exacerbación de la psoriasis por la cascada inflamatoria producida. Por ello, debemos comparar los marcadores inflamatorios en la COVID19 con los generados en la exacerbación de la psoriasis con el objetivo de entender cómo este virus afecta a esta y otras dermatosis. Por otro lado, hay que tener en cuenta otros factores precipitantes que causa el SARS CoV-2 como la disbiosis intestinal asociada al COVID prolongado, pues puede dilucidar otros mecanismos de la exacerbación de la psoriasis en gotas, como la colonización e infección de diferentes vías respiratorias promovida por la flora del microbioma intestinal.

26. Teledermatología y e-medicina

561

Protocolo de coleta de fotografias para otimizar diagnóstico da teledermatologia e seu auxílio por machine learning

Aline Okita[1], Raquel Machado de Souza[1], Vitor Zago Paciello[1], Birajara Soares Machado[1], André Pires dos Santos[1], Mara Giavina-Bianchi[1]
[1]Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO
Entre 2017 e 2018, o projeto de Teledermatologia do Hospital Israelita Albert Einstein reduziu a fila de espera por dermatologista no município de São Paulo, evitando 53% das consultas presenciais. Neste período, foram coletadas fotografias de 30.976 pacientes. Porém, 901 delas não puderam ser avaliadas, pois continham imagens fora de foco, lesões indetectáveis ou com impossibilidade de identificar o local e extensão da doença.
Essas mesmas imagens estão sendo analisadas em protocolos de machine learning para auxílio diagnóstico. Porém, a qualidade precária das imagens tem dificultado o processo de segmentação e identificação das lesões.
A fim de melhorarmos a qualidade das imagens captadas, propomos um novo protocolo de coleta de fotografias de lesão de pele.

MÉTODOS
Analisamos 55.011 imagens e identificamos os principais pontos que permitiram falhas. Dentre eles, podemos citar a falta de padronização da distância da câmera à lesão e o cadastro de lesões pertencentes a um mesmo diagnóstico sindrômico em exames separados.

RESULTADOS
Neste novo protocolo, existem duas opções: lesões disseminadas e localizadas. No primerio, todas as partes afetadas do corpo são fotografadas às distâncias de 10 e 50 cm. No segundo, inclui-se a imagem dermatoscópica. Após as fotografias, são coletados dados clínicos sobre a doença. Cada paciente pode ter mais de um protocolo de exame e as lesões do paciente podem ter exames sequenciais que poderão ser recuperados para observar a evolução da lesão.
As imagens obtidas desta forma facilitam a avaliação de lesões localizadas, por focarem em uma única lesão e incluirem dermatoscopia. Além disso, o agrupamento das imagens de doenças com lesões disseminadas em um único laudo otimiza a resposta do teledermatologista.

CONCLUSÕES
Descrevemos aqui um padrão de coleta de fotografias e dados clínicos que poderá otimizar sua análise diagnóstica e seguimento pela teledermatologia e o uso de algoritmos de predição de machine learning.

796

Teledermatología en Chile: Implementación de un sistema único nacional

Gabriel Aedo Inostroza[1], José Luis Gatica Monsalve[1,2], María Letelier[2], Vezna Sabando[2], Rodrigo Loubies[1,2], Hector Fuenzalida[1,2], Diego Aragón-Caqueo[3]
[1]Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile, [2]Hospital Digital Ministerio de Salud de Chile, Santiago, Chile, [3]Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción: La teledermatología (TD) es una herramienta de la dermatología validada en la práctica clínica, que permite entregar una atención oportuna y de calidad en esta especialidad. Inicialmente en Chile, su gestión e implementación dependía de cada servicio de salud, pero en el 2018 el Ministerio de Salud de Chile implementó un sistema centralizado y unificado de telemedicina, que incorpora la TD, como una de sus estrategias, para lograr una atención oportuna y de calidad en todo el país. El objetivo del trabajo fue describir los resultados de la implementación de un sistema unificado nacional de TD.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de las interconsultas electrónicas resueltas por especialidad de TD en sistema nacional de teledermatología desde el 1 de diciembre del 2018 al 31 de diciembre del 2020. Para cada interconsulta electrónica efectuada se registra sexo femenino, edad, tiempo espera, necesidad de manejo por especialista en dermatología y diagnóstico presuntivo inicial y final. Se utilizó el software de la plataforma virtual de Hospital Digital del Ministerio de Salud de Chile, y para el análisis estadístico, se realizó un análisis univariado con el programa Stata (Stata / SE 16.0 para Windows,
Copyright 1985-2019 StataCorp LLC). Este proyecto fue aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud de Arica Chile.

Resultados: Un total de 49.211 interconsultas electrónicas fueron resueltas, provenientes de todas las zonas geográficas de Chile. El sexo femenino se registró en 29.942 (60.8%) interconsultas electrónicas. La edad (mediana 43 años y rango intercuartílico 24 años) y el tiempo para resolución de interconsulta electrónica (mediana 3,5 días rango intercuartílico: 6,4 días) mostraron asimetría en la distribución. El 57.55% de las interconsultas electrónicas, recibieron un diagnóstico y tratamiento que podía seguir en la APS, es decir, 28.321 pacientes evitaron ir al nivel secundario. El 42,45% (n:20.890) restante, recibió un diagnóstico y tratamiento que debía seguir en el nivel secundario. Los diagnósticos agrupados más frecuentes fueron: dermatitis, urticaria y otras con un 18,4% (n: 9.045), tumores benignos y quistes 17,62% (n:8673) y enfermedades infecciosas 13,12% (n: 6456). Los diagnósticos específicos más frecuentes fueron: nevo melanocítico 8,86% (n:4364). Cáncer de piel no melanoma 8,73% (n:4294) dermatitis de contacto irritativa 8,2% (n: 4037), y La concordancia diagnóstica global entre el especialista de TD con el médico de Atención Primaria de Salud (APS) fue de un 71,03%.

Conclusiones: Se ha podido gestionar un sistema único nacional de TD, que incorpora un alto volumen de interconsultas electrónicas, la totalidad de las zonas geográficas de Chile, con bajos tiempos de espera y alto nivel de resolución en centros de origen. La implementación de un sistema único nacional de TD es una alternativa viable y efectiva para mejorar la accesibilidad en atención dermatológica en Chile. Esta experiencia podría ser útil para la implementación en otros países.

Palabras clave: Telemedicina, Teledermatología, Salud Pública

830

As consultas de corredor e a rotina de trabalho de pediatras brasileiros antes e durante a pandemia da COVID-19

Mariana Aparecida Pasa Morgan[1], Aluhine Lopes Fatturi[1], Vânia Oliveira de Carvalho[1]
[1]Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brazil

Introdução: As “consultas de corredor” ou “olhadinhas”, são denominadas consultas informais (CI), e consistem na emissão de uma opinião a um questionamento apresentado por um colega médico ou paciente. As CI são praticadas há muito tempo na área de dermatologia, devido à facilidade de registrar fotos e encaminhá-las com pedido de ajuda e atualmente tornou-se frequente também nas demais áreas da pediatria. A maior disponibilidade atual de mídias sociais e acesso à internet permitiu aumento da frequência de CI e, com a necessidade de isolamento social determinada pela pandemia da COVID-19, estas tecnologias foram ainda mais utilizadas. O presente estudo avaliou o impacto das CI na rotina de pediatras brasileiros e nas suas especialidades no contexto da pandemia da COVID-19. Métodos: Estudo observacional, analítico e transversal, com coleta prospectiva de dados. Incluídos pediatras, e médicos em formação das áreas da Pediatria, associados à Sociedade Brasileira de Pediatria que receberam convite por e-mail para participar da pesquisa on-line, além da divulgação pelas mídias sociais dos pesquisadores. A coleta ocorreu no período de fevereiro a maio de 2021, com envio via Google Forms® de questionário composto por 23 perguntas sobre CI. Resultados: responderam ao questionário eletrônico 852 pediatras, e 93,2% (810) realizaram CI durante 2020 e 2021. Sessenta e três por cento realizou de 1 a 5 CI por semana, 96,0% utilizando a plataforma WhatsApp®. Houve aumento de 50 a 90% no número de CI em 2020 em relação à 2019. As principais razões apontadas para realizar CI foram como forma de ajudar os pacientes (60,1%) e porque também pedem opinião aos colegas (71%). Considerando as especialidades com mais participantes, a CI foi mais frequentemente utilizada pelos Endocrinologistas (87%) seguidos dos Gastroenterologistas (87%), Alergologistas (82,8%), Pneumologistas (79,5%) e Dermatologistas (72,7%). Entre os 22 endocrinopediatras participantes, todos responderam que fazem CI com pacientes e todas sem remuneração, e 95,6% respondem a consultas de colegas. Já entre os 33 dermatopediatras, 100% respondem a pedidos de CI de colegas e 90,9% a pedidos de CI de pacientes, sendo que a maioria gasta em média de 16 a 30 minutos por dia. Quatrocentos e seis participantes (50,1%) referiram que as CI têm muita influência no dia a dia de trabalho. A quase totalidade das CI (99%) foi feita sem remuneração e 61,8% dos participantes indicaram que gostariam que a remuneração fosse regularizada.

Conclusão: As CI ficaram mais frequentes na área da pediatria e de suas especialidades durante a pandemia da COVID-19. Na área da dermatologia, devido a facilidade visual das queixas, observou-se aumento do número de casos enviados por e-mail e outras mídias, com perguntas específicas e fotografias de pacientes. Conclui-se que as CI são ferramentas úteis para acesso rápido ao paciente para aconselhamentos e orientações para os colegas, mas sobrecarregam o tempo de trabalho e não são remuneradas. O ideal seria a formalização do serviço prestado, para vencer barreiras como segurança de informações, reembolso e carga de trabalho.

865

A telemedicina na rotina de trabalho do pediatra durante a pandemia da COVID-19

Alice Andrade Gonçalves[1], Aluhine Lopes Fatturi[1], Mariana Aparecida Pasa Morgan[1], Vania Oliveira de Carvalho[1]
[1]*Hospital de Clinicas da Universidade Federal Do Paraná, Curitiba, Brazil*

Introdução: A telemedicina é o exercício da medicina por meio de tecnologias. Esse tipo de consulta há muito tempo é uma prática comum na dermatologia, devido a facilidade de registrar fotos e encaminhá-las com pedido de ajuda. Em razão da necessidade de isolamento social pela pandemia da COVID-19, o número de consultas virtuais aumentou. Porém, pouco se fala sobre o impacto dessas consultas na rotina diária e qualidade de vida dos médicos, devido ao aumento da demanda por esses atendimentos e consequente maior carga de trabalho. Este estudo objetiva avaliar a crescente necessidade da telemedicina como ferramenta médica no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, além de analisar a repercussão na rotina diária dos médicos. Método: Estudo observacional, analítico e transversal, com coleta prospectiva de dados. Incluídos pediatras, e médicos em formação das áreas da Pediatria, associados a Sociedade Brasileira de Pediatria que receberam convite por e-mail para participar da pesquisa on-line e responderam. A coleta ocorreu no período de fevereiro a maio de 2021, com envio via Google Forms® de questionário composto por 23 perguntas sobre telemedicina. Todos os dados obtidos foram registrados no instrumento de coleta de dados (Google Forms®), digitados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®) e submetidos à análise estatística pelo programa Statistica 10.0 (Statsoft, Tulsa, OK, USA). Resultado: Entre os 869 participantes, 72% (627) realizaram atendimento por telemedicina. A maioria (67,2%) realizou de 3 a 10 consultas por dia e 21,2% realizou mais de 20 consultas por dia. Quanto a satisfação, 14,8% referiu gostar da prática do atendimento remoto, enquanto 64,0% referiu considerar necessário, mas prefere a consulta presencial. Muitos referiram insegurança (64,5%), porém 82% afirmaram que quando necessário o diagnóstico foi confirmado na consulta presencial em 75 a 100% das vezes. Houve remuneração para 70,8% dos participantes, e 96,6% consideram isto muito importante. Entre as áreas da pediatria com maior representatividade no estudo, as que mais utilizaram telemedicina foram: endocrinologia (87,0%), gastroenterologia (87,0%), alergologia (82,8%), pneumologia (79,5%) e dermatologia (72,7%).

Conclusões: A maioria dos pediatras utilizou telemedicina na pandemia, modificando de forma significativa a rotina de trabalho. Há insegurança com a modalidade de consulta, mesmo com alta taxa de acerto de diagnósticos realizados de forma virtual. Apesar de considerada importante pelos profissionais, a remuneração não ocorreu em todas as teleconsultas, o que demostra que a teleconsulta ainda não está totalmente aceita como uma consulta médica. A telemedicina foi importante para manter o acompanhamento médico na pandemia, porém mais estudos são necessários para avaliar a aplicabilidade e normatizar a telemedicina, principalmente no contexto pós pandemia.

869

Teledermatología en tiempo real en centros penitenciarios

Elena García Zamora[1], Uxúa Floristán Muruzábal[1], José Gregorio Álvarez Fernández[1], Reyes Gamo Villegas[1], Henar Sanz Robles[1], Ana Pampín Franco[1], Diego De la Vega Ruiz[1], Román Miñano Medrano[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España*

Introducción: La atención médica especializada a la población penitenciaria presenta problemas específicos (retrasos excesivos en las consultas especializadas, comunicación deficiente entre los especialistas de los hospitales de referencia y los médicos de las prisiones o dificultades logísticas de seguridad y privacidad para los internos en el traslado al hospital). La teledermatología (TD) es una actividad sanitaria emergente que permite eliminar las barreras existentes para la población penitenciaria y el acceso a la consulta dermatológica. Existen pocas publicaciones acerca del uso de la TD en centros penitenciarios.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes residentes en centros penitenciarios evaluados en la consulta mensual de TD en nuestro hospital mediante TD en tiempo real o síncrona.

Resultados: De enero 2020 a enero 2022 hemos realizado 96 consultas (84 pacientes). La mediana de edad de los pacientes fue de 36 años (22-73) y el 96,4% fueron varones. Los principales motivos de consulta fueron acné (15,1%), psoriasis (13,2%), eccema-prurigo (7,5%), queratosis seborreicas (7,5%) y condilomas acuminados (5,6%). Únicamente dos pacientes requirieron derivación presencial al hospital para la correcta valoración dermatoscópica de lesiones melanocíticas.

Conclusiones: La TD es una herramienta sanitaria emergente que en los últimos años está adquiriendo cada vez más importancia. En el caso de la población de centros penitenciarios permite mejorar el acceso equitativo a la atención médica especializada, evitar la necesidad de medidas de seguridad inherentes a los traslados y asegurar la privacidad de los internos. Además, la TD mejora la comunicación y los vínculos entre los ámbitos hospitalarios (atención especializada) y penitenciarios (atención primaria), facilita la formación continuada y ha demostrado que su utilización en áreas geográficas alejadas del especialista es una opción coste-efectiva. Los datos referentes a nuestra consulta son similares a las escasas publicaciones existentes en cuanto a datos demográficos y motivos de consulta.

1178

O impacto da pandemia por coronavírus na qualidade vida e trabalho do professor de medicina

Cindy Tiemi Matsumoto[1], Aécio Flávio Teixeira de Góis, Fernando Morgadinho Santos Coelho, Aluisio Marçal de Barros Serodio, Iraní Ferreira Gerab, Samira Yarak
[1]*Unifesp, São Paulo, Brazil*

A pandemia por Coronavírus gerou mudanças rápidas ao redor do mundo a fim de conter a disseminação do vírus, como isolamento social e, consequentemente, fechamento de escolas e universidades no Brasil. A necessidade de uma urgente transição do ensino tradicional para o formato completamente virtual trouxe dúvidas e preocupações sobre estratégias pedagógicas, além de demonstrar barreiras sociais e tecnológicas. Acreditamos que todos esses problemas, somados às incertezas da população e ao estresse de uma rápida adaptação a inovações tecnológicas implicam em maior degradação da saúde mental dos docentes. Na área da saúde, há possibilidade de alguns docentes ainda atuarem na linha de frente no combate ao SARS-COV-2, e essa demanda psicoemocional ser maior ainda, com impacto negativo tanto na vida pessoal e profissional do docente, quanto no ensino aos acadêmicos. O presente estudo, portanto, busca identificar os desafios e o bem estar desses professores para compreender o impacto da pandemia nesta população.

Realizamos um estudo observacional do tipo transversal exploratório, através de questionários online para docentes de universidades de medicina na América Latina sobre a qualidade de vida (WHOQOL-Bref), qualidade de vida no trabalho (TQWL-42) e conhecimento tecnológico. O WHOQOL-Bref avalia os domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e autoavaliação da qualidade de vida e os classifica em "necessita melhorar", "regular", "boa" e "muito boa". O TQWL-42 avalia as cinco grandes esferas: Biológica/Fisiológica, Psicológica/ Comportamental, Sociológica/Relacional, Econômica/Política e Ambiental/Organizacional, dividindo-as em sete classificações desde "totalmente insatifastória" até "totalmente satisfatória". Apresentamos resultados parciais, obtidos após 1 ano e 5 meses de coleta: foram 1016 respostas. Quanto ao TQWL-42, as cinco esferas foram classificadas como "satisfatórias", mas nas subdivisões, duas áreas foram consideradas "insastifatórias": "benefícios e serviços de saúde e assistência social" e "benefícios extras"; sendo as demais consideradas "satisfatórias". Quanto ao WHOQOL-Bref, os domínios físico (média 3,31), psicológico (média 3,61), relações sociais (média 3,57), meio ambiente (média 3,97) e autoavaliação da qualidade de vida (média 3,76) foram classificados como "regulares". Quanto ao conhecimento tecnológico, apenas 13,4% dos docentes tinham mais de 50% do material preparado para aulas online; apenas 17,1% não tinham dificuldades nas plataformas online e 48,8% relataram pouca experiência.

Assim, observamos que diferentemente do que esperávamos, os docentes no geral relataram qualidades de vida relacionada ao trabalho satisfatórias e/ou regulares. Apenas os itens relacionados a benefícios e assistência à saúde foram classificados como insatisfatórios no trabalho. Referente ao conhecimento tecnológico, os resultados confirmaram que a maioria dos professores universitários deparou-se com dificuldades no uso das plataformas virtuais de ensino, principalmente devido à falta de experiência, com a minoria deles com mais de 50% de material pronto para aulas online. Entretanto, os docentes demonstraram ser flexíveis às mudanças e se adaptaram precocemente a novas modalidades de ensino.

27. Terapéutica dermatológica

12

Terapia biológica en enfermedades dermatológicas

Lic. Yanelda García Vega[1], M Osorio Rodríguez[2], O Gray Lovio[3], I Bello Rivero[4], S Collazo Caballero[5], L Anasagasti Angulo[2]
[1]Centro de Inmunología Molecular, La Habana, Cuba, [2]Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba, [3]Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo", La Habana, Cuba, [4]Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, La Habana, Cuba, [5]5. HHospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", La Habana, Cuba

La terapia biológica ha modificado el enfoque terapéutico de diferentes enfermedades dermatológicas. En el Centro de Inmunología Molecular, Cuba, se ha desarrollado una vacuna basada en gangliósidos NGcGM3 y un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado anti-CD6. La vacuna NGcGM3/VSSP como tratamiento de pacientes con melanoma avanzado (intramuscular 0.2 y 0.4mg) o metastásico (subcutáneo 150, 300, 900, 1200 y 1500 µg) demostró ser segura e inmunogénica, mejoró la respuesta antitumoral o mantuvo la respuesta obtenida con el tratamiento oncoespecífico previo. El anti-CD6 se utilizó para el tratamiento de la psoriasis en placa o vulgar con intensidad moderada a severa en dos etapas (1.6 mg/Kg c/14 días; 5 dosis y c/28 días; 6 dosis). Los eventos adversos con mayor frecuencia (en 10% o más de los pacientes) fueron el escalofrío y la fiebre. La proporción de pacientes que alcanzaron PASI mayor o igual a 75% fue de 71,9%. La combinación sinérgica de interferones alfa-2b y gamma desarrollada en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, Cuba, se utiliza para el tratamiento de tumores de piel no melanoma de forma perilesional e intralesional a 10.5 MUI 3/veces/semana por 3-4 semanas. En pacientes con carcinoma cutáneo de células escamosas estadios I se logró un 95% de control de la enfermedad y 63% de respuesta objetiva; en carcinomas basoceluares se alcanzó 60% de respuesta objetiva; en ambos casos con resultados cosméticos buenos. En pacientes con micosis fungoides estadio IB a III refractarios a tratamientos previos, con los interferones por vía intramuscular (11.5 MUI 3/veces/semana por 6 meses y posteriormente 2/veces/semana durante 6 meses) se logró 90% de respuesta clínica. Las reacciones adversas han sido fundamentalmente de síndrome pseudogripal de intensidad leve o moderada. Conclusiones. Las terapias biológicas aportan una opción importante al arsenal terapéutico para afecciones cutáneas malignas comunes, cuando otras modalidades están contraindicadas o no son prácticas.

225

¿Es necesario el inicio de la terapia antiresortiva al tiempo que se inicia el tratamiento con esteroides en los pacientes con pénfigo vulgar?

Saúl Guzmán Herrera[1], Martha AlejanMorales Sanchez[1], Maria Luisa Peralta Pedrero[1], Josefina De Peña Ortiz[1], Fermin Jurado Santacruz[1]
[1]Centro Dermatologico "Ladislao de La Pascua", Ciudad de México, México

Introducción
Los esteroides sistémicos son el tratamiento más rápido y efectivo para lograr la inducción a la remisión, por lo que constituyen la primera línea de tratamiento.
Sin embargo, como muchas terapias no está exenta de efectos adversos. Entre los efectos adversos se ha observado el aumento en el riesgo de desarrollo de osteoporosis. Por tanto, las guías actuales para el tratamiento de osteoporosis, incluida la osteoporosis secundaria, recomiendan utilizar el algoritmo para predicción de riesgo de fracturas a 10 años (FRAX). Aunque es necesario hacer notar que se ha puesto en evidencia que el riesgo de fractura en pacientes con terapia con glucocorticoides a dosis altas se subestima dicho riesgo. Los clínicos que empleen FRAX deberán modificar los resultados del mismo con base en la duración y exposición a glucocorticoides.
El objetivo de esta investigación es estimar el riesgo de fractura en pacientes con pénfigo vulgar que reciben terapia de primera línea con esteroides y difundir la necesidad de uso el FRAX “ajustado” durante la atención dermatológica.

Material y métodos.
Se realizó un estudio de cohorte retrolectiva con un seguimiento de 10 años de pacientes con diagnóstico de pénfigo vulgar. Se excluyeron aquellos registros con datos incompletos o aquellos que no pudiese ser verificado el diagnóstico histológico de la enfermedad, posterior a eso se realizó una encuesta telefónica a los restantes para conocer los datos clínicos necesarios para el cálculo del FRAX. Se realizó el cálculo de FRAX-Score para población mexicana mediante la calculadora disponible en la siguiente página: https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspxcountry=9. Así mismo se realizó el cálculo de la dosis acumulada de esteroide en gramos de prednisona por paciente y la dosis promedio por día, realizando el ajuste pertinente en el resultado obtenido por FRAX como indica la literatura, se realizó el cálculo de riesgo con base en la cantidad de dosis acumulada.

Resultados.
Se revisaron un total de 123 registros con el diagnostico histológico confirmado de pénfigo vulgar, se excluyeron 54 pacientes. El puntaje promedio de FRAXscore para probabilidad de fractura mayor por osteoporosis a 10 años fue 4.2% (1.5-19%), para fractura de cadera 1.025% (0-11%), FRAXscore ajustado por dosis de esteroide fue 18.9% (2.2-34%), riesgo de fractura estimado por gramo de prednisona 13.9% (1.3-51.77%). Tosteson realizó un estudio con el fin de determinar el punto de corte del FRAXscore en el que es conveniente de forma costo-efectiva el inicio de la terapia antiresortiva (aún sin contar con densitometría ósea); el punto establecido por dicho estudio fue de 3%. Si tomamos en cuenta dicho estudio únicamente, el 54% de nuestros pacientes deberían iniciar terapia antiresortiva; sin embargo, al aplicar el ajuste de FRAXscore por gramos de esteroide mencionado anteriormente, el porcentaje que se encuentra por encima de rango de 3% se eleva hasta el 98% de nuestra población.

Conclusión.
Es necesaria una mayor divulgación del uso en el ajuste del FRAXscore por gramos de esteroide, nuestros datos sugieren que la terapia antiresortiva debería instaurarse en todos los pacientes con pénfigo vulgar que inician tratamiento con esteroides.

473

Buena respuesta al tratamiento con toxina botulínica en una paciente con síndrome de Reed

Ana Luisa Gallmann[1], Sofia Carla Juarez[1], Julieta Roxana Brusa[1], María Noelia Andrade[1], Valeria Rossello[1], Rodrigo Diaz Alfaro[1], Gabriela Sambuelli[1], Mariana Beatriz Papa[1]
[1]Clinica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Introducción
El síndrome de Reed es un trastorno autosómico dominante que predispone a los pacientes a tener múltiples leiomiomas cutáneos, uterinos y carcinoma de células renales. Hasta la fecha, ha sido informado en aproximadamente 200 familias en todo el mundo. En algunas oportunidades los leiomiomas cutáneos son tan dolorosos y refractarios al tratamiento que llevan a los pacientes a contemplar el suicidio.

Caso clínico
Paciente de sexo femenino, de 57 años de edad, con diagnóstico de piloleiomiomas múltiples y antecedente de dos hijos con lesiones similares, fallecidos a temprana edad por cáncer renal metastásico, una prima y dos tías con lesiones similares e histerectomía por miomas uterinos. Consultó por el intenso dolor provocado por las lesiones cutáneas. Al momento de la consulta, estaba medicada con gabapentin, tramadol, amitriptilina y antiinflamatorios no esteroideos de rescate, sin embargo persistía con dolor intenso que afectaba severamente su calidad de vida y provocaba, sentimientos suicidas.
Al examen físico se evidenciaron múltiples lesiones tumorales, eritematosas, de superficie lisa y consistencia firme, de 0,5 a 1cm de diámetro, distribuidas en la región anterior del tórax y parte superior de espalda, y algunas aisladas en brazos, manos y muslos, las cuales comenzaron a aparecer en la adolescencia y aumentaron progresivamente en número y tamaño.
Se procedió a la extirpación de una de las lesiones para estudio histopatológico, el cual informó formación tumoral compatible con piloleiomioma.
Debido al intenso dolor, la multiplicidad de las lesiones y la falta de respuesta a la terapia farmacológica se instauró tratamiento con toxina botulínica intralesional, evidenciando una disminución del dolor basal de 7 a 2 con base en la escala visual análoga, con notable mejoría de calidad de vida y reaparición de dolor leve, esporádico, a los seis meses.
En base a la clínica, el estudio histopatológico y los antecedentes familiares se llegó al diagnóstico de Síndrome de Reed, por lo que se derivó a la paciente para asesoramiento genético familiar y se descartó la presencia de lesiones uterinas y renales; permaneciendo, bajo controles ginecológicos, dermatológicos y vigilancia periódica de aparición de carcinoma renal.

Conclusión
Presentamos el caso de una paciente con múltiples piloleiomiomas en la que, luego de haber fracasado múltiples terapias, el tratamiento con toxina botulínica fue exitoso. Destacamos, además, la importancia de un manejo multidisciplinario que incluya control del dolor, asesoramiento genético para identificar a los miembros de la familia en riesgo, control ginecológico periódico para evaluar la presencia y gravedad de los leiomiomas uterinos y vigilancia del cáncer renal.

550

Manejo de paciente con pénfigo vulgar severo recalcitrante, usuario de colostomía por fístula perianal, con rituximab. Reporte de caso

Fabio Ernesto González González[1], Juliana Ordoñez Parra[2], Elkin Omar Peñaranda Contreras[1,3], Carolina Ivette Cortes Correa[1,3]
[1]Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, [2]Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, [3]Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., Bogotá, Colombia

En los últimos años ha surgido el rituximab, un anticuerpo monoclonal anti CD20, como manejo del pénfigo vulgar moderado-severo de primera línea, ya sea en monoterapia o adyuvante asociado a corticosteroides; a pesar de ésto, su uso en pacientes con antecedentes o condiciones predisponentes a infección es limitado por riesgo de sepsis. Reportamos el primer caso de un paciente con pénfigo vulgar usuario de colostomía, manejado con rituximab en dosis de protocolo de linfoma, sin ningún evento adverso grave y mejoría en casi el 100% de su enfermedad.

Caso clínico:
Masculino de 67 años con cuadro de 4 meses de evolución consistente en aparición de ampollas en cuero cabelludo y cara, con posterior diseminación generalizada en piel aunado a compromiso de mucosa oral. Manejo desde inicio del cuadro con prednisona a dosis de 1 mg/Kg de peso/día y azatioprina 2 mg/Kg de peso/día sin mejoría alguna
Antecedente de colostomía desde hace 17 años por fistula perianal
Al examen físico, múltiples ampollas flácidas de contenido seroso con signo de Nikolsky positivo y erosiones eritematosas con compromiso del 65-70% de la superficie corporal total, con lesiones en lengua y paladar, bolsa de colostomía y curación de herida por eventración en mesogastrio. Se realizan dos biopsias de piel, la primera para tinción de rutina con resultado de dermatitis acantolítica suprabasal; la segunda muestra para inmunofluroresencia directa, con marcación para IgG en puentes intercelulares epidérmicos. Con la subsecuente correlación clinicopatológica, se llega a un diagnóstico de Pénfigo vulgar, Harman 3,

Por severidad y carácter recalcitrante del cuadro, se inicia rituximab, 375 mg/m2/dosis, en infusión, cuatro dosis separadas por una semana cada una. Se observa mejoría posterior a segunda dosis y control total de la actividad de la enfermedad.
Al finalizar el tratamiento, paciente con reepitelización de más del 95% de las lesiones, sin aparición de nuevas ampollas en las dos semanas previas. Se da egreso con prednisona a 0,66 mg/kg peso/día y azatioprina 2 mg/kg peso/día. Control a las dos semanas con reepitelización del 98% de las lesiones en piel y reducción de más del 70% del tamaño de las lesiones en mucosa oral.

Conclusiones: El pénfigo vulgar es una patología de muy baja prevalencia, con una mortalidad cercana al 50% sin tratamiento, con una gran implicación en morbilidad para los pacientes. El tratamiento con rituximab, aprobado por la FDA basado en los resultados del estudio Ritux-3 (con dosis de protocolo de artritis reumatoide) ha aumentado la tasa de mejoría clínica en pénfigo moderado a severo, con menor tasa de recaídas a mediano y largo plazo en comparación con corticosteroides. Sin embargo, con un 10-30% de efectos adversos importantes durante el tratamiento, principalmente sepsis, por lo que su uso en pacientes con infección activa o con condiciones predisponentes a ella es limitado. Éste es el primer caso en la literatura de un paciente con colostomía, situación predisponente a infección y sepsis de origen abdominal, manejado con rituximab, demostrando el adecuado perfil de seguridad del medicamento evaluando correctamente los beneficios y perjuicios de su utilización.

560

Nueva Crema Antifúngica/antiinflamatoria/ antiseborreica en el manejo de la dermatitis seborreica facial de pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH

Carolina Cortes Correa[1], Elkin Peñaranda[1], Daniela Chaparro[1]
[1]*Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, Colombia*

INTRODUCCION: La dermatitis seborreica facial es una condición frecuente, crónica, recurrente que altera la calidad de vida de los pacientes y en los que el uso de corticoides tópicos está limitado por los efectos secundarios; En los pacientes con VIH además de ser mas frecuente, la dermatitis seborreica es estigmatizante en todas las etapas de la enfermedad y el tratamiento o mantenimiento diario es un verdadero reto terapéutico. La Dermatitis Seborreica facial en el paciente VIH es más severa y se caracteriza por presentar un compromiso facial extenso comprometiendo pliegues nasogenianos, cejas y orejas con eritema, descamación y prurito.
En este estudio piloto abierto buscamos evaluar la eficacia y tolerabilidad en pacientes con VIH y dermatitis seborreica de una nueva crema facial SIN corticoides y con componentes antifúngicos/antinflamatorios/antiseborreicos evaluando sin importar la severidad de la dermatitis seborreica los aspectos clínicos de eritema, descamación y prurito

MATERIALES Y METODOS
Tipo de estudio: Estudio piloto clínico prospectivo
Criterios de inclusión: firma 1. firma de consentimiento informado. 2. Pacientes adultos mayores de 18 años, 3. Diagnóstico de VIH de al menos 1 año, sin importar estado inmunológico ni carga Viral. 4. Cumplir con periodo “wash-out’ de 3 semanas para corticoesteroides / antimicóticos tópicos, y de al menos 4 semanas para antifúngicos y corticoesteroides orales.
Criterios de exclusión: 1. Pacientes en manejo con fluconazol profiláctico para otras patologías. 2. Uso de terapias tópicas o sistémicas para la dermatitis seborreica en las ultimas 3 y 4 semanas respectivamente.
Evaluación: Se evaluó una crema dermocosmética con piroctona olamina_gliciretinato estearil y Zinc PCA, aplicación cada 12 horas en cara por 8 semanas con Evaluaciones por un investigador independiente en los días: cero (T0) y seguimiento el día treinta (T2). Se evaluó en una escala de 1 a 3 Eritema, descamación y prurito así como el IGA y fotografías antes y después.

RESULTADOS: 10 pacientes adultos con dermatitis seborreica facial y VIH fueron incluidos usando la crema a estudio 2 veces al día por 30 días Encontrado una reducción significativa de las escalas Clínicas de eritema, descamación y prurito entre el día 0 del inicio y el día 30 de evaluación, EL IGA mejoro en todos los pacientes y fue excelente en el 50% de ellos. No hubo efectos secundarios

CONCLUSIONES
Los resultados de este estudio piloto abierto muestran que esta crema dermocosmética representa una opción para el manejo la dermatitis seborreica de los pacientes VIH con buena tolerabilidad. Es necesaria la realización de estudios mas amplios.

577

Tratamiento combinado en hiperplasia epitelial multifocal familiar

Jenniffer del Cisne Castillo Guarnizo[1], Lia Pieretti[1], Zulema Castillo[2], Verónica Uraga[1], Enrique Uraga Pazmiño[1]
[1]Centro Dermatológico "Uraga", Guayaquil, Ecuador, [2]Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador

La hiperplasia epitelial multifocal o enfermedad de Heck, es una patologia de afectación oral, de inicio generalmente en la infancia, con una mayor prevalencia en mujeres y en ciertos grupos raciales ejemplo en indios americanos y esquimales, asociada al VPH 13 y 32. En Cuenca-Ecuador, se estudió a 59 personas con lesiones orales, la enfermedad de Heck representó el 95% de los casos. La afectación familiar, ha sido descrita por algunos autores sugiriendo una herencia autosómica recesiva, y una alta incidencia de HLA-DR4 en estos casos. Se han discutido algunas opciones en el tratamiento, con resultados variables, por lo que presentamos este trabajo con la finalidad de observar la respuesta terapeútica de un caso familiar de enfermedad de Heck.

Reportamos a 4 pacientes, de sexo femenino y edad pediátrica en su mayoria, todos ellos con relación de consanguineidad, residente en las costas Ecuatorianas (Playas-Guayas), que desde algunos meses atrás presentaban pápulas color piel algunas confluían y formaban placas con aspecto de empedrado localizadas en mucosa bucal, comisura labial, labios y lengua. Se realizó biopsia excisional de una lesión confirmándose el diagnóstico de Hiperplasia Epitelial Multifocal.
Como tratamiento se aplicó ATA al 90% en todas las lesiones alternado con crioterapia en la siguiente sesión, con un periodo de intervalo de 8 días. La aplicación del ATA se realizó mediante hisopo en un ciclo de 50 segundos, la crioterapia se utilizó en un ciclo de 20 segundos previa a colocación de lidocaína en spray al 10%. En el 75% de los pacientes solo fueron necesarias dos sesiones de crioterapia y de ATA, y solo en el 25% de los casos se realizó 4 sesiones de cada una. A los 6 meses de seguimiento no hay evidencia de recidiva.

En la bibliografía revisada, se han utilizado diversos tratamientos físicos (electrocoagulación, crioterapias, laser CO2), tópicos (retinoides, podofilino, imiquimod) y sistémicos sin obtener una clara respuesta.

El ATA a concentraciones entre 80 y 90% ha sido utilizado con buenos resultados en infecciones bucales por VPH. Mata et al. reportaron una serie de 4 casos de pacientes pediátricas femeninas diagnosticadas con hiperplasia epitelial focal, las cuales fueron tratadas con crioterapia y ATA, observando resolución completa de las lesiones en todos los casos a los dos años de seguimiento. Los resultados observados en la presente serie de casos discrepan a los de Mata et al., en cuanto al tiempo de resolución de las lesiones, ya que la ausencia completa de lesiones se presentó en la mayoría de los casos al mes de tratamiento y en un paciente a los dos meses, sin recidiva de las lesiones a los 6 meses de seguimiento. Por tanto, concluimos que la combinación de ATA más crioterapia es una buena alternativa terapéutica para reducir el número de sesiones normalmente requeridas para la resolución de la patología. Además, son procedimientos poco traumáticos, de bajo costo, sin generar ansiedad y temor en los pacientes. Por otra parte, creemos importante reportar estos casos por su interesante presentación familiar.

641

Repigmentación de vitíligo universal tras tratamiento con baricitinib y fotoexposición

Carmen Carranza Romero[1], Guillermo Guhl, Nuria Diez-Caballero Pascual, Lucía Campos Muñoz, Eduado López-Bran
[1]*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

Introducción: Los tratamientos con inhibidores de JAK son una nueva familia de medicamentos que se está ensayando en múltiples enfermedades dermatológicas, que incluyen dermatitis atópica, alopecia areata y vitíligo, aunque aún no están aprobado para ninguna. Tofacitinib, baricitinib y ruxolitinib pertenecen a esta familia. Presentamos el caso de una mujer en la que la introducción de baricitinib condujo a una importante mejoría de su vitíligo.

Caso clínico: Mujer de 55 años con antecedentes personales de depresión en tratamiento con amitriptilina, vitíligo universal desde la infancia y artritis reumatoide que había sido tratada con metotrexato, leflunomida, corticoides sistémicos y abatacept. En marzo de 2019 se inicia tratamiento con Baricitinib. Tres meses después de iniciar el tratamiento y coincidiendo con la fotoexposición presenta aparición de máculas pigmentadas en escote y dorso de manos y antebrazos. La pigmentación de dichas zonas fue parcheada con áreas de vitíligo entre las zonas pigmentadas, motivo por el cual la paciente estaba descontenta con la mejoría de su vitíligo. El baricitinib fue suspendido por falta de eficacia para su artritis reumatoide sin que las áreas repigmentadas desaparecierán.

Conclusiones: Presentamos el caso de una paciente con artritis reumatoide en la que el tratamiento con baricitinib asociado a la fotoexposición condujo a una mejoría importante de su vitíligo. Existen diferentes publicaciones sobre la eficacia de tofacitinib y ruxolinib en vitíligo, pudiendo ser baricitinib una alternativa más. En el caso presentado, así como en algunas publicaciones, cabe destacar que la mejoría se produce exclusivamente en las áreas sometidas a fotoexposición, lo que nos hace pensar que es necesaria la asociación del fármaco a la exposición solar para que pueda ser una opción terapéutica válida para vitíligo.

648

Erupción polimorfa solar tratada con antioxidante: presentación de un caso

Olaine Regla Gray Lovio[1]
[1]Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo, La Habana, Cuba

Autores: Dres. Olaine Regla Gray Lovio I, Diana Catherine Díaz Becerra II, Alfredo Abreu Daniel lII, Maika Figueredo Bernal IV
I. Dermatóloga. Profesora auxiliar. Investigadora agregada. Universidad de ciencias médicas de La Habana. Hospital UCQ Manuel Fajardo
II. Residente III año especialidad Dermatología
III. Dermatólogo, C. Profesor Consultante.
IV. Especialista en Anatomía patológica.

Introducción: El Eritema Polimorfo Solar, es una dermatosis provocada por la exposición al sol que se ve con mayor frecuencia en mujeres jóvenes blancas. En tiempos donde se ha dañado la capa de ozono y la Radiación ultravioleta llega con más intensidad a la tierra las fotodermatosis han incrementado su frecuencia.

Caso clínico: Se presenta una paciente femenina de 28 años de edad, fototipo III que acudió a nuestra consulta por múltiples placas eritemato-infiltradas en cara y V del escote de varios meses de evolución, por lo que se le realizó biopsia cutánea que arrojó como diagnóstico histológico: Erupción Polimorfa Solar. La paciente realizó tratamientos estandar para esta patología sin resolver por lo que se decidió añadir un producto antioxidante: solución oral Oncoxin-Viusid, a razón de 25 mls 2 veces al día por 6 meses y crema de Ocoxin por 3 meses logrando resolución del cuadro.

Conclusión: Cuba es una isla ubicada en el trópico con amplio mestizaje donde se incrementan las fotodermatosis que, en ocasiones, tienen diversas formas de responder a tratamientos estándar por lo que se hace relevante evaluar nuevas alternativas terapéuticas

686

Vitiligo facial tratado con combinación de fototerapia UVB de banda estrecha y láser CO2 fraccionado

Carlos Bravo-Rojas[1], Daniel Barquero-Orias[1], Luisa Gallón-Vanegas[1]
[1]*Dermatología Integral, San José, Costa Rica*

Introducción:
El vitiligo es una entidad autoinmunitaria común con una prevalencia estimada de 0,5-2%. Se ha demostrado que la terapia combinada presenta mejores resultados en comparación con la monoterapia y esto ha llevado a el uso de varias combinaciones con el fin de obtener mejor eficacia terapéutica y remisiones más prolongadas. La fototerapia (principalmente UVB de banda estrecha) ha tenido un rol importante cómo uno de los tratamiento de primera línea en el manejo de estos pacientes mientras que el láser CO2 se ha propuesto como una medida adicional en el tratamiento del vitiligo.

Caso Clínico:
Paciente masculino de 15 años con historia de lesiones maculares amelanóticas en labio inferior con un total de 5 a 7 lesiones individuales de 3 a 5 mm cada una con unión confluente de 4 meses de evolución con extensión progresiva. Adicionalmente se descubren antecedentes heredofamiliares de vitíligo en abuela materna.
Ante esta información se establece un diagnóstico clínico de vitíligo y se decide iniciar tratamiento con inmunomoduladores tópicos (tacrolimus 0,1% y propionato de fluticasona 0,05%), fototerapia UVB banda estrecha (dosis 200-350 mJ) y se implementó además el uso de láser CO2 fraccionado (3-5 Watts, 300 µs, 700 µm, densidad 8,7%, 0,48-1,43 J/cm2 y 5,3-15,7 mJ) . Posterior a las sesiones de láser CO2 fraccionado se aplicó betametasona bajo oclusión.
Dentro de los hallazgos de laboratorio iniciales se documentó un perfil tiroideo, glicemia en ayunas, perfil de lípidos, examen general de orina y estudio coproparasitológico dentro de límites normales y un hemograma con ligera eosinofilia según valores de referencia locales.

Se demuestra la re-pigmentación de un 80-90% en la última valoración clínica a las 45 semanas de tratamiento con fototerapia y un total de 4 sesiones de láser de CO2.

Discusión y conclusiones:
En este caso se demuestra la eficacia de un abordaje multiterapéutico en el manejo del vitiligo, se da énfasis en el uso de terapia inmunomoduladora como el tacrolimus, corticosteroides tópico, fototerapia y láser de CO2 fraccionado.
Se ha reportado el uso del láser de CO2 fraccionado como una medida adicional efectiva en el manejo de estos pacientes, sin embargo, no existe consenso con respecto a su uso. Estudios previos han demostrado la superioridad del uso adicional del láser de CO2 en comparación con el tratamiento convencional en términos de pigmentación >50%, estos resultados dan evidencia del uso de esta modalidad para el tratamiento de pacientes de vitiligo en especial los casos con enfermedad refractaria. El uso de láser de CO2 fraccionado en combinación con NB-UVB demostró una mayor mejoría clínica en comparación a la monoterapia en el tratamiento de vitiligo no-segmentario estable. Es así como se ha demostrado la utilidad del láser CO2 fraccionado en diferentes estudios y reporte de casos. Los autores de este manuscrito pretenden exponer esta alternativa terapéutica para el uso en pacientes con esta enfermedad, se expone la experiencia de nuestro centro en el uso combinado de fototerapia, láser CO2 y tratamiento tópico con buenos resultados estéticos y alta satisfacción por parte del paciente presentado anteriormente.

694

Tratamiento de cicatrices queloides en pabellón auricular técnica mixta infiltraciones más tratamiento quirúrgico con láser CO2

Pedro José Cousseau Iglesias[1], Linda Esmeralda Terán Sarmiento[2], Diana Carolina Madrigal Ramos[2]
[1]Hospital San Francisco, Quito, Ecuador, [2]Clínica Visión y Piel, Quito, Ecuador

Paciente femenina de 28 años de edad, nacida y residente en Sucumbíos, provincia amazónica del Ecuador, sin antecedentes personales, ni familiares de importancia, acude a consulta por presentar desde hace 4 años cicatriz queloide en pabellón auricular derecho, como antecedente refiere que es intervenida quirúrgicamente por dos ocasiones previas, refiere recibe en la primera y segunda cirugía 4 sesiones de infiltraciones intralesionales con triamcinolona, sin embargo al suspender el tratamiento intralesional, presenta nuevamente la patología, por lo que acude ocho meses después de su última intervención con una nueva neoformación.

Al Examen físico observamos una neoformación en el borde externo y posterior del pabellón auricular derecho, de más o menos 4 cm de largo por 2 cm de ancho y 1.5 cm de profundidad, de color rosa violáceo, con superficie lisa y brillante, dura y levemente dolorosa al tacto.

Se planificó realizar una infiltración intralesional con 5 fluorouracilo 0.5cc más triamcinolona (10mg/5ml) 0.5cc más lidocaína 2% 0.5 cc, mensual por 4 meses, con reducción del 30% del tamaño de la lesión posterior a las infiltraciones se realizó una exéresis con láser Co2 modo continuo con 10 W de potencia, al ras de la lesión, dejando cierre por segunda intención más 4 infiltraciones mensuales de las mismas características que las iniciales. Seis meses después la paciente permanece asintomática con revisiones periódicas cada 2 meses, el resultado estético es excelente.

El tratamiento de cicatrices queloides en pabellón auricular con técnica mixta: infiltraciones más tratamiento quirúrgico con láser CO2 parece ser una opción segura, además el resultado estético resultante es excelente, con un alto grado de satisfacción para el médico y el paciente.

Declaramos no tener conflicto de interés.

724

Esclerodermia localizada tratada con transferencia de grasa autóloga en infante: reporte de caso

Leslie Yubel Escalante López[1]
[1]Hospital Civil de Culiacan, Culiacan, Sinaloa, México

Esclerodermia localizada tratada con transferencia de grasa autóloga en infante: reporte de caso
Autores: Escalante-López LY1, Moreno-Ahumada AB2
1Residente de Dermatología*, 2Dermatóloga adscrita*
*Hospital Civil de Culiacán. Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, Sinaloa.
Autor de correspondencia: Leslie Yubel Escalante López. Tel. (668)1162770. Correo: leslie_escalante@hotmail.com

Palabras clave: Morfea, esclerodermia lineal, lipoinfiltración.

Introducción:
La morfea o esclerodermia localizada es una enfermedad caracterizada por fibrosis de la piel y tejidos subyacentes de etiología desconocida1. Afecta niños y adultos, siendo más frecuente entre los 5-7 años. Predomina en mujeres2 de raza blanca5. Su incidencia anual es de 2.7/100,000 habitantes2. Se presenta como una o más placas de piel indurada, brillante y atrófica de distintos tamaños en cualquier zona del cuerpo, bien delimitadas con hiper o hipopigmentación. Se clasifica en morfea localizada, lineal, generalizada, panesclerótica y mixta y su diagnóstico es clínico3. No existe un tratamiento completamente efectivo, algunas alternativas son el metotrexato solo o combinado con corticoides sistémicos y fototerapia.1 El injerto autólogo de grasa representa una alternativa produciendo apropiados resultados terapéuticos y estéticos2. La importancia de este caso reside en el uso de la terapia con lipotransferencia autóloga en edades tempranas, dando a conocer los resultados favorables que se pueden obtener con este tratamiento multidisciplinario, tanto en el enfoque estético como en la importancia psicosocial que representa para el paciente.

Caso clínico:
Masculino de 3 años acude con una mancha oscura en cabeza, de 6 meses de evolución. A la exploración física presenta una dermatosis localizada a frente que se extiende a piel cabelluda constituida por una placa esclerótica lineal deprimida de 15 x 10 cm, de superficie lisa brillante sin anexos cutáneos y consistencia dura. En región malar derecha y hemicara derecha del mentón presenta 2 manchas hiperpigmentadas bien delimitadas sin plegamiento cutáneo, de evolución crónica y asintomática. Se sospecha esclerodermia localizada variedad morfea lineal en golpe de sable. Se envía a reumatología quien solicita estudios de laboratorio basales e inicia metotrexato a dosis 7.5mg semanales, ácido fólico 4mg al día y prednisona solución 100mg/100ml a dosis de 2.5ml al día obteniendo buena respuesta sin progresión de la enfermedad, por lo que se decide valoración por cirugía plástica con fines estéticos, quien decide realizar lipotransferencia autóloga con extracción de grasa del muslo. Actualmente continúa en seguimiento a 4 meses desde la lipotransferencia con resultados aceptables y ninguna complicación.

Conclusiones:
El tratamiento en la morfea se limita a detener la progresión de la enfermedad y prevenir el riesgo de deformaciones y limitación del movimiento3. Se ha demostrado que la lipoinfiltración produce mejora de la atrofia de tejidos blandos, de la fibrosis cutánea y la pigmentación y es considerado un tratamiento eficaz5.
Debido a la ineficacia de los tratamientos clínicos utilizados se han propuesto abordajes auxiliares poco invasivos para la restauración de las secuelas de esta enfermedad, pudiendo mejorar así la parte estética y psicosocial de este padecimiento.

749

Dermatosis pustulosa erosiva secundaria a injertos cutáneos y terapia de presión negativa

Kevin Díez Madueño[1], Elena Conde Montero[1], Catiana Silvente San Nicasio[1], Claudia García Martín[1], Ana Simón-Gozalbo[1], María Gamo Guerrero[1], Pablo de la Cueva Dobao[1]
[1]Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Presentamos el caso clínico de un paciente varón en la quinta década de vida que fue derivado a nuestra unidad de heridas y cicatrización, para valorar una herida quirúrgica de mala evolución, secundaria a la intervención de un dermatofibrosarcoma protuberans. La herida, localizada en el hombro derecho, fue cerrada inicialmente mediante un injerto cutáneo y terapia de presión negativa. De forma sorprendente, múltiples costras, erosiones y úlceras aparecieron en la superficie injertada. La lesión fue tratada mediante microinjertos y terapia de presión negativa, con un resultado indeseado dada la aparición de nuevas costras y erosiones. Debido a la tórpida evolución de la herida, se decidió suspender la terapia de presión negativa y se consideró ampliar el diagnóstico diferencial del cuadro clínico.

Teniendo en cuenta el aspecto clínico y evolución de las lesiones se sugirió el diagnóstico de dermatosis pustulosa erosiva. Se inició un tratamiento diario mediante corticosteroides tópicos y sulfato de zinc, que resultó, tras dos semanas, en una completa epitelización. La dermatosis pustulosa erosiva es una condición cutánea crónica e infradiagnosticada. Típicamente afecta al cuero cabelludo, presentándose lesiones correspondientes a pústulas estériles, erosiones y costras que pueden conducir a una alopecia cicatricial. Aunque frecuentemente afecta al cuero cabelludo, esta enfermedad puede tener lugar en cualquier parte del tegumento. Entre las causas de dermatosis pustulosa erosiva, se encuentran: radiación ultravioleta, traumatismo local accidental, intervención local (cirugía, radioterapia, crioterapia) e infecciones. En el diagnóstico diferencial, se debe postular: carcinoma epidermoide, queratosis actínica, enfermedades autoinmunes (enfermedades ampollares, lupus eritematoso discoide, liquen plano), infecciones bacterianas y fúngicas, dermatitis artefacta y pioderma gangrenoso.

Dado que las pústulas (signo guía de la enfermedad) no siempre están presentes, la sospecha clínica puede ser difícil. Asimismo, el manejo terapéutico de la enfermedad puede ser complejo, dada la ausencia de una guía terapéutica de consenso. En esta comunicación, presentamos a nuestro saber, el primer caso de dermatosis pustulosa erosiva secundaria a injertos cutáneos y terapia de presión negativa. Tener en cuenta esta entidad cuando nos encontramos ante una herida postquirúrgica de mala evolución, puede ayudarnos a una detección precoz del cuadro y un correcto tratamiento; permitiéndonos evitar procedimientos terapéuticos más agresivos, como la realización de injertos y otras intervenciones.

755

Psoriasis paradójica con uso de Adaliduman y Secukinumab: Primer reporte en paciente pediátrico mexicano

Martha Grisell Ortega Valerio[1], Patricia Aideé López Olmos[2], Marco Antonio Rodríguez Castellanos[3], Raquel Guadalupe Rojas Castañeda[4], Martha Alicia Aceves Villalvazo[5], Guillermo Solís Ledesma[6], Ana Karen Fernández Sánchez[7], Susana Betzaida Landa Horta[7]

[1]Residente 2do año dermatología pediátrica Instituto Dermatológico Jalisco "José Barba Rubio", Guadalajara, México, [2]Residente 2do año dermatología Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Guadalajara, México, [3]Dermatólogo. Encargado del servicio de Fototerapia Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Guadalajara, México, [4]Dermatólogo pediatra. Jefa del servicio de dermatología pediátrica, Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Guadalajara, México, [5]Dermatólogo. Adscrito a Hospital Regional Valentín Gómez Farías Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Guadalajara, México, [6]Dermatólogo y Dermatopatólogo. Jefe de servicio de dermatopatología. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Guadalajara, México, [7]Residente del 1er. año de dermatología pediátrica. Instituto Dermatológico de Jalisco "José Barba Rubio", Guadalajara, México

Introducción: Se denomina psoriasis paradójica al empeoramiento o desarrollo de novo de una patología que normalmente responde a fármacos biológicos, con una incidencia estimada de 2 a 5%. Se especula como patogenia una disregulación entre el eje Factor de Necrosis Tumoral alfa (TNF), Interferón 1 (IFN1) y la Interleucina 17 y 23 (IL17,IL23). Actualmente no existen guías diagnósticas de esta entidad, debemos descartar un proceso neoplásico o infeccioso. Nuestro interés radica en que solo se cuenta con escasas series de casos reportados predominantemente en población adulta, con uso de inhibidores de factor de necrosis tumoral alfa, mientras que la experiencia con inhibidores de IL-17 es menor y desconocida aún la incidencia, dada su reciente aprobación terapéutica; en el área pediátrica no se encuentra documentado ningún caso de psoriasis paradójica con uso de secukinumab. En cuanto al tratamiento, representa todo un reto, al ser refractario a terapia de primera línea. Compartimos la respuesta terapéutica obtenida con uso de fototerapia y metrotexato en un paciente pediátrico con psoriasis paradojica.[1-5]

Caso clínico: Masculino de 10 años, antecedente de padre con psoriasis; diagnosticado clínica e histológicamente con psoriasis en placas 3 años previos, tratado inicialmente con esteroide de alta potencia con análogo de vitamina D sin respuesta, por lo cual se administra metrotexato, sin obtener respuesta terapéutica; clasificándose como una psoriasis refractaria a tratamiento, se decide inicio de Adalimumab (0.8mg/kg) y tras una semana de uso, presenta exacerbación con cuadro de eritrodermia, se decide cambio a Secukinumab (0.75mg/kg), el cual se adminsitra durante 3 dosis, presentando nuevamente exacerbación al punto de eritrodermia, lo cual afectaba de forma importante la calidad de vida del paciente; a su llegada al instituto contaba con PASI:24.1 y CDLQI:14. Ante el cuadro de exacerbación posterior al uso de dos fármacos biológicos, se decide reiniciar terapia sistémica con metrotexato (0.2mg/Kg/semana), en adyuvancia a fototerapia UVB de banda estrecha, administrada 3 veces por semana, notando después de dos semanas de tratamiento, franca mejoría de prurito y tras 104 sesiones (dosis acumulada de 1537mJ) presenta mejoría del 98% de lesiones, impactando significativamente la calidad del paciente con un PASI:4 y CDLQI:7, no se presentaron efectos adversos a la terapia sistémica y fototerapia.

Conclusión: Tras la introducción de la terapia biológica para enfermedades inflamatorias, se describieron reacciones paradójicas, dentro de ellas la psoriasis paradójica, resultando un reto diagnóstico y terapéutico. Actualmente no existen guías o consenso sobre su diagnóstico y tratamiento; sin embargo, es importante realizar un abordaje integral y multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos, por lo cual, se sugiere la revisión intencionada de piel en todos los pacientes pediátricos bajo tratamiento con terapia biológica. Compartimos está experiencia de psoriasis paradójica en un paciente pediátrico, quien respondió satisfactoriamente al uso de Fototerapia, UVB de banda estrecha, en coadyuvancia con metrotexato a dosis mínimas, de forma eficaz y segura. Es imperativo realizar más estudios para identificar a los niños con mayor riesgo y establecer un consenso de diagnóstico y tratamiento de esta reciente e infrecuente entidad.

784

Apremilast antes, durante o después de tratamiento biológico

Elena Lucía Pinto Pulido[1], Ana Rodríguez-Villa Lario[1], David Vega Díez[1], Marta González Cañete[1], Elena García Verdú[1], Isabel Polo Rodríguez[1], Ana Belén Piterio Bermejo[1], Susana Medina Montalvo[1], Lidia Trasobares Marugán[1]
[1]Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá., Madrid, España

Introducción: Apremilast es un fármaco aprobado para el tratamiento de la psoriasis, artritis psoriásica y enfermedad de Behçet, aunque también se utiliza fuera de indicación para otras enfermedades. Este trabajo trata de describir las características de los pacientes que han recibido apremilast como tratamiento de algún trastorno dermatológico, bien antes o después de recibir algún tratamiento biológico, con el objetivo de analizar los motivos que inducen en la práctica clínica real a iniciar este fármaco o a suspenderlo por otro.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes tratados con apremilast desde enero de 2016 a agosto de 2021 quienes recibieron también tratamiento biológico de forma previa y/o posterior.

Resultados: Se obtuvieron 41 pacientes, el 85% con diagnóstico de psoriasis y el resto con dermatitis atópica, lupus cutáneo, aftosis oral recidivante o pioderma gangrenoso. De ellos, 9 (22%) recibieron biológicos previamente al inicio de apremilast, 7 (17%) tanto antes como después y 26 (61%) de forma posterior. Además, uno de ellos recibió adalimumab de forma concomitante. El 85,4% de los pacientes inició apremilast por mal control con tratamientos previos, mientras que el 14,6% por aparición de efectos adversos o contraindicaciones para los fármacos previos; sin diferencias significativas entre aquellos que habían recibido biológico previo y los que no (p= 0,187). Se analizaron factores que podrían influir en la duración del tratamiento con apremilast (tratamiento biológico previo, comorbilidades, dosis, diagnóstico, localizaciones especiales en psoriasis), encontrando únicamente un aumento del riesgo de discontinuación del fármaco en los pacientes con enfermedad renal crónica (Log-Rank p=0,028). En cuanto a los motivos de sustitución de apremilast por otro fármaco, en el 58,5% fue por mal control y en el 39% por efectos adversos. Precisó biológico el 95,8% de los pacientes que suspendieron apremilast por mal control mientras que solo el 56,3% de los que lo hicieron por efectos adversos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p= 0,004).

Conclusiones: Las características de los pacientes incluidos en nuestra serie son similares a otras de apremilast en vida real, aunque el porcentaje de pacientes que han recibido biológico previo en nuestra serie es superior al de otras reportadas. El tratamiento con apremilast se inicia más frecuentemente por mal control de la enfermedad que por efectos adversos o contraindicaciones a otros tratamientos, incluso dentro del grupo de pacientes que han recibido biológico previo. En cuanto a la duración del tratamiento, la presencia de enfermedad renal crónica podría aumentar el riesgo de discontinuación precoz del fármaco, mientras que otros factores como haber recibido biológico previo no parecen influir en su duración. La mayoría de los pacientes que suspenden apremilast por falta de adecuado control requieren después tratamiento biológico.

803

Estudio retrolectivo de 8 años de pacientes con síndrome de Stevens-Johnson, solapamiento y necrólisis epidérmica tóxica tratados con inmunoglobulina G humana intravenosa (IgG IV) en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México

Juan Luis Bueno Wong[1], Esther Guevara Sanginés[2], Lorena Estrada Aguilar[2], María Teresa Barrón Tapia[2]
[1]Hospital Juárez Centro, SSA., Ciudad De México, México, [2]hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE, Ciudad De México, México

Introducción: Dado a que el SSJ, Solapamiento SSJ/NET y NET son enfermedades altamente letales y poco frecuentes, es muy difícil poder realizar ensayos clínicos controlados que nos ayuden a normar la mejor conducta sobre el tratamiento que disminuya la tasa de mortalidad en estos pacientes. Aún no se ha podido demostrar la superioridad de las intervenciones en la fase aguda inflamatoria comparados con las medidas de soporte.

Objetivo: Conocer las características clínicas e identificar el pronóstico del uso de IgG IV en los pacientes mexicanos admitidos en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, CDMX, con SSJ, Solapamiento SSJ/NET o NET en los últimos 8 años, según la mortalidad proyectada mediante SCORTEN.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrolectivo, descriptivo, longitudinal, se reacolectaron los expedientes clínicos de los casos seleccionados para la obtención de variables y su posterior análisis estadístico descriptivo mediante SPSS v.21. Para estadística inferencial se utilizaron las pruebas no paramétricas, U de Mann Whitney de muestras independientes y el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Se asumió significancia estadística con un valor de $p<0.05$.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 17 pacientes, El 47.1% eran mujeres y el 52.9% eran hombres, con una edad media de 41.9 años, De acuerdo al diagnóstico clínico 4 sujetos (23.5%) presentaron SSJ; 6 (35.3%) a síndrome de solapamiento SSJ/NET y 7 (41.2%) a NET. El fármaco mayormente asociado fue trimetroprim/ sulfametoxazol. La mortalidad esperada fue de acuerdo al SCORTEN de todos los pacientes fue en promedio del 36.9% con desviación standard de 19.5, en esta serie de casos fue de 5.8% muy por debajo de lo esperado.

Conclusión: Según nuestro estudio, el manejo multidisciplinario mas el empleo de la IgG IV en las primeras 72 h en pacientes con farmacodermias graves SSJ, SSJ/NET y NET podrían ser una alternativa adecuada para disminuir la mortalidad calculada con SCORTEN.

840

Excelente resposta terapêutica em hiperceratose epidermolítica linear unilateral

Júlia Pompeu Da Silva[1], Omar Lupi[1], Bernard Kac[1], Ana Luiza Cabral Marinho[1], AlejanBallesteros Marulanda[1], Julieth Rada N[1], Georgia Neves Barros de Almada Justino[1], Gustavo André Duran Schmalbach[1]
[1]Serviço de Dermatologia Da Policlínica Geral Do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

Introdução:
Excelente resposta terapêutica em hiperceratose epidermolítica linear unilateral

Caso clínico:
Resumo da história clínica: J. P., sexo masculino, 3 anos, comparece à consulta acompanhado pela mãe, a qual relata aparecimento de lesões há 2 anos, porém relata aumento e piora das lesões evolutivamente. Mãe percebe que criança se coça, há prejuízo da qualidade do sono pelo prurido. Nega melhoras com os diversos tratamentos já realizados (hidratantes, corticoides tópicos, inibidores da calcineurina). Paciente filho único. Mãe nega aparecimento de lesões ao nascimento, nem logo após o nascimento. Nega eritema e bolhas nesse período da vida da criança. Além disso, ele não teve problemas médicos e apresentou crescimento e desenvolvimento normais. Seu cabelo e unhas eram normais, e o exame geral de outros sistemas de órgãos era normal. Nenhum outro membro da família foi afetado por uma condição de pele semelhante. Mãe negou abortos prévios.

Dados clínicos: pápulas eritematosas que se coalescem formando placas lineares de superfície verrucosa que seguem o trajeto das linhas de Blaschko de distribuição unilateral, acometendo tronco e membro inferior direito, poupando a região cefálica e superfície palmar e plantar. Aventamos a possibilidade das hipóteses diagnósticas de nevo epidérmico verrucoso inflamatório linear e hiperceratose epidermolítica linear.

Dados laboratoriais: hemograma completo, exames de função/lesão hepática, glicemia de jejum: sem alterações.
HBsAg: não reagente
IGE esp D. pteronyssinus, Blomia Tropicallis, gema de ovo, clara de ovo, proteínas do leite, Tartrazina, corante vermelho carmim, ácaro D. farinae: todos menores do que o limite inferior

Confirmação diagnóstica: amostras para histopatologia foram coletadas por biópsia por punch em perna direita. Os achados histopatológicos foram hiperceratose compacta, e degeneração suprabasal da epiderme, vacuolização perinuclear de queratinócitos da derme superior e grânulos de querato-hialinos grosseiros de diferentes tamanhos. A derme era normal. Ausência de células inflamatórias. Considerando os achados clínicos e histopatológicos, foi feito o diagnóstico de hiperceratose epidermolítica linear. A microscopia eletrônica e a análise genética não foram feitas devido à indisponibilidade em nosso serviço.

Terapia realizada: Mirtazapina 15 mg, 1 comprimido à noite por 2 meses.
Paciente retorna sem nenhuma lesão ativa, somente uma hipocromia residual pós-inflamatória.

Conclusões: afecções da pele, podem causar grande impacto na qualidade de vida do paciente, e quando se trata de um paciente pediátrico, nos pais também.
A ansiedade e angústia dos pais de não saberem o que a criança possui e vê-la sofrendo, foi marcante nesse caso para mim.
Instituímos a terapêutica para amenizar o principal sintoma associado às lesões, que era o prurido crônico, com prejuízo na qualidade do sono.
O diagnóstico de hiperceratose epidermolítica linear é raro, bem como a terapêutica é limitada. Analisando retrospectivamente este caso, podemos inferir que cessando o estímulo do prurido, houve resolução total do quadro até o momento. Caso importante pela excelente resposta terapêutica e para adicionar a Mirtazapina ao arsenal terapêutico para esta patologia, bem como encorajar seu uso e incentivar outras publicações com esta classe de medicamento para esta doença.

855

Tratamiento de verrugas con cidofovir en paciente inmunodeprimida

Isabel Polo Rodriguez[1], Susana Medina Montalvo[1], David Vega Díez[1], Marta González Cañete[1], Elena Lucía Pinto Pulido[1], Lidia Trasobares Marugán[1]
[1]Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, España

Introducción: Los pacientes sometidos a trasplante tienen mayor riesgo de desarrollar neoplasias e infecciones en relación con la intensidad y el tiempo de la terapia inmunosupresora. Presentamos el caso de una paciente trasplantada en tratamiento inmunosupresor por trasplante renal con antecedentes de múltiples tumores cutáneos y verrugas vulgares con excelente respuesta a cidofovir tópico.

Caso clínico: Mujer de 64 años con antecedentes personales de enfermedad renal crónica secundaria a glomerulonefritis membranoproliferativa con trasplante renal hace 42 años. Fototipo II, exposición solar moderada. En tratamiento con prednisona, y azatriopina de 1975 a 2015 y con everolimus desde 2018. Antecedentes de múltiples carcinomas basocelulares en región facial y carcinoma epidermoide en cuero cabelludo así como numerosas queratosis actínicas y verrugas vulgares agrupadas en empedrado en cuero cabelludo predominantemente en vértex e interparietales. La paciente había recibido tratamiento quirúrgico de los carcinomas y varios ciclos de crioterapia, terapia fotodinámica con lámpara, 5- fluorouracilo al 5% e imiquimod en cuero cabelludo con mejoría parcial de las queratosis actínicas y persistencia de las verrugas. También había estado en tratamiento con acitretino 10mg al día y ácido salicílico tópico. Ante la falta de respuesta de las múltiples verrugas se pautó tratamiento con cidofovir tópico al 1% en crema tres veces a la semana. Tras mes y medio la paciente presentaba eritema moderado y algunas erosiones habiendo desaparecido por completo las lesiones verrugosas y sin presentar lesiones sospechosas de queratosis actínicas. La paciente presentó alopecia de la zona tratada que posteriormente se ha recuperado sin observarse recidiva de las verrugas un año después de la aplicación del tratamiento.

Discusión: La infección por el virus del papiloma humano (HPV) es una afección muy prevalente, causante de las verrugas vulgares, las anogenitales, y que se asocia a displasia y cáncer. Se ha relacionado con los carcinomas de pene, vagina, vulva, anales y orofaríngeos. Existen múltiples opciones terapéuticas para el manejo de las verrugas víricas, sin que se haya comprobado que una sea claramente superior a las demás. Cidofovir es un fármaco aprobado para su uso por vía endovenosa para el tratamiento de la retinitis por citomegalovirus en pacientes con SIDA. Actúa inhibiendo la DNA polimerasa viral más activamente que la humana, y lo hace sin depender de la timidín kinasa para su activación. Por este motivo presenta una actividad viral frente a un amplio espectro de virus DNA como el herpes simple, incluidas las cepas resistentes a aciclovir, ganciclovir o foscarnet, herpes virus asociado a sarcoma de Kaposi, HPV, molusco contagioso e incluso el virus de la viruela. El cidofovir se ha empleado con éxito en infecciones refractarias por HPV, incluyendo verrugas vulgares plantares, de mucosa oral, condilomas acuminados, papulosis bowenoide, carcinoma epidermoide in situ anogenital, neoplasia vulvar intraepitelial, neoplasia cervical intraepitelial, papiloma escamoso de esófago y papilomatosis laríngea, en pacientes inmunocompetentes e inmunosuprimidos, incluyendo a pacientes con trasplante de órgano sólido. Se suele emplear de forma tópica, pero también de forma intralesional o intravenosa.
Nuestra paciente presentó excelente respuesta con buena tolerancia y mantenimiento a largo plazo.

857

Estudio del efecto de la fototerapia en psoriasis y dermatitis atópica moderada a grave en un centro hospitalario durante la pandemia COVID

Alicia López Toledo[1], Miriam Gómez Carracedo, Claudia García Martín, Kevin Diez Madueño, Ana Simón Gozalbo, María Gamo Guerrero, Pablo de la Cueva Dobao
[1]*Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España*

Introducción
La psoriasis y la dermatitis atópica son dos enfermedades inflamatorias crónicas complejas y frecuentes en dermatología. El objetivo principal del estudio es analizar la respuesta clínica y la calidad de vida de los pacientes tras iniciar sesiones de fototerapia con UVB, así como la importancia de tener acceso a ésta en hospitales públicos. Además, se evalúa el impacto de la pandemia COVID19 tanto en el seguimiento del tratamiento como en la propia enfermedad.

Material y métodos.
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Infanta Leonor.
Se incluyen los pacientes entre 18 y 65 años, con diagnóstico de psoriasis o dermatitis atópica moderada-grave y en tratamiento con fototerapia desde septiembre de 2020 hasta diciembre de 2021.
El tamaño muestral es de 126 pacientes: 108 con diagnóstico de psoriasis y 18 con diagnóstico de dermatitis atópica.
Las herramientas que se utilizan para definir la gravedad de la psoriasis son la escala PASI y la escala DLQI para medir el impacto en calidad de vida. Por otra parte, para evaluar la dermatitis atópica empleamos las escalas POEM, DLQI, SCORAD, IGA y EASI. El DLQI se evaluará al inicio y al final de cada tratamiento.
Así mismo, se analizan una serie de variables de interés:

Datos generales del paciente, antecedentes médicos y familiares (antecedentes dermatológicos, enfermedades psiquiátricas, enfermedades autoinmunes, antecedentes familiares de psoriasis/ dermatitis atópica, etc).
Medicación: actual y previa. Motivo de suspensión del tratamiento anterior.
Síntomas del paciente, percepción de la gravedad de la patología, etc.
Impacto psicológico/social: impacto en la calidad de vida, estado emocional, autoestima a raíz del diagnóstico, influencia de la fototerapia, etc.
Satisfacción global de la fototerapia: percepción del tratamiento, sesiones recibidas, asistencia al tratamiento, etc.
Escala Pittsburg (Sleep Quality Index).
Cuestionario COVID.

Resultados
El número de sesiones medio de fototerapia que reciben los pacientes es 25.
La mayoría de pacientes acudió a todas sus sesiones. No obstante, un 2% abandonaron el tratamiento voluntariamente, y otros pausaron y reiniciaron fototerapia.
Comparando las dos patologías, las incidencias en el seguimiento del tratamiento se dan más en dermatitis atópica.
La edad media de los pacientes con DA es menor que la de los diagnosticados de psoriasis.
(Pendiente análisis completo)

Conclusiones
La fototerapia UVB es efectiva y segura en ambas patologías refractarias al tratamiento farmacológico.
La pandemia COVID19 ha influido en la adherencia al tratamiento de nuestros pacientes debido a suspensiones temporales por cuarentenas y/o abandonos definitivos por miedo a acudir al hospital.

906

Alternariosis cutánea: tratamiento coadyuvante con terapia fotodinámica y antifúngico oral en alternariosis cutánea en pacientes inmunosuprimidos

Tamara Gracia-Cazaña[1], Marcial Álvarez Salafranca, Isabel Abadías Granado, Marcos Antonio Gorgojo, Isabel Bernad, Alba Navarro Bielsa, Manuel Almenara Blasco, Mar García-García, Yolanda Gilaberte
[1]*Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España*

Introducción
Alternaria es un hongo dematiáceo (pigmentado) que se encuentra en el medio ambiente y es patógeno para las plantas. Se trata de un hongo oportunista que habitualmente infecta a pacientes inmunodeprimidos. En estos pacientes el tratamiento puede ser un reto debido a las interacciones con los inmunosupresores así como las comorbilidades que estos pacientes tienen asociadas.

Casos clínicos
Describimos el caso de cuatro pacientes inmunodeprimidos, dos pacientes con transplante renal en tratamiento con tacrólimus, otro paciente con polimiositis con el mismo inmunosupresor y finalmente un paciente con EPOC en tratamiento con corticoide oral de larga evolución. Tres de ellos presentaban lesiones nodulares en zona de extremidades inferiores y otro paciente en extremidades superiores.
Los hallazgos histopatológicos en todos ellos demostraban un infiltrado granulomatoso en la dermis con presencia de células de tipo gigante multinucleadas e hifas fúngicas. Además se realizaron cultivos para confirmar la infección.
Los cuatro pacientes presentaban múltiples comorbilidades así como interacciones farmacológicas con los fármacos antifungicos así que en todos ellos para minimizar el tiempo de tratamiento con azoles se decidió asociar terapia fotodinámica (3 casos convencional y en 1 paciente con luz de día) con diversos fotosensibilizantes (5- aminolevulinico, azul de metileno y metilaminolevulinato) con un rango de sesiones de 2 a 20 sesiones permitiendo acortar a la mitad el tiempo de tratamiento antifúngico (rango máximo de 21 semanas). En todos ellos se produjo una resolución sin presentar recidivas a lo largo de su seguimiento.

Discusión
La alternariosis cutánea representa una enfermedad fúngica emergente en la población inmunosuprimida, especialmente en transplantados de órgano sólido.
Desde el punto de vista clínico las lesiones suelen ser nódulos, placas o ulceraciones aisladas, siendo poco frecuentes las lesiones múltiples, pudiendo persistir durante años las lesiones
El tratamiento de la alternariosis cutánea es controvertido. Por un lado la cirugía puede resolver el cuadro, sin embargo las lesiones son extensas o se encuentran en zonas con mala cicatrización como son las extremidades inferiores y en ocasiones no abarcables quirúrgicamente; la inmunosupresión debe minimizarse para mejorar la capacidad de inmunorespuesta, por otro lado debe de realizarse con cautela tratando de evitar el rechazo de un injerto. Hasta ahora el tratamiento de elección son los azoles de manera sistémica con diversos grados de éxito y aunque se considera el tratamiento de primera línea, su dosificación y duración no están estandarizados llegando a durar hasta 12 meses, en la mayoría de los casos. Entre las desventajas el uso prolongado de estos fármacos provoca interacciones con los fármacos inmunosupresores por lo que es preciso un control muy estrecho.
La terapia fotodinámica (TFD) es una alternativa a los agentes antifúngicos convencionales o coadyuvantes a la farmacoterapia tradicional.
El uso de TFD antimicrobiana se ha extendido incluido su aplicación en infecciones fúngicas, comprobando en estos casos su efecto sinérgico permitiendo disminuir la duración del tratamiento antifúngico oral.

908

Poroqueratosis Actínica Superficial Diseminada. Caso clínico tratado con lovastatina tópica al 2%

Juan Pablo Velasco-Amador[1], Álvaro Prados Carmona[1], María Dolores Pegalajar García[1], Ana Gil Villalba[1], José Carlos Ruiz Carrascosa[1], Ricardo Ruiz Villaverde[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Introducción.
Las poroqueratosis son un grupo heterogéneo de trastornos de la queratinización. La DSAP es el subtipo más frequente y se puede presentar de forma espontánea o con patrón autosómico dominante. Descartadas otras entidades típicas de áreas fotoexpuestas, la agregación familiar y la dermatoscopia característica (p. ej. el borde sobreelevado que se corresponde con la "lamela cornoide" en la histopatología) deben hacernos sospecharla. A pesar de ser una dermatosis benigna, se han descrito casos de degeneración maligna hacia carcinoma epidermoide, pudiendo estar indicado un seguimiento. La mayor parte de los casos son asintomáticos o asocian prurito ocasional sin necesidad de tratamiento, sin embargo, bien por motivos estéticos o bien por la presencia de prurito con afectación de la calidad de vida podemos llegar a plantearnos su abordaje. Los tratamientos utilizados hasta la fecha ofrecen resultados pobres y, dada la detección de mutaciones en la vía del mevalonato que condicionan la acumulación de metabolitos tóxicos así como una disminución del colesterol, se ha planteado la hipótesis de un posible beneficio al aplicar colesterol de reemplazo o estatinas de forma tópica a estos pacientes.

Caso Clínico
Presentamos el caso de una paciente de 61 que refiere la presencia, en ella y hasta en otros dos familiares de primer y segundo grado, de lesiones cutáneas no filiadas junto con episodios, recurrentes desde la infancia, de prurito exacerbado en épocas de mayor exposición solar. Las lesiones habían sido tratadas con diclofenaco tópico al 3% con moderada eficacia. Acudió a consulta con múltiples máculas milimétricas de años de evolución, coloración marronácea, morfología anular con borde sobreelevado-escamoso, y tendencia a la atrofia central. Las lesiones se localizaban en miembros (con respeto de palmas y plantas). A la dermatoscopia se evidenció un anillo de queratina periférico con escasas erosiones y signo del doble rail, coloración marronácea clara y esporádicas estructuras vasculares (vasos glomerulares y puntiformes). Dada la clínica, los antecedentes famliares y la dermatoscopia compatible, se diagnosticaron de Poroqueratosis Actínica Superficial Diseminada (DSAP) sin necesidad de estudio anatomopatológico. Se prescribió lovastatina 2% en base beeler, dos aplicaciones al día durante dos meses manteniendo citas de control periódicas.

Conclusiones
Los nuevos hallazgos descritos en la patogénesis de la poroqueratosis, han permitido plantear la hipótesis de un tratamiento tópico que favorezca la reposición del colesterol deficitario junto con estatinas que disminuyan la concentración de metabolitos intermedios, podría ser eficaz. La monoterapia con estatinas también parece ser una opción válida, posiblemente por los efectos antiinflamatorios de la inhibición de la vía del mevalonato. Basándonos en estos hallazgos y en series recientemente publicadas, presentamos los resultados de un caso clínico de DSAP que ha recibido tratamiento con lovastatina tópica al 2% en monoterapia durante dos meses.

940

Toxicidad pulmonar por ixekizumab

Ane Lobato Izagirre[1], Isabel Gainza Apraiz[1], Laura Blanch Rius[1], Cristina Gómez Bringas[1], Susana Gómez Muga[1], Miren Begoña Salinas Lasa[1], Rosa Mª Izu Belloso[1]
[1]Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Introducción: en los últimos años, con la extensión en el uso de fármacos biológicos para el tratamiento de la psoriasis, ha habido un aumento en la publicación de casos de toxicidad pulmonar asociada a estas terapias. Aunque la mayor parte de ellos se han relacionado con los anticuerpos contra el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α), se están empezando a reportar casos relacionados con biológicos con diferentes mecanismos de acción.

Caso clínico: presentamos el caso clínico de un varón de 47 años, con psoriasis de años de evolución en tratamiento con ixekizumab (anti-interleucina-17A). A los tres años de tratamiento, el paciente debutó con tos seca de predominio matutino. Se le realizaron un lavado broncoalveolar y un TAC pulmonar como pruebas complementarias. El lavado broncoalveolar mostró un predominio de linfocitos y eosinófilos, con un cociente CD4/CD8 muy aumentado y sin hallazgos de microorganismos ni de células malignas. En el TAC aparecieron opacidades en vidrio deslustrado en lóbulo inferior derecho (LID) y língula. Ambos hallazgos fueron muy sugestivos de toxicidad pulmonar, siendo el ixekizumab una de las posibles causas de la misma. La actitud terapéutica consistió en la retirada del fármaco, con mejoría significativa de los síntomas respiratorios en el plazo de un mes.

Discusión y conclusiones: se trata de un caso de interés ya que, aunque se han descrito casos de enfermedad intersticial pulmonar en relación con los anti TNF-α y otros anti-interleucina-17 como secukinumab, este es el primer caso de toxicidad pulmonar asociada a ixekizumab reportado. Este trabajo pretende subrayar la importancia de considerar la toxicidad farmacológica como posible diagnóstico ante la aparición de clínica respiratoria en un paciente en tratamiento con fármacos biológicos. Además, es importante identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar patología pulmonar, a fin de realizar una detección precoz de los posibles efectos adversos pulmonares de las terapias biológicas.

976

Enfermedad de Darier-White: un reto terapéutico para el dermatólogo

Julia Stephanie Rojas Caballero[1], Gustavo Gutiérrez del Bosque[1], Sagrario Hierro Orozco[1], Valerie Dafne Alcántara Ramírez[2], Salvador Alonso Gutiérrez Ávila[2]
[1]Centro Médico Nacional 20 de Noviembre- ISSSTE, Ciudad de México, México, [2]Hospital General Tacuba-ISSSTE, Ciudad de México, México

Introducción: La enfermedad de Darier-White, pertenece al grupo de las genodermatosis, poco frecuente, de patrón autosómico dominante, con mutaciones en el gen ATP2A.
Las manifestaciones clínicas se presentan generalmente entre la primera y segunda década de la vida, se caracteriza por pápulas de predominio en áreas seborreicas, color rosado, rojas-marrón o amarillentas, de aspecto hiperquerátosico, con costras en la superficie. Se han descrito cambios ungueales como muescas en forma de "v", bandas longitudinales blancas o rojas entre otras.
Histopatológicamente los hallazgos característicos son: acantólisis suprabasal y disqueratosis ("cuerpos redondos") en estrato córneo y epidermis.
El tratamiento representa un reto, al ser una enfermedad de curso crónico, con exacerbaciones, extensión y severidad variable que tienen una repercusión importante en la calidad de vida de los pacientes. Se han utilizado retinoides sistémicos en casos graves, teniendo como limitante su uso prolongado por los efectos adversos conocidos.

Caso clínico: Femenino de 43 años de edad, refiere antecedente de madre con enfermedad de Darier-White. Paciente diagnosticada con enfermedad de Darier-White desde los 9 años, recibió tratamiento con isotretinoína y emolientes de forma prolongada, suspendido desde hace 10 años por no contar con seguro médico, cursando con exacerbaciones, referida para inicio de tratamiento. A la exploración física presenta dermatosis diseminada a piel cabelluda, cara, región retroauricular, pliegue inter y submamario, espalda, sacro y extremidades inferiores, caracterizada por múltiples placas conformadas por pápulas de 3-5 mm, rosadas, de aspecto hiperqueratósico, superficie sobre elevada algunas con escamas y costras amarillentas, de bordes bien definidos (Imagen A-F). Afección a 10 láminas ungueales de manos, caracterizada por leuconiquia longitudinal (Imagen G). Se realizó biopsia reportando : hiperqueratosis paraqueratósica, zonas de hemorragia, hipergranulosis y acantosis irregular moderada, hendiduras suprabasales acantolíticas con células disqueratósicas, en dermis superficial con vasos dilatados rodeados por moderados infiltrados linfohistiocitarios (Imagen H). Se solicitaron paraclínicos para iniciar tratamiento con isotretinoína al tratarse de un caso severo.

Conclusiones: La enfermedad de Darier-White representa un reto terapéutico, particularmente en pacientes con exacerbaciones y cuadros graves que son candidatos a retinoides orales, actualmente solo existen estudios observacionales (pequeños) o reportes de caso en donde se evalúa su eficacia, reportando mejoría clínica a los 4 meses, sin embargo, no se ha conseguido una remisión prolongada, teniendo como limitante el tiempo de administración por los efectos adversos ya conocidos como cefalea, sequedad de mucosas, alopecia, fotosensibilidad, alteración en metabolismo de los lípidos, elevación de transaminasas, así como teratogenicidad. En casos leves o limitados el tratamiento tópico recomendado es con corticoesteroides, retinoides, fluorouracilo, pimecrolimus y diclofenaco al 3%.

1018

5-Fluorouracilo y acetónido de triamcinolona intralesional en cicatrices queloides: una serie de casos

Joseph Simon Griffiths Acha[1], Diego De la Vega Ruiz[1], Román Miñano Medrano[1], Henar Sanz Robles[1], Uxúa Floristán Muruzábal[1], Elena García Zamora[1], Marta Menéndez Sánchez[1], Fernando Pinedo Moraleda[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]Servicio de dermatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

Introducción
Actualmente existen diversas estrategias terapéuticas para abordar el complejo problema de las cicatrices queloides. Sin embargo, aún no existe un protocolo universalmente aceptado. El tratamiento de las cicatrices queloides supone un reto en la práctica clínica debido a su particular refractariedad, capacidad de recidiva e incluso posibilidad de empeoramiento ante las diversas medidas terapéuticas disponibles. La cicatrización excesiva repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes, no solo como problema estético sino también generando sintomatología molesta como dolor y prurito. Según la bibliografía, la combinación de 5-fluorouracilo y acetónido de triamcinolona intralesional parece ser una alternativa terapéutica prometedora para aquellos casos de difícil manejo o refractarios.

Serie de casos
Presentamos una serie de casos con cicatrices queloides (dos hombres y dos mujeres) en los que, debido a una insatisfactoria respuesta o refractariedad a múltiples tratamientos, se optó por infiltraciones con 5-fluorouracilo y acetónido de triamcinolona. Se trata de dos mujeres de 18 y 47 años y dos hombres de 26 y 36 años con cicatrices queloides diagnosticadas clínicamente y por anatomía patológica (en uno de los casos) de distintas etiologías: acné cicatricial, posterior a cesárea, posterior a depilación y espontáneos; ubicados en cara (ramas mandibulares, pómulos), espalda, zona preesternal y región suprapúbica. Estos pacientes recibieron diversos tratamientos, incluyendo tratamientos tópicos con corticoides, inmunomoduladores (imiquimod), parches o geles siliconados; infiltraciones con corticoides o bleomicina; tratamiento con agentes físicos como crioterapia, crioterapia intralesional, laser ND-YAG, electrocoagulación, PUVA-UVB; tratamientos quirúrgicos como extirpación de queloides por rasurado o exéresis quirúrgica con sutura directa; e incluso tratamientos sistémicos por vía oral como verapamilo. Sin embargo, se obtuvieron resultados insatisfactorios o incluso crecimiento de las lesiones en algunos casos. Por ello, se optó por el tratamiento infiltrativo compasivo cada dos o tres semanas con 5-fluorouracilo 50mg/mL y acetónido de triamcinolona 40mg/mL, 1.5mL diluido hasta 2mL en suero fisiológico. Así se obtuvieron claras mejoras desde la primera infiltración, hasta un aplanamiento de alrededor del 70% sobre el basal luego de 8 sesiones en uno de los casos, sin presentar efectos adversos significativos.

Conclusión
Nuestra serie de casos parece replicar lo que está descrito en la literatura, al demostrar que existe una respuesta a la combinación de 5-fluorouracilo (50mg/mL) y acetónido de triamcinolona intralesional (40mg/mL). Esto sugiere que se trata de una alternativa válida y prometedora para las cicatrices queloides. Serán necesarios más estudios de calidad para definir con exactitud qué tipo de pacientes se benefician en mayor medida con este tratamiento y cuál es la dosificación y frecuencia de infiltraciones que da mejores resultados.

1149

Liquen plano pigmentado, tratamiento con Isotreinoína

Mariana Torres Landa Márquez[1], Luis E. Cano-Aguilar[1], Claudia I. Saenz-Corral[1], Elisa Vega-Memije[1]
[1]Hospital General Manuel Gea Gonzalez, Cdmx, México

Antecedentes:
El liquen plano pigmentado es una enfermedad pigmentaria rara, de carácter autoinmune que se presenta clínicamente con manchas azul-grisáceas y pápulas pruriginosas. Afecta áreas fotoexpuestas incluyendo cara, extremidades superiores e inferiores además de áreas flexoras.
Se han utilizando diferentes tratamientos con poca a nula respuesta en cuanto a la hiperpigmentación, siendo un reto terapéutico para dermatólogos.

Metología:
Presentamos a una mujer de 56 años sin antecedentes médicos de importancia, presentó una dermatosis de 8 años de evolución diseminada a cara, cuello, tronco, extremidades superiores e inferiores. Caracterizada por pápulas y manchas azul-grisáceas, pruriginosas de diferentes formas y tamaños con tendencia a confluir.
Se realizó una biopsia de piel identificando degeneración vacuolar de la membrana basal con cuerpos apoptóticos e infiltrado inflamatorio perivascular con melanófagos en dermis superficial, diagnóstico de liquen plano pigmentado.
Se inició terapia tópica con antiinflamatorios esteroideos y despigmentantes ácidos, sin mejoría por lo que se decidió el cambio a tratamiento con isotretinoína durante 9 meses. La mejoría de la pigmentación y el prurito se mantuvieron 14 meses posterior a suspender el tratamiento.

Conclusiones:
El uso de isotretinoína por sus efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores ofrece una excelente alternativa para el tratamiento de enfermedades pigmentarias, con resultados que se mantienen a través del tiempo.

1194

Policondritis recidivante con excelente respuesta terapeutica

María Carlota Soto Ricart[1], Elfida Sanchez[1], Juan Pablo Guzman[1], Priscilla De Los Santos[1], Laura Soto[1]
[1]Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Huberto Bogaert Diaz, Santo Domingo, Rep. Dominicana

Introducción.
La policondritis recidivante es una afección autoinmune, poco frecuente, de etiología desconocida. Se caracteriza por la inflamación crónica y recurrente del tejido cartilaginoso, siendo los más frecuente los cartílagos de oídos y nariz. Este afecta a igual mujeres que hombres con una incidencia de 3,5 casos por millón de habitantes. La terapia continúa siendo un reto en la actualidad, por lo que surge el interes de presentar un caso de policondritis recidivante con respuesta satisfactoria al tratamiento administrado.
Caso clínico.
Femenina de 29 años de edad, fototipo IV, procedente y residente en San Juan de la Maguana, Republica Dominicana, quien presenta edema de pabellón auricular bilateral recurrente de 3 años de evolución, doloroso, el cual mejora con cursos de antibioterapia sistémica y le reaparece luego suspenderlos. Antecedentes personales patológicos no contributarios. Antecedentes medicamentosos de Doxiciclina, Ciprofloxacina, Levofloxacina y Prednisona.
Examen físico: Pabellones auriculares aumentados de tamaño, bilateral, con edema, eritema y dolor al tacto.
Estudios paraclínicos: Glóbulos blancos 13.73 10e3/ul a expensas de neutrófilos 8.5 10e3/ul, plaquetas 444 10e3/ul, eritrosedimentación 42 mm/hr, P.C.R 5.8 mg/L, resto de analíticas dentro de límites de referencia. Examen micológico directo: Negativo.
Histopatología: En dermis se observan vasos dilatados, rodeados por infiltrados linfocitarios e histiocitos intersticiales, a nivel de la profundidad, destaca colágeno fragmentos de cartílago maduro en profundidad, que en sectores de la periferia se forma eosinofílico.
Paciente tratado con Prednisona 30mg tabletas al día por 1 semana, Metrotexato 2.5mg tabletas interdiario, Colchicina 1mg tabletas diario y Doxiciclina 100mg tabletas al día.

Conclusión.
La condritis auricular bilateral se considera la manifestación inicial de la policondritis recidivante. Según los criterios de MacAdam et al, para confirmación de la misma, se requiere la presencia de condritis auricular bilateral más la biopsia positiva. Dentro de las opciones terapeuticas, la primera linea se utilizan los AINE, siguiendo con los esteroides por vía oral. El principal esteroide utilizado es la Prednisona. Este se utiliza con dosis de ataque que ocsilan entre 20 a 60 mg por día, luego disminuyendo a una dosis de mantenimiento como lo vemos en dicho caso, donde luego introduce el Metrotexato a una dosis de 17mg al día. La colchicina a 1mg al día controla la condritis y manifestaciones cutaneos que el paciente pueda presentar. El tratamiento de la Policondritis recidivante es incierto hoy en día, ya que esta puede evolucionar espontaneamente, así como puede recidivar luego del mismo. Nuestro caso ha evolucionado a mejoría siguiendo con dosis de mantenimiento de prednisona, metrotexato y colchicina cual fué efectivo.

28. Miscelánea

373

Ultrasonidos tridireccionales para reducción volumétrica corporal. Estudio clínico mediante ecografía

Fernando Urdiales Gálvez[1]
[1]*Instituto Medico Miramar, Málaga, España*

Antecedentes
La familia Accent viene empleándose desde hace más de 15 años en tratamientos de reafirmación y reducción del contorno corporal. La tecnología Accent permite diferentes protocolos con diferentes cabezales unipolares, bipolares, radiofrecuencia pixelada y el nuevo cabezal Ultra en el Accent Prime. El uso y la combinación de estas tecnologías en celulitis y técnicas de modelado corporal no invasivo, se utilizan a diario en nuestras clínicas con resultados muy satisfactorios. Como siempre, el diagnóstico y tratamiento personalizado, es la clave para obtener un buen resultado en la reducción del volumen de grasa, reducir la celulitis en todos los grados, flacidez en todas las áreas de la piel, dando a los pacientes resultados que a veces la cirugía no puede mejorar.

Material y Método.
A un grupo de 10 pacientes mujeres seleccionadas con un promedio de edad entre 49 años y un peso aproximado de 65.8 Kg, promedio del índice de IMC de aproximadamente 26 kg / m2 y promedio de grasa visceral de aproximadamente 7. Todas las mediciones se realizaron con el dispositivo Tanita BF-180 antes y después de los tratamientos.
Todos los pacientes hicieron una dieta normocalórica durante los tratamientos para mantener el peso.
Chison ECO 5 fue el dispositivo de ultrasonido utilizado para controlar la reducción del grosor de la grasa en el área abdominal, utilizando un transductor lineal de 10 MHz.

Resultados
El estudio gráfico ecológico de nuestro grupo de 10 pacientes en el área abdominal. El promedio del grosor del tejido adiposo antes el tratamiento fue de 2.8 cm en este grupo, y el promedio de pérdida después de 2 sesiones entre dos semanas fue de 1.22 cm.

Conclusiones
Estos resultados demuestran que la combinación de Radiofrecuencia Uni / Bipolar con los nuevos ultrasonidos duales produce una reducción manifiesta en la grasa abdominal superficial en solo dos sesiones con el nuevo Accent Ultra Prime.

385

Actualización de métricas alternativas como medida de impacto en revistas dermatológicas

Juliana Ordoñez[1], Daniel G Fernández-Ávila[1], Isabel Cuellar Rios[1], Daniela Patino Hernández[1], Oscar Muños-Velandia[1]
[1]Pontificie Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Introducción:
La disponibilidad de recursos online de bajo costo o gratuitos han permitido la mayor divulgación de la información científica. El número de revistas en dermatología con cuentas activas en redes sociales es desconocido, así como el impacto de las publicaciones de acuerdo a los índices de actividad en redes sociales. El presente estudio busca describir el número de revistas en dermatología con cuentas activas en redes sociales, así como establecer el grado de correlación entre el impacto de las publicaciones científicas y variables de presencia en redes sociales.

Material y métodos:
Se consultaron las revistas científicas de dermatología en la página de scimago (www.scimagojr.com). Se extrajeron variables asociadas al impacto de las mismas, el uso de redes sociales y características asociadas (número de seguidores, tweets, etc). Se realizaron análisis bivariados para definir si hubo diferencias entre las revistas con y sin red social. Se realizó un análisis global y por subgrupos con el fin de evaluar la correlación entre las métricas, la disponibilidad abierta de la revista o el número de publicaciones.

Resultados:
Se encontraron 119 revistas en la sección de dermatología de las cuales 48 (40,38%) tenían redes sociales. 40 tenían Twitter (33,61%), 27 Facebook (27,35%) y 10 (8,40%) instagram. Se encontró que el índice-h es mayor en las revistas que tenían redes sociales vs las que no ($p<0.05$) . Llamativamente 22 revistas (55%) con redes sociales son Q1 ($p<0.05$) . El SJR fue mayor en las revistas que presentaban redes sociales ($p<0.05$) .Se encontró una moderada correlación entre el SJR y el número de tweets (correlación de Spearman $r = 0.447$) y número de seguidores ($rs= 0,439$ $p<0.05$).

Conclusión:
Existe una correlación positiva entre las métricas alternativas y el uso de redes sociales. Se encontró una correlación positiva entre las métricas alternativas y el uso de redes sociales, particularmente en Twitter, con una tendencia de uso de redes sociales por las revistas pertenecientes al cuartil superior. Por estas razones, el uso de redes sociales podría resultar de utilidad como herramienta para dar a conocer publicaciones biomédicas de las revistas de dermatología.

393

El reto de la ballena azul

Ricardo Ruiz-Villaverde[1], Gracia M García-Lara[1], Jorge Juan Vega-Castillo[1], Angela Ayen-Rodriguez[1], José María Llamas-Molina[1]
[1]*Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

Introducción.
En nuestras consultas podemos encontrar dermatosis que no encajan con el relato facilitado por nuestro paciente o sus padres. La inocencia e ignorancia presentes en la preadolescencia, los hace manipulables dejándose llevar por corrientes adictivas que incitan a practicar conductas arriesgadas. En el siglo XXI, las nuevas tecnologías forman parte de la vida y realidad social de nuestros jóvenes . Las redes sociales son herramienta potente de comunicación y un gran peligro a su vez si no enseñamos a nuestros jóvenes a usarla con prudencia, ya que es imposible frenar la necesidad de estos a estar "conectados".

Caso clínico
Paciente de 11 años de edad que acude a consulta por dos lesiones dérmicas profundas, ovaladas, de unos 3x4 cm de diámetro en cara anterior del tercio medio de ambas piernas, sangrado activo en sabana, no infectada, de cinco días de evolución. Interrogado inicialmente lo atribuye a una caída en bicicleta.

Al reinterrogarlo separado de sus padres descubrimos que se había autolesionado con la ayuda de su primo, con desodorante y un mechero para obtener una marca en la piel. Relatan que este hecho forma parte de un juego de desafío:" El reto de la ballena azul". Tras las curas pertinentes la piel resultante ha quedado atrofica y esta en evaluacion por Salud Mental en nuestro centro

Conclusión
"La Ballena Azul" es un reto difundido a través de redes sociales en el que el "guardián" o "curador exige al participante (la "ballena azul") que realice pruebas de especial dureza física, hasta completar un total de 50 niveles, consistiendo el último en saltar de un edificio alto, lanzarse bajo un tren o ahorcarse. En el ecuador del juego hay una prueba consistente en que el "guardián" le indica a la "ballena azul" la fecha de su muerte, que debe aceptar, debiendo continuar con las pruebas hasta culminar la última, perdiendo la vida. Estos pacientes requieren un correcto abordaje multidisciplinar implicando una correcta anamnesis mas allá del problema estrictamente dermatologico.

471

Formación de la primera unidad interdisciplinaria de dermatología genital masculina en Latinoamérica: nuestros primeros 3 años y 215 casos en el Hospital de Clínicas de Montevideo

Jorge Andrés Navarrete Cabello[1,3], Juan Manuel Hernández[2], Joaquín Cristi[3], Ignacio Eltit[3], Astrid Guillones[1], Patricia Kutscher[1], Virginia Oberti[1], Annie Arrillaga[1], Rodrigo Della Santa[1], Cecilia Fernández[1], Pilar Echenagusía[1], Tamara Sosa[1], Andrea De Cunto[1], Levín Martínez[2], Magdalena Vola[1], Caroline Agorio[1]
[1]Hospital de Clínicas Manuel Quintela, Cátede Dermatología, Montevideo, Uruguay, [2]Hospital de Clínicas Manuel Quintela, Cátede Urología, Montevideo, Uruguay, [3]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: Durante el primer semestre de 2016 creamos una unidad interdisciplinaria en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela (Montevideo), con el objetivo de evaluar semanalmente pacientes con dermatosis del área genital masculina. La experiencia fuera de Latinoamérica es extensa, sin embargo, hasta el momento no contábamos con un centro de referencia en nuestro continente. Objetivo: Describir las características epidemiológicas y diagnósticos de los primeros 215 pacientes atendidos en nuestra "Unidad de Urodermatología".

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en nuestra unidad desde su inicio en julio 2016 hasta julio 2019. Los datos se registraron en planillas, se adjuntaron a su ficha, y fueron procesados confidencialmente, con su consentimiento.

Resultados: En 3 años se atendieron 215 pacientes, contando controles: 500 consultas. Mediana de edad: 40 años (rango: 12-90). 72% procedían de Montevideo, 28% de otras localidades. 63% provenían de nuestro hospital, y 37% desde otros centros. 44% fueron derivados desde servicios de urgencia, 31% desde urología, 18% desde dermatología, y 7% desde otras especialidades. Dentro de los motivos de consulta y diagnóstico, un 28% correspondieron a ITS, 64% no-ITS, y 8% tuvieron ambas. Del total de la muestra, las dermatosis inflamatorias (ej: liquen escleroso, liquen plano, balanopostitis) corresponden a un 57%, las entidades tumorales malignas (ej: carcinoma intraepitelial, carcinoma invasor, sarcoma de Kaposi) un 6%, y otras entidades (ej: variante anatómica normal, tumores benignos) un 10%. 88% no eran postectomizados, 9% fueron postectomizados en adultez, y 3% postectomizados en infancia.

Conclusiones: Nuestros datos (edad, diagnósticos) son comparables con centros de referencia internacionales. Llama la atención nuestra mayor casuística de ITS (28% vs. 3.8-9%), quienes debieran ser resueltos en atención primaria, dermatología general, o unidades de ITS. Destacamos que la cantidad de pacientes postectomizados en nuestra muestra era notoriamente inferior que en otras series (12% vs. 18-25%), atribuible a razones culturales.

502

Efectividad y seguridad de una innovadora plataforma de depilación que aprovecha los beneficios de la combinación de tres longitudes de onda

Pablo Naranjo Garcia[1], Rodolfo López Andrino[1], Carlos Gómez Gonzalez[1]
[1]Clinica Elite Laser, Madrid, España

Antecedentes: la depilación láser es uno de los procedimientos estéticos más populares. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de una nueva plataforma con tres longitudes de onda simultáneas (1064 nm, 810 nm, and 755 nm), incluidas en un solo aplicador.

Métodos: se llevó a cabo un estudio prospectivo que incluyó un tratamiento completo de depilación de cuatro sesiones, con un intervalo de seis semanas entre cada una de ellas. Se realizó una visita de seguimiento a los tres meses de la última sesión de tratamiento.

Resultados: en el estudio participaron 22 hombres con una edad media de 41.5 años (DE 6.1; rango 34-54 años). Respecto al tipo de piel (según Tipo de piel de Fitzpatrick), dos pacientes tuvieron piel de tipo II (9.1%), 19 de tipo III (86.4%) y uno de tipo IV (4.5%). Las áreas tratadas fueron el abdomen en tres pacientes (14%), la espalda en 14 pacientes (64%) y el tórax en cinco (23%). Tres meses después de la última sesión se observó una disminución media en el recuento de cabello del 75,6% (DE 5,9) (p <0,0001); en la densidad del cabello del 75.6% (SD 5.9) (p <0.0001), en el número de cabellos anágenos del 83.3% (SD 20.7) (p <0.0001), de cabellos telógenos del 61.4% (SD 20.9) (p < 0.0001), de cabellos terminales del 60.1% (SD 55.0) (p <0.0001), y en el recuento del vello del 39.7% (SD 72.9) (p = 0.0001).

Conclusión: La combinación de los tres láseres con diferentes longitudes de onda en un solo dispositivo permitió un incremento de su absorción y penetración, objetivándose un resultado seguro y efectivo.

556

Uso de láser Neodimio Yag Q-Switched en el tratamiento de una mancha café con leche

Johanna Tatiana Marcillo Alvarez[1], Nuria Rodríguez-Garijo[1], AlejanTomás-Velázquez[1], Ángela Estenaga Pérez de Álbeniz[1], Javier Antoñanzas Pérez[1], Leyre Aguado Gil[1]
[1]Departamento de Dermatología Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

INTRODUCCIÓN
Las manchas cafés con leche (MCCL) son máculas planas de color café claro a oscuro, pigmentación uniforme y bordes irregulares; debidas a una acumulación de melanina a lo largo de la unión dermo-epidérmica. Es un trastorno pigmentario que se presenta frecuentemente en la población sana; en recién nacidos y en niños de edad escolar. A pesar de ser de naturaleza benigna, pueden causar inquietud en los pacientes debido a temas estéticos por su localización. Se han reportado en la literatura tratamientos de MCCL usando varios tipos de láser, con eficacias variables y en algunos casos siendo refractarias al tratamiento. Se expone un caso de una MCCL en región facial tratada con láser Nd- YAG Q-Switched (QS), con seguimiento a largo plazo (6 años).

CASO CLÍNICO
Mujer de 11 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés y sin alergias medicamentosas conocidas (alergia al polen de gramíneas). Acudió a revisión por una mancha en región facial desde el nacimiento, que no había sido tratada previamente. En la exploración presentaba una mácula pigmentada sin atipia y bordes irregulares en región facial (4× 3 cm). No se objetivaron otros hallazgos en la exploración física. Desarrollo psicomotor y neurológico normal. La analítica básica no fue necesaria. Con la anamnesis y exploración física se diagnostica mancha café con leche. Se realiza tratamiento con láser Nd-Yag QS 1,8- 2 J/cm2, 3 mm, 532 nm, 9 sesiones a lo largo de 6 años, con lo que se consigue gran mejoría con respecto al aspecto de la lesión inicial. La paciente refiere mejoría con cada sesión, y aunque pasados los meses, nota leve empeoramiento, el aspecto es claramente mejor que al inicio, sin ninguna cicatriz.

CONCLUSIONES
Se han utilizado varias modalidades de láser para tratar las MCCL, tales como el láser de vapor de cobre, Nd: YAG, láser de rubí QS, láser de alejandrita QS, laser erbio-YAG y láser de colorante pulsado, con una incidencia del 15% al 41% de despigmentación o cicatriz. Se ha descrito el tratamiento con láser Nd: YAG QS (a 1064 nm y a 532 nm) con resultados a corto plazo, pero no se ha reportado en la literatura el seguimiento a largo plazo. Este caso muestra el resultado a largo plazo (6 años) de una MCCL en la región facial tratada con láser Nd:Yag QS. . El tratamiento con este láser ha demostrado un buen resultado clínico en la zona tratada, aunque pueden ser necesarias varias sesiones para mantener la mejoría a largo plazo.

Palabras clave: miscelánea, Terapia con láser

578

Síndrome de Sweet, secundario a Parvovirus: Una etiología poco frecuente

Julieta Roxana Brusa[1], Ana Luisa Gallmann[1], María Noelia Andrade[1], Valeria Elizabeth Rossello[1], María Susana Gómez Zanni[1], María Verónica Reyes[1], María Julia Blanzari[1], Andrés Guidi[1], Mariana Beatriz del Valle Papa[1]
[1]*Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina*

Introducción: El Síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda es un trastorno inflamatorio poco frecuente. Si bien, patogenia aún no se ha dilucidado, se cree que es el resultado de una reacción de hipersensibilidad, asociado a patología infecciosa, tumoral, autoinflamatoria, fármacos y autoinmunitaria.

Caso Clínico:Paciente de sexo femenino, de 54 años de edad, con antecedentes patológicos de tiroiditis no medicada, artrodesis de columna, histerectomía, tabaquista de 10 paquetes año. Refería faringitis y síndrome febril de 5-10 días previo a la consulta, por lo que se automedicó con antibióticos vía oral (VO). Consultó por presentar rash máculo-papular eritematoso, que confluían en napa, en algunas zonas con aspecto pseudovesícular localizadas en rostro, tronco, miembros superiores e inferiores, con compromiso de palmas y plantas, dolorosas, asociado a astenia, artralgias, adenopatías submaxilares, axilares e inguinales y bradicardia por lo cual se la internó para estudio y tratamiento. Se les realizó biopsia cutánea con estudio histopatológico compatible con Síndrome de Sweet y se le solicitó laboratorio completo, con ferritina, serología para virus y bacterias atípicas, perfil reumatológico, perfil tiroideo, LDH, hemocultivos y radiografía de tórax. Se evidenció pancitopenia, aumento de reactantes de fase aguda y de transaminasas e IgM positiva para parvovirus B19. Se interconsultó al servicio de infectología, hematología, gastroenterología, cirugía de tórax, cabeza y cuello y ORL y se descartó síndrome paraneoplásico y aún continúa en seguimiento con servicio de oncología. Cumplió 5 días de tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam, levofloxacina y dexametasona 8 mg cada 8 hs endovenoso, continuando alta con meprednisona 40 mg día VO en dosis decrecientes con buena respuesta y mejoría de parámetros de laboratorio.

Conclusión:Presentamos una patología poco frecuente, con una forma de presentación atípica, y la asociación etiológica con parvovirus, de los cuales hay pocos casos descritos en la literatura. Recalcando la importancia del trabajo multidisciplinario, así como el seguimiento clínico y analítico del paciente a lo largo del tiempo.

587

Tratamiento de líneas de expresión con una solución inyectable intradérmica con el péptido biomimético acetil hexapéptido-8 más idebenona

Ramon Pigem, Sebastian Podlipnik, Dilyana Stoeva
[1]Centro médico Salud, Barcelona, España, [2]Hospital Clinic, Barcelona, España, [3]Clinical Research Organisations RAMUS, Sofia, Bulgaria

Introducción:
El presente estudio (1) tiene como objetivo evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con inyecciones intradérmicas del péptido biomimético acetil hexapéptido-8, más idebenona y AH no reticulado en el tratamiento de líneas de expresión. El acetil hexapéptido-8 tiene una estructura similar a la proteína SNAP-25, compite con esta molécula en la unión al complejo SNARE, inhibiendo la exocitosis de acetilcolina y previniendo la contracción muscular (2,3), por lo que es un principio activo que hipotéticamente pueda reducir las líneas de expresión. La idebenona es una molécula análoga a la enzima CoQ10, protege las membranas celulares y el ADN (4), inhibe las metaloproteinasas, previniendo la degradación del colágeno (5).

Material y métodos:
Entre agosto y diciembre de 2018, previa validación por un Comité Ético, se realizó un ensayo clínico prospectivo independiente con 40 voluntarios (1) con edades comprendidas entre 35 y 65 años, con arrugas grado 2 de la escala Wrinkles Severity Ranking Scale (WSRS) y grado I – III de la escala Glogau, sin alergias conocidas a los componentes de los productos del estudio. El tratamiento consistió en 5 sesiones de intradermoterapia con intervalo de 15 días entre sesiones en todo el rostro, haciendo énfasis en tercio superior de rostro. En cada sesión se administró 1 vial de solución (2ml) con acetil hexapéptido-8, idebenona y ácido hialurónico no reticulado de 15 mg/ml a los voluntarios mediante la técnica intradérmica trazante y punto a punto. La dosis usada en el lugar de inyección fue entre 0,02 y 0,05 ml, a profundidad entre 0.5 y 4 mm dependiendo del lugar del rostro. Los métodos de valoración empleados en las visitas de control fueron; registro fotográfico, escalas GAIS y WSRS, encuesta de satisfacción del paciente y registro de la frecuencia y gravedad de las posibles reacciones adversas.

Resultados:
Con los datos recogidos se analizó estadísticamente mediante test de Wilcoxon con el que se obtuvo que la reducción de las arrugas fue estadísticamente significativa en todos los pacientes ($P<0,001$) al finalizar el tratamiento. El 92% de los pacientes realizaría el tratamiento de nuevo. Fue un tratamiento eficaz y seguro, solo se presentaron reacciones adversas leves y transitorias de resolución espontánea.

Conclusiones:
Los resultados del estudio demuestran que la administración de esta solución intradérmica es eficaz y segura para el tratamiento de líneas de expresión, el fotoenvejecimiento y la prevención del daño foto-inducido, ofreciendo un tratamiento innovador al actuar sobre los mecanismos celulares clave que se ven alterados durante el proceso de envejecimiento.

590

Corrección de arrugas gravitacionales y redensificación de tejidos mediante la administración intradérmica de palmitoil tripéptido-5 y acetil tetrapéptido-9

Ramon Pigem[1], Ramón Pigem, Serban Rosu
[1]Hospital Clinic, Barcelona, España, [2]Dermus, Barcelona, España, [3]Clinical Research OPERA, Timisoara, Rumania

Introducción:
Mediante este estudio(1) se evaluó la eficacia y seguridad de la administración intradérmica del palmitoil tripéptido-5, acetil tetrapéptido-9 y ácido hialurónico no reticulado en la corrección de arrugas gravitacionales y pérdida de densidad de los tejidos faciales.
Los péptidos biomiméticos son compuestos, cuya estructura de aminoácidos es análoga a las proteínas reguladoras, esto les permite interactuar con los receptores biológicos mimetizando su función(2). El palmitoil tripéptido-5 tiene una secuencia análoga a TSP-1 ha demostrado ser un fuerte activador de TGF-β, el cual interviene en la síntesis de las proteínas esenciales de la MEC. Se ha demostrado que el nivel de TGF-β está relacionado con el nivel de estrógenos por tanto disminuye en mujeres que se encuentran entre la fase peri y postmenopausica(3). Uno de los papeles del acetil tetrapéptido-9 es la estimulación de la síntesis de lumican(4), proteoglicano responsable de la unión eficiente de las fibras de colágeno. La administración intradérmica de la combinación de estas dos moléculas junto con ácido hialurónico permite ofrecer una solución efectiva para estimular las principales vías de regeneración y reparación de la dermis mediante mecanismos biológicos. También supone una solución para las mujeres entre la fase peri y postmenopausia con el fin de aumentar el nivel de TGF-β.

Material y métodos:
Entre octubre de 2018 y febrero de 2019 se llevó a cabo un estudio clínico con 40 voluntarios de entre 35 y 65 años, con arrugas de grado III en la escala WSRS y grado III-IV en la escala de Glogau.
El tratamiento fue aplicado en 5 sesiones, con intervalo de 15 días entre sesiones, mediante múltiples inyecciones superficiales intradérmicas utilizando la técnica de inyección trazante y punto a punto, usando aguja 30 G x ½ y 30 x 4 mm. Se administró un vial de 2 ml de la solución vía intradérmica en cada sesión, con dosis por punto de inyección de entre 0,02 y 0,05 ml.
La evaluación clínica se realizó mediante la valoración de la evolución en las escalas GAIS / WSRSi y registro fotográfico en visita inicial y transcurridos 7 días de la finalización del tratamiento. Se evaluó la satisfacción del paciente mediante encuestas y se registraron las posibles reacciones adversas.

Resultados:
Mediante valoración de los datos con test estadístico de Wilcoxon, se evidenció una mejoría estadísticamente significativa en la corrección de arrugas en el 97% de los casos ($P<0,0001$). Además, estudios de los resultados obtenidos con nuestros estudios in vitro de fibroblastos humanos con palmitoil tripéptido-5 demostraron una excelente respuesta en la síntesis de colágeno (+116%) (5)

Conclusiones:
La administración de la solución intradérmica con péptidos biomiméticos de este estudio demostró gran eficacia en el tratamiento de las arrugas gravitacionales, favoreciendo los mecanismos biológicos de redensificación que se ven alterados por la disminución del nivel de estrógenos y otros factores característicos del proceso de envejecimiento. Por esta razón, este tratamiento está especialmente indicado para mujeres que se encuentran entre la fase peri y postmenopausia con el fin de recuperar sus niveles de TGF-β.

593

Corrección de las arrugas perioculares externas, surcos palpebromalar y nasoyugal con ácido hialurónico reticulado 15 mg/ml

Gabriel Ayala[1], Ramón Pigem
[1]*Aesthetic Medicine & Anti-aging, Estocolmo, Sweden,*
[2]*Centro Medico de Salud, Barcelona, España*

Introducción
El envejecimiento del rostro se caracteriza por arrugas superficiales y cambios visibles de sus componentes estructurales (grasa subcutánea, músculo, fascia y hueso).(1) La estructura ósea sufre cambios de pérdida y expansión de volumen así como atrofia. En el caso de la zona ocular, la órbita aumenta de tamaño (2) y la distribución de la grasa subcutánea se ve alterada. Estas modificaciones anatómicas producen problemas estéticos otorgando al paciente un aspecto cansado. En la zona periorbital, los más comunes son las arrugas perioculares externas, ojeras y bolsas, surcos palpebromalar, nasoyugal. El ácido hialurónico reticulado puede compensar la disminución de volumen de las estructuras faciales, por lo que el relleno dérmico puede disimular las alteraciones anatómicas y rejuvenecer el aspecto del paciente.

Material y métodos
Entre septiembre de 2018 y 2019 se realizó un estudio con 16 voluntarios entre 25 y 65 años de edad, que presentaban arrugas perioculares externas, bolsas u ojeras hundidas, surcos palpebromalar y/o nasoyugal.
Se inyectó ácido hialurónico reticulado de 15 mg/ml, se inyectó mediante técnica biplanar, en el plano subdérmico y supra perióstico. Se emplearon dosis entre 0,1-0,3 ml en trazado y/o bolus profundo. Para arrugas perioculares externas, se empleó una dosis similar en cada lado tratado y se administró el producto mediante la técnica transversal, con opción de finalizar con trazante retrógada. Los métodos de evaluación fueron el registro fotográfico, ecográfico y datos sobre seguridad, así como encuestas de satisfacción de los pacientes y del investigador.

Resultados
A los 120 días los pacientes apreciaron; mejoría apreciable/evidente de las arrugas finas en el 94% de los voluntarios tratados, de la reducción de las bolsas en los párpados en el 88%, del surco nasoyugal en el 87% y del surco palpebromalar en el 93%. Esta eficacia fue superior que la de los 15 días, probablemente porque el relleno dérmico introducido en el supra periostio corrige las alteraciones anatómicas producidas por el envejecimiento intrínseco, por lo que este tratamiento no solo sería una solución inmediata de relleno de volumen, sino también una forma de atenuar los signos del envejecimiento desde su origen. El implante de ácido hialurónico mostró un patrón vacuolar en casi todos los casos que con el tiempo se convirtió en un patrón algodonoso, lo que demuestra la neoformación de tejido fibroso, y por tanto estaría aminorando estas deficiencias anatómicas. El 100% de los voluntarios consideró que el tratamiento fue perfectamente tolerable y los efectos cutáneos locales, como edema y eritema, se resolvieron espontáneamente.

Conclusiones:
El protocolo y las técnicas descritos resultan ser muy eficaces y seguros para corregir las arrugas perioculares externas y los surcos nasomalares y nasoyugales con el ácido hialurónico reticulado de 15 mg/ml estudiado.

598

Telangiectasia macular eruptiva Perstans familiar

Milvia Alasino[1,2], Jorgelina Vidal[1,2], Yamila Murga[1,2], Lorena Flores[1,2], SanZaccaria[1,2], Nelson Driban
[1]Hospital Español de Mendoza, Mendoza, Argentina, [2]Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

INTRODUCCION
La telangiectasia macular eruptiva perstans (TMEP) es una forma rara de mastocitosis cutáneas (MC). Si bien tiene presentación clínica y aspecto histológico peculiares, ha sido removida como entidad separada de la clasificación de MC de la Organización Mundial de la Salud. Típicamente se presenta en adultos y de forma esporádica. Presentamos un caso de TMEP familiar

CASO CLÍNICO
Paciente de 38 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos. Consulta por presentar lesiones ocasionalmente pruriginosas de 5 años de evolución. Las mismas estaban localizadas en la región pre esternal, cuello, espalda, y parte proximal de miembros superiores. Se observaban como máculas pardo rojizas con telangiectasias. El signo de Darier fue negativo. Con el dermatoscopio de luz polarizada se evidenciaron vasos ramificados con un fondo de pigmentación marrón clara y visibilidad de las aperturas ecrinas en forma de puntos blancos. El resto del examen físico fue normal.
El estudio histopatológico de las lesiones, con técnicas de hematoxilina esosina y azul de toluidina, reveló: hiperpigmentación de la capa basal de la epidermis. En dermis, vasos capilares dilatados, de endotelios normales, rodeados por discreto infiltrado de linfocitos y mastocitos. Éstos últimos se encontraban aumentados en número pero sin atipias.
Además, la paciente refirió que su madre y tía materna presentaban cuadros clínicos similares, que habían comenzado en la tercera década de la vida.
Con la clínica, los antecedentes familiares y la histología, se llegó al diagnóstico de TEMP familiar. Los estudios complementarios realizados (hemograma, dosaje de triptasa sérica y radiografías) resultaron normales, por lo que se realizó tratamiento sintomático y control periódico.

CONCLUSIÓN
La presentación familiar de MC es infrecuente y se ha observado mayormente con herencia autosómica dominante de penetrancia incompleta. Si bien se ha descrito formas familiares de todos los tipos de MC, la TEMP familiar es extremadamente rara, existiendo escasos reportes a la fecha.
Tradicionalmente se ha considerado que la TEMP tiene baja tendencia a progresión sistémica por lo que se le restaba importancia. Actualmente, algunos autores han informado manifestaciones sistémicas en un alto porcentaje de los casos e incluso formas sistémicas agresivas. Esto sugiere que el diagnóstico temprano de esta entidad es crucial para el grupo de pacientes que presentan riesgo de enfermedad sistémica.
El reconocimiento temprano de la patología por el dermatólogo, el examen físico completo, el análisis histopatológico y el dosaje de triptasa son los pilares del abordaje inicial en estos pacientes, ya que la TEMP puede ser el primer signo de mastocitosis sistémica.

627

Complicaciones severas de la enfermedad de Marfán, rol del dermatólogo

Pía Chahuán Miranda[2], **Marco Chahuan Miranda[1]**, Marco Chahuan[1], Héctor Fuenzalida Cruz[1]
[1]Universidad de Santiago, Santiago, Chile, [2]Cesfam Gustavo Molina, Santiago, Chile

Introducción: Se presenta caso clínico de paciente con Sd. Marfán, que debido a sus complicaciones cardiovasculares es de vital importancia para el dermatólogo general saber sus hallazgos clínicos y cutáneos y así pueda sospecharla y derivar a tiempo.

Caso clínico: Paciente femenino 50 años con antecedentes de cifoescoliosis severa, osteoporosis, gonartrosis bilateral moderada, consulta en la urgencia por dolor precordial EVA 10/10 irradiado a brazo izquierdo y dorso, luego comienza con disnea progresiva, se toma electrocardiograma que informa ondas T simétricas invertidas en pared inferior. Dentro de los exámenes de ingreso destaca CK-total en 110 U/L, hematocrito 29%, hemoglobina 8.9 mg/dl. Por baja tolerancia al dolor se inicia morfina ev y se hospitaliza. A su ingreso presenta mucosas pálidas, soplo abdominal con estrías blancas, asimetría de pulsos en las 4 extremidades, pectum carinatum e hiperlaxitud articular con desviación articular de IFD. Se inicia nitroglicerina y beta bloqueador en BIC. Ecocardiograma muestra ventrículo de tamaño y grosor conservados, velos valvulares con reflujo leve polivalvular. Angio TC muestra disección aórtica tipo B que se extiende a nivel suprarrenal. Se somete a cirugía donde se instala endoprótesis aórtica más stent de arteria renal. Posteriormente de forma ambulatoria se solicita CPO estómago esófago duodeno que impresiona hernia hiatal con ascenso total del estómago hacia el tórax (tipo 3), en espera de evaluación por cirugía. Es evaluada por dermatología y reumatología quienes sospechan y posteriormente confirman diagnóstico de síndrome de Marfán.

Conclusiones: El síndrome de Marfán es una enfermedad provocada por una mutación heterocigota en el gen que codifica la fibrilina – 1 y es transmitida de forma autosómica dominante. Es una de las enfermedades del tejido conectivo más frecuentes en el que la matriz del colágeno se encuentra afectada, manifestándose en aquellos sistemas u órganos que la contienen en mayor concentración tales como el cardiovascular, esquelético, duramadre, ocular, piel y pulmón. La expectativa de vida en la enfermedad de Marfán, dada principalmente por el pronóstico cardiovascular, aumenta exponencialmente en los últimos años hasta los 72 años aprox. En relación a las manifestaciones cutáneas, solo se describen estrías atróficas sin relación a baja de peso o embarazo y hernias abdominales recurrentes. La disección aórtica es la causa principal de mortalidad en estos pacientes hasta la introducción del tratamiento con beta bloqueadores de forma precoz y la cirugía de la aorta. La naturaleza multisistémica de la enfermedad requiere un manejo multidisciplinar.

638

Notalgia parestésica: a propósito de dos casos clínicos

Carolina Medina[1], Manuela Dittman[1], Mariela Hortazo[1], Marina Amigo[1], Adrian Schetjman[1]
[1]*Hospital Raúl F. Larcade, San Miguel, Argentina*

CASO CLINICO 1
Paciente de sexo femenino, 68 años de edad, nacionalidad argentina, sin antecedentes personales, acude a la consulta por prurito intenso en región escapular izquierda, de un año de evolución. Al examen físico de observa mácula hiperpigmentada de color marrón-café, de cinco a seis centímetros de diámetro.
Nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales como pitiriasis versicolor, hiperpigmentacion postinflamatoria, dermatitis de contacto y notalgia parestesica.
Se realizó biopsia de piel que se evidencia infiltrado perivascular, melanofagos en dermis superficial con diagnóstico notalgia parestésica, espinograma que se evidencia desviación del eje y convexidad hacia el lado izquierdo a nivel de D12
Se instaura tratamiento con pregabalina 75 mg dia.

CASO CLINICO 2
Paciente de sexo masculino, 75 años de edad, nacionalidad argentina, con antecedentes personales de diabetes no controlada que acude a la consulta derivado del servicio de neurocirugía por cuadro clínico de un año de evolución, caracterizado por prurito intenso. Al examen físico se evidencia una mácula hiperpigmentada de color marrón, con signos de excoriación debido al prurito, ubicada en región dorsal medial del eje espinal. Se piden exámenes complementario dentro de los cuales encontramos un análisis de laboratorio con glicemia de 147, urea 51, creatinina 82. En el espinograma se evidencia una escoliosis cervical y lumbar. Se realiza una biopsia de piel que demuestra una epidermis con acantosis irregular, papilomatosis e hiperpigmentación de la basal. Concluimos entonces que junto con la clínica, la histopatología y relacionando con los resultados del espinograma llegamos al diagnóstico de notalgia parestésica. Se instala tratamiento vía oral con gabapentina 300mg/dia

DISCUSION
La notalgia parestésica es una condición neurocutánea que se manifiesta en la piel; compromete el área dermatomérica entre D2 y D6, y se caracteriza por la presencia de prurito y/o parestesias en la zona escapular con hiperpigmentación. Se le atribuye a una lesión secundaria por la compresión de los nervios espinales que emergen entre D2 Y D6. Puede afectar a personas de cualquier edad y de ambos sexos, siendo más frecuente en mujeres. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y la biopsia suele no ser determinante. Existe gran controversia en cuanto al tratamiento que puede ser tópico a tratamientos sistémicos (antihistamínicos, corticoides, neurolépticos, la gabapentina) que han demostrado buenos resultados.

CONCLUSIONES
Es una patología infrecuentemente descripta en la literatura, sin embargo es muy frecuente en la consulta tanto dermatológica como neurológica, por lo que la consideramos subdiagnosticada. Resaltamos la importancia que presenta su relación con los trastornos del eje espinal. Además destacamos la indiferencia de determinadas especialidades (neurocirugía) ante el desconocimiento de esta relación. A pesar de esto, consideramos de suma importancia el manejo interdisciplinario con neurología y diagnostico por imágenes.
Los Autores declaran no tener conflictos de intereses.

669

Síndrome de Netherton y cáncer de piel no melanoma

David Alfredo Castillo Molina[1], Paula Andrea Chacón Jaramillo[1], Melissa Cantillo Avilez[1], Zamira Paola Vargas Caycedo[1], Jesús Daniel Fierro Lozada[1], Marcela Duran Torres[1], María Juliana Sanchez Zapata
[1]*Funinderma, Bogota, Colombia*

Introducción: El síndrome de Netherton (SN) es una genodermatosis de herencia autosómica recesiva debido a mutaciones en el gen SPINK5 que codifica para la proteína inhibidora de la serinproteasa, llamada LEKTI. La ausencia de LEKTI conduce a defectos en la barrera cutánea y alteraciones del tallo piloso. Se ha reportado que puede ocurrir en 1 de cada 200000 nacidos vivos, y puede generar el 18% de las eritrodermias en recién nacidos. La mayoría de los casos están constituidos por la aparición de ictiosis lineal circunfleja, tricorrexis invaginata y manifestaciones atópicas, lo que conforma la tríada clínica característica. Se ha reportado el desarrollo de neoplasias cutáneas en síndromes con ictiosis congénita, sin embargo hay escasa evidencia en la literatura que relacione el cáncer de piel no melanoma con SN (5). Decidimos presentar este caso clínico por ser una patología altamente infrecuente sin evidencia de reportes de casos en nuestro país Colombia y pocos a nivel mundial.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 50 años con antecedentes de lesiones cutáneas desde la infancia (ictiosis lineal circunfleja, tricorrexis invaginata y dermatitis atópica) sin tratamiento previo. Quien desde hace 3 años presenta múltiples lesiones tumorales en cara y extremidades inferiores. La última inició hace 6 meses, ha crecido progresivamente deformando la pierna izquierda. Se toman biopsias de distintas lesiones las cuales evidencian características compatibles con Síndrome de Netherton y tumor maligno pobremente diferenciado en pierna izquierda.

Conclusiones: El Síndrome de Netherton es una enfermedad rara que se ha asociado de forma poco frecuente con la aparición de cáncer de piel no melanoma, describiendose en la literatura escasos hallazgos que expliquen esta relación. Es por esto que consideramos necesario realizar más estudios a nivel mundial y nacional en búsqueda de asociaciones entre estas dos entidades.

679

Primer estudio de prevalencia de postectomía neonatal en Uruguay y Chile: introducción del término "síndrome del prepucio disfuncional" como determinante en diagnósticos urodermatológicos

Gonzalo Hevia[1], Ignacio Eltit[1], Joaquín Cristi[1], Jorge Navarrete[1,2], Caroline Agorio[2]
[1]Facultad de Medicina Clínica Alemana Santiago - Universidad Del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile, [2]Hospital de Clínicas Manuel Quintela, Cátede Dermatología, Montevideo, Uruguay

Introducción: La postectomía neonatal ha sido adoptada como práctica rutinaria por diversas culturas. Si bien se ha estimado que las menores tasas se encuentran en Sudamérica, la prevalencia de esta práctica en Chile y Uruguay no ha sido aún estudiada. Morris et al. (2016) procuraron calcular la tasa de postectomía a nivel mundial, estimando -en base a influencia religiosa y cultural- un 0.62% para Uruguay y 0.21% para Chile. El término "prepucio disfuncional" -acuñado por el Christopher Bunker (Reino Unido)- hace alusión a un conflicto entre esta estructura con el glande subyacente. Se considera causa necesaria para la etiopatogenia de múltiples motivos de consulta en urodermatología, desde entidades inflamatorias benignas, hasta neoplasias invasoras. Objetivo: Determinar la prevalencia de postectomía neonatal en Uruguay y Chile, así como analizar su correlación con los diagnósticos asociados al "síndrome de prepucio disfuncional".

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, con recolección prospectiva de datos. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en la Unidad de Urodermatología del Hospital de Clínicas de Montevideo (Uruguay) desde julio 2016 hasta julio 2019, así como todos los hombres atendidos en la consulta privada de uno de los investigadores subespecializado en urodermatología en Santiago (Chile) desde agosto 2019 hasta marzo 2020. Los datos se registraron en planillas, y fueron procesados confidencialmente, con su consentimiento. Se consideraron como vinculados al "síndrome de prepucio disfuncional" los siguientes diagnósticos: balanopostitis, balanitis de Zoon, liquen escleroso, fimosis de causa desconocida, y carcinoma espinocelular (in situ e invasor) bien diferenciado o sin evidencia de HPV a la histopatología.

Resultados: En la cohorte uruguaya de 215 hombres, 2 (0.93%) habían sido postectomizados al nacer. En la cohorte chilena, 2 de 224 (0.89%). En Uruguay, 65/215 (30.23%) del total de pacientes presentaban un diagnóstico vinculado al "síndrome del prepucio disfuncional", mientras que en Chile 6/224 (2.68%). Del total, 0/4 (0%) de los pacientes postectomizados al nacer presentaron patologías vinculadas al "prepucio disfuncional".

Conclusiones: Estimamos que la prevalencia de postectomía en Chile y Uruguay es menor al 1%. Nuestros resultados se encuentran limitados por el acotado número de pacientes, y por sesgo de selección (mayor derivación de motivos de consulta urodermatológicos). Estos valores son notoriamente inferiores a lo reportado en países angloparlantes, como el Reino Unido (20.7%), Australia (26.6%), y Estados Unidos (71.2%), de donde proviene la mayor parte de la bibliografía disponible en urodermatología. Destacamos que los 4 pacientes que habían sido postectomizados al nacer se encontraron libres de patologías vinculadas al "prepucio disfuncional", como era de esperar. La prevalencia latinoamericana de "prepucio disfuncional" sería notoriamente mayor en nuestro continente, por lo que se debe invertir la relación actual, y potenciar la investigación en esta área desde nuestro medio hacia el resto del mundo.

680

Liquen escleroso genital masculino: serie de 36 pacientes

Astrid Guillones Muñoz[1], Jorge Navarrete[1,2], Juan Manuel Hernandez[1], Magdalena Vola[1], Caroline Agorio[1]
[1]Hospital de Clínicas Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, [2]Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción
El liquen escleroso genital masculino (LEGM) es una enfermedad inflamatoria de semimucosa genital, de carácter adquirido y evolución crónica. Representa entre un 7-31% de los motivos de consulta en Unidades de Urodermatología en otros países, con un peak de incidencia en la 3ra década de vida. Su etiopatogenia se debe a oclusión de orina en un contexto inflamatorio. En hombres, las lesiones extragenitales afectan a <1%. El tratamiento de primera línea es con corticoides tópicos ultrapotentes (eficacia hasta 76%), con eventual postectomía (curación en 90-100%) según el caso. Se ha reportado transformación maligna en 0-12.5%. Objetivo: Describir nuestra casuística de LEGM y sus aspectos clínico-epidemiológicos, con una aproximación terapéutica.

Materiales y métodos
Estudio observacional, descriptivo, con recolección prospectiva de datos. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de LEGM evaluados en la Unidad de Urodermatología del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay, en el período comprendido entre julio 2016 y septiembre 2019. Los datos se registraron en planillas, y fueron procesados confidencialmente, con su consentimiento.

Resultados
Un total de 230 pacientes fueron evaluados en la Unidad de Urodermatología, de los cuales 36 (15.7%) fueron diagnosticados con LEGM. La mediana de edad de fue de 68 años (rango: 12-96). Se realizó confirmación histopatológica en 16 casos (44%). El tiempo de evolución relatado por los pacientes tuvo un promedio de 5 años (rango: 1 mes a 30 años). 80% tenían más de 1 año de evolución.
34 de 36 (94.4%) tenían compromiso restringido a glande, surco balanoprepucial, y cara interna de prepucio. 1 paciente con hipospadia presentó adicionalmente compromiso de tallo peneano ventral. 1 paciente presentó liquen escleroso extragenital a nivel de abdomen (confirmado con biopsia). En la primera evaluación, 25% requirieron tratamiento concomitante por sobreinfección y un 36% de los pacientes ya se encontraban postectomizados. El 100% se manejó en fases iniciales con corticoides tópicos, y 27% requirieron manejo quirúrgico con postectomía. 6 de 36 (16.7%) fueron resistentes a ambas terapias, y fueron considerados dentro de un protocolo experimental con plasma rico en plaquetas.
2 de 36 pacientes (5.6%) presentaron carcinoma espinocelular concomitante al momento de primera consulta (1 in situ y 1 invasor, ambos diferenciados).

Conclusiones
El LEGM es una entidad frecuente en nuestra Unidad de Urodermatología, con un diagnóstico que suele ser tardío. El hallazgo de lesiones en tallo peneano en un paciente con hipospadia apoya la etiopatogenia del contacto oclusivo con orina. El diagnóstico extragenital en hombres representa un hallazgo aislado e interesante. Es importante su reconocimiento precoz para indicar una terapia tópica, y posiblemente quirúrgica, individualizada y eficaz. El tratamiento con corticoides tópicos y postectomía no logra un 100% de curación en nuestra serie, posiblemente por el largo tiempo de evolución. El seguimiento debe ser estrecho, y es necesario tener un bajo umbral para realizar biopsia de lesiones sospechosas. Se cree que un tratamiento eficaz prevendría esta complicación. Ninguno de nuestros pacientes ha desarrollado carcinomas bajo nuestra observación, sin embargo, reconocemos que hace falta más tiempo de seguimiento para obtener conclusiones más sólidas.

750

Prevalencia de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos (exposoma) del envejecimiento cutáneo en pacientes residentes de la Ciudad de México y área metropolitana

Frida Denise Navarro Rodríguez[1], Martha Alejan Morales Sánchez[1], María Luisa Peralta Pedrero[1], Fermín Jurado Santa Cruz[1], Myrna del Carmen Rodríguez Acar[1], Claudia Camelia Calzada Mendoza[2]
[1]Centro Dermatológico "Ladislao de La Pascua", Ciudad de México, México, [2]Escuela Superior de Medicina-Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México

Introducción: El envejecimiento cutáneo es un proceso celular universal, progresivo y deletéreo del funcionamiento y estructura de la piel. El envejecimiento para su estudio se ha dividido típicamente en dos: el envejecimiento intrínseco o cronológico que tiene que ver con los procesos de oxidación y reducción naturales de cada célula y el envejecimiento extrínseco que se relaciona con el aumento en la producción de radicales libres como respuesta a estímulos ambientales o del estilo de vida, estos factores externos se han denominado componentes del exposoma; el exposoma del envejecimiento cutáneo lo componen la radiación solar, contaminación ambiental, tabaquismo, alimentación, mala calidad de sueño y estrés psicológico. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que componen el exposoma del envejecimiento cutáneo habitantes de la Ciudad de México y área metropolitana.

Material y métodos: Se trató de un estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo en pacientes residentes de la Ciudad de México y área Metropolitana, mayores de 20 años. Se realizó una evaluación dermatológica para establecer el grado de envejecimiento cutáneo, estimación de la exposición a los componentes del exposoma con métodos validados para población mexicana y determinación de marcadores de estrés oxidativo. Resultados: Las lesiones cutáneas de envejecimiento de mayor prevalencia fueron alteraciones pigmentarias, signos de elastosis solar, cambios vasculares y atrofia cutánea. Las variables que explican con significancia estadística el envejecimiento cutáneo fueron la edad y el estrés oxidativo.

Conclusiones: En la Ciudad de México y área metropolitana se observó que la prevalencia de los componentes del exposoma es alta, siendo el estrés oxidativo un factor que favorece el desarrollo de lesiones de envejecimiento cutáneo.

786

Manifestaciones cutáneas en una paciente joven cursando Long COVID

Jocelyne Alcaraz Silva[1,2]
[1]Universidad Anáhuac del Mayab, Mérida Yucatán, México, [2]Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Mérida, Yucatán, México

INTRODUCCIÓN En estos momentos de incertidumbre y enfrentarnos a un virus completamente nuevo, el virus COVID 19, del cual todavía no se sabe varias cosas, hace importante divulgar aquello que sirva para su mejor comprensión, conocimiento y actualización del tema.

CASO CLÍNICO paciente femenino de 38 años de edad que cursa en 09/21 con COVID-19 severo, sin inmunización para COVID 19. Inicia síntomas el 02/09/21 con fiebre mayor a 40°C sin mejora a antipiréticos, tos disneizante, deterioro progresivo de saturación aun con oxígeno a alto flujo con desaturación < 80% en prono, prueba positiva de antígenos 04/09/21, marcadores inflamatorios elevados 07/09/21: Dímero D 1.03 mg/L, Fibrinógeno 423.2 mg/dL, Ferritina 725ng/mL, PCR marcador infeccioso: 30.82 mg/L, Pancitopenia, Elevación de enzimas hepáticas, TAC de TÓRAX: hallazgos compatibles con proceso infeccioso atípico de etiología viral con patrón pulmonar categoría C, moderada. Es trasladada al servicio de urgencias por cuadro de COVID severo, donde se le realiza prueba PCR para COVID 19 el 12/09/21 con resultado POSITIVO. Se le administró durante su estancia CPAP con progreso a puntas nasales, dexametasona 15 días IV, Heparina IM, salbutamol/fluticasona en cámara dispensadora. Estuvo ingresa durante 7 días. A su egreso requirió visitas continuas con neumología, rehabilitación pulmonar quienes le han mantenido prednisona altas dosis con reducción escalonada, fisioterapia pulmonar continúa, pruebas de esfuerzo. Desde su egreso ha permanecido la pérdida de cabello en cantidades excesivas, disnea al mínimo esfuerzo, accesos de tos disneizantes. El día 10/11/21 recibe primera dosis de vacunación para COVID 19. El día 07/12/21 comienza con aparición súbita de lesiones maculares no delimitadas, eritematosas, edematosas, muy pruriginosas, acompañadas de dolor intenso, en la mano izquierda y sus dedos, muslo de extremidad inferior izquierda, cara dorsal de pie izquierdo. Dermatología considera es cuadro sugestivo de complicación post COVID 19 por lo que se suspende los medicamentos utilizados al momento e indica Difenhidramina 50 mg cada 6 hrs. VO. Dicho manejo disminuyo la sintomatología pruriginosa, sin embargo, el dolor y las manifestaciones cutáneas permanecieron 5 días, obteniéndose una remisión total del cuadro sintomático y de las lesiones en piel a los 15 días de tratamiento. Al momento de la aparición de las lesiones la paciente se encontraba tomando Paracetamol, Ibuprofeno para las mialgias dolorosas que persistieron desde septiembre a causa del COVID, Prednisona a dosis altas como parte del manejo de Neumología y Dextrometorfano.

CONCLUSIONES es relevante el caso clínico ya que contribuye a dar sustento a la teoría de posibles complicaciones asociadas en pacientes cursando LONG COVID como la pérdida intensa y desproporcionada de cabello, manifestaciones cutáneas, entre otras. Este caso nos invita a analizar varias teorías: ¿Fueron las manifestaciones cutáneas parte de las complicaciones de COVID presentadas en esta paciente ¿Fue una manifestación post vacunación ¿Fue una manifestación secundaria a uso de tantos medicamentos de manera prolongada o debido a sus dosis altas ¿Influyeron en algo los AINE administrados durante el momento de las manifestaciones cutáneas ¿La remisión del cuadro fue secundario a la difenhidramina o la suspensión de los medicamentos

814

Evaluación de un dermocosmético en sujetos con diátesis alérgica e intolerancia a su tratamiento cosmético habitual

Caroline Le Flo'ch[1], Delphine Kerob[1], Ann' Laure Demessant-Flavigny[1], Guénaëlle Le Dantec[1], Jerry Tan[2]
[1]La Roche Posay Internacional, Levallois-Perret, France, [2]Western University, Department of Medicine and Windsor Clinical Research Inc,, Windsor, Canada

Introducción
La intolerancia a los dermocosméticos es un problema frecuente en pacientes con piel sensible a la dermatitis alérgica de contacto (AAC). En pacientes alérgicos, la barrera cutánea está alterada y el microbioma desequilibrado.
El dermocosmético testado (DC) ha sido desarrollado específicamente para restaurar la barrera cutánea y reequilibrar el sistema inmune de la piel para aliviar la intolerancia cutánea. Sus ingredientes clave sin niacinamida, el probiótico Sphingobioma y neurosensina, para actuar frente a la sensibilidad cutánea.
Este estudio evaluó la tolerancia y eficacia locales de un DC desarrollado específicamente en pacientes con antecedentes de alergia e intolerancia a dermocosméticos.

Materiales y Métodos
Estudio abierto, multicéntrico, realizado bajo control dermatológico en sujetos caucásicos mayores de 16 años con antecedentes de alergia e intolerancia a cosméticos desde al menos 2 años antes de su inclusión. El DC debía ser aplicado en el rostro completo dos veces al día durante 28 días.
Las evaluaciones dermatológicas en los días 0, 14 y 28 incluyeron la puntuación compuesta de sensibilidad de la piel (suma de prurito, rojez, quemazón y hormigueo, en una escala de 0=ninguno a 4=severo), "stinging test" para evaluar la sensación punzante, tolerancia local, pérdida de agua transepidérmica (PETD) e hidratación de la piel (corneometría). Los sujetos puntuaron su satisfacción con el DC, para su uso facial y periocular.

Resultados
Se incluyeron 107 de los cuales el 88% fueron mujeres (edad media 42.0±15.0 años) y el 53% tenían piel secal. La puntuación media de sensibilidad de la piel fue 5.9 (en una escala de 0=ausente a 12=severo). El 60% de los sujetos tenían rinitis alérgica, el 46% ADC, el 15% conjuntivitis alérgica. El 95% de los sujetos reportaron irritaciones de la piel, el 92% sensibilidad de la piel facial y el 74% piel reactiva (rojez, quemazón, sensación punzante, picor). El 88% reportó reactividad a cosméticos.
Se observó una reducción significativa ($p<0.0001$) de al menos el 85% en la frecuencia e intensidad de la puntuación compuesta para la sensibilidad de la piel facial y de la reactividad (Sensiscore) en D14 y D28.
Las puntuaciones para el "stinging test" (0-9) disminuyeron significativamente de 3.9 en D0 a 2.4 (-39%) en D14 y 1.4 (-64%) en D28. El 77% y el 81% de los sujetos reportaron mejoría en la reactividad de la piel en D14 y D28 respectivamente. Se observaron mejorías similares en la frecuencia e intensidad de los signos y síntomas como irritación de la piel, eritema, sensación punzante, quemazón, picor, disconfort. Se detectaron mejoras significativas en PETD y en la hidratación de la piel en D14 y D28.
La satisfacción de los sujetos fue elevada, y la tolerancia fue puntuada entre buena y muy buena por más del 95% de ellos.

Conclusión
El DC testado redujo la frecuencia e intensidad de la intolerancia cutánea y reactividad en sujetos con diátesis atópica e intolerancia previa al cuidado cosmético.
Conflictos de interés
Delphine Kerob, Ann' Laure Demessant-Flavigny, Guénaëlle Le Dantec y Caroline le Floc'h son empleadas de La Roche Posay Internacional.

817

¿La pandemia por COVID-19 retrasó la consulta al Dermatólogo?

Ignacio Dei-Cas[1], Jael Baldassarini[1], Mariela Barcala[1], Pamela Moreno[1], Juan Perrone[1], Cristina Cantagallo[1]
[1]Hospital Presidente Perón, Avellaneda, Argentina

Introducción: La pandemia por COVID-19 representa una emergencia en salud a nivel mundial y en el ámbito dermatológico algunas investigaciones han reportado el retraso en el diagnóstico de melanoma y otros tumores cutáneos. El objetivo del presente estudio fue evaluar si la pandemia por COVID-19 retrasó la consulta dermatológica general al especialista.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, de corte transversal que incluyó 404 pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que consultaron por primera vez por la enfermedad actual al dermatólogo. El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Dermatología del Hospital Presidente Perón (Buenos Aires, Argentina) entre el 10/8/2021 y el 10/1/2022, período comprendido entre fines de la segunda y pico de la tercer ola de contagios en nuestro país. Desde el inicio de la pandemia nunca se suspendieron las consultas y siempre fueron presenciales. En Argentina, la etapa de aislamiento social preventivo obligatorio fue prolongada, sin embargo nunca existieron restricciones para ningún tipo de consulta médica.
Se evaluaron edad, sexo, tiempo de demora desde el inicio de los síntomas (en meses), distancia entre el domicilio y el hospital, ingreso económico, miedo al contagio de COVID en el hospital, demora en conseguir el turno, diagnóstico de COVID en el paciente y/o en convivientes, presentar comorbilidades de riesgo para complicaciones por la infección por COVID, haber consultado a otro especialista en el hospital durante la pandemia, vacunación anti COVID y diagnóstico del motivo de consulta.
Se consideraron posibles justificativos del retraso: edad de riesgo (≥60 años), presentar comorbilidades, residir lejos del hospital (≥ 3000 m), no poseer ingreso económico, referir miedo al contagio en el hospital, demora en conseguir el turno (≥ 1 mes), no haber consultado a otro especialista, no haberse contagiado y/o contagio en convivientes, no contar con la 2da dosis de vacuna anti COVID. Se realizó análisis estadístico. Se consideró significativo si $p< 0,05$.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 48,8 (±20,1) años y el 68,3% correspondió al sexo femenino. El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y la consulta fue 24,2 (±46,5) meses para la muestra en general; de 25,1 (±20,1) en los mayores de 60 años y 23,6 (±51,1) en los menores ($p=0,009$). No encontramos diferencias en el tiempo entre el inicio de los síntomas y el resto de los posibles justificativos del retraso evaluados, salvo para haber contraído COVID y/o en convivientes cuando consideramos la aparición de los síntomas desde el inicio de la pandemia ($p=0,04$). La patología inflamatoria constituyó el principal motivo de consulta (40,6%).

Conclusión: En nuestro medio evidenciamos una importante demora entre el inicio de los síntomas y la consulta al dermatólogo, no habiendo resultado la pandemia por COVID-19 un factor responsable de dicho retraso.

829

Nevos de tejidos conectivos: presentación de caso familiar

Dahiana Kopp[1], Ana Corrado[1], Moisés Dib[1], Mónica Herrero[1]
[1]Hospital Pediátrico Del Niño Jesús, Córdoba capital, Argentina

Introducción: Exponer un caso clínico de presentación infrecuente con asociación familiar, exaltando la importancia del correcto estudio de este tipo de pacientes para descartar patologías o síndromes asociados.

Resumen de la historia clínica: Paciente femenino, 2 años, oriundo de Córdoba Capital, consulta por nódulos pequeños, de color piel normal, desde los 6 meses de edad, en flanco derecho con distribución metamérica de consistencia firme y elástica, asintomáticas.
Madre de paciente, 33 años, en región del hombro izquierdo placa de superficie lisa, deprimida, indurada a la palpación, no adherida a planos profundos, asintomática, desde la infancia.
Tía materna, 35 años, en región de lumbar baja, placa de superficie lisa, levemente deprimida, indurada, asintomática desde infancia.
Diagnósticos presuntivos: Nevo del tejido conectivo. Anetodermia. Nevo lipomatoso superficial. Pseudoxantoma elástico.
Se realiza una biopsia de paciente, madre y tía materna informada con tinción H/E y orseína compatible con nevos de tejido conectivo.
Se solicita laboratorio completo de sangre y orina, mapeo radiográfico, ecocardiograma sin alteraciones. Ecografía dermatológica con señal doppler color que informa podrían corresponder a nevus de fibras elásticas.
Seguimientos clínicos periódicos hasta la adultez, y asesoramiento adecuado a sus padres, en relación a los síndromes asociados a esta entidad en particular.

Conclusiones: Son hamartomas infrecuentes, caracterizados por alteración de la cantidad o calidad de tejido elástico, colágeno o ambos, en ausencia de un proceso neoplásico o inflamatorio acompañante, que pueden ser congénitos o adquiridos, únicos o numerosos, o asociados a síndromes como esclerosis tuberosa o Síndrome de Buschke-Ollendorf.

Destacando los escasos reportes en la literatura en referencia a presentación familiar, sin repercusiones clínicas, aunque si estéticas, pero sin ninguna conducta terapéutica definida hasta el momento.

850

Causa infrecuente de úlcera neuropática plantar: remanente postoperatorio de un lipoma espinal

Valeria Fernanda Garza Davila[1], David Emmanuel Kubelis López[1], César Jair Ramos Cavazos[1], Diego Olín Perez Rojas[1], Jorge Ocampo Candiani[1], Adrián Bernardo Cuellar Barboza[1]
[1]Hospital Universitario "José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León., Monterrey, México

Los lipomas lumbosacros son el tipo más común de disrafismo espinal cerrado (DEC) representando la causa más frecuente de síndrome de médula anclada. Las manifestaciones clínicas varían ampliamente y las úlceras neuropáticas son una de las complicaciones más frecuentes junto con la incontinencia urinaria y alteraciones gastrointestinales.

Se presenta el caso de una mujer hispana de 32 años de edad que acudió a valoración de una úlcera no dolorosa en la región plantar del pie derecho. Resulta relevante el antecedente de cirugía medular a los dos años de edad por un lipoma lumbosacro; así como amputación traumática del 2° y 5° dedo del pie derecho a los 6 años de edad. El antecedente de alcoholismo fue negado.

El examen físico mostró una úlcera con bordes hiperqueratósicos y base limpia junto con deformidad del miembro derecho que conduce a alteraciones de la marcha. La exploración neurológica reveló hipoestesia en la porción distal del miembro inferior derecho. Se negó dolor, estreñimiento y otros síntomas urológicos.

Se tomaron biopsias para estudio histopatológico con cultivos las cuales descartaron malignidad y proceso infeccioso. La resonancia magnética lumbar demostró cambios postoperatorios en L2 con fibrosis y médula anclada, así como una imagen hiperintensa en el filum terminal a nivel de S1 en secuencias T1 y T2, sugestiva de un lipoma.

Se utilizó apósito estéril hidrocoloide con resolución casi completa de la úlcera tras dos meses de tratamiento. Sin embargo, debido a las importantes alteraciones musculoesqueléticas, el servicio de ortopedia recomendó y realizó la amputación de dicha extremidad.

La mayoría de las úlceras neuropáticas plantares son causadas por diabetes mellitus. Entre las etiologías menos frecuentes se encuentran las polineuropatías (deficiencias nutricionales, enfermedades autoinmunes, enfermedades infecciosas y toxinas) o mononeuropatías. En el presente caso, un déficit sensorial debido a un remanente del lipoma espinal extirpado durante la infancia, fue probablemente la causa de las amputaciones traumáticas y la úlcera plantar, siendo esta una causa poco frecuente de úlcera neuropática plantar. Conocer las complicaciones de los defectos de la línea media resulta importante para la prevención y tratamiento oportuno de las mismas. El seguimiento de dichos pacientes es obligatorio para detectar rápidamente los déficits sensoriales o motores en las extremidades.

853

Mucinosis focal oral

Jesús Iván Martínez Ortega[1], María de las Mercedes Hernández Torres[1], Guillermo Solis Ledezma[1], Guillermo Manuel Amezcua Rosas[1], María del Rocío Ferrusco Ontiveros[1]
[1]*Instituto Dermatológico de Jalisco, Zapopan, México*

Introducción
Existen alrededor de 100 casos en la literatura, y dicha entidad difícilmente se encuentra en los libros de patología oral, consideramos que la difusión de este tipo de casos enriquece el acervo científico.
Si bien es un cuadro muy poco común, más que destacar su rareza consideramos que muchos casos no son diagnosticados, a su vez que implica un reto en el diagnóstico histopatológico por los múltiples diagnósticos diferenciales.

Caso clínico
Se trata de un femenino de 72 años de edad, quien padece hipertensión arterial sistémica de 15 años de evolución en manejo con losartán, acude a consulta por notar una “bolita” en la lengua, sin asociarse a síntomas, desde hace 6 meses, sin presentar cambios de coloración o tamaño durante este periodo, en la exploración física notamos una estomatosis que afecta la lengua localizada y simétrica, caracterizada por una lesión nodular blanquecina,
Se realizó biopsia excisional con retiro completo de la lesión, en el laboratorio de histopatología reportaron una muestra de 14 x 7 x 4mm, y en la valoración microscópica, se apreció en la tinción de hematoxilina y eosina a 10x un epitelio normal, en el corion depósitos de mucina inmersos en el estroma que se hizo más evidente en la tinción de azul alcián.

Conclusión
Si bien en análisis microscópico en esta entidad es fundamental para su identificación, la morfología en la tinción de hematoxilina y eosina y azul alcián, así como la correlación clínico patológica orientaran hacia la realización de inmunohistoquímica e incluso de radiografía, en caso de ser necesario, para el apropiado abordaje diagnóstico, ya que existen múltiples diagnósticos histopatológicos diferenciales, de estos el más común es el mucocele. La difusión de este tipo de casos enfatiza la importancia de su conocimiento desde el abordaje clínico y particularmente en la interpretación de la histopatología, ya que no todo depósito de mucina en el estroma del corión corresponderá a un mucocele.

919

Celulitis secundaria a picadura de raya, un reto terapéutico. Reporte de caso

Joel Alejandro Ramírez Sánchez[1], Marco Antonio Rodríguez Castellanos[1]
[1]*Instituto Dermatológico de Jalisco, Zapopan, México*

Introducción. Las rayas son un subconjunto de peces cartilaginosos de la clase Chondrichthyes, de importancia debido al aguijón venenoso en forma de flecha retroserrada que poseen en la cola [1,2,3]. Las lesiones causadas por las rayas son motivo importante de consulta en servicios de urgencias[2]. Los efectos de envenenamiento, local o sistémico, se producen hasta en un 75% de los casos[2]. Puede desarrollar una infección de tejidos blandos por numerosos microorganismos como Vibrio, Streptococcus, Staphylococcus, Aeromonas y Clostridium, secundario a laceración de las púas y el entorno acuático[2]. A continuación, presentamos un caso clínico donde demostramos que el desconocimiento de la fisiopatogenia y adecuado manejo de esta entidad ocasiona un aumento en la morbilidad y uso de terapéutica innecesarios.

Caso Clínico. Masculino de 32 años, procedente de Jalisco, comerciante, sin antecedentes personales de importancia. Consulta por lesión en pie derecho, de una semana de evolución tras caminata en aguas poco profundas de playa cuando percibe una picadura, que generó dolor intenso progresivo, náuseas, malestar general y fiebre a las 6h del acontecimiento; consulta en hospital comunitario donde hacen diagnóstico de picadura de "raya", toman radiografía anteroposterior y oblicua del miembro afectado e indican cefalexina, levofloxacino y diclofenaco, tomado solo por dos días, comentando nula mejoría. A la exploración presentó en dorso de pie derecho, una placa eritematoedematosa de 19x5cm, irregular, flictenas en la periferia y dos áreas de escara centrales contiguas a una laceración redonda de 0.5cm de diámetro, incremento de temperatura local, pérdida de la función, dolor a la palpación, límites poco precisos y evolución aguda. Se integra el diagnóstico de picadura por raya, apoyado en la evolución, ambiente de desarrollo y características de la afección, con datos de infección de tejidos blandos asociados al traumatismo. Se descarta presencia de aguijón en radiografía. Se continua con antibioticoterapia no dirigida con levofloxacino, pentoxifilina y diclofenaco a dosis adecuadas con aseo diario. Seguimiento a la semana, con mejoría 5 de 10, sin datos de infección, iniciando medidas de cuidado de herida y revaloración en 15 días.

Conclusión. Las lesiones por picadura de rayas son un reto clínico, no por su rareza sino por la falta de contacto con este grupo de dermatosis acuáticas. Reportamos un caso clínico que no recibió abordaje idóneo; Clark y colaboradores reportan en su estudio de 119 pacientes que el manejo agudo es irrigar la lesión con agua, seguida de inmersión de la extremidad afectada en agua caliente a temperatura máxima tolerada para acelerar la desnaturalización de la toxina termolábil y limitar así efectos locales y cardiotóxicos asociados, explorar y remover cualquier presencia de restos del aguijón, guiado por estudios de imagen, profilaxis para tétanos por la contaminación de aguas donde habitan estos animales y terapia antibiótica profiláctica para bacterias Gram-negativas, Streptococcus y Staphylococcus[4,5]. Así, el rápido diagnóstico y correcto abordaje influye directamente en la evolución y morbilidad del cuadro, ya que la ausencia de estas medidas podría demandar el uso de analgésicos, hasta de tipo opioide, para el control del dolor asociado al daño del veneno.

937

Telangiectasia nevoide unilateral no sindrómica

Pablo Cobo Rodríguez[1], Rocío Gil Redondo[1], Iván Checa Recio[1], Jaime Martínez Mariscal[1], Patricia González Muñoz[1], Adriana Martín Fuentes[1], Esther de Eusebio Murillo[1]
[1]Servicio de Dermatología Hospital Universitario de Guadalajara, Madrid, España

Introducción. La telangiectasia nevoide unilateral (TNU) no sindrómica es una patología en ocasiones infradiagnosticada que se caracteriza por la presencia de lesiones vasculares telangiectásicas de distribución linear, segmentaria o unilateral. Presentamos a continuación un caso de una TNU en una chica de quince años

Descripción del caso. Mujer de 15 años sin antecedentes personales de interés, que acude a consultas externas de dermatología por presentar lesiones eritematosas de nueve meses de evolución en zona media de muslo izquierdo, no dolorosas ni pruriginosas, con posterior extensión al resto de la extremidad inferior, mitad izquierda del tronco y extremidad superior izquierda. A la exploración física, se observaban las lesiones descritas en las imágenes 1,2 y 3. El hemicuerpo derecho quedaba respetado por completo. En dermatoscopia se observan capilares dilatados sin otros hallazgos significativos. Se procedió a tomar una biopsia de la lesión, apreciándose en dermis superficial la presencia de vasos capilares dilatados de aspecto telangiectásico. Asimismo, se observaba la presencia de manguitos mayormente linfocitarios CD45+ alrededor de estructuras vasculares de dermis superficial y de dermis media. No se observó aumento de CD117. El marcador WT1 y los receptores de estrógenos resultaron negativos.
Se diagnosticó a la paciente de telangiectasia nevoide unilateral, decidiéndose actitud expectante. Las lesiones desaparecieron en una visita posterior a los seis meses

Discusión. La telangiectasia nevoide unilateral (TNU) es una patología rara que se caracteriza por la presencia de lesiones vasculares telangiectásicas de distribución linear, segmentaria o unilateral. La TNU puede ser congénita o adquirida. Su patrón segmentario sugiere un mecanismo de mosaicismo somático en edades tempranas de la vida, aunque también se ha descrito en situaciones de hiperestrogenismo, como el embarazo o la enfermedad hepática crónica. Si bien las telangiectasias suelen estar limitadas a la piel, la aparición de telangiectasias gástricas descritas en algún paciente puede ser explicado por la disfunción hepática subyacente.
Histológicamente, se observan múltiples vasos dilatados de pared fina, delimitados por células endoteliales engrosadas en la dermis papilar y en la dermis reticular superficial. No se observan signos de proliferación vascular o neo-angiogénesis.
La TNU persiste normalmente en los casos adquiridos, si bien puede desaparecer cuando la causa subyacente es eliminada. Por este motivo, el tratamiento fundamental es cosmético. El uso de láser pulsado ha resultado útil para la mejoría cosmética de las lesiones.

1030

Eritrodermia por AMOAT (autoinmunidad multiorgánica asociada a timoma): descripción de un caso

Amin Daoud[1], Antonio Alcalá Ramírez del Puerto, Enrique Jorquera Barquero, Ana Pérez Luque, José Juan Pereyra Rodríguez, Julián Conejo-Mir Sánchez
[1]*Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, España*

Introducción: AMOAT o también conocido como TAMA (Thymoma-associated multiorgan autoimmunity) es un síndrome paraneoplásico asociado a timoma que asocia manifestaciones clínicas e histológicas semejantes a enfermedad injerto contra huésped (EICH) sin haberse realizado trasplante hematopoyético previo.

Caso clínico: Varón de 48 años con antecedente de timoma invasivo tipo B2 en estadio avanzado IV, asociado a miastenia gravis y miopatía necrotizante secundarias al mismo. Ingresa por desarrollo de lesiones eritematodescamativas pruriginosas generalizadas con un BSA (Body Surface Area) superior al 90%. Presenta asimismo una queratodermia importante a nivel plantar y retículo liquenoide en mucosa yugal. Se realizan múltiples biopsias que informan de presencia de paraqueratosis, acantosis, numerosos queratinocitos apoptóticos e infiltrado linfocítico perivascular.

Se pauta tratamiento con plasmaféresis, ciclosporina, prednisona y corticoides tópicos sin lograr remitir el cuadro. Posteriormente se plantea tratamiento con quimioterapia (gemcitabina) y fotoaféresis extracorpórea, sin éxito. Ante la falta de mejoría, se opta finalmente por manejo conservador, falleciendo el paciente a los 3 meses debido a una sepsis por Klebsiella pneumoniae.
Discusión y conclusiones: El timoma es un tumor que asocia comúnmemte fenómenos inmunológicos como pueden ser miastenia gravis, hipogammaglobulinemia, aplasia medular o pénfigo. AMOAT es un síndrome paraneoplásico propuesto por primera vez en 2007 por Wadhera et al. Es poco frecuente, contando con aproximadamente 30 casos descritos en la literatura en la actualidad. Se teoriza que su patogenia es debida a una pérdida de autotolerancia de linfocitos T originados en el timo, lo que da lugar a manifestaciones clínicas parecidas al EICH.

Afecta principalmente a piel, hígado e intestino. A nivel cutáneo, las manifestaciones son diversas, desde lesiones maculopapulares o psoriasiformes, pudiendo afectar a toda la superficie corporal. Histológicamente es posible observar acantosis, paraqueratosis, disqueratosis, dermatitis de interfase, queratinocitos apoptóticos e infiltración linfovascular.

El pronóstico es malo, falleciendo la mayoría de pacientes a los pocos meses, principalmente por complicaciones infecciosas. Se han empleado diversos tratamientos (corticoides, retinoides, ciclosporina, fotoaféresis, quimioterapia, radioterapia, resección quirúrgica) con beneficios limitados.

En resumen, se describe un nuevo caso de esta rara entidad que no ha respondido a los tratamientos instaurados. Hace falta investigar más a fondo esta patología para conocer su naturaleza y manejo terapéutico.

Conflicto de intereses
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

1042

Siliconosis, reporte de un caso

Hernán Herrera Reyes[1], Marlene Rubio Betancourt[2], Eduardo Solar Alister[2], Isabel Ogueta Canales[2], Fernando Millard San Martin[2], Deyana Salazar Romero[2]
[1]Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile,
[2]Hospital Regional de Rancagua, Rancagua, Chile

Introducción.
La siliconosis es una enfermedad inflamatoria e inmune generada por sustancias aplicadas para modificar las características físicas con fines reconstructivos y estéticos, produciendo el Síndrome Autoinmune/inflamatorio Inducido por Adyuvantes (ASIA, por sus siglas en inglés). Es una patología infrecuente, por lo que presentamos un caso.

Caso clínico.
Paciente femenina de 56 años que en su juventud se realiza aplicación de silicona industrial en mamas, consultando en 2020 con dermatología. Al examen físico presenta múltiples placas endurecidas, pigmentadas, que comprometen mamas bilateralmente, abdomen, muslos y piernas; en región inframamaria presenta lesión granulomatosa de distribución lineal. Por lo que se plantea el diagnostico de Granuloma a cuerpo extraño (Siliconosis) en mamas y se realiza biopsia de piel. La biopsia de piel de mama y pierna izquierda de mayo del 2021 informa: piel con adelgazamiento epidérmico y presencia en dermis e hipodermis de múltiples espacios ópticamente vacíos rodeados por macrófagos con citoplasma espumoso y dispersa células gigantes multinucleadas, áreas de fibrosis. No se observaron atipias ni mitosis. Los hallazgos son compatibles con reacción cutánea a biopolímeros. Dado los antecedentes clínicos y biopsia, se pudo plantear el diagnóstico de ASIA, cumpliendo con los criterios, no solo descritos por Shoenfeld y Agmon-Levin, sino también los sustentados por Alijotas-Reig.

Conclusiones
La presencia de Hipertiroidismo en la paciente y otras afecciones inmunológicas descritas por otros autores, dan resultado de la relación existente con ASIA. Sin embargo, existe controversia al respecto por autores que cuestionan la existencia del ASIA. En nuestra paciente, debido a lo extensa de las lesiones y la migración que tuvo a zonas distantes del cuerpo, no fue posible realizar tratamiento quirúrgico de ellas, manteniéndola solo con tratamiento médico. En los casos que las personas consulten antes por síntomas, el retiro de estos biopolímeros puede aliviar los síntomas, por ende, la educación de la población es fundamental para no llegar a casos extremos de deformidad de su cuerpo. Creemos que es necesario el conocimiento de esta entidad en el ámbito médico debido a la creciente demanda estética de los pacientes por su aspecto físico, pudiendo llegar a caer en inescrupulosos sin mediar las consecuencias en la salud de las personas.

1078

Calcifilaxia: un nuevo caso de desafío diagnóstico y terapéutico

Nekane Martínez Peña[1], Irene Arévalo Ortega[1], Marc Juliá Manresa[1], Miguel Zaldua Arrese[1], María José Calderón Gutiérrez[1], Rosa María Izu Belloso[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Introducción
La calcifilaxia es una patología infrecuente cuyo diagnóstico y tratamiento suponen un verdadero reto en la actualidad. Se trata de una entidad que afecta característicamente a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento con diálisis. Consiste en una calcificación de los vasos de pequeño y mediano calibre de la dermis y el tejido celular subcutáneo, que da lugar a isquemia y necrosis en el territorio afectado.

Caso clínico
Mujer de 80 años que consultó por presentar una úlcera cutánea en región pretibial izquierda de 4 meses de evolución. Se trataba de una ulcera muy extensa que exponía tejido muscular, tendinoso y óseo, provocándole un intenso dolor. Como antecedentes personales destacaban una ERC estadio IV, factores de riesgo cardiovascular, hiperparatiroidismo primario y una fibrilación auricular anticoagulada con Acenocumarol. Se realizó una biopsia cutánea mediante punch que mostró únicamente cambios inflamatorios agudos. No obstante, ante la elevada sospecha de calcifilaxia, se repitió la biopsia y se solicitó una gammagrafía y mamografías de las extremidades. La segunda biopsia resultó compatible con esta entidad, mostrando calcificaciones en los capilares del tejido celular subcutáneo y trombos de fibrina. En la gammagrafía y mamografías se objetivó, respectivamente, una calcificación de pequeños vasos en el tejido celular subcutáneo y una captación lineal de radiotrazador en partes blandas de la pierna izquierda. Se inició tratamiento con tiosufalto de sodio tópico e intravenoso, a pesar de lo cual el desenlace fue desfavorable.

Conclusiones
Presentamos un caso de calcifilaxia, una entidad rara, de evolución rápida y potencialmente mortal. Cabe destacar que, ante una sospecha elevada, es importante perseverar hasta llegar a su diagnóstico, repitiendo la biopsia y solicitando pruebas complementarias, si fuera necesario. Por último, se recomienda realizar un abordaje multidisciplinar y un inicio precoz del tratamiento con tiosufalto de sodio, que inhibe la precipitación de las sales cálcicas y disuelve los depósitos de este mineral en los vasos.

1092

Síndrome de Wells: serie de casos

Valentina Formaggia[1], Maria Julia Boulet[1], Carla Daniela Chesse[1], Maria Jose Cippitelli[1], Noelia Marabini[1], Alicia Carolina Innocenti Badano[1]
[1]Hospital Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

INTRODUCCIÓN
El Síndrome de Wells (SW) o celulitis eosinofílica es un trastorno idiopático, infrecuente, cuyo diagnóstico y tratamiento es un desafío en la práctica dermatológica. A continuación, se describen seis casos evaluados en el Hospital Lagomaggiore de Mendoza.

CASOS

Nº1-Hombre, 66 años, con diabetes mellitus tipo 1 y leucemia linfocítica crónica (LLC), en tratamiento con bendamustina y rituximab. Al examen físico presentó múltiples pápulas y placas eritemato-edematosas, pruriginosas, diseminadas, de 45 días de evolución. Laboratorio: normal.

Nº2-Mujer, 76 años, con diagnóstico de LLC. En el examen físico se observaron pápulas y placas eritematosas de aspecto urticariforme, en cara y miembros. Laboratorio: eosinofilia.

Nº3-Mujer de 37 años. Se constataron múltiples nódulos, eritematosos, dolorosos, localizados en extremidades, de tres años de evolución. Laboratorio: eosinofilia.

Nº4-Hombre de 66 años, con antecedentes de hipertensión arterial, recibiendo hidroclorotiazida. En el examen se evidenciaron pápulas y placas eritematosas infiltradas, algunas con erosión central, diseminadas. En abdomen y miembros adoptaron una configuración anular. Laboratorio: eosinofilia.

Nº5-Mujer de 71 años, con artritis reumatoidea e hipotiroidismo, de reciente diagnóstico. Consultó por dermatosis de 10 días de evolución. En piel, se hallaron placas eritematosas, pruriginosas, localizadas en zonas fotoexpuestas. Laboratorio: eosinofilia.

Nº6-Mujer de 54 años, en tratamiento con bendamustina, rituximab y polatuzumab por linfoma no Hodgkin. Presentó placas eritematosas, infiltradas, localizadas en extremidades de 1 mes de evolución.
En todos se realizó toma de muestra para estudio histopatológico con los siguientes hallazgos: edema e infiltrado inflamatorio de linfocitos y eosinófilos en dermis. En el caso Nº1 se observó la presencia de células gigantes multinucleadas, histiocitos y figuras en llama. Se indicó tratamiento con antihistamínicos y glucocorticoides en todos los pacientes, con respuesta variable. El paciente Nº1 recidivó y se instauró tratamiento con dapsona.

CONCLUSIONES
El SW es una dermatosis inflamatoria benigna, de curso recurrente y carácter autolimitado. Puede afectar a niños y adultos, sin predilección por el sexo.
Su mecanismo etiopatogénico permanece desconocido. Actualmente, se considera un patrón de reacción histológica a diversos agentes como fármacos, neoplasias, enfermedades autoinmunes e infecciones. En la mayoría de nuestros pacientes se identificó un posible factor desencadenante.
La histopatología se caracteriza por la presencia de un infiltrado eosinofílico abundante y edema en dermis. Las “figuras en llama” son un dato característico, pero no patognomónico. Este hallazgo histológico, sólo se describió en un caso.
El tratamiento de elección son los glucocorticoides sistémicos. En paciente no respondedores o con recidiva, se ha descripto el uso de dapsona, colchicina, omalizumab, minociclina y ciclosporina. De nuestra casuística, sólo un paciente requirió otra terapéutica.
El interés de esta serie es enfatizar la relación que existe entre el SW y sus factores desencadenantes, y destacar que, en tres de nuestros pacientes, se asoció a neoplasias hematológicas malignas y/o a su tratamiento.

1112

Enfermedad de Rosai Dorfman

Ana Colmenarez Facenda[1], Elizabeth Ball
[1]*Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela*

Introduccion
La enfermedad de Rosai Dorfman suele ser una entidad muy infrecuente, cuyo diagnostico requiere de un dermatologo clínico y patologo que conozca la enfermedad, para establecer el diagnostico por tal razón se trae el caso.

Caso clínico
Paciente femenina de 33 años de edad, quien refiere inicio de enfermedad actual hace 1 año, caracterizado por presentar multiples papulas que confluyen a placa en mejilla derecha, acude a centro medico donde realizan biopsia que reporta pseudolinfoma y repiten la misma la cual no es concluyente . En vista de persistir clínica acude a consulta privada donde toman nueva biopsia y es enviada a nuestro servicio.
Entre los antecedentes personales, familiares y examen funcional no son contributrorios.
Al examen físico, piel FT: III
Se evidencian nodulos eritemato-amarillentos, de superficie brillante, con telangiectasias, bordes bien definidos, de aprox 6x4 cms en mejilla derecha. Con Papulas satélites a la lesión principal. Sin presencia de adenomegalias palpables.
La biopsia de piel reporta
A menor aumento, dermis ocupada por denso infiltrado nodular y difuso
A mayor detalle, epidermis adelgazada, con colecciones de neutrófilos intracorneales y subcorneales.
Dermis con denso infiltrado inflamatorio mixto, formado por numerosos neutrófilos, histiocitos, linfocitos y plasmocitos
Se evidencia que el infiltrado esta a predominio de múltiples histiocitos de abundante citoplasma espumoso.
Las coloraciones especiales PAS, ziehl Nielsen y hongos fueron negativas
Se realizan paraclínicos, serología viral y Tomografía axial computarizada sin alteraciones.
Y Se concluye con el diagnostico clínico e histologico de enfermedad de Rosai Dorfman cutánea
Se inicia tratamiento con prednisona y dapsona, a las 4 semanas se evidencia ligera mejoría de las pápulas satélites, se omite prednisona y se continua con dapsona,
A las 8 semanas se evidencia leve reducción de la lesión principal, y seguimos en control con la paciente.

Conclusions
La enfermedad de Rosai Dorfman es una histiocitosis de células no Langerhans, Descrita en 1969 por juan rosai y Ronald dorfman
Caracterizada por linfadenopatia masiva y considerada una enfermedad idiopática.
La principal afectación son Los ganglios linfáticos pero puede afectar otros organos como la piel, las mamas, riñónes, tiroides, los testículos y el SNC
En la actualidad, Emile jean y colaboradores en 2016, agruparon en 5 grupos los trastornos histiocíticos Donde La enfermedad de Rosai dorfman conforma el grupo R en el 43% de los casos existe La afectación extraganglionar.la piel supone el 10% de las regiones comprometidas, Y aproximadamente el 3% son solo enfermedad de Rosai-Dorfman Cutánea (ERDC), sin compromiso nodal o extranodal, como en el caso de nuestra paciente.
La etiología no termina de estar clara, aunque se han planteado posibles causas inmunológicas, víricas y genéticas.
El diagnostico se realiza con base a los Hallazgos histopatológicos
Donde Las células son característicamente S100+. Y El sello distintivo es la emperipolesis.
El curso clínico de esta enfermedad suele ser benigno y autolimitado.
La resolución espontánea es variable y puede durar meses, o incluso varios años

1137

Amiloidosis nodular en la axila de un paciente

Ana Llull Ramos[1], Aniza Giacaman[1], Inés Gracia Darder[1], Elisabeth Vanrell Buse, Juan Garcias Ladaria[1], Carlos Saus Sarrias[2]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España, [2]Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

Introducción: Las amiloidosis son un grupo de enfermedades causadas por el depósito extracelular de una proteína fibrilar no soluble que puede provocar la disfunción de los órganos y tejidos donde se deposita. La amiloidosis cutánea primaria (ACP) se clasifica en liquen amiloideo, amiloidosis macular y amilosis nodular; en ella se depositan proteínas amiloides sin que exista afectación sistémica.

Caso clínico: Varón de 44 años sin antecedentes de interés. Consultó por una placa ovalada en la axila izquierda color piel, más pigmentada en el centro y de superficie papilomatosa, de más de 10 años de evolución. Dermatoscópicamente se observaban crestas y depresiones de tono rosado con puntos blancos en el interior. En la histología se evidenció un acúmulo de material eosinófilo denso que resultaba negativo para PAS e intensamente positivo para Rojo Congo, virando a verde con luz polarizada. El material se teñía inmunohistoquímica tanto para cadenas lambda como kappa y resultó negativo para citoqueratinas y amiloide AA. Además, se observaban escasas células plasmáticas sin restricción de cadenas. El paciente contaba con un estudio de paraproteínas y una analítica con marcadores autoinmunes y función hepática y renal normales. Todo ello fue sugestivo de amiloidosis nodular primaria.
Discusión: La amiloidosis nodular es una forma poco común de ACP que suele presentarse como tumoraciones únicas o múltiples, más frecuentemente localizadas en los muslos, la cara, el cuero cabelludo, el tronco o los genitales. En ocasiones se ha definido la amiloidosis nodular como un plasmocitoma extramedular, donde el amiloide proviene de cadenas ligeras de inmunoglobulinas secretadas por las células plasmáticas que infiltran la dermis.
En los pacientes que desarrollan esta alteración se deben llevar a cabo pruebas complementarias de laboratorio e imagen que descarten afectación sistémica y se ha de tener en cuenta que alrededor del 7% de los pacientes con amiloidosis nodular puede progresar a formas sistémicas.
El diagnóstico diferencial se establece con linfomas, pseudolinfomas, sarcoidosis, granuloma facial, reticulohistiocitoma y la con la reticulohistiocitosis multicéntrica.
Es de elección en estos casos la exéresis de la lesión por la potencial capacidad infiltrativa de las células que la forman.

Conclusiones: Presentamos el caso de un paciente con amiloidosis nodular en la axila, una localización poco común en esta patología. Además, aportamos los hallazgos dermatoscópicos de esta entidad.

1148

Lesiones cutáneas y una causa de "peso"

Miguel Vela Ganuza[1], Giulia Greta Dradi[1], Román Miñano Medrano[1], Joseph Simón Griffiths Acha[1], Diana Ruiz Genao[1], Elena Naz Villalba[1], José Gregorio Álvarez Fernandez[1], Claudia Sarró Fuente[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

Introducción
Los xantomas eruptivos son lesiones cutáneas secundarias al depósito de lípidos en la dermis. A día de hoy su incidencia es baja, pero su identificación resulta importante porque pueden suponer el primer signo de trastornos metabólicos severos.

Caso clínico
Mujer de 46 años que acude por exantema muy pruriginoso de 7 días de evolución en tronco y miembros. Se trataba de un exantema eritematoso monomorfo, completamente inespecífico. Se realiza una primera biopsia en la que se observa un infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial y agregados histiocitarios de citoplasma microvacuolado.
A los pocos días se reevalúa a la paciente, objetivándose un aumento de las lesiones, que ya en este momento presentan un aspecto eritematoamarillento más definido y clínicamente más característico.
Se decide repetir la biopsia, y en esta se aprecia la evolución del infiltrado con la presencia de histiocitos de citoplasma espumoso.
Analíticamente la paciente presenta unos triglicéridos de 2197 mg/dl y un colesterol total de 559 mg/dl.
Con tratamiento hipolipemiante, las lesiones y el prurito se resolvieron a las pocas semanas.

Conclusiones
Los xantomas eruptivos corresponden a pápulas eritematoamarillentas de aparición súbita, que suelen localizarse en superficies extensoras. Se originan en el seno de trastornos metabólicos severos que cursan con alteraciones en el metabolismo lipídico que ocasionan depósitos a nivel dérmico.
Ante la sospecha clínica, el diagnóstico se complementa con el estudio histopatológico de las lesiones que demuestra infiltrado dérmico perivascular e histiocitos espumosos. Es importante el estudio analítico, que suele mostrar hipertrigliceridemia y en muchas ocasiones hipercolesterolemia e hiperglucemia. La corrección del trastorno subyacente suele asociarse a la resolución de las lesiones y es fundamental para prevenir complicaciones como pancreatitis aguda o más a largo plazo eventos cardiovasculares isquémicos.
Presentamos un caso clínico de una paciente con xantomas eruptivos en el que se aprecia la evolución clínica e histológica de las lesiones en los primeros días desde su aparición. De lesiones inespecíficas e histológicamente no precisables, a una clínica y una histología mucho más característica y representativa de la entidad.

1151

Situación actual de los dermatólogos venezolanos en diáspora

Mildred Sánchez Díaz[1], Ana Graciela Angulo Menéndez, Carmen Kannee Quintero, Allison Bell-Smythe Sorg, Jaime Piquero-Martin
[1]*Salus Madrid, Madrid, España*

INTRODUCCIÓN La crisis política, social y económica que ha experimentado Venezuela en los últimos años, ha causado el éxodo masivo de sus habitantes a diferentes países del mundo. El objetivo de este estudio es describir la situación de la diáspora en el grupo de dermatólogos venezolanos.

MATERIALES Y MÉTODOS Se realiza un estudio transversal, descriptivo, observacional, dirigido a dermatólogos venezolanos, formados en Venezuela o en el exterior, que hayan ejercido en Venezuela y emigrado posteriormente, se utilizó una encuesta anónima para recolección de la información. El formulario es enviado mediante grupos de WhatsApp, contestado por aquellos dermatólogos que lo deseen. Los datos obtenidos se manejaron mediante formulario electrónico Google. Los datos se presentan como valores absolutos y porcentajes

RESULTADOS Se obtuvo un total de 78 respuestas. El 72,8% de los encuestados se encuentra entre los 41 y 60 años, En cuanto al nivel de vida que tenían antes de emigrar 67.9% lo calificó de bueno y 5.1% malo. La distribución de países de acogida es: España 55.1%, Chile 17.9%, USA 7.7%, Colombia 6.4%, y países como Ecuador, Canadá, México, Australia, Qatar, Alemania y Bolivia con menos del 3%. Los motivos principales para migrar fueron: inseguridad personal y jurídica, falta de servicios básicos, y económicos. Al momento de la migración, el 59% de los encuestados tenía más de 10 años de graduado de dermatólogo. El 71.8% de los encuestados tiene entre 1 y 5 años de haber emigrado. Ante un cambio de situación política en Venezuela, el 34.6% de los encuestados no regresaría al país, el 29.9% regresaría, el 38.5 % tiene dudas o no sabe. En la actualidad el 80.3% de los encuestados ejerce la dermatología y el 84.6% ejerce la profesión médica. Para el 62.3% de los encuestados la acojida en el pais al cual migró ha sido buena, excelente para el 34.6% y mala para el 2.6%. En la pregunta abierta sobre que es lo que más le gusta del pais de acogida, las respuestas estuvieron relacionadas con la seguridad tanto personal como jurídica, oportunidad de crecimiento personal, las características del país como su gente (amabilidad, respeto, tolerancia), la posibilidad de brindar mejor educación y futuro para los hijos. En relación a lo más negativo del país de acogida, el 30% expuso la situación política y temor a que se repita la situación venezolana; otro grupo destaca problemas económicos, haciendo énfasis en el alto pago de impuestos e ingresos económicos bajos. Un 18% destaca como aspecto más negativo la dificultad para ejercer la especialidad por problemas con homologación y/o reconocimiento. Un 7% (n=5) apunta que ha experimentado xenofobia, ya sea en general o en el ambiente laboral.

CONCLUSIONES: La diáspora de dermatólogos venezolanos ocurrió principalmente a partir del 2016; en donde la crisis política y social se profundizó, haciendo que profesionales con años de experiencia emigraran en busca de mejores expectativas y calidad de vida, teniéndose ahora una visión con mejor aproximación de esta realidad. En general los encuestados dieron una valoración positiva a la emigración

1156

Un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en la consulta de dermatología

Leticia Beas Porcel[1], Laura García Fernández[1], Joaquín Espiñeira Sicre[1], Lucía García Sirvent[1], Julia Miralles Botella[1]
[1]*Hospital Universitario San Juan de Alicante, España*

Introducción
El síndrome del túnel carpiano es la neuropatía por atrapamiento más frecuente.
Hasta en un 20% de los casos se puede acompañar de manifestaciones a nivel cutáneo y óseo, variante denominada STC ulcerativo – mutilante, caracteriza por la presencia de lesiones ulcerativas, vesículo – ampollas, esclerodactilia, distrofia ungular y en última instancia una acroosteolisis, localizada en el territorio inervado por el nervio mediano, fundamentalmente en los pulpejos y el dorso del 2º y 3º dedo de la mano. Estas alteraciones aparecen en el contexto de un daño severo del nervio mediano.

Caso clínico: Varón de 63 años de edad, no fumador, obeso, sin antecedentes de interés, ni tratamiento habitual. Trabajaba como jardinero y profesor de guitarra española.
Acudió a consulta por la presencia desde hacía un año y medio de lesiones ulcerativas en el pulpejo y dorso del 3º dedo de ambas manos, asintomáticas, así como resorción de la falange distal, más pronunciada en la mano izquierda y un engrosamiento y endurecimiento cutáneo, acompañado de un afinamiento de la falange distal del 2º dedo de ambas manos.
Estos cambios coincidieron con el inicio de parestesias e hipoestesia en dicha región.
Se solicitó un estudio radiográfico de ambas manos, donde se observó una acroosteolisis de las falanges distales del 3º dedo de ambas manos y un electromiograma donde se constató la presencia de una mononeuropatía severa del nervio mediano bilateral. Ante dichos hallazgos se derivó al paciente al servicio de traumatología y se encuentra pendiente de realización de descompresión quirúrgica del nervio mediano.

Conclusión: Presentamos el caso de un varón con un síndrome del túnel carpiano ulcerativo-mutilante, siendo rara la consideración de esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de las lesiones ulcerativas a nivel digital. Con este caso queremos destacar el papel del dermatólogo en el diagnóstico de esta entidad ya que no solo tiene valor académico sino terapéutico pues la instauración de un tratamiento precoz puede prevenir el desarrollo de lesiones óseas y mutilaciones irreversibles.

1157

Esclerodermia cutánea variante queloide mención de un caso

Stephanie Irazábal Cobo[1], Miryam Ortega Tejada[1]
[1]*Universidad, Quito, Ecuador*

La esclerodermia queloide es una variante de esclerodermia localizada, común en tronco, brazos, cuello, muslos, orejas, nariz y cara, piel sana o previamente indurada, es poco común, se encontraron resultados en Pubmed 77 casos por lo que realizamos la publicación de este estudio, para enfatizar la importancia de la relación clínico – Histopatológico.

La esclerodermia queloide aparece en piel sana o piel indurada, su localización más común es en troncos, brazos, cuello, muslos, orejas, nariz y cara. El origen de esta presentación no se encuentra establecida sin embargo mencionan hay relación con el virus de la Hepatitis C y con solventes orgánicos como sílice; así como también a una fibrosis de la dermis con formación de placas o nódulos debido a un proceso mediado por la inflamación a través de un proceso de proteínas de la matriz celular citoquinas, y factores de crecimiento como el factor estimulador de colágeno, factor transformado B y factor de crecimiento epidérmico. Esta puede desarrollar a esclerodermia sistémica en un 40% de los casos, como diagnósticos diferenciales incluyen dermatofibroma, cicatrices hipertróficas, queloides espontáneos y fibromatosis.

Se presenta el caso de una paciente de 54 años con antecedente de hipotiroidismo y diagnóstico de esclerodermia sistémica hace 7 años con afectación pulmonar y cutánea, (esclerodactilia, telangiectasias, capilaroscopia positiva score de Rodman 8), 6 años posterior al debut presenta nódulos y placas infiltradas con borde eritemato-violáceo no dolorosas en tórax anterior - posterior y brazos, el histopatológico reporta la epidermis adelgazada con adelgazamiento de las papilas y pigmentación de la basal. La dermis con numerosas fibras de colágeno dispuestos en forma organizada entre algunos fibroblastos, sin atipia ni actividad mitótica, se extienden hacia el tejido adiposo circundante compatible con variante cutánea queloidea de esclerodermia manejada al momento con infiltraciones de triamcinolona e inmunosupresores orales y biológicos.

El diagnóstico de enfermedades autoinmunes puede hacer que se subdiagnostique al examen clínico patologías con presentación cutánea, como hubiese sucedido en nuestro caso por lo que es de alto valor realizar el seguimiento exhaustivo y estudio histopatológico para lograr diagnóstico para un manejo adecuado.

1167

Granuloma elastolítico en dedos de manos: a propósito de dos casos

María Uxúa Floristán Muruzábal[1], Román Miñano Medrano[1], Giulia Greta Dradi[1], Diana Patricia Ruiz Genao[1], Elena Garcia Zamora[1], Arantxa Muñiz de Lucas[1], Enrique Gómez de la Fuente[1], Fernado Javier Pinedo Moraleda[1], José Luis López Estebaranz[1]
[1]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

El granuloma anular elastolítico de células gigantes (GAECG) es una entidad granulomatosa infrecuente. El primer caso fue descrito por O´Brien en 1975, que acuñó el término de granuloma actínico debido a su predilección por zonas fotoexpuestas.

Presentamos dos casos de lesiones dolorosas en laterales y superficie volar de los dedos que comparten una histología similar. El primero, una mujer de 76 años con dislipemia y artrosis, y lesiones anulares en dedos de manos de meses de evolución, resueltas tras la realización de la biopsia cutánea. El segundo, una mujer de 60 años con hipotiroidismo que, en la fase de resolución de un eritema nodoso idiopático, comienza con pápulas en los laterales de los dedos de las manos. En el estudio histológico se observa en dermis papilar y reticular un infiltrado inflamatorio constituido por histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño en relación con fibras elásticas degeneradas y abundantes imágenes de elastofagocitosis. No se observan áreas de necrobiosis del colágeno.

Como conclusión, presentamos estos casos de GAECG por su infrecuencia y su localización atípica en áreas no fotoexpuestas.

1183

Fístula odontogénica

Mar Luque Luna[1], Francesc Alamon Reig[1], Daniel Morgado Carrasco[1]
[1]*Hospital Clínic de Barcelona, España*

-Introducción:
Considero que nuestra experiencia con el caso que les presentamos a continuación puede ayudar a nuestros compañeros a realizar un diagnóstico diferencial más amplio ante un tumor facial nodular, pudiendo diferenciar una fístula odontogénica de un carcinoma cutáneo y así realizar un correcto tratamiento y ahorrar la cirugía al paciente. Todo ello evita el tratamiento innecesario del paciente, evitando las complicaciones de este y siendo un acto médico coste-eficiente.

-Caso clínico:
Paciente mujer de 94 años, con enfermedad de Alzheimer, es derivada al servicio de dermatología por presentar un tumor doloroso de crecimiento progresivo en la mejilla derecha de 4 meses de evolución. El examen físico reveló un nódulo exudativo, indurado de 10 x 5 mm que parecía estar adherido a planos profundos. Se sospechó un cáncer de piel no melanoma y programó la exéresis de la lesión. Durante la intervención, la lesión parecía comunicarse con la mucosa del maxilar superior, siendo en realidad una fístula cutánea odontogénica. El examen histológico confirmó el diagnóstico.
Posteriormente, el paciente fue tratado con amoxicilina y ácido clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 3 semanas y remitido al odontólogo, quien extrajo el diente afectado y prolongó el tratamiento antibiótico, completando un régimen de tratamiento de 5 semanas.
Una fístula cutánea odontogénica es una comunicación patológica entre la piel facial y la cavidad oral, normalmente como secuela de una infección dental bacteriana crónica, especialmente periodontitis apical. Es una enfermedad poco frecuente y puede ser fácilmente mal diagnosticada. La fístula cutánea odontogénica a menudo puede simular un carcinoma basocelular, un quiste epidermoide o un granulomas piógenos. La lesión clásica es un nódulo eritematoso, liso, simétrico, con o sin drenaje, que se asocia con lesiones dentales, asociándose dolor hasta en el 50% de los pacientes. Cuando se sospecha una infección dental, un análisis radiográfico puede mostrar pérdida ósea en el ápice del diente infectado, ayudando al diagnóstico. El abordaje terapéutico incluye extracción del diente afectado y cobertura antibiótica extendida.

-Conclusión:
Este caso pone de manifiesto la necesidad de considerar un origen dentario subyacente ante cualquier nódulo fijo crónico, especialmente cuando se localiza en cara o cuello. Ante la sospecha de una fístula cutánea odontogénica, la exploración oral y la derivación precoz al odontólogo son claves para realizar un diagnóstico precoz y evitar la realización de cirugías innecesarias.

1185

El xantogranuloma orbitario del adulto y sus implicaciones

Ingrid Hiltun Cabredo[1], Jorge Aróstegui Aguilar[1], Miriam Fernández Parrado[1], Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza[1], Amaia Larumbe Irurzun[1], Juan Ignacio Yanguas Bayona[1]
[1]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España*

Introducción: El xantogranuloma orbitario comprende un grupo de enfermedades infrecuentes, cuyo manejo aun está en discusión debido a la escasa evidencia que existe acerca de ellas.

Caso clínico: presentamos el caso de una mujer de mediana edad que consultó por lesiones amarillentas, dolorosas, en ambos párpados, que habían ido creciendo de forma progresiva a lo largo de los últimos meses. A la exploración presentaba placas amarillentas, infiltradas a la palpación en ambos párpados, cercanas a los lagrimales. Se realizó una biopsia de una de las lesiones, en que se visualizó un infiltrado intersticial formado fundamentalmente por histiocitos espumosos, que fue diagnóstica de xantogranuloma orbitario. Se realizó a cabo un estudio de extensión completo, en el que únicamente destacó una gammapatía monoclonal de significado incierto.

Conclusiones: la enfermedad xantogranulomatosa orbitaria del adulto (EXOA) comprende un grupo variado de enfermedades, que se caracterizan por una clínica de presentación e histología común, pero que difieren en el grado de afectación sistémica que presentan y en su pronóstico a largo plazo. El principal diagnóstico diferencial que plantean es con los xantelasmas, de los que se distinguen clínicamente por la presencia de infiltración e inflamación. Una vez se confirma el diagnóstico de EXOA se debe realizar un estudio de extensión de la enfermedad, que se basa en la evaluación de la afectación orbitaria, de afectación hematológica y de infiltración de órganos periféricos. El manejo de la enfermedad es controvertido y se basa en el control de los síntomas locales mediante corticoides u otros inmunosupresores y de la afectación sistémica si ésta existe.

1205

Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual durante la pandemia por COVID19 Unidad de ITS 'Centro Venereológico', Hospital Universitario de Caracas

Claudia Carolina Mateo de Oleo[1], Mary Carmen Ferreiro[2]
[1]Universidad Central de Venezuela. Sede Hospital Universitario de Caracas., Caracas, Venezuela, [2]Facultada de Medicina, Universidad Central de Venezuela., Caracas, Venezuela

Resumen: La atención integral a los pacientes con ITS ha sido uno de los pilares en materia de salud pública, sin embargo, una vez fue declarada la pandemia COVID-19 en marzo 2020, todos los esfuerzos sanitarios se avocaron a la atención del número creciente de casos a nivel mundial. Las políticas para el control de la transmisión de SARS-CoV-2 incluyeron medidas generales como confinamiento, control de la movilidad y medidas individuales con el uso obligatorio de mascarilla, lavado de manos y distanciamiento social. Este cambio de las rutinas de vida en la población mundial fue una oportunidad única para los estudiosos de las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.) y conocer el impacto en la dinámica de estas enfermedades. En los diferentes Centros de atención de las I.T.S. a nivel mundial se tomaron diferentes medidas como: cierre, reducción de los días y número de Consulta, y atención exclusiva a casos agudos.

Materiales y métodos : Estudio observacional retrospectivo en el que se recolectaron datos de todos los pacientes atendidos entre marzo 2020 y septiembre 2021 y los registros de los pacientes atendidos entre enero 2019 y marzo 2020. Se revisaron estudios similares en centros de atención de ITS a nivel mundial.

Resultados : Durante la pandemia COVID-19, hubo una disminución casos que fue de 50% el primer año de pandemia y de 33% el segundo. Anualmente, los casos de ITS presentan picos de incidencia en los meses: enero-febrero, junio-julio y octubre-noviembre: este patrón se mantuvo en pandemia y no pandemia. Si se observó un brusco descenso de casos entre marzo y mayo 2020 relacionado con las medidas de extremo confinamiento, separándose del comportamiento habitual. En el año 2021 la tendencia fue a aproximarse a los registros del año 2019. En cuanto a la distribución por sexo: Predomino del sexo masculino en proporción 3:1 durante los tres años estudiados. En edad reproductiva 15-45 años, fue el mayor número de casos. Llama la atención de incremento 60% de casos en niños en 2021. La distribución de las diferentes patologías fue similar antes y durante la pandemia, con predominancia de las formas sintomáticas y agudas.

Conclusiones : El subregistro de casos estuvo vinculado con las medidas extremas de confinamiento por la Pandemia COVID-19. El comportamiento en cuanto a distribución por sexo, edad y patologías se mantuvo en la proporción de casos por año. El incremento de casos de niños con ITS, nos hace reflexionar sobre el ambiente familiar de esta población vulnerable. La pandemia no ha terminado, por lo que este antecedente debe guiarnos en aras de priorizar las atenciones especializadas de salud en tiempos de crisis.

29. Láser y fuentes de energía

823

De la dermatología a la mejoría de la calidad de vida íntima femenina. Seis años de experiencia en tratamiento con láser CO2 fraccionado endovaginal con impacto positivo

Laura Leonor Alfie[1], Mariné Cristina Hisas[1], Paula Vazquez[1], Patricia Bernardiner[1]
[1]*Clider, Buenos Aires, Argentina*

Objetivo: Así como envejece la cara y los tejidos, también envejece el área genital. El tratamiento láser CO2 fraccionado tiene la capacidad de regenerar y refuncionalizar la piel y mucosa, aumentando la cantidad y calidad de colágeno y elastina de manera indolora, no invasiva y ambulatoria; capaz de producir un efecto térmico y no necesariamente ablativo. El objetivo de este estudio es determinar la respuesta obtenida en las pacientes que habiendo consultado por Incontinencia urinaria de esfuerzo, síndrome genitourinario de la menopausia y/o laxitud vaginal, recibieron tratamiento láser CO2 fraccionado endovaginal en la clínica CLIDER, de Buenos Aires, Argentina.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, síndrome genitourinario y/o laxitud vaginal atendidas entre el 01/08/2015 y 30/11/2021 con papanicolaou negativo del último año. Se excluyeron pacientes con infección genital activa, enfermedad oncológica menor a 24 de meses evolución y coagulopatías.
Todas las pacientes realizaron una sesión mensual durante tres meses aplicando láser CO2 fraccionado con lente holográfica con energía, modalidad y forma de aplicación variables, acorde al estado de la mucosa vaginal y sintomatología a tratar. Para evaluar síntomas del síndrome genitourinario y su impacto en la calidad de vida se utilizaron los formularios International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) y para función sexual y prolapso vaginal el PISQ-12, ambos scores de calidad de vida validados internacionalmente al español. Estos cuestionarios se completaron presencialmente en la consulta inicial y posterior al tratamiento de forma online.

Resultados: Se incluyeron 316 pacientes que recibieron el procedimiento. La mediana de edad fue 52 años (IIC 46 - 61 años), mediana de partos fue 2 (IIC 1 - 3). De ellas 12 (3,81%) tenían antecedentes de cáncer ginecológico. De los motivos de consulta, 212 pacientes (68%) fueron por Incontinencia Urinaria de esfuerzo, 154 (50%) síndrome genitourinario y 15 (8%) por laxitud. Del total, 86 (27%) respondieron al formulario de seguimiento, con una media de tiempo de seguimiento de 3,6 años (DS±1,93 años). Para este grupo previo al inicio, el Score ICIQ-SF tuvo una mediana de 11 puntos (IIC 7 – 14) y PISQ-12 de 29 puntos (IIC 27 – 32), mientras que posterior al tratamiento fueron de 7 puntos (IIC 4- 11) y 31 puntos (IIC 29 – 33) respectivamente.

Conclusiones:
La mayoría de las pacientes que consultaron por incontinencia urinaria leve a moderada y sequedad vaginal son jóvenes (52 años), con dos partos previos. Obtuvieron una mejoría significativa en el puntaje de la incontinencia de orina de esfuerzo. Se observó mejoría de la sequedad vaginal, disminución de la dispareunia y aumento del nivel de satisfacción sexual. Por intimidad, muchas pacientes evitaron responder el cuestionario PISQ-12. Este tratamiento permite mejorar y prevenir la sintomatología, sin agredir, sin dolor y sin suspender las actividades cotidianas. La mejoría de la calidad de vida es una percepción subjetiva; es un antes y un después en la autoestima y confianza personal.

892

Efectividad del láser picosegundos en el tratamiento del melasma. Revisión sistemática de literatura

Edgar Eduardo Roa Cortes[1,2], Lorena Cubides Villamil[2], Camilo Esteban Rivera Marmolejo[2]
[1]*Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia,*
[2]*Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia*

Introducción
El melasma es uno de los trastornos de la pigmentación más comunes. El Láser de Picosegundo (LPS) se ha posicionado como un tratamiento novedoso para esta patología.
El objetivo es evaluar la reducción del nivel de pigmentación obtenida con la terapia LPS en comparación con cualquier otra línea de manejo para el tratamiento del melasma.

Material y métodos
Se buscaron experimentos clínicos y cuasiexperimentales en las bases de datos Pubmed, biblioteca Cochrane, MEDLINE, EMBASE, LILACS, Epistemonikos, Ovid MEDLINE, y búsqueda manual secundaria de referencias sin restricciones del idioma.
Se incluyeron estudios de experimentos controlados aleatorizados y cuasiexperimentales en los que se evaluó el LPS versus cualquier otra línea de manejo para el melasma.
La búsqueda y selección de literatura, la extracción de los datos y el análisis de la información se realizaron por tres autores de forma independiente.

Resultados
Se incluyeron 6 estudios (5 experimentos y 1 cuasiexperimental) con un total de 125 participantes, en la mayoría de ellos de cara dividida. La heterogeneidad de los estudios no permitió realizar un metaanálisis.
La calidad de los artículos incluidos fue de moderada a baja. Respecto a la administración del LPS, no hubo un consenso en su dosificación ni en los comparadores, encontrándose diferentes combinaciones y dosis entre las que se incluye: terapia tópica, terapia oral y láser QS Nd:YAG. Se encontró variabilidad en las escalas de medición con las que se estimaron los efectos sobre la pigmentación.
El desenlace primario fue evaluado por un experimento que comparó el LPS con el láser QS Nd: YAG 1064 nm. Se mostró una mejoría de la pigmentación al evaluarse con la escala VAS, logrando mejores resultados con la intervención (LPS) respecto el método de control después de 4 sesiones ($p<0.05$). Se evaluó con la escala mMASI el efecto del LPS con doble longitud de onda (1064 y 595 nm) en combinación con hidoquinona (HQ) al 2%, obteniéndose mejoras significativas en la semana 7 ($p<0.005$). El experimento que utilizó la escala GAIS mostró que con la intervención (LPS) se obtuvo una mejoría en la pigmentación hasta 4 veces mayor que con el tratamiento conjugado. En contraste, un experimento mostró que con la administración del LPS Alexandrita con lentes difractivos y el uso de la crema triconjugada la efectividad fue igual.
Un experimento in-vivo mostró que el uso de microscopía confocal de reflectancia disminuye la melanosis con el LPS Alexandrita en comparación con el Nd:YAG.
Los eventos adversos que se reportaron con mayor frecuencia fueron leves y transitorios, tales como eritema, descamación y prurito.

Conclusiones
Con prudencia, podría decirse que existe una tendencia a sugerir efectividad superior del LPS para lograr una despigmentación respecto a otros manejos cuando se administra en combinacion con otras terapias (recomendación:calidad baja a moderada).

925

Radiaciones electromagnéticas no ionizantes en el modelado corporal

Víctor Ollarves Ruiz[1], Zulay Rivera, Ingrid Rivera, Dennis Alexander Lugo, Denise Ortiz, Isabel Hagel
[1]*Unidad Médico Estética Láser (UNIMEL), Caracas, Venezuela*

Introducción: la falta de fuerza muscular se ha asociado a una mayor mortalidad, y morbilidad relacionada a distintas patologías. Un fitness físico deficitario se asocia al desarrollo de patologías metabólicas como la hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2, hígado graso no alcohólico, cáncer, entre otros. Adicionalmente las imágenes de los cuerpos delgados y musculares fomentados y publicitados ampliamente por los medios de comunicación conducen a una alta tasa de insatisfacción en los pacientes de tipo de cuerpo no ideal. Esta situación se ha asociado a la depresión crónica.

El ejercicio sigue siendo la primera opción terapéutica pero muchas personas no tienen el tiempo para hacer ejercicios y estas condiciones están impulsando el mercado para los procedimientos de modelado corporal. En el área clínica de las radiaciones electromagnéticas no ionizantes, son pocos los estudios que se han realizado sobre la influencia de tratamientos utilizando campos electromagnéticos enfocados de alta intensidad (HyperEM). Este abordaje tecnológico constituye una alternativa terapéutica para el modelado corporal. Por cada sesión de tratamiento se producen aproximadamente 23.000 contracciones musculares supramaximales, generando hipertrofia muscular y una reducción de la grasa circundante, mejorando significativamente la tonicidad muscular. Objetivo: investigar el efecto de HyperEM en la reducción de la grasa y tonicidad muscular de glúteos, brazos y piernas en un grupo de pacientes que acudió a la consulta de medicina estética para modelado corporal. Métodos: Se evaluaron 213 pacientes de ambos sexos que recibieron HYperEM (en 6-8 sesiones distribuidas en 3 veces por semana, interdiario) utilizando el dispositivo de HyperSculpt®. Se realizaron análisis de fotografía 3D antes y después de tratamiento y se midió la resistencia muscular de las piernas a través del tiempo que necesita cada paciente para completar completar 10 sentadillas y 10 elevaciones de caderas antes y después de tratamiento. Resultados: El análisis de fotografía 3D muestra cambios cualitativos y cuantitativos en la mejoría de la forma, volumen y firmeza de los glúteos sin cambios volumétricos significativos. Se encontró una disminución significativa ($p<0,05$) en el porcentaje de grasa tríceps (7,8%) y bíceps (5,2%) post tratamiento en brazos y una disminución significativa de la circunferencia en el muslo inferior (1,3%) post tratamiento en piernas. también se observó un aumento significativo ($p<0.05$) en la resistencia muscular de las piernas. No se observaron efectos secundarios como hematomas, petequias o molestias musculares después del tratamiento.

Conclusión: HyperEM es un abordaje tecnológico confortable, seguro y eficaz para el modelado corporal no invasivo individualizado para los pacientes que buscan aumentar el tono muscular y reducir los niveles de grasa en glúteos y piernas aumentando la resistencia física.

Palabras claves: campo electromagnético; confort; corporal; grasa; modelado; musculo; post tratamiento; satisfacción.

1017

Tratamiento de queratosis seborreica gigante en cuero cabelludo con láser de CO2: A propósito de un caso

Nahyr Parra Manrique[1], Esperanza de Mena Obiols De Mena Obiols
[1]Hospital del Mar, Barcelona, España, [2]Centro Medico Ronefor, Barcelona, España

Las queratosis seborreicas son neoformaciones benignas comunes con múltiples variantes, aunque se deben en algunos casos descartar otros tumores cutáneos. Su tratamiento, en la mayoría de los casos, es por un su aspecto estético a través de exeresis de las mismas y se puede realizar con diferentes procedimientos, desde crioterapia, electrocoagulación, curetaje, y laser ablativos, como laser de C02 y Laser de Er:YAg etc..

En el caso de las queratosis seborreicas gigantes se plantea su tratamiento con sistemas ablativos, buscando la exeresis de la misma, junto a una alta calidad cosmética con bajos efectos secundarios. Pero dado su tamaño y por su grado de grosor es recomendable la biopsia previa de la misma para descartar otro tipo de lesión tumoral

Caso Clínico
Presentamos el caso de un paciente de 80 años de edad y fototipo III de Fitzpatrik que presentaba una queratosis seborreica gigante en cuero cabelludo de unos 10x10 cm, altamente engrosada y años de evolución.

Material y Métodos:
Se trató con Laser de CO2 (Acupulse- Lumenis) de 40 W. Se realizó el tratamiento en dos sesiones, dado el tamaño de la lesión, previa anestesia local con mepivacaina al 2% a una potencia de 15W en modo Paint.
Posteriormente se realizó tratamiento con yodopovidona y crema antibiótica hasta su cicatrización.

Resultados: Se obtuvo una exeresis completa con alta calidad cosmética sin efectos secundarios

Conclusiones: El tratamiento con láser de CO2 es una buena opción para el tratamiento de las queratosis seborreicas gigantes por su eficacia y alta calidad cosmética.

Índice de autores

A

Abadías Granado, Isabel 906
Abarquero Cerezo, Mercedes 1065
Abarzúa, Álvaro 512, 517
Abella, Eduardo Fierro 649
Abrantes Giannotti, Marcelo 1093
Acatitla Acevedo, Graciela Astrid 718
Aceves Villalvazo, Martha Alicia 711, 1169, 755, 845
Achell Nava, Lucía 824, 1165
Acosta, Ana Clara 767, 1105, 1128
Acuña, Martín 420
Adame-Miranda, Gilberto 554
Adsuar Mas, Jorge 1035, 1173
Adsuar, Jorge 1060
Aedo Inostroza, Gabriel 796, 625
Agorio, Caroline 471, 680, 679
Aguado Gil, Leyre 556, 904
Aguado, Carlos 1012
Aguayo Benalcazar, Lourdes Mercedes 1199
Aguilar Benavides, Yadira 519
Aguilar Calderón, Patrizia Elva 950, 1095
Aguilar García, Karla Fiorella 1089, 688
Aguilar Gonzalez, Alejandra 637, 539
Aguilar Martínez, Antonio 1117
Aguilera Arjona, José 1204
Aguinaga, Felipe 1179
Aguirre Acevedo, Daniel Camilo 871
Aguirre González, Juan Daniel 941
Aguirre, Daniel Camilo 1197, 872, 971, 616
Aguirre, Diana 558
Aire Farfán, Gisela Pilar 1039
Al-Ahmad, Mona 1025
Alamon Reig, Francesc 861, 1183
Alasino, Milvia 598
Alba Rojas, Erika 1095, 950
Alcalá Pérez, Daniel 788
Alcalá Ramírez del Puerto, Antonio 1030, 964
Alcántar Arenas, Mayra Miroslava 894
Alcántara Ramírez, Valerie Dafne 976
Alcaraz León, Inmaculada 960
Alcaraz Silva, Jocelyne 786
Alcocer León, María 1003, 1004, 1005
Aldama, Arnaldo 1064
Alejo Villamil, Adriana Mercedes 620
Alemañy Díaz-Perera, Claudia 126
Alencar Marques, Sílvio 963
Alexander, Neal 810
Alfageme, Fernando 864
Alfaro Sánchez, Abraham Benjamín 973, 1003, 1004, 978
Alfie, Laura Leonor 823
Alfonso Zamora, Santiago 957
Algarra Sahuquillo, Judit 1058, 493, 1088
Algarra Sauquillo, Judit 1144
Almanzar de la Torre, Elaine Charina 1047
Almazán-Fernández, Francisco Manuel 80
Almeida Vega, Wendoline 741
Almenara Blasco, Manuel 546, 758, 906
Alonso García, Soledad 1070, 854, 1172

Alonso Traviesa, Faustino	992
Alós, Llúcia	861, 866
Alperovich, Ruth	651
Altamirano Castañeda, Maria Cristina	995
Altavista, Melisa	917
Alvarado Arana, Erika Stephania	972
Alvarado Osorio, Ana Karina	586
Alvarado, Primavera	954, 993
Álvarez Fernández, José Gregorio	1126, 869, 834, 1148, 1021, 868, 1206
Álvarez Rivero, Valeria	788
Álvarez Salafranca, Marcial	906
Álvarez, José Gregorio	927
Álvarez, Martín Gastón	594, 1051, 1063
Álvarez-Buylla Puente, Maria Cruz	1173
Álvarez-Buylla, Mª Cruz	1035, 1060
Álvarez-Garrido, Helena	733
Amador Patarroyo, Julio Roberto	580
Amador, Julio	618
Amador, Julio Roberto	835, 841
Amaluisa Rendón, Diana Estefanía	523
Amante Miot, Hélio	827, 963, 849, 808
Amezcua Rosas, Guillermo Manuel	853
Amigo, Marina	638
Amutio, Fiorella	837
Anasagasti Angulo, L	12
Andamoyo Castañeda, Alberto	1073, 1103
Andrade Carmello, Ricardo	529
Andrade Gonçalves, Alice	865
Andrade Rocha, Caroline	777
Andrade, María Noelia	552, 782, 578, 473
Andreani Figueroa, Sebastian	772
Angulo Menéndez, Ana Graciela	944, 1151
Antila, Martti	1016
Antón Márquez, Ana María	1186, 791
Antoñanzas Pérez, Javier	463, 1037, 904, 1027, 556
Anuch, Esteban	820
Aparecida Pasa Morgan, Mariana	865
Aragón Miguel, Raquel	514
Aragón-Caqueo, Diego	796
Araiza Atanacio, María Isabel	639
Aranguren López, Iñigo	836
Araujo Silva, Crystel	881
Ardeleanu, Marius	1054, 1025
Ardusso, Ledit	1016
Arêas de Souza Lima Beltrame Ferreira, Juliana	777
Arellano Mendoza, María Ivonne	972, 526, 640, 575, 536
Arenas Guzmán, Roberto	677, 1111
Arenas, Claudia	618
Arévalo Ortega, Irene	768, 1078
Arevalo, Monica	975
Arias Santiago, Salvador	1189
Arias, Camila	8
Arias, Daniela Cristina	727
Arias, David Andrés	513
Armario Hita, Jose Carlos	948
Armendariz Barragán, Yonatan	723
Aróstegui Aguilar, Jorge	947, 1185, 1132, 1138
Arredondo Adames, Esmeralda	980
Arreola Jáuregui, Ileana	583
Arrillaga, Annie	471
Arteaga Henríquez, María	1088
Arteaga Rodríguez, Daniela	918
Arteaga-Henríquez, María	493
Arzalluz, Gabriela	1174
Asial, Raúl	33, 651
Asto Altamirano, Jorge Kevin	881
Auziere, Sebastian	1022

Ávila Cárdenas, Jaime 452
Ávila Ríos, Santiago 898, 956, 778, 821
Avila, Laura 485
Avila-Alvarez, AlejanMaria 953
Ayala, Gabriel 593
Ayén-Rodriguez, Angela 81, 82, 80, 393, 438
Azcona Rodríguez, Maialen 947
Azevedo, Alexandra 802, 1170

B

Baalbaki, Nada 839, 838
Baeza Echeverría, Aline 583
Baeza Hernández, Gloria 735, 739, 737, 733
Baiardi, Maria Emilce 1010
Baissac, Catherine 901, 902, 903
Bajo del Pozo, Cristina 912
Balaguer-Franch, Inmaculada 515
Balbin Navarro, Claudia Angélica 1001
Baldassarini, Jael 817
Baldassarri Ortego, Luisa 1006
Baldassarri, Luisa Fernanda 603
Balderrama Encinas, Lourdes 876
Ball, Elizabeth 990, 1112
Ballesteros Marulanda, Alejandra 840
Ballesteros Zarate, Zully Johanna 574
Ballesteros, Alejandra 969
Ballona Chambergo, Rosalia 742
Ballona, Rosalia 425
Banard, Mónica 3
Baquero Úbeda, José Luis 957
Barabash Neila, Román 662, 911
Barbosa-Rengifo, Mario 835, 841
Barboza Guadagnini, Lorena Matilde 430
Barcala, Mariela 817
Barcellos Quimquim, July 1153
Barchino-Ortiz, Lucía 515
Barnes Saldaña, Franz 928
Barochiner, Jessica 1131
Barquero-Orias, Daniel 686
Barrera Ochoa, Carlos 1129
Barrera, Lina Marcela 1197, 971
Barrera-Ochoa, Carlos A. 804
Barreto, Vanessa 886
Barrientos Gutierrez, Diana Miguel 1059
Barrón Tapia, María Teresa 803
Barrutia Echevarria, Leire 791
Barrutia Etxebarría, Leire 1186
Bartolo Cuba, Lucy 881
Bartolo Cuba, Lucy Angélica 470
Basantes Orbea, María Augusta 1074, 1098, 1066
Bassas Vila, Julio 430
Bassotti, Adriana 1174
Bastard, Dolores Pilar 597, 672, 655, 644
Bastidas Torres, Deysi Milena 510
Batista, Mariana 315
Bazzano, Carlos 914, 982
Beas Porcel, Leticia 1052, 828, 1156
Beatrice Garcia, Maria Alejandra 1010
Becerra Sánchez, Alejandro 1006, 1150
Becerra-Arias, Carolina 835, 841
Becerra-Pinilla, Paula A. 1145
Bejar Ardiles, Claudia 1019
Bella, Santiago Rafael 552
Bellini Ribeiro, Maria Estela 827
Bello Rivero, I 12
Bellón Heredia, Teresa 1154

Bell-Smythe Sorg, Allison 1151
Belocopitow, María Florencia 1164
Benavides Tulcán, Eine Yesid 1168
Benedetto Eblen, Juana 1133, 765
Benedicto Maldonado, María Dolores 860
Benini, Tatiane 490
Berardesca, Enzo 1120
Berbeo Velásquez, Katerine 871
Bergón-Sendín, Marta 515, 692
Bermúdez Boedo, Daniela 631
Bernad, Isabel 906
Bernal Simón, Iraide 836
Bernardiner, Patricia 823
Berrezueta Córdova, Nataly Carolina 979
Berrio Florez, Paula 607
Bertaina, Carolina 675
Bertolotti, Marcela 224
Berumen Glinz, Cristina 888
Bessou-Touya, Sandrine 792
Betancourth Cantero, Leydi Natali 1113
Betanzo Quiero, Manuela 787
Betlloch Mas, Isabel 1016
Bladimir, Briones 1199
Blanch Rius, Laura 745, 940
Blanco Almeida, Maria De Los Angeles 934
Blanco Falete, Daisy 760
Blanco Falette, Daisy Margarita 822
Blanco-Gomez, Jennipher A. 1099
Blandon Montoya, Diana Marcela 988
Blanzari, María Julia 578
Bodnariuk, Natali 655
Boente, María del Carmen 651, 33
Bogado, Verônica 497
Boggio, Paula 1046
Boitte, Jean Baptiste 1124
Boix Montañés, Antonio 1080
Boix Vilanova, Julian 763
Boland Rodríguez, Estefanía 1003, 1004, 978, 973
Bolaños, Marco Antonio 7
Bollea Garlatti, Maria Luz 962, 644
Bollea Garlatti, Maria Rocio 962
Bomtempo, Anna Paula 9
Bonamino, Cinthya Viviana 558
Bonaura, Paula 1072, 1085
Bonfigli, Adriana 1120
Bonifaz Trujillo, Alexandro 1003, 677, 1004, 475
Bonilha Vallim, Maria Gabriela 572
Bonilla Sánchez, Nancy 549
Bonilla, Edelmira 980
Borbujo Martínez, Jesús Manuel 739
Borbujo, Jesús 733
Borges-Costa, João 773
Borrego Hernando, Leopoldo 948
Bosch García, Ricardo 1136
Bosch García, Ricardo Juan 1102
Bosio Bonet, Magdalena 63
Bota Llorca, Anna 1044
Botero, Mariana 570
Boui, Mohammed 1119
Boulet, Maria Julia 1174, 1092
Boutelet, Karl 1124
Bovaretto Tessari, Ana Paula 929
Brandao, Talita 646, 652
Brasileiro, Ana 534
Bravo Contreras, Claudia Imelda 687
Bravo Mora, Catalina 668
Bravo Puccio, Francisco 959, 885

Bravo, Daniella 1121
Bravo-Rojas, Carlos 686
Brazón Caballero, Aniusky Rosanna 559
Brazón, Aniusky Rossana 954
Brazon, Astrid 659
Bresolín Tuduri, Daniela 936
Briceño, Oscar 967
Brignoli, Lysel 1022
Bringas, Anahí 552
Brito Fabián, Winston Damián 1188
Brito Gil, Carmen 1047
Brito Nobre, Aretha 712
Brito, Naxfiel 424
Brown, Anthony 1041
Brusa, Julieta Roxana 552, 782, 473, 578
Bueno Betes, Natalia 859, 858
Bueno Wong, Juan Luis 803
Buffetti, Martina 1056, 378
Buitrago Hernandez, Wilmer Andres 721
Buján, Maria Marta 727
Burgos Blasco, Patricia 1147
Burgos Mora, Liliana 46
Burkes-Henderson, Shona 642
Busto Leis, José Manuel 1127, 1154, 922, 877
Bustos, Javier 1041
Butrón Bris, Beatriz 1049

C

Caballera, Elsy 704
Cabanillas Chávez, Stefany 1089
Cabanillas, Diana 224
Cabeza, Rita 864
Cabezas Arteaga, Julia 626
Cabral Campana, Luciana 799, 725
Cabral Marinho, Ana Luiza 840
Cabrera López, Franklin 542
Cabrera Pérez, Rocío 943
Cabrera, Franklin 609
Cáceres-Ríos, Héctor 57
Cadars, Benoît 516
Caicedo Chavez, Daniela Catalina 510
Calcagno, Ramiro 1155
Calderón Gutiérrez, María José 1078
Calvache Hernández, Natalia 513, 613
Calvano, Roberta 1046
Calzada Mendoza, Claudia Camelia 750
Calzavara-Pinton, Piergiacomo 1025
Camacho Marroquín, Michelle Elizabeth 929
Camacho, Natalia 8
Camacho-Lázaro, Luisa Fernanda 983, 1145
Cámara Hijón, Carmen 1127
Camardella, Ileana 1109
Camargo Sánchez, Karen Adilene 87
Camayo Vásquez, Tatiana 989
Camayo, Tatiana 975
Cambiasso, Claudio 624
Cameras Melchor, Sara Elizabeth 575
Campastri, Ana 799, 1155, 725, 1128, 1152
Campastri, Ana Laura 1105
Campelo Batalha Cox Moore, Danielle 497
Campos Cabrera, Blanca 671
Campos Muñoz, Lucía 1190, 1146, 641
Campos Rabadán, Brenda 77
Campos Rojas, Kendry Arleth 1079
Campos, Lucía 1012
Canales, Marilena 517

Canché-Mucul, Enrique Ernesto	778
Candiz, Emila	563
Candiz, Maria Emilia	633
Cano Aguilar, Luis Enrique	804, 1129, 1192
Cano Pallares, Claudia Natali	1111
Cano-Aguilar, Luis E.	1149
Cantagallo, Cristina	817
Cantillo Avilez, Melissa	669, 620
Cantillo Palencia, Diana Paola	1068
Cantú Maltos, Héctor	804
Cañas-Rojas, Pablo R.	1099
Capurro, Nicolas Julio	1085
Carabajal, Graciela	1056
Cárabes Corona, Delia Lizbeth	966
Carbajosa, Ana	1046
Carballido Vázquez, Ana María	1186, 791
Cardenas, Mayerly	607
Cardenas, Paola	618
Cardona Hernández, Miguel Ángel	896, 770
Cardona Salazar, Marcela	1036
Cardoso, José Carlos	806
Cardozo Figueroa, Ana Bolena	1158
Cardozo, Noelia	624
Carignano, Andrés Martin	1072
Carignano, Martín	21
Carmona Cruz, Silvia	632
Carmona Gutiérrez, Sandra	87
Carmona Olveira, Ana	1091, 1103, 856, 832
Carneiro dos Santos, Laís	1097
Carneiro, Sueli	1053
Carranza Romero, Carmen	641
Carranza, Carmen	562
Carrascosa Carillo, Jose Manuel	948
Carrascosa, Mónica	876
Carrera, Cristina	861, 866, 1110
Carrillo Aréchiga, Gabriela	602
Cartigliani, Claudia	1120
Carvajal Urueña, Ana María	32
Carvajal Villarroel, Felipe	769
Carvajal Zúñiga, Carolina	623
Carvajal, María Fernanda	726
Carvalho Fantini, Bruno	621
Casanovas, Maria Monserrat	727
Casas Barrera, María Alejandra	989
Cases Mérida, Sandra	567, 588
Castanedo Cázares, Juan Pablo	761, 851
Castaño Fernández, Juan Luis	776
Castaño Uhagon, Ignacio	1102
Castaño Uhagón, Ignacio	1136
Castellanos Lorduy, Héctor José	1036
Castilla Daza, Laura Milena	967
Castillo Disla, Fanny Lucel	771
Castillo Guarnizo, Jenniffer del Cisne	577
Castillo Loaiza, Silvana Marcela	1161
Castillo Molina, David	667, 1114
Castillo Molina, David Alfredo	674, 669
Castillo, Alejandra	607
Castillo, Zulema	577
Castillo-Molina, David Alfredo	1099, 983, 1068, 1145
Castrillón Velasquez, María Adriana	816
Castro Ayarza, Juan Raul	841
Castro Belio, Thania	972
Castro Delgado, Karina Alejandra	1096
Castro González, Marielva	973, 1003, 1004
Castro Guardado, Ludwin	1143
Castro Guardado, Ludwin Francisco	756
Castro Méndez, Alex	1133, 833

Castro, Nancy	618
Castro-Ayarza, Juan Raul	835
Castro-Gonzalez, Marielva	978
Caussade Margozzini, Marie Chantal	772, 887
Cavallera Cani, Elsy	993
Cavallera, Elsi	934
Cavallera, Elsy	954
Cavellani de Magalhães, Henrique José	621
Caviedes, Marian	647
Caviedes, Mariana Paula	644
Cazarín Barrientos, Jorge Rafael	536
Cedeño Herrera, Lisbeth	1187
Celorio-Murillo, Winnie Joanne	983
Centeno, Maria del Valle	727
Cera-Coll, Claudia V.	1145
Cera-Coll, Claudia Vanessa	1068
Cerezo Aranda, Óscar	1075, 868
Cerna Andrade, Sarahy Guadalupe	874
Cervini, Andrea Bettina	727
Chacón Jaramillo, Paula Andrea	669
Chahuan Miranda, Marco	627, 625
Chahuán Miranda, Pia	627
Chahuan, Marco	627
Chamorro Gaon, Yoselin Aracely	1182
Chang Heredia, Rosalva Dinorah	1002, 966
Chansard, Nathalie	792
Chaparro Reyes, Daniela	612
Chaparro, Daniela	618, 600, 560
Charry Anzola, Laura	629
Charry Anzola, Laura Patricia	620, 636, 890
Chavagnac-Bonneville, Marlène	516
Chávez Álvarez, Sonia	1007
Chávez Cifuentes, Alfredo	545
Chávez López, Dennis	483
Chávez-Álvarez, Sonia	950
Checa Recio, Iván	937
Chesse, Carla Daniela	1092
Chian García, Cesar	688, 1089
Chiappe, Cesar	767, 1105, 1128, 1152
Chinchilla Castañeda, Kathya Guisell	1096
Chiquito García, Susana	893, 910
Chirino Castillo, Georgina Quetzalli	775
Chirinos Gonzalez, Maria Fabiola	424
Chirinos, María Fabiola	974
Chú Gutierrez, Patrizia	870
Chu, Chia-Yu	1025
Chuang, Chien-Chia	1022
Chung, Wen-Hung	1054
Chuquirachi Mallaopoma, Katherine Natali	897
Ciardo, Silvana	1081
Cifuentes, Carmen	1060
Cintra, Maria Letícia	573
Cippitelli, Maria Jose	17, 1092
Cívico Ruiz, María Belén	599, 717, 731
Cobo Rodríguez, Pablo	937
Cochón Aranda, Manuel	847, 968
Coelho, André	802
Coll, Karen	1201
Collantes Rodríguez, Cristina	912
Collazo Caballero, S	12
Colmenares, Lina	618
Colmenarez Facenda, Ana	1112
Colmenero Blanco, Isabel	1086
Colmenero, Isabel	614
Colunga Argüelles, Maria Dolores	819
Combalia, Marc	861
Concha, Mónica	517

Concha-Rogazy, Marcela	517
Conde Montero, Elena	749
Conde Ortiz, Cristina Eugenia	1169
Conde Taboada, Alberto	1012, 1146, 1190
Conde Vásquez, Laura	1047
Conde Vásquez, Laura Gabriela	847
Conejo-Mir Sánchez, Julián	662, 911, 938, 964, 943, 1030, 1163
Contreras Osses, Fernanda	787
Contreras Steyls, Marisol	1091, 1103
Corcuera Delgado, Celso Tomás	639
Cordellat Martínez, Mar	1044
Cordisco, María	33
Córdoba Guijarro, Susana	948
Cordone, Mercedes Liliana	224
Coria, Rafael	671
Cork, Michael	1048
Corona Núñez, Teresa de Jesús	891, 930, 1177
Corona Rodarte, Eduardo	748
Corona Torres, Margarita Consuelo	831
Coronado Morón, Vania	1029
Coronado, María	8
Coronel Pérez, Isabel María	599, 731
Coronel Pérez, María Isabel	717, 588
Corrado, Ana	829
Correia, Catarina	773
Correia, Priscila	1123
Cortes Buitrago, Carlos Andres	1106
Cortés Correa, Carolina	580, 560, 1036
Cortés Correo, Carolina Ivette	550
Cortés García, Juan Diego	851
Cortés Toro, José Antonio	1146
Cortes, Andres	618
Cortés, Carolina	612, 607
Cortez Franco, Florencio	998
Costa, Ana Laura	1105
Costa, Luciana Soledad	1152
Coulon Chahin, Gabriela	833
Cousseau Iglesias, Pedro Jose	694
Cousseau Iglesias, Pedro José	685
Coutinho, Inês	806
Coutinho, Maria Inês	1159
Crespo Cruz, Alba	567
Crespo, Lucibel	421, 559
Criado, Paulo Ricardo	994
Crispino Barata, Mariângela Cristina	994
Cristi, Joaquín	471, 679
Cristiani Vázquez, Andrea	743
Crivaro, Paula	647
Cruz Catalán, Carmen	938, 943
Cruz Mejía, Aura María	809
Cruz Meza, Samantha	677
Cruz Murillo, Fabián Santiago	1142
Cruz Ramos, José Alfonso	942
Cruz Sotomayor, Dalia	761
Cruz, Gerardo	452
Cruzado Davalos, Hada Erika	470
Cuadros Ulloa, Farah	596
Cubides Villamil, Lorena	892
Cuellar Barboza, Adrián Bernardo	850, 1095
Cuellar Ríos, Isabel	668, 385
Cuellar Ríos, Isabel Cristina	989, 670
Cuellar, Isabel Cristina	975
Cuellas, Romina	624
Cuesta Montero, Laura	1052, 828
Cuevas Lantigua, Gabriella	1061, 867
Cupertino, Felipe	1043
Cura, Maria Julia	1122

Cusacovich Torres, Ivan 1186
Cuzzi, Tullia 1043

D

da Costa Pereira Cestari, Silmara 9
da Frota Souza Filho, Jerry 1097
da Silva Pereira, Martha Hellena 777
da Silva Souza, Cacilda 505
Dalmon, Sandrine 793
Damares Rodrigues de Souza, Daniela 1013
Danby, Simon 1048
Danilo Romero Antonio, Cristian 1062
Dañino Garcia, Maria 615
Daoud, Amin 964, 1030
Daoud, Moataz 1024
Daudén Tello, Esteban 957, 665, 1049
Daumont, Lidye 811
Dauria, Florencia 21, 1072, 1085
D'Auzers, Guillaume 719
De Aguinaga-Inurriaga, Alejandro Eduardo 714
De Almeida Corrêa Alfredo, Melissa 808, 849, 963
De Anda Juárez, Mariana Catalina 888, 846
de Andrés del Rosario, Ana 493
De Andrés, Betina 1026
De Azevedo Dossin, Isabella 712
de Barros, Jefferson Alfredo 994
de Bruin-Weller, Marjolein 1024
de Carvalho, Vania Oliveira 1016
De Cunto, Andrea 471
de Eusebio Murillo, Esther 937
de Figueiredo Presti Favaro, Carla 9
De Franco, Patricia 497
de Freire Cassia, Flavia 712
de Freitas Valente, Mariana 529
de Gálvez Aranda, María Victoria 1204
de Jesus Torres Lima, Viviane 611
De La Barreda Becerril, Fernando 54
de la Cueva Dobao, Pablo 900, 1070, 854, 749, 857, 1172, 1054
De La Torre Gomar, Francisco Javier 264, 800, 1118
De la Torre, Fernando Enrique 7
De la Vega Ruíz, Diego 1075, 1126, 869, 1018, 834
De las Heras-Sotos, Cristina 797
De León Clavijo, Matias 798
De los Santos, Priscilla 968, 1194
de Mariscal Polo, Amaia 768
De Mena Obiols, Esperanza de Mena Obiols 1017
de Moraes Souza, Rafaela 1127, 1154, 877
de Paula Leite, Mariah 652
De Peña Ortiz, Josefina 225
De Sanctis González, Ivette 867
de Sousa Marinho, Flauberto 1013
De Souza Busnardo, Aline 1043
de Troya Martín, Magdalena 912
De Waard, Jacobo 657
de Zulueta Dorado, Teresa 938
Dei-Cas, Ignacio 817
Del Angel Hernández, Mariela 757
Del Pino Troconis, Fabiola 952, 421
del Pozo Hernando, Luis Javier 728, 759
Del Río Gil, Rubén 1080, 1203
Del Solar Chacaltana, Manuel 959, 955, 885
Del Valle Espinosa, Eugenio 526
Delgado Acosta, Fiorella 1001
Delgado Barros, Magdalena 769
Delgado Gonzales, Victor 1039
Delgado Moreno, Karla Paola 1003, 1004, 1005

Delgado Mucientes, Carmen 1186
Delgado Soto, Cynthia 1083
Delgado, Victor Manuel 649
Della Santa, Rodrigo 471
Delva, Catherine 1116
Demessant, Ann'laure 899
Demessant-Flavigny, Ann' Laure 814, 815
Demoner de Abreu Sarmenghi, Karina 1193
Di Prinzio, Anamá 962, 672, 880, 1122
Dias de Lucena, Bethânia 805
Díaz Acosta, Jacqueline 10
Diaz Alfaro, Rodrigo 473
Diaz Calvillo, Pablo 1189
Díaz de la Vega Broissin, Daniela 991
Díaz Gómez, Claudia Juliana 1168, 1087, 884, 227
Diaz Molina, Valeria Lyzzete 1165, 1008
Díaz Pérez, Renata 656
Díaz Ramírez, Jorge Ariel 689
Díaz Recuero, José Luis 732
Diaz, Ariel 690
Diaz, María Sol 1046
Díaz, Nancy 923
Dib, Moisés 829
Diego López, Diego 743
Díez Madueño, Kevin 1172, 1070, 900, 857, 854, 749
Diez Pérez, Vania 1181
Diez-Caballero Pascual, Nuria 641
Diez-Caballero, Nuria 562
Dini, Ramiro 876
Diprinzio, Anamá 1131
Distel, Cheryl 644
Dittman, Manuela 638
Docampo Simon, Alejandro 1052
Domínguez Gómez, María Antonieta 1067, 603
Donado-Gomez, Jorge 835, 841
Dorado Fernández, María 949, 1094, 1117
Dot de Gormara, Teresa 1132
Douezan, Stephane 1124
Dradi, Giulia 939
Dradi, Giulia Greta 1126, 1021, 858, 1148, 1167
Dréno, Brigitte 1116, 899
Driban, Nelson 598
Drullis, Elizabeth 878
Duarte Abdala, Mario Rafael 77, 87
Duarte Zacarias, José María 994
Dubeibe Abril, Paula 722
Dubeibe, Paula Alejandra 738
Duhamelle, Karine 1116
Duplan, Helene 792
Duque Bocanegra, Martha Liliana 1200, 889
Duque-Zapata, Natalia 841
Durães, Sandra 497
Durán McKinster, Carola 671, 632
Durán Romero, Antonio 662
Duran Schmalbach, Gustavo André 840
Duran Torres, Marcela 669
Durandal, Denny 492
Durán-Mckinster, Carola 747

E

Echavarría Uceta, Jesús 1061
Echenagusía, Pilar 471
Echeverría García, Begoña 735, 733
Echeverría, María 655, 880
Eduardo Neves Ferreira Velho, Paulo 573
Eliana Radonich, Jesica 866

Elias do Carmo Barbosa, Barbara 808, 849
Eljure López, Nixma 804
Eljure Téllez, Juliana 723, 736
Elosua González, Marta 864
Eltit, Ignacio 471, 679
Enamorado Herrera, Andrea Mariel 537
Encinas Maldonado, Sandra 544
Engel, Elena 516
Eraña Tomás, Itziar 1134
Erazo Beltrán, Giselle 523
Erazo, Gisselle 551, 521
Escalante López, Leslie Yubel 724
Escalas Taberner, Juan 763
Escobedo Hernández, Ana María 539
Escolà Rodríguez, Helena 752
Escoto Álvarez, Nora Waleska 530
Escudero Ordoñez, Jerónimo 599, 588, 731
Escudero Tornero, Rafael 1127, 1154
Escudero, L. 933
España Valenzuela, Monica Alejandra 921, 721
España, Agustín 1027
Espejo, Lucas 820
Espinoza Gurrola, América Adilene 987
Espiñeira Sicre, Joaquín 1052, 828, 1156
Esquerra Padilla, Omar 987
Esquivel Chico, Vladimir 1166
Estanqueiro, Paula 557
Esteban Terradillos, Sara 912
Estenaga Pérez de Albéniz, Ángela 463, 556, 1027, 1037
Estrada Aguilar, Lorena 7, 803
Etcheverry, Mauro 1056

F

Fagundo González, Eva 1058
Fajardo-Peña, Alejandra 1068
Fajre Wipe, Ximena 816
Fantelli Stelini, Rafael 611, 572
Farfán Pinto, Renato Alonso 1019
Farias, Gustavo 424
Farnetani, Francesca 1081
Fatsini Blanch, Vanesa 1118
Fauger, Aurélie 516
Félix Caviedes, Camila 1098, 1074, 1066
Feng, Cuiting 852
Ferez Blando, Karen 606
Feria Saldaña, Karina 885, 959, 955, 870
Fernandes Abbade, Luciana Patrícia 963
Fernandes Eloy Da Costa Franca, Andrea 573
Fernández Ávila, Daniel G. 620
Fernández Ávila, Daniel Gerardo 890
Fernandez Bussy, Ramon Alfredo 945, 675
Fernández Cogolludo, Eva 1117
Fernández de la Fuente, Laura 739, 735
Fernández de Henestrosa, Antonio 1041
Fernández Parrado, Miriam 1132, 1138, 1185, 947
Fernández Sánchez, Ana Karen 755
Fernández Sánchez, Mónica 778, 821, 898, 956
Fernández Tapia, Verónica 1173, 1060
Fernández Torres, Rosa María 1139
Fernández Urrutia, Estefanía Alejandra 1179
Fernández, Cecilia 471
Fernández, Lucía 950
Fernández, Lucía Teresa 1095
Fernández-Ávila, Daniel G 385, 636
Fernandez-Gonzalez, Pablo 905
Fernández-Tapia, Verónica 1035

Ferrándiz, Lara 716
Ferraresso, Maria Guillermina 647
Ferrario, Damián 597, 647
Ferraz, Lucía 1121
Ferreira da Silva Mazeto, Izabelle 827, 963
Ferreira Gerab, Iraní 1178
Ferreira Magalhães, Renata 572, 573
Ferreira, Filipa 557
Ferreiro, Mary Carmen 1205
Ferrer, Berta 944
Ferret, Pierre Jacques 719
Ferrucci, Silvia M. 1024, 1054
Ferrusco Ontiveros, María del Rocío 853
Ferrusquia Figueroa, Magdalena 87
Fiandrino, María 33, 651
Fierro Abella, Eduardo 1171
Fierro Lozada, Jesus Daniel 674, 667, 1114, 669, 1099, 1068, 983
Figueiredo Pereira, Ana Sofia 1159
Figueras, Ignasi 1024
Figueroa Martínez, Arcelia Yunuen 845, 711
Figueroa Polanco, Natiant Sofía 257
Filipe, Paulo 773
Fiorin de Vasconcellos, Vitor 1193
Fischer Levancini, Cristian 4
Fiz Benito, Esther 1127, 1154, 877
Flávio Teixeira de Góis, Aécio 1178
Flores Figueroa, Carolina 521
Flores Hernandez, Cristian 1143
Flores Raygoza, Gabriela Elizabeth 930, 891
Flores Reyes, Itzel Anayn 46, 930
Flores, Carolina 504
Flores, Lorena 1011, 598
Flores, Maria Fernanda 17
Florez Peña, Juliana 985
Floristán Muruzábal, Uxúa 927, 869, 1018, 939, 859, 1167, 907
Foenquinos, Rocío 1105
Follarat Molina, María Teresa 1204
Fomina, Daria S. 1054
Fonseca Capdevila, Eduardo 1139
Fonte Ávalos, Verónica 888
Forero, Olga 633, 563
Formaggia, Valentina 1092
Fortique, Catherine 954
Fougerousse, Anne-Claire 1054
Fraga, Javier 1049
Francés Rodriguez, Laura 368
Franco, Manuel 841
Franco-Franco, Manuel 835
Freire Murgueytio, Patricio 519
Freire, Patricio 504, 521
Freitas, Egídio 1170
Fuenzalida Cruz, Hector 627
Fuenzalida, Hector 796
Furmanczyk, Marta 1041

G

Gainza Apraiz, Isabel 745, 940
Galán Sánchez, José Luis 1070
Galcerán, Fernando 1051, 1063
Galimberti, Gastón Néstor 597, 647
Galindo-Vaca, Carlos David 983
Gallardo Villamil, Andrea 654
Gallego Álvarez, Silvia 514
Gallegos Sevilla, Jorge 551, 1074, 1066
Gallegos Sevilla, Jorge Eduardo 1066
Galliano, Marie Florence 792

Gallmann, Ana Luisa	552, 782, 473, 578
Gallo Echeverri, Simón	585
Gallón-Vanegas, Luisa	686
Galván Casas, Cristina	912
Gálvez Juárez, Yuriria Asbel	851
Galvez-Moreno, Marina	81, 82
Galvis Angulo, Andrea Carolina	1155
Gamo Guerrero, María	900, 1070, 854, 1172, 749, 857
Gamo Villegas, Reyes	868, 939, 1107, 927, 869, 1126, 1021, 946
Gan, David	642
Garate Gonzalez, Matias	1032
Garcés Santos, Juan Carlos	447
Garcés, Juan Carlos	553
Garcia Amore, Sabrina	1010
García Bustinduy, Marta	1088
García Fernández, Laura	1052, 1156, 828
García García, Elena	1075, 859
García Hernández, Dianely Anahi	714
Garcia Llaver, Valeria	17
García Luna, Jonny Alejandro	810
García Mañaná, Cecilia	1061, 867
García Mares, Alfredo	1146
García Martín, Claudia	900, 1070, 854, 749, 857, 1172
García Mendoza, Favio Manuel	1039
Garcia Montoya, Victor Hugo	500
García Ornelas, Claudia Verónica	1169
García Romero, María Teresa	676, 632, 671
García Silva, María del Consuelo	891
García Sirvent, Lucía	1052, 828, 1156
García Souto, Fernando	588
García Valdés, Luis	837
García Vega, Yanelda	12
García Ventura, Marcela del Carmen	932
García Verdú, Elena	784
García Verdú, Elena De Jesús	924
García Yépez, Liliana	542
García Zamora, Elena	939, 858, 869, 1167, 1018, 927, 1021, 1206
García-García, Mar	906
García-Lara, Gracia M	393
García-Malinis, Ana	546
García-Romero, María Teresa	747
Garcias Ladaria, Juan	1137, 728
Garidou, Lucile	792
Garlatti, Maria Ines	962
Garriga Martina, Gustavo Guillermo	832, 856, 1102
Garza Chapa, Juana Irma	1095
Garza Dávila, Valeria Fernanda	1101, 850
Garzon Portilla, Maria Camila	1161
Gaspar, Adrian	591
Gatica Díaz, Elsa	695
Gatica Monsalve, José Luis	796
Gatica Ortega, Maria Elena	948
Gato, Fernando	936
Gavín, Natividad	546
Gaviria, Andres	8
Geloso, Marianela	563
Geréz, Eliana Maribel	21
Giacaman, Aniza	728, 763, 1137
Giachetti, Ana	1046
Gianotti, Raffaele	994
Giansante, Elda	990
Giardini, Guillermina	492
Giavina-Bianchi, Mara	561
Gil de Bernabé, Ana	1100
Gil Lianes, Javier	1015
Gil Quiñones, Sebastian Ramiro	886, 889
Gil Redondo, Rocío	937

Gil Villalba, Ana	909, 908
Gilaberte Calzada, Yolanda	758
Gilaberte, Yolanda	546, 906
Gildea, Lucy	642
Gill Oliveira, Jessica	1181
Gil-Pallares, Pedro	797
Giménez Arnau, Ana	948
Gimeno Castillo, Javier	264, 800, 1118
Giordano Lorca, María Consuelo	772, 887
Giordao Lorca, Consuelo	774
Giraldo, Natalia	872
Giraud Billoud, Maria Belen	1010
Giuli Santi, Cláudia	1093
Giuliani, Andrea	876
Giustozzi, María Inés	1122, 1131
Godínez Aldrete, Liliana	1115, 757, 637
Gomes, Maria Katia	1043
Gómez Bringas, Cristina	745, 940
Gómez Carracedo, Miriam	857
Gómez de la Fuente, Enrique	907, 939, 948, 858, 859, 1107, 1167, 834
Gómez Flores, Minerva	1007
Gomez Franco, Maria Carolina	574
Gómez Galindo, Marely Eugenia	873
Gómez García, Ana Claudia	13
Gomez Gonzalez, Carlos	502
Gómez Mateo, M ª Carmen	758
Gómez Muga, Susana	940
Gomez Navarro, Juan Antonio	1177
Gómez Osorio, Daniela	595
Gómez Restrepo, Sebastián	1180
Gómez Serna, Yolanda	907
Gómez Serrano, Leticia	1127
Gómez Vila, Borja	807
Gómez Zanni, María Susana	578
Gomez, Cristi	642
Gomez, Cristina	763
Gómez, Daniela	511
Gomez, Laura	975
Goméz, María Amalia	21
Gómez, Mariana	967
Gómez-de la Fuente, Enrique	946
Gómez-Escalante, Susana	1034, 1051, 1063
Gonçalves Macedo, Isaac	805
Gonzáles Ramírez, César Augusto	469
Gonzales Saravia, Carlos	742
Gonzáles, Miriam Yolanda	1096
González Cabello, Diana	966
González Cañete, Marta	863, 784, 855, 924
González Cardona, Lina Paola	636
González Ciani, Oriana	945
González Coloma, Francisco	992
González de Mesa Ponte, María José	493, 1088
González del Tánago Diago, Jaime	745, 764
González González, Fabio Ernesto	550
González González, Maribet	1006
González Hernández, Wendy Carolina	610
González Jasso, Yolanda	875
González López, Lucia	1086
González Mondragón, Edgar Abraham	635
González Morales, María Luisa	1190, 1146
Gonzalez Moran, Maria Asuncion	862
González Muñoz, Patricia	937
González Pérez, Ricardo	264, 948
González Rodriguez, Guillermo	1180
González Saavedra, José Andrés	1073, 1103
González Sánchez, Verónica Lizeth	845
González Soto, Yikziam	126, 1166

Gonzalez Tenorio, Martha Lucía 1161
González Vilas, Daniel 948
Gonzàlez, Carolina 820
González, David 8
González, Francisca 1133
Gonzalez, Francisco 424
González, Ilish 421
Gonzalez, Luisa 980
González, Mari Carmen 1034
González, María Luisa 1012
González, Sergio 512
González-Guerra, Elena 1012
Gonzalez-Morales, Maria Luisa 562
Gonzalo Orden, José Manuel 32
Gorgojo, Marcos Antonio 906
Gorosito, Mario 675, 945
Gracia Cazaña, Tamara 758
Gracia Darder, Inés 1137, 759
Gracia-Cazaña, Tamara 906, 546
Gracia-Darder, Inés 763, 728
Granados Suárez, Paola Carolina 540
Granizo Rubio, AlejanJazmin 951
Granizo Rubio, Jennyfer 916
Granizo Rubio, Jennyfer Daniela 685, 951
Grau Figueredo, María Belén 1181
Grau, Mercè 864
Gray Lovio, Olaine Regla 648, 12
Greco, Martin 1158
Griffiths Acha, Joseph Simon 1126, 1107, 1018, 858, 1148
Gruber Velasco, Fernando 949, 1117, 1094
Guachalla, Carlos 970
Gualdrón Frías, Carlos Andrés 1087
Guarniz Lozano, Anghella 881
Gubiani, Maria Laura 820
Guebellian, Claudia 798
Guelfand Warnken, Sofía 816, 666
Guerra, Analía 1121
Guerrero Araya, Robinson 625
Guerrero Arias, Carlos Andrés 1087
Guerrero Hernández, Diana Valeria 1175
Guerrero Oliva, German 744
Guerrero-Putz, María Dolores 950
Guevara Gutiérrez, Elizabeth 1160, 1140
Guevara Hernández, Cindy 575
Guevara Novoa, Paola 734
Guevara Sanginés, Esther Guadalupe 677, 1175, 785, 663, 803
Guevara, Ana Luz 1069
Guhl Millán, Guillermo 1146
Guhl, Guillermo 562, 641
Guidi, Andrés 552, 782, 578
Guillén Mejía, Gina Waleska 530
Guillones Muñoz, Astrid 680
Guillones, Astrid 471
Guiot Isaac, Nicole 722
Guirao Sánchez, Sara 900
Gupta, Rajan 1016
Gutiérrez Ávila, Salvador Alonso 976
Gutiérrez del Bosque, Gustavo 976
Gutiérrez Guzmán, Carol Verónica 1038
Gutierrez Jimenez, Miguel Omar 915
Gutiérrez Rodríguez, María Carmen 1186
Gutierrez, Ana Melisa 715
Gutiérrez, María 421, 559
Gutierrez, Maria Clara 1010
Gutierrez-Murcia, Daniela María 983
Guzmán Cuarez, Norelvis 704
Guzmán Herrera, Saúl 225

Guzman Lavadenz, Tatiana 1040
Guzmán Mendoza, Oscar Eduardo 883
Guzman, Juan Pablo 1194

H

Haddad Jr, Viddal 762
Hagel, Isabel 920, 923, 925
Haro Ramos, María del Rosario 960, 732
Havlíčková, Michaela 554
Haya Martínez, Lara 1134, 732, 960
Hazoury, Betssy 781
Heras Mendaza, Felipe 948
Herding, Eva Marie 1035
Hermosa Gelbard, Ángela 1147
Hermosilla Bravo, Nicolas 623
Hermosilla Gamero, Eduardo 623
Hermosillo Loya, Ana Karen 1141
Hernandez Amaris, Maria Fernanda 613
Hernández Arana, Ma. Socorro 46
Hernández Blanco, Diana Vianey 761, 851
Hernández Cano, Natalia 922
Hernández Collazo, Adameck Abraham 134
Hernández de la Torre-Ruiz, Elisa 515
Hernández Fernández, Carlos Pelayo 948
Hernández García, Sarahí 1115
Hernández Núñez, Almudena 739
Hernandez Riveros, John Fabian 985
Hernández Rodríguez, Juan Carlos 911
Hernández Torres, María de las Mercedes 46, 753, 601, 566, 1160, 1177, 853, 930
Hernández Vera, Marcela 723, 1192
Hernández, Ángela 614
Hernandez, Barbara Agustina 644
Hernández, Juan Manuel 471, 680
Hernandez, Mercedes 837
Hernandez, Natalia 618
Hernández-Rodríguez, Juan-Carlos 1163
Herranz Pinto, Pedro 1127, 1154, 922, 877
Herrera Acosta, Enrique 1102, 1136, 1073, 1091, 860, 1103, 832, 856
Herrera Ceballos, Enrique 1204
Herrera Guzman, Saul 956
Herrera Reyes, Hernán 1042
Herrera Salazar, Isabel 695
Herrera, Fabiola 977
Herrero Fernández, Marta 863
Herrero Ruiz, Sara 735
Herrero Ruiz, Sara Pilar 739
Herrero, Mónica 829
Hervella Garcés, Marcos 948
Herz Ruelas, Maira Elizabeth 1101
Hevia, Gonzalo 643, 679
Hidalgo García, Yolanda 819
Hierro Orozco, Sagrario 1165, 976, 1008
Hiltun Cabredo, Ingrid 1132, 1138, 1185, 947
Hipólito Pittar, Maritza 469
Hisas, Mariné Cristina 823
Hjira, Naufal 1119
Holzer, Gregor 1025
Hortazo, Mariela 638
Hospital, Mercedes 864
Hualpa, María José 1199
Huerta Rivera, Gabriel 583
Humala Barbier, Karem 1154
Hurtado, Mariana 1026

I

Ibagón Pardo, Viviana del Pilar 580
Ibañez, Maria Elena 1064
Ibarra de la Rosa, Javier 1035
Ibarra Naranjo, Jorge Luis 1195, 986
Ibarrola Hermoso de Mendoza, Isabel 1132, 1138, 1185
Iglesias, Álvaro 1012
Ilizaliturri Flores, Ixtabay 804
Imbernón Moya, Adrián 949, 1117, 1094
Infante Fernandez, Clariza Cecilia 1135
Innocenti Badano, Alicia Carolina 1174, 1092
Iolanda Pimentel Torres Portela, Aretuza 1013
Iori, Nathalia 573
Irazábal Cobo, Stephanie 1157
Iribe Martinez, Juan Pedro 981
Irigoyen García, Laura 622
Isa Pimentel, Mariel 968, 847
Isa, Rafael 781, 1023
Isaza Sánchez, Melissa 884
Ivars Lleó, Marta 463, 904
Izquierdo Herce, Noelia 759
Izu Belloso, Rosa María 764, 768, 745, 1078, 940

J

Jaén, Pedro 905
Jaimes Ramírez, Juan Carlos 1171, 649
Jaramillo Arboleda, Alejandra 1083, 1114
Jaramillo Manzur, Silvia Cristina 475
Jaramillo Moreno, Janyna Nathaly 1198
Jarquín Cruz, Francisco 602
Jarquín Guillermo, Norma Esmeralda 602
Jiang, Yihong 642
Jiménez León, Luzma Kareena 1009, 935
Jiménez Thomas, Guillermo José 938
Jimenez, Ana María 1068
Jimenez, Libia 424
Jmelnitsky, Alejandra 767
Joaquin Santos, Asley 895
Jorquera Barquero, Enrique 1030
Josse, Gwendal 719
Josso, Martin 812, 1124
Jourdan, Eric 1041
Juárez, Sofía Carla 782, 473
Juárez-Díaz, Alejandro 778
Juliá Manresa, Marc 1078
Julia, Riganti 655
Junior, José Euzébio 1123
Jurado Santa Cruz, Fermín 225, 610, 750, 1067
Just-Sarobé, Miquel 1044

K

Kac, Bernard 840
Kalahasti, Geetha 642
Kang, Hee Young 899
Kannee Quintero, Carmen 1151
Kawa Kac, Bernard 1062
Keby Da Costa, Edgar Bedang Mone 1119
Kerob, Delphine 1116, 1120, 554, 815, 814
Kerrouch, Hasna 1119
Key, Felix 671
Khalil, Rose 554
Khammari, Amir 1116
Kikushima, Iris 425
Ko, Ery Ayelen 1131, 1122

Kopp, Dahiana 829
Kosa Lino Duarte, Bruno 611
Krasnovska Zayets, Khrystyna 1127, 922
Krasnovska, Khrystyna 877
Krief, Amelie 1124
Krutmann, Jean 899
Kubelis López, David Emmanuel 873, 850
Kuperman Wilder, Lola 799
Kustcher, Patricia 1121, 471

L

Lacaz Martins, Eduardo 994
Lafuente Cevallos, Lizeth 1098, 1074, 1066, 626
Landa Horta, Susana Betzaida 755
Landaeta Navarro, Eleine Isela 879
Landin Romero, Karina Marianela 628
Landini Enriquez, Venecia 935
Landini Enríquez, Vianey Venecia 582, 740
Langwagen Castagna, Carolina Inés 1108
Lanziano, Andrea 1106
Lapeere, Hilde 1025, 1054
Larco Correa, Paula Thalia 608
Larios Cárdenas, Mariana 751
Larralde, Margarita 727, 1077
Larrea Ramírez, Alba 947
Larumbe Irurzun, Amaia 1185
Lascano Gallegos, Nathalie 734, 1098
Lastra Cuadrado, Diana María 667
Latour Alvarez, Irene 368
Lay, Magdalena 452
Lazzaletta, Leticia 591
Le Dantec, Guénaëlle 815, 814
Le Flo'ch, Caroline 815, 812, 814, 899
Le Fur, Gaelle 901, 902, 903
Le Verge, Danielle 1124
Lé, Ana Maria 1170
Leal, Santiago 738
Lebrón Martín, José Antonio 1163
Leclerc-Mercier, Stéphanie 1120
Ledesma Levayen, Mauricio Darío 541
Leite, Mariah 646
Lema Matehu, Karen 734
Leocadia Fernandes, Elizabeth 490, 634
Leok Goh, Chee 899
León Jiménez, Eva 717
Leone, Paolo 726
Lepe Moreno, Kenia 583
Letelier, María 796
Levrero, Patricia 798
Lieberman, Tami 671
Lily Vidal, Ana Karen 622, 1115
Lim, Henry 899
Linares González, Laura 488, 438
Linares Navarro, Rubén 862, 783
Linares-Gonzalez, Laura 80, 82
Liñán Barroso, Juan Manuel 938, 943
Lituma Puga, Maria Gracia 843
Lizardo Castro, Gustavo Adolfo 537
Lladó, Iñigo 1049
Llamas Molina, José M. 438
Llamas Velasco, Mar 1049
Llamas-Molina, Jose María 80, 81, 82, 393
Llamas-Velasco, María del Mar 665
Llambrich-Mañes, Àlex 1035
Llull Ramos, Ana 728, 759, 1137
Llull, Ana 763

Loaiza Vivanco, Adriana del Cisne 1071
Loayza Sánchez, Enrique 553, 1082
Loayza, Enrique 608
Lobato Izagirre, Ane 764, 940
Lobo, Inês 802, 1170
Lobos Guede, Nelson Mauricio 887, 769, 1110
Loi, Camilla 1024
Loidi Pascual, Leyre 1138
Lomelí Canedo, Melissa 898
Londoño García, Ángela María 893, 910
Londoño, Angela 8
Lopes Correa, Juliana 1193
Lopes dos Santos, Maria Amélia 1097
Lopes Fatturi, Aluhine 830, 865
Lopez Andrino, Rodolfo 502
López Bran, Eduardo 1146, 1190
Lopez Bravo, Edinson 765
López Cordero, Sofía 536
López Córdova, Gabriela del Pilar 688
López Corella, Eduardo 654
López Estebaranz, José Luis 858, 868, 859, 1075, 1018, 1126, 907, 1021, 939, 1107, 869, 1148, 927, 1167, 834, 946, 1206
López Gutiérrez, Andrea Fernanda 379
López López, Omar Francisco 912
López López, Sharira Malenny 1009
López Navarro, Norberto 1073, 1091, 860
Lopez Olmos, Patricia Aide 1160, 755
López Salmerón, Andrea 991
López Toledo, Alicia 857
López Valdéz, Jaime Asael 134
López Vázquez, Fernando 677
López Vereau, Jenny 881
López Zaldo, Juan Basilio 583
López-Bran, Eduardo 562, 641, 1012
Lopez-Montoya, Francisco Javier 883
López-Negrete, Elena 864
López-Velázquez, Ana Cristina 778
Lorente Lavirgen, Ana Isabel 599
Lorente Prieto, Enrique 729
Loubies, Rodrigo 796
Loyola Ávila, Khanty 666
Loyola, Khanty 643, 630
Loza Canales, Sharely Milagros 959
Loza Escutia, Omar 539, 637
Lublinsky, Laura 1011
Lucero Calvache, David 553
Luengo Fernández, Lorenza María 972
Lugo, Dennis Alexander 925, 923, 920
Luis G., Luis Shotze 1051, 1063, 1034
Lukoviek, Vania 614
Luna Villalobos, Yara Andrea 956
Luna, Amalia 647
Luna, Amalia María 597
Luna, Paula Carolina 1077
Lupercio Macias, Stephanie Mabel 1165
Lupi da Rosa Santos, Omar 1062, 843
Lupi, Omar 840, 969
Luque Acevedo, Álvaro Andrés 674
Luque Luna, Mar 1183
Luque Varela, Pilar 1136
Luque-Acevedo, Álvaro Andrés 1145
Luzardo Fermin, Annya 689
Luzardo, Annya 690
Ly, Fatimata 899

M

Macaya Pascual, Antonio 1203
Macedo de Souza, Elemir 611
Machado Benavides, Nelly del Pilar 420
Machado, Birajara Soares 561
Macía Villar, Cristina 1094
Madrid Carrillo, Clara 583
Madrigal Ramos, Diana Carolina 685, 694
Mafra Treu, Curt 843
Magaletsky Kharachko, Kyrylo 1154, 877, 1127, 922
Magalhães Alves Ferreira Avancini, João 1093
Magaña García, Mario Ramón 918
Magliano, Julio 914
Maglilano, Julio 982
Maitre, Martine 792
Malvehy, Josep 861, 866, 1110
Mamani Choque, Mercedes 1196
Mamani Marca, Daisy Milenka 970
Manchado López, Pilar 791, 1186
Mandel, Victor Desmond 554
Manrique Martínez, Pilar 948
Manrique Vera, Adeliza 1014
Marabini, Noelia 17, 1092
Maradeo, María Roxana 21, 1072, 1085
Marçal de Barros Serodio, Aluisio 1178
Marçal, Claudia 1123
March Rodriguez, Alvaro 752
Marchán Cárdenas, Juan Camilo 997
Marcillo Alvarez, Johanna Tatiana 556
Maria Rodrigues, Aniela 621
Marín Hernández, Eduardo 582
Marini, Mariano 492
Maronna, Esteban 633, 917, 563
Márquez Enríquez, Juan 615
Márquez Urbano, Fátima Yadira 687
Martí Martí, Ignasi 866
Martín Callizo, Clara 1044
Martín de Bustamante González, José Manuel 1127
Martín Díaz, Maria Ángeles 854
Martín Díaz, Mº Ángeles 1172
Martín Fuentes, Adriana 937
Martín Loureiro, Ignacio 1139
Martin Martínez, Almudena 1065
Martínez Buitrago, Ernesto 810
Martínez Buttie, Vanina 624
Martínez Casanova, Diana 1065
Martínez Cerda, Guisella 1032
Martínez Da Silva, Idalina 993
Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Zuriñe 264, 800
Martínez García, Eliseo Alejandro 1091, 832
Martínez García, Gerardo 1186, 791
Martínez Gayosso, Adrián 671
Martínez Gómez, Manuel Antonio 600
Martinez Hagenlocher, Sofia 982
Martínez Lauwers, Ana 735, 739
Martínez Mariscal, Jaime 937
Martínez Morán, Cristina 735, 739
Martínez Murillo, Ali Carolina 753, 748
Martínez Ortega, Jesús Iván 853
Martínez Peña, Nekane 768, 1078
Martínez Pérez, Marcela 1117, 1094, 949
Martínez Piva, María Manuela 597, 647
Martínez Saharopulos, María Fernanda 981
Martinez Simón, José Javier 859
Martínez Torres, Antonio 368
Martínez Vargas, Karen Eurídice 617

Martínez, Alfredo	1034
Martínez, Constanza	864
Martinez, Idalina	934
Martinez, Jaime	1069
Martínez, Levín	471
Martinez, Maria Florencia	727
Martínez, Miguel	982
Martinez, Ricardo	558
Martínez-Morán, Cristina	737, 733
Martinez-Sánchez, Raquel	546
Martino, Cecilia	1046
Martín-Santiago, Ana	728, 763
Maskin, Matías	1076, 1158, 917
Massuda Serrano, Juliana Yumi	572
Matabuena Yzaguirre, María	1065
Mateo de Oleo, Claudia Carolina	1205
Mateo-Gallego, Rocío	546
Mateos Mayo, Ana	791, 1186
Matus Concha, Paloma	765, 769
Matute Salazar, Norma Isabel	885
Maya Gomez, Monica	722
Mayeshiro Ikeho, Elizabeth	540
Mayorga Rodríguez, Jorge Arturo	602, 684
Maza Morales, Mariana	632
Maza, Alexandra	1069
Maza-Morales, Mariana	747
Mazzei Weiss, María Eugenia	743
Mazzei, Maria Eugenia	1121
Mazzini, Miguel Ángel	378, 1056
Mazzotta, Mario Marco	450
Mazzuoccolo, Luis Daniel	1113, 647, 880, 962, 597, 644, 672, 655, 1131, 1122
Meaudre, Helene	1124
Medina Fernández, Ana	1073
Medina Gómez, Celina	1176
Medina Hermosilla, Pebbles América Leticia	789
Medina Montalvo, Maria Susana	863, 784, 924, 855
Medina, Carolina	638
Medina, Oscar	618
Meilán Sánchez, Iago	912
Mejía de la Cruz, Dolores	1061, 867
Mejia Mesa, Susana	886, 889
Mejia, Anett	1069
Mejia, Maddy	975, 670, 668
Melchor Mendoza, Yazmín Karel	606
Melé Ninot, Gemma	948
Meléndez Henríquez, Katherine Guisselle	1143
Meléndez Ramírez, Esperanza	997
Melendez, Esperanza	618
Melián Olivera, Ana	1147
Mellado, Patricio	1032
Mena Cedillos, Carlos Alfredo	87, 628
Mendes da Fonseca, Diana	805
Mendes, Sónia Raquel	557
Mendes-Bastos, Pedro	534
Mendez España, Mauricio Orlando	456
Méndez Flores, Katty Marcela	542
Mendez Flores, Silvia	606
Mendez, Raul	837
Méndez, V.	933
Mendoza Cembranos, María Dolores	960, 732
Mendoza Ibarra, Tania	932
Mendoza Macias, Maria Belen	843
Mendoza Martínez, Ana	1127
Menénde-Sánchez, Marta	946
Menéndez Parrón, Aida	264, 800, 1118
Menéndez Sánchez, Marta	1126, 858, 1018, 1021, 859
Mengeaud, Valérie	792, 793

Mercader García, Pedro	948
Mercader Salvans, Júlia	1058, 1144, 1088, 493
Mercadillo Pérez, Patricia	526, 475, 575, 459
Merenzon, Sabrina	725
Merino Molina, Sara	1102
Merola, Gladys	1164
Meruelo Ruano, Mikel	764, 745
Mesa Garza, Iraida Guadalupe	941
Mestanza Deza, Diana Guissela	1014
Mestre Medina, Cindy	657
Meuleman, Veronique	554
Meyer Nava, Ilse	583
Meza Machado, Lariza	754
Meza Romero, Rodrigo Antonio	517
Mias, Celine	792
Michelena, María de los Angeles	1072, 1085
Michelet, Jean-François	554
Milani, Massimo	1081
Millan-Puerto, Cris Madeley	1068, 983
Millard San Martin, Fernando	1042
Miñano Medrano, Román	907, 1107, 869, 1148, 1018, 834, 1167
Miola, Anna Carolina	825
Miquel Miquel, Javier	948
Miraglia, Eugenia	21
Miralles Botella, Julia	1052, 1156
Miramontes Rodríguez, Karen Fabiola	714
Miranda Aguirre, AlessanIrais	677
Miranda de Castro, Ivanka	849
Miranda Freitas, Egidio André	802
Miranda, Jimena Agostina	450
Miyamoto, Denise	842
Mnif, Tarek	1022
Mohino Farré, Nerea	1044
Moleta, Meliane	634
Molina Leyva, Alejandro	1189
Molinari, Leisa	647
Molinari, Leisa María	597
Molteni, Ana	675, 945
Monaco, Marina	1077
Monge, Mariella	1069
Mongelos Ortiz, Andrea Belen	1064
Monserrat García, María Teresa	938, 943
Montaño, Diana Ramirez	826
Monteagudo, Benigno	797
Monteiro Guimarães, Priscila Anne	805
Montenegro Flores, Esteban Daniel	549
Montenegro Valera, Isora	541
Montero Vilchez, Trinidad	1189
Montes de Oca Loyola, María Luisa	918
Montes de Oca Sánchez, Griselda	617
Montes Flores, Zyanya Lorely	1008
Monzón Quintana, María Lucía	789
Monzón, Lucía	977
Moquete, M.	933
Mora Hernandez, Oscar	722
Mora Hernandez, Oscar Eduardo	721
Mora, Oscar	618
Morais Machado, Marina	1153
Moral Rigo, Juliana	1043
Morales del Burgo, Patricia	819
Morales Etcheberry, Juan Pablo	992
Morales Godínez, Luis Carlos	785
Morales Huber, Claudia	1032
Morales Leyte, Ana Lilia	736
Morales Naranjo, Samuel	722
Morales Sánchez, Martha Alejandra	744, 610, 750, 225, 775, 603, 1067
Morales, Samuel	607, 1171

Morante, Nisa Valentina 424
Moreira Almeida Sousa, Dayana Kyara 805
Moreira Demuner, Talyta 1193
Morelló Vicente, Ana 904, 1027, 1037
Moreno Artero, Ester 904
Moreno García, María Isabel 567
Moreno López, Luis Miguel 972, 526
Moreno, Cristo 1007
Moreno, David 716
Moreno, Pamela 817
Moreno-Torres, Amalia 737
Morgadinho Santos Coelho, Fernando 1178
Morgado Carrasco, Daniel 1203, 1183, 1015
Morita, Akimichi 899
Morón Ocaña, Juan Manuel 717, 731
Moscoso, Lauri 913
Mosquera Castro, Lisseth Carolina 843
Mota Coelho Barbosa, Isadora 1013
Motta Beltran, Adriana 485, 886, 1083, 889, 1114
Motta, Adriana 967
Moya Martínez, Cristina 1134, 732
Moya, Candida 1125
Muhafra, David 799, 767, 1105, 1155, 725, 1128, 1152
Mullor Sanjosé, José Luis 1100
Muñiz de Lucas, Arantxa 907, 1021, 1075, 927, 1167, 834
Muños-Velandia, Oscar 385
Muñoz Aceituno, Ester 665
Muñoz Aguirre, Esthefanía 916
Muñoz Estrada, Victor Fernando 713, 754, 741, 720
Muñoz García, Liliana Eugenia 1161
Muñoz Moreno-Arrones, Oscar 905, 1147
Muñoz Ordoñez, Sara 1114
Muñoz, Aaron 689
Muñoz, Alejandra 835
Muñoz-Angulo, Natalia 1099
Muñoz-García, Liliana 883
Muñoz-Ordoñez, Sara 1099
Murga, Yamila 598
Murguia Puga, Daniela Marlene 1104
Mussi Stefan Oliveira, Maria Luiza 490
Muthana, Munitta 1048

N

Nadal Lladó, Cristina 1173
Nadal, Cristina 1060
Nanita de Estévez, Fernanda 847, 1047, 771, 968, 1188
Naranjo Garcia, Pablo 502
Navarrete Cabello, Jorge Andrés 833, 471
Navarrete de Gálvez, Enrique 1204
Navarrete Solis, Josefina 966
Navarrete, Jorge 643, 680, 679
Navarro Bielsa, Alba 546, 906, 758
Navarro Fernández, Iñigo 912
Navarro Gilabert, Ángel del Espino 717
Navarro Gilabert, Ángela 731, 599
Navarro Guillamón, Pedro José 832, 1103
Navarro Rodríguez, Frida Denise 750
Navarro Torre, Emily Lesly 469
Navarro Triviño, Francisco José 488, 931, 948, 438
Navarro Tuculet, Cecilia 880, 1131
Navarro, María Belén 596
Naz Villalba, Elena 1126, 1148, 1075, 1021, 939, 946, 1206
Neves Barros de Almada Justino, Georgia 840, 969
Neves Calado, Ana Rebeca 806
Neves, José Miguel 534
Nevskaya, Mariya 554

Nieto Benito, Lula María 692
Nieto Rodriguez, Juan Felipe 569
Nieto-Benito, Lula María 515
Niño Pinto, Iván Roberto 574
Nocera, Therese 719
Nocito, Mabel Jimena 552, 782
Nogueira, Miguel 802, 1170
Noguera, Lucero 614
Noguera, Valeria 1113
Novoa, Monica 618
Nunes Lopes Innocenti, Laura 777
Nunes Secamilli, Elisa 572
Nunhez Da Silva, Carolina 827
Nuñez Geraldino, Amelia 1061
Núñez Naranjo, Magally 466

O

Oberti, Virginia 471
Objio, Rosa 1188
Obregón Rondón, Ana María Margarita 955
Ocampo Candiani, Jorge 1007, 873, 1101, 850, 1095, 899, 950
Ochoa Bermudez, Juan Felipe 667
Ochoa Orozco, Corina 1006, 1150
Ochoa, Adriana 690
Ogueta Canales, Isabel 1042
Ojeda Orellana, Karina Elizabeth 504
Ojeda, Karina 521
Okita, Aline 646, 652, 561
Oleaga Morante, Jose Manuel 768
Olivares Blanco, Sofia 21
Olivares Martinez, Karol 1143
Olivares Rodríguez, Sebastián 914
Olivares, Karol Michelle 1069
Olivares, Liliana 633, 563
Oliveira Barbosa Alves, Mariana 1062
Oliveira Carneiro, Francisca Regina 1097
Oliveira de Carvalho, Vania 865, 830
Oliveira Mendonça, Leonardo 827
Oliveira Resende, Ludimila 1093
Oliveira Sato, Roberta Akeme de 777
Oliver Llul, Margarita 543
Oliver, Margarita 559, 421, 658
Ollarves Ruiz, Víctor 925
Ollarves, Víctor 920, 923
Olmos Pérez, Miguel 738
Onecha Vallejo, Victor 862, 783
Ontaneda Vega, Karen 609
Oporto Leiva, Andrés 558
Ordoñez Parra, Juliana 670, 550
Ordoñez Rubiano, Maria Fernanda 569, 570, 580
Ordoñez, Juliana 385
Orellana, Daniel 842
Orozco Covarrubias, Maria de La Luz 678, 654
Orozco Sebá, Beatriz Elena 997
Orsi, Valeria 1155
Ortega Berbel, Luis 716
Ortega Meléndez, María José 1045
Ortega Springall, María Fernanda 935
Ortega Tejada, Miryam 986, 1142, 1157
Ortega Valerio, Martha Grisell 1160, 755
Ortega, Fabiana 659
Ortega, Miryan 995
Ortellado, María Lujan 1164
Ortiz Álvarez, Juan 911, 1163
Ortiz Brugués, Ariadna 901, 902, 903, 719
Ortiz Castellanos, Maria Isabel 678

Ortiz de Frutos, Francisco Javier 948
Ortiz Jaramillo, Maria Fernanda 1182
Ortiz Lazo, Elena 512
Ortiz Prieto, Alejandro 615
Ortiz, Clara 618
Ortiz, Denise 920, 923, 925
Ortiz, María Fernanda 1195
Ortiz-Cáceres, William 954
Osorio Barboza, Juan Daniel 1192
Osorio Gómez, Guiovana Fernanda 964, 1163
Osorio Rodríguez, M 12
Osorio, Lyda 810
Ospina, Juan Pablo 1083
Oteiza Rius, Inés 1027, 1037
Oviedo Abate, Nadia 558
Oviedo Pecho, Roberto Homero 1028
Ozturk, Zafer E. 1025

P

Pachajoa, Harry 826
Pacheco, Robinson 513
Paciello, Vitor Zago 561
Padial Gomez-Torrente, Alicia Beatriz 615
Padilla Ramirez, Marisol 837
Padlewska, Kamila 554
Páez, Hugo 967
Paiva Hentzy de Faria, Camila 929
Palacio, Juliana 835
Palacios Álvarez, Santiago 626, 1074, 1066, 1098
Palacios Isaza, Claudia 511
Palacios Narváez, Diana Carolina 736
Palacios, Santiago 504
Palazzo, Maria Micaela 1010
Palencia Hernández, Ricardo 1192
Palma-Ruiz, Ana M. 758
Palomino García, Daniela 889
Pampín Franco, Ana 907, 939, 1107, 1075, 927, 869, 859, 1206
Panniello, Maria 548
Panniello-Ciampa, Maria 954
Pantaleão, Luciana 497
Papa Vieira, Matheus 808, 762, 827
Papa, Mariana Beatriz 473, 552
Papa, Mariana Beatriz del Valle 782, 578
Parada Iglesias, Luis 625
Paredes Arcos, Antonio 1014
Parera-Amer, Mª Elisabet 1035
Parra Manrique, Nahyr 1017
Parra, Julio 517
Parra, Viviana 17
Pasa Morgan, Mariana Aparecida 830
Pasmans, Suzanne 1016
Pasquel García Velarde, Pedro Mario 653
Pasquel Sotelo, Analia Karina 18
Pasquel, Analia 420
Passeron, Thierry 899
Pastor Nieto, María Antonia 948
Pastore, Natalia 624
Pastor-Jané, Laia 1044
Pastrana Fundora, Fernanda 126
Patel, Komal 839
Patino Hernández, Daniela 385
Patino, Willmar 8
Patiño Guinand, Patricia 548
Patrizi, Annalisa 1024
Paulino González, Ivana 933
Peceros Escalante, Johanna 742

Pegalajar Garcia, Maria Dolores	909, 908
Peirano, Felicitas	378
Pelaez Velez, Carolina	1082
Pellacani, Giovanni	1081
Penaranda Contreras, Elkin Omar	550
Peniche Castellanos, Amelia	459
Peña Lorenzo, Yosmeily Rosanna	1023
Peña Marte, Anny	781
Peña Trujillo, Valeria	667
Peñaranda, Elkin	1036, 607, 612, 560
Perales González, Alejandra	1101, 950
Peralta Pedrero, María Luisa	775, 750, 225, 744
Peralta Ramírez, María Isabel	931
Perandones González, Héctor	783
Pereira Pegas, José Roberto	529
Pereira Rudolph, Francisco	695
Pereyra Rodriguez, José Juan	964, 1030, 1163
Pérez Aldrete, Berenice Montserrat	1104
Pérez Alfonzo, Ricardo	543, 993, 704, 548, 658, 657, 954
Pérez Barrio, Silvia	764
Pérez Cabeza de Vaca, Rebeca	824
Pérez Campos, AlexanEmma	723
Pérez Córdova, Rosa Arely	742
Pérez Cortés, Sara	718
Pérez García, Uriel	640
Pérez Garza, Daniela Michelle	1095, 1101
Pérez González, Ricardo	800
Pérez Lee, Paola	1003, 1004
Pérez Luque, Ana	1030
Pérez Meléndez, Raúl Eduardo	821
Pérez Muñoz, Estela	639
Pérez Plaza, Alejandra	732
Perez Quispe, Anahi Lizeth	653
Pérez Rendón, Judith	1003, 1004
Perez Rojas, Diego Olín	850, 663
Pérez Serna, Yolanda	1206
Perez, Alfonso	934
Perez, Laura	224
Peréz, Lucía	647
Pérez-Rendón, Judit	978
Peris, Ketty	631, 1081
Perrone, Juan	817
Peruchi, Nicole	1053
Peruzzo, Laura	727
Pestana Eliche, María del Mar	1144
Petiti, Gisela	912
Pez, Lucia	936
Pezzini, Claudia	1081
Piccirilli, Gustavo	945
Pichardo Di Vanna, Lina	760
PieBuena, María de las Mercedes	1076
Piedrahita Martínez, Guillermo	810
Pieretti, Lia	577, 447, 545
Pieretti, Victoria Micaela	1072, 1085
Pigem, Ramón	591, 590, 593, 594, 587
Pinedo Moraleda, Fernado Javier	1167
Pinedo Moraleda, Fernando	907, 1018, 946, 1206
Pinilla Martín, Belén	514
Pink, Andrew E.	1024
Pinos León, Victor Hugo	951
Pinos, Victor Hugo	596
Pinto Pulido, Elena Lucía	924, 784, 863, 855
Piña Lugo, Fernando	713
Piñeyro-Molina, Francisca	797
Piquero Casals, Vanesa	1203
Piquero-Casals, Jaime	1203
Piquero-Martin, Jaime	1151

Piteiro Bermejo, Ana Belén 863, 784
Plafnik, Romina 936
Plasencia Rodríguez, Chamaida 1127
Plata Calderon, Daniela Antonieta 395
Plaza, María Gabriela 624
Podlipnik, Sebastian 861, 866, 430, 587
Polanco García, María José 977
Polanía Tovar, María Daniela 975, 674, 898
Poleo, Luisa 424
Polo Nigrinis, Claudia 1166
Polo Rodríguez, Isabel 924, 863, 784, 855
Pomar Morante, Reynaldo 742
Pompeu da Silva, Julia 969, 840
Ponce Delgadillo, Froilan Jhonatan 915
Ponce Gallegos, Marco Antonio 714
Ponce Olivera, Rosa María 640
Ponton, Johana 608
Poppi, Gabriela 767, 1155, 1152
Porras Sanchez, Nelson Ricardo 485
Porto Soares, Bruno 712
Posso, Verónica 523, 609, 519
Postigo Llorente, María Concepción 514
Pouradier, Florence 554
Prada García, Camino 32
Prada Vanegas, Jennifer Daniela 670
Prados Carmona, Álvaro 909, 908
Prem Morales, Stephanie 1009
Primc, Norma 33
Prior Garcìa, Ada de las Mercedes 541
Proy Trujillo, Héctor 804, 966
Puell Ramírez, Lucie 959
Puig, Susana 861, 866, 899
Puig-Butillé, Joan Anton 861
Pujol Vallverdu, Ramon 752
Pujol, Josep Anton 1044
Pulgarín Zapata, Laura Manuela 1090
Pulido Díaz, Nancy 637, 661, 539, 932, 757, 1115, 1111
Pulido, Ana Maria 548
Pulido-Pérez, Ana 515, 692

Q

Quer Pi Sunyer, Ariadna 1080
Querejeta, Marianela 1108
Quezada, Vanesa 420
Quijada Ucelo, Zonia María 846
Quijano Gomero, Eberth Gustavo 998, 999
Quintal Ramírez, Marissa de Jesús 661, 637, 539
Quintana, Carmen 546
Quintero Salazar, Bryanda Amelani 663
Quiñones Hernández, Deyanira Gabriela 1140
Quiñones Medina, Estefanía Alexandra 986
Quiñones Venegas, Ricardo 1140
Quiñones, Estefania 1195
Quispe Lavado, Patricia Yanina 525

R

Raco, Cecilia 624
Rada N, Julieth 840
Radonich, Jesica 378
Ramallo, Camila Anabel 21, 1072, 1085
Ramírez Albajés, Cesar 126
Ramirez Bosca, Ana 368
Ramirez Cheyne, Julián Andrés 1168
Ramírez Conchas, José María 1058, 1144, 1088, 493
Ramirez Gonzalez, Aída Saraí 1141, 1009

Ramirez Herrera, Nanys	667
Ramirez Marin, Manuela	629
Ramírez Mejía, Karla Paola	601
Ramírez Méndez, Tania Gissel	661
Ramírez Padilla, Marisol	1009, 831, 1141, 379
Ramirez Ramirez, Herodes	126
Ramírez Sánchez, Joel Alejandro	919
Ramírez, Cristian	517
Ramirez, Julian	500
Ramírez, N.	933
Ramirez, Nery	980, 913
Ramos Aguilar, César	885, 959
Ramos Baêta Neves, Marina	1179
Ramos Cavazos, César Jair	850, 1007
Ramos Garibay, José Alberto	770, 718, 979
Ramos Rodriguez, Claudia Carolina	1086
Ramos Rodríguez, Daniel	1088
Ramos Rodriguez, Guillermo	663
Ramos, Leonor	315, 557
Ramos-e-Silva, Marcia	1053
Raposo, Inês	802
Rasmont, Virginie	1124
Raymundo Villalva, Brunella	959, 885
Rech, Alexandra	1053
Recio Monescillo, Miguel	1134, 732
Recule Gonzalez, Francisca	774
Redondo Bellón, Pedro	463, 1020
Regazzi Avelleira, João Carlos	712
Reichardt, Melanie	1056, 378
Reis, Beatriz	1053
Relvas, Maria	315
Renoux, Pascale	1124
Reolid Pérez, Alejandra	665
Requena Caballero, Luis	1134, 732, 960
Reveco Betancourt, Roberto	695
Reyes Enríquez, Cinthya Paola	831
Reyes Jaimes, Oscar	704, 993
Reyes Jaramillo, David Eduardo	985
Reyes Meza, Sonia Elena	46
Reyes Moreno, María Elena	748, 930
Reyes, María Verónica	578
Reyes, Oscar	934
Reyes-Jaimes, Oscar	954
Reygagne, Pascal	554, 719
Reymundo Jimenez-Laiglesia, Ana	665
Ribet, Virginie	793
Ricaurte Jiménez, Marcela	528
Ricaurte, Marcela	576
Richman, Daniel	1054
Ridaura Sanz, Cecilia	654
Righetto de Ré Lai, Mariana	963
Rijas Gualdron, Diego	8
Rimoldi, Marcela	820
Rincon,	975
Rios Duarte, Jorge Andrés	1099, 1145, 1114
Rios Serna, Karhyn Milagros	425
Ripoll, Enric	866
Rivas López, Rossy Anahi	981
Rivera Maldonado, Melissa	668, 890
Rivera Marmolejo, Camilo Esteban	892
Rivera Pineda, Ingrid	920
Rivera Pineda, Zulay	923
Rivera Valdivia, Fredy	710
Rivera, Alejandra	485
Rivera, Ingrid	923, 925
Rivera, Zulay	920, 925
Riveros Reciné, Tatiana	774

Rivitti - Machado, Maria Cecilia 842
Rizzoli Córdoba, Antonio 87
Roa Cortés, Edgar Eduardo 889, 892
Roberts, Michelle 597
Rocha Aldana, Mariangel 543
Rocha Meireles Holanda, Ingrid 849
Rocha-Aldana, Mariangel 954
Rocheta Rosendo, Albani 659, 934, 658
Ródenas Herranz, Teresa 488, 438, 82, 80
Rodríguez Acar, Myrna del Carmen 750
Rodriguez Azeredo, Maria Del Rosario 1041
Rodriguez Barros, Maria Sol 624
Rodriguez Borrelli, Sergio 999
Rodríguez Cabral, Rebeca 973
Rodríguez Castellanos, Marco Antonio 753, 601, 755, 46, 919, 1140
Rodríguez Cerdeira, Carmen 789
Rodríguez Cuadrado, Francisco José 776
Rodríguez Fernández-Freire, Lourdes 662, 911
Rodríguez Flores, Carlos 959
Rodriguez Garijo, Nuria 463, 1020, 1037
Rodríguez Gutiérrez, Jesús Sebastián 720
Rodríguez Gutierrez, Juan Ignacio 745
Rodríguez Guzmán, Ana 1089
Rodríguez Jiménez, Pedro 1049
Rodriguez Kowalczuk, María Victoria 647, 597
Rodríguez León, Shelley Ashley 941
Rodríguez Marco, Ainara 1025, 1022
Rodriguez Mercado, Rosario Isabel 1029
Rodriguez Namias, Solvianta 895
Rodriguez Pozo, Juan Angel 1189
Rodríguez Prieto, Manuel Ángel 783, 862
Rodríguez Rangel, Ximena 956
Rodríguez Rodríguez, Rosa Nieves 1144
Rodriguez Saa, Sonia 1010
Rodríguez Serna, Mercedes 948
Rodriguez Temoche, Lourdes Milagros 999, 998
Rodríguez, Orquídea 257
Rodríguez-Cabral, Rebeca 978
Rodríguez-Garijo, Nuria 904, 556
Rodríguez-Rangel, Ximena 778
Rodríguez-Villa Lario, Ana 784
Rogel Vence, María 1086
Rojas Benitez, Andrea Gabriela 1181
Rojas Caballero, Julia Stephanie 976
Rojas Castañeda, Raquel Guadalupe 755
Rojas Maruri, Mauricio 678
Rollan Marzolo, María Paz 643, 666
Rollán, María Paz 630
Rollano Garabito, Felix 544
Rolon Cadena, Mariam 889
Rolon, Mariam 886
Román Sainz, Jorge 949, 1117, 1094
Romero Aguilera, Guillermo 1086
Romero Chapero, Andrea 945
Romero Guzmán, Ana Karen 1067
Romero Jiménez, Belén 949, 1117, 1094
Romero Rosas, Nelson Alberto 810
Romero Sandoval, Erika 959
Romo Sanchez, Conrado 874
Romo-González, Carolina 671
Roncero Riesco, Mónica 912
Rondinella, Aldana 936
Ros Abarca, Sandra 957
Ros Arnal, Ignacio 758
Rosas Morett, María Teresa 896
Rosell, Ángel 864
Rosell-Díaz, Ángel Manuel 515

Rosés Gibert, Pau 264, 800, 1118
Rossello, Valeria 473
Rossello, Valeria Elizabeth 552, 578
Rossi, Ana B. 1022
Rossi, M. 1054
Rosu, Serban 590
Roustan Gullón, Gastón 776
Roustan, Gaston 864
Rubiano Mojica, Pula Celeste 674
Rubiano, Luisa Consuelo 810
Rubiano-Mojica, Paula Celeste 1145
Rubio Aguilera, Francisco 735, 739
Rubio Betancourt, Marlene 1042
Rubio Garrido, Javier 615
Rubio-Aguilera, Ricardo Francisco 737, 733
Rueda Álvarez, Mónica Isabel 525
Ruf, Marina 655
Ruffin Vicente, Belén 732, 1134
Ruiz Arango, Maximiliano 8
Ruiz Carrascosa, José Carlos 908, 909
Ruíz Genao, Diana 927, 858, 868, 907, 1148, 834, 1167
Ruiz González, Inmaculada 948
Ruiz Leal, Andrea Biviana 1140
Ruiz López, Luisa Patricia 483
Ruiz Restrepo, Juan David 595, 511, 585
Ruiz Sánchez, Daniel 791, 1186
Ruiz Suárez, Ana Cristina 910, 893
Ruiz Villaverde, Ricardo 488, 438, 908
Ruiz, Erick 690
Ruiz-Carrillo Ramirez, Gorka 862
Ruiz-Genao, Diana 946
Ruiz-Rivero, Juncal 737
Ruiz-Villaverde, Ricardo 80, 81, 82, 931, 909, 393
Rütten, Arno 665
Rytenband, Fernanda 611, 572

S

Saba Mussali, Alberto Jacobo 736
Sabando, Vezna 796
Saceda Corralo, David 1147
Saénz Aguirre, Amaia 800, 264, 1118
Sáenz Corral, Claudia 1129
Sáenz, Ana María 974
Saenz-Corral, Claudia I. 1149
Sáez de Ocariz Gutiérrez, María del Mar 653, 654, 639, 678
Saint Aroman, Marketa 901, 902, 903
Saji Rondan, Katherine Augusta 882
Salazar Mestre, Cristian Javier 1128
Salazar Nievas, Maria 1189
Salazar Romero, Deyana 1042
Salazar Torres, Francisco Javier 566
Salazar, Juan Carlos 810
Salcedo, Cesar Alexander 509
Saldaña Gómez, Mariana 459
Saldaña Rivas, Carlos Eduardo 766
Saldaña Serrano, Shariel Charlotte 452
Saldarriaga Santamaría, Sara 910, 893
Salerni, Gabriel 675
Saleta, Berta 1188, 1130
Saleta, Bertha 847
Salgado Flores, Christian 676
Salgado, Manuel 557
Salgueiro, Lizza 1064
Salgüero Fernández, Irene 776
Salgüero, Irene 864
Salinas Lasa, Miren Begoña 940

Salinas Santander, Mauricio Andrés	873
Salomón Neira, Martín	959, 955, 885
Sambuelli, Gabriela	473
Sampaio, Raimunda Nonata Ribeiro	683
Sampedro, Raquel	1049
Sánchez Cárdenas, Carlos Daniel	932, 1115
Sánchez Castellanos, María Elena	601
Sánchez Díaz, Mildred	1151
Sánchez Díez, Ana	764
Sánchez Domínguez, Celia Nohemí	873
Sánchez Félix, Gadwyn	1001
Sánchez Gilo, Araceli	948
Sánchez Gutiérrez, Irene	776
Sánchez Márquez, Angélica Paola	875, 1104
Sanchez Martini, Pia Florencia	1174
Sánchez Moreno, Elisa Cristal	1009
Sanchez Padilla, Alicia Paola	565
Sánchez Pérez, Javier	948
Sánchez Roldán, Cristina	1204
Sánchez Sambucety, Pedro	862
Sánchez Torres, Angela Rosa	999
Sanchez Zapata, María Juliana	669, 1083
Sánchez, Elfida	771, 1187, 1194, 913
Sánchez, Marcelo	866
Sánchez-Meza, Emmanuel	950
Sánchez-Pedreño Guillén, Paloma	948
Sánchez-Puigdollers, Anna	1044
Sánchez-Zapata, Maria Juliana	1114
Sanclemente Mesa, Gloria	872, 600, 871, 616, 618, 1197, 971
Sangueza Acosta, Martín	544
Sanoja Valor, Cristina Elizabeth	689
Sanoja, Cristina	690
Sant'Anna, Beatriz	1123
Santa Cruz, Fermín Jurado	744
Santa Velez, Catalina	1083
Santamaria, Jenny Lorena	810
Santanta, Cristina	968
Santivañez Santander, Noelia	876
Santonja Garriga, Carlos	732, 1086
Santos e Silva Caldeira Marqués, María Luisa	1144, 1088, 1058, 493
Santos Ortiz, Maria Fernanda	770
Santos Ribeiro Bechara, Cristina	529
Santos Valandro, Letícia	611
Santos, André Pires dos	561
Sanz Real, Henar	939
Sanz Robles, Henar	868, 1107, 927, 858, 869, 1018
Sanz Sánchez, Tatiana	948
Sanz, Alejandro	1056
Sanz, Pablo	378
Sardi, Jose Rafael	424
Sarmiento Arteaga, Abril Karolina	993
Sarró Fuente, Claudia	868, 1126, 1107, 1075, 1148, 859, 946, 834
Sarro, Claudia	1206
Saucedo Avilés, Andrea	566
Saurat, J.H.	719
Sauro de Carvalho, Maria Virgina	1158
Saus Sarrias, Carlos	759, 1137
Sayag, Michèle	516
Scacchi, María Florencia	1046
Scalia, Julie	516
Scaroba, Rodrigo	994
Schalka, Sergio	899
Schetjman, Adrian	638
Schinzari Palo, Juliana	572, 611
Schmid Jorge, María	743
Schmid, María	1108
Sebastiani, Fernando	633

Seguí, Mireia	1049
Segura, Graciela	715
Seidel, Angela	618
Selda Enriquez, Gerald	1147
Sendagorta Cudós, Elena	1127, 1154, 877
Sendín Martín, Mercedes	662, 911
Serna Posada, María Del Mar	893, 910
Serra García, Laura	866
Serra-Baldrich, Esther	948
Serra-García, Laura	861
Serrano Bojórquez, Andrea	942, 1009
Serrano, Julián	558
Servera Negre, Guillermo	1127, 1154, 922, 877
Shang, Jie	642
Shwetz, Ana Claudia	825
Sienra Monge, Juan José Luis	87
Sierra Silva, Georgina	930, 1177, 1160, 875
Sigüenza, Mercedes	864
Silva Carmona, Mary Yohana	836
Silva Clavería, Francisca	716
Silva Feistner, Marcos	512
Silva Gomes, Janildes Maria	805
Silva Hirschberg, Catalina	1133, 816
Silva Souza, Cacilda	621
Silva, Sebastian Alejandro	810
Silva-Hirschberg, Catalina	769
Silvente San Nicasio, Catiana	749
Silverberg, Jonathan I.	1022
Silvestre Salvador, Juan Francisco	948
Silvestre Torner, Nicolás	949, 1117, 1094
Simão dos Santos, Bruno	9
Simcox, Carden	1024
Simón Gozalbo, Ana	900, 1070, 854, 1172, 857, 749
Simpson, Eric L.	1022
Siordia Reyes, Georgina	582
Sirgado Martínez, Ana	1190
Smith, Adrian D.	810
Soares Pincelli, Marcella	1093, 842
Soares, João Nuno	806
Soares-de-Almeida, Luís	773
Sobral Costas, Tristán Gabriel	1127, 1154
Sodré de Souza Eller, Lilith	767, 1152
Solá Truyols, Amador	1173
Solà, Amador	1060
Solano Álvarez, Verónica Carolina	566
Solar Alister, Eduardo	1042
Solà-Truyols, Amador	1035
Solis Ledesma, Guillermo	891, 753, 1177, 755, 714, 1160, 1140, 853
Sollena, Pietro	631
Solórzano-Rojas, Tatiana	1099
Soria Orozco, Manuel	583
Sosa, María Ángeles	558
Sosa, Tamara	471
Sotelo García, Bertha Lissette	379
Soto Ortíz, José Alfredo	1177
Soto Ricart, Maria Carlota	1194
Soto Rodríguez, Laura Amelia	1130
Soto, Laura	1194
Sousa Medeiros Torres Ferreira, Isabella	1013
Souza da Cunha, Jéssica Luiza	505
Souza, Raquel Machado de	561
Spelta, Karla	1153
Spiner, Rubén Eduardo	1155
Squeff, Mario	945
Staiger, Hernán	1113
Stark, Kylie	1048
Steiner, Denise	878, 646, 652, 634

Stevenson Figueroa, Macarena 765
Stoeva, Dilyana 587
Stringa, Maria 633
Suárez Aldunate, Claudia 666
Suárez Echávez, Andrea Vanessa 880
Suárez Massa, Dolores 776
Suárez Pérez, Jorge Alonso 1102, 1136, 832, 856
Suárez-Fernández, Ricardo 515, 692
Suástegui Rodríguez, Irvin 979
Sucerquia Quintero, Julian Andrés 674
Suero Romero, Ambar 847
Suzuki, Natalia Naomi 573

T

Tabara Carrascosa, Sergio 1117
Tabbara Carrascosa, Sergio 949, 1094
Taberner Ferrer, Rosa 1173
Taberner, Rosa Maria 1060
Taboada, Valeria 876
Tacuri Tenesaca, María de Lourdes 553
Tahuil, María Natalia 651
Taieb, Charles 811, 901, 902, 903
Tamayo Buendia, Margarita 629
Tamayo, Liliana 618
Tamayo, Margarita 975
Tambone, Sara 1081
Tamboskaya, Vasilina 420
Tan, Jerry 1120, 815, 814
Tapia, Félix José 257
Tarango Martínez, Víctor Manuel 584, 684
Tardin Rodrigues de Medeiros, Ana Carolina 1193
Targize Vaquero, Pilar 1026
Tavera, Mariela 618
Taveras, Angel 781, 847
Telles Westin, Andrezza 505
Tello, Ines Constanza 810
Teme, Baba 516
Tena Angulo, Natalia 1089
Tennerini, Leticia 1174
Terán Sarmiento, Linda Esmeralda 694
Tercedor Sanchez, Jesus 1189
Terrasa, Fernando 1060
Terrasa-Sagrista, Fernando 1035
Thomas, Ryan B. 1022
Thouvenin, Marie-Dominique 793
Tibaduiza García, María Fernanda 871
Tiemi Matsumoto, Cindy 1178
Tienza Fernández, Carmen 1091
Tirado Zambrana, Seidi 1172
Tirelli, Luciana Laura 1077
Toledo Bahena, Mirna Eréndira 1016, 1135, 565, 87, 628, 635
Toledo, Cibele 878
Tolomei, Josefina 876
Tomás Velázquez, Alejandra 463, 1020, 556
Torre, Ana Clara 1122, 672, 655
Torrejon Silva, Edith 544
Torrelo, Antonio 614
Torres Aguiñaga, Ulises 656
Torres Álvarez, María Bertha 851, 761
Torres Barragán, Gerardo 1129
Torres Camacho, Paula 526
Torres Delgado, Laura Ximena 227
Torres Iberico, Rosario 742
Torres Landa Márquez, Mariana 1149, 736
Torres Laviola Garcez, Poliana 1013
Torres, Maria-Claudia 618

Torres, Mauricio 618
Torres, Tiago 802
Torres-Pradilla, Mauricio 722, 28, 1016
Toscano Madero, María Camila 738
Tous Romero, Fátima 948, 514
Toussaint Caire, Sonia 54, 1129, 736, 1135, 740, 804, 628
Tovo Filho, Reinaldo 9
Traipe Paez, Barbara 787
Trasobares Marugán, Lidia 863, 784, 855
Trevisan, Thais 505
Tricaud, Caroline 812
Trompezinski, Sandra 516
Trujillo Gaviria, Laura 595
Trujillo, Andrea 8
Turcios Santizo, Stephanie Diane 379
Turégano Fuentes, Pilar 1044
Turrión, Lucía 864
Tzellos, Thrasyvoulos 1054

U

Ugalde Trejo, Nora Ximena 1003, 1004, 1005, 973, 978
Uh Sánchez, Isaías 7
Ullrich Gaona, Constanza 1032
Ungson García, Mariana Guadalupe 711
Uraga Pazmiño, Enrique 577, 528
Uraga Peña, Enrique 447
Úraga Wagner, Verónica 528
Uraga, Enrique 576, 545
Uraga, Verónica 577, 576
Urdiales Gálvez, Fernando 373
Ureña López, Valeria 626, 1074, 1098, 1066
Uriarte Mayorga, Diego Fernando 684
Uribe Restrepo, Andrés Felipe 1171
Uribe, Pablo 512
Urquijo Pérez, Paola Andrea 721
Utrera-Busquets, Marta 912
Uzcátegui Díaz, Maria Gabriela 974
Uzcátegui, Maria Gabriela 990

V

Vacas, Aldana 647
Vacas, Aldana Soledad 597, 644
Vaccarezza, Ada Matilde 936
Valbon Beleli, Mariana 611
Valdemoros, Paula 1011
Valderrama, Natalia 1090
Valdés-Loperena, Sofía 747
Valdivia-Muñoz, lauren 1191
Valdivieso León, Diana Carolina 528
Valencia Herrera, Adriana 87, 628, 635, 1135
Valencia Ocampo, Oscar Jairo 595
Valencia, Adriana Maria 565
Valencia, Lorena 8
Valencia, Nelly 420
Valentí Ponsa, Carla 764, 768
Vallejo-Ruiz, María de la Soledad 733
Valtueña Santamaría, Jara 791, 1186
Vanegas Arciniegas, Sara 826, 884
Vanrell Buse, Elisabeth 759, 1137
Vañó Galván, Sergio 1147, 905
Varas Mundaca, Carmen 623
Vargas Caycedo, Zamira Paola 674, 669
Vargas Gualdron, Laura Vanessa 985
Vargas Laguna, Elena 949, 1117, 1094
Vargas Suaza, Gloria Andrea 585

Vargas-Navia, Natalia 500
Vásquez Chirinos, Mariaesther de la Guadalupe 543, 257
Vasquez, Elsa 8
Vásquez-Chirinos, Mariaesther 954
Vaz De Lima Dallo, Vimerson 729
Vázquez González, Denisse 617
Vázquez Losada, Beatriz 819
Vazquez, Paula 823
Vega Almendra, Nadia 992, 1110
Vega Castillo, Jorge Juan 488
Vega Díaz, David 863
Vega Díez, David 924, 784, 855
Vega González, María Teresa de Jesús 1192
Vega Hernández, Gloria Nayeli 640, 575
Vega López, Teresa Lucía 791
Vega Memije, María Elisa 723, 736, 740, 1135, 846, 935
Vega-Castillo, Jorge Juan 81, 393
Vega-Memije, Elisa 804, 1149
Vela Ganuza, Miguel 868, 1021, 1107, 1075, 1148, 946, 1206
Velandia Siabatto, Alexander 967
Velasco Amador, Juan Pablo 909
Velasco, Gladys 923
Velasco-Amador, Juan Pablo 908
Velásquez Bámaca, Jimmy Steven 789
Velásquez Cahuasquí, José 549
Velasquez Valderrama, Felipe 742
Velasquez Vargas, María Camila 674
Velazco Manzo, Ernesto 46, 584
Velázquez Tarjuelo, Diana 1172
Velez, Julia 633
Velez, Natalia 618
Velez-Pelaez, Maria Camila 953
Velho, Glória Cunha 802
Ventura León, Alex 955, 882
Victoria Chaparro, Jairo 613, 1191
Victoria, Jairo 513
Vidal, Jorgelina 1011, 598
Vidarte Orrego, Gladys 688
Vidaurri de la Cruz, Helena 475
Vieira Rodrigues de Queiroz, Marina 1193
Vigovich, Félix 1076
Vilana, Ramon 866
Vilanova Urdaiz, Iosune 368
Vilas-Sueiro, Alejandro 797
Vilchis Flores, Olivo Emmanuel 1031
Villamarín Bello, Nuria 1139
Villani, María Emilia 1164
Villanueva Saenz, Alejandro 584
Villanueva-Cañas, José Luis 861
Villarreal Martínez, Alejandra 1007
Villarreal Ríos, Enrique 1003, 1004
Villarreal Villarreal, César Daniel 973
Villaverde Schimitt, Juliano 825
Villegas Blanco, Yollany Alicia 990
Vitale Villarejo, Maria 1100
Vitale, Maria 1081
Vola, Magdalena 471, 680
Volo Bautista, Victor 791, 1186
Volonteri, Victoria Inés 597

W

Wang, Zhixiao 1016
Wei, Liu 899
Weidinger, Stephan 1022
Wernersbach Pinto, Luciana 712
Whittle Pinto, Carolina 772

Wilches Reyes, Diana Paola 576
Winder, Natalie 1048
Wu, Jiangming 1024, 1025, 1054

X

Xará, Joana 315
Xavier de Moraes Alves, Celia Antonia 777
Xolalpa Rosales, Ana Cecilia 873

Y

Yanguas Bayona, Juan Ignacio 947, 1138, 1185, 1132
Yarak, Samira 1178
Yatskyer, Margarita 839
Ylé Arámburo, Eloiza Lizeth 720
Young, Diane 838
Yuri, Juliana 945

Z

Zaccaria, Sandra 598
Zago Ferreira, César Augusto 808
Zak, Elizabeth 1201
Zalazar, Élida Viviana 450
Zaldivar Fujigaki, José Luis 824
Zaldo Rolón, Iara 583
Zaldua Arrese, Miguel 1078
Zaninelli Schreiber, Angélica 573
Zapata Salazar, Natalia Aranza 873
Zaragoza Ninet, Violeta 948
Zárate, Larissa 54
Zavala Sierra, Martha Patricia 988
Zazo, Miguel 546
Zhang, Annie 1016
Ziga Martínez, Abraham 526
Zon Sassine, Ingrid 1193
Zorrilla Marina, María José 831, 1141
Zubizarreta Salvador, José 836