

¿Cuál es su diagnóstico?

What is your Diagnosis?

Talissa Fernanda Garza Tovar,¹ Érika Alejandra Ruiz Márquez,¹ Óscar Antonio Garza Tovar,² Diana González Cabello³ y Josefina Navarrete Solís⁴

¹ Departamento de Dermatología, Centro Médico Nacional del Noreste 25, IMSS, Monterrey, Nuevo León

² Médico cirujano, Centro de Investigación Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila, Torreón, Coahuila

³ Anatomía patológica, Monterrey, Nuevo León

⁴ Profesora titular de Dermatología, Centro Médico Nacional del Noreste 25, IMSS, Monterrey, Nuevo León

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de nueve años de edad, referida a la consulta de dermatología por dermatosis de seis años de evolución. Antecedentes de importancia: diagnóstico de síndrome de Alagille, hipercolesterolemia secundaria, cirrosis biliar primaria e hipertensión portal. Actualmente en tratamiento con ácido ursodesoxicólico, vitaminas C, D y E. Requirió cirugía de derivación de vías biliares en abril de 2010.

Comenzó su padecimiento dermatológico a los tres años de edad, con topografía inicial en los párpados y después se extendió a las orejas y las mejillas, luego se diseminó al cuello, los pliegues de flexión, a la extensión de extremidades superiores e inferiores, así como al tronco. Sintomatología asociada: prurito sin horario ni calendario, catalogado en intensidad 8/10. No había recibido tratamientos previos.

En la exploración física presentaba dermatosis diseminada con tendencia a la simetría, en la topografía antes mencionada, constituida por múltiples nódulos eritemato-rosados de bordes bien definidos, confluentes, de 0.2 cm de diámetro hasta formar placas amarillentas extensas (figura 1 a-c). Se realizó biopsia de la piel del brazo, la cual mostró acúmulos de histiocitos espumosos con contenido lipídico en el citoplasma (figura 2 a-c). Presentó estudios de laboratorio con colesterol total 636 mg/dl (121-200), triglicéridos 241mg/dl (45-200), HDL 20 mg/dl (31-76), LDL 567.8 mg/dl (65-171), BT 19.1mg/dl (0.2-1.0), BD 14.1mg/dl (0.1-0.5), TGP 441 U/L (10-35), TGO 342 U/L (10-40), LDH 327 U/L (125-243).

Tras confirmación del diagnóstico de nuestra paciente, se sugirió continuar con suplementación de vitamina D y complementar tratamiento con sertralina indicado en prurito colestásico y/o gabapentina indicada en prurito crónico, presentó mejoría del cuadro.



Figura 1. A-C: Dermatitis diseminada en la región periorbicular, axilar, dorso de las palmas, abdomen y región inguinal, con tendencia a la simetría, constituida por múltiples placas amarillentas y nódulos eritemato-rosados de bordes bien definidos, confluentes, de 0.2 cm de diámetro hasta formar placas extensas.

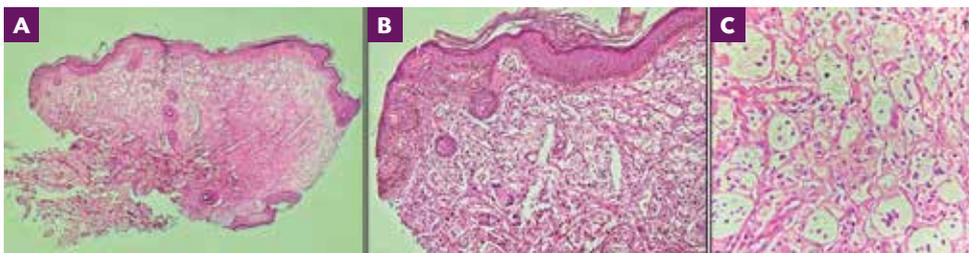


Figura 2. A-C: Biopsia con sacabocados de 3 mm, teñida con hematoxilina y eosina, que muestra la epidermis sin alteraciones, la dermis con múltiples agregaciones de histiocitos espumosos alrededor de la estructura anexial y entre haces de colágeno en la dermis (vista panorámica y acercamiento).

CORRESPONDENCIA

Dra. Josefina Navarrete ■ dra.josefina.navarrete@gmail.com; talissa90@hotmail.com ■ Teléfono: 87 1111 5020
Departamento de Dermatología, Centro Médico Nacional del Noreste 25, Monterrey, Nuevo León