

Resúmenes

Nagarajan P, Sloan BS. Isolated cutaneous leishmaniasis by *Leishmania donovani* in a soldier returning from Afghanistan. (Leishmaniasis cutánea aislada ocasionada por *Leishmania donovani* en un soldado que regresa de Afganistán). *Am J Dermatopathol*. 2015; 37: 591-592.

La leishmaniasis cutánea se puede manifestar como localizada (LCL), difusa, recidivante, mucocutánea y post-kala-azar. En el viejo mundo, *L. major* y *L. tropica* son los agentes causales más frecuentes de la forma localizada (LCL). En este artículo se comunica el caso de un soldado americano enviado al suroeste de Asia (Afganistán) hace cuatro años, donde vivió durante 12 meses. Se trata de un hombre inmunocompetente, de 25 años de edad, quien consultó por dos papulovesículas que formaban una placa de 2 x 5 mm, de aspecto seco, ligeramente pruriginosa, localizada en la cara lateral derecha del cuello. Evolucionó hacia la formación de una úlcera de 1.3 x 0.8 mm. Se realizó biopsia por rasurado. La histopatología mostró acantosis, espongiosis e hiperplasia pseudoepiteliomatosa. En dermis, edema e infiltrado denso compuesto principalmente por histiocitos. Los macrófagos contenían múltiples microorganismos en su interior, compatibles con *Leishmania* sp. Una segunda biopsia se envió a la CDC (*Center of Disease Control*) para tipificación en cultivo Novy-McNeal-Nicole, detección de anticuerpos antileishmania (*Kalazar Detect Rapid Test*) y ensayo isoenzimático, los cuales revelaron como agente etiológico a *L. donovani*. El resto de los estudios descartaron afectación sistémica. Fue tratado con anfotericina B liposomal, con remisión de la lesión, sin recurrencia a dos años de seguimiento.

En los últimos años se han comunicado múltiples casos de LCL en soldados de EUA que acuden al Medio Oriente. Se debe considerar este diagnóstico en cualquier personal militar que presente lesiones de más de tres semanas de evolución resistentes a tratamiento convencional y que cuente con el antecedente de haber viajado a alguna zona endémica. En casi todos los casos no complicados de LCL, el tratamiento local, tópico o intralesional es suficiente.

María José Cervantes González, R4D.

Shin D, Lee MS, Kim do Y et al. Increased large unstained cells value in varicella patients: A valuable parameter to aid rapid diagnosis of varicella infection. (Incremento sanguíneo de células grandes sin teñir en pacientes con varicela: un parámetro valioso para el diagnóstico rápido de varicela). *J Dermatol*. 2015; 42: 795-799.

La varicela es una infección altamente contagiosa causada por el virus de la varicela zóster. En algunas ocasiones, resulta difícil realizar el diagnóstico dermatológico diferencial con otras infecciones virales, como la erupción variceliforme de Kaposi (EVK) y el herpes zóster diseminado (HZ diseminado).

Las células grandes sin teñir (CGT) son un grupo de células que se observan de forma rutinaria en los hemogramas. Son grandes, peroxidasa-negativas, y no se pueden clasificar en ningún subtipo conocido de leucocitos. El objetivo de esta investigación

fue determinar si los valores de CGT podrían estar aumentados en pacientes con varicela, y si podrían ser un marcador útil para el diagnóstico diferencial de varicela con otras enfermedades virales cutáneas (EVK y HZ diseminado).

Se realizó un estudio retrospectivo de individuos con diagnóstico de varicela (n = 69), EVK (n = 30) y HZ diseminado (n = 11) de enero de 2005 a noviembre de 2014 en Corea del Sur.

El porcentaje de CGT en los sujetos con varicela fue más alto que el valor normal de referencia, y también fue mayor comparado con el de aquéllos con EVK (p < 0.0001) y HZ diseminado (p = 0.0051).

Se observó una disminución significativa en el número de CGT cuando los pacientes cursaban con mejoría clínica (p = 0.0017). Una cifra de CGT de 3.55 o más fue indicativa de varicela, con una sensibilidad de 71.01% y una especificidad de 84.44%.

La razón exacta en la diferencia de valores de las CGT en estas entidades se desconoce, por lo que se requieren más estudios al respecto.

Es muy importante realizar un diagnóstico rápido de varicela para tomar la decisión correcta de aislar al individuo con el fin de evitar la propagación de la enfermedad, y evitar esta medida en sujetos que no lo requieren. Detectar la cantidad de CGT, además de ser un estudio de laboratorio rápido y simple de realizar, nos ayuda a diferenciar la varicela de otras enfermedades virales.

Mónica Rosas Cano, R4.

Miest RY, Wetter DA, Drage LA et al. A mucocutaneous eruption. (Una erupción mucocutánea). *Int J Dermatol*. 2014; 53: 1425-1427.

Masculino de 68 años de edad, quien desarrolló una erupción mucocutánea generalizada, con la presencia de placas infiltradas, eritematosas y erosivas en tronco y extremidades, así como pérdida de uñas y estomatitis erosiva. Seis semanas de evolución. Esta dermatosis coexiste con fiebre y pérdida de peso. El paciente fue tratado con metilprednisolona e inmunoglobulina intravenosa, con diagnóstico presuntivo de eritema multiforme mayor, sin respuesta al tratamiento.

Dentro del manejo integral del sujeto, la biopsia de piel mostró una dermatitis de interfaz con queratinocitos apoptóticos. La inmunofluorescencia directa evidenció depósito intercelular de inmunoglobulina G y C3; la inmunofluorescencia indirecta: tinción sustancia intercelular a un título de 1:160 en esófago de mono y tinción débilmente positiva en la vejiga de rata. Sus exámenes de laboratorio reportaron anticuerpos antidesmogleína 1 y 3 elevados (62.4 y 36.0 U/mL, respectivamente). La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis mostró adenopatías malignas y una masa mesentérica de 18 cm de diámetro. Posteriormente, se realizó aspirado con aguja fina de un ganglio linfático retroperitoneal, lo que confirmó el diagnóstico de linfoma folicular (grado 1). Con los hallazgos anteriores, se realizó el diagnóstico de síndrome paraneoplásico autoinmune multiorgánico (PAMS), previamente descrito como pénfigo paraneoplásico. Se inició tratamiento con rituximab y bendamustina.

Discusión: Se utiliza el término PAMS para resaltar los múltiples sistemas que pueden verse afectados por el síndrome. Éste se relaciona con autoinmunidad epitelial que se desarrolla en el contexto de una neoplasia subyacente, por lo general linfoproliferativa. Tanto el proceso autoinmune humoral como el celular contribuyen al daño epitelial. El hallazgo de autoanticuerpos dirigidos contra plaquinas es característico y puede ser de utilidad diagnóstica.

La forma de presentación clínica es muy variable, incluyendo lesiones que semejan al pénfigo, pénfigoide bulloso, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, enfermedad injerto contra huésped o liquen plano. Generalmente, la manifestación inicial es la estomatitis erosiva dolorosa. PAMS también puede afectar el epitelio respiratorio, ocasionando bronquiolitis obliterante e insuficiencia respiratoria progresiva. Se sabe también que afecta el tracto gastrointestinal y se le ha asociado con glomerulonefritis y síntomas neurológicos. El pronóstico es malo, con tasas de mortalidad hasta del 90%.

Los individuos que presentan lesiones similares a eritema multiforme cursan con una supervivencia general más corta. Esta entidad suele ser resistente a las terapias convencionales. El tratamiento de la neoplasia maligna subyacente no garantiza el cese de las manifestaciones mucocutáneas. Los abordajes propuestos incluyen a los corticosteroides orales, ciclosporina, azatioprina, alemtuzumab, bromuro de piridostigmina, ciclofosfamida, micofenolato mofetilo, plasmaféresis y rituximab. El tratamiento puede ser adaptado para tratar tanto las manifestaciones mucocutáneas como la malignidad subyacente, como se realizó en el caso que nos ocupa.

Este paciente recibió politerapia con inmunoglobulina, rituximab, bendamustina, vincristina, ciclofosfamida y prednisona; sin embargo, a pesar de la terapia agresiva, falleció cinco meses después del diagnóstico. La muerte se atribuyó a insuficiencia renal y hepática en el contexto de múltiples complicaciones infecciosas.

Se comunica este caso para destacar PAMS y subrayar la importancia de incluir esta patología dentro de los diagnósticos diferenciales si un sujeto presenta una erupción polimorfa mucocutánea, en particular, aquéllas que no responden a las terapias convencionales. En el contexto clínico apropiado, la presencia de dermatitis de interfaz en el examen microscópico de rutina, además de los hallazgos característicos por inmunofluorescencia directa, pueden indicar al dermatopatólogo que se trata de un caso de PAMS. Esto es útil para asegurar un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado para este grupo de pacientes.

Mónica Calderón Moore, R4.

Sidhu HK, Lanoue J, Nazarian R et al. Histopathology of measles: report of 2 cases with new findings. (Histopatología del sarampión: reporte de 2 casos con nuevos hallazgos). *Am J Dermatopathol.* 2015; 37: 563-566.

Caso 1: Masculino de 45 años, se presentó con fiebre, conjuntivitis, rinitis, mal estado general y tos no productiva; con antecedente de haber viajado a Antigua, en el Oeste de la India, dos semanas antes. Historia de vacunación infantil completa, aunque tuvo contacto con niños no inmunizados durante su viaje; de ellos, varios habían cursado con la enfermedad. A la exploración física, se observaron manchas de Koplik, y tres días después, *rash* maculopapular de evolución cefalocaudal. No tuvo datos de neumonitis, queratitis o encefalitis. Por serología: IgM antisarampión positiva

e IgG a títulos subterapéuticos. **Histopatología:** Microscopia de luz: cambios focales de interfase, escasos queratinocitos necróticos e infiltrado perivascular mixto. En algunas zonas, la epidermis mostraba queratinocitos multinucleados sinciciales, característicos del sarampión: de núcleo pequeño y central, sin datos de acantosis. En la dermis se observó un infiltrado inflamatorio mixto, con células mononucleares y eosinófilos, además de algunos capilares que contenían trombos de fibrina intraluminal. Microscopia electrónica: las células gigantes sinciciales epiteliales localizadas en la dermis mostraron partículas aisladas de cápside dentro del retículo endoplásmico, que medían 40-60 nm.

Caso 2: Femenina de 22 años, originaria de la India. Presentó tos y *rash* morbiliforme con signos y síntomas sistémicos, un episodio de síncope. Su única comorbilidad era acné en tratamiento con isotretinoína oral. **Histopatología:** Microscopia de luz: cambios de interfase focales y queratinocitos necróticos dispersos, así como queratinocitos multinucleados focales. La microscopia electrónica corroboró la presencia de partículas virales.

Discusión: En pocas comunicaciones se habla de las características histopatológicas de la enfermedad; en ellas se describe el hallazgo de queratinocitos multinucleados y necróticos, paraqueratosis, espongiosis, edema intracelular, linfocitos y restos nucleares. Estos cambios se pueden ver en el epitelio folicular, acrosiringio y glándulas sebáceas.

En los casos, motivo de publicación de este artículo, se observaron múltiples queratinocitos multinucleados en la dermis, lo que nos muestra que las células gigantes sinciciales epiteliales no son exclusivas del tejido linfóide (como se pensaba anteriormente), sino que se presentan como un fenómeno en la segunda viremia del sarampión. Por microscopia electrónica, se confirmó que estas células contenían partículas de la cápside viral. La observación de un poco frecuente infiltrado mixto de eosinófilos y trombos de fibrina no se había publicado anteriormente. Conocer esto es útil para realizar un diagnóstico de sarampión en forma temprana e iniciar un tratamiento oportuno.

Mónica Elizabeth De la Torre García, R4 Dermatología.

Mochizuki H, Kakigi R. Itch and brain. (Prurito y cerebro). *J Dermatol.* 2015; 42: 761-767.

El prurito se define como la sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse. Es un problema de salud que disminuye la calidad de vida de las personas. Muchos pacientes en todo el mundo lo padecen.

El cerebro recibe señales y juega un papel importante en percibir la sensación. Se le asocia principalmente con la excitación de las fibras C. La señal se transmite por la vía del tracto espinotalámico, alcanza el tálamo y llega a la corteza somatosensorial primaria (SI) y secundaria (SII), la cual genera la respuesta de rascado. SI juega un papel más importante que SII en la percepción del prurito, al igual que ocurre con el dolor. En estudios previos se encontró que muchas zonas motoras del cerebro se activan como respuesta al estímulo del prurito.

El prurito crónico (PC) se asocia a múltiples enfermedades, incluyendo las dermatológicas, sistémicas, neurológicas y psicogénicas, y en muchos casos es idiopático. Se han realizado pocos estudios para determinar el funcionamiento cerebral en pacientes con PC y encontrar diferencias y similitudes con sujetos sanos. En un estudio se reportó gran actividad en los

ganglios basales en personas con dermatitis atópica, a diferencia de los individuos control. Es importante entender el mecanismo de percepción del prurito por parte del cerebro y como éste difiere en sujetos sanos para comprender mejor la fisiopatología del mismo.

Observar a otras personas rascarse o imaginar esta actividad puede provocar una sensación real de prurito, con la subsecuente respuesta de rascado. Ésta se suprime al realizar dicha actividad o al aplicar un estímulo doloroso. La sensación placentera que surge incrementa el deseo de seguirlo haciendo. El entendimiento del mecanismo responsable de este fenómeno puede aportar información útil en el desarrollo del tratamiento para el prurito y mejorar nuestra comprensión de los mecanismos cerebrales del prurito y el rascado.

Valeria Martínez Gardea, R4 Dermatología.

Verma P, Grover C, Sharma S. Post-kala-azar dermal leishmaniasis in pregnancy: hitherto unaccounted. (Leishmaniasis dérmica post-kala-azar en el embarazo: desconocida hasta el momento). *Int J Dermatol*. 2014; 53: 1501-1504.

Un número importante de pacientes que se recuperan de *kala-azar* desarrollan una dermatosis conocida como leishmaniasis dérmica post-kala-azar. La enfermedad se observa generalmente en la India y este de África. Aproximadamente, 5-10% de los casos de la India y 50-60% de los de Sudán desarrollan la dermatosis después del tratamiento de leishmaniasis visceral. A pesar de que la patogénesis de esta entidad no se conoce completamente, se sabe que está mediada por inmunocomplejos. El embarazo es un estado de alteraciones inmunológicas en el cual se modifica el curso de las infecciones parasitarias, incluyendo la leishmaniasis visceral. El presente artículo describe el curso de esta entidad en una joven embarazada.

Caso clínico: Una mujer de 23 años de edad, residente desde hace seis años en Delhi, acudió por presentar áreas hipopigmentadas y lesiones papulonodulares en múltiples áreas del cuerpo, que aparecieron tres meses antes. Cursaba con embarazo de producto único de 36 semanas. Tenía el antecedente de haber padecido leishmaniasis visceral 10 años atrás, tratada con inyecciones de estibogluconato de sodio; sin embargo, no especificó el tiempo de duración del tratamiento. Cuatro años después de terminar el tratamiento, desarrolló de forma progresiva y gradual manchas hipopigmentadas. Las lesiones se mantuvieron estables por seis años; sin embargo, durante los últimos tres meses aparecieron rápidamente lesiones papulonodulares sobre dichas manchas. En el examen físico se observaron múltiples manchas hipopigmentadas que confluían en grandes áreas de la piel, afectando el pecho, abdomen, espalda, miembros superiores e inferiores. Respetaban los pliegues y la región inferior del abdomen. El resto del examen fue negativo. Se realizó frotis de las lesiones nodulares utilizando la tinción de Giemsa. Se observaron las formas de amastigote de leishmania a nivel intra- y extracelular. El estudio histopatológico mostró un infiltrado inflamatorio difuso, localizado principalmente en dermis superficial y media. La dermis se encontraba llena de cuerpos de Leishman-Donovan, los cuales involucraban la unión dermoepidérmica. Se realizó al diagnóstico de dermatosis post-kala-azar. En vista del estado de embarazo, no se inició ningún tratamiento. Dos semanas más tarde, la paciente dio a luz a un bebé de término, por parto vaginal.

Discusión: La presentación de leishmaniasis visceral y cutánea en el embarazo es rara y hay pocos casos estudiados en este contexto. Se ha recomendado dar tratamiento a todos ellos por el riesgo de transmisión congénita de la enfermedad. Se ha sugerido que la anfotericina B puede ser segura y efectiva en mujeres embarazadas infectadas con este parásito.

Fabio Iván Anzueto Sánchez, R4.

Balagula Y, Mattei PL, Wisco OJ et al. The great imitator revisited: the spectrum of atypical cutaneous manifestations of secondary syphilis. (El gran imitador: el espectro de las manifestaciones cutáneas atípicas del secundarismo sífilítico). *Int J Dermatol*. 2014; 53: 1434-1441.

La sífilis es una enfermedad sistémica con numerosas manifestaciones dermatológicas, por lo que se le conoce como «la gran imitadora». Tuvo su origen en la Europa precolombina; sin embargo, también se han rastreado sus orígenes en África. La prevalencia de esta enfermedad ha variado con los años gracias a los programas que promueven el sexo seguro, a raíz de la epidemia mundial de sida. Del año 2001 al 2005, la cifra de personas infectadas se incrementó hasta alcanzar los 2.97 casos por 100,000 habitantes. Los grupos más frecuentemente afectados son los pacientes infectados con VIH y los hombres que tienen sexo con hombres. Las cifras de coinfección por sífilis y VIH alcanzan el 25%. El resurgimiento de la sífilis ha hecho necesario que los médicos se familiaricen con las manifestaciones clínicas de la misma, particularmente en su forma secundaria.

Existen publicaciones que informan hasta un 29.6% de manifestaciones cutáneas atípicas en enfermos con sífilis. El riesgo de no detectarla en etapas tempranas es la diseminación sistémica. Las manifestaciones típicas del secundarismo sífilítico son la fiebre leve, malestar general, cefaleas, dolor de garganta, conjuntivitis, hepatoesplenomegalia con elevación moderada de transaminasas, e ictericia hasta en el 12% de los casos. Pueden presentarse adenopatías no dolorosas (70-85%), dolor óseo y articular (12%) y uveítis unilateral (56%).

La manifestación cutánea inicial consiste en la presencia de pequeñas manchas hiperpigmentadas café o eritematosas, bien delimitadas, seguidas de una erupción generalizada pápulo-escamosa, no pruriginosa, que afecta tronco y extremidades, incluidas palmas y plantas. Las lesiones papulares pueden confundirse con liquen plano cuando adquieren un tono violáceo. Puede haber afectación de la lámina ungueal y del tejido periungueal. La alopecia sífilítica y el condiloma plano son menos frecuentes. Puede haber afección de la mucosa oral, lengua y labios, con la aparición de placas eritematosas no dolorosas bien definidas o placas blancas sobre un fondo eritematoso sobre la lengua, semejando una leucoplasia vellosa.

La sífilis secundaria nodular puede ser confundida con procesos linfoproliferativos, micosis profundas, lepra, tuberculosis, sarcoidosis y reacciones a cuerpo extraño. En el caso de lesiones solitarias, se debe hacer diagnóstico diferencial con tumores de anexos, verrugas, nevos melanocíticos y el tumor de células granulosas. En caso de que la sospecha clínica sea alta y las pruebas serológicas como el VDRL sean negativas, deberá considerarse la posibilidad de un fenómeno de prozona.

La sífilis también puede manifestarse como placas anulares, similares al lupus eritematoso subagudo, sarcoidosis, micobacteriosis

atípicas, granuloma anular, escabiosis y tiñas superficiales. Puede haber lesiones pustulares que semejen una dermatitis acneiforme, la llamada «forma frambosiforme» (lesiones nodulares ulceradas de aspecto verrugoso o vegetante), y el lúes maligno (pápulas, nódulos, pústulas y úlceras cubiertas de costras que pueden afectar mucosas), que se presenta con mayor frecuencia en pacientes infectados con VIH. Se han descrito erupciones papuloescamosas en zonas fotoexpuestas, semejando lupus cutáneo, dermatomiositis, rosácea, eritema polimorfo lumínico, e incluso una reacción liquenoide a fármacos por fotosensibilidad.

Actualmente, la sífilis ha mostrado un incremento muy alarmante en ciertos grupos poblacionales, por lo que el médico debe sospechar e incluir a la sífilis en sus diagnósticos diferenciales, incluso ante manifestaciones atípicas o topografías inusuales.

Mariano Marx, R4 Dermatología.

Sandoval M, Carrasco-Zuber J, Gonzalez S. Extradigital symplastic glomus tumor of the hand: report of 2 cases and literature review. (Tumor glómico simplástico extradigital de la mano: comunicación de dos casos y revisión de la literatura). *Am J Dermatopathol*. 2015; 37: 560-562.

El tumor glómico es una estructura neuromioarterial que se ubica dentro de la dermis reticular; está compuesto por una arteriola aferente (la cual contiene células glómicas) y una vénula eferente con múltiples comunicaciones, que funciona como una anastomosis arteriovenosa especializada. Clínicamente, los tumores glómicos digitales se detectan por su localización y la presencia de dolor en el 90% de los casos; sin embargo, la ubicación extradigital es más difícil de diagnosticar.

De acuerdo con la clasificación de la OMS aprobada en el año 2002, se dividen en tres categorías: tumores glómicos típicos, glomangiomas y tumores glómicos simplásticos y malignos.

Caso 1. Mujer originaria de la India, de 38 años de edad, previamente sana, consultó por dolor progresivo, localizado en la eminencia hipotenar de la mano izquierda, de siete meses de evolución. Clínicamente sólo se podía delimitar un área bien circunscrita de dolor, de aproximadamente 0.5 mm, sin eritema o edema. Se realizó ecotomografía, la cual mostró una lesión sólida nodular a nivel dermo-hipodérmico, sin extensión profunda. Se extirpó con el diagnóstico presuntivo de reacción granulomatosa a cuerpo extraño. El estudio histopatológico mostró una lesión dérmica, no encapsulada, bien circunscrita, con componente vascular y células epitelioides perivasculares extendidas en redes, pleomorfismo nuclear, sin mitosis. En la inmunohistoquímica se observó positividad para CD34 en endotelio y para actina de músculo liso y vimentina en células perivasculares.

Caso 2. Mujer de 66 años de edad que acudió por nódulo en la mano de varios meses de evolución, con aumento de volumen, sin dolor. Se realizó extirpación parcial de la lesión, con diagnóstico clínico presuntivo de «tumor nodular». En el reporte histopatológico se apreciaban fragmentos de una lesión no encapsulada, con componente vascular y células epitelioides perivasculares, pleomorfismo nuclear marcado, sin mitosis.

Discusión: En la revisión de la literatura, todos los tumores mostraron positividad para actina, tres casos para CD34, y tres más fueron negativos para Ki-67; sin embargo, no se ha descrito ningún caso extradigital. En el seguimiento, la mayoría de los casos no tuvieron evidencia de recurrencia local o metástasis.

Estos tumores pueden aparecer en cualquier sitio anatómico con vasculatura terminal, incluso órganos internos y lengua. En 2001, Folpe y colaboradores estudiaron los tumores glómicos atípicos y propusieron cuatro patrones histológicos: maligno, simplástico, de potencial maligno incierto y gliomangiomas; de ellos, sólo los malignos tienen un comportamiento agresivo, con metástasis hasta en 38% de los casos. El tumor glómico simplástico muestra un alto grado de celularidad, sin mitosis anormales, necrosis o un patrón invasivo, y sin comportamiento biológico maligno. La atipia nuclear simplástica es un fenómeno bien reconocido dentro de los tumores glómicos. Se puede observar también en los hemangiomas, tumores neurales periféricos y algunos otros más. Se debe evitar confundir esta rara presentación como maligna.

Valeria Gómez Molinar, R4.

Ritchie SA, Lee MP, Kao GF et al. An ulceration of the glans penis. (Ulceración en el glande del pene). *Am J Dermatopathol*. 2015; 37: 544-545, 585.

Caso clínico: Hombre de 70 años de edad, con historia de leucemia mielocítica aguda. Durante su admisión a quimioterapia, se solicitó una interconsulta al Servicio de Dermatología por el desarrollo de una úlcera en el pene. El paciente negó dolor asociado a la úlcera y señaló que notó una lesión similar, adyacente a ésta, que apareció un mes previo a la úlcera actual y que se curó casi por completo. Tenía como antecedente el haber sufrido de una enfermedad de transmisión sexual desconocida hace 40 años. A la exploración física, se observó una úlcera bien delimitada que se asentaba en el surco balano-prepucial del glande del pene, de aproximadamente 4 mm de diámetro, con bordes en sacabocado, con tejido de granulación en la base y borde eritematoso. La prueba rápida para sífilis resultó negativa. Se realizó una biopsia por sacabocado del borde de la misma.

La biopsia mostró en dermis un infiltrado difuso de células basales inmaduras. La epidermis subyacente no estaba afectada. Se observaron eosinófilos inmaduros dentro del infiltrado. A un mayor acercamiento, se detectaron mielomonocitos inmaduros rodeando los capilares. Las células presentaban núcleos redondos u ovalados, algunas con indentaciones nucleares y morfología atípica. Se apreciaron también algunas figuras mitóticas dispersas. Con lo anterior, se realizó el diagnóstico histopatológico de leucemia mielocítica aguda.

Discusión: La afectación cutánea no es rara en los pacientes con leucemia, principalmente en la leucemia mielocítica aguda (LMA), pero la localización en el pene es una presentación inusual, con pocos casos publicados en la literatura. El conocer esto es importante para realizar un correcto diagnóstico diferencial de lesiones con esta topografía, y porque puede ser la única manifestación de la LMA.

Las lesiones cutáneas de LMA son comúnmente asintomáticas y cuando se presentan en el pene, pueden parecer un chancro, la lesión primaria de la sífilis. Ésta fue la primera sospecha diagnóstica en el paciente. A pesar de que los chancros comúnmente sanan por sí solos antes de entrar a un periodo de inactividad, es raro que surgiera un segundo chancro adyacente al que ya había sanado, como en el caso que nos ocupa. Este ciclo de ulceración y curación es más característico de la leucemia cutis. Otros diagnósticos diferenciales incluyen: chancroide, herpes simple,

granuloma inguinal, carcinoma epidermoide invasivo, micosis profundas y dermatitis facticia. Otro diagnóstico a considerar en individuos con enfermedades linfoproliferativas y en tratamiento con inmunosupresores, como en la infección por VIH, podría ser una reacción exagerada a picadura por artrópodos.

La leucemia cutis se ha asociado frecuentemente con un curso más agresivo de la enfermedad, aunque aún no se ha corroborado una diferencia en la supervivencia entre pacientes con leucemia que presentan leucemia cutis y los que no. También se ha seña-

lado que la remisión de la enfermedad es más corta en sujetos que desarrollan esta última, por lo que requieren abordajes más agresivos para un menor riesgo de recaída. El tratamiento de este proceso linfoproliferativo debe ser dirigido a la leucemia subyacente, que generalmente se trata con quimioterapia. La radioterapia o la terapia con haz de electrones pueden ser utilizadas de forma adyuvante.

Natalia Espinosa Villaseñor, R4 Dermatología.