

Resúmenes

LVI Congreso Anual de Terapéutica Dermatológica*

MINICASOS

Criocirugía como opción de tratamiento para el carcinoma basocelular en vulva

Alberto de la Fuente García, Verónica Garza Rodríguez, Myrna Alejandra Cardoza Torres, Jorge Ocampo Candiani, Minerva Gómez Flores

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México

Se presenta el caso de un paciente femenino de 88 años de edad, con antecedente heredofamiliar de diabetes mellitus tipo 2, antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus tipo 2 de 44 años de evolución tratada con glibenclamida, hipertensión arterial sistémica de cinco años de evolución tratada con enalapril, retinopatía diabética y extracción de catarata en ojo izquierdo con remplazo de lente intraocular cuatro años previos, así como fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida tratada con amiodarona y ácido acetilsalicílico y enfermedad renal crónica etapa III, ambas de reciente diagnóstico. Inició dos años previos a su consulta al presentar una úlcera no dolorosa de lenta aparición y crecimiento en el labio mayor derecho de aproximadamente 1 cm, motivo por el cual acude con médico quien realiza diagnóstico presuntivo de carcinoma espinocelular, practicándole biopsia en sacabocado, la cual resultó compatible con dermatitis liquenoide. La paciente no acude a seguimiento. Después de 18 meses, la paciente acude a nuestro servicio con persistencia y aumento del tamaño de la úlcera, agregándose ardor, prurito

y sangrado ocasional espontáneo. Durante ese tiempo, la paciente se automedicó hidrocortisona 1% sin mejoría. A la exploración dermatológica se presentó una dermatosis localizada a la región vulvar, en el labio mayor derecho, unilateral y caracterizada por una úlcera eritematosa no dolorosa de 1.5 cm de bordes irregulares, mal definidos, friable, con fondo limpio y sin secreciones, con algunas huellas de rascado y evolución aparentemente crónica. El resto de la exploración física sin anormalidades. Por tal motivo, se indica nueva biopsia en sacabocado, siendo en esta ocasión compatible con carcinoma basocelular. La paciente no acepta manejo excisional, por lo que se realiza criocirugía con criosonda (2 ciclos hasta obtener un halo periférico de 5 mm). Tres meses después se realiza biopsia en sacabocado en el área tratada para descartar recidiva o persistencia del carcinoma, siendo compatible con cicatriz dérmica asociada a hemorragia antigua y proceso inflamatorio crónico sin datos de neoplasia. A los 8 meses de seguimiento y vigilancia, la paciente se encontraba clínicamente sin datos de recidiva, sólo con una cicatriz hipotrófica.

Tratamiento en leishmaniasis cutánea localizada

Cesiah García Martínez, André Morales-Martínez, Iris R Álvarez Montiel, Adriana Valencia Herrera, Mirna Toledo Bahena, Carlos A Mena Cedillos, Beatriz Rivas Sánchez, Oscar Velasco Castrejón

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Las leishmaniasis son un conjunto de enfermedades muy diferentes entre sí, producidas por distintas especies de un protozooario perteneciente al género *Leishmania*. Estas enfermedades de evolución crónica se caracterizan por comprometer piel, mucosas y vísceras dependientes de la especie de *Leishmania* causante y de la respuesta inmune del huésped. Aunque se sabe que la leishmaniasis

* Resúmenes presentados en el LVI Congreso Anual de Terapéutica Dermatológica, celebrado del 14 al 17 de abril de 2010 en la Ciudad de México.

El contenido científico y editorial de estos resúmenes no es responsabilidad de *Dermatología Revista Mexicana*.

cutánea localizada tiende a tener una evolución hacia la autolimitación, está indicado iniciar tratamiento sobre todo en aquellas lesiones que persisten por más de seis meses. Esto permite disminuir cicatrices y previene la diseminación y recaída. Los antimoniales, estibogluconato sódico y antimonio de meglumina, tanto por vía parenteral como intralesionales, son el tratamiento de primera elección. Los intralesionales tienen menos efectos adversos y costos. Están indicados en lesiones únicas, de pequeño tamaño producidas por especies del Viejo Mundo o por *Leishmania mexicana*. La importancia de este caso radica en que hay que considerar el diagnóstico de leishmaniasis en lesiones ulcerosas crónicas, sobre todo en áreas endémicas, así como implementar el tratamiento más efectivo y con menos efectos adversos, individualizando cada caso. Se presenta paciente femenino de cuatro años de edad, procedente del estado de Morelos, que presentaba dermatosis localizada a la cabeza, que afectaba la región malar derecha caracterizada por ulceración ovalada, de aproximadamente de 2 cm x 1.5 cm, eritematosa, con bordes elevados bien delimitados, hiperémicos e indurados y costra central, asintomática de nueve meses de evolución. A su inicio se refiere como pápula eritematosa con crecimiento lento y posterior pérdida de la continuidad. Se realizaron estudios para corroborar el diagnóstico reportándose intradermoreacción de Montenegro positiva a las 48 horas. Así mismo se realizó frotis de la lesión evidenciándose formas parasitarias en el interior de los macrófagos. Su serología con inmunofluorescencia indirecta positiva en 1:16, al momento cultivos sin crecimiento. Se decidió administrar antimonio de meglumina intralesional, con respuesta favorable y resolución después de cinco dosis aplicadas semanalmente.

Aspergilosis cutánea primaria: reporte de un caso

Silvia Méndez Flores,* Francisca Hernández Hernández,** R Orozco Topete*

* Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, DF

** Departamento de Micología, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: se denomina aspergilosis a los distintos síndromes clínicos producidos por *Aspergillus*, que es un hongo filamentoso hialino. La presentación cutánea

es sumamente rara, que ocurre en pacientes inmunosuprimidos. La especie más frecuente es *Aspergillus fumigatus* (85%). Entre los factores de patogenicidad se encuentra su capacidad de crecer a 37°C, adherencia a superficies epiteliales, así como su tendencia a invadir los vasos sanguíneos y la producción de elastasa, restrictocina y fumigatoxina, que le permiten penetrar directamente a través de traumas cutáneos o mucosos; se caracteriza por pápulas o placas eritematosas induradas que evolucionan a la necrosis con escara negra, en ocasiones desde sitios de inoculación, como el catéter causando posteriormente diseminación invasiva, en ciertas ocasiones se puede encontrar afección cutánea secundaria a diseminación hemática. **Caso:** hombre de 27 años de edad, originario y residente del Distrito Federal. Presentó una dermatosis localizada, unilateral que afecta la extremidad superior derecha, y de ésta la cara externa de la región tenar de la mano; caracterizada por neoformación exofítica, cupuliforme de 12 mm de diámetro, bien delimitada, eritematosa con excoriación en región central, indurada a la palpación, evolución de 7 meses, asintomática. Entre sus antecedentes de importancia: con diagnóstico de infección por VIH en junio de 2009, e infección sistémica por complejo de micobacteria atípica, en tratamiento con abacavir, lamivudina, efavirenz; así como etambutol, claritromicina y prednisona. El estudio histopatológico de la biopsia evidenció hifas hialinas no tabicadas, en el cultivo se aisló *A. fumigatus*, caracterizadas por colonias aterciopeladas, color verde olivo con un halo claro en la periferia, el examen directo de éste teñido con azul de algodón demostró cabezas aspergiliares con fiálides que ocupan la parte superior de la vesícula, conidias son incoloras que miden 2 a 3 µm. Recibió tratamiento con itraconazol. Actualmente aun en tratamiento con remisión del cuadro. **Conclusiones:** este caso es de interés por presentar una forma clínica atípica cutánea primaria en paciente inmunosuprimido, con histología y cultivo característicos; el diagnóstico y manejo oportuno interviene en el pronóstico. El tratamiento estandarizado es voriconazol; sin embargo, por su interacción con los antirretrovirales, se manejó con itraconazol con adecuada respuesta clínica. Recalcar la importancia en la sospecha clínica y el diagnóstico temprano, para ofrecer un tratamiento oportuno y modificar el pronóstico de esta micosis profunda evitando su diseminación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naggie S, Perfect JR. Molds: hyalohyphomycosis, phaeohyphomycosis, and zygomycosis. *Clin Chest Med* 2009;30:337-353.
2. Marcoux D, Jafarian F, Joncas V, Buteau C, et al. Deep cutaneous fungal infections in immunocompromised children. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:857-64.
3. Allo MD, Miller J, Townsend T, Tan C. Primary cutaneous aspergillosis associated with Hickman intravenous catheters. *N Engl J Med* 1987;317:1105-1108.
4. Camuset J, Nunes H, Dombret MC, Bergeron A, et al. Treatment of chronic pulmonary aspergillosis by voriconazole in nonimmunocompromised patients. *Chest* 2007;131(5):1435-1441.
5. Craiglow B, Hinds G, Antaya R, Girardi M. Primary cutaneous aspergillosis in an immunocompetent patient: successful treatment with oral voriconazole. *Pediatr Dermatol* 2009;26(4):493-495.

Dermatitis seborreica severa en tratamiento con itraconazol vía oral. Reporte de un caso

Valeria Lyzzete Díaz Molina,* Griselda Montes de Oca Sánchez,** Alexandro Bonifaz Trujillo,*** Rosa María Ponce Olivera****

* Residente de cuarto año de dermatología

** Médico de base del servicio de dermatología

*** Jefe del departamento de micología del servicio de dermatología

**** Jefa de servicio

Servicio de Dermatología, Hospital General de México

Se presenta el caso de un masculino de la cuarta década de la vida. Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Elisa para VIH negativo. Presenta dermatosis diseminada. Afecta cabeza en piel cabelluda, pabellones auriculares con predominio en el conducto auditivo externo; la cara, afectando de esta la frente, la región intercililar, los pliegues nasogenianos, la región malar y el mentón; así como el tronco en el tórax anterior y posterior con predominio de afección en la línea media. Constituido por eritema moderado a severo, con abundante escama oleosa, así como algunas pústulas con patrón folicular en la línea media del tronco anterior, las cuales se rodeaban de un halo eritematoso. Seborrea. Evolución crónica que cursaba con prurito leve. El paciente había recibido numerosos tratamientos previos, los cuales incluían ketokonazol crema y shampoo, pimicrolimus crema, barra dermolimpiadora de azufre más ácido salicílico, keluamida y ciclopiroxolamina en shampoo;

sin mejoría. Ante la extensión y severidad del cuadro se decide realizar examen directo de las escasas lesiones pustulares de la cara anterior del tronco, el cual reportó escasas blastoconidias de *Malassezia* sp. Por tal motivo se decide iniciar tratamiento con itraconazol 100 mg vo c/12h durante 7 días como monoterapia, con respuesta satisfactoria al tratamiento.

Dermatitis granulomatosa asociada a artritis reumatoide

L Godínez Aldrete, A Arévalo López

Departamento de Dermatología, UMAE Centro Médico Nacional SXXI, IMSS. México, DF

Introducción: la piel es el órgano extra-articular más afectado en artritis reumatoide (AR). Se han descrito diversas dermatosis asociadas a AR. **Cuadro clínico:** mujer de 40 años con AR de 17 años de evolución, clase funcional II y síndrome de Sjögren en tratamiento con cloroquina y prednisona. Inició hace dos años con la aparición de pápulas eritematosas y pruriginosas en la cara anterior de ambas piernas, inicialmente de curso intermitente y desde hace seis meses, de evolución persistente. A la exploración física presenta dos patrones de afección cutánea: el primero, afecta las mejillas, el dorso nasal, los codos, el dorso de los antebrazos y las manos, consiste en placas psoriasiformes. El segundo está constituido por pápulas eritematosas con escama laminar en la superficie que tienden a confluir, distribuidas en la región lumbosacra, el tercio distal y la cara anterior de los muslos, la cara lateral y anterior de las piernas. Exámenes de laboratorio: factor reumatoide 4,882.9 UI/mL, VSG 37.5 mm/h. Biopsia de piel: dermatitis crónica granulomatosa, con tinción de PAS y Ziehl-Nielsen negativas. Se inicia manejo con talidomida 100 mg/día con el cual mejoran las lesiones. **Discusión:** actualmente, la dermatitis granulomatosa asociada a AR continúa siendo tema de controversia en cuanto a su definición, cuadro clínico, hallazgos histopatológicos y tratamiento. Históricamente se ha descrito bajo diferentes nombres, dentro de los cuales se incluyen *granuloma de Churg-Strauss*, *granuloma extravascular cutáneo necrotizante*, *pápulas reumatoides*, *necrobiosis reumatoide superficial ulcerada* y *dermatitis granulomatosa intersticial con artritis*. Recientemente se ha propuesto el término de *dermatitis granulomatosa neutrofílica* y en *empalizada*

(DGNE) para unificar las diferentes manifestaciones clínicas y hallazgos histopatológicos asociados a esta enfermedad. Se desconoce su prevalencia, aunque algunas series reportan una frecuencia del 6.5%, y se ha asociado a enfermedades de tipo autoinmune como son artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, vasculitis, enfermedad linfoproliferativa, granulomatosis de Wegener, así como enfermedad intestinal inflamatoria. La artritis reumatoide, entidad más frecuentemente relacionada a esta dermatosis, se asocia con un factor reumatoide positivo y enfermedad articular severa. Su expresión clínica es variable, puede presentarse en forma de pápulas, nódulos, placas, bandas subcutáneas e histológicamente se ha asociado a tres patrones: 1) infiltrado neutrofílico intersticial acompañado de colágeno en degeneración, 2) granulomas en empalizada que rodean restos de polvónuclear, fibrina y colágeno en degeneración, y 3) granulomas en empalizada acompañados de fibrosis, los cuales pueden coexistir o corresponder a momentos evolutivos de la enfermedad. Se han reportado algunos casos con autorresolución de la dermatosis en un lapso de seis meses a un año, así como respuesta terapéutica al uso de esteroides tópicos y sistémicos, dapsona, hidroxiclороquina, entre otros inmunosupresores. Hasta el momento no conocemos un caso reportado con respuesta al uso de talidomida. Por otro lado, recientemente se ha reportado una variante de DGNE relacionada al uso de medicamentos como inhibidores de los canales de calcio, agentes hipolipemiantes, IECAs, antihistamínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos, así como inhibidores de TNF- α . El papel del TNF- α en la fisiopatología de esta dermatosis tendría que ser investigado en el futuro, ya que resulta controversial los reportes de dermatitis granulomatosa asociados al uso de bloqueadores de TNF- α , y la respuesta terapéutica observada en nuestra paciente con el uso de talidomida, así como otros reportes con respuesta al uso de etanercept. **Conclusiones:** las manifestaciones cutáneas asociadas a AR representan un problema común, por lo tanto es importante su reconocimiento clínico para quienes atienden a estos pacientes. La dermatitis granulomatosa asociada a AR, desde su primera descripción hasta la actualidad, continúa siendo una entidad clínico-patológica controversial. Resta realizar más investigación en cuanto a su etiología y fisiopatogenia, para poder resolver dichas interrogantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sayah A, English JC. Rheumatoid arthritis: A review of the cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:191-209.
2. Magro CM, Crowson AN. The spectrum of cutaneous lesions in rheumatoid arthritis: a clinical and pathological study of 43 patients. *J Cutan Pathol* 2003;30:1-30.
3. Ergun T, Inanc N, Tuney D, Kotiloglu EK, et al. Skin manifestations of rheumatoid arthritis: a study of 215 Turkish patients. *Int J Dermatol* 2008;47:894-902.
4. Bremner R, Simpson E, White CR, Morrison L, et al. Palisaded neutrophilic and granulomatous dermatitis: An unusual cutaneous manifestation of immune-mediated disorders. *Semin Arthritis Rheum* 2004;34:610-616.
5. Chu P, Connolly MK, LeBoit PE. The histopathologic spectrum of palisaded neutrophilic and granulomatous dermatitis in patients with collagen vascular disease. *Arch Dermatol* 1994;130:1278-1283.
6. Deng A, Harvey V, Sina B, Strobel D, et al. Interstitial granulomatous dermatitis associated with the use of tumor necrosis factor α inhibitors. *Arch Dermatol* 2006;142:198-202.

Dermatomiositis tratada con inmunoglobulina

Vicente Vázquez Zacarias

Hospital Central Militar

Se presenta el caso de femenina de 29 años de edad, originaria y radicando en Ixtepec, Oax., ama de casa, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Inicia hace 9 meses, con áreas de eritema en áreas fotoexpuestas, se manejaron como cuadros de alergia por médico general, con aplicación de esteroide intramuscular en seis ocasiones, siete meses después se agrega debilidad de los miembros inferiores y posteriormente de los miembros superiores, hasta postración en cama. *Estudio dermatológico.* La dermatosis de esta paciente es generalizada, afecta la cara en el área centrofacial y periorbitaria, en el tronco en su cara anterior en la V del escote, en la cara posterior a nivel de las escápulas y la región lumbosacra, las caras externas de los miembros superiores e inferiores, en la superficie de los codos, las rodillas y las articulaciones interfalángicas de las manos, es bilateral con tendencia a la simetría, respeta las mucosas, las palmas, las plantas y los anexos. Se trata de una dermatosis polimorfa, está conformada por múltiples manchas hipercrómicas que confluyen formando parches que abarcan todo un segmento, algunos de gran tamaño como el de la espalda, las menores de 3 a 5 mm, de superficie lisa, límites mal definidos, en su interior se observan algunas áreas acrómicas, asintomáticas, algunas de estas manchas se encuentran

en el dorso de los dedos y los codos que hacen recordar la disposición típica de las pápulas de Gottron y el signo de Gottron. *Estudios de laboratorio y gabinete*: estudios positivos CK 12,261 UI/L, TGP 205, TGO 717, DHL 4,506, PCR 24, alfafetoproteína 15.46, electromiografía con polineuropatía con patrón de axonometesis grave. USG mamario normal. TAC toracoabdominopélvica sin evidencia de neoplasia. USG abdominal y pélvico normal. Se revisa la biopsia de piel Q-9427-09 compatible con dermatomiositis. Biopsia de músculo Q-9451-09 con miopatía inflamatoria. Esta dermatosis se inicia en áreas fotoexpuestas con eritema, los cuadros fueron condicionando una hiperpigmentación postinflamatoria, lo más notorio fue la debilidad muscular progresiva que la paciente presentó y que condujo a postración en cama. Por las manifestaciones clínicas y las lesiones cutáneas se estableció el diagnóstico de dermatomiositis, el cual fue confirmado por estudios de laboratorio, biopsia muscular y electromiografía. El tiempo de encame de nuestra paciente fue de dos meses, fue manejada por el servicio de inmunorreumatología con bolos de metilprednisolona y metotrexato, dos semanas después ante la pobre respuesta se cambió a micofenolato de mofetilo y cloroquinas sin respuesta, por lo que se aplican cuatro dosis semanales de rituximab sin evidenciar mejoría clínica, por lo que se decidió en sesión conjunta la aplicación de gammaglobulina intravenosa 42 g (0.6 g/kg de peso) en infusión para 24 horas, con lo que se logró mejoría clínica evidente y disminución de niveles de CK a 436 UI/L. **Comentario:** en el caso de la paciente no se documentó la asociación con neoplasia evidente, por lo que se considera dentro del grupo de las idiopáticas, en la forma clásica del adulto, llama la atención en la presentación clínica, la gran hiperpigmentación, que es una manifestación documentada en este padecimiento, pero poco frecuente y más común en los fototipos cutáneos IV y V, así mismo, la gran afección muscular que llevó a la postración en cama con dificultad respiratoria y a la deglución, en relación con el tratamiento el uso de esteroides de depósito que recibió antes de su encame permitió la progresión de este padecimiento y su retardo en la respuesta a los inmunosupresores. El uso con gammaglobulina intravenosa está documentado en el manejo de dermatomiositis resistente a los manejos habituales, puede ser utilizada como tratamiento de primera línea con tasas de respuesta a corto plazo pero su costo limita su uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iorizzo LJ. The treatment and prognosis of dermatomyositis: An updated review. *J Am Acad Dermatol* 2008;59(1):99-112.
2. Dalakas MC. The role of high-dose immune globulin intravenous in the treatment of dermatomyositis. *Int Immunopharmacol* 2006;6:550-556.
3. Danieli MG, Malcangi G, Palmieri C, Logullo F, et al. Cyclosporin A and intravenous immunoglobulin treatment in polymyositis/dermatomyositis. *Ann Rheum Dis* 2002;61:37-41.
4. Cherin P, Piette JC, Wechsler B, Bletry O, et al. Intravenous gammaglobulin as first line therapy in polymyositis and dermatomyositis: an open study in 11 adult patients. *J Rheumatol* 1994; 21:1092-1097.

Infección por MAC primaria cutánea en un paciente con VIH

Dra. Ruth Aidée Quiroz Mejía

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Paciente masculino de 46 años, desempleado. Diagnosticado con VIH recientemente, estadio inicial B3 (54 CD4). Fue conocido en nuestro servicio por una dermatosis localizada a los miembros superiores, afectando el dorso de la mano, el antebrazo y el codo izquierdos; caracterizada por tres nódulos subcutáneos con distribución linfagítica el más proximal de 3 cm, superficie violácea, fluctuante, sin aumento de temperatura, no doloroso. Los dos nódulos restantes de 1 cm, violáceos, consistencia renitente. **Evolución:** el primer nódulo dos meses, el más reciente (codo) 15 días. El paciente relacionó la aparición de las lesiones con traumatismo durante actividades de jardinería. Se realizó biopsia incisional de lesión de codo, con drenaje de pus. La biopsia demostró dermatitis granulomatosa con BAAR negativo. El cultivo desarrolló una micobacteria perteneciente al complejo *Micobacterium avium* (MAC). Al paciente se le inició tratamiento con etambutol y claritromicina, con mejoría evidente de las lesiones al cumplir un mes de tratamiento. **Discusión:** los patógenos más frecuentes en humanos pertenecientes al género de las micobacterias en la actualidad son *Micobacterium avium*. Generalmente causan enfermedad pulmonar no tuberculosa y en pacientes inmunocomprometidos, sobre todo aquellos con VIH es frecuente encontrar enfermedad diseminada. La afección localizada a la piel es infrecuente en pacientes inmunocomprometidos, pues generalmente son consecuencia de la diseminación del microorganismo.

Sin embargo, en nuestro paciente se descartó involucro sistémico por MAC, por lo que concluimos que se trata de una infección cutánea primaria con diseminación linfagítica. No existen guías de tratamiento para enfermedad por MAC localizada a la piel, por lo que el tratamiento se decidió extrapolando las guías de tratamiento para MAC pulmonar en un paciente inmunocomprometido.

Linfoma no Hodgkin de células asesinas con involucro cutáneo: respuesta inmediata al tratamiento de inducción

Minerva Gómez Flores, Farah Sevilla González, Carolina González Carrillo, Jorge Ocampo Candiani

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México

Se presenta el caso de paciente masculino de 61 años de edad, campesino, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 de diagnosticada tres años previos, tabaquismo y alcoholismo inactivos. Inició su padecimiento ocho meses previo a su consulta al presentar un nódulo en la región submentoniana indoloro de crecimiento progresivo. Cuatro meses después aparecen lesiones en la cara, el tórax y los miembros superiores de características similares, con sensibilidad al tacto presente. Además, presentaba pérdida de peso de 12 kg en tres meses, hipertermia no cuantificada, congestión nasal, odinofagia, disgeusia y disfonía. Acude con médico particular, quien realiza biopsia de lesión submentoniana, reportando ser compatible con lepra lepromatosa. Recibe tratamiento multibacilar durante tres meses sin presentar mejoría, motivo por el cual es referido a nuestra consulta. A la exploración dermatológica se encontró una dermatosis diseminada a la cara, en la cavidad oral sobre el paladar duro y la lengua, así como la región submandibular, el cuello, el tronco en ambas caras, las extremidades superiores e inferiores de predominio en el tercio proximal, bilateral, con tendencia a la simetría, polimorfa caracterizada por múltiples nódulos y tumoraciones eritemato-violáceas de 2-8 cm indurados, móviles, no dolorosos a la palpación y no adheridos a planos profundos, algunos ulcerados, además, presentaba múltiples placas hipercrómicas de aspecto infiltrado, de evolución crónica. La biometría hemática mostró una bicitopenia marcada (anemia hipocrómica microcítica: 6.6 g/dL, trombocitopenia: 48.4 K/uL) y leucocitosis (17.7 K/uL) con predominio de monocitos (46%). Se realizó

además tomografía de cabeza, cuello, tórax y abdomen, donde se observaron múltiples adenopatías con involucro de cadenas cervicales, supraclaviculares, axilares, retroperitoneales e inguinales, además de esplenomegalia. Se decide realizar tres biopsias de piel en huso de la lesión nodular del cuello, la piel cabelluda y el antebrazo derecho, las cuales mostraron un infiltrado denso de células mononucleares de características atípicas y de aspecto monótono, con estudio inmunohistoquímico positivo para CD43, CD56, Ki67 y negativo para CD20 y CD30. Con estos datos se realiza diagnóstico de linfoma no Hodgkin difuso de células asesinas. También se realizó biopsia de médula ósea presentando un 17% de células blásticas. Al no contar con un tratamiento estandarizado para esta neoplasia se inició tratamiento con dexametasona, 8 mg cada 8 horas IV con respuesta marcada al séptimo día de su inicio, disminuyendo en 40% las lesiones del hombro y la región submentoniana. Se complementó quimioterapia con vincristina 2 mg IV dosis única y mitoxantrona semanal por tres dosis (tratamiento utilizado para LLA) con resolución en 90% de las lesiones al terminar la administración de este ciclo. Cuatro meses después el paciente no desarrolló nuevas lesiones ni progresión de las preexistentes.

Micosis fungoide variedad hipocromiante

Laura Fabiola Llamas Durán, Elizabeth Guevara Gutiérrez, Mercedes Hernández Torres, Guillermo Solís Ledesma, Ricardo Quiñones Venegas

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, SSJ

Introducción: la micosis fungoide (MF) es la forma más común de linfoma cutáneo de células T, la cual puede presentarse de formas muy diversas, de entre las cuales se encuentra la variedad hipocromiante, que se presenta principalmente en personas jóvenes de piel oscura. Su patogénesis se ha relacionado con un efecto citotóxico de los linfocitos T supresores sobre los melanocitos y las alternativas de diagnóstico y tratamiento actuales son prometedoras. **Caso clínico:** paciente masculino de 21 años de edad, soltero, estudiante, originario y residente de Guadalajara, Jalisco quien acude por presentar una dermatosis que afecta el tronco en todas sus caras, las extremidades superiores en la región axilar y los brazos en su tercio proximal, constituida por numerosas manchas hipocrómicas, de superficie lisa y algunas con superficie eritematosa,

bien definidas y de evolución aparente crónica. En la cara lateral izquierda del cuello se palpa ganglio linfático móvil, no adherido a planos profundos, de consistencia firme y bordes precisos. Al interrogatorio refiere “manchas blancas” desde hace seis años, las cuales son ocasionalmente pruriginosas. Se realiza estudio histopatológico de tres de las lesiones cutáneas, encontrando hallazgos compatibles con MF, la inmunohistoquímica fue positiva para CD45-Ro y CD3, siendo negativa para CD20. La biopsia por aspiración con aguja fina de ganglio cervical fue negativa a malignidad. Se realiza frotis de sangre periférica y aspirado de médula ósea descartándose compromiso hematológico, por lo que se inicia tratamiento con PUVA. **Comentario:** se presenta este caso debido a que la MF hipocromiante debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de los desórdenes de la pigmentación manifestados por manchas hipopigmentadas, siendo de suma importancia realizar un diagnóstico temprano y estadificación adecuada para la elección correcta del tratamiento.

Opciones terapéuticas en dermatosis por IgA lineal

Sandra Rodríguez Dávila

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Nombre: GML. **Edad:** 2 años. **Sexo:** Masculino. **Originario y residente:** México, DF. **AHF:** padres sanos, dos hermanos sanos, carga genética para DM, HAS (+). **A. perinatales:** G II P II, embarazo normoevolutivo, 3.4 kg, Apgar 8-9. **APNP:** hábitos higiénico dietéticos buenos, integrado a la dieta familiar desde el año de edad. **APP:** negados. **PA:** dermatosis diseminada a la cabeza, el tronco y las cuatro extremidades que afectaba la cara, los pabellones auriculares, los hombros, el tórax anterior y posterior en su tercio superior, la región púbica y ambos glúteos, caracterizada por vesículas y ampollas tensas color ámbar y base eritematosa, confluentes dando el aspecto de empedrado, muy pruriginosas de dos semanas de evolución. **Laboratorios:** anticuerpos anti-gliandina, anti-transglutaminasa y anti-endomisiales negativos. **Histología:** vesícula subepidérmica ocupada por fibrina, con exudado de neutrófilos y eosinófilos. **Inmunofluorescencia directa (IFD):** en piel que rodea la ampolla, depósitos finos y lineales de IgA en la membrana basal. **Tratamiento y evolución:** dapsona 1 mg/kg/día más prednisolona 1 mg/kg/día en reducción gradual para dejar monoterapia con dapsona presentando excelente respuesta al tratamiento pero cinco meses

después de manejo presentó metahemoglobinemia como efecto secundario manejándose hospitalariamente con azul de metileno IV y favorable respuesta. Se suspendió dapsona y se continuó manejo con deflazacort 1 mg/kg/día con buena respuesta terapéutica presentando en tres meses de tratamiento sólo escasas vesículas en la región perioral en brotes. **Discusión:** el tratamiento de elección en dermatosis por IgA lineal es la diaminodifenilsulfona encontrando buena opción terapéutica con deflazacort en nuestro paciente que presentó metahemoglobinemia secundaria a dapsona.

Pioderma gangrenoso

Martha Patricia Contreras Rivas

Hospital Central Militar

Ficha de identificación: paciente femenina, de 21 años de edad, estudiante de bachillerato, niega alergias, tabaquismo, etilismo y otras toxicomanías, sin antecedentes médicos de importancia para el padecimiento actual. **Padecimiento actual:** presenta dermatosis crónica de 10 meses de evolución, la cual es diseminada, afectando la región frontal, la mejilla, la región preauricular y la temporal izquierda, el mentón y la región preauricular derecha, así como el tronco posterior en las regiones escapulares e interescapular, es bilateral y asimétrica, respeta el resto del tegumento, es polimorfa y está constituida por seis úlceras de forma oval y poligonal, que miden entre 0.7 mm y 3.3 cm de longitud, de bordes bien definidos, los cuales están sobre-elevados y socavados, eritematovioláceos y color marrón en algunas de ellas; el fondo está compuesto por tejido de granulación, con escasa secreción serosa amarillenta, así como tres cicatrices ovales de 1 a 2 cm de diámetro mayor, de superficie lisa y brillante, con la piel que la cubre en aspecto de papel de cigarrillo. **Evolución:** inicia en abril del año pasado con una pústula que se ulcera y da lugar a las lesiones ya descritas. En mayo de ese mismo año, la paciente presenta disminución importante de la agudeza visual, fotofobia, visión borrosa, secreción y eritema conjuntival, por lo que es valorada en el servicio de Oftalmología del HMR de Guadalajara, detectándose una úlcera corneal y epiescleritis del ojo izquierdo, es referida al HCM para su valoración y tratamiento. Se inició tratamiento a base de esteroides orales por un periodo corto de tiempo y se iniciaron bolos de infliximab, de los cuales recibió seis infusiones de 300 mg en total, sin mejoría clínica de las lesiones faciales. **Estudios**

de laboratorio: se reportan dentro de límites normales. Los reactantes de fase aguda, anticuerpos antinucleares, antimieloperoxidasa y antiproteínasa 3 se reportaron negativos. *Biopsia de piel Q-4056-09:* Se observa úlcera que afecta casi todo el espesor de la epidermis, dermis superficial, media y reticular con infiltrado celular mixto (linfocitos y polimorfos nucleares), que se extiende incluso hasta el tejido celular subcutáneo; existen en dermis superficial y media células gigantes tipo granuloma, así como formación de abscesos en la dermis papilar; los vasos sanguíneos con infiltrado perivascular, sin evidencia de vasculitis (paredes íntegras de los vasos). Compatible con pioderma gangrenoso. **Tratamiento:** inicialmente se trató con infliximab, recibió seis infusiones de 300 mg cada una, sin mejoría clínica de las lesiones, por lo que en conjunto con el servicio de reumatología iniciamos tratamiento con prednisona 50 mg diarios, así como ciclosporina A 150 mg con reepitelización de las úlceras faciales a las dos semanas. **Comentario:** se presenta el caso clínico de una paciente joven con pioderma gangrenoso ulcerativo, diseminado, en la cual hasta la fecha no se ha evidenciado patología asociada. La afección de la cara por este padecimiento es una localización poco frecuente, la cual se reporta en la literatura, en 2 a 20% de los casos en distintas series. Entre los sitios de afección extracutánea se han reportado principalmente los pulmones con una neumonitis intersticial; sin embargo, en casos aislados se ha reportado la afección conjuntival y escleral, por lo que se considera que esta manifestación forma parte del mismo proceso. Así mismo la biopsia cutánea puede ser compatible con el padecimiento y no concluyente, el diagnóstico se integra en base a correlación clínica y patológica. En la revisión de la literatura, no encontramos estudios clínicos a gran escala que establezcan el mejor tratamiento para este padecimiento. En una revisión de la literatura, la cual se efectuó durante dos décadas, se estudiaron 350 casos, se determinó que los corticoesteroides y la ciclosporina A se consideran la primera línea de tratamiento y que los inhibidores del factor de necrosis tumoral sólo se relacionan con mejoría clínica en pacientes asociados a enfermedad inflamatoria intestinal; es importante señalar estas conclusiones, ya que siendo el pioderma gangrenoso una entidad poco frecuente tratada clásicamente con esteroides, es conveniente transmitir nuestra experiencia en relación a inhibidores de factor de necrosis tumoral, corticoesteroides y ciclosporina A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, Tilgen W. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: An evidence-based review of the literature based on more than 350 patients. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:273-283.
2. Powell FC, O'Kane M. Management of pyoderma gangrenosum. *Dermatol Clin* 2002;20:347-355.
3. Ferrándiz-Pulido C, García-Patos Briones V. Pioderma gangrenoso. Diagnóstico y tratamiento. *Piel* 2008;23(1):24-29.

Pseudoporfiria

María Guadalupe Zárate Torres, José Alfredo Soto Ortiz, Mercedes Hernández Torres, Rocío Ferrusco Ontiveros
Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio

Introducción: pseudoporfiria es un término usado para la descripción de una enfermedad ampollosa con características clínicas e histológicas similares a las de la porfiria cutánea tarda, pero sin alteraciones bioquímicas en las porfirinas. Las características clínicas incluyen la aparición de vesículas, bulas, fragilidad cutánea, milia y cicatrices en zonas fotoexpuestas. La zona más afectada es el dorso de las manos, los dedos, el tronco y la cara. En contraste con la porfiria cutánea tarda, la hipertrichosis, hiperpigmentación y cambios esclerodérmicos son reportados de manera poco frecuente. Por definición, se encuentran niveles normales de porfirinas en orina, sangre y heces. La histopatología e inmunofluorescencia son similares a las encontradas en la porfiria cutánea tarda. Las mujeres son las más afectadas, la mayoría de los pacientes son jóvenes, presentándose entre los 20 y 30 años de edad. Se han implicado múltiples causas, entre éstas las camas de bronceado, PUVA, exposición excesiva al sol, antiinflamatorios no esteroides, insuficiencia renal crónica, antibióticos, diuréticos, retinoides y otros como la coca-cola. El tratamiento incluye la suspensión del agente causal que se sospeche, protección solar (especialmente ondas UVA). Las ampollas y la fragilidad cutánea pueden persistir por meses después de haber sido iniciada una terapéutica adecuada. **Descripción del caso:** paciente femenina de 30 años de edad, casada, ama de casa. Paciente con fototipo IV, que acude por dermatosis que afecta la cara, los brazos en el tercio medio y distal, los antebrazos en zonas fotoexpuestas, las manos en el dorso y las láminas ungueales, el tronco en V del escote y la porción superior de la espalda, simétrica; constituida por moderadas vesículas y ampollas íntegras y algunas rotas, múltiples excoriaciones, costras hemáticas, cicatri-

ces y manchas hipocrómicas, polimorfas, unas aisladas y otras confluentes, bien delimitadas y que van de .2 a 2 cm diámetro, además de onicolisis. Dos meses previos a su consulta, presentó “ampollas” que se exacerbaban con la exposición al sol, además de “fragilidad” en la piel notando aparición de heridas al menor traumatismo. Al interrogatorio dirigido, menciona que una semana previa a la aparición de lesiones, había estado en tratamiento con naproxeno, ampicilina y metoclopramida. Se realiza un biopsia, cuyo estudio histopatológico muestra ampolla subepidérmica. La biometría hemática, química sanguínea y pruebas funcionales hepáticas son normales. La serología para infección por VIH, hepatitis B y C son negativas. Se sospecha porfiria cutánea tarda, por lo que se determinan niveles de uroporfirinas y coproporfirinas, las cuales no fueron detectables. La exposición de la orina a la luz de Wood no se observó refrigencia rosa coral. Se establece el diagnóstico de pseudoporfiria secundaria a la ingesta de naproxeno. Se suspende el uso de naproxeno y se dejan filtro solar y evitar exposición al sol. A los tres meses la paciente se encuentra asintomática, presentando sólo lesiones residuales como manchas hipo e hipercrómicas, además de algunos quistes de milium. **Comentarios:** se presenta este caso por la poca frecuencia de pseudoporfiria y la adecuada respuesta clínica a la suspensión del fármaco causante y a las medidas de fotoprotección.

Psoriasis infantil

Salvador Sobrevilla Ondarza

Residente de Dermatología, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, SLP

Paciente escolar de ocho años de edad con obesidad y antecedente de tener hermana adulta con psoriasis. Inicia aproximadamente hace un año al presentar de manera súbita, a decir del paciente, con manchas rojas y descamación en la espalda y los miembros superiores. Se le da un diagnóstico de tiña corporal y se trata con antimicóticos tópicos no especificados por dos meses sin mejoría. Posteriormente, hace tres meses inicia tratamiento con betametasona en ungüento dos veces al día con mejoría parcial; sin embargo, hace un mes deja de presentar mejoría y aparecen lesiones nuevas en la espalda y el abdomen, razón por la cual acude a consulta. A la exploración encontramos una dermatosis diseminada a la cara, el tronco anterior y posterior, la región toracolumbar, el abdomen

y a los miembros superiores. Caracterizada por ser polimorfa presentando múltiples placas eritematosas con escama gruesa adherente aproximadamente de 3 a 5 cm de diámetro que son pruriginosas ocasionalmente de una evolución aparentemente crónica. Se inicia tratamiento con fototerapia con UVB NB tres veces por semana alternándolo con tratamiento tópico con betametasona en ungüento dos veces al día, los días sin fototerapia presentando importante mejoría.

Tratamiento de pitiriasis liquenoide varioliforme aguda, con tacrolimus 0.03%. Presentación de un caso

Linda Alejandra Orozco Maldonado

Residente de primer segundo año de dermatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

La pitiriasis liquenoide representa un grupo de enfermedades inflamatorias de la piel, el cual incluye pitiriasis liquenoide varioliforme aguda, enfermedad ulceronecrotica febril Mucha-Habermann y pitiriasis liquenoide crónica. Es una enfermedad poco frecuente con un gran espectro, lo que dificulta el diagnóstico, clasificación y tratamiento. Las terapéuticas más usadas son fototerapia, antibióticos y esteroides tópicos e inhibidores de calcineurina. Se han introducido recientemente tratamientos agresivos como inmunosupresores, inmunomoduladores y anti-TNF. **Caso clínico:** femenina de 14 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, estudiante de secundaria, sin antecedentes de importancia, la cual acude a la consulta externa de dermatología de CMN 20 de Noviembre por presentar padecimiento de seis meses de evolución, caracterizado por dermatosis diseminada a las extremidades superiores e inferiores, constituida por múltiples pápulas con centro necrótico con presencia de halo eritematoso rosa pálido y ligera escama de pequeñas láminas, pruriginosas. Inicialmente recibió diagnóstico de excoriaciones neuróticas recibiendo tratamiento con emolientes sin mejoría, motivo por el que se realiza biopsia de piel, la cual reporta leve paraqueratosis, acantosis, espongirosis, moderado infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario en dermis papilar y perivascular, compatible con pitiriasis liquenoide varioliforme aguda. Se inicia tacrolimus 0.03% tópico cada 12 h, mostrando mejoría importante a las cuatro semanas. El tacrolimus es una macrólido-lactona producida por una cepa de *Streptomyces tsukuba*, su potente efecto inmunomodulador se debe

a la capacidad de incidir sobre las vías de transducción celulares, impidiendo la transcripción de los genes que codifican las diferentes células inflamatorias por medio de la unión a su receptor citoplasmático (FKBP); el complejo así formado se une a la calcineurina y bloquea su capacidad de desfosforilar el NFAT, de modo que impide su paso al núcleo, dando como resultado disminución de la actividad de los linfocitos T. **Conclusiones:** los inhibidores de la calcineurina son un grupo de medicamentos eficaces y seguros para el tratamiento de pitiriasis liquenoide varioliforme aguda, los cuales proporcionan mejoría de las lesiones de manera rápida y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mallipeddi R, Evans AV. Refractory pityriasis lichenoides chronica successfully treated with topical tacrolimus. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:456-457.
2. Romani J, Puig L, Fernandez-Figueras, et al. Successful treatment of pityriasis lichenoides with topical tacrolimus: a case report. *Br J Dermatol* 2004;150:1028-1054.

Tríada y tetrada folicular (síndrome de oclusión folicular)

Edwin Iván Maya Talamantes

Residente de tercer año dermatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Objetivo: valorar si paciente cuenta con diagnóstico de tríada o tetrada folicular. El síndrome de oclusión folicular está constituido por hidradenitis supurativa, acné conglobata, celulitis disecante de piel cabelluda (*o perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*) y sinus pilonidal, de presentarse estas cuatro afecciones se conoce como tetrada folicular, en ausencia de sinus pilonidal se le llama tríada folicular. **Caso clínico:** paciente masculino de 35 años de edad con lugar de origen Distrito Federal y residencia actual en Cuernavaca, Morelos, con licenciatura en administración, soltero. El cual acude a consulta externa del servicio de dermatología en febrero de 2008 por presentar dermatosis diseminada al cráneo, el cuello, la axila, el tórax, la ingle, la nalga y la región perianal constituida por múltiples lesiones como: comedones abiertos y cerrados, abscesos, fístulas con secreción mucosa purulenta fétida y presencia de cicatrices retráctiles en axilas con limitación de movimiento, acompañándose de artralgiyas de rodillas y codos con evolución de siete años. Biopsia de piel delgada con proceso inflamatorio agudo y crónico de predominio

perianaxial con formación de tapones y quistes córneos. Laboratorio con anemia microcítica hipocromicrómica, leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Antecedente de acné nódulo quístico diagnosticado a los 17 años de edad, celulitis de piel cabelluda a los 20 años e hidrosadenitis supurativa a los 28 años de edad, esta última con evolución tórpida y multitratada con retinoide oral, antibióticos como ciprofloxacina, doxiciclina, trimetropim con sulfametoxazol, rifampicina. Por lo que se decide iniciar manejo con etanercept 100 mg SC 2 veces por semana, cefalexina 1 g VO cada 12 h, paracetamol 500 mg VO 1 cada 8 h, diclofenaco 100 mg VO cada 12 h, glicofosopeptical VO cada 12 h observándose mejoría. La tetrada y la tríada folicular son afecciones inflamatorias de rasgos clínicos comunes y proceso patogénico similar localizado en la unidad pilosebácea, caracterizada por la tendencia a la hiperqueratinización y la dilatación de las paredes foliculares con retención de productos córneos e infección bacteriana secundaria. Procesos inflamatorios crónicos con compromiso de la glándula apocrina o sin él, formación de sinus, escaras y cicatrices, e infección secundaria. Un mismo paciente puede estar afectado por dos o tres de estos trastornos. El factor de necrosis tumoral α citocina proinflamatoria con múltiples efectos a nivel celular, la cual tienen importancia en proceso inflamatorio crónico y patogénesis en esta patología, por lo tanto utilizar inhibidor de factor necrosis tumoral α , a través de medicamento biológico como etanercept proteína de fusión dimérica es opción terapéutica en este paciente. **Conclusión:** tríada o tetrada folicular entidad rara, existe muy poco descrito en literatura, sólo reporte de casos, éstos se pueden asociar a carcinoma epidermoide y artritis seronegativa y espondiloartropatías negativas. Se reporta caso de paciente con tríada folicular, el cual respondió adecuadamente a tratamiento con etanercept.

Vasculopatía livedoide

Diana Yenire Contreras Rodríguez, Jorge Cazarin, Rosa María Ponce Olivera

Servicio de Dermatología, Hospital General de México

Caso clínico: se trata de paciente masculino de 23 años de edad, profesor, casado, residente del Estado de México. Presentaba dermatosis diseminada. Afectaba las extremidades inferiores en ambas piernas y el dorso de los pies. Estaba constituida por numerosas manchas purpúricas

de diferentes medidas, algunas zonas reticulares atróficas blancas y costras sanguíneas puntiformes escasas. Evolución crónica. Inicio hace dos años con “manchas rojas” y edema de miembros inferiores que cambiaron progresivamente a color ocre, iniciando en las piernas y progresaron de manera descendiente, presentando posteriormente ulceraciones milimétricas con ardor dejando cicatriz atrófica blanca en la periferia. Previo a la consulta recibió manejo con prednisona 150 mg/d durante cuatro semanas, además de fucicort, tetraderm y crema preparada. Sin mejoría, motivo por lo que acudió a consulta a nuestro servicio. Sin antecedentes de importancia para padecimiento actual. Laboratorios: BH, QS, EGO, PFH,

complemento, anticuerpos antinucleares, anti DNA se encontraron normales; tiempo de coagulación: 6 minutos. Se llegó a diagnóstico de vasculopatía livedoide y se dio manejo con pentoxifilina 400 mg c-12 h, aspirina 100 mg tab/d, meticorten en dosis de reducción. Acudió a control tres meses después presentando exulceraciones algunas cubiertas de costras sanguíneas, continuándose tratamiento, a los tres meses siguientes se encontró mejoría, sin datos de actividad, con manchas hiperpigmentadas postinflamatorias a nivel bimalleolar y dorso de los pies, con algunas costras hemáticas y escama fina blanquecina. Se suspendió prednisona que ya se encontraba en 5 mg/día, continuándose pentoxifilina, aspirina y emoliente.

TRABAJOS LIBRES

Lupus eritematoso cutáneo en pacientes masculinos

Claudia Hübbe Tena, Jaime Ferrer Bernat

Servicio de Dermatología, Hospital Español de México

Antecedentes: el lupus eritematoso es una enfermedad con amplio espectro cutáneo y sistémico. El término “lupus” tiene origen griego, en donde Hipócrates (460-375 AC) describió las úlceras cutáneas como “herpes estiómenos”. Esta definición preliminar de lesiones dérmicas también abarcó a la enfermedad conocida como “lupus”, término que se empezó a utilizar en la Edad Media. El término “lupus” (lat.: lobo) se utilizó para describir las lesiones dérmicas rutilantes que se desarrollaban en la evolución de la enfermedad. John Manardus (1462-1536) comparó a un lobo hambriento que se está comiendo la carne, con las lesiones dérmicas. Esta definición de lupus estaba limitada a los miembros pélvicos, e incluía otras enfermedades como lepra, tuberculosis y tumores dérmicos. Al inicio del siglo 16, Paracelsus (1493-1541), quien fue médico y filósofo, hizo la distinción entre lupus y tumores malignos. En 1851, Alphée Cazenave (1795-1877) introdujo el término “lupus eritematoso”, para distinguir a la tuberculosis cutánea de los cambios no tuberculosos cutáneos producidos por lupus. En 1845, Ferdinand von Hebra (1816-1880) describió el eritema malar (eritema en mariposa) como una “dermatitis seborreica congestiva”. Fue hasta 1866 que se le dio el nombre oficial a la enfermedad de lupus eritematoso (LE). Entre 1875 y 1895, Moritz Kaposi, Jonathan Hutchinson y William Osler detectaron

que en la patogénesis de LE estaban involucrados factores ambientales como exposición a la luz solar. Se detectó que en algunos pacientes con LE se encontraban involucrados varios órganos sistémicos, por lo que clasificó al “lupus en órgano blanco” y “lupus cutáneo”, que posteriormente se clasificó en lupus eritematoso sistémico (LES) y en lupus eritematoso cutáneo (LEC). **Definición y clasificación:** existen varias manifestaciones de LE por lo que James N William (1936-1984) clasificó las lesiones cutáneas en manifestaciones específicas para LE y no específicas. Las manifestaciones no específicas, las cuales usualmente están asociadas a LES, incluyen livedo racemosa, tromboflebitis, vasculopatía oclusiva acral, síndrome de Raynaud, telangectasias periungueales, alopecia difusa no cicatricial, calcicosis cutis, mucinosis papular, eritema multiforme y vasculitis leucoclastica como púrpura palpable o vasculitis con urticaria. Las manifestaciones específicas incluyen los diferentes subtipos de LEC, los cuales se subclasificaron en 2004 en 4 subtipos de LEC basados en expresión genética, clínica, histológica e inmunoserológica. El LEC se subdivide en LEC agudo, LEC subagudo (LECS), LEC crónico y LEC intermitente. El LEC agudo se divide en su forma localizada y su forma generalizada, el LEC subagudo se divide en su forma anular y su forma papuloescamosa, el LEC crónico se divide en lupus discoide (LED), que puede ser localizado o diseminado, lupus eritematoso profundo y lupus eritematoso de Chilblain, y el LEC intermitente se puede presentar como lupus eritematoso tumidus. Las manifestaciones sistémicas pueden presentarse en cual-

quier subtipo de LEC. Menos del 5% de los pacientes con LED desarrollan LES; del 10 al 15% de los pacientes con LECS presentan leves manifestaciones sistémicas, como artritis. **Justificación:** determinar el subtipo más frecuente de lupus eritematoso subcutáneo que se presentan en pacientes masculinos de nuestra comunidad. Se realizó una revisión del total de biopsias realizadas desde enero de 1986 hasta agosto de 2008, en donde se separaron a los pacientes masculinos de cualquier edad, el cual la biopsia cutánea reportara lupus eritematoso cutáneo, para posteriormente determinar qué subtipo de lupus eritematoso cutáneo se presenta más frecuentemente. **Descripción:** el total de biopsias fueron 6,253, de los cuales 25 biopsias de pacientes masculinos reportaron presentar lupus eritematoso cutáneo. De estos 25 reportes histopatológicos, 16 biopsias presentaban subtipo de lupus eritematoso crónico discoide (LED), 3 biopsias reportaron lupus eritematoso subagudo, 2 biopsias resultaron lupus eritematoso agudo, al igual que lupus eritematoso profundo y lupus eritematoso sistémico. **Comparación:** la literatura presenta que la incidencia que se presenta en los diferentes subtipos de lupus eritematoso cutáneo es de: LEC agudo se presenta en 30 a 50 %, el LEC subagudo se presenta en 10 a 15%, el LEC crónico tipo discoide se presenta en 15 a 20%, de los cuales 80% es localizado y 20% generalizado. Mientras que la revisión realizada a los reportes histopatológicos se observó que el porcentaje de presentación fue 64% para LED, 16% para LEC agudo, 12% para LEC subagudo y LEC crónico profundo en 8%. Por lo que en esta revisión encontramos mayor incidencia de LED que la reportada en la literatura, y menor incidencia de LEC agudo. Los demás subtipos tienen un porcentaje similar a los reportados en la literatura.

Cirugía micrográfica de Mohs, estudio de 30 casos

Rosa María Gutiérrez Vidrio

Centro Dermatológico del Valle

La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica especializada para el tratamiento de cáncer de piel que ofrece índices de curación más elevados que la cirugía tradicional, ya que permite gracias a un mapeo cuidadoso mediante secciones horizontales por congelación, un control microscópico preciso de los márgenes. Ofrece ventajas costo-beneficio y tiene indicaciones en los tumores de alto riesgo, ya sea recurrentes, o mal limitados o, bien, donde

se requiere ahorrar tejido sano y en topografías especiales donde es necesario preservar la función y ofrecer los mejores resultados cosméticos. **Objetivo:** determinar los porcentajes de curación, características epidemiológicas del grupo de pacientes a quienes se les realizó la técnica. **Material y método:** se incluyeron 30 pacientes vistos en forma privada en el Centro Dermatológico del Valle, con carcinomas basocelulares primarios y recurrentes, tratados con cirugía micrográfica de Mohs que tuvieran expediente completo y un seguimiento mínimo entre 2 y 5 años. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, localización del tumor, variedad clínica e histológica, número de niveles realizados, así como tipo de reconstrucción realizada y porcentaje de recidivas. **Resultados:** se mostrarán en la presentación.

Tratamiento con tacrolimus ungüento al 0.03% en pacientes pediátricos con pitiriasis alba

Perla Vanessa Aguilar Urias

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Antecedentes y marco teórico: la pitiriasis alba (PA) es un cuadro cutáneo común en la infancia, cuya etiología sigue siendo desconocida. Constituye uno de los criterios menores para el diagnóstico de dermatitis atópica (DA), por lo que muchos autores refieren que estos pacientes deben ser vistos y tratados como atópicos. Se han probado múltiples tratamientos, incluidos esteroides, todos con escasa respuesta. El tacrolimus es un inhibidor de la calcineurina con propiedades antiinflamatorias similares a los corticoesteroides y de probada eficacia en DA, por lo que sería una alternativa más en el tratamiento de los pacientes con PA. **Planteamiento del problema:** ¿Cuál es la respuesta clínica al tratamiento con tacrolimus ungüento al 0.03% en pacientes pediátricos con pitiriasis alba de la consulta externa de dermatología pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez? **Justificación:** el tacrolimus, como antiinflamatorio, es una alternativa más en el tratamiento de los pacientes con pitiriasis alba con la ventaja de no causar efectos adversos como los esteroides; sin embargo, ante la falta de estudios previos en pacientes pediátricos con pitiriasis alba en México, consideramos importante realizar un estudio comparando la respuesta clínica en pacientes tratados con tacrolimus + protector solar vs protector solar en monoterapia. Aunque se han probado múltiples tratamientos aún no existe una terapéutica completamente eficaz en esta entidad. **Objetivos:** describir y

comparar la mejoría clínica entre los pacientes que reciban tratamiento con tacrolimus ungüento al 0.03% y protector solar y los que reciban protector solar. Describir y comparar la presentación de efectos adversos en ambos grupos. **Hipótesis:** los pacientes que reciban tratamiento con tacrolimus ungüento al 0.03% + protector solar presentarán una mayor mejoría clínica (20%) en comparación de los que reciban protector solar. **Método:** *diseño de estudio:* ensayo clínico abierto. *Población de estudio:* pacientes pediátricos con diagnóstico de PA que acudirán a la consulta externa de Dermatología Pediátrica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo comprendido de abril a junio de 2009. *Criterios de inclusión:* pacientes con diagnóstico de PA, ambos sexos, edad de 2 a 18 años, sin tratamiento previo. *Criterios de exclusión:* pacientes con hipersensibilidad al fármaco y pacientes que no acepten participar. *Criterios de eliminación:* pacientes con apego al tratamiento menor al 80%. *Descripción de variables:*

Independientes:

Tacrolimus ungüento 0.03%.

Inmunomodulador tópico utilizado en enfermedades inflamatorias de la piel, variable cualitativa nominal. Categoría: Aplicación del ungüento al 0.03%.

Protector solar FPS 60.

Producto que evita o disminuye las quemaduras debidas al sol, variable cualitativa nominal.

Categoría: Aplicación del protector solar.

Dependientes:

Mejoría clínica, valorada por escala Pasi.

Disminución del número de lesiones, variable cualitativa nominal, categorías: disminución y no disminución.

Disminución del área de la lesión, variable cualitativa ordinal, categorías: > 20%.