

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**Sensibilidad a Corticoides en una consulta de Dermatología
laboral**

Nelly Pilar Machado Benavides

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Especialista en Dermatología

Quito, marzo de 2013

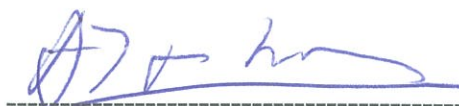
UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Machado Benavides Nelly Pilar

Juan Francisco Fierro Renoy, M.D.
Director del Programa de Postgrados en
Especialidades Médicas



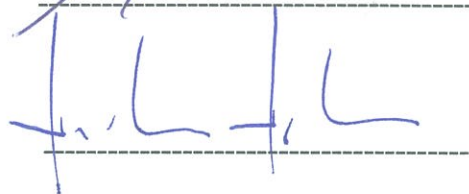
Patricio Freire M, Director
del Postgrado de Dermatología USFQ



Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
USFQ



Víctor Viteri Breedy, Ph.D
Decano del Colegio de Postgrados



Quito, marzo del 2013

Autor

MACHADO BENAVIDES NELLY PILAR

Trabajos de titulación presentado como requisito para la obtención
del título de Especialista en DERMATOLOGIA

Quito, Marzo del 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

ARTICULOS PUBLICADOS:

N.Machado. C.Granados. R.Rodriguez. L.Conde-Salazar. Sensibilidad a corticoides en una consulta de Dermatología Laboral. Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Link: <http://scielo.isciii.es>. Madrid-España. 12-2012. (inpress)

N.Machado. C.Granados. R.Rodriguez. L.Conde-Salazar. Las pruebas epicutáneas de contacto en Medicina Laboral. Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Link: <http://scielo.isciii.es>. Madrid-España. 12-2012. (inpress)

N.Machado. C.Mayra. P.Freire. L.García. Carcinoma escamocelular de pene. Tratado satisfactoriamente con Imiquimod. Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología. Link: www.sed.com.ec. Ecuador. 01.2013. Usuario: pfreire. Contraseña: 1000207

N.Machado. C.Mayra. P.Freire. Síndrome de Parry Romberg y epilepsia. Reporte de un caso. Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología. Link: www.sed.com.ec. Ecuador. 01.2013. Usuario: pfreire. Contraseña: 1000207

EXPOSICIONES:

- **Minicaso: Calcifilaxia. XIII congreso ecuatoriano de dermatologia. 07-agosto-2009. Quito-Ecuador**
- **Casos clinicos: Atrofodermia de Pierini y Pasini. VII jornadas ecuatoriano-peruanas de dermatologia. 02-abril-2010. Cuenca-Ecuador**
- **Temas libres: Sindrome de Parry Romberg VII jornadas ecuatoriano-peruanas de dermatologia. 03-abril-2010. Cuenca-Ecuador**
- **Minicasos de Pichincha: Lupus vs Penfigo Seborreico jornadas de dermatologia. año 2010. modulo 1. 30-julio-2010. Quito-Ecuador**
- **Minicaso: Melanoma Metastasico sociedad ecuatoriana de dermatologia. curso de actualizacion. 16-octubre-2010. Quito-Ecuador**
- **Minicaso: Enfermedad de Behcet. XXIX reunion anual de dermatologos latinoamericanos. radla 2011. 04-mayo-2011. Guayaquil-Ecuador**
- **Minicaso: Lepra Lepromatosa Dimorfica. XXIX reunion anual de dermatologos latinoamericanos. radla 2011. 04-mayo-2011. Guayaquil-Ecuador**
- **Minicaso: Lupus Subagudo. I jornadas medicas andinas. 01-octubre-2011. Quito-Ecuador**
- **Conferencia magistral: jabones antibacteriales humectantes. XIX congreso nacional. sociedad ecuatoriana de dermatologia. 26-abril-2012. Manta-Ecuador**
- **Minicasos y temas libres: Acrodermatitis Enterohepatica.. XIX congreso nacional. sociedad ecuatoriana de dermatologia. 26-abril-2012. Manta-Ecuador**
- **Minicasos y temas libres: Sutura de fijacion. XIX congreso nacional. sociedad ecuatoriana de dermatologia. 28-abril-2012. Manta-Ecuador**

- Conferencia magistral: manejo de acné. II congreso nacional de medicina clínica y manejo del dolor y jornadas nacionales de actualización en enfermería-facmed. 10-julio-2012. Quito-Ecuador
- Conferencia magistral: cloasma en el embarazo. III congreso nacional de actualización en gineco-obstetricia y pediatría clínica. avances 2012. 17-septiembre-2012. Quito-Ecuador
- Conferencia magistral: manejo de celulitis infecciosa. IV curso de actualización de medicina, enfermería, nutrición en salud pública, trauma y emergencias del paciente adulto y pediátrico. 25-enero-2013. Ibarra-Ecuador

POSTERS ELECTRONICOS:

N.Machado. P.Freire. L.García. Lepra Lepromatosa-Patología endémica del Ecuador. CILAD 2012. Link: www.cilad2012.net/clibres.html. Sevilla-España.

N.Machado. P.Freire. L.García. Sarcoma Epiteliode con una inusual presentación. CILAD 2012. Link: www.cilad2012.net/clibres.html. Sevilla-España.

N.Machado. M.Castro. P.Freire. Degeneración Coloide Nodular secundaria a uso de Hidroquinona. RADLA 2013. Link: www.radla2013.com. Punta del Este-Uruguay.

N.Machado. M.Castro. P.Freire. Foliculitis Pustulosa Eosinofílica: Enfermedad de Ofuji en un paciente inmunocompetente. RADLA 2013. Link: www.radla2013.com. Punta del Este-Uruguay.

N.Machado. M.Castro. P.Freire. Liquen Trópico Solar. RADLA 2013. Link: www.radla2013.com. Punta del Este-Uruguay.

JUSTIFICACION DE LOS ARTICULOS:

CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE. TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD

El artículo se realizó debido al tipo de patología y el sitio de presentación, ya que las opciones quirúrgicas de tratamiento son muy agresivas y causan morbilidad importante, afectando la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto se ha recurrido a opciones clínicas de tratamiento como el imiquimod que aplicado adecuadamente produce resoluciones efectivas. En nuestro servicio aún tenemos pocos pacientes con esta patología sin embargo el tratamiento y la biopsia de control han sido satisfactorias.

SINDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO

Este artículo se consideró para publicación por la baja frecuencia de presentación de la patología, así como la morbilidad tanto física como social y emocional que provocan graves complicaciones en el entorno del paciente. Además hay que considerar que el tratamiento de las convulsiones debe ir de la mano con la administración de corticoides.

SENSIBILIDAD A CORTICOIDES EN UNA CONSULTA DERMATOLOGIA LABORAL

Esta revisión de 10 años fue realizada en una unidad Laboral de Madrid y considerando la utilización frecuente de corticoides en Dermatología, inicialmente se pensaba que no puede existir alergia o sensibilización a los corticoides por la naturaleza de estos, sin embargo se ha confirmado que cada vez se suman más casos de sensibilización, misma que pasa subdiagnosticada y en nuestro país aun no se realizan pruebas para determinar tal efecto, sin embargo la casuística Europea cada vez es más creciente, es lo que confirmamos con este estudio.

LAS PRUEBAS EPICUTANEAS DE CONTACTO EN MEDICINA LABORAL

Se realizó una revisión histórica de las pruebas de parche, debido al desconocimiento de las mismas y su utilidad básica en Dermatología, que aún en países desarrollados están limitadas, lo interesante es dar a conocer a los países en vías de desarrollo para aplicación dentro del perfil laboral y optimizar el tratamiento.

RESUMEN DE LOS ARTICULOS:

N.Machado. C.Mayra. P.Freire. L.García. CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE. TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD. Sociedad Ecuatoriana de Dermatología. 01.2013.

El carcinoma escamocelular es el tumor maligno de pene más frecuente. De predominio en el adulto joven, causa morbilidad importante y en ocasiones mortalidad. Se la considera una enfermedad social relacionada con el subdesarrollo, malas condiciones de higiene local, exposición prolongada a irritantes, agentes cancerígenos desconocidos del esmegma en individuos no circuncidados, infecciones virales (virus del papiloma humano) y tabaquismo. Las opciones de tratamiento son varias: desde terapéuticas clínicas no invasivas hasta quirúrgicas.

Presentamos el caso de un varón de 45 años de edad con un carcinoma escamocelular ubicado en el pene, de 8 meses de evolución, que debido a la negativa del paciente para la exéresis quirúrgica de la patología se inicia el tratamiento con imiquimod tópico con lo que se logra la resolución completa del cuadro.

N.Machado. C.Mayra. P.Freire. SINDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO. Sociedad Ecuatoriana de Dermatología. 01.2013.

Parry Romberg es considerado un síndrome que cursa con hemiatrofia facial y que afecta: piel, tejido celular subcutáneo y en ocasiones hueso.(1-3-22). Se presenta en pacientes jóvenes, comprendidos entre los 20-40 años. La mayoría de las veces cursa con crisis convulsivas de difícil control, que responden de mejor manera a corticoides. De etiología incierta, está en estrecha asociación con traumas craneales, infecciones virales, alteración del metabolismo de ácidos grasos, herencia, entre otros. Las complicaciones más frecuentes y de difícil control son: neuritis del trigémino, parálisis facial, cefalea y crisis convulsivas.(12-13-15). La cirugía plástica en la actualidad propone importantes avances para mejorar la parte estética.(2-4-5-6-19). Presentamos el caso de una paciente, femenina de 37 años, con hemiatrofia facial progresiva y crisis convulsivas refractarias al tratamiento

N.Machado. C.Granados. R.Rodriguez. L.Conde-Salazar. SENSIBILIDAD A CORTICOIDES EN UNA CONSULTA DERMATOLOGIA LABORAL. Medicina y Seguridad en el Trabajo. Scielo.isciii.es. Madrid-España. 12-2012

La dermatitis alérgica de contacto por corticoides en estas dos últimas décadas se ha incrementado por el uso frecuente de estas sustancias en las consultas de dermatología. Gracias a la incorporación de tixocortol, desde el año 2000, en la batería estándar de alérgenos se ha conseguido mejorar el diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto por corticoides.

La alergia por corticoides ha sido una patología dermatológica subdiagnosticada, sin embargo la sospecha clínica debe estar por encima de las pruebas diagnósticas, es así como en pacientes con eccema crónico y mala respuesta terapéutica a corticoides tópicos, nos debe hacer sospechar en sensibilización por corticoides.

Con el objetivo de revalorar la incidencia de alergia por corticoides tópicos en la consulta de dermatología laboral, realizamos un estudio retrospectivo con los pacientes nuestra unidad, durante el periodo comprendido desde 1995 hasta noviembre del 2012. Durante este tiempo se atendieron a 10529 pacientes, de los cuales 383(3.63%) pacientes tenían alta sospecha de sensibilización a corticoides y se les parcho con una batería específica, obteniéndose 25(6.5%) resultados positivos. La sustancia que mas resultados positivos obtuvo fue Tixocortol, seguida por Budesonida.

N.Machado. C.Granados. R.Rodriguez. L.Conde-Salazar. LAS PRUEBAS EPICUTANEAS DE CONTACTO EN MEDICINA LABORAL. Medicina y Seguridad en el Trabajo. Scielo.isciii.es. Madrid-España. 12-2012

Dentro de la Medicina Laboral las dermatosis ocupacionales suponen entre el 30-60% de total de enfermedades profesionales y, dentro de ellas el 80-90% son dermatitis de contacto. Este alto número no se ve reflejado en datos oficiales debido a que en muchas ocasiones, al ser condiciones de rápida resolución o de escasa repercusión sistémica, no son declaradas. En relación a las dermatitis de contacto, la forma más frecuente en el entorno laboral es la forma alérgica; y la que preferentemente se declara, al ser un proceso que en muchas ocasiones constituye motivo de incapacidad. Para el abordaje diagnóstico y correspondiente asociación con el entorno de trabajo es imprescindible realizar una historia clínica laboral completa junto con la descripción de las lesiones, y la utilización de métodos diagnósticos distintos a los de otros procesos no cutáneos, como son las pruebas de parche (patch test) o pruebas epicutáneas. Constituyen un método simple, accesible y seguro para llegar al diagnóstico de las dermatitis alérgicas de contacto. Incluyen una batería estándar, propia de un país donde se trabaja, ampliada de baterías específicas en relación con el perfil, las tareas y los productos manipulados por el trabajador. La prevención en el trabajo es el único tratamiento etiológico para la sustitución y control de los riesgos laborales relacionados con las dermatosis profesionales.



ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO

Pabellón 8 - Ciudad Universitaria

28040 - Madrid

Teléf.: 91 822 40 47

DERMATOLOGÍA



D. LUIS CONDE-SALAZAR GOMEZ, JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA LABORAL DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.

CERTIFICA:

Que la Dra. Dña. NELLY MACHADO BENAVIDES, ha asistido durante los meses de Octubre y Noviembre del presente año a este Servicio de Dermatología, enviado por el Hospital Carlos Andrade Marin de (Universidad San Francisco de Quito).

En este tiempo, su comportamiento y aplicación ha sido excelente, colaborando de forma activa en el desarrollo de todas la actividades de este Servicio (Historias clínicas, Patch Test, Diagnóstico, Legislación, Estudio clínico industrial, práctica de laboratorio químico Industrial). Por lo cual certifica que la DRA. NELLY MACHADO BENAVIDES esta capacitada para la creación y dirección de un Servicio de Dermatología de Contacto y Profesional dentro de su ambiente hospitalario.

- Ha participado en la realización del trabajo que se publicara proxicamente "Dermatitis alérgica de contacto a corticoides en una consulta de dermatología laboral", "Las pruebas epicutaneas de contacto en Medicina Laboral".
- Durante este tiempo ha asistido a las reuniones de dermatopatología celebradas en el Hospital Fundacion Jimenez Diaz"
- Ha asistido a las sesiones celebradas en la Sociedad Castellana de Dermatología.

Lo que hago constar en Madrid a 30 de Noviembre de 2012.



SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGIA

Quito, 1 de abril del 2013

CERTIFICADO

Certifico que los trabajos que se detallan a continuación han sido aceptados para su publicación en la revista "DERMATOLOGÍA", órgano oficial de difusión de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología, en su próxima publicación digital:

"Carcinoma escamocelular del pene tratado exitosamente con imiquimod" y "Síndrome de Parry Romberg y epilepsia, reporte de un caso" con la autoría de las doctoras Nelly Machado Benavides y Mayra Castro Reyes.

PRESIDENTE

Dr. Patricio Freire

VICEPRESIDENTES

Dra. Ana Kellendonk

Dr. Juan Ambrosi

Dr. Enrique Uraga

SECRETARIO

Dr. Franklin Cabrera

TESORERA

Dra. Bolivia Bayancela

SECRETARIA PERMANENTE

Dr. José Ollague T.

Dr. Patricio Freire

Presidente SED

Dr. Franklin Cabrera

Secretario SED

SENSIBILIDAD A CORTICOIDES EN UNA CONSULTA DERMATOLOGIA LABORAL.

Nelly Machado B*, Carolina Granados R **, Rita Rodríguez B***. Luis Conde-Salazar****

* Médico posgradista 4 año. Universidad San Francisco de Quito. Hospital Carlos Andrade Marín. Quito-Ecuador

** Médico Interno Residente 4 Año, Hospital "Lluís Alcanyís" de Xàtiva, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, Valencia, España

*** Médico Dermatólogo Adjunto. Instituto de Salud Carlos III. Dermatología Laboral

**** Jefe de Servicio. Instituto de Salud Carlos III. Dermatología Laboral.

RESUMEN:

La utilización frecuente de corticoides locales en las consultas de dermatología especialmente para el tratamiento de todo tipo de dermatitis han producido dermatitis alérgica de contacto a estos eficaces medicamentos y gracias a la introducción del Tixocortol (marcador de sensibilidad a corticoides) en las Bateria Estándar de pruebas alérgicas de contacto en el año 2000 se ha podido demostrar la existencia de esta sensibilización que era desconocida para gran número de dermatólogos.

La sensibilidad por corticoides ha sido una patología dermatológica subdiagnosticada, sin embargo la sospecha clínica debe estar por encima de las pruebas diagnósticas, es así como en pacientes con eccema crónico y mala respuesta terapéutica a corticoides tópicos, nos debe hacer sospechar en sensibilización por corticoides.

Con el objetivo de revalorar la incidencia de alergia por corticoides tópicos en la consulta de Dermatología Laboral, realizamos un estudio retrospectivo con los pacientes nuestra unidad, durante el periodo comprendido desde 1995 hasta noviembre del 2012. Durante este tiempo se atendieron a 10529 pacientes, de los cuales 383 (3.63%) pacientes tenían sospecha de sensibilización a corticoides, les parcho con una batería específica, obteniéndose 25(6.5%) resultados positivos. La sustancia que mas resultados positivos obtuvo fue Tixocortol, seguida por Budesonida.

PALABRAS CLAVE: dermatitis alérgica de contacto, corticoides, pruebas epicutáneas, batería estándar, batería para corticoides.

INTRODUCCION

Los corticoides tópicos son los fármacos más utilizados en la consulta de dermatología (1-17), ya en 1940 Hench y Kendall describen el uso sistémico de corticoide como un excelente antiinflamatorio para artritis reumatoidea. (15) Sin embargo en 1959 Burckhard describe la primera reacción alérgica a corticoides(3), pero no es hasta 1962 cuando Church realiza una publicación en la que corrobora alergia a la hidrocortisona, enfocándose mas atentamente al vehículo de la misma, pero los resultados demostraron alergia al corticoide como tal (4-5) En 1993 se realizan dos estudios en diferentes poblaciones de pacientes, uno por Degreeef y Dooms Goossen y otro por Jones Caballero y Conde Salazar donde se demostró dermatitis de contacto alérgica a corticoides tópicos, con estadísticas similares.(7-11-18) Debido a la eficacia de estos productos, se ha continuado utilizándolos hasta nuestros días, de tal manera que en el año 2000, el I Grupo Español de Investigaciom de Dermatitis de Contacto(GEIDC) incorpora dentro de la batería estándar a los corticoides, simultáneamente se han realizado otros estudios para ratificar sus inconvenientes y la dificultad a la hora de realizar un diagnóstico adecuado, es así que en los años 2008 y 2009 se publica nuevamente estudios en poblaciones distintas que confirman la alergia a corticoides tópicos, especialmente los del grupo A y grupo D (Tixocortol y 17 Hidrocortisona Butirato).(6-9-10-12)

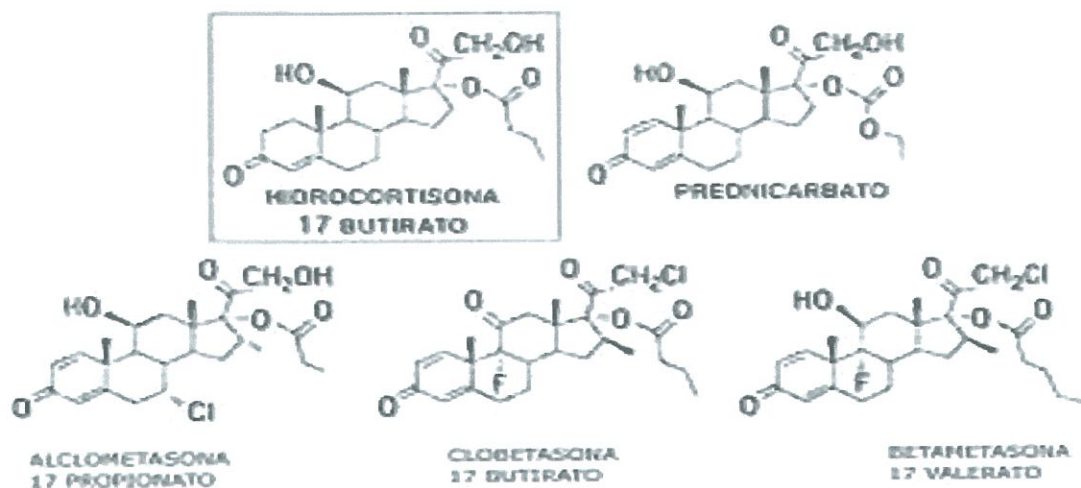


Gráfico 1: Estructura química de corticoides.

En 1989 Dooms Goossens y su grupo de investigación realizó una clasificación para los diferentes grupos de corticoides, agrupándolos en 4 categorías (Tabla 1) (15), encontrando además mayor número de reacciones cruzadas entre los grupos A y D, sin embargo es todavía complejo afirmar en la consulta diaria las reacciones cruzadas de los corticoides. (1-11-12)

Debido a que la incidencia de alergia a corticoides no es frecuente (19-20), la sospecha clínica debe ser considerada, como una herramienta de elección, sobre todo en pacientes con factores de riesgo tales como: eccema crónico de manos, úlceras en piernas por insuficiencia venosa, dermatitis atópica, psoriasis, dermatitis seborreica, pénfigo benigno familiar, dermatitis actínica, dermatosis inguinal (1-2-8)

Tabla 1: Clasificación de corticoides

CLASE A	CLASE B	CLASE C	CLASE D
HIDROCORTISONA	TRIAMCINOLONA ACETONIDO	BETAMETASONA	HIDROCORTISONA 17 BUTIRATO D2
Pivalato de Tixocortol	Desonida	Dexametasona	Betametasona 17 valerato D1
Prednisolona	Amcinonida	Fluocortolona	Prednicarbato D2
Metilprednisolona	Budesonida	Fluocortina	Aclometasona 17 propionato
Meprednisona	Flucinolona Acetónido		Clobetasona 17 butirato D1
Prednisona	Flucinonida		Hidrocortisona 17 valerato D2
	Halcinonida		Clobetasol 17 propionato D1
			Betametasona dipropionato D1

María Pérez Crespo y Juan Francisco Silvestre Salvador. M Jones Caballero, M D Guimaraens Juanena, C Villegas Fernández, P Fernández Peñas y L Conde Salazar Gómez.

MATERIAL Y METODOS:

Con el objetivo de analizar la incidencia de sensibilización por corticoides tópicos, realizamos un estudio observacional y retrospectivo en la unidad de dermatología laboral, del Instituto Carlos Tercero, durante el periodo comprendido entre enero de 1995 a noviembre del 2012.

A todos los pacientes atendidos durante ese periodo se les realizó estudio mediante pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Investigación de Dermatitis Alérgica de Contacto (GEIDAC) y batería de corticoides (tabla 2) y corticoides propios, en los que se tenía alta sospecha clínica de sensibilización a estos compuestos.

Los datos estadísticos se obtuvieron de la base de datos de la unidad de dermatitis de contacto de la sección de dermatología laboral, donde constan, además de otros parámetros, las baterías utilizadas, sus resultados y la relevancia obtenida. También se analizó los corticoides utilizados por los pacientes.

Tabla 2. Batería de corticoides.

BUDESONIDA	0.01%
ACETONIDO DE TRIAMCINOLONA	1%
TIXOCORTOL 21 PIVALATO	0.1%
DEXAMETASONA	1%
CLOBETASOL 17 PROPIONATO	1%
HIDROCORTISONA 17 BUTIRATO	1%
BETAMETASONA 17 VALERATO	1%
ALCLOMETASONA 17-21 DIPROPIONATO	0.05%

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, profesión, localización de las lesiones, tipo de lesiones, antecedentes personales de atopia o procesos alérgicos, baterías estándar y de corticoides testadas, resultados y relevancia obtenida.

Los parches una vez preparados, fueron fijados con adhesivo hipoalérgico y retirados a las 48 horas de su aplicación. La lectura se realizó a las 48-72-96 horas, con los criterios de valoración recomendados por el Grupo Español de Investigación de Dermatitis Alérgica de Contacto (GEIDAC). En los casos dudosos se realizó la lectura a los 7 días. El resultado con relevancia positiva incluía reacciones alérgicas relacionadas con el uso tópico de corticoides al momento de realizar el testeo. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 15.0

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio (1995-2012), se realizó pruebas epicutáneas a un total de 10529 pacientes, aplicando a todos la batería estándar del GEIDAC y otras baterías de acuerdo a la sospecha clínica.

Se aplicó la batería de corticoides a 383 pacientes, que representa el 3.63% del total de la muestra, obteniéndose un resultado positivo o de sensibilización para al menos un corticoide en 25 pacientes, que corresponde al 6.5%. La edad promedio de los pacientes testeados para corticoides fue 58.2, obteniéndose un predominio del sexo masculino con 14 hombres y 11 mujeres. La localización más frecuente de las lesiones fue en las manos, seguida por las piernas. El corticoide que produjo más sensibilización fue el tixocortol en 14 pacientes, que representa el 56%. En segundo lugar la budesonida en 9 pacientes con un porcentaje del 36%. A 4 pacientes con batería estándar negativa, con una fuerte sospecha clínica se les aplicó la batería para corticoides con resultado positivo que reflejó un 16%. En la tabla 3 se resumen todos los pacientes con resultados positivos.

Tabla3. características de los pacientes parchados con corticoides.

SEXO	EDAD	LOCALIZACION	ATOPIA	ULCERAS	BATERIA STANDAR	BATERIA CORTICOIDES
F	72	M	-	-	T	T
F	67	M	-	-	B	B
M	34	M-P	+	-	T	T-BT
M	53	M-C	+	-	T	T
F	81	P	-	+	T	T
M	63	M-P-C-T	-	-	T	T--D
M	40	M-P-B-O	-	-	T	D
M	68	P-T	-	-	T	T--A
M	62	P-T	-	-	T	T-A
F	73	M	-	-	T	D
F	67	P	-	-	-	T-A
M	72	P-T	-	-	T	B-TR-T-A
F	73	M	-	-	-	TR
F	63	M-B-C	-	-	T	B-BT-T
M	63	M-P-C	-	-	T	BT-T-D
M	57	M	-	-	B	B
M	56	M	-	-	T	BT-D
M	54	M	-	-	T	D
F	34	M	+	-	T	T
M	69	M-P-B	-	-	-	TR-C
F	66	M-B	-	-	B	B-T
M	47	M	-	-	-	B
M	44	M-C	+	-	B-H	B-T-H
F	29	O	-	-	B	B
F	48	M-P	-	-	B	B

M:manos P: piernas B:brazos C:cara T: tronco O: otros

T: tixocortol B: budesonida D: dexametasona A: aclometasona H: hidrocortisona

TR: triamcinolona BT: betametasona C: clobetasol

DISCUSION:

Las investigaciones de dermatitis alérgica de contacto (DAC), por corticoides no son frecuentes en dermatología laboral, debido al número reducido de pacientes con sintomatología específica. En el Instituto de Salud Carlos III, Dermatología Laboral, se realizó un estudio en el año de 1993 (11), donde se encontró una incidencia del 5.3%, sin embargo los resultados podrían tener un sesgo debido a que los pacientes reclutados, fueron pacientes con alta sospecha clínica y con batería estándar positiva para corticoides. Ahora nosotros al realizar una nueva recopilación de datos, en la misma unidad, pero con un periodo mas amplio, concluimos que la incidencia tiende a incrementar la sensibilización a corticoides tópicos.

Mientras tanto en las consultas de dermatología existen reportes de dermatitis alérgica de contacto (DAC) por corticoides, debido al uso crónico de estas sustancia. (12)

La clínica de dermatosis crónica en manos, caracterizada por el eccema crónico, es el primer factor de riesgo para sensibilización a corticoides tópicos, corroborado en nuestra investigación. (24)

La sensibilización a corticoides en estudios realizados en Estados Unidos reporta un porcentaje del 4.6%, mientras que en Europa este porcentaje es de 2.6, el reporte español del 2001 indica la incidencia de sensibilización a corticoides fue del 1.01%. Sin embargo en nuestra consulta la incidencia de sensibilización fue mucho más alta 6.5%, debido a que los pacientes aquí estudiados tienen alta sospecha clínica y de sensibilización encontrada en la batería estándar.(12-23)

Existe una fuerte concordancia entre los agentes productores de sensibilidad: tixocortol y budesonida, que fueron las sustancias mayormente sensibilizantes encontradas.

Los factores encontrados son similares a los referidos en los otros estudios: hábitos de prescripción, naturaleza, cantidad y tiempo de utilización de los corticoides tópicos.(12-25)

En el año 2000 la inclusión de los corticoides a la batería estándar por el EECDRG, fue un gran acierto, ya que la sospecha clínica no siempre es suficiente y a partir de aquello se ha logrado determinar una mayor cantidad de casos sensibilizados, mismos que se benefician de recibir un tratamiento adecuado, con disminución de los índices de morbilidad.(12)

Los fenómenos de reacción cruzada que se produce entre los diferentes tipos de corticoides, son de difícil delucidación, desde 1989 Dooms Goossen al agrupar en 4 clases, desde la A a la D ha conseguido el reporte de casos más específicos, más tarde el grupo D fue subdividido en D1 y D2, esta diferenciación sigue siendo muy compleja aún. Una relación de sensibilización entre el grupo A y el D2 es la que mas se presenta, debido a la similitud de la hidrocortisona.(18)

La presencia de lesiones reportados en otros estudios fue similar a la encontrada en el nuestro, el primer lugar fue en manos, seguido por las piernas y luego en cara.

CONCLUSIONES:

La dermatitis alérgica de contacto a corticoides tópicos es una entidad cuya incidencia se ha incrementado debido al uso crónico y frecuente en las consultas de dermatología; los corticoides tópicos continúan siendo sustancias de primera elección en varias patologías de piel.

La sospecha clínica de dermatitis de contacto alérgica a corticoides en el eccema crónico debe establecerse cuando hay una respuesta inadecuada al uso de corticoides tópicos.

La alta incidencia de dermatitis alérgica de contacto (DAC) a corticoides tópicos en nuestra unidad se debe a que la selección de pacientes se realizó por una fuerte sospecha clínica y presencia de sensibilización a corticoides en la batería estándar.

La sensibilización a los corticoides fue similar a la encontrada en otros estudios, destacando porcentajes similares para budesonida y tixocortol, hallados en 9 pacientes respectivamente y representando el 36%, por lo que la batería estándar tiene alta sensibilidad para detectar casos probables de dermatitis alérgica de contacto a corticoides.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Dooms Goossens A. Degeef H. Parijs M. Kerkofs L A. Aretrospective study of patch test results from 163 patients with stasis dermatitis or leg ulcers. I Discussion of the patch test results and the sensitization indices and determination of the relevancy of positive reactions.Dermatologica 1979. 159:93-100.
- 2.- S.Tavadia, J Bianchi, R S Dawe, M Mcevoy, E Wiggins. Allergiccontac dermatitis in venous leg ulcer patiens. Contac Dermatitis 2003. 48:261-265.
- 3.- Michelle L, Bennett, Julie M Fountain, Martha Ann Mc Carty and Elizabeth F Sherrtz. Contac Allergy of corticosteroids in patients using inhaled or intranasal corticosteroids for allergy rhinitis or asthma. American Jurnal of Contac Dermatitis.Vol 12 n 4. December, 2001:193-196.
- 4.-GiampieroRivara, Roland R, Tomb and Jean Fousseureau. Allergy contac dermatitis from topical corticosteroids.Contac Dermatitis 1989.21:83-91.
- 5.- Marie Baeck, Julie Anne Chemelle, Raphael Terreux, Jacques Drieghe and An Goossens. Delayed hypersensitivity to corticosteroids in a series of 35 patiens: clinical data and patch test results. Contac Dermatitis 2009. 61:163-175.
- 6.-Isaksson M, Brandao F M, Bruze M, Goossens A, Recomendationto include budesonide and tixocortolpivalate in the European standard series. Contac Dermatitis. 2000. 43:41-63
- 7.-Isaksson M, Bruze M. Corticosteroids. Dermatitis 2005. 16:3-5.
- 8.-Ponten A, Airborne occupational contac dermatitis caused by extremely low concentrations of budesonide. Contact Dermatitis. 2006.55:121-124.
- 9.- María Pérez Crespo y Juan Francisco Silvestre Salvador. Dermatitis de contacto alérgica por corticoides. Piel. Octubre 2008. 415-420.
- 10.- Davis MD, El Azhary RA, Farmer SA. Results of patch testing to a corticosteroid series: a retrospecty review of 1188 pasienst during 6 years at Mayo Clinic. J Ann Acad Dermatol. 2007. 56:921-927.
- 11.- M Jones Caballero, M D Guimaraens Juanena, C Villegas Fernandez, P Fernandez Peñas y L Conde Salazar Gomez. Dermatitis de contacto por corticoides tópicos. ActasDermo-Sif. 1993. 12:641-644.
- 12.- M.Pérez Crespo, J F Silvestre, A Lucas, J Mataix e I Ballester. Dermatitis de contacto por corticoides. Estudio retrospectivo de 3 añosen una Unidad de Alergia Cutáneahospitalaria. ActasDermosifiliogr. 2009. 100.291297.
- 13.- RaisonPeyron N, Co Minh HB, Vidal Mazuy A, Guilhou JJ, Guillot B. Connubialcontactdermatitistoaninhaledcorticosteroid. Ann DermatolVenereol. 2005. 132:143-146.

- 14.-Pirker C, Misic A, Frosch PJ. Angiodema and dysphagia caused by contact allergy to inhaled budesonide. *Contact Dermatitis*. 2003. 49:77-79.
- 15.-Rivara G, Tomb R, R y Fousseureau J. Allergic contact dermatitis from tropical corticosteroids. *Contact Dermatitis*. 21: 83-91, 1989.
- 16.-Reitamo S, Lauerma A, I y Forstrom L. Detection of contact hypersensitivity to topical corticosteroids with hydrocortisone 17 butyrate. *Contact Dermatitis*. 21: 159-165, 1989.
- 17.- Sasaki E, Corticosteroid sensitivity and cross sensitivity. A review of 18 cases 1967-1988. *Contact Dermatitis*. 23: 306-315, 1990.
- 18.- Doooms Goossens A, y Morren M. Results of routine patch testing with corticosteroid series in 2073 patients. *Contact Dermatitis*, 26: 182-191, 1992
- 19.- Fernandez de Corres L, Bernaola G, Urrutia I y Muñoz D. Allergic dermatitis from systemic treatment with corticosteroids. *Contact Dermatitis*. 22: 104-106, 1990.
- 20.- Valero A, Serra Baldrich E, Lluch M, Malet A y Camarasa J G. Alergia por contacto a corticoides topicos nasales. *Actas Dermo-Sif*. 82: 397- 400. 1991.
- 21.- Ortiz F.J, Borrego L, De Pablo P, Ruiz R, e Iglesias L. Eccema alèrgico de contacto por propinato de clobetasol. *Actas Dermo-Sif*. 82: 848-851, 1991.
- 22.- Camarasa J.G, Malet A, Serra Baldrich E y Lluch M. Contact allergy to tixocortol pivalato. *Contact Dermatitis*. 19: 147-148, 1988.
- 23.-Lauerma A.I. Screening for corticosteroide contact sensivity. Comparison of tixocorticolpivalate, hydrocortisone 17 butyrate and hydrocortisone. *Contact Dermatitis*. 24: 123-130, 1991.
- 24.-Dunkel F.G, Elsner P y Burg G. Contact allergies to topical corticosteroids: 10 cases of contac dermatitis. *Contact Dermatitis*. 25: 97-103, 1991.
- 25.-Forstrom L, Lassus A, Salde L y Niemi K. Allergic contact eczema from topical corticosteroids. *Contact Dermatitis*. 8: 128-133, 1992.

LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS DE CONTACTO EN MEDICINA

LABORAL

PATCH TESTING IN OCCUPATIONAL MEDICINE

Carolina Granados Rincón ¹

Nelly Machado Benavides ²

Ana Rita Rodrigues-Barata ³

Luis Conde-Salazar Gomez³

1 Medico Interno Residente 4 Año Medicina del Trabajo, Hospital "Lluís Alcanyís" de Xàtiva. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, Valencia, España

2 Medico Postgradista de 4 Año Dermatología. Universidad San Francisco-Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador

3 Servicio de Dermatología Laboral, Escuela Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Instituto Carlos III. Madrid, España

Correspondencia:

Carolina Granados Rincón

Calle Trobat 18 Piso 2 CP 46800 Xàtiva, Valencia

Teléfono +34 699618818

Correo Electrónico carolgigi26@gmail.com

Recuento de palabras

Resumen: 216 palabras

Abstract: 187 palabras

Número de Tablas: 3

Número de Figuras: 3

Resumen:

Dentro de la Medicina Laboral las dermatosis ocupacionales suponen entre el 30-60% de total de enfermedades profesionales y, dentro de ellas el 80-90% son dermatitis de contacto. Este alto número no se ve reflejado en datos oficiales debido a que en muchas ocasiones, al ser condiciones de rápida resolución o de escasa repercusión sistémica, no son declaradas. En relación a las dermatitis de contacto, la forma más frecuente en el entorno laboral es la forma alérgica; y la que preferentemente se declara, al ser un proceso que en muchas ocasiones constituye motivo de incapacidad. Para el abordaje diagnóstico y correspondiente asociación con el entorno de trabajo es imprescindible realizar una historia clínica laboral completa junto con la descripción de las lesiones, y la utilización de métodos diagnósticos distintos a los de otros procesos no cutáneos, como son las pruebas de parche (patch test) o pruebas epicutáneas. Constituyen un método simple, accesible y seguro para llegar al diagnóstico de las dermatitis alérgicas de contacto. Incluyen una batería estándar, propia de un país donde se trabaja, ampliada de baterías específicas en relación con el perfil, las tareas y los productos manipulados por el trabajador. La prevención en el trabajo es el único tratamiento etiológico para la sustitución y control de los riesgos laborales relacionados con las dermatosis profesionales.

Palabras Clave: Dermatitis ocupacional, pruebas epicutáneas, pruebas de parche, dermatitis de contacto, dermatología ocupacional.

Abstract:

In occupational medicine, occupational dermatoses account for 30 to 60% of the total amount of occupational diseases and, within 80 to 90% of them correspond to contact dermatitis. This high number is not reflected in official data because in most cases, as conditions of rapid resolution or low systemic impact, they are not declared. Regarding contact dermatitis, the most common type in the workplace is the allergic type, which preferably is declared, because often results in disability. For the correct diagnosis and association with the work environment is essential to make a full history of the patient occupational background, correct description of the skin lesions, and the use of diagnostic methods other than those of non-cutaneous processes, such as patch testing. They provide a simple, accessible and safe method for the diagnosis of allergic contact dermatitis. They include a standard national baseline series, proper of the country where the patient works, and additional extended series, specific to the occupation performed by the worker. Prevention at work is the only etiological treatment for replacement and control of occupational hazards associated with occupational skin diseases.

Key words: Occupational skin disease, patch testing, skin test, contact dermatitis, occupational dermatology.

Introducción

Las dermatitis de contacto (DC) constituyen alrededor del 90% del amplio espectro de las dermatosis profesionales, y se pueden dividir en dos formas: la dermatitis de contacto irritativa, que comprende el 80% de los casos, y la dermatitis de contacto alérgica que es la responsable del 20% de los casos¹. El resto de dermatosis ocupacionales se pueden enumerar como: las urticarias de contacto, las foliculitis, el cloroacné, las leucodermias, las esclerodermias, las infecciones bacterianas y micóticas así como las neoplasias cutáneas². No existen estimaciones precisas en relación a la prevalencia e incidencia de las dermatosis profesionales por la frecuente equivocación a la hora de establecer el diagnóstico de accidente y enfermedad ocupacional, y de distinguir entre las dermatitis de contacto con otras patologías cutáneas³. Las DC profesionales están consideradas como la enfermedad profesional de mayor incidencia, con cifras superiores al 30%, siendo las patologías más notificadas y las que requieren más compensación económica^{3,4}. Informes recientes de proyectos de vigilancia de enfermedades cutáneas, Epiderm y Opra, sugieren una tasa de incidencia de 13 por 100000 por año, y una prevalencia de 15 por 10000 trabajadores incluidos en estos estudios⁵. La localización más frecuente de las dermatosis ocupacionales es las manos, con un 80-90% de los casos³. Existen diversas profesiones que difieren en el riesgo de desarrollar enfermedades cutáneas de origen ocupacional. Entre las de alto riesgo están los peluqueros (tasa anual de 120/100000), trabajadores de artes gráficas (tasa anual de 71/100000), operarios de maquinaria y herramientas (tasa anual 56/100000), trabajadores de plantas químicas y petroleras (tasa anual de 45/100000), ensambladores (tasa anual de 35/100000) y montadores de herramientas para maquinaria (tasa anual de 34/100000)⁵.

Conceptos básicos

En 1939 la Asociación Médica Americana define la dermatosis profesional como “una afectación de la piel en la que puede encontrarse que el trabajo es su causa fundamental o un factor que contribuye a ella”. Esta definición fue modificada en el X Congreso Latinoamericano de Dermatología de 1983 como

“toda la alteración de la piel, mucosas y anexos, directa o indirectamente causada, condicionada, mantenida o agravada por todo aquello que sea utilizado en la actividad profesional o exista en el ambiente de trabajo”⁶. En nuestro país las dermatosis profesionales están contempladas desde 1962 (R.D. 792/1961 del 13 de Abril), como “toda enfermedad de la piel de origen físico o químico, bien sea por irritantes primarios o por sensibilizaciones cutáneas que obliguen a una interrupción del trabajo permanente o recidivante”^{3,6}.

Por tanto, dermatosis profesional desde el marco jurídico se definiría como “aquellas que se encuentran recogidas en la legislación del país donde se trabaja”. Por esta razón hoy día, para clasificar una dermatosis como enfermedad ocupacional se tiene que cumplir una serie de hechos^{3,7}:

1. Historia clínica concordante
2. La localización de las lesiones deben corresponder en zonas concordantes con la forma y tipo de trabajo
3. Pruebas de contacto positivas o pruebas de aplicación abierta positivas con relevancia presente
4. Estudios en controles voluntarios con concentraciones no irritantes cuando se desconozcan las concentraciones adecuadas
5. Mejoría cuando no se trabaja o cuando se evite el contacto con el alérgeno implicado

Por este motivo, es especialmente transcendental el estudio y la implicación de los Médicos del Trabajo y los Dermatólogos en la declaración de las dermatosis profesionales, ya que ésta labor debe ser efectuada con rigor y precisión, profundizando en un conocimiento exacto y detallado de la actividad laboral y del perfil del trabajador, porque puede acarrear consecuencias importantes sobre la vida profesional del paciente y por la enorme compensación económica que puede suponer su diagnóstico^{7,8}.

En relación a la DC, se puede definir como una reacción inflamatoria aguda o crónica de la piel al contacto directo con agentes nocivos, en concentración y período de tiempo suficiente para provocar una alteración con morfología

claramente objetivable^{9,10}. En bastantes ocupaciones la piel está expuesta a diversos agentes químicos, biológicos, físicos y mecánicos, y el daño que pueden originar dependerá de la capacidad de recuperación cutánea, que es variable de un individuo a otro¹¹.

Aspectos Históricos

La historia del conocimiento de la DC y su evolución a lo que se conoce hoy en día está íntimamente vinculada con el advenimiento de las pruebas epicutáneas o patch test. Las DC se conocen desde hace siglos, cuando ya se empezaba a describir lesiones ocasionadas por sustancias en las que se guardaba una relación con el trabajo. Por ejemplo, en tiempos del Emperador Augusto se hacía mención a las úlceras producidas por cáusticos. Posteriormente Paracelso describió los efectos perjudiciales que ejercían algunas profesiones en la piel; Ellembog y Agrícola estudiaron las acciones sobre la piel y tegumentos de humos de metales como el cadmio, el arsénico o el cobalto, constituyendo un gran aporte al conocimiento de las dermatitis ocasionadas por estos elementos⁷. En 1715, Bernardo Ramazzini, describe las enfermedades profesionales que existían en aquel tiempo y plantea diversas medidas para su prevención y tratamiento. En 1798, Willan también publicó en su libro “Descripción y Tratamiento de las Enfermedades Cutáneas” una asociación entre cuadros cutáneos con profesiones diversas⁷.

En el siglo XIX Josef Jadassohn realiza grandes aportaciones con la introducción de las pruebas epicutáneas, cuya técnica fue mejorada por Bruno Bloch, por lo que se logró expandir los hallazgos de Jadassohn¹². Con la introducción de las técnicas de las pruebas de parche se lograron grandes avances en el estudio y tipificación de las dermatosis de origen ocupacional, lo cual significó un paso importante en la investigación de la prevención y tratamiento de las mismas. Paralelamente, con el auge de la revolución industrial, se empieza a prestar importancia a las alteraciones de la piel en el ámbito ocupacional relacionadas con las sustancias que eran capaces de ocasionarlas, siendo mencionadas en el libro publicado por Prosser White en 1934 “The dermatoses or

Occupational Affections of the Skin"¹². Posteriormente aparecen múltiples escritos y tratados de diversos autores como Sulzberg, Bonnevie, Schwartz, Tulipan, Adams, Fousereau y Peck sobre esta rama de la dermatología. A partir de la segunda guerra mundial se crearon clínicas de contacto, la primera se llamó Saint John Hospital de Londres en 1953¹³. En 1962 se forma el primer Committee for Standardization of Routine Patch Testing, que promueve a la creación en 1967 del International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG)^{9,13}, con lo cual se obtiene una visión clara y concreta acerca del manejo de las pruebas epicutáneas. En nuestro país en 1976 se creó el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto (GEIDAC), que ha desarrollado una magnífica labor en ésta área. En 1992 la batería estándar contenía 24 haptenos; en el 2008, tras una revisión realizada por las organizaciones mundiales de dermatitis de contacto alérgicas, se incluyeron a 29 sustancias. En España se emplea por consenso la batería Estándar del GEIDAC (tabla I).

Bases Teóricas e Inmunológicas

El conocimiento de la fisiopatología de la DC y los mecanismos involucrados permiten distinguir los dos tipos: la alérgica y la irritativa¹⁴. La DC irritativa es una reacción inflamatoria causada por la acción citotóxica directa del agente agresor a las células de la epidermis y la dermis, sin la producción de anticuerpos específicos, en contraste con la DC alérgica que es una reacción de hipersensibilidad retardada, mediada por células T y que requiere una sensibilización previa^{1,15}.

Las pruebas epicutáneas o pruebas de parche fueron desarrolladas para confirmar o ratificar la causa de una DC alérgica. Constituyen un método sencillo para reproducir la reacción de hipersensibilidad retardada o tipo IV de la piel frente a un alérgeno¹². En esta reacción los linfocitos T sensibilizados tienen un contacto secundario con el antígeno, el cual está usualmente en forma de hapteno conjugado con una proteína y presentado por la célula presentadora de antígeno de la epidermis, la célula de Langerhans⁵. Por lo tanto, las pruebas de parche han sido consideradas el mejor método para distinguir la DC alérgica de la DC

irritativa¹⁶. Sin embargo, es de conocimiento común que la constatación de las reacciones positivas a un determinado alérgeno, obliga a una búsqueda minuciosa de su relevancia. Por esta razón, es muy importante realizar una historia clínico-laboral exhaustiva, explorar posibles agentes de contacto, determinar la localización y evolución de la dermatosis, e individualizar la prueba de parche según la historia y perfil del trabajador^{17,18}.

Presentación Clínica

Tanto las DC irritativas como las DC alérgicas suelen comenzar en su fase aguda con eritema pruriginoso y edematoso, acompañándose en ocasiones de vesículas. El eritema y el edema persisten en las fases subagudas, aunque la vesiculación empieza a hacerse menos visible, siendo reemplazada por escoriación, liquenificación, supuración, fisuración y descamación^{1,3}. La DC irritativa tiende a permanecer localizada en el área de contacto mientras que la DC alérgica tiene propensión a diseminarse a sitios distantes, tanto por el proceso de autoeczematización o a través del fenómeno de DC sistémica¹. Las manos están afectadas en un 80-90% de los casos ocupacionales. Los brazos pueden estar afectados si no están debidamente protegidos, mientras que la cara y el cuello están afectados si hay exposición a polvos o vapores (mecanismo aerotransportado o airborne)⁵.

Mathias propuso una serie de criterios objetivos para la correcta identificación de la DC ocupacional. Si cuatro de estos criterios están presentes, el médico puede concluir que la DC es de probable origen ocupacional^{1,19} (tabla II).

Las DC aparecen a cualquier edad pero tienen un pico en los extremos de la vida laboral, ya sea al inicio o final de la misma. En panaderos y peluqueros aparecen de forma temprana, en los primeros años del inicio de la profesión. En trabajadores de la construcción que manipulan cemento, las dermatitis por cromo requieren algunos años para desarrollarse. La DC irritativa acumulativa aparece después de muchos años de exposición⁵.

Metodología y problemas prácticos

Las pruebas de contacto o patch test están consideradas como un método sencillo y de fácil aplicación, con la ventaja sobre las técnicas in vitro de ser llevado a cabo en la propia piel²⁰. Tienen una sensibilidad y especificidad estimada del 70%, que puede variar según el hapteno estudiado¹⁸. Como otros test clínicos, el resultado de las pruebas de contacto puede estar afectado por un gran número de factores, tales como la variabilidad del ser observador dependiente, el momento de lectura, la calidad de las sustancias del test, la irradiación de la piel previa por luz ultravioleta, la administración de esteroides tópicos u orales y la fase del ciclo menstrual²¹.

Además de su indicación en la determinación de la DC alérgica, existen otras indicaciones para realizar pruebas epicutáneas como el eccema crónico y/o recidivante de manos resistente a los tratamientos indicados, el eccema atópico, que puede agravarse por una sensibilización a determinados alérgenos que se manipulan en el trabajo, la dermatitis seborreica, el eczema alrededor de úlceras de extremidades inferiores, o el exantema inducido por medicamentos^{12,21}.

Las contraindicaciones para la realización de pruebas de contacto son: pacientes inmunodeprimidos o con dermatitis aguda, personas que reciban tratamiento inmunosupresor o inmunomodulador con glucocorticoides o ciclosporina, enfermedades autoinmunes, el embarazo y la lactancia^{12,22}.

Las series estándar de pruebas epicutáneas son sustancias que se recopilan basadas en el área geográfica de exposición a haptenos determinados, características epidemiológicas, riesgo de exposición y sensibilización, y su correcta elección dependerá de las circunstancias de cada paciente. Es importante considerar que se van introduciendo nuevas sustancias químicas en el entorno laboral y no laboral, por lo que estas series necesitan constante revisión y actualización. Una alta sospecha del origen ocupacional de una dermatosis se debe plantear cuando existen múltiples trabajadores afectados por la dermatitis. Cuando se detecta una dermatosis, en el proceso de investigación es importante obtener información sobre la posible causa a través de las fichas de seguridad de los productos químicos que aporten los trabajadores²³. Asimismo, es esencial para

el médico entender como el trabajador se desempeña en su sitio de trabajo, como realiza sus tareas habituales, por lo que la visita al puesto de trabajo puede ser de gran utilidad⁵. Los problemas más comunes a los que se deben enfrentar los médicos es la distinción entre los cuadros de DC irritativa y alérgica, así como la relevancia de una reacción positiva en las pruebas epicutáneas.

La validez del test, así como su aportación diagnóstica dependerá de factores como: una historia clínica adecuada, una correcta aplicación de la batería de alérgenos, el lugar de colocación (que debe ser una región amplia y desprovista de vello como la espalda, cara interna del brazo y cara anterior del muslo y abdomen)²². En caso de existir vello se debe rasurar la zona a testar al menos 48 horas previas para evitar irritación²⁴. Los efectos adversos pueden ser: a) irritación de la espalda cubierta por el esparadrapo, b) una respuesta exagerada a alguna sustancia alérgica, c) empeoramiento de la dermatitis, d) trastornos de la pigmentación, e) urticaria o anafilaxia y f) la potencial sensibilización a algún componente evaluado⁵. Basándose en los principios de medicina basada en la evidencia, la prueba de parche es rentable solo si los pacientes son seleccionados sobre la base de una sospecha clínica clara de alergia de contacto y a los pacientes se les prueban con productos químicos relevantes para el problema²⁵. Las sustancias de composición desconocida, así como los productos que potencialmente son irritantes o tóxicos no deben ser evaluados tal cual, debiéndose hacer diluciones de los mismos (10%, 5% y 1%) dependiendo de su toxicidad o pH, ya que pueden generar una dermatitis irritativa necrótica e incluso una posible sensibilización activa⁵ (fig. 1).

Interpretación de los resultados

Para una adecuada interpretación se deben retirar los parches a las 48 horas y esperar al menos 30 minutos antes de realizar la primera lectura. Además se debe dejar marcado la zona de la piel donde estuvieron colocados los parches para las posteriores lecturas, que serán realizadas a las 72-96 horas y en algunas ocasiones hasta 5-7 días, dependiendo del alérgeno aplicado. En caso de encontrar una respuesta de urticaria se debe esperar mínimo de 60 minutos hasta 24 horas para

realizar la primera lectura. La morfología de una prueba positiva presenta eritema, edema y pequeñas vesículas que se extienden ligeramente más allá de los bordes de la zona demarcada en la superficie de la piel que ha estado en contacto con el alérgeno. La resolución rápida de la reacción a la prueba después de la retirada del parche es sugestiva de irritación²⁶ (tabla III).

En general las reacciones irritativas ocurren de forma temprana y desaparecen rápidamente, mientras que las reacciones alérgicas exhiben un patrón creciente durante varios días. Es por este motivo que se recomienda hacer una lectura no solo al día dos, sino posteriormente ya que muchas reacciones irritativas pueden erróneamente determinarse como positivas¹.

En muchas ocasiones podemos encontrar una o más pruebas positivas. En estos casos se puede tratar que el enfermo se encuentre sensibilizado a diversos alérgenos, bien que se encuentran en un único producto que maneja el paciente, o que se encuentren en diversos productos utilizados en su vida profesional o privada. Otras veces puede darse que, la aparición de diversas pruebas positivas sean debido a una reacción cruzada entre sustancias de composición química muy similar^{1,12,24} (fig. 2 y 3).

Finalmente, ante una prueba positiva es necesario e imprescindible buscar la relevancia de esta sensibilización con la historia clínica del enfermo. Esta puede ser *actual* cuando está relacionada con la historia actual del enfermo y es la causa de sus lesiones; *relevancia pasada* es, cuando la positividad no guarda relación con el cuadro cutáneo actual que presenta el enfermo pero en la historia clínica se puede encontrar la posibilidad de antecedente de dicha sensibilización y, *relevancia desconocida* se refiere cuando una positividad no tiene relación con el cuadro de lesiones actuales ni con ningún dato que aporte el enfermo en su historia.

Conclusiones

Las pruebas de contacto son muy útiles en Medicina Laboral y fundamentales en el diagnóstico de las DC alérgicas. Su utilización servirá no solo para el diagnóstico, como también para conocer la causa de la DC alérgica y con ello la posibilidad de tratar y de ubicar al enfermo o trabajador en otros puestos de

trabajo donde no exista el contacto con dicho alérgeno y por tanto intentar evitar una incapacidad. Asimismo nos permite indicar al enfermo las sustancias o productos de uso habitual no profesional que pueden ser causa de empeoramiento o de desencadenante de nuevas lesiones.

Además, las pruebas de contacto que son fáciles de realizar y de precio no muy costoso en comparación con otras técnicas diagnósticas. Pueden ser difíciles de interpretar en ocasiones, requiriendo personal perfectamente preparado para su realización, ya que de lo contrario una mala interpretación puede ser origen de problemas económicos y sociales importantes para el trabajador, la empresa y la sociedad en general.

Finalmente es importante resaltar que el Especialista en Medicina del Trabajo deberá conocer este tipo de pruebas dermatológicas y el valor que tienen a la hora de realizar un diagnóstico de dermatosis profesional, sin olvidar que constituye una herramienta más en el manejo de estos pacientes, que se interpreta tras un análisis profundo y conjunto de la historia clínica y profesional del paciente.

Bibliografía

1. Sasseville D. Occupational contact dermatitis. *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*. 2008;4(2):59-65.
2. Rycroft, RJG, Frosch P. Occupational Contact dermatitis. En: Frosch P, Menné T, Lepoittevin JP, editors. *Textbook of contact dermatitis*. London: Springer; 2006. 717.
3. Pere J, editor. *Manual de Alergia Cutánea*. 1st ed. España. MRA; 2011. p. 105-123
4. Barchino L, Cabrera E, Moreno G, Heras F, Conde-Salazar L. Dermatosis profesionales en cuidadores de ancianos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2007;53(207):35-46.
5. Gawkrödger DJ. Patch testing in occupational dermatology. *Occup Environ Med*. 2001;58(12):823-8.

6. De la Fuente I, Bell B, Ibarz J. Estudio epidemiológico de las dermatosis profesionales en el hospital MAZ (1993-1997). *Revista Medicina del Trabajo*. 1998;7(6):335-340.
7. Conde-Salazar L. *Dermatología Laboral*. En: Gil F, editor. *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona: Masson; 2005; p. 695.
8. Warshaw EM, Raju SI, Fowler JF, Maibach HI, Belsito DV, Zug KA, Rietschel RL, Taylor JS, Mathias C, Fransway AF. Positive patch test reactions in older individuals: Retrospective analysis from the north american contact dermatitis group, 1994-2008. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66(2):229-40.
9. Lachapelle JM. Historical aspects. En: Duus J Frosch P, Lepoittevin JP, editors. *Textbook of contact dermatitis*. London: Springer; 2011. p. 1-9.
10. Tato R, Sanz J, del Campo M, Agulló A. Dermatitis de contacto en el medio laboral. *Medicina del Trabajo*. 1999;8(1):11-7.
11. Diepgen T, Kanerva L. Occupational skin diseases. *Eur J Dermatol*. 2006;16(3):324-30
12. Conde-Salazar L, Ancona-Alayón, A. *Dermatología profesional*. 1ª Ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2004:51-63.
13. Lachapelle J, Maibach HI. Patch testing methodology. En: Lachapelle J, Maibach HI, editors. *Patch Testing and Prick Testing: A Practical Guide Official Publication of the ICDRG*. London: Springer; 2012. p.35-77.
14. Krasteva M, Kehren J, Ducluzeau M, Sayag M, Cacciapuoti M, Akiba H, Descotes J, Nicolas J, Moskophidis D, Lehmann-Grube F. Contact dermatitis. I. pathophysiology of contact sensitivity. *EJD*. 1999;9:65-76.
15. Chew AL, Maibach HI. Occupational issues of irritant contact dermatitis. *Int Arch Occup Environ Health*. 2003;76(5):339-46.
16. Dickel H, Altmeyer P, Brasch J. "New" techniques for more sensitive patch testing? *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2011;9(11):889-96
17. Dickel H, Kuss O, Schmidt A, Diepgen T. Occupational relevance of positive standard patch-test results in employed persons with an initial report of an occupational skin disease. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002;75(6):423-34.
18. Van Der Valk, Pieter GM, Devos SA, Coenraads P. Evidence-based diagnosis in patch testing. *Contact Derm*. 2003;48(3):121-5.
19. Rietschel RL, Mathias C, Fowler Jr JF, Pratt M, Taylor JS, Sherertz EF, Marks Jr JG, Belsito DV, Storrs FJ, Maibach HI. Relationship of occupation to contact

dermatitis: Evaluation in patients tested from 1998 to 2000. American Journal of Contact Dermatitis. 2002;13(4):170-6.

20. Bruze M, Conde - Salazar L, Goossens A, Kanerva L, White IR. Thoughts on sensitizers in a standard patch test series. Contact Derm. 2007;41(5):241-50.

21. Spiewak R. Patch testing for contact allergy and allergic contact dermatitis. Open Allergy J. 2008;1:42-51.

22. Schnuch A, Aberer W, Agathos M, Becker D, Brasch J, Elsner P, Frosch PJ, Fuchs T, Geier J, Hillen U. Patch testing with contact allergens. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2008;6(9):770-5.

23. Stevenson C. Occupational skin disease. Postgrad Med J. 1989;65(764):374.

24. Arduzzo L. Prueba del parche. Enfoques en Asma y Alergia [En línea]. Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica. 2002; 3(1), 7-9. (Citado 2012 Noviembre). Aproximadamente 3 pantallas. Disponible en: http://www.alergia.org.ar/profesionales/emc/enfoques_vol3_nro1_2002/enfoq6_7_9_2002.pdf

25. Saint-Mezard P, Rosieres A, Krasteva M, Berard F, Dubois B, Kaiserlian D, Nicolas J. Allergic contact dermatitis. EJD. 2004;14(5):284-95.

26. Krasteva M, Kehren J, Ducluzeau M, Sayag M, Dupuis M, Kanitakis J, Nicolas J. Contact dermatitis: II. clinical aspects and diagnosis. EJD. 1999;9:144-59

ANEXOS

Figura 1. Localización de las Pruebas



Figura 2. Demarcación de las pruebas

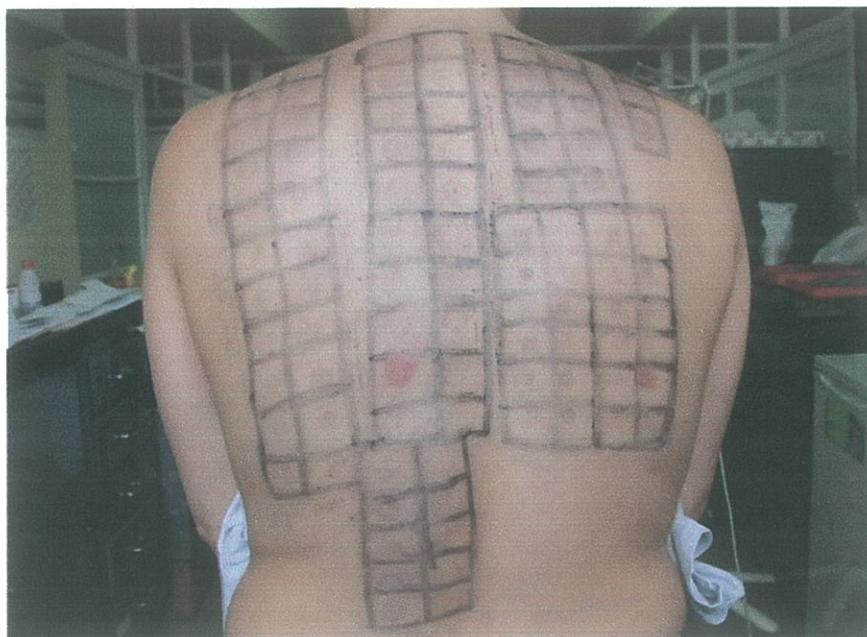


Figura 3. Prueba Positiva a para-fenilendiamina

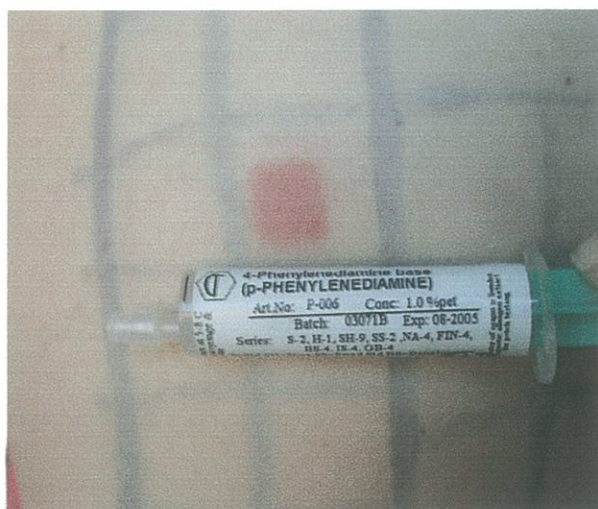


TABLA I. Batería Estándar del GEIDC 2008

Sulfato de níquel
Alcoholes de lana
Sulfato de neomicina
Dicromato potásico
Mezcla caínas
Mezcla de perfumes
Colofonia
Resina epoxi
Mezcla quinoleínas
Bálsamo del Perú
Diclorhidrato de endiamina
Cloruro de cobalto
Resina de p-tert- butilfenolformaldehído
Mezcla parabenos
Mezcla carbas
Mezcla de gomas negras
Cl+Me-isotiazolinona (Kathon CG)
Quaternium 15
Mercapto-benzotiazol
p-fenilendiamina
formaldehído
Mezcla mercapto
Tiomersal
Mezcla tiuram
Diazolidinil úrea (Germal II)
Imidazolidinil úrea (Germal 115)
Budesonida
Tixocortol-21-pivalato
Hidrocortisona-17-butirato

TABLA II: CRITERIOS MATHIAS PARA LAS DERMATITIS DE CONTACTO DE ORIGEN LABORAL

1. Cuadro clínico consistente con dermatitis de contacto
2. Exposición laboral a potenciales alérgenos o irritantes cutáneos
3. Distribución Anatómica coherente con la forma de la exposición cutánea en el trabajo
4. Relación temporal entre la exposición y el inicio de la dermatitis de contacto
5. Exclusión de exposiciones no laborales como posibles causas
6. Mejoría del eczema al cesar la exposición
7. Las pruebas epicutáneas o prick test implican una exposición laboral específica

TABLA III. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE PARCHES

INFORME	LECTURA	INTERPRETACION	PRECISION
+?	Eritema débil	Dudoso	1%
+	Eritema, infiltración y posiblemente pápulas	Posible	20-50%
++	Eritema, infiltración, pápulas y vesículas	Probable	80-90%
+++	Eritema intenso, infiltración y vesículas coalescentes	Muy probable	95-100%
-	Ausencia de reacción	Negativo	
RI		Reacción irritante	
NP		No probada	

CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE. TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD

*Dra. Nelly Machado. **Dra. Mayra Castro. ***Dr. Patricio Freire. ****Dra. Liliana García

*Posgradista Dermatología USFQ-HCAM.

**Posgradista de Medicina de Urgencias USFQ-HCAM.

***Jefe de Servicio de Dermatología.

****Médico Tratante Dermatología.

RESUMEN:

El carcinoma escamocelulares el tumor maligno de pene más frecuente. De predominio en el adulto joven, causa morbilidad importante y en ocasiones mortalidad. (11-12-14). Se la considera una enfermedad social relacionada con el subdesarrollo, malas condiciones de higiene local, exposición prolongada a irritantes, agentes cancerígenos desconocidos del esmegma en individuos no circuncidados, infecciones virales (virus del papiloma humano) y tabaquismo. (1)

Las opciones de tratamiento son varias: desde terapéuticas clínicas no invasivas hasta quirúrgicas. (2-10-13)

Presentamos el caso de un varón de 45 años de edad con un carcinoma escamocelular ubicado en el pene, de 8 meses de evolución, que debido a la negativa del paciente para la exéresis quirúrgica de la patología se inicia el tratamiento con imiquimod tópico con lo que se logra la resolución completa del cuadro.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma escamo celular. Imiquimod.

SUMMARY:

Squamous cell carcinoma of the penis malignancy frecuente. De predominance in young adults, causing significant morbidity and sometimes mortality. (14/12/11). Disease is considered a related social underdevelopment, poor local hygiene, prolonged exposure to irritants, carcinogens of unknown individuals smegma uncircumcised, viral infections (human papilloma virus) and smoking (1).

Treatment options are varied: from therapeutic surgical clinics noninvasive up. (10/02/13)

We report the case of a man 45 years of age with a squamous cell carcinoma located in the penis, 8 months of evolution, due to the refusal of the patient to the surgical removal of the pathology starts treatment with topical imiquimod what is achieved complete resolution.

KEYWORDS: squamous cell carcinoma. Imiquimod.

INTRODUCCION:

El carcinoma escamo celular fue descrito por Percivall Pot en 1775. Es el segundo en orden de frecuencia de los cánceres de piel no melanoma.No existen estadísticas fiables de esta patología, puesto que la mayoría de veces no se documenta al Instituto Nacional de Cáncer. (3-19-20-21)

La edad de presentación oscila entre los 30-40 años y tiene predilección por el sexo masculino.Los factores de riesgo asociados en el caso de carcinoma epidermoide de pene son: predisposición genética, radiación ionizante, carcinógenos ambientales, úlceras crónicas y se ha encontrado fuerte asociación con HPV (virus del papiloma humano) tipos 5 y 16. (4-16-17-18-22)

La lesión precursora en pene es la Eritroplasia de Queyrat,que es una enfermedad de Bowen en la mucosa o superficie mucocutánea.(5) Caracterizada por ser una lesión en placa, eritematosa, de fácil sangrado,

friable, pruriginosa, en ocasiones de crecimiento rápido, y se presenta especialmente en hombres no circuncidados, con mala higiene y con antecedentes de lesiones verrucosas sugestivas de HPV, o fimosis. (5-12-16)

La primera opción de tratamiento es la cirugía con lo que el grado de recidiva es menor, existiendo además otras opciones de tratamiento tópico, como 5 fluracilo, crioterapia, y últimamente imiquimod. (6) Este último es un modificador de la respuesta inmune con resultados satisfactorios, y porcentajes de curación que superan el 50%, en cuanto a recidivas no hay datos (metanàlisis) que lo avalen; sin embargo por la localización en semimucosa, el tratamiento tópico a base de imiquimod tiene una mejor respuesta, siendo necesario el seguimiento subsecuente. Los estudios previos no reportan mayor efectividad, en el esquema de dos aplicaciones por día frente a una sola, para alcanzar altos porcentajes de curación se recomienda mantener dicho tratamiento durante dos meses.

CASO CLINICO:

Paciente varón de 45 años de edad con antecedente de circuncisión hace once años, secundario a este procedimiento presenta unas lesiones papulares en la región ventral del pene. Desde hace 8 meses estas lesiones se tornan confluyentes y forman una tumoración dura, exofítica que compromete la cara ventral del pene y el prepucio, además microadenopatías en región inguinal izquierda.



En el estudio histopatológico se encontró papilomatosis e hiperplasia irregular de la epidermis y queratinocitos atípicos con pérdida de la polaridad; numerosas mitosis y células disqueratóticas. Masas con tendencia a queratinizar que invaden la dermis superficial. Confirmando el diagnóstico de carcinoma escamocelular bien diferenciado queratinizante. Además se realizó una biopsia de los ganglios que fue negativa para metástasis.

Con este diagnóstico y debido al rechazo del paciente para una opción quirúrgica, se realiza criocirugía y posteriormente el inicio de la terapia tópica a base de imiquimod, durante tres meses, logrando una resolución total de la lesión, persistiendo solo hipopigmentación cicatricial, se corroboró curación con una biopsia de control, a pesar de esto en controles posteriores, presenta al año del tratamiento recidiva de placa eritemato escamo costrosa en región meatal, confirmado nuevamente con la biopsia como carcinoma escamo celular superficial. Motivo por el cual se reinicia terapia con imiquimod 2 veces al día por dos meses, logrando una remisión de la enfermedad un año después del segundo ciclo de tratamiento.

DISCUSION:

El carcinoma escamo celular de presentación en área genital es inusual, pese a ser el más frecuente entre los carcinomas de este sitio, tiene una incidencia muy baja, sin embargo causa morbilidad importante, debido a que la terapéutica quirúrgica (amputación del pene), es poco aceptada por los pacientes. (7-12)

Con el advenimiento de las terapias tópicas, el tratamiento es más aceptado cómodo y menos afectación psicológica, a pesar que los índices de curación son más bajos frente a la cirugía radical que tiene mayor morbilidad. (2-8)

En la lista de los quimioterápicos más utilizados se encuentran: imiquimod, 5 fluracilo, así como técnicas con crioterapia, que son menos invasivas que la cirugía. En nuestro caso la asociación de criocirugía, destrucción electroquirúrgica asociado a imiquimod, dio muy buenos resultados, se optó

por esta combinación para disminuir la masa tumoral, mediante los procedimientos físicos y complementado con inmunoterapia tópica. Siendo necesario un seguimiento adecuado para intervenir tempranamente en caso de recidivas, evitando potenciales metástasis del tumor. (2-9)

BIBLIOGRAFIA:

1. Diagnosis and Treatment of Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas DANIEL L. STULBERG, M.D., BLAIN CRANDELL, M.D., ROBERT S. FAWCETT, M.D., M.S., *Am Fam Physician* 2004;70:1481-8.
2. *Australasian Journal of Dermatology* (2011) 52, 66–69. Eruptive keratoacanthoma and squamous cell carcinoma complicating imiquimod therapy: Response to oral acitretin. Glen Foxton and Tom Delaney
3. Enfermedad de Bowen perianal tratada con imiquimod Alberto Alfaro-Rubio, Eduardo Nagore, Carlos Serra, Rafael Botella, Onofre Sanmartín, Celia Requena, Beatriz Llombart, Luis Hueso y Carlos Guillén. *Actas Dermosifiliogr* 2005;96(7):468-70
4. *J Drugs Dermatol.* 2008 May;7(5):483-5. Bowen's disease of the penis treated with topical imiquimod 5% cream. Taliaferro SJ, Cohen GF.
5. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Oct;47(4 Suppl):S225-8. Treatment of squamous cell carcinoma in situ of the penis with 5% imiquimod cream: a case report. Orengo I, Rosen T, Guill CK.
6. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Apr;46(4):545-8. Squamous cell carcinoma in situ of the penis successfully treated with imiquimod 5% cream. Schroeder TL, Sengelmann RD.
7. *Int J STD AIDS.* 2004 Dec;15(12):833-5. A case of Bowenoid papulosis of the penis successfully treated with topical imiquimod cream 5%. Goorney BP, Polori R.
8. *Clin Exp Dermatol.* 2003 Nov;28 Suppl 1:4-6. Topical treatment of intraepithelial penile carcinoma with imiquimod. Micali G, Nasca MR, Tedeschi A.
9. *Dermatol Surg.* 2011 Oct;37(10):1394-411. Epub 2011 Jul 18. Treatment of squamous cell carcinoma in situ: a review. Shimizu I, Cruz A, Chang KH, Dufresne RG
10. *Actas Urológicas Españolas.* 2002 26(8). 525-531. Cirugía conservadora. Cáncer de pene. Linfadenectomía inguinal. Ganglio centinela. E. Solsona Narbón.
11. *Actas Urológicas Españolas.* 2007 Enero v 31 n 1. Revisión de los tumores epidermoides de pene. Penisepidermoid tumors review. Diz Rodríguez R. Virceda Chamorro M. Arance Gil I.
12. *Actas Urológicas Españolas.* 2003 Nov-Dic v 27 n 10. Cáncer de pene. Una revisión de 18 casos. M. Soto Delgado. F. Arredondo Martínez. G. Pedrero Márquez.
13. *Actas Urológicas Españolas.* 2007 Oct v 31 n 9. Cirugía de Mohs: Aplicación de la técnica a neoplasias de pene. Cuevas J. de Eusebio E. Diez E. Castiñeira I.
14. *SciELO. Oncología Barcelona.* 2006 Mayo v 29 n 5. Carcinoma epidermoide sobre sinus pilonidal. J. Alecha Gil. M. Echenique Elizondo. J. A. Amendarain. G. Gorriz Arias.
15. *SciELO.* 2009. Sep-Oct v 31 n 5. Revista Médica Matanzas. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr José Ramón López Tabrane. Matanzas. Carcinoma epidermoide de pene. Alfredo Ediel Misiara. Ihosvany Ruiz Hernández. José Francisco Vásquez.
16. *Actas Urológicas Españolas.* 2010 Abril v 34 n 4. Carcinoma escamocelular condilomatoso asociado al virus del papiloma humano multimetastásico. M. A. Arrabal Polo. S. Arias Santiago. A. Jiménez Pacheco

17. Backes DM, Kurman RJ, Pimenta JM, Smith JS. Systematic review of human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer. *Cancer causes control*. 2008.
18. Bleeker MC, Heideman DA, Snijders PJ, Horenblas S, Dillner J, Meijer CJ, et al. Penile cancer: Epidemiology, pathogenesis and prevention. *World J Urol*. 2008.
19. Anais Brasileiros de Dermatología. 2011 Nov-Dic. Vol 86 n 6. Carcinoma epidermoide do penis: estudo clínico patológico de 34 casos. Fabiana Braga Franca Wanick. TulliaCruzziTeichner. Rosane Silva.
20. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2012. Julio-Agosto. v 103 n 6. 478-487. Carcinoma escamoso de pene. C.Ferrandiz Pulido. I de Torres. V.García Patos.
21. Smith PG, Kinlen LJ, White GC, Adelsteis AM, Fox AJ. Mortality of wives of men dying with cancer of the penis. *Br J Cancer*. 1980; 41: 422-8.
22. Boshart M, Gissman L, Ikenberg H. A new type of papillomavirus DNA: its presence in genital cancer biopsies and in cell lines derived from cervical cancer. *Embo J*. 1984;3:1151.

SINDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO

*Dra. Nelly Machado.**Dra. Mayra Castro *** Dr. Patricio Freire.

* Médico Posgradista de Dermatología USFQ-HCAM

** Médico Posgradista de Emergencia USFQ-HCAM

*** Jefe de Servicio de Dermatología

RESUMEN:

Parry Romberg es considerado un síndrome que cursa con hemiatrofia facial y que afecta: piel, tejido celular subcutáneo y en ocasiones hueso.(1-3-22). Se presenta en pacientes jóvenes, comprendidos entre los 20-40 años. La mayoría de las veces cursa con crisis convulsivas de difícil control, que responden de mejor manera a corticoides. De etiología incierta, está en estrecha asociación con traumas craneales, infecciones virales, alteración del metabolismo de ácidos grasos, herencia, entre otros. Las complicaciones más frecuentes y de difícil control son: neuritis del trigémino, parálisis facial, cefalea y crisis convulsivas.(12-13-15). La cirugía plástica en la actualidad propone importantes avances para mejorar la parte estética. (2-4-5-6-19). Presentamos el caso de una paciente, femenina de 37 años, con hemiatrofia facial progresiva y crisis convulsivas refractarias al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Hemiatrofia facial. Síndrome Parry Romberg.

SUMMARY:

Parry Romberg syndrome is considered a disease with facial hemiatrophy and affects: skin, subcutaneous tissue and sometimes bone. (03/01/22). It occurs in young patients, aged between 20-40 years. Most of the time courses with difficult to control seizures, which respond better to corticosteroids. Of uncertain etiology, is in close association with head trauma, viral infections, abnormal fatty acid metabolism, inheritance, among others. The most frequent complications and difficult to control are: trigeminal neuritis, facial

paralysis, headache and seizures. (12-13-15). Plastic surgery today proposed significant progress to improve the aesthetics. (2-4-5-6-19). We report the case of a patient, female, 37, with progressive facial hemiatrophy and seizures refractory to treatment.

KEY WORDS: Facial hemiatrophy. Parry Romberg Syndrome

INTRODUCCION:

El síndrome de Parry Romberg, es considerado parte de la esclerodermia localizada. La afectación más frecuente es piel y tejido celular subcutáneo, sin embargo en un pequeño porcentaje afecta huesos, lo que provoca deformidades faciales importantes. La edad de presentación es a partir de la segunda década, con un pico máximo hasta la cuarta década.(1-7-10-14-16). La progresión de la enfermedad es lenta, pero la atrofia facial ocasiona cambios físicos y sobretodo psicológicos, que incrementan la morbilidad de los pacientes. La etiología es aún incierta, pero se ha visto fuerte asociación con traumas craneales, infecciones virales y herencia. La fisiopatología es también otro enigma, sin embargo últimos estudios la relacionan con alteración en el metabolismo de los ácidos grasos, pero está hipótesis no está comprobada.(4-8-9-20-23)

Las características clínicas de presentación son: hemiatrofia facial de lenta progresión, en la mayoría de casos. La incidencia de presentación bilateral está entre el 5 y 10%. Además el paciente presenta enoftalmia, desviación de la comisura labial, nariz y exposición unilateral de los dientes hacia el lado afectado. A nivel frontal se evidencia coup de sabre, que es la demarcación lineal de la atrofia facial. En cuero cabelludo suele haber pérdida del cabello en la zona afectada, que no llega a una alopecia franca. La epilepsia de difícil control es relevante en este tipo de pacientes. Se ha valorado la asociación de anticonvulsivantes y corticoides que mejoraron la presentación de crisis convulsivas.(2-6-11-17-18). La cefalea es otro síntoma de difícil manejo y aún es controversial el tipo de terapia analgésica que se debe utilizar. Sin embargo el desarrollo intelectual es adecuado para estos pacientes. Alteración en la masticación se evidencia por exámenes de imagen. Por todos

los signos y síntomas, se recomienda un manejo oportuno y con un equipo multidisciplinario, compuesto por dermatólogo-ORL-sicólogo-neurólogo-cirujano plástico.(11-18).El tratamiento está encaminado a mejorar la sintomatología, en varios casos es imperante la cirugía plástica, para disminuir el impacto psicológico y la morbilidad.(8-11-18-21).

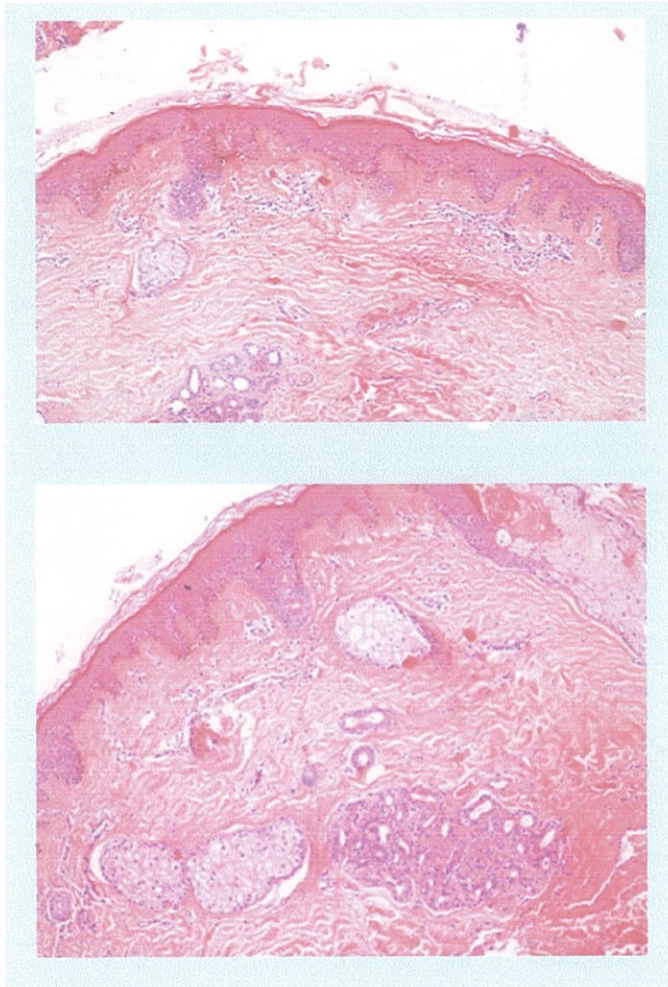
CASO CLINICO:

Se trata de una paciente, femenina, de 27 años. Con antecedentes personales de epilepsia de difícil control desde hace 10 años; ha recibido hasta 4 fármacos anticonvulsivantes, que no logran control de las crisis. Hipoacusia derecha desde hace 2 años. Infección por toxoplasma y citomegalovirus, diagnosticado y tratado con antivirales, hace 6 meses. Acude por presentar lesión atrófica progresiva, en hemicara derecha, de 10 años de evolución. En la exploración física se evidencia atrofia marcada en hemicara derecha, signo de coup de sabre presente en región frontal, desviación de la comisura labial, lateralización de tabique nasal, enoftalmia del lado afectado. Los exámenes de imagen: TAC de cráneo evidenció marcada atrofia en lóbulo frontal derecho. Rx de cráneo no reportó lesión ósea.



HISTOPATOLOGICO

El examen microscópico revela hiperplasia de las redes epidérmicas e hiperpigmentación basal. La dermis muestra atrofia con zonas de esclerosis y escaso infiltrado linfocitario y vasos ectásicos.



DISCUSION:

El síndrome de Parry Romberg es un raro desorden, de etiología no conocida, que se presenta especialmente en jóvenes. Afecta principalmente piel, tejido celular subcutáneo y huesos. La asociación con traumas, procesos virales, herencia y una base autoinmune está todavía siendo estudiada, sin embargo la hipótesis de la alteración en el metabolismo de los lípidos está siendo fuertemente sustentada.(2-6-20). La característica clínica es la hemiatrofia facial progresiva. Una condición especial es la presencia de epilepsia de difícil control, que solo revierte con la combinación de anticonvulsivantes y corticoides. Pese a la predilección por sistema nervioso, se ha visto que los pacientes que padecen este síndrome tienen un coeficiente intelectual preservado.(8-22). La progresión de la enfermedad provoca daños no solo en piel, sino también en otros órganos, como ojo, donde puede aparecer enoftalmia, alteraciones de la agudeza visual y en muy raras ocasiones queratoconos. El oído también sufre alteraciones para la audición, pudiendo progresar a la sordera. La morbilidad en gran medida se ve incrementada por el deterioro físico que el paciente va observando en el transcurso de su vida, a esto se suma la epilepsia; por esto se recomienda que el manejo de la enfermedad debe siempre ser multidisciplinario.(2-4-5-10). Las propuestas de tratamiento están basadas en la utilización de corticoides sistémicos, anticonvulsivantes y con el advenimiento de la cirugía estética la lipoinyección de los sitios afectados, mismos que mejoran mucho la calidad y el autoestima del paciente.(11-18)

CONCLUSIONES:

En nuestra paciente el manejo interactivo ha mejorado notablemente la condición de vida, hasta el momento se ha realizado implantes de tejido celular a través del servicio de cirugía plástica, que han disminuido la atrofia.

La epilepsia se controlò al utilizar corticoides orales más anticonvulsivantes, ahora utiliza un solo anticonvulsivantes.

Siempre que tengamos la asociación entre esclerodermia y epilepsia considerar la utilización de corticoides. Además solicitar exámenes de imagen para corroborar la extensión de la afectación, el estudio oftalmológico y otorrinolaringológico es indispensable para valorar el grado de afectación.

BIBLIOGRAFIA:

1. Revista de Dermatología Peruana. 2006 Mayo-Agosto vol 16 n2. 151-154. Síndrome de Parry Romberg. Galarza Carlos. GutierrezEricson. Ramos Willy.
2. Bellusci C, Liguori R, Pazzaglia A, Badiali L, Schiovi C, Campos E. Bilateral Parry-Romberg syndrome associated with retinal vasculitis. *Eur J Ophthalmol* 2003;13(9-10):803-6.
3. Revista Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. 2005 Enero. Síndrome de Parry Romberg. Visión de su tratamiento. María Elena González Espíndola. Yulenia Cruz Rivas. Brismayda García González.
4. Revista de Neurología Peruana. Notas. 2003 Octubre v 37. 941-945. Síndrome de Parry Romberg asociado a epilepsia refractaria, atrofia de la duramadre y leucoencefalopatía quística cerebral. M.A.Castañeda Reyna. C.GalarzaMayanri.
5. Actas Pediátricas Españolas. 2011. Hemiatrofia facial progresiva. Síndrome de Parry Romberg. L.Barchino Ortiz. V.M.LeisDosil. R.Cabeza Martínez.
6. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2012. Enero-Abril v8 n1. 23-28. Reconstrucción facial en paciente con síndrome de Parry Romberg: reporte de un caso. Javier Vides Lemus. Daniel Ramos Navarrete. Lidia Tamayo Espinosa.
7. Gaceta Médica de México. 2001 Enero-Febrero. V 137 n1. Síndrome de Parry Romberg con glaucoma y embarazo. Primer caso en la literatura. Enrique López Leiva. Ernesto Dueñas Arias. Arturo Juárez Azplicueta.
8. *Practical Neurology*. 2006;6:185-188. El síndrome de Parry Romberg. Jonh Stone.
9. HappleR,Assim. The lines of Blaschko on the head and neck. *J. Ann Acad Dermatol* 2001;44:612-615.
10. Orozco Covarrubias. L, Guzmán Meza. A, Riduara Sanz. Escleroderma "en coup de sabre" and progressive facial hemiatrophy. *Eur Acad Dermatol Venereo*. 2002;16:361-366.
11. Stone J, Parry Romberg Syndrome a global survey of 205 patients using the internet. *Neurology*. 2003;61:674-676.
12. Hildebrand T. Neal M. The Romberg's Connection. Available. February. 2006.
13. Inigo F. Jimenez Murat Y. Arroyo O. Restoration of facial contour in Romberg's disease and hemifacial microsomia, experience with 118 cases. 2000;20:167-172.
14. Katz KA. Frontal linear scleroderma (en coup de sabre). *Dermatology online*. January 2003;9:10.
15. Moko SB. Mistry Y. Blandin de Chalaín TM. Parry Romberg syndrome intracranial MRI appearances. *Cranio maxillofacial Surgery*. 2003;31:321-324.
16. Revista de Dermatología Argentina. 2012. Marzo-Abril. vol 18 n 2. Esclerodermia lineal progresiva. Síndrome de Parry Romberg. Tratamiento en un niño pequeño. Paula Carolina Luna. Javier Solé. Hernán Amartino.
17. Marini, M.; Carmona, L.; Escalada, R.: Hemiatrofia facial progresiva. *Rev Argent Dermatol* 1991; 72: 90-93.
18. Wang, X.C.; Qiao, Q.; Lui, Z.F.; Feng, R.; Zhang, H.L.; Yan, Y.J.; Wang, Y. et al: Microsurgical tissue transfer for the reconstruction of hemifacial atrophy (Parry-Romberg syndrome). *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi* 2006; 22: 433-435.
19. Asai, S.; Kamei, Y.; Nishibori, K.; Katoh, T.; Torii, S.: Reconstruction of Romberg disease defects by omental flap. *Ann Plast Surg* 2006; 57: 154-158.

20. Yano, H.; Tanaka, K.; Murakami, R.; Kaji, S.; Hirano, A.: Microsurgical dermal-fat retransfer for progressive hemifacialatrophy. *JReconstrMicrosurg* 2005; 21: 15-19.
21. Tollefson, M.M.; Witman, P.M.: En Coup de sabre morpheaand Parry-Romberg syndrome: a retrospective review of 54 patients. *J Am AcadDermatol* 2007; 56: 257-263.
22. Germán, C.; Dahbar, M.; Allevato, M.A.; Bertotti, A.; GonzálezRescigno, G.; Cabrera, H.: Hemiatrofia facial progresiva(síndrome de Parry-Romberg). *ActTerapDermatol* 2002; 25:330-333.
23. Hassan, M.; Nudenberg, B. y cols.: Consenso sobreEsclerodermia. Sociedad Argentina de Dermatología. 2006.



SOCIEDAD ECUATORIANA
DE DERMATOLOGÍA



DERMATOLOGÍA
INTERACTIVA

XIII CONGRESO ECUATORIANO DE
DERMATOLOGÍA

AGOSTO 7 AL 9 2009
Hotel Hilton Colón
GUAYAQUIL - ECUADOR

PRESENTACIÓN DE CASOS

VIERNES, 7 DE AGOSTO

08:30 - 10:15 PRESENTACIÓN DE CASOS

- 08:30 Enfermedad de Paget del pezón y areola mamaria. **Liliana García**
- 08:34 Dermatofibrosarcoma protuberans. **Rosita Mateus**
- 08:38 Dermatitis purpúrica pigmentaria progresiva. **Mayra Andrade**
- 08:42 Elastosis perforante serpiginosa. **Magaly Núñez**
- 08:46 Epidermodisplasia verruciforme: varios casos. **Belén Pazmiño**
- 08:50 Eritema elevatum diutinum. **Carla Rosero**
- 08:54 Fenómeno isotrópico de Wolf. **Karina Orellana**
- 08:58 Folliculitis eosinofílica: varios casos. **Lourdes Tacuri**
- 09:02 Granuloma por *Micobacterium marinum*. **Enrique Salgado**
- 09:06 Hibernoma y solución quirúrgica. **Víctor Hugo Pinos**
- 09:10 Larva currens. **Doris Jiménez Rosero**
- 09:14 Lupus eritematoso subagudo ampollar: varios casos. **Cecibel Mendoza**
- 09:18 Poroqueratosis actínica superficial. **Viviana Herrera**
- 09:22 Insensibilidad congénita al dolor: diagnóstico de un complejo trastorno. **María Fernanda Carvajal**
- 09:26 Colgajo nasogeniano: técnica quirúrgica. **María Fernanda Carvajal**
- 09:30 Dermatitis herpetiforme localizada. **Genny Suntaxy**
- 09:34 Dermatitis liquenoide de origen infeccioso. **María Mercedes Rosero**
- 09:38 Escrofuloderma presentación de un caso. **María Elena Arévalo**
- 09:42 Hidradenoma nodular. **Analía Pasquel**
- 09:46 Nuevo epidérmico generalizado tratado con radiocirugía. **Gladis Zambrano**
- 09:50 Poroqueratosis de mibelli tratamiento con radiocirugía. **Vladimir Preciado**
- 09:54 Quiste mucoso tratado con radiocirugía. **Silvania Naranjo**
- 09:58 Colgajo digital para reconstrucción de región retroauricular. **Analía Pasquel**
- 10:02 Calcifilaxia. **Nelly Machaso**
- 10:06 Efectos a largo plazo de las terapias ultravioleta. **Gilda Zurita**
- 10:10 Siliconoma. **Carla Rosero, Patricio Freire, Franklin Cabrera**

15:20 - 16:30 COMUNICACIONES LIBRES

- 15:20 Acné agminata. **Lourdes Tacuri**
- 15:27 Cromomicosis. **Miriam Ortega**
- 15:34 Granuloma anular: presentaciones inusuales. **Verónica Ortega**
- 15:41 Carcinoma basocelular de hélix: 2 casos. **Vladimir Preciado**
- 15:48 Colgajo de mustarde para reconstrucción de defectos en mejilla: 4 casos. **Genny Suntaxy**
- 15:55 Cuidado avanzado de heridas. **Annette Morán**
- 16:02 Fibromas ungueales, variantes clínicas, técnica quirúrgica. **María Eugenia Seminario**
- 16:09 Patología dermatológica de mano. **Ana María Navarro**
- 16:16 Poroma ecrino. **Mauricio Coello**
- 16:23 Quiste mixoide de dedo, variantes terapéuticas. **Analía Pasquel**

Isoface

Isotretinoína 20 - 10 / INTERPHARM

DOMINGO, 9 DE AGOSTO

SALÓN FERNANDINA

TARDE

11:10 - 13:30

CONFERENCIAS MAGISTRALES

Mesa Directiva: Adolfo Molina (Guayaquil), Betty Garzón (Quito), Edgar Reinoso (Cuenca)

- 11:10 - 11:30 *Avances en el diagnóstico de melanoma maligno
Dr. Saul Suster (USA)*
- 11:30 - 11:50 *Hiperhidrosis: diagnóstico, valoración y tratamiento
Dr. Juan Ambrossi (Ecuador)*
- 11:50 - 12:10 *Nuevos patrones clínicos e histológicos de la histoplasmosis en pacientes VIH
Dr. José María Ollague (Ecuador)*
- 12:10 - 12:30 *Casos inolvidables de un dermatólogo clínico
Dr. Carlos F. Gatti (Argentina)*
- 12:30 - 12:50 *Complicaciones en cirugía dermatológica estética
Dr. Jorge Ocampo (México)*
- 12:50 - 13:10 *Alopecia areata: qué hay de nuevo en etiopatogenia y tratamiento ?
Dr. Fernando Magill (Perú)*
- 13:10 - 13:30 *Avances en linfomas de piel
Dr. Saul Suster (USA)*

13:30 - 15:30

CEREMONIA DE CLAUSURA

Sponsor: Sociedad Ecuatoriana de Reumatología

Lugar: HILTON COLON

15:30 - 17:00

TALLER: Nitrógeno líquido

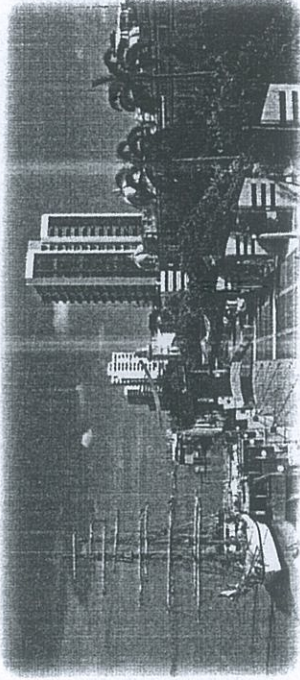
Dra. Cynthia Sanpedro

Salón Seymour

KOBIL EMS

Ginkgo biloba 80 mg
más antioxidantes...!!

XIII CONGRESO ECUATORIANO DE DERMATOLOGÍA



AGO 7 AL 9 2009
Hotel Hilton Colon
GUAYAQUIL-ECUADOR




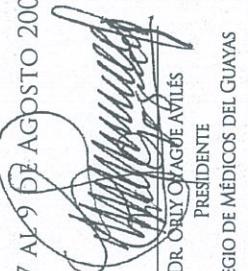
LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA CONFIERE EL PRESENTE DIPLOMA A:

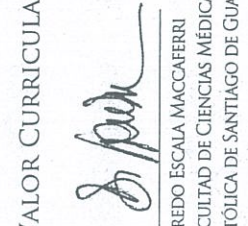
Dra. Nelly Pilar Machaso Benavides

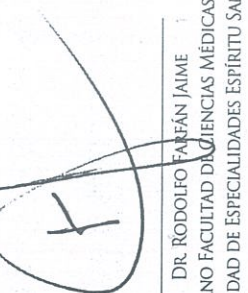
EN CALIDAD DE EXPOSITOR

DE DERMATOLÓGICA
CALCIFILAXIA


DR. ROSEMARÍA CEVALLOS TORRES
PRESIDENTE
SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA

GUAYAQUIL, 7 AL 9 DE AGOSTO 2009

DR. ORLY OJAGUE AVILÉS
PRESIDENTE
COLEGIO DE MÉDICOS DEL GUAYAS

VALOR CURRICULAR: 30 HORAS

DR. ALFREDO ESCALA MACCAFERRI
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL


DR. RODOLFO FARFÁN JAIME
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

PROGRAMA GENERAL

2.- FORO CONFERENCIAS (FC)

VIERNES 02

COD.	TEMA	EXPOSITORES	HORA
FC 1.	Linfomas:	Dr. G. Sánchez. (Perú).	9:00 - 9:10
	Reacciones medicamentosas: Del E.P.J al NET:	Dr. Florencio Cortez. (Perú)	9:10 - 9:20
	Dermatosis por apoptosis de queratinas:	Dra. Doris Fuentes Rivera - Reyes. (Perú)	9:20 - 9:30

SABADO 03

FC 2.	Envejecimiento Cutáneo:	Dr. Luis Moncayo (Quito Ecuador)	8:30 - 8:40
		Dr. Asterio Albines (Piura Perú)	8:40 - 8:50
		Dra. Johanna Trujillo. (Guayaquil Ecuador)	8:50 - 9:00
FC 3.	Calentamiento Global y Piel: Preguntas:	Dr. Ciro Rodriguez Aliaga (Lima Perú)	9:00 - 9:10
			9:10 - 9:20

3.- SESION INTERACTIVA (SI)

VIERNES 02

COD.	TEMA	EXPOSITORES	HORA
SI 1.	Cómo trata UD.: 1.- Melasma 2.- Vitiligo	Dra. Jenny Valverde (Perú) Dra. Dra. Raquel Paez (Ecuador). Dra. Lucía Canales (Perú) Dr. Eduardo Garzón (Ecuador) Dra. Alicia Pereira (Ecuador)	9:30 - 10:30
SI 2.	Cómo trata UD.: 1.- Acné . 2.- Hiperhidrosis	Dra. María Elena Gordillo (G. Ecuador) Dr. Cherman Zapata (Filial Norte Perú). Dra. Lucía Bobbio (Lima Perú) Dra. Eva Tejada (Lima Perú) Dr. Juan J. Dr. Santiago Palacios (Quito Ecuador) Ambrosi (Cuenca Ecuador)	11:30 - 12:30

Derma Purifyer
Exfoliante - Crema Gel
Gel Limpiador
Tónico Limpiador



ORGANIZA: Sociedad Ecuatoriana de Dermatología Nucleo del Azuay

AVAL: Sociedad Ecuatoriana de Dermatología

Sociedad Peruana de Dermatología

LOCAL: Centro de Convenciones Mall del Río

FECHA: Viernes 02 y Sábado 03 de Abril de 2010



Sociedad Ecuatoriana de
Dermatología



SOCIEDAD
PERUANA DE
DERMATOLOGIA

16:30 - 17:20 5. MESA REDONDA: Espectativas y Limitaciones de los Biológicos

Moderador: Dr. Claudio Galarza (Cuenca Ecuador)

Dr. Patricio Freire (Quito Ecuador)

Dra. María Cecilia Briones (Guayaquil Ecuador)

Dr. Galdwin Sánchez (Perú)

Dra. Celia Moisés Alfaro (Perú)

17:20 - 17:30 RECESO

18:00 - 18:30 8.

CONFERENCIA SATELITE

LABORATORIO RECALCINE

BIOPIEL: Innovación biotecnológica al servicio de la Ciencia

Dr. Miguel Tenorio C.

21:00 - 00:30

PEÑA ARTISTICA (ROEMERS)

Centro de Convenciones del Río

SABADO 03

8:00 - 8:30

1. CASOS CLINICOS: c/u 4'

Coordinador: Dra. Patricia Bermeo

8:00 - 8:04

Dra. Liliana García: *Mastocitosis Cutánea (Quito Ecuador)*

8:04 - 8:08

8:08 - 8:12

Dra. Verónica Vilcahuamán Rivera (Perú)

8:12 - 8:16

Dra. Dora Vicuña Ríos (Perú)

8:16 - 8:20

Dr. F. Diaz R.: *Escleredema. Hosp. T. Maldonado. C Guayaquil*

8:20 - 8:24

Dr. C. Huacho Ch.: *Hansen Lepromatoso. Hosp. T. Maldonado. C Guayaquil*

8:25 - 8:30

DISCUSION

8:30 - 9:30

2. FORO CONFERENCIA: 10' Exposición c/u

Moderador: Dr. Oswaldo Muñoz

8:30 - 8:40

Envejecimiento Cutáneo:

8:40 - 8:50

Dr. Luis Moncayo (Quito Ecuador)

8:50 - 9:00

Dr. Asterio Albines (Piura Perú)

9:00 - 9:10

Dra. Johanna Trujillo (Guayaquil Ecuador)

9:10 - 9:20

Calentamiento Global y Piel

Dr. Ciro Rodríguez Aliaga (Lima Perú)

9:20 - 9:25

PREGUNTAS:

9:30 - 10:30

6. CONFERENCIAS: 10' c/u

Coordinador Dr. José Verdezoto

9:30 - 9:40

Dr. Manuel Palomino: *Intrusismo en la especialidad (Perú)*

9:40 - 9:50

9:50 - 10:00

Penfigo Endémico y No endémico:

Dr. Carlos Galarza Manyari (Perú)

10:00 - 10:10

Dra. Celia Moisés Alfaro: *HTLV1 en el Perú:*

Dermatitis infecciosa y linfomas. Dra. Celia Moisés Alfaro (Perú)

10:10 - 10:20

Dermatosis por apoptosis de queratinas:

Dra. Doris Fuentes Rivera – Reyes (Perú)

10:20 - 10:30

Más allá de la imagen.

Dr. Claudio Arias (Cuenca Ecuador)

10:30 - 11:30

7. SIMPOSIO MICOSIS:

Cordinador: Dr. Plinio Padilla

Micosis Profundas

Dr. Plinio Padilla (Cuenca Ecuador)

Que hay de nuevo en terapia antimicótica

Dra. Ana María Kellendonk (Quito Ecuador)

Onicomycosis en niños

Dra. Emma Escalante (Lima Perú)

Infecciones micóticas subcutáneas

Dr. Leonardo Sánchez S. (Lima Perú)

11:30 - 12:30

4. TEMAS LIBRES: 8 Temas Libres de 7 c/u.

Coordinador: Dr. Iván Zéas

11:30 - 11:37

Prurito crónico: como enfocarlo en DX y tratamiento:

Dr. Alvaro Velásquez Acosta (Perú)

11:37 - 11:44

ITS: LUES – Condiloma:

Dra. María Jesús Molina / Dr. Luis E. La Rosa Linares (Perú)

11:44 - 11:51

Infecciones Reemergentes- Dengue:

Dr. Florencio Cortez Franco (Perú)

11:51 - 11:58

Amebiasis de Vida Libre:

Dr. Carlos Galarza Manyari (Perú)

11:58 - 12:05

ITS: Herpes – Sífilis Una visión al futuro:

Dr. Leonardo Sánchez Saldaña (Perú)

12:05 - 12:12

Infección por micobacteria: M. Tuberculosa:

Dra. Hilda Ríos Varillas (Perú)

12:12 - 12:19

Síndrome de Parry Romberg:

Dra. Neily Machado (Quito Ecuador)

12:19 - 12:26

Corticoides tópicos: uso racional en niños

Dra. Celia Moisés (Perú)

12:26 - 12:33

Escleredema Reporte de 2 casos

Dra. Alejandra Villamarín O. (Quito Ecuador)

12:40 - 13:30

8. SIMPOSIO SATELITE (LABORATORIO GALDERMA)

BIOPIEL:

4:00 - 14:30

SESION DE CLAUSURA:

4:30

ALMUERZO DE CLAUSURA Y ACTO SOCIAL (LABORATORIOS GALDERMA)

PROGRAMA GENERAL

4.- TEMAS LIBRES

(TL)

VIERNES 02

OD.	NOMBRE / TEMA	HORA
L1.	Dr. Italo Vega: Eficacia Funcional y Estética de los Colgajos cutaneos en carcinoma Basocelular. (Perú)	11:00 - 11:07
L2.	Dr. Juan Francisco Barzallo: Fotodinamia-Conceptos actuales y experiencia personal. (Ecuador)	11:07 - 11:14
L3.	Drs. L. García., P. Freire., F. Cabrera., J. Romero.: Síndrome de DRESS. IESS. Quito.	11:14 - 11:21
L4.	Dra. Gabriela Muñoz V. El Cáncer de Piel: Problema de Atención Primaria. Residente CEPI (Quito Ecuador)	11:21 - 11:28

SABADO 03

L5.	Prurito crónico: como enfocarlo en DX y tratamiento: Dr. Alvaro Velásquez Acosta (Perú)	11:30 - 11:37
L6.	ITS: LUES – Condiloma: Dra. María Jesús Molina / Dr. Luis E. La Rosa Linares (Perú)	11:37 - 11:44
L7.	Infecciones Reemergentes- Dengue : Dr. Florencio Cortez Franco. (Perú)	11:44 - 11:51
L8.	Amebiasis de Vida Libre: Dr. Carlos Galarza Manyari. (Perú)	11:51 - 11:58
L9.	ITS: Herpes – Sífilis Una visión al futuro: Dr. Leonardo Sánchez Saldaña. (Perú)	11:58 – 12:05
L10.	Infección por micobacteria: M. Tuberculosa: Dra. Hilda Ríos Varillas. (Perú)	12:05 – 12:12
L11.	Síndrome de Parry Romberg. Dra. Nelly Machado. (Quito Ecuador)	12:12 – 12:19
L12.	Corticoides tópicos: uso racional en niños Dra. Celia Moisés (Perú)	12:19 – 12:26
L13.	Dra. Alejandra Villamarín O. Escleredema Reporte de 2 casos. (Quito Ecuador)	12:26 – 12:33
L14.		12:33 – 12:40

5.- MESA REDONDA

(MR)

VIERNES 02

OD.	TEMA	PARTICIPANTES	HORA
MR1.	Espectativas y Limitaciones de los Biológicos	Moderador: Dr. Claudio Galarza (Cuenca Ecuador) Dr. Patricio Freire (Quito Ecuador) Dra. María Cecilia Briones (Guayaquil Ecuador) Dra. Celia Moisés Alfaro (Perú) Dr. Galdwin Sánchez (Perú)	16:30 - 17:20

Eucerin®

CIENCIA VISIBLE EN TU PIEL

**Rellena las arrugas desde
el interior sin inyecciones**

**Anti-
Edad**

Eucerin[®]

CIENCIA VISIBLE EN TU PIEL

Piel
Sensible

Cutis
Sensible

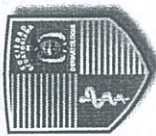
Piel Grasa
y/o con
Impurezas

Piel
Seca

Anti-Edad

Piel Sensible
al Sol

VII
Jornadas
Ecuatoriano-Peruanas
de Dermatología
Cuenca / Ecuador



Sociedad Ecuatoriana de
Dermatología

SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGIA NUCLEO DEL AZUAY

SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGIA FILIAL NORTE



SOCIEDAD
PERUANA DE
DERMATOLOGÍA

CONFIERE EL PRESENTE CERTIFICADO:

Dr. (a): Nelly Machado

De: Ecuador

Por haber asistido a las **VII JORNADAS ECUATORIANO-PERUANAS DE DERMATOLOGIA**, realizadas en el Centro de Convenciones Mall del Río de la ciudad de Cuenca - Ecuador los días 2 y 3 de Abril de 2010.

En calidad de: Expositor

Dr. Mauricio Coello Urigüen
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA
DE DERMATOLOGIA NUCLEO DEL AZUAY

Dr. Marçelo Merchán Manzano
SECRETARIO DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA
DE DERMATOLOGIA NUCLEO DEL AZUAY

Dr. Asterio Albines Bernal
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD PERUANA
DE DERMATOLOGIA FILIAL NORTE

BDF
Beiersdorf



CENTRO DE
CONVENCIONES
MALL DEL RÍO

▶ INSCRIPCIONES ◀

- ▶ En el Hilton Colón
- ▶ Dermatólogos Socios, Médicos Residentes de Dermatología:
Sin costo
- ▶ Médicos no socios: \$50

ORGANIZA:

SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA – NÚCLEO DEL GUAYAS



CONTACTENOS

Email: sociedadecuatorianadedermatologia@hotmail.com

▶▶▶ Los esperamos en RADLA GUAYAQUIL 2011 ◀◀◀
▶▶▶ www.radlaguayaquil2011.com ◀◀◀

JORNADAS DE DERMATOLOGÍA AÑO 2010 MODULO 1

"CONMEMORANDO LA INAUGURACIÓN DE LA SEDE DE LA SED
NÚCLEO DEL GUAYAS"

SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA NÚCLEO GUAYAS



HOTEL HILTON COLON
29 - 30 - 31 DE JULIO DE 2010



JUEVES 29 DE JULIO DEL 2010

HORARIO	ACTIVIDAD
20:00	INAUGURACIÓN DE LA SEDE DE LA SOCIEDAD DE DERMATOLOGÍA ECUATORIANA - NÚCLEO GUAYAS
	Palabras del Presidente Dr. José Ollague
	Palabras del profesor invitado Dr. Martin Sanguenza
20:30	Cocel Inaugural -Stiefel Bendición

Lugar: Ciudad Colón Ave. Jaime Roldos S/N - Edificio Empresarial 3, Piso 1, Oficina 103

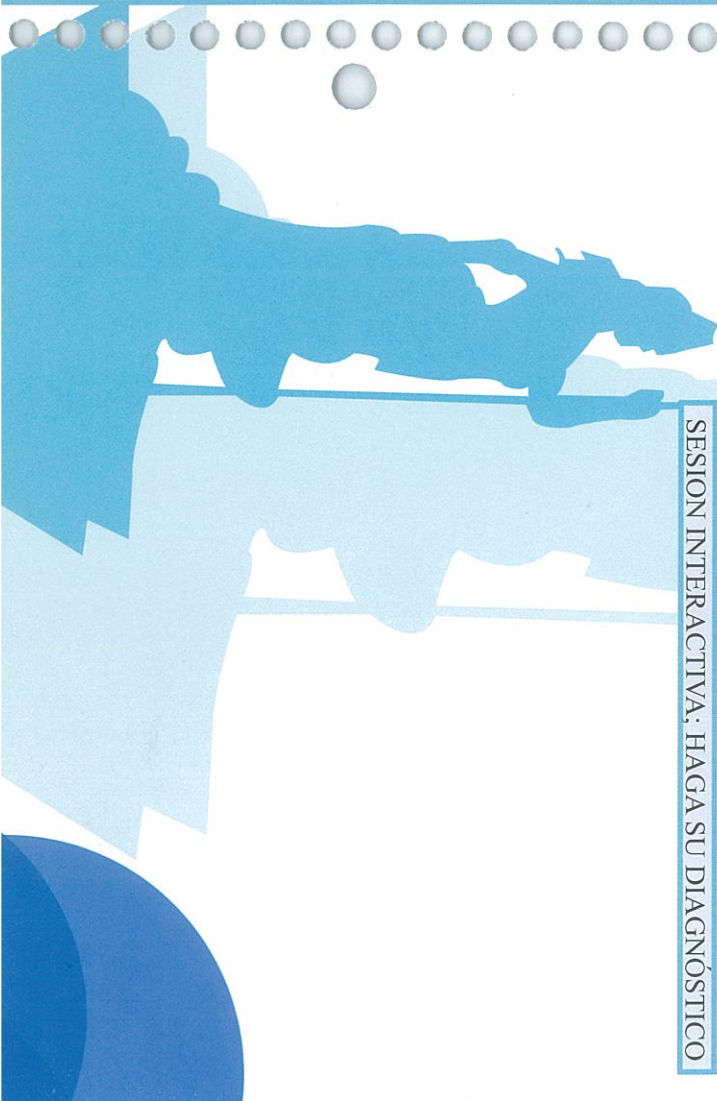
VIERNES 30 DE JULIO DE 2010 / SALÓN FERNANDINA IV - V

HORARIO	ACTIVIDAD
08:00 - 09:00	INSCRIPCIONES Hotel Hilton Colon
09:00 - 11:00	MINICASOS 5 min c/u (PICCHINCHA)
11:00 - 11:30	COFFEE BREAK - Stiefel
11:30 - 13:30	Casos para diagnóstico Coordinador: Dr. Patricio Freire
	Dr. Martin Sanhueza
	Dr. Calero
	Dr. Merchán
	Dr. Freire
	Dr. Ambrosi
	Dr. Garzón
	Dra. Soría
	Dra. Noblecilla
15:30-16:00	COFFEE BREAK - Stiefel
	Dr. Martin Sanhueza - Casos extremos en regiones ocultas de la topografía humana
16:00 - 17:00	CONFERENCIAS MAGISTRALES (3 de 20 min c/u)
	Dr. Luis Moncayo - Radiación UV y Ca no melanoma
	Dr. Martin Sanhueza - Epstein barr y piel
20:00	CENA (Cortesía Schering-Plough) Hotel Hilton Colon

SABADO 31 DE JULIO DEL 2010 - SALÓN ISABELLA III

09:00 - 11:00	MINICASOS 5 min c/u (Azúay)
11:00 - 11:30	COFFEE BREAK - Bago
11:30 - 13:30	MINICASOS 5 min c/u (Guayas)
13:30 - 14:30	COFFEE BREAK - Bioderma
14:30 - 15:10	CONFERENCIAS MAGISTRALES (2 de 20 min c/u)
	Dr. Santiago Palacios - Que casos nuevos hay en dermatología
	Dr. Martin Sanhueza - Nuevas entidades en Melanoma
15:10 - 17:00	SESIÓN INTERACTIVA: HAGA SU DIAGNÓSTICO.
	Coordinador: Dr. Ollague
17:30	PARRILLADA DE CLAUSURA (Cortesía Lab. Deutsche Pharma)

MINICASOS
CASOS PARA DIAGNÓSTICO
MESA REDONDA: COMO TRATARÍA USTED
5 CONFERENCIAS: MAGISTRALES
SESION INTERACTIVA: HAGA SU DIAGNÓSTICO



SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA

CONFIERE EL PRESENTE DIPLOMA A:

DRA. NELLY MACHADO.

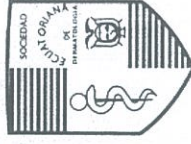
EN CALIDAD DE:

EXPOSITOR

A LAS JORNADAS DE DERMATOLOGÍA MODULO 1

GUAYAQUIL, 29 - 30 - 31 DE JULIO DEL 2010

VALOR CURRICULAR: 14 HORAS



DR. JOSÉ MARIA OLLAGUE TORRES
PRESIDENTE
SOCIEDAD ECUATORIANA
DE DERMATOLOGÍA NÚCLEO DEL
GUAYAS

DR. PATRICIO FREIRE MURGUETTIO
PRESIDENTE NACIONAL
SOCIEDAD ECUATORIANA DE
DERMATOLOGÍA

DR. ENRIQUE URAGA PAZMIÑO
VICEPRESIDENTE
SOCIEDAD ECUATORIANA
DE DERMATOLOGÍA NÚCLEO DEL
GUAYAS



VIERNES 30 DE JULIO DE 2010	
HORARIO	ACTIVIDAD
08:00 - 09:00	INSCRIPCIONES
09:00 - 11:00	<p>MINICASOS DE PICHINCHA</p> <p>18 Minicasos de 5 min c/u (Pichincha) (discusión de 10 min cada 4)</p>
	<p>EXPOSITOR</p> <p>COORDINADOR MESA</p>
	<p>1. Fibroepitelioma De Pinkus En Rodilla. Dra. Liliana García Yépez, Dr. Patricio Freire. 2. Pénfigo Familiar Con Presentación Inicial Atípica. Dra. Liliana García Yépez, Dr. Freire. 3. Lupus V/S Pénfigo Seborreico, Dra. Nelly Machado. Dra. García, Dr. Freire. 4. Sebaceoma. Dra. Miriam Ortega, Dra. Liliana García Yépez, Dr. Freire. 5. Pustulosis subcórnea de Sneddon Wilkinson. Dra. Alenjandra Villamarin, Dra. García. 6. Linfoma B - Dr. Rolando Espinoza – Dr. Jorge Monardes 7. Purpura de Schamberg diseminada. Manuel Encalada 8. Tricoepiteliomas familiares. Manuel Encalada 9. Queratodermia palmo-plantar asociada a craneosinostosis. Viviana Herrera 10. Telangiectasia nevoide unilateral. Magally Núñez 11. Eccema psoriasis overlap. Magaly Núñez 12. Linfoma angiocéntrico de células T de la infancia. Karina Orellana 13. Lepra histiocitaria. Cecibel Mendoza 14. Mastocitoma solitario. Lourdes Tacuri 15. Amiloidosis sistémica. Natali Cóndor</p> <p>Dr. Galo Montenegro - Dr. Iván Zeas – Dr. Luis Moncayo</p>
11:00 - 11:30	COFFEE BREAK (Stiefel)
11:30 - 13:30	<p>CASOS PARA DIAGNOSTICO (casos con Diagnóstico conocido o a determinar) Coordinador: Dr. Patricio Freire</p>
	<p>1.- Tumor Angiomatoso? Mejilla De Recién Nacido Con Histología De Tejido De Mucosa Respiratoria Baja, Hamartoma 2.- Pigmentación Intensísima En Áreas Fotoexpuestas, Cenicienta A Lo Bestia 3.- Paniculitis De Weber Cristian? 4.- Erupción Vesicular Puntiforme Con Histología De Penfigoide 5.- Paciente Que Estuvo En Área Tropical Placa Eritematosa Infiltrada, Parece Una Tb Pero Son Células Gigantes Incompletas Abundantes. 6. Dra. Sayonara Zuputt 7. Dra. Sayonara Zuputt 8. Dra. Gladys Noblecilla 9. Dra. Annette Moran (Dr. Uruga) 10. Dr. Eduardo Garzón 11. Dr. Zuñiga 12. Enigma: Dr. José Ollague</p> <p>AZUAY - PICHINCHA - GYA - LOJA - MACHALA - MANABI (10 min por caso, 13 casos)</p>
13:30 - 14:30	LUNCH (Stiefel)
14:30 - 16:30	<p>MESA REDONDA: COMO TRATARIA USTED. Coordinador: Dr. Juan José Ambrosi</p> <p>Dr. Martín Sanhueza Dr. Calero Dr. Merchán Dr. Freire Dr. Ambrosi Dra. Noblecilla Dra. Soria</p>
16:30 - 17:30	<p>CONFERENCIAS MAGISTRALES (3 de 20 min c/u) Coordinador Dr. Enrique Loayza</p> <p>Dr. Martín Sanguenza : Casos extremos en regiones ocultas de la topografía humana S. Palacios: Que hay de nuevo en dermatología Dr. Martín Sanguenza : Epstein barr y piel</p>
18:00 hrs	CENA (Cortesía Shering-Plough)

CC: FAVRE RACOUCHOT
DRA. PAOLA MORA

CC: SARCOMA DE KAPOSI
DR. FERNELIS DIAZ.

COMUNICACIONES LIBRES

SÁBADO 16
8:30-9:00

PEDIATRÍA

HEMANGIOMATOSIS NEONATAL DIFUSA.

DR. JORGE MONARDES MUÑOZ, DRA. LILIANA GARCÍA YÉPEZ, DR. FRANKLIN MADERO

TIÑA NEGRA PALMAR.

DR. JORGE MONARDES MUÑOZ, DRA. LILIANA GARCÍA YÉPEZ, DR. FRANKLIN MADERO

MASTOSITOMA SOLITARIO.

DRA. LILIANA GARCÍA YÉPEZ, DR. JORGE MONARDES MUÑOZ, DR. PATRICIO FREIRE

COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA

DRA. STEPHANIE ARREGUI, DR. FRANKLIN CABRERA

MINICASOS 3

SÁBADO 16
12:50-13:30

LEISHMANIASIS

DRA. MIRIAN ORTEGA

LINFOMA ANGIOCÉNTRICO

DRA. PAOLA GUEVARA

ERITROMELALGIA

DRA. VANESSA QUEZADA

FIBROXANTOMA ATÍPICO

DRA. CECIBEL MENDOZA

CUTIS TRUNCI VARIATA

DRA. KARINA ORELLANA

MELANOMA METASTÁSICO.

DRA. NELLY MACHADO, DR. PATRÍCIO FREIRE

RASH CUTÁNEO

DRA. ANALIA PASQUEL

CC: LIQUEN PLANUS LIKE KERATOSIS

DR. ROLANDO ESPINOZA

CC: VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSICA

DR. CESAR HUACHO

MINICASOS Y COMUNICACIONES LIBRES

MINICASOS 1

VIERNES 15

11:25-12:00

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE CBC LABIO SUPERIOR: COLGAJO LOBULADO
DRA. MIRIAN ORTEGA

CARCINOMA BASOCELULAR EN REGIÓN PALPEBRAL INFERIOR: RESOLUCIÓN MIXTA
DRA. MAIRA ANDRADE

HIBERNOMA DIAGNÓSTICO Y SOLUCIÓN QUIRÚRGICA
DRA. CECIBEL MENDOZA

NEVO MELANOCÍTICO PILOSO GRANDE EN REGIÓN FRONTAL. RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA
DRA. BELEN PAZMIÑO

POROMA ECRINO CON PRESENTACIÓN INUSUAL
DRA. LILIANA GARCÍA, DR. PATRICIO FREIRE

MINICASOS COLGAJOS.
DRA. LILIANA GARCÍA, DR. FRANKLIN CABRERA

TUMOR GIGANTE EN REGIÓN ESTERNAL
DR. JUAN PABLO VIRE

NÓDULO EN REGIÓN PRESTERNAL
DRA. JOHANA PONTÓN

CC: PILOMATRIXOMA
DR. JOSÉ ENRIQUE OLLAGUE.

MINICASOS 2

VIERNES 15

16:00-16:30

LIQUEN ESCLEROATRÓFICO EXTRAGENITAL
DRA. KARINA ORELLANA

LESIONES ULCEROSAS EN PACIENTE VIH +
DRA. FLERIDA LLERENA, DR. AQUILES LOPEZ, ANA LUCIA LOPEZ

HIPERPIGMENTACION DE MIEMBROS INFERIORES
DRA. FLERIDA LLERENA, DR. AQUILES LOPEZ, ANA LUCIA LOPEZ

SWEET EN ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA
DRA. ALEJANDRA VILLAMARÍN. DR. JOSÉ ROMERO

PILOLEIOMIOMAS MÚLTIPLES
DRA. ALEJANDRA VILLAMARÍN, DR. PATRICIO FREIRE

ULCERA EN PIERNA
DRA. KARLA CAMPOZANO

PÁPULAS PIGMENTADAS EN PABELLÓN AURICULAR
DRA. MARÍA EUGENIA SEMINARIO



SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGIA

Confiere el presente *diploma a*

DRA. NELLY MACHADO

por su participación en calidad de

EXPOSITOR - MINICASO

en el **Curso de Actualización** realizado en la ciudad de Quito - Ecuador
1 y 2 de Octubre de 2010


Dr. Patricio Freire
Presidente SED


Dra. Mercedes Aguilar
Vicepresidenta SED


Dr. José Ollague T.
Presidente SED- Guayas


Dra. Patricia Bermeo
Presidenta SED- Cuenca


Dra. Ana María Kellendon
Secretaria SED

VIERNES 15 DE OCTUBRE

8:30-8:50	INSCRIPCIONES
8:50-9:10	COLGAJOS Y SUTURAS ESPECIALES Dr. Juan Francisco Barzallo
9:10-9:30	CIRUGÍA DE MOHS, CÓMO REALIZARLA, VENTAJAS Dra. Anahí Pontón
9:30-9:50	CIERRE DIFERIDO UNA ALTERNATIVA NOVEDOSA Dr. Franklin Cabrera
9:50-10:10	COFFEE BREAK CORTESÍA LABORATORIO BAYER
10:10-10:55	MESA REDONDA. ISOTRETINOINA EFECTOS SECUNDARIOS ¿CON QUÉ FRECUENCIA LOS VEMOS? MODERADOR: Dr. Luis Moncayo Dr. Cristian Burbano, Dr. Enrique Úruga, Dr. Patricio Freire
10:55-11:25	SESIÓN INTERACTIVA CORTESÍA LABORATORIO GSK ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? Dr. Antonio Rondón (Venezuela)
11:25-12:00	MINICASOS 1
12:00-12:20	CONCEPTOS BÁSICOS EN FOTOPROTECCIÓN Y FOTOEDUCACIÓN Dr. Antonio Rondón (Venezuela)
12:20-12:40	MELANOMA CLASIFICACIÓN ACTUAL Y MANEJO ADECUADO Dr. Patricio Freire

12:40-14:30 ALMUERZO CORTESÍA LABORATORIO MSD

14:30-14:50	ALOPECIA SU MANEJO RACIONAL Y ÉTICO Dr. Eduardo Garzón
14:50-15:10	LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T ¿QUÉ HAY DE NUEVO? Dr. Franklin Cabrera
15:10-15:30	ACNÉ. MANEJO RACIONAL Dr. Luis Moncayo
15:30-16:00	MESA REDONDA . CLOASMA MANEJO ADECUADO MODERADOR: Dr. Gonzalo Calero Dra. Raquel Pérez, Dr. Xavier Encalada, Dr. Galo Montenegro, Dra. Ana María Kellendonk
16:00-16:30	MINICASOS 2
16:30-16:50	COFFEE BREAK CORTESÍA LABORATORIO BDF
16:50-17:10	SOLUCIONANDO PROBLEMAS UNGUEALES Dr. Antonio Rondón (Venezuela)
17:10-17:30	NUESTRA EXPERIENCIA CON LÁSER Dr. Cristian Burbano, Dr. Eduardo Garzón, Dr. Juan Francisco Barzallo, Dra. Jenny Suintaxi
17:30-17:50	LIPOESCULTURA ULTRASONIDO O LÁSER, VENTAJAS Dr. Patricio Pérez
17:50-18:10	ERRORES Y HORRORES EN COSMIATRÍA Dr. Franklin Cabrera, Dr. Cristian Burbano, Dra. Jenny Suintaxi, Dra. Liliana García

20:00 MELODÍAS AL SOL
CORTESÍA LABORATORIO SIEGFRIED
Casa de la música, Calle Valderrama y Mariana de Jesús*

SÁBADO 16 DE OCTUBRE

SIMPOSIO DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

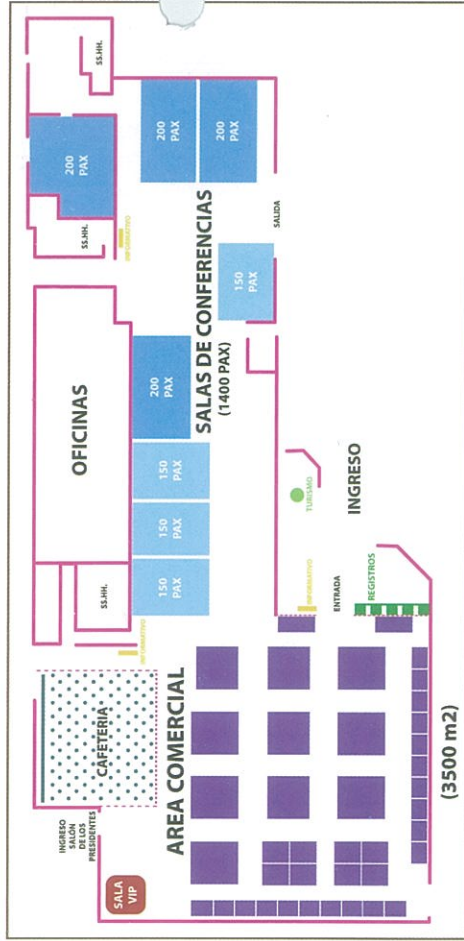
8:30-9:00	COMUNICACIONES LIBRES
9:00-9:20	ALOPECIAS FRECUENTES EN NIÑOS Dr. Antonio Rondón (Venezuela)
9:20-9:40	CASOS INUSUALES EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Dra. Alexandra Romero
9:40-10:10	SESIÓN INTERACTIVA CORTESÍA LABORATORIO GSK ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? Dr. Patricio Freire
10:10-10:30	COFFEE BREAK CORTESÍA LABORATORIO MSD
10:30-10:50	VITILIGO VISIÓN ACTUAL Dr. Enrique Úruga
10:50-11:10	LINFOMA ANGIOCÉNTRICO DE CÉLULAS T EN LA INFANCIA Dr. Eduardo Garzón
11:10-11:30	BIOLÓGICOS, USO PEDIÁTRICO Dr. Luis Zurita
11:30-12:00	SESIÓN INTERACTIVA CORTESÍA LABORATORIO GSK ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? Dr. José Ollague
12:00-12:20	DERMATOSCOPIA NO MELANOCÍTICA Dr. Enrique Úruga
12:20-12:50	MESA REDONDA . FOTOPROTECCIÓN MITO O NECESIDAD MODERADOR: Dr. Luis Moncayo Dr. Antonio Rondón, Dr. Patricio Freire, Dr. Eduardo Garzón
12:50-13:30	MINICASOS 3
13:30-16:00	PARRILLADA CLAUSURA LABORATORIO BIODERMA

SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGIA

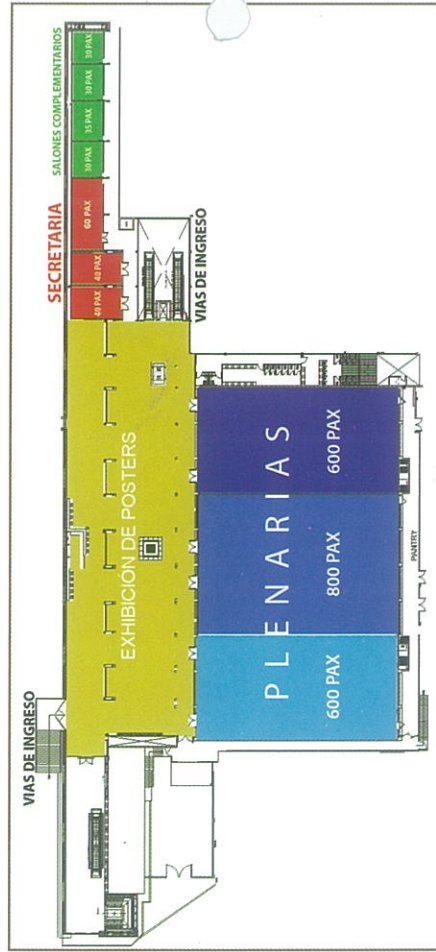


Centro de Convenciones de Guayaquil

Planta baja



Planta alta



RADLA GUAYAQUIL 2011

**XXIX REUNIÓN ANUAL DE
DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS**
DEL 1 AL 4 DE MAYO

Secretaría del Congreso



Centro de convenciones de Guayaquil, Piso 1, Oficina 2
(593 - 4) 2692823 2690622 2392983 • dmanzo@marketgate.com.ec
Reservas de alojamiento y turismo gftandazo@marketgate.com.ec

www.radlaguayaquil2011.com

Estimados colegas y amigos:

Nos es grato invitarlos a la **XXIX Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos (RADLA) 2011**, la cual se realizará del 1 al 4 de mayo de ese año en el moderno y funcional Centro de Convenciones de Guayaquil.

Guayaquil, conocida como la **"Perla del Pacífico"**, hoy convertida en un modelo de desarrollo urbano a nivel Latinoamericano, posee grandes atractivos turísticos, culturales y gran variedad gastronómica, toda acompañada de un agradable clima tropical y gente muy hospitalaria.

La ciudad cuenta con una excelente infraestructura hotelera de cadenas internacionales, ubicadas a pocos minutos del Centro de Convenciones y del Aeropuerto Internacional, calificado por el "Airports Council International" como el tercer mejor aeropuerto del mundo en su categoría, que además por su ubicación geográfica le permite facilitar mucho el desplazamiento en términos de tiempo y tarifas de vuelo.

El Centro de Convenciones de Guayaquil, con capacidad para 3.500 personas, está dotado de tecnología de punta, amplias zonas de exhibición y múltiples salones para desarrollar las actividades científicas y se encuentra en pleno funcionamiento para recibir a nuestros Hermanos Dermatólogos Latinoamericanos.

Esta reunión de enorme trascendencia científica contará con destacados profesores de dermatología de América y Europa, y será una verdadera fiesta interactiva de ciencia, confraternidad y camaradería. Contaremos con conferencias magistrales, mesas redondas, simposios, cursos y talleres; a la vez del atractivo programa social y cultural que nos permitirá estrechar los lazos de amistad y hermandad Latinoamericana.

¡Guayaquil los espera!



Dr. José Ma. Ollague Torres
Presidente del Comité Organizador
RADLA GUAYAQUIL 2011



XXIX REUNIÓN ANUAL DE
DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS
DEL 1 AL 4 DE MAYO

ACTIVIDADES

- Conferencias magistrales
- Cursos de día entero y medio día
- Sesiones anatomoclínicas
- Sesiones especiales
- Simposios
- Sesión de dermatólogos jóvenes
- Comunicaciones libres
- Minicursos
- Simposios satélites

TEMAS

- Láserterapia
- Dermocomiatría
- Terapias emergentes
- Enfermedades de los anexos
- Impacto del VIH en dermatología
- Dermatopatología
- Dermatología pediátrica
- Avances en cirugía dermatológica

VALORES INSCRIPCIONES RADLA 2011

CATEGORÍA	HASTA 30/11/2010	HASTA 15/04/2011	EVENTO
Dermatólogos	\$ 300	\$ 350	\$ 400
Residentes	\$ 120	\$ 150	\$ 180
Estudiante (pregrado)	\$ 100	\$ 100	\$ 100
Acompañante	\$ 120	\$ 120	\$ 150



XXIX REUNIÓN ANUAL DE
DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS
1-4 DE MAYO / 2011 GUAYAQUIL - ECUADOR



EL COMITÉ ORGANIZADOR DEL XXIX CONGRESO RADLA GUAYAQUIL 2011
OTORGA EL SIGUIENTE CERTIFICADO A:

Nelly Machado

POR HABER PARTICIPADO EN CALIDAD DE

EXPOSITOR

CON EL TEMA

ENFERMEDAD DE BEHCET

DR. JOSÉ MARÍA OLLAGUE TORRES
PRESIDENTE DEL CONGRESO

DR. FERNANDO STENDEL
PRESIDENTE DE RADLA

DR. MAURO MADERO
SECRETARIO DE RADLA

www.radlaguayaquil2011.com

1 DE MAYO

CONFERENCIA MAGISTRAL

LUGAR: SALONES LOBO MARINO, PIQUERO PATAS AZULES Y PINZÓN.

HORA: 12H25 - 12H45.

Cutaneous lymphomas 2011: What we know and where to go.
Mark Pittelkow (USA).

2 DE MAYO

CONFERENCIA MAGISTRAL

LUGAR: SALONES LOBO MARINO, PIQUERO PATAS AZULES Y PINZÓN.

HORA: 12H25 - 12H45.

Stem cell in dermatology and medicine: ¡Dame un Poco de Piel!
Mark Pittelkow (USA).

3 DE MAYO

CONFERENCIA MAGISTRAL

LUGAR: SALONES LOBO MARINO, PIQUERO PATAS AZULES Y PINZÓN.

HORA: 09H10 - 09H30.

Laser for scars. KeyvanNouri (USA).

COMUNICACIONES LIBRES 1

LUGAR: SALÓN PIQUEROS PATAS AZULES.

HORA: 17H00-18H30.

COORDINADOR: REBECA SABANDO (ECUADOR).

FACILITADOR: LEONARDO CANIZARES.

17H16-17H24 Tratamiento con ciclosporina durante el embarazo y lactancia en una paciente con psoriasis. Luis Daniel Mazzucolo, Pellerano, Neglia, Albeldaño (Argentina).

17H24-17H32 Quistes vellosos eruptivos y quistes de Gardner. Oscar Cedeño, Enrique Loayza, Enrique Úraga (Ecuador).

COMUNICACIONES LIBRES 2

LUGAR: SALÓN TAPIR.

HORA: 08H30-10H00.

COORDINADOR: RAQUEL PÁEZ (ECUADOR).

FACILITADOR: ÍTALO VEGAS.

09H47-09H55 Diferencias epidemiológicas en pacientes con dermatitis de contacto.

Juan Pedro Russo, Adornir, Longobardi A. (Argentina).

SIMPOSIO: LAS PARANEOPLASIAS: VERDADES Y MITOS (ECUADOR)

LUGAR: SALÓN IGUANA.

HORA: 08H30-10H00.

COORDINADOR: MAURICIO COELLO URIGUEN (ECUADOR).

FACILITADOR: PATRICIA BERMEO.

SIMPOSIO: ONCOLOGÍA CUTÁNEA (PERÚ)

LUGAR: SALÓN TORTUGA.

HORA: 10H15-11H45.

COORDINADOR: GADWYN SÁNCHEZ (PERÚ).

FACILITADOR: CAROLINA VÉLIZ GUEVARA.

11H15-11H30 Dermatofibrosarcomaprotuberans. María Laura Cossio Traverso.

SIMPOSIO: MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS EN PACIENTES TRANSPLANTADOS (CHILE)

LUGAR: SALÓN TAPIR.

HORA: 15H15-16H45.

COORDINADOR: MONTSERRAT MOLGÓ (CHILE).

FACILITADOR: JANET JARA.

15h45 - 16h00 Dermatitis fibrosante nefrogénica. María Laura Cossio Traverso.

4 DE MAYO

CONFERENCIA MAGISTRAL

LUGAR: SALÓN TORTUGA.

HORA: 09H10-09H50.

Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas. Omar Sanguenza (USA).

MINICASO 4

LUGAR: SALÓN CANARIO.

HORA: 08H30-10H00.

COORDINADOR: ALBA VALAREZO (ECUADOR).

FACILITADOR: XIMENA IDROVO.

Pseudoquistes auriculares. Alternativa quirúrgica de resolución Mayerith Carolina Torreyes, María Isabel Goncalvez, Franco F, López M., Correa L., Guerra A. (Venezuela).

BehcetNelly Machado (Ecuador).

Tratamiento da alopecia areata extensa com metotrexate. Experiencia de 13 casos. Mariana Hammerschmidt (Brasil).

Liquen plano atrófico sobre cicatrices quirúrgicas. Mariadela Meléndez Cortez (Venezuela).

Leishmaniasis cutánea diseminada en paciente HIV positivo. Minerva Pacheco (Venezuela).

Pitiriasis circinada et marginada. Mariadela Meléndez Cortez (Venezuela).

Lesión tumoral única de Micosis fungoide en localización infrecuente. Marcela Padilla (Uruguay).

COMUNICACIONES LIBRES 4

LUGAR: SALÓN CANARIO.

HORA: 10H15-11H45.

COORDINADOR: NATILSE RONDÓN (VENEZUELA).

FACILITADOR: ANA MARÍA KELLENDONK.

10H55-11H03 Radioelectrofreqüencia no tratamiento do xantelasma. María Isabel Cárdenas, José Salomón Martínez, Guillermo Loda, Amanda Hertz, Joaquim Mesquita Filho (Brasil).

11H27-11H35 Síndromesacral. Presentación clínica infrecuente. Presentacion de 2 casos. Tamara Nijamin (Argentina).

11h35-11h45 Timolol tópico en hemangiomas superficiales de la infancia, serie de casos. Luis Mondaca C. (Chile).



XXIX REUNIÓN ANUAL DE
DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS

1-4 DE MAYO / 2011 GUAYAQUIL - ECUADOR



EL COMITÉ ORGANIZADOR DEL XXIX CONGRESO RADLA GUAYAQUIL 2011
OTORGA EL SIGUIENTE CERTIFICADO A:

Nelly Machado

POR HABER PARTICIPADO EN CALIDAD DE

EXPOSITOR

CON EL TEMA

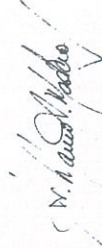
LEPRA LEPRMATOSA DIMÓRFICA



DR. JOSÉ MARÍA OLLAGUE TORRES
PRESIDENTE DEL CONGRESO



DR. FERNANDO STENDEL
PRESIDENTE DE RADLA



DR. MAURO MADERO
SECRETARIO DE RADLA

Que hay de nuevo en Dermatología

Coordinador Eduardo Garzón Secretario Juan Carlos Garcés

8:00 A 8:30	Dermatología Pediátrica Eduardo Garzón
8:30 A 9:00	Dermopatología José Ollague
9:00 A 9:30	Dermatología Cosmética J.F. Barzallo
9:30 A 10:00	Dermatología Clínica José Romero
Coffee Break despedida cortesía Laboratorios BDF	

DIAMANTE



PLATINO



ORO

BIODERMA
LABORATORIOS FARMACÉUTICOS



PLATA



LABORATORIOS

Avène

Bagó
Ester de síntesis de la piel



BIOTECNOLOGÍA LASER



Eucerin

GAUDERMA



De redit



BRONCE



Doge

ISDN



PROGRAMA

XIX CONGRESO NACIONAL
ORGANIZADO POR
LA SOCIEDAD ECUATORIANA
DE
DERMATOLOGÍA

DEL 26 AL 29 DE ABRIL
MANTA 2012

Coffee Brunch de Bienvenida - Cortesía Laboratorios Bayer	
Dermatología Pediátrica Coordinador Édgar Reinoso - Secretaria Cecilia Briones	
11:30 A 12:15	Mini casos y comunicaciones libres
12:15 A 12:30	Acción Antiséptica de los jabones Nelly Machado
12:30 A 12:50	Esclerosis Tuberosa Franklin Madero
12:50 A 13:10	Casos Difíciles en la Dermatología Pediátrica Francisco González
13:10 A 13:30	Hemangiomas en la Infancia Bernardo Gontijo
13:30 A 13:50	Dermatitis Atópica Francisco González
13:50 A 14:15	SIMPOSITUM MSD Algoritmo Terapéutico del Linfoma Cutáneo Almuerzo - Cortesía Laboratorios MSD
14:15 A 15:00	VPH y molusco contagioso, manejo Francisco González
15:00 A 15:20	Nevos Melanocíticos congénitos Bernardo Gontijo
15:20 A 15:40	Tumores malignos en la infancia Francisco González
15:40 A 16:00	Dermatología Clínica
Coordinador Luis Moncayo Secretaria Ana Maria Kellendonk	
16:00 A 16:20	Cuál es su diagnóstico Bernardo Gontijo
16:20 A 16:40	Lesiones Centofaciales Francisco Bravo
16:40 A 17:00	Nuevas Dermatosis, Nuevas drogas oncológicas Hugo Cabrera
17:00 A 17:20	Lagrimas del Acné Luis Moncayo
17:20 A 17:50	Coffe Break ABBOTT
17:50 A 18:10	Vivencias Dermatológicas a Propósito del Caso Clínico Hugo Cabrera
20:30 A 00:30	Coctail Inaugural Cortesía de Corporación SIEGFRIED

Coordinador Enrique Uraga - Secretario Marcelo Merchán	
7:35 A 8:40	Simposium CILAD
8:00 A 9:00	Mini casos y comunicaciones libres <small>Mutaciones en el GEN TGM1 en paciente Ecuadoriano con ICTOSIS Congénita Autosómica Recesiva</small> Héctor Zambrano
9:00 A 9:20	Isotretinoína Mitos y Verdades Enrique Uraga
9:20 A 9:40	Cuál es su Diagnóstico Eduardo Garzón
9:40 A 10:00	Micofenolato de Mofetilo en Dermatología Raúl Cabrera
10:00 A 10:20	Biopsia Piel en Dermatología Tropical Francisco Bravo
10:20 A 10:50	Coffe Break AVENE
10:50 A 11:30	Mesa redonda: Biológicos en dermatología Coordinador José Romero
11:30 A 11:50	Cuál es su diagnóstico Raúl Cabrera
11:50 A 12:10	Fascitis Necrotizantes Hugo Cabrera
12:10 A 12:30	Tratamiento Tópico del Acné: Otras perspectivas Pablo González
Dermatopatología	
Coordinador José Ollague Secretaria Mercedes Aguilar	
12:30 A 12:50	Mis Mejores casos clínicos dermatoscópicos y sus enseñanzas Raúl Cabrera
12:50 A 13:10	ABC de la Dermatopatología Laura Soría
13:10 A 13:30	Mis Casos difíciles José Ollague
13:30 A 13:50	Mis mejores casos Francisco Bravo
13:50 A 14:10	Manejo racional del fotoenvejecimiento Patricio Freire
14:10 A 14:35	SIMPOSITUM PFIZER Criterios en el manejo de ETANERCEPT en dermatología
14:35 A 15:20	Almuerzo Cortesía Laboratorios Pfizer
15:20 A 16:00	SIMPOSITUM de palomar Nueva Tecnología en luz pulzada y laser Edward Sáenz
16:30 A 00:30	Noche de Confraternidad Cortesía Laboratorios Bioderma

Coordinador Franklin Cabrera Secretaria Norma Siguenza	
7:55 A 9:00	Mini casos y comunicaciones libres
9:00 A 9:20	Alternativas Quirúrgicas en Dermatología Franklin Cabrera
9:20 A 9:40	Melanoma Maligno, Ganglio Centinela ? Raúl Cabrera
9:40 A 10:00	Reconstrucción del labio en ca no melonoma Julio Barba
10:00 A 10:20	Carcinoma Merkel, Clínica Patología Bernardo Gontijo
10:20 A 10:50	Coffe Break Cortesía ROEMMERS
10:50 A 11:10	Peeling Profundo con Fenol no tóxico Julio Barba
11:10 A 11:30	Cirugía de Moths Gustavo Moreno
11:30 A 11:50	Rinoplastia Estética funcional mínimamente invasiva con riendas de "BARBA" Julio Barba
Dermatología de la A a la Z	
Coordinador Santiago Palacios Secretaria Isabel Bond	
11:50 A 12:10	Experiencia en el uso de sistemas eximer y sus aplicaciones clínicas Dr. Michel Pascal
12:10 A 12:30	Hidroalinfoma por EBV Francisco Bravo
12:30 A 12:50	Dermatosis Neutrofílicas y Malignidad Hugo Cabrera
12:50 A 13:10	Dermatitis de contacto, puesta al día Santiago Palacios
13:10 A 13:30	Manejo racional de la Hiperhidrosis Patricio Freire
13:30 A 13:50	Eximer láser complemento en el trasplante de Melanosis en Vritiligo de mano Dr. Michel Pascal
13:50 A 14:15	SIMPOSITUM JANSSEN
14:15 A 15:00	Infliximab en el manejo de la Psoriasis Almuerzo cortesía Laboratorios JANSSEN
15:00 A 16:00	SIMPOSITUM satélite Glommedical Taller de depilación láser sin dolor Mayer Chamah
20:30 A 1:30	Parrillada de clausura - Cortesía Corporación SIEGFRIED



SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA



Confiere el presente diploma a:

Dra. Nelly Machado

POR SU PARTICIPACIÓN EN CALIDAD DE

Conferencista

Tema: Acrodermatitis Enterohéptica

**EN EL XIX CONGRESO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA ORGANIZADO
EN LA CIUDAD DE MANTA DEL 26 AL 29 DE ABRIL DEL 2012**




Dr. Patricio Freire
PRESIDENTE SED


Dra. Ana María Kellendonk
SECRETARIA SED


Dr. José María Ollague
DELEGADO DEL ECUADOR A LA ILDS

**VALOR CURRICULAR: 32 HORAS
AVAL DE LA ILDS**



SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA



Confiere el presente diploma a:




Dra. Nelly Machado

POR SU PARTICIPACIÓN EN CALIDAD DE

Conferencista

Tema: Sutura de Fijación
EN EL XIX CONGRESO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA ORGANIZADO
EN LA CIUDAD DE MANTA DEL 26 AL 29 DE ABRIL DEL 2012



 Dr. Patricio Freire PRESIDENTE SED	 Dra. Ana Maria Kellendonk SECRETARIA SED	 Dr. José María Ollague DELEGADO DEL ECUADOR A LA ILDS
--	---	---

VALOR CURRICULAR: 32 HORAS
AVAL DE LA ILDS



SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA



Confiere el presente diploma a:

Dra. Nelly Machado

POR SU PARTICIPACIÓN EN CALIDAD DE

Conferencista

Tema: Jabones Antibacteriales - humectantes

**EN EL XIX CONGRESO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA ORGANIZADO
EN LA CIUDAD DE MANTA DEL 26 AL 29 DE ABRIL DEL 2012**



[Signature]
Dr. Patricio Freire
PRESIDENTE SED

[Signature]
Dra. Ana Maria Kellendonk
SECRETARIA SED

[Signature]
Dr. José María Ollague
DELEGADO DEL ECUADOR A LA ILDS

**VALOR CURRICULAR: 32 HORAS
AVAL DE LA ILDS**

XIX CONGRESO ECUATORIANO DE DERMATOLOGIA. SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGIA

JUEVES 26 DE ABRIL

BRUNCH DE BIENVENIDA CORTESIA LABORATORIOS BAYER

DERMATOLOGIA PEDIATRICA

COORDINADOR EDGAR REINOSO. SECRETARIA CECILIA BRIONES

MINICASOS Y COMUNICACIONES LIBRES

ACCION ANTISEPTICA DE LOS JABONES

ESCLEROSIS TUBEROSA

CASOS DIFICILES EN DERMATOLOGIA PEDIATRICA

HEMANGIOMAS EN LA INFANCIA

DERMATITIS ATOPICA

SIMPOSIUM MSD

ALGORITMO TERAPEUTICO DEL LINFOMA CUTANEO

ALMUERZO CORTESIA LABORATORIOS MSD

VPH Y MOLLUSCO CONTAGIOSO. MANEJO

NEVOS MELANOCITICOS CONGENITOS

TUMORES MALIGNOS EN LA INFANCIA

DERMATOLOGIA CLINICA.

COORDINADOR LUIS MONCAYO SECRETARIA ANA MARIA KELLENDONIK

CUAL ES SU DIAGNOSTICO

LESIONES CENTROFACIALES

NUEVAS DERMATOSIS. NUEVAS DROGAS ONCOLOGICAS

LAGRIMAS DEL ACNE

COFFE BREAK ABBOTT

VIVENCIAS DERMATOLOGICAS A PROPOSITO DEL CASO CLINICO

COCTEL INAUGURAL CORPORACION SIEGFRIED

VIERNES 27 DE ABRIL

SIMPOSIUM CIUDAD

COORDINADOR ENRIQUE URAGA. SECRETARIO MARCELO MERCHANT

MINICASOS Y COMUNICACIONES LIBRES

SABADO 28 DE ABRIL

CIRUGIA DERMATOLOGICA

COORDINADOR FRANKLIN CABRERA. SECRETARIA NORMA SIGUENZA

7:45 A 9:00 MINICASOS Y COMUNICACIONES LIBRES

9:00 A 9:20 ALTERNATIVAS QUIRURGICAS EN DERMATOLOGIA

9:20 A 9:40 MELANOMA MALIGNO. GANGLIO CENTINELA?

9:40 A 10:00 RECONSTRUCCION DE LABIO EN CA NO MELONOMA

10:00 A 10:20 CARCINOMA MERKEL, CLINICA PATOLOGIA

10:20 A 10:50 COFFE BREAK ROEMMERS

10:50 A 11:10 PELING PROFUNDO CON FENOL NO TOXICO

11:10 A 11:30 CIRUGIA DE MOHS

11:30 A 11:50 RINOPLASTIA ESTETICA FUNCIONAL MINIMAMENTE INVASIVA CON RIENDAS DE "BARBA"

11:50 A 12:10 DERMATOLOGIA DE LA A LA Z.

12:10 A 12:30 COORD SANTIAGO PALACIOS. SECRETARIA ISABEL BONDY

12:30 A 12:50 DERMATOSIS NEUTROFILICAS Y MALIGNIDAD

12:50 A 13:10 DERMATITIS DE CONTACTO. PUESTA AL DIA

13:10 A 13:30 MANEJO RACIONAL DE LA HIPERHIDROSIS

13:30 A 13:50 EXCIMER LASER COMPLEMENTO EN EL TRANSPLANTE DE MELANOCITOS EN VITILIGO DE MANO

13:50 A 14:15 SIMPOSIUM JANSSEN

14:15 A 15:00 ALMUERZO CORTESIA LABORATORIOS JANSSEN

15:00 A 16:00 SIMPOSIO SATÉLITE GLOMEDICAL

15:00 A 16:00 TALLER DE DEPILOCACIÓN LÁSER SIN DOLOR

20:30 A 1:30 PARRILLADA DE CLAUSURA CORTESIA CORPORACION SIEGFRIED

DOMINGO 29 DE ABRIL

QUE HAY DE NUEVO EN DERMATOLOGIA.

COORDINADOR EDUARDO GARZON. SECRETARIO ENRIQUE LOAYZA

8:00 A 8:30 DERMATOLOGIA PEDIATRICA

EDUARDO GARZON

ECUADOR

MÉXICO

FRANCIA

PERÚ

ARGENTINA

ECUADOR

ECUADOR

FRANCIA

COLOMBIA

ECUADOR

ECUADOR

FRANCIA

ECUADOR

ECUADOR

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

FRANCIA

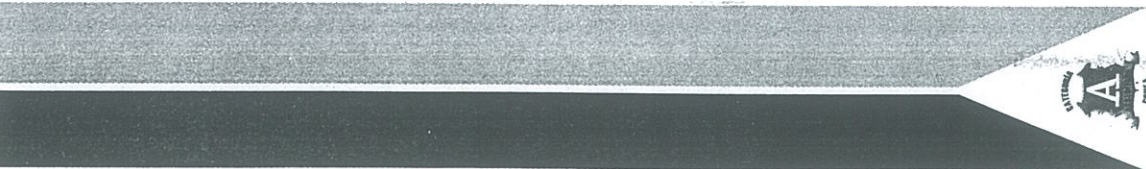
FRANCIA

FRANCIA

8:40 A 9:00	MUJAJALINES EN EL GEN IGWLL EN PAUENTES EQUATORIANOS CON ICTIOSIS CONGÉNITA AUTOSÓMICA RECFESIVA	HÉCTOR ZAMBRANO	ECUADOR	8:30 A 9:00	DERMOPATOLOGIA	JOSE OLLAGUE	ECUADOR
9:00 A 9:20	ISOTRETINOINA MITOS Y VERDADES	ENRIQUE URAGA	ECUADOR	9:00 A 9:30	DERMATOLOGIA COSMETICA	J.F. BARZALLO	ECUADOR
9:20 A 9:40	CUAL ES SU DIAGNOSTICO	EDUARDO GARZÓN	ECUADOR	9:30 A 10:00	DERMATOLOGIA CLINICA	JOSE ROMERO	ECUADOR
9:40 A 10:00	MICOFENOLATO DE MOFETILO EN DERMATOLOGIA	RAUL CABRERA	CHILE	COFFEE BREAK DESPEDIDA CORTESIA LABORATORIOS EUCERIN			
10:00 A 10:20	BIOPSIA DE PIEL EN DERMATOLOGIA TROPICAL	FRANCISCO BRAVO	PERÚ	MESA REDONDA: BIOLOGICOS EN DERMATOLOGIA COORD. JOSE ROMERO			
10:20 A 10:50	COFFE BREAK AVENE						
10:50 A 11:30	MESA REDONDA: BIOLOGICOS EN DERMATOLOGIA COORD. JOSE ROMERO			MESA REDONDA: BIOLOGICOS EN DERMATOLOGIA COORD. JOSE ROMERO			
11:30 A 11:50	CUAL ES SU DIAGNOSTICO	RAUL CABRERA	CHILE				
11:50 A 12:10	FASCITIS NECROTIZANTES	HUGO CABRERA	ARGENTINA	MESA REDONDA: BIOLOGICOS EN DERMATOLOGIA COORD. JOSE ROMERO			
12:10 A 12:30	TRATAMIENTO TÓPICO DEL ACNÉ: OTRAS PERSPECTIVAS.	PABLO GONZÁLEZ	ARGENTINA				
DERMOPATOLOGIA.							
COORDINADOR JOSE OLLAGUE. SECRETARIA MERCEDES AGUILAR							
12:30 A 12:50	MIS MEJORES CASOS CLINICOS DERMATOSCOPICOS Y SUS ENSEÑANZAS	RAUL CABRERA	CHILE	MESA REDONDA: BIOLOGICOS EN DERMATOLOGIA COORD. JOSE ROMERO			
12:50 A 13:10	ABC DE LA DERMOPATOLOGIA	LAURA SORIA	ECUADOR				
13:10 A 13:30	MIS CASOS DIFICILES	JOSE OLLAGUE	ECUADOR	MESA REDONDA: BIOLOGICOS EN DERMATOLOGIA COORD. JOSE ROMERO			
13:30 A 13:50	MIS MEJORES CASOS	FRANCISCO BRAVO	PERÚ				
13:50 A 14:10	MANEJO RACIONAL DEL FOTOENVEJECIMIENTO	PATRICIO FREIRE	ECUADOR	MESA REDONDA: BIOLOGICOS EN DERMATOLOGIA COORD. JOSE ROMERO			
14:10 A 14:35	SIMPOSIUM PFIZER						
14:35 A 15:20	CRITERIOS EN EL MANEJO DE ETANERCET EN DERMATOLOGÍA ALMUERZO CORTESIA LABORATORIOS PFIZER			SIMPOSIUM PFIZER CRITERIOS EN EL MANEJO DE ETANERCET EN DERMATOLOGÍA ALMUERZO CORTESIA LABORATORIOS PFIZER			
15:20 A 16:00	SIMPOSIUM SATELITE DE PALOMAR NUEVA TECNOLOGIA EN LUZ PULSADA Y LASER.	EDWARD SAENZ	EEUU				
20:30 A 12:30	NOCHE DE CONFRATERNIDAD CORTESIA LABORATORIOS BIODERMA						



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
ASOCIACIÓN NACIONAL DE MEDICOS RURALES



Confiere el presente

CERTIFICADO

A LA DOCTORA

NELLY MACHADO

Por su participación en calidad de **EXPONENTE** con el Tema:
"MANEJO DE ACNE"

En el "II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA CLÍNICA Y
MANEJO DEL DOLOR"

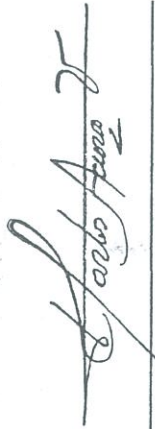
Realizado en la ciudad de Quito, del 4 al 14 de Julio de 2012

Duración: **120 horas**

Quito, 16 de Julio de 2012



Dr. Edison Chaves A.
Decano
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica del Ecuador



Dr. Carlos Acurio.
Director General Académico
Pontificia Universidad Católica del Ecuador



Md. Oscar Navarrete G.
Presidente
ANAMER





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA- FILIAL PICHINCHA
ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS RURALES



Confiere el presente

CERTIFICADO

A LA DOCTORA

NELLY PILAR MACHADO BENAVIDES

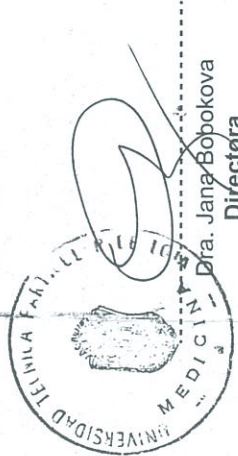
Por su participación en calidad de EXPONENTE con el Tema:

“CLOASMA EN EL EMBARAZO”

“III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA. AVANCES 2012”

Realizado en la ciudad de Quito, del 6 al 15 de Septiembre de 2012

Duración: 120 horas



Dra. Jana Bobokova
Directora
Departamento de Ciencias de la Salud (E)
Universidad Técnica Particular de Loja

Quito, 17 de Septiembre de 2012

Md. Oscar Navarrete G.
Presidente
ANAMER



Dra. Rosa Romero de Aguinaga
Presidenta
Sociedad Ecuatoriana de Pediatría de Pichincha



Atentamente, OF –243 IVCSE
Ibarra, 09 de Enero del 2013

Señora Doctora.

Nelly Machado

MÉDICO HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

Presente.-

De nuestras consideraciones:

Con el Aval Académico de la Universidad Técnica del Norte, y los Avaes Institucionales de las diferentes entidades Gubernamentales y no Gubernamentales, se llevará a cabo el “IV CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN, SALUD PÚBLICA, TRAUMA, Y EMERGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO PEDIATRICO, para lo cual invitamos a participar en:

Tema: “Urgencias dermatológicas; manejo de celulitis infecciosa”

Día: Viernes 25 de Enero de 2013

Hora: 09:10 – 09:50 Horas

Lugar: Auditorio del Banco Central. Calle Miguel Oviedo 6-39 entre Simón Bolívar y Antonio José de Sucre

Atentamente,



Lic. Viviana Espinel

COORDINADORA ACADÉMICA F.E.G.



El Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología certifica que:

el Póster titulado

Lepra lepromatosa, patología endémica del Ecuador. Presentación de un caso

firmado por los siguientes autores

Nelly Pilar Machado Benavides(1), Liliana Eugenia García Yépez(1) y Patricio Freire Murgueytio(1), del (1)Hospital Carlos Andrade Marín, Quito (Pichincha)

ha sido presentado en su XIX Congreso celebrado en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Sevilla del 19 al 22 de septiembre de 2012.

Sevilla, a 22 de septiembre de 2012

Julián Conejo -Mir
Presidente del Comité Organizador

LEPRA LEPROMATOSA - PATOLOGÍA ENDÉMICA DEL ECUADOR

Dra. Nelly Machado Benavides *, Dr. Patricio Freire**, Dra. Liliana Garcia***

*B4 Dermatología USFQ IESS Hospital "Carlos Andrade Marin"

**Jefe Servicio Dermatología IESS Hospital "Carlos Andrade Marin"

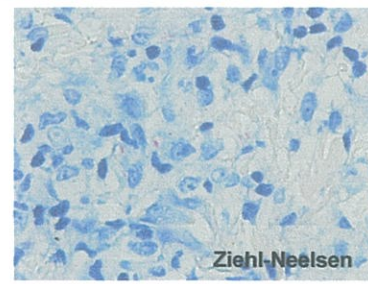
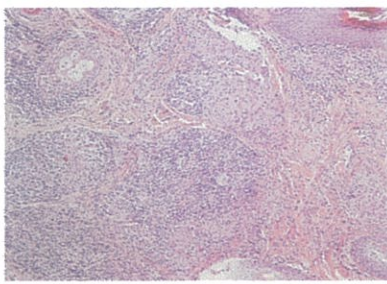
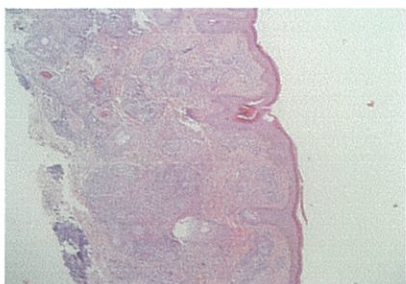
***Médico Tratante Dermatología IESS Hospital "Carlos Andrade Marin"

Paciente masculino de 24 años, sin antecedentes de importancia. Ocupación florícola. Acude a consulta por presentar dermatosis en hemicara derecha, de 3 años de evolución, caracterizada por lesión en placa, eritematosa, infiltrativa, con zonas de hipoestesia y además adenopatía cervical del mismo lado de características benignas, 0.5cm.



Histopatológico: epidermis con leve acantosis, en toda la dermis se encuentran granulomas con células epiteloides y vacuoladas, rodeadas por abundante infiltrado linfocitario, con aspecto de parches.

Inmunohistoquímica-coloración de Ziehl-Neelsen con presencia de bacilos, ácido alcohol resistentes que forman globos pequeños, confirmando el diagnóstico de lepra lepromatosa. Además baciloscopías de rodilla, lóbulo de la oreja y codo positiva.



La lepra lepromatosa es una enfermedad infecciosa-granulomatosa crónica, cuyo patógeno causal es *Mycobacterium leprae*. Considerada endémica en nuestro país y caracterizada por afectación de nervios y piel principalmente. Esta patología cursa con periodos de incubación prolongados.

Un antecedente de importancia radica en el contacto prolongado (10 años) con una persona que ya padece la enfermedad, sumado a estos factores de predisposición como desnutrición, alteración del estado inmunitario, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lepra Clasificación y cuadro clínico. Eduardo Torres Guerrero, Felipe Vargas Martínez, Carlos Enrique Atoche Diéguez, Jisel Arrazola, Roberto Arenas Guzmán *Dermatol Rev Mex* 2012; 56(1):47-54.
2. A delayed diagnosis of lepromatous leprosy: pitfalls and clues to early recognition. Kerkeni N, El Fékih N, Fazaa B, Zéglauoui F, Mnif E, Kamoun MR. *Int J Dermatol.* 2011 Nov; 50 (11).
3. Aspectos histopatológicos de la lepra. Bennassar Antoni; Palou Josep; Ferrando Juan, Publicado en *Piel* .2010; 25 :580-5 - vol.25 núm 10.
4. A network of regulatory pathways in lepromatous leprosy. Abbas AK. *Clin Immunol.* 2011 Nov;141(2):127. doi: 10.1016/j.clim.2011.08.007. Epub 2011 Aug 18.



El Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología certifica que:

el Póster titulado

Sarcoma epiteliode con una inusual presentación, revisión de un caso

firmado por los siguientes autores

Nelly Pilar Machado Benavides(1), Liliana Eugenia García Yépez(1) y Patricio Freire Murgueytio(1), del (1)Hospital Carlos Andrade Marín, Quito (Pichincha)

ha sido presentado en su XIX Congreso celebrado en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Sevilla del 19 al 22 de septiembre de 2012.

Sevilla, a 22 de septiembre de 2012

Julián Conejo -Mir
Presidente del Comité Organizador

SARCOMA EPITELIOIDE CON UNA INUSUAL PRESENTACION

Dra. Nelly Machado Benavides *, Dr. Patricio Freire**, Dra. Liliana Garcia***

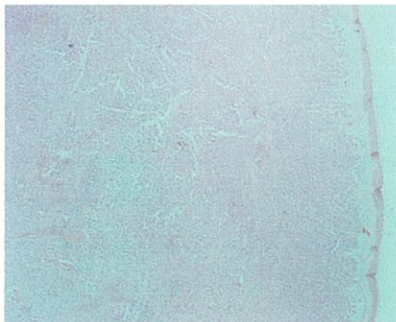
*B4 Dermatología USFQ IESS Hospital "Carlos Andrade Marin"

**Jefe Servicio Dermatología IESS Hospital "Carlos Andrade Marin"

***Medico Tratante Dermatología IESS Hospital "Carlos Andrade Marin"

CASO CLINICO:

Paciente masculino de 90 años, sin antecedentes de importancia. Ingresado por dermatosis inguino-genital, de 6 meses de evolución, caracterizada por lesiones nodulares, renitentes, friables, con sangrado fácil, no dolorosas, de rápido crecimiento.



HISTOPATOLOGICO: Dermis proliferación difusa de células grande, amplio citoplasma eosinófilo, núcleos vesiculosos, y numerosas mitosis 12 por mm²
Vimentina positivo intenso en todas las células tumorales

El sarcoma epiteliode se caracteriza por ser un sarcoma agresivo. Tiene predilección por el sexo masculino, especialmente en el adulto joven. La localización más frecuente es en manos y dedos, e infrecuente en región inguinogenital; con gran capacidad de metastatizar por vía hematogena-ganglionar, pleura y pulmón.

Los sarcomas mayores de 5cm tienen muy mal pronóstico a corto plazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Epithelioid Sarcoma and Unclassified Sarcoma with Epithelioid Features: Clinicopathological Variables, Molecular Markers, and a New Experimental Model ; Aniket Sakharpe, Guy Lahat, Taher Gulamhusein, Ping Liu, et. al. The Oncologist. February 2012, 17 (2).
2. Prognostic determinants in epithelioid sarcoma Principio del formulario; Patrizia Gasparini, Federica Facchinetti, Mattia Boeri, et.al.; European Journal of Cancer, Volume 47, Issue 2, Pages 287-295, January 2011
3. Role of Palliative Chemotherapy in Advanced Epithelioid Sarcoma. Jones, Robin L. MD; Constantinidou, Anastasia MD; Olmos, et.al. American Journal of Clinical Oncology: POST AUTHOR CORRECTIONS, 5 April 2011
4. Epithelioid Lesions. Andrea T. Deyrup, MD PhD. Surgical Pathology Clinics. Volumen 4 Issue 3, September 2011, Pages 865-885.
5. Proximal-type epithelioid sarcoma of the pubis. Case report and review of the literature María del Carmen Manzanares-Campillo, Virginia Muñoz-Atienza, Susana Sánchez-García, Aurora Gil-Rendo, Alberto Jara-Sánchez, and Jesús Martín-Fernández. Cir Cir 2011;79:514-517.

Buscar en Mail

Buscar en la Web

Hola

BUZÓN

CONTACTOS

AGENDA

RADLA 2013 - Result...

RADLA 2013 - Result...

Escribir

Borrar

Mover

Spam

Acciones

Buzón (1)

Conversaciones

Borradores (11)

Enviados

Spam (3)

Papelera

CARPETAS

guardados

MESSENGER

APLICACIONES

RADLA 2013 - Resultado de revisión: Póster electrónico mié, 20 mar, 2013 a las 1:43 P.M.

De Cecilia Cabaleiro / Ana Juan Congresos

Para mdnellymachado@yahoo.com



Estimado/a NELLY PILAR MACHADO BENAVIDES:

Nos dirigimos a usted a fin de comunicarle que, luego de la revisión de trabajos realizada por el [Comité de Revisores de Trabajos presentados para la XXXI Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos](#), el trabajo libre N° 293 ha sido aceptado para su presentación en formato de Póster Electrónico, para la RADLA 2013 (Punta del Este, 27 al 30 de abril de 2013), de acuerdo al siguiente detalle:

Trabajo N° 293

TITULO: LIQUEN PLANO ACTINICO. A PROPOSITO DE UN CASO PEDIATRICO

Autores: N Machado, M Castro, F Cabrera, P Freire

Ubicación en programa impreso, de acuerdo al área temática:

Exhibición de Pósteres Electrónicos 9: Dermatología pediátrica

IMPORTANTE - CARGA DE PÓSTER ELECTRÓNICO:

Los autores de los trabajos aceptados para su presentación en forma de POSTER ELECTRÓNICO deben **CARGAR SU PÓSTER EN EL SISTEMA** online de presentación de trabajos antes del **miércoles 17 de abril de 2013**.

El sistema online para la carga de su trabajo quedará habilitado dentro de las próximas 48 hs; en ese momento recibirá otro mensaje en el cual se le enviarán mayores detalles sobre características del archivo a cargar como también los pasos a seguir para que su trabajo quede cargado en el sistema correctamente.

Los e-posters estarán disponibles a los participantes del congreso en computadoras instaladas para tal fin en el Salón Caribe, los días 27 al 29 de abril entre las 8:30 y las 18:30 hs; y el día 30 de abril, de 09:00 a 12:30 hs.

Los participantes podrán navegar los e-posters por área temática, o buscarlos por título, autores, y palabras claves. Personal capacitado asistirá a los participantes con dificultades.

Se entregará un Premio al Mejor Póster. Los pósteres serán preseleccionados por un Jurado en base a su calidad científica; una vez recibidos los pósteres electrónicos el Jurado completará la selección.

Por favor, confirme la lectura de este mensaje.

Atentamente,

Dr. Carlos Carmona
Presidente

Dra. Alejandra Larre Borges
Secretaria Científica

Ana Juan Congresos
Juana Azurduy 1844
C1429BYH Buenos Aires, Argentina
Tel: +54 11 4701 4051
Cel: +54 9 11 3049 6042
cecilia@anajuan.com
anajuan.com



LIQUEN TROPICO SOLAR: A PROPOSITO DE UN CASO PEDIATRICO

Dra. Nelly Machado, Dr. Franklin Cabrera, Dr. Patricio Freire

¹ Universidad San Francisco de Quito - Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Pichincha, Ecuador

INTRODUCCION

El liquen trópico solar es una variedad clínica de liquen plano de etiología aún desconocida. Se han descrito varias formas clínicas y utilizado múltiples tratamientos con diferentes resultados. Se ignora su frecuencia en adultos y mucho más en la población pediátrica ya que hay muy pocas publicaciones relacionadas con este padecimiento.

PALABRAS CLAVE:

Liquen trópico solar

CASO CLINICO

Presentamos el caso de un paciente, sexo masculino, 5 años de edad quien presenta una dermatosis de seis meses de evolución caracterizada por lesiones tipo verrugas planas, pruriginosas, de crecimiento progresivo a nivel de dorso de las manos, posteriormente incrementan de tamaño, forman placas anulares con centro hiperpigmentado. Hace 3 meses presenta máculas hiperpigmentadas en malaras, nariz, labio y lóbulo de ambas orejas. Se realiza biopsia de piel de dorso de mano derecha en la que nos reportan hiperqueratosis, acantosis e hiperplasia regular de las redes epidérmicas con vacuolización de la capa basal, se acompaña de moderado infiltrado linfocitario de interface en la dermis papilar y varios melanófagos. Concluye con dermatitis de interface compatible con liquen trópico solar o liquen plano actínico.

CONCLUSION

Se trata de una variedad clínica del liquen plano de etiología desconocida, se han planteado varias hipótesis. El diagnóstico se establece por correlación clínico- patológica. Se considera importante la presentación de este caso ya que al momento existen pocas publicaciones relacionadas con éste padecimiento y más aún en niños. Existen numerosos tratamientos pero ninguno es 100% efectivo.

Buzón (1)

RADLA 2013 - Resultado de revision: Póster electrónico | mié, 20 mar, 2013 a las 1:44 P.M.

Conversaciones

De Cecilia Cabaleiro / Ana Juan Congresos

Borradores (11)

Para mdnellymachado@yahoo.com

Enviados

Spam (3)

Papelera

CARPETAS +

guardados

MESSENGER /

APLICACIONES *



Estimado/a NELLY PILAR MACHADO BENAVIDES:

Nos dirigimos a usted a fin de comunicarle que, luego de la revisión de trabajos realizada por el [Comité de Revisores de Trabajos presentados para la XXXI Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos](#), el trabajo libre N° 497 ha sido aceptado para su presentación en formato de Póster Electrónico, para la RADLA 2013 (Punta del Este, 27 al 30 de abril de 2013), de acuerdo al siguiente detalle:

Trabajo N° 497

TITULO: FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFÍLICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Autores: N Machado, M Castro, P Freire

Ubicación en programa impreso, de acuerdo al área temática:
Exhibición de Pósteres Electrónicos 8: Dermatología en Medicina Interna

IMPORTANTE - CARGA DE PÓSTER ELECTRÓNICO:

Los autores de los trabajos aceptados para su presentación en forma de POSTER ELECTRÓNICO deben CARGAR SU PÓSTER EN EL SISTEMA online de presentación de trabajos antes del miércoles 17 de abril de 2013.

El sistema online para la carga de su trabajo quedará habilitado dentro de las próximas 48 hs; en ese momento recibirá otro mensaje en el cual se le enviarán mayores detalles sobre características del archivo a cargar como también los pasos a seguir para que su trabajo quede cargado en el sistema correctamente.

Los e-posters estarán disponibles a los participantes del congreso en computadoras instaladas para tal fin en el Salón Caribe, los días 27 al 29 de abril entre las 8:30 y las 18:30 hs; y el día 30 de abril, de 09:00 a 12:30 hs.

Los participantes podrán navegar los e-posters por área temática, o buscarlos por título, autores, y palabras claves. Personal capacitado asistirá a los participantes con dificultades.

Se entregará un Premio al Mejor Póster. Los pósteres serán preseleccionados por un Jurado en base a su calidad científica; una vez recibidos los pósteres electrónicos el Jurado completará la selección.

Por favor, confirme la lectura de este mensaje.

Atentamente,

Dr. Carlos Carmona
Presidente

Dra. Alejandra Larre Borges
Secretaría Científica

Ana Juan Congresos
Juana Azurduy 1844
C1429BYH Buenos Aires, Argentina
Tel: +54 11 4701 4051
Cel: +54 9 11 3049 6042
cecilia@anajuan.com
anajuan.com



FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFILICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Dra. Nelly Machado, Dra. Mayra Castro, Dr. Patricio Freire

¹ Universidad San Francisco de Quito - Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Pichincha, Ecuador

INTRODUCCION

La enfermedad de Ofuji fue descrita por primera vez por Ise y Ofuji en 1965, es una dermatosis pustular subcornea de etiología desconocida, infrecuente, asociada a VIH de predominio en varones, especialmente en japoneses, tiene cuatro variantes: forma clásica o enfermedad de Ofuji, foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a inmunosupresión, foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia, foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a múltiples causas, su incidencia máxima se encuentra entre la segunda y cuarta décadas. Clínicamente se caracteriza por la aparición de brotes episódicos de pápulo pústulas foliculares estériles que forman placas circinadas con progresión centrífuga e involución central; se distribuye preferentemente en zonas seboreicas de la piel como cara, espalda y zona proximal de la superficie extensora de las extremidades superiores. En los análisis hematológicos suele presentar leucocitosis y eosinofilia. El tratamiento está basado en la utilización de corticoides tópicos, inmunomoduladores, fototerapia, su evolución tiende a la cronicidad por lo que provoca fuerte impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

CASO CLINICO

Presentamos el caso de una paciente, sexo masculino, de 38 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia que acude por presentar dermatosis de dos semanas de evolución localizadas en cara y cuero

cabelludo caracterizada por la presencia de pápulas y nódulos eritematosos y pruriginosos.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Ofuji por ser una patología infrecuente y crónica caracterizada por brotes episódicos altera la calidad de vida de estos pacientes pese a tener una buena respuesta al tratamiento, en nuestro paciente se realizaron análisis para inmunosupresión incluidos VIH mismo que fueron negativos. Debe reconocerse, ya que estos pacientes pueden desarrollar un linfoma en el futuro.

Buscar en Mail

Buscar en la Web

Hola

BUZÓN CONTACTOS AGENDA RADLA 2013 - Result... RADLA 2013 - Result... RADLA 2013 - Result...
 Escribir Borrar Mover Spam Acciones

Buzón (1)

RADLA 2013 - Resultado de revisión: Póster electrónico mié, 20 mar, 2013 a las 1:43 P.M.

Conversaciones

De Cecilia Cabaleiro / Ana Juan Congressos

Borradores (11)

Para mdnellymachado@yahoo.com

Enviados

Spam (3)

Papelera

CARPETAS

guardados

MESSENGER

APLICACIONES



Estimado/a NELLY PILAR MACHADO BENAVIDES:

Nos dirigimos a usted a fin de comunicarle que, luego de la revisión de trabajos realizada por el [Comité de Revisores de Trabajos presentados para la XXXI Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos](#), el trabajo libre N° 303 ha sido aceptado para su presentación en formato de Póster Electrónico, para la RADLA 2013 (Punta del Este, 27 al 30 de abril de 2013), de acuerdo al siguiente detalle:

Trabajo N° 303

TÍTULO: DEGENERACIÓN COLOIDE NODULAR SECUNDARIA A USO DE HIDROQUINONA

Autores: M Machado, M Castro, P Freire

Ubicación en programa impreso, de acuerdo al área temática:
Exhibición de Pósteres Electrónicos 13: Envejecimiento cutáneo

IMPORTANTE - CARGA DE PÓSTER ELECTRÓNICO:

Los autores de los trabajos aceptados para su presentación en forma de POSTER ELECTRÓNICO deben **CARGAR SU PÓSTER EN EL SISTEMA** online de presentación de trabajos antes del **miércoles 17 de abril de 2013**.

El sistema online para la carga de su trabajo quedará habilitado dentro de las próximas 48 hs; en ese momento recibirá otro mensaje en el cual se le enviarán mayores detalles sobre características del archivo a cargar como también los pasos a seguir para que su trabajo quede cargado en el sistema correctamente.

Los e-posters estarán disponibles a los participantes del congreso en computadoras instaladas para tal fin en el Salón Caribe, los días 27 al 29 de abril entre las 8:30 y las 18:30 hs; y el día 30 de abril, de 09:00 a 12:30 hs.

Los participantes podrán navegar los e-posters por área temática, o buscarlos por título, autores, y palabras claves. Personal capacitado asistirá a los participantes con dificultades.

Se entregará un Premio al Mejor Póster. Los pósteres serán preseleccionados por un Jurado en base a su calidad científica; una vez recibidos los pósteres electrónicos el Jurado completará la selección.

Por favor, confirme la lectura de este mensaje.

Atentamente,

Dr. Carlos Carmona
 Presidente

Dra. Alejandra Larre Borges
 Secretaria Científica

Ana Juan Congressos
 Juana Azurduy 1844
 C1429BYH Buenos Aires, Argentina
 Tel: +54 11 4701 4051
 Cel: +54 9 11 3049 6042
cecilia@anajuan.com
anajuan.com



DEGENERACION COLOIDE NODULAR SECUNDRIA A USO DE HIDROQUINONA

MACHADO N¹. CASTRO M¹. FREIRE P¹

¹ Universidad San Francisco de Quito - Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Pichincha, Ecuador

INTRODUCCION

La degeneración coloide nodular es una variante del millun coloide, es una rara entidad dermatológica, caracterizada por el depósito de material coloide a nivel de la papila dérmica, se han documentado aproximadamente solo 100 casos. La edad de presentación está entre los 30 y 50 años. Clínicamente se caracteriza por la presencia de pápulas que miden de 5-10mm de diámetro, e incluso placas de aspecto pseudovesiculososo o verrugoso que se desarrollan en piel fotoexpuesta. Generalmente aparecen en cara-arco zigomático, caras laterales del cuello, pabellones auriculares y dorso de las manos; también se han descrito localizaciones atípicas como el borde palpebral. El número de lesiones suele aumentar en los primeros tres años, para tornarse estacionario luego de este tiempo. Se ha encontrado cierta relación con factores de índole ocupacional como: fenol, hidroquinona, refineries de petróleo; mismos que potencian su acción con la radiación ultravioleta

PALABRAS CLAVE:

Degeneración coloide nodular.

CASO CLINICO

Presentamos el caso de una paciente femenina de 42 años, sin antecedentes de relevancia que acude a la consulta de dermatología por presentar lesiones papulares en región facial. En la exploración clínica se comprueba multiples lesiones papulares de aproximadamente 5mm, de color negro,

con áreas de hiperpigmentación en el resto de las mejillas. Dermatitis de 3 años de evolución y secundaria a utilización de hidroquinona en esta región.

CONCLUSION

Se trata de una dermatosis infrecuente y que podría estar estrechamente vinculada al uso de hidroquinona: el tratamiento es cosmético, ya que las lesiones no provocan sintomatología y está basado en el uso de protección solar, curetaje, dermoabrasión y exéresis quirúrgica en algunos casos.