

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Tumor en Cuero Cabelludo

Giselle Mariela Erazo Beltrán

Juan Francisco Fierro Renoy, Dr., Director de Trabajo de
Titulación

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de
especialista en Dermatología

Quito, febrero 2016

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Posgrados

HOJA DE APROBACION DE TESIS

Tumor en Cuero Cabelludo

Giselle Mariela Erazo Beltrán

Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.,
Director del Programa de Posgrados en
Especialidades Médicas

.....

Oswaldo Patricio Freire Murgueytio, Dr.,
Director del Posgrado de Dermatología

.....

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, Dr.,
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

.....

Hugo Burgos Yáñez, Ph.D.,
Decano del Colegio de Posgrados

.....

Quito, febrero 2016

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Giselle Mariela Erazo Beltrán

Código de Estudiante: 00107347

C. I.: 0603532334

Fecha: Quito, febrero 2016

TABLA DE CONTENIDO

	Pg.
RESUMEN DE PUBLICACIONES.	8
ABSTRACTS OF PUBLICATIONS.	13
RESUMEN DE POSTERS.	18
RESUMEN DE CONFERENCIAS MAGISTRALES.	20
JUSTIFICACIÓN DE PUBLICACIONES.	23
JUSTIFICACION DE POSTERS.	26
JUSTIFICACIÓN DE CONFERENCIAS MAGISTRALES.	28
RESPALDO PUBLICACIÓN TUMOR EN CUERO CABELLUDO.	31
Clínica	33
Histopatología	33
Discusión	34
Conclusión	35
RESPALDO PUBLICACIÓN PENFIGO BENIGNO FAMILIAR.	37
Clínica	39
Histopatología	39
Discusión	40
Conclusión	40
RESPALDO PUBLICACIÓN LIQUEN PLANO PIGMENTOSO.	42
Resumen	44
Introducción	44
Caso Clínico	44
Discusión	44
RESPALDO PUBLICACIÓN ENF. DE PAGET EXTRAMAMARIA VULVAR.	47
Resumen	49
Introducción	49
Caso clínico	49
Discusión	51
RESPALDO PUBLICACIÓN HISTOPLASMOSIS CUTANEA PACIENTES VIH.	53
Resumen	55
Introducción	55
Caso Clínico	55
Discusión	55
RESPALDO PUBLICACIÓN SD. GORLIN GOLTZ PACIENTE PEDIATRICO.	58
Resumen	60
Introducción	60
Caso Clínico	60
Discusión	61

RESPALDO PUBLICACIÓN LESION EN PLANTA DE PIE.	63
Caso Clínico	65
Clínica	65
Histopatología	65
Discusión	66
RESPALDO PUBLICACIÓN ENFERMEDAD DE HANSEN.	67
Resumen	69
Introducción	69
Caso Clínico	69
Discusión	71
RESPALDO POSTER RECONSTRUCCION PIRAMIDE NASAL.	73
RESPALDO POSTER SINDROME DE ROWELL.	78
RESPALDO POSTER SINDROME DE GORLIN GOLTZ.	83
RESPALDO POSTER LIQUEN PLANO PIGMENTOSO.	88
RESPALDO CONFERENCIA PSORIASIS PUSTULOSA ANULAR.	93
RESPALDO CONFERENCIA CALCINOSIS ESCROTAL IDIOPATICA.	111
RESPALDO CONFERENCIA "PELOS EN SACACORCHO"	123
RESPALDO CONFERENCIA RITUXIMAB EN PENFIGO VULGAR.	137
RESPALDO CONFERENCIA RECONTRUCCION DE PIRAMIDE NASAL.	154
RESPALDO CONFERENCIA LESIONES AMPOLLARES.	196
RESPALDO CONFERENCIA HISTOPLASMOSIS EN INMUNODEPRIDOS.	221

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

ARTICULOS PUBLICADOS

- Erazo G, Freire P, Cabrera F, Romero J, García L. Tumor en Cuero Cabelludo. *Dermatología* 2011;17:26-29
- Erazo G, Freire P, Cabrera F, Romero J, García L. Pénfigo Benigno Familiar *Dermatología* 2011;17:23-25
- Erazo G, Cabrera F, Freire P. Liquen Plano Pigmentoso. *Dermatología* 2013;19:23-25
- Erazo G, Tello S, Freire P, Cabrera F. Enfermedad de Paget Extramamaria Vulvar. *Dermatología* 2014;20:28-31
- Erazo G, Tello S, Cabrera F, Freire P. Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso. *Dermatología* 2014;20: 32-34
- Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Síndrome de Gorlin Goltz en paciente pediátrico. *Dermatología* 2014;20:35-37
- Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Lesión en Planta de Pie. *Dermatología* 2015;21:36-37
- Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Enfermedad de Hansen. A propósito de un caso. *Dermatología* 2015;21:32-35

POSTERS ELECTRONICOS

- Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Técnicas de reconstrucción quirúrgica de la pirámide nasal por cáncer de piel no melanoma. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.
- Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Síndrome de Rowell, presentación de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

- Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Síndrome de Gorlin Goltz, a propósito de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.
- Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Liquen plano pigmentoso, a propósito de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

CONFERENCIAS MAGISTRALES

- Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Psoriasis Pustulosa variante anular, reporte de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.
- Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Calcinosis Escrotal Idiopática, rara entidad, reporte de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.
- Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. “Pelos en Sacacorcho”, un nuevo marcador dermatoscópico en la tiña capitis. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.
- Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Eficacia y seguridad de Rituximab en pénfigo vulgar. A propósito de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.
- Erazo G. Técnicas quirúrgicas de reconstrucción de pirámide nasal. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014
- Erazo G. Tello S. Correlación clínico patológica. Lesiones Ampollares. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014
- Erazo G. Histoplasmosis en pacientes inmunodeprimidos, una presentación clínica inusual. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014

RESUMEN DE PUBLICACIONES

Erazo G, Freire P, Cabrera F, Romero J, García L. Tumor en Cuero Cabelludo. Dermatología 2011;17:26-29

Las células de Merkel (MCC) son células neuroendócrinas cutáneas que se encuentran ampliamente distribuidas en la epidermis hacia el final de los axones de los nervios más a menudo localizadas en la capa basal, pueden actuar como mecanorreceptores o quimorreceptores y están concentradas en las áreas sensibles al tacto, en el cuero cabelludo y en algunas mucosas. Se trata de un cáncer raro y agresivo de las células neuroendócrinas cutáneas. El curso de la enfermedad es difícil de predecir y varía desde relativamente indolente a muy agresivo, a menudo se extiende a los sitios locales, regionales y distantes. Su patogenia sigue siendo controvertida. Es un tumor cutáneo primario en un 75% de los casos, es único, cupuliforme o en placa, de color rojo-violáceo, generalmente de un tamaño menor a 2 cm y no ulcerado. La recomendación es la extirpación quirúrgica con amplios márgenes.

Erazo G, Freire P, Cabrera F, Romero J, García L. Pénfigo Benigno Familiar Dermatología 2011;17:23-25

La enfermedad de Hailey Hailey o pénfigo benigno familiar es una enfermedad crónica autosómica dominante con penetrancia incompleta, caracterizada por un defecto en la adhesión de los queratinocitos. Las lesiones se presentan en las regiones flexurales especialmente cuello, axilas, región inframamaria e inguinal, exacerbada por el calor, sudor, fricción y/o infecciones secundarias. Al principio las lesiones son vesículas o ampollas flácidas que surgen sobre piel eritematosa o normal. Posteriormente se rompen y se erosionan, formando placas, bien delimitadas, de contornos circulares y con collarete descamativo, cubiertas por costras gruesas. Las lesiones se desarrollan durante varias semanas o meses, apareciendo nuevas lesiones en la periferia, que avanzan de forma centrífuga, dejan erosiones, costras y alteraciones de la pigmentación. No existe ningún tratamiento específico de la enfermedad ni profilaxis efectiva de las recidivas, salvo proteger la piel de la fricción, el calor y los demás factores precipitantes.

Erazo G, Cabrera F, Freire P. Liquen Plano Pigmentoso. Dermatología 2013;19:23-25

El liquen plano pigmentoso es una variante rara del liquen plano, se caracteriza por máculas o manchas en patrón reticular o difuso, hiperpigmentadas, color marrón oscuro en las áreas fotoexpuestas y en los pliegues de flexión. La enfermedad suele aparecer en la tercera o cuarta década de vida, con predominio en mujeres. Las lesiones son asintomáticas o levemente pruriginosas. Los cambios en la piel son máculas o manchas de color marrón oscuro o gris pizarra o pápulas con, en la mayoría de los casos, un patrón de pigmentación difuso. Afectan principalmente a cara, cuello y extremidades superiores. Aunque las lesiones son generalmente asintomáticas, prurito leve y sensación de quemazón están presentes en la tercera parte de los pacientes. Se han descrito en la literatura casos de distribución zosteriforme, lineal o segmentaria y afectación de la mucosa oral. Su etiología es desconocida, pero varios factores (por ejemplo inmunológicos asociado al antígeno HLA-DR, infecciones virales y ciertas sustancias tóxicas) pueden desencadenar la enfermedad. No hay un consenso establecido con respecto al tratamiento, algunos son autorresolutivos y otros persistentes. Lo más empleado son los corticoides tópicos de mediana-alta potencia y los inmunomoduladores tópicos (tacrolimus y pimecrolimus).

Erazo G, Tello S, Freire P, Cabrera F. Enfermedad de Paget Extramamaria Vulvar. Dermatología 2014;20:28-31

La enfermedad de Paget extramamaria es una patología maligna observada, sobre todo, en áreas donde hay alta densidad de glándulas apócrinas. Pertenece al grupo de tumores epiteliales malignos y representa menos de 1% de todas las neoplasias vulvares. La forma extramamaria afecta principalmente a adultos mayores de 60 años y tiene predilección por el sexo femenino (compromiso vulvar frecuente). En la mayoría de los casos no existe asociación con otra neoplasia subyacente y no se ha establecido el origen de la célula de Paget en esta enfermedad. Es una lesión en placa eccematososa y/o psoriasiforme, erosiva y generalmente única. El diagnóstico representa un reto clínico y está basado en la sospecha clínica, siendo el resultado histopatológico de una o varias biopsias el que establecerá el diagnóstico definitivo. Los principales diagnósticos diferenciales son: enfermedad de Bowen, carcinoma basocelular pagetoide y melanoma. El diagnóstico de la enfermedad de Paget se confirma con la biopsia de piel en la cual se observa una epidermis acantósica con células grandes de citoplasma claro con núcleos prominentes centrales atípicos. La inmunohistoquímica confirma el origen glandular con positividad para CK-7, CEA,

EMA y negatividad para S-100. Cuando existe positividad además para CK-20 debe sospecharse un carcinoma subyacente. El tratamiento de lesiones vulvares es controversial existiendo dos corrientes: la del manejo quirúrgico que es la más usada sin embargo hay altas tasas de morbilidad y mutilación con deformación y pérdida de la función vulvar y la del conservador existiendo una importante variedad como la escisión local de la lesión, terapia con ablación láser, uso de tratamientos tópicos, como el imiquimod, además de la terapia fotodinámica, usados en lesiones extensas con el fin de preservar la anatomía y la funcionalidad de la vulva.

Erazo G, Tello S, Cabrera F, Freire P. Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso. Dermatología 2014;20:32-34

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se relaciona con infecciones oportunistas causadas por agentes fúngicos, bacterianos y virales. La Histoplasmosis es una enfermedad frecuente, potencialmente incapacitante y mortífera, producida por *Histoplasma capsulatum* var *capsulatum*, constituye la micosis endémica más frecuente en individuos inmunocomprometidos. Existen histoplasmosis progresivas y diseminadas de esta infección que suelen tener un curso fatal cuando no son tratadas. En estos casos las lesiones se sitúan en las mucosas, la piel, los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo, las suprarrenales y con menor frecuencia en el sistema nervioso central. Los azólicos, tales como el ketoconazol, el itraconazol, el fluconazol y el posaconazol, así como la anfotericina B, son activos “in vitro” e “in vivo” frente a *H. capsulatum*. La elección del antifúngico, así como la dosis y su forma de administración, dependen de las manifestaciones clínicas del paciente y de las patologías asociadas o sus tratamientos. Terminado el tratamiento de la enfermedad, se continúa con tratamiento supresivo o profilaxis secundaria para evitar recaídas.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Síndrome de Gorlin Goltz en paciente pediátrico. Dermatología 2014;20:35-37

El síndrome de Gorlin-Goltz es un desorden genético caracterizado por una tendencia a desarrollar tumores odontógenos queratoquísticos y múltiples defectos del desarrollo. La mutación cromosómica del síndrome Gorlin-Goltz ha sido mapeada en los cromosomas 9 (q22.3 y q31) y 1 (p32), donde se ha descrito un gen supresor tumoral. El grado de penetrancia es alto (aproximadamente 97%), y la expresibilidad es variable. El promedio de edad del diagnóstico del síndrome se ubica entre la primera y segunda década de vida. El promedio de aparición de carcinoma basocelular es a los 20 años de edad. Según Kimonis, en este síndrome existen

rasgos mayores y menores. Rasgos mayores: Carcinomas basocelulares múltiples o uno de aparición antes de los 20 años, confirmados histológicamente, hoyuelos palmares o plantares (>3), calcificación bilaminar de la hoz del cerebro, historia positiva familiar del síndrome. Rasgos menores: Anomalías congénitas del esqueleto, macrocefalia (>97 del percentil con abombamiento frontal), fibroma cardíaco u ovárico, méduloblastoma, quistes linfomesentéricos, malformaciones congénitas. Para considerar que un paciente es portador de síndrome de Gorlin Goltz, debe presentar por lo menos 2 rasgos mayores, o 1 rasgo mayor y un pariente de primera línea afectado, o 2 rasgos menores y un pariente de primera línea afectado, o múltiples carcinomas basocelulares en la infancia. El tratamiento estándar en estos pacientes es la excéresis de los carcinomas basocelulares con márgenes de seguridad, pero la recurrencia de las lesiones ha planteado tratamientos alternativos como la cirugía de Mohs, el láser de CO2 y Erbium-Yag, el curetaje, la electrocoagulación, la criocirugía y la terapia fotodinámica con una tasa de curación reportada entre un 85 a 98%.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Lesión en Planta de Pie. Dermatología 2015;21:36-37

Las malformaciones vasculares son lesiones benignas, relativamente raras, presentes siempre desde el nacimiento, pero a veces no visibles hasta semanas, meses e incluso años después como es el caso de nuestra paciente. Se trata de errores difusos o localizados del desarrollo embriológico clásicamente atribuidos a mutaciones esporádicas. La presentación clínica es muy variable desde manchas asintomáticas hasta lesiones de alto flujo o localizaciones peculiares que pueden incluso poner en peligro la vida del paciente. Ninguna lesión vascular de nacimiento presente en un adolescente o adulto debe denominarse hemangioma o angioma, porque realmente se trata de una malformación vascular. No tienen un ciclo de crecimiento y posterior regresión espontánea, sino que persisten para siempre y van creciendo lentamente. Las malformaciones vasculares arteriovenosas (MVA) se caracterizan por presentar vasos de tipo arterial y venoso de morfología alterada, su patogénesis estaría dada por una falla en la involución de los vasos arteriovenosos de los plexos primitivos retiformes desde una etapa embrionaria temprana, a pesar de ser congénitas constituyen el grupo que más tardíamente se diagnostica, a veces durante la cuarta-quinta década de la vida. La localización más frecuente es en cabeza y cuello debido a la gran vasculatura de esta área en la etapa embrionaria, principalmente a nivel de mejillas y pabellón auricular, pero existen casos raros y atípicos como el de nuestra paciente donde la MVA se localiza en la planta del pie.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Enfermedad de Hansen. A propósito de un caso. Dermatología 2015;21:32-35

La enfermedad de Hansen o lepra constituye un problema importante de salud en todo el mundo, es causada por *Mycobacterium leprae* (M. leprae) y *Mycobacterium lepromatosis* (M. lepromatosis). Es una enfermedad muy antigua, la conocieron las antiguas civilizaciones de China, Egipto e India, aproximadamente hacia el año 600 a.c. Actualmente existen zonas con alta incidencia en África, Asia y América Latina. Ecuador es uno de los diez países que reporta más de 100 casos nuevos por año según la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar del gran número de investigaciones realizadas, no se ha llegado a un consenso respecto de la forma de transmisión e invasión del microorganismo. El sistema de invasión y desplazamiento de este agente en el organismo también es motivo de discusión. El período de incubación de la enfermedad es, en promedio, de cinco años. La expresión clínica en la enfermedad de Hansen es un reflejo de la respuesta inmune del huésped y comprende un amplio espectro de manifestaciones. La enfermedad afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos; los síntomas pueden tardar hasta veinte años en aparecer. La hipopigmentación o eritema de la piel con déficit sensorial es uno de los signos clínicos más importantes en el diagnóstico.

ABSTRACTS OF PUBLICATIONS

Erazo G, Freire P, Cabrera F, Romero J, García L. Tumor en Cuero Cabelludo. Dermatología 2011;17:26-29

Merkel cells (MCC) are cutaneous neuroendocrine cells are widely distributed in the epidermis towards the end of the axons of the nerves most often located in the basal layer, they can act as mechanoreceptors or quimorreceptores and are concentrated in sensitive areas to touch the scalp and some mucous. This is a rare and aggressive cancer of the skin neuroendocrine cells. The course of the disease is difficult to predict and varies from relatively indolent to aggressive, often extends to local, regional and distant sites. Its pathogenesis remains controversial. It is a primary cutaneous tumor in 75% of cases, is unique, dome-shaped or plate, red-violet color, usually less than 2 cm in size and not ulcerated. The recommendation is surgical excision with wide margins.

Erazo G, Freire P, Cabrera F, Romero J, García L. Pénfigo Benigno Familiar Dermatología 2011;17:23-25

Hailey Hailey disease or familial benign pemphigus, is a chronic disease autosomal dominant with incomplete penetrance, characterized by a defect in adherence of keratinocytes. Lesions occur in flexural regions especially neck, armpits, groin and inframammary region, exacerbated by heat, sweat, friction and / or secondary infections. At first the lesions are flaccid vesicles or blisters arising on erythematous or normal skin. Afterwards they break and erode, forming plaques, well demarcated, circular contours and scaly collarette, covered by thick crusts. Lesions develop over several weeks or months, resulting in new lesions in the periphery, they move centrifugally, leaving erosions, scabs and pigmentation changes. There is no specific effective treatment or prophylaxis of disease recurrence, except protect skin from friction, heat and other precipitating factors.

Erazo G, Cabrera F, Freire P. Liquen Plano Pigmentoso. Dermatología 2013;19:23-25

Lichen planus pigmentosum is a rare variant of lichen planus is characterized by blemishes or spots or diffuse reticular pattern, hyperpigmentation, dark brown in exposed areas and in the folds of flexion. The disease usually occurs in the third or

fourth decade of life, predominantly women. The lesions are asymptomatic or mildly pruritic. Changes in skin blemishes or spots are dark brown or slate gray or papules, in most cases, a pattern of diffuse pigmentation. Mainly affect the face, neck and upper extremities. Although the lesions are usually asymptomatic, mild itching and burning are present in one third of patients. Described in the literature for zosteriform cases, linear or segmental distribution and oral mucosal involvement. Its etiology is unknown, but several factors (eg immune-associated HLA-DR antigen, viral infections and certain topical substances) can trigger the disease. There is no established consensus regarding treatment, some are autorresolutivos and other persistent. The most used are topical corticosteroids medium-high power and topical immunomodulators (tacrolimus and pimecrolimus).

Erazo G, Tello S, Freire P, Cabrera F. Enfermedad de Paget Extramamaria Vulvar. Dermatología 2014;20:28-31

Paget's disease is a malignant disease extramammary observed, especially in areas where there is high density of apocrine glands. It belongs to the group of malignant epithelial tumors and represents less than 1% of all vulvar malignancies. Extramammary form mainly affects adults older than 60 years and has a predilection for the female (vulvar common commitment). In most cases there is no association with another underlying malignancy and has not established the origin of the cell Paget disease. It is an injury to eczematous and / or psoriasiform, erosive and generally single board. The diagnosis is a clinical challenge and is based on clinical suspicion, being the histopathologic result of one or more biopsies to establish the definitive diagnosis. The main differential diagnoses are: Bowen's disease, basal cell carcinoma and melanoma pagetoid. The diagnosis of Paget's disease is confirmed with skin biopsy in which a acanthotic epidermis is observed with large clear cytoplasm cells with atypical central prominent nuclei. Immunohistochemistry confirmed the glandular origin are positive for CK-7, CEA, EMA and negative for S-100. When there is also positive for CK-20 should be suspected an underlying carcinoma. The treatment of vulvar lesions is controversial there two streams: the surgical management is the most widely used but there are high rates of morbidity and mutilation with deformation and loss of function and vulvar conservative as having a large variety of local excision injury, laser ablation therapy, use of topical treatments such as imiquimod addition of photodynamic therapy, extensive lesions used in order to preserve the anatomy and function of the vulva.

Erazo G, Tello S, Cabrera F, Freire P. Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso. Dermatología 2014;20:32-34

The acquired immunodeficiency syndrome is related to opportunistic infections caused by fungal, bacterial and viral agents. Histoplasmosis is a common, potentially disabling and deadly disease caused by *Histoplasma capsulatum* var *capsulatum*, is the most common endemic mycosis in immunocompromised individuals. There are progressive and spread of this infection that usually have a fatal course when they are not treated histoplasmosis. In these cases the lesions are located in mucous membranes, skin, lymph nodes, liver, spleen, adrenal and less frequently in the central nervous system. Azole, such as ketoconazole, itraconazole, fluconazole and posaconazole and amphotericin B, are active "in vitro" and "in vivo" against *H. capsulatum*. The choice of antifungal well as the dose and way of administration depend on the patient's clinical manifestations and associated diseases and their treatments. Finished the treatment of the disease, it continues with secondary prophylaxis or suppressive therapy to prevent relapse.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Síndrome de Gorlin Goltz en paciente pediátrico. Dermatología 2014;20:35-37

The Gorlin-Goltz syndrome is a genetic disorder characterized by a tendency to develop queratoquísticas odontogenic tumors and multiple developmental defects. Chromosomal mutation Goltz-Gorlin syndrome has been mapped on chromosomes 9 (q31 and q22.3) and 1 (p32), which described a tumor suppressor gene. The degree of penetrance is high (approximately 97%), and expressibility is variable. The average age of diagnosis of the syndrome is located between the first and second decade of life. The average occurrence of basal cell carcinoma is 20 years old. According Kimonis in this syndrome are major and minor features. Major features: multiple basal cell carcinomas or an appearance before age 20, confirmed histologically, palmar or plantar dimples (> 3), bilaminar calcification of the falx, positive family history of the syndrome. Minor features: Congenital anomalies of the skeleton, macrocephaly (> 97 percentile with frontal bossing), cardiac or ovarian fibroma, medulloblastoma, linfomesentéricos cysts, congenital malformations. To consider that a patient has Gorlin Goltz syndrome, you must have at least 2 major features or one major and a relative trait first affected line or two minor features and a relative of first affected line or multiple basal cell carcinomas in the childhood. The standard treatment for these patients is the excision of basal cell carcinomas with safety margins, but the recurrence of injury has raised alternative treatments such as Mohs surgery, laser

CO2 and Erbium: YAG, curettage, electrocoagulation, Cryosurgery and photodynamic therapy with a cure rate reported between 85-98%.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Lesión en Planta de Pie. Dermatología 2015;21:36-37

Vascular malformations are benign lesions relatively rare, always present at birth, but sometimes not visible until weeks, months and even years later as is the case with our patient. It is diffuse or localized errors embryological development classically attributed to sporadic mutations. The clinical presentation is highly variable ranging from asymptomatic lesions spots to high flow or unusual locations that may even endanger the patient's life. Any vascular lesion present at birth an adolescent or adult must be named hemangioma or angioma, because it really is a vascular malformation. They have a growth cycle and subsequent spontaneous regression, but persist forever and grow slowly. Arteriovenous vascular malformations (MVA) are characterized by vessels of arterial and venous type of altered morphology, its pathogenesis would be given by a failure of involution of arteriovenous vessels in the retiform primitive plexus from an early embryonic stage, despite being Congenital they constitute the group that is diagnosed late, sometimes during the fourth to fifth decade of life. The most common location is in head and neck due to the large vasculature of this area in the embryonic stage, mainly at cheeks and ear, but there are rare and atypical cases such as our patient where MVA is located on the ground foot.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Enfermedad de Hansen. A propósito de un caso. Dermatología 2015;21:32-35

Hansen's disease or leprosy is a major health problem worldwide, is caused by *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) and *Mycobacterium lepromatosis* (*M. lepromatosis*). It is a very old disease, known ancient civilizations of China, Egypt and India, about the year 600 BC Currently there are areas with high incidence in Africa, Asia and Latin America. Ecuador is one of the ten countries that reported more than 100 new cases per year according to the World Health Organization (WHO). Despite the large number of investigations, it has not reached a consensus on the form of transmission and invasion of the organism. The system invasion and displacement of this agent in the body is also controversial. The incubation period of the disease is on average five years. The clinical expression Hansen's disease is a reflection of the host immune response and comprises a wide spectrum of manifestations. The

disease mainly affects the skin, peripheral nerves, mucosa of the upper respiratory tract and eyes; Symptoms may take up to twenty years to appear. Hypopigmentation or skin erythema with sensory deficit is one of the most important clinical signs in diagnosis.

RESUMEN DE LOS POSTERS

Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Técnicas de reconstrucción quirúrgica de la pirámide nasal por cáncer de piel no melanoma. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

El Cáncer no Melanoma es el tumor maligno más frecuente de la especie humana. Se ubica en cara y cuello en un 80% de los casos, el 30% se ubica en la nariz, por lo tanto es importante un profundo conocimiento de las opciones de reconstrucción en esta área para brindar a nuestros pacientes los mejores resultados estéticos y funcionales. Para la realización de cualquier técnica es importante el conocimiento de la anatomía, sub unidades estéticas, irrigación e inervación del área quirúrgica. Para la cobertura de un defecto una vez extirpada la lesión, debemos realizar la cobertura cutánea como opción principal el cierre directo, lo cual no siempre es posible, el cierre por segunda intención, los colgajos y si esto no se logra la última opción son los injertos.

Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Síndrome de Rowell, presentación de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

El síndrome de Rowell se caracteriza por la asociación de lupus eritematoso sistémico (LES) y lesiones de tipo eritema multiforme con la presencia de marcadores inmunológicos como son los anticuerpos antinucleares con patrón moteado, anticuerpos anti-La y factor reumatoide positivo. Existe controversia acerca de su existencia aunque para algunos autores es una entidad con criterios bien establecidos. Presentamos un caso confirmado con histopatológico y marcadores inmunológicos.

Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Síndrome de Gorlin Goltz, a propósito de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

El síndrome de Gorlin - Goltz también llamado síndrome del carcinoma basocelular nevoide es una enfermedad muy rara del grupo de las displasias ectodérmicas caracterizado por la tríada de carcinomas basocelulares múltiples, queratoquistes odontogénicos mandibulares y alteraciones esqueléticas. En niños se presenta entre

la primera y segunda década de vida debido a que se presenta un patrón autosómico dominante de expresividad variable.

Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Liquen plano pigmentoso, a propósito de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

El Liquen Plano Pigmentoso es una variante rara y poco frecuente del liquen plano, se caracteriza por máculas o manchas en patrón reticular o difuso, hiperpigmentadas color marrón oscuro en las áreas fotoexpuestas y en los pliegues de flexión. La enfermedad suele aparecer en la tercera o cuarta década de vida, con predominio en mujeres. Se han descrito en la literatura casos de distribución zosteriforme, lineal o segmentaria y afectación de la mucosa oral. Su etiología es desconocida, pero varios factores (por ejemplo inmunológicos asociado al antígeno HLA-DR, infecciones virales y ciertas sustancias tóxicas) pueden desencadenar la enfermedad.

RESUMEN DE LAS CONFERENCIAS MAGISTRALES

Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Psoriasis Pustulosa variante anular, reporte de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.

La psoriasis es una enfermedad crónica, de etiología no bien conocida aún, pero que presenta un acortamiento del ciclo celular con alteraciones en la maduración de los queratinocitos. Tiene diferentes formas de presentación, siendo la psoriasis vulgar la más frecuente, y la pustulosa es una de las más raras. En esta última, la lesión predominante son las pústulas estériles y así mismo, puede ser localizada o generalizada. Existe además la afección articular asociada, la artritis psoriásica, siendo poco frecuente, pero se ha asociado más a la forma pustulosa. Se presentó el caso de una paciente de 57 años de edad diagnosticada de esta rara entidad tras realización de una buena historia clínica y exámenes.

Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Calcinosis Escrotal Idiopática, rara entidad, reporte de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.

Es un trastorno raro y de origen desconocido caracterizado por depósitos de calcio a nivel de la dermis del escroto. Se clasifica en distrófica, metastásica e idiopática. En la calcificación idiopática no existen evidencias de anomalías tisulares o de metabolismo fosfocálcico. Se presentó el caso de un paciente masculino de 40 años de edad a quien se le diagnosticó de esta rara enfermedad tras presentar nódulos duros en el escroto asociados al hallazgo de litiasis renal.

Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. “Pelos en Sacacorcho”, un nuevo marcador dermatoscópico en la tiña capitis. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.

La Tiña Capitis es una infección del cuero cabelludo común en los niños, causada por diversas especies de dermatofitos de los géneros *Trichopyton* y *Microsporum*. La dermatoscopia es un método eficaz, rápido, barato e inocuo que puede facilitar su diagnóstico. Presentamos el caso de un niño de 3 años de edad con placas alopécicas grandes en cuero cabelludo quien tras recibir varios tratamientos sin resultado es diagnosticado dermatoscópicamente de tiña capitis para lo cual recibió

antimicóticos a dosis pediátrica confirmándose el diagnóstico al evidenciar gran mejoría.

Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Eficacia y seguridad de Rituximab en pénfigo vulgar. A propósito de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.

Las enfermedades autoinmunitarias ampollares están inducidas por autoanticuerpos contra las proteínas de adhesión de la unión epidérmica y dermoepidérmica. El rituximab es un anticuerpo monoclonal dirigido directamente contra el antígeno CD20 de los linfocitos B. Se presentó el caso de una paciente de sexo femenino, 55 años de edad, diagnosticada de pénfigo vulgar quien tras recibir rituximab presentó una mejoría a corto y largo plazo sin efectos secundarios.

Erazo G. Técnicas quirúrgicas de reconstrucción de pirámide nasal. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014

El Cáncer no Melanoma es el tumor maligno más frecuente de la especie humana. Se ubica en cara y cuello en un 80% de los casos, el 30% se ubica en la nariz, por lo tanto es importante un profundo conocimiento de las opciones de reconstrucción en esta área para brindar a nuestros pacientes los mejores resultados estéticos y funcionales. Se presentó una serie de casos operados en el servicio de dermatología del Hospital Carlos Andrade Marín donde se resolvió el cáncer de piel con excelentes resultados estéticos.

Erazo G. Tello S. Correlación clínico patológica. Lesiones Ampollares. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014

Las diversas patologías de tipo ampollar generalmente confunden al dermatólogo, en estas situaciones una de las herramientas que nos ayudan a establecer un diagnóstico correcto es la correlación clínico patológica por lo que presentamos casos clínicos de difícil diagnóstico los cuales se logró establecer el diagnóstico gracias a la dermatopatología.

Erazo G. Histoplasmosis en pacientes inmunodeprimidos, una presentación clínica inusual. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014

La histoplasmosis clásica es una micosis sistémica, amplia distribución geográfica, producida por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum*. Por lo general las infecciones son benignas y curan espontáneamente. Los pacientes inmunocomprometidos, como los que padecen SIDA, linfomas, infecciones por CMV, los receptores de trasplantes de órganos y los que están bajo tratamiento con altas dosis de corticosteroides u otras drogas inmunosupresoras, presentan formas progresivas y diseminadas de esta infección que suelen tener un curso fatal cuando no son tratadas. La anfotericina B, el itraconazol y, más recientemente, el posaconazol han demostrado ser activos frente a *H.capsulatum*. No existe una vacuna eficaz para prevenir esta micosis.

JUSTIFICACION DE LAS PUBLICACIONES

Erazo G, Freire P, Cabrera F, Romero J, García L. Tumor en Cuero Cabelludo. Dermatología 2011;17:26-29

El carcinoma de Células de Merkel (CCM) es un tipo raro y agresivo de cáncer de piel, el cual, en la mayoría de los casos, es causado por un virus (Poliomavirus de las células de Merkel) descubierto en 2008 por un equipo de científicos de la Universidad de Pittsburgh. Se trata de un cáncer de las células neuroendócrinas cutáneas. El curso de la enfermedad es difícil de predecir y varía desde relativamente indolente a muy agresivo, a menudo se extiende a los sitios locales, regionales y distantes.

Erazo G, Freire P, Cabrera F, Romero J, García L. Pénfigo Benigno Familiar Dermatología 2011;17:23-25

La enfermedad de Hailey-Hailey o pénfigo familiar benigno es una enfermedad ampollar rara, con herencia autosómica dominante. Usualmente se inicia en la adolescencia o inicios de la segunda década. Clínicamente se caracteriza por brotes recurrentes de placas eritematosas, erosivo costrosas, con fisuración y maceración superficiales, que se extienden periféricamente con un borde de avance circinado que contiene vesículas, pústulas y escamocostras, de localización predominantemente intertriginosa. En nuestro medio, los reportes de esta enfermedad son poco frecuentes.

Erazo G, Cabrera F, Freire P. Liquen Plano Pigmentoso. Dermatología 2013;19:23-25

El liquen plano pigmentoso (LPP) es una variante relativamente rara de liquen plano (LP), se define como un desorden crónico pigmentario caracterizado por máculas hiperpigmentadas que afecta áreas expuestas al sol como la cara, cuello y extremidades superiores. Se reporta el caso por la poca frecuencia de esta patología, la misma que debe entrar en el diagnóstico diferencial de las dermatosis hiperpigmentadas en zonas fotoexpuestas.

Erazo G, Tello S, Freire P, Cabrera F. Enfermedad de Paget Extramamaria Vulvar. Dermatología 2014;20:28-31

La enfermedad de Paget Extramamaria es una enfermedad de clínica inespecífica y de baja incidencia que nos llevará, en muchas ocasiones, a diagnósticos tardíos y a tratamientos ineficaces a no ser que exista una alta sospecha clínica. Esto evitará técnicas quirúrgicas agresivas, mejorará la morbimortalidad de los pacientes y ayudará a localizar precozmente neoplasias asociadas. Del médico dermatólogo dependerá poder llegar a un diagnóstico precoz que permita instaurar tratamiento en fases tempranas de la enfermedad. Ante la sospecha de esta enfermedad siempre habrá que actuar de forma rápida confirmándola con una biopsia y después realizando un amplio estudio de extensión y mapeo de la lesión en casos extensos.

Erazo G, Tello S, Cabrera F, Freire P. Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso. Dermatología 2014;20:32-34

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se relaciona con infecciones oportunistas causadas por agentes fúngicos, bacterianos y virales. La Histoplasmosis es una enfermedad frecuente, potencialmente incapacitante y mortífera, producida por *Histoplasma capsulatum* var *capsulatum*, constituye la micosis endémica más frecuente en individuos inmunocomprometidos. Existen histoplasmosis progresivas y diseminadas de esta infección que suelen tener un curso fatal cuando no son tratadas. Se presenta el caso debido a la gran importancia de identificar este tipo de micosis en ésta población de pacientes.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Síndrome de Gorlin Goltz en paciente pediátrico. Dermatología 2014;20:35-37

El síndrome de Gorlin-Goltz es un desorden genético caracterizado por una tendencia a desarrollar tumores odontógenos queratoquísticos y múltiples defectos del desarrollo. Se presenta el caso ya que es importante el manejo multidisciplinario de los servicios de Pediatría, Dermatología, Odontología y Genética para realizar un seguimiento adecuado y brindar al paciente las mejores opciones terapéuticas posibles.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Lesión en Planta de Pie. Dermatología 2015;21:36-37

Las malformaciones vasculares son lesiones benignas, relativamente raras, presentes siempre desde el nacimiento, pero a veces no visibles hasta semanas, meses e incluso años después como es el caso de nuestra paciente. La localización más frecuente es en cabeza y cuello debido a la gran vasculatura de esta área en la etapa embrionaria, principalmente a nivel de mejillas y pabellón auricular, pero existen casos raros y atípicos como el de nuestra paciente donde la MVA se localiza en la planta del pie.

Erazo G, Machado N, Cabrera F, Freire P, Tello S. Enfermedad de Hansen. A propósito de un caso. Dermatología 2015;21:32-35

La enfermedad de Hansen o lepra constituye un problema importante de salud en todo el mundo, es causada por *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) y *Mycobacterium lepromatosis* (*M. lepromatosis*). A pesar del gran número de investigaciones realizadas, no se ha llegado a un consenso respecto de la forma de transmisión e invasión del microorganismo. El período de incubación de la enfermedad es, en promedio, de cinco años. La expresión clínica en la enfermedad de Hansen es un reflejo de la respuesta inmune del huésped y comprende un amplio espectro de manifestaciones. Presentamos este caso ya que la manifestación cutánea es atípica haciéndonos pensar en otro tipo de diagnósticos por lo que se destaca la importancia de la correlación clínico patológica.

JUSTIFICACION DE LOS POSTERS

Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Técnicas de reconstrucción quirúrgica de la pirámide nasal por cáncer de piel no melanoma. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

El Cáncer no Melanoma es el tumor maligno más frecuente de la especie humana. Su ubicación predilecta en la pirámide nasal hace importante que el médico dermatólogo diagnostique y trate adecuadamente esta patología, mucho más por ser una de las áreas estéticas más importantes de la cara, en vista de ello el profesional encargado debe dominar las diversas técnicas quirúrgicas para garantizar no solo la resolución del cáncer sino también los mejores resultados estéticos.

Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Síndrome de Rowell, presentación de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

El síndrome de Rowell es una asociación de lupus eritematoso sistémico (LES) y lesiones de tipo eritema multiforme con la presencia de marcadores inmunológicos como son los anticuerpos antinucleares con patrón moteado, anticuerpos anti-La y factor reumatoide positivo. Este diagnóstico es un reto para el dermatólogo y mucho más para el dermatólogo recién graduado ya que puede presentarse de manera atípica y hacernos confundir con otras patologías por lo que es importante saber el tipo de exámenes a solicitar a la hora de tener en frente un paciente con las características del caso presentado.

Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Síndrome de Gorlin Goltz, a propósito de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

El síndrome de Gorlin - Goltz es una enfermedad muy rara del grupo de las displasias ectodérmicas caracterizado por la tríada de carcinomas basocelulares múltiples, queratoquistes odontogénicos mandibulares y alteraciones esqueléticas. Es importante su diagnóstico sobre todo en la infancia ya que su manejo amerita de un grupo multidisciplinario con el objetivo no solo de un diagnóstico correcto sino también de brindar una buena calidad de vida al paciente.

Erazo G. Erazo X. Cabrera F. Liquen plano pigmentoso, a propósito de un caso. XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, 2-5 mayo 2014.

El Liquen Plano Pigmentoso es una variante rara y poco frecuente del liquen plano, para el médico dermatólogo en formación es una entidad poco conocida que al ser estudiada a profundidad jamás podrá ser olvidada y será de gran ayuda para el establecimiento del diagnóstico de pacientes con las características clínicas del caso presentado.

JUSTIFICACION DE LAS CONFERENCIAS MAGISTRALES

Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Psoriasis Pustulosa variante anular, reporte de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.

Se presentó el caso de una paciente diagnosticada de psoriasis pustulosa anular ya que ésta es una variante poco frecuente que es muy parecida a otras entidades clínicas como el Sneddon Wilkinson que nos podría confundir al establecer el diagnóstico sin embargo un historia clínica detallada y un buen examen físico nos ayudará a establecer el diagnóstico y tratamiento correcto.

Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Calcinosis Escrotal Idiopática, rara entidad, reporte de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.

La Calcinosis Escrotal Idiopática asociada a litiasis renal es una rara entidad que se presenta en pacientes sin ninguna predisposición ni alteración metabólica conocida. Es importante saber que cuando un paciente masculino presente nódulos duros en el escroto y al histopatológico se confirme que son de calcio obligatoriamente debemos realizar exámenes de extensión ya que al estudiar el caso presentado descubrimos su litiasis renal misma que desconocía el paciente.

Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. “Pelos en Sacacorcho”, un nuevo marcador dermatoscópico en la tiña capitis. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.

La Tiña Capitis es una infección del cuero cabelludo común en los niños, que al no ser diagnosticada adecuadamente hace que el paciente pediátrico sea sometido innecesariamente a tratamientos no adecuados. La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica de fácil uso, muy útil y sobre todo de bajo costo que ayuda a establecer el diagnóstico correcto de las alopecias de la infancia.

Erazo G, Cabrera F, Freire P, Tello S, Erazo X. Eficacia y seguridad de Rituximab en pénfigo vulgar. A propósito de un caso. XXXIII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Lima, 1-4 mayo 2015.

Gracias a la creación de la medicación biológica ha sido posible tratar a largo plazo enfermedades autoinmunes de la piel que antes no se podía lograr con los inmunomoduladores comunes, el pénfigo por ejemplo es una de estas enfermedades que ahora son controladas satisfactoriamente gracias al uso del rituximab que es un medicamento seguro y eficaz con el cual se ha logrado limpiar las lesiones en un 100% con una excelente calidad de vida para el paciente.

Erazo G. Técnicas quirúrgicas de reconstrucción de pirámide nasal. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014

El Cáncer no Melanoma es el tumor maligno más frecuente de la especie humana. Su ubicación en la cara y sobre todo en la pirámide nasal obliga al dermatólogo no solo a un diagnóstico correcto del tipo de cáncer sino también a brindar el mejor tratamiento para esta patología sea con quimioterapia tópica o intervención quirúrgica que es lo más usual y lo más indicado ya que la pirámide nasal es un área de riesgo, en vista de ello el dermatólogo debe dominar las distintas técnicas de reconstrucción para no alterar la estética de una de las áreas más importantes del rostro.

Erazo G. Tello S. Correlación clínico patológica. Lesiones Ampollares. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014

Las diversas patologías de tipo ampollar generalmente confunden al dermatólogo, en estas situaciones es importante acudir a la patología que nos podrá ayudar a establecer el diagnóstico correcto, la correlación clínico patológica es un arma muy poderosa a la hora de establecer un buen diagnóstico en aquellos casos difíciles.

Erazo G. Histoplasmosis en pacientes inmunodeprimidos, una presentación clínica inusual. I Curso Internacional de Cirugía Dermatológica en el XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología. Cuenca – Ecuador. 17 de julio de 2014

Los pacientes inmunocomprometidos son muy propensos a presentar infecciones oportunistas cuya forma de presentación puede ser atípica, progresiva y diseminada poniendo en riesgo la vida del paciente por lo que es muy importante conocer que las patologías micóticas son las primeras en aparecer en esta clase de pacientes, su diagnóstico y tratamiento correctos son importantes ya que en los inmunodeprimidos pueden ser mortales.

RESPALDO DE LA PUBLICACION

Tumor en Cuero Cabelludo

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

EDITORIAL

- 5 **Gracias.**
Dr. Enrique Úraga Pazmiño.

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 6 **Correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica de lesiones melanocíticas y no melanocíticas.**
Tamara León L.
- 15 **Daño actínico de PUVA-terapia sistémica en fototipos de piel IV y V.**
Gilda Zurita, E Romero, Vladimir Preciado R., Enrique Úraga P.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 19 **Tinea nigra: Características clínico-dermatoscópicas y breve revisión del tema.**
Enrique Úraga P., Juan Carlos Garcés, María Verónica Úraga, Henry Parra, María Cecilia Briones

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

- 23 **Pénfigo benigno familiar.**
Gielle Erazo, Patricio Freire, Franklin Cabrera, José Romero, Liliana García
- 26 **Tumor en cuero cabelludo.**
Gielle Erazo, Patricio Freire, Franklin Cabrera, José Romero, Liliana García

REPORTES DE CASOS

- 30 **Dermatitis por coleópteros. Reporte de un caso.**
Enrique Úraga P., Henry Parra, María Verónica Úraga, Andrea Lubkov, María Cecilia Briones
- 33 **Enfermedad granulomatosa de la infancia.**
Eduardo Garzón A., Dra. Viviana Herrera V.
- 37 **Poliarteritis nodosa cutánea tratada con dapsona: Reporte de un caso.**
Oscar Cedeño M., Juan Carlos Garcés S., Alexandra Reyes A., Enrique Úraga P.
- 41 **Poroqueratosis.**
Yadira Tapia, Sayomara Zaputt, Marcelo Merchán
- 45 **Granuloma Anular: Reporte de 5 casos pediátricos y revisión de la literatura.**
Annette Morán, Cristina Solórzano, Verónica Úraga, Juan Carlos Garcés S., Enrique Úraga P.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Tumor en cuero cabelludo.

Giselle Erazo,* Patricio Freire,** Franklin Cabrera,*** José Romero,*** Liliana García***

*Médico Postgradista de Dermatología. Universidad San Francisco de Quito. Hospital Carlos Andrade Marín

**Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital Carlos Andrade Marín

***Médico Tratante de Dermatología. Hospital Carlos Andrade Marín

Clínica

Presentamos un paciente varón, de 48 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien acude a consulta externa por presentar una neoplasia nodular lisa eritematoviolácea, indurada, de bordes netos, no dolorosa a la palpación, no móvil ubicada a nivel fronto parietal del cuero cabelludo, de 3 meses de evolución, no se evidencia la presencia de adenopatías.



Fotos 1 y 2

Histopatología

La biopsia del tumor reporta: Hiperqueratosis, tapones córneos foliculares, atipia y pérdida de la polaridad de células basales y del estrato intermedio, presenta en la dermis infiltrado linfocitario liqueroide con algunos melanófagos, presencia de Demodex Folliculorum. Epidermis adelgazada que muestra atipia de células basales y acantolisis suprabasal y ocasionales células disqueratóicas. La dermis presenta área de fibrosis con células tumorales de escaso citoplasma, núcleos redondos e hiperqueratóicos, rodeadas de abundante infiltrado linfocitario que se extiende hasta el pániculo adiposo. (Fotos 3, 4 y 5)

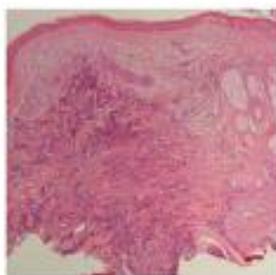


Foto 3

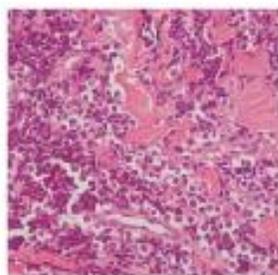


Foto 4

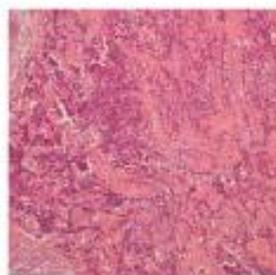
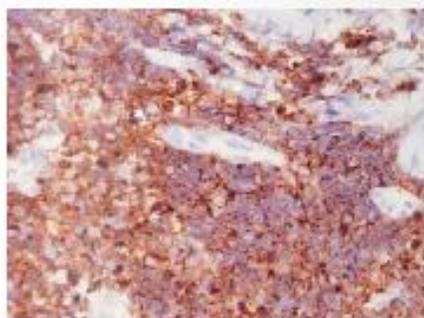
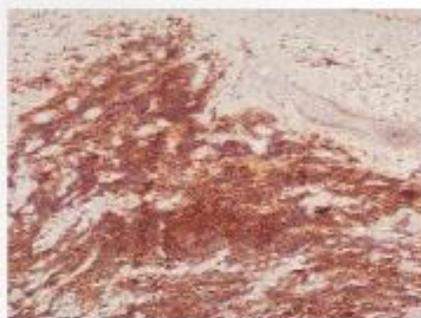


Foto 5

La Inmunohistoquímica reportó: CROMOGRANINA: Positividad paramuclear en células tumorales. PAN CK: Positivo en glóbulos paramucleares. CK 20: Positividad paramuclear. AEM: Positivo en células tumorales. bc12: Positivo en células tumorales. ALC: Negativo en células tumorales. CD 68: Positivo en células dendríticas. SINAPTOFISINA, S 100, TTF 1: Negativo en células tumorales. CD 20: Negativo en células tumorales. Positivo en 20% de linfocitos. CD3: Negativo en células tumorales. Positivo en 70% de linfocitos. CD8: Negativo en células tumorales. Positivo en 70% de linfocitos.



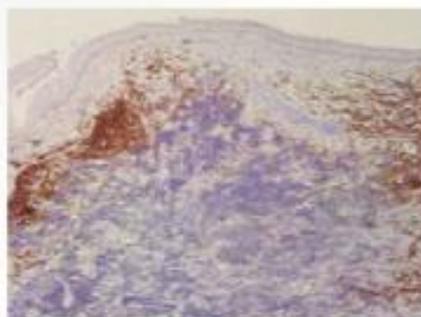
A. Cromogranina



B. Citokeratina-20



C. Bcl-2



D. Antígeno Leucocitario Común

Diagnóstico. Carcinoma Neuroendócrino cutáneo o carcinoma de células de Merkel

Discusión

Las células de Merkel (MCC) son células neuroendócrinas cutáneas que se encuentran ampliamente distribuidas en la epidermis hacia el final de los axones de los nervios más a menudo localizadas en la capa basal, pueden actuar como mecanorreceptores o quimiorreceptores y están concentradas en las áreas sensibles al tacto, en el cuero cabelludo y en algunas mucosas.^{1,4}

El origen de las células de Merkel en humanos ha sido motivo de controversia, algunos investigadores creen que es un derivado de

la cresta neural, mientras que otros han propuesto que se trata de un producto de la diferenciación de los queratinocitos epidérmicos fetales.^{1,4} La mayoría de estudios se centran en las funciones neuroendócrinas y su posible transformación maligna en los carcinomas de células de Merkel (MCC).^{5,11}

El carcinoma de células de Merkel (MCC, anteriormente conocido como carcinoma trabecular), fue descrito por primera vez por Toker en 1972. Seis años después, la demostración ultraestructural de gránulos neurosecretorios llevó a Tang y Toker a concluir que el carcinoma trabecular derivaba de la cresta neural y a sugerir a las células de Merkel como origen de esta lesión.¹ La presencia de un poliomavirus previamente

desconocido descubierto recientemente en el 80% de tumores, que los autores llamaron poliomavirus de células de Merkel, puede estar involucrado en la transformación maligna de estas células y el hecho de que oncoproteínas virales parecen jugar un papel crítico en la progresión del tumor es motivo de estudios actuales sobre los métodos que utiliza el sistema inmunológico del cuerpo para atacar el tumor y el uso de antiretrovirales en este tipo de pacientes desempeñando un aparente papel protector directo frente a este tumor.^{5-7,20,24}

Se trata de un cáncer raro y agresivo de las células neuroendocrinas cutáneas. El curso de la enfermedad es difícil de predecir y varía desde relativamente indolente a muy agresivo, a menudo se extiende a los sitios locales, regionales y distantes. Su patogenia sigue siendo controvertida, se habla en algunos estudios de la existencia de factores de riesgo compartido para el MCC y otros tipos de cáncer ya que muchas personas que son diagnosticadas con MCC tienen antecedentes de otros cánceres, por ejemplo, el aumento de los riesgos comunes del MCC y el mieloma múltiple, la leucemia linfocítica crónica, el linfoma no Hodgkin y el melanoma maligno se han reportado, pero no han sido explicados.⁷ En otro estudio se habla de la asociación entre el MCC y el riesgo de otros cánceres, especialmente el riesgo de carcinoma de células basales y el carcinoma de células escamosas de la piel antes y después del diagnóstico de MCC.²² La mayor conciencia de la relación entre el MCC y otros tipos de cáncer puede facilitar la detección temprana y tratamiento clínico del MCC. Actualmente no existe un tratamiento estándar.^{3,7}

Suele presentarse entre la séptima y octava década de la vida, con una incidencia mayor en hombres que en mujeres (relación 2:1), sin embargo puede aparecer en personas de menor edad como es el caso de nuestro paciente. Es más frecuente en caucásicos y pacientes con antecedentes de carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular.^{19,20} La exposición a radiación ultravioleta y la inmunosupresión parecen ser los factores de riesgo más importantes. También se lo describe asociado a la exposición al arsénico. La tasa de supervivencia a 5 años es de solo un 60%. A pesar de que el MCC es aún considerado como una entidad poco frecuente, su incidencia está aumentando rápidamente.^{15,19}

Se presenta como un tumor cutáneo primario en un 75% de los casos, único, cupuliforme o en placa, de color rojo-violáceo, generalmente de un tamaño menor a 2 cm. y no ulcerado. Crece muy rápido y suele ser asintomático. Se destaca por su alta tasa de recurrencia. MCC se puede propagar a través del sistema linfático dérmico, dando como resultado el desarrollo de múltiples lesiones satélites. MCC involucra principalmente la cabeza y el cuello (> 50% de los casos); extremidades en el 40% de los casos y el tronco en menos de 10% de los casos. En la cara los párpados están implicados con mayor frecuencia.^{12,15,17}

Histopatológicamente se observan células pequeñas, redondas, con escaso citoplasma y cromatina dispersa, figuras mitóticas y fragmentación nuclear (Figuras 1,2 y 3).^{19,23} Se podría observar vasos proliferantes y células endoteliales prominentes en el estroma. Las células contienen densos gránulos neurosecretorios y filamentos intermedios compactados en la región perinuclear, respecta epidermis, afecta casi con exclusividad la dermis, se habla de un compromiso a la hipodermis y vasos sanguíneos.^{12,23} Las células malignas del MCC son positivas para citoqueratina 20 así como para otros marcadores epiteliales y neuroendocrinos.³⁴

El diagnóstico diferencial histológico podría incluir el melanoma maligno, el linfoma, los tumores epiteliales de células pequeñas (basocelular y de glándulas sudoríparas), neuroepitelioma periférico, y en particular el carcinoma metastásico de células pequeñas.^{12,13,16}

La tasa de recidiva local, es de aproximadamente 25%, y la afectación de los ganglios linfáticos regionales se produce en el 52% de los casos. Metástasis a distancia ocurren en el 34% de los pacientes, con un alto índice de mortalidad.¹⁷ El MCC en receptores de trasplante parece tener un curso más agresivo, con un 68% de pacientes que desarrollan metástasis a los ganglios linfáticos y el 56% de morir de la enfermedad.^{9,10,15,21}

La recomendación es la extirpación quirúrgica con amplios márgenes.^{12,19-21} En un estudio se habla del papel de la radioterapia postoperatoria (RT) la cual se asocia con mejores resultados y parece ser un componente importante en el tratamiento multimodal del MCC.²⁵ En metástasis ganglionares o a distancia se ha utilizado radioterapia y quimioterapia con resultados no muy favorables.^{14,15,19,22} Hay una disminución de la tasa de recurrencia local con cirugía micrográfica de Mohs. El estudio del ganglio centinela lo recomiendan varios estudios.^{12,15,13,24}

Nuestro paciente fue referido a cirugía oncológica para tratamiento con cirugía de Mohs y ganglio centinela.

Conclusión

El carcinoma de células de Merkel es un tumor neuroendocrino raro y agresivo de la piel, vinculado recientemente a un poliomavirus desconocido y asociado a otros tipos de cáncer. Aparece principalmente en áreas fotoexpuestas y se presenta generalmente entre la séptima y octava décadas con mayor frecuencia en individuos inmunodeprimidos. Hasta el momento no existe un consenso sobre el tratamiento de esta patología que asegure un esquema terapéutico 100% efectivo, sin embargo en la mayoría de los casos la cirugía sigue siendo la alternativa terapéutica por excelencia.

Bibliografía

1. Boushais N, Misery L. Merkel cells. J Am Acad Dermatol 2007; 57(1): 147 - 165

2. Pulakovicova S, Seidenberg H. *Bratisl Lek Listy* 2011; 112(2): 80-87
3. The Rockville Merkel Cell Carcinoma Group. *J Clin Oncol* 2009; 27(24): 4021-4026
4. Calder KB, Smoller BR. New insight into merkel cell carcinoma. *Adv Anat Pathol* 2010 May;17(3):155-61
5. Zampetti A, Feliciani C, Massi G, Tulli A. Updated review of the pathogenesis and management of Merkel cell carcinoma. *J Cutan Med Surg*. 2010 Mar-Apr; 14(2): 51-61
6. Kuzbachi-Noda K, Yokota K, Matsumoto T, et al. Detection of Merkel cell polyomavirus in cutaneous squamous cell carcinoma before occurrence of Merkel cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Nov;65(5):e152-4.
7. Kaae J, Hansen AV, Biggar RJ. Merkel cell carcinoma: incidence, mortality, and risk of other cancers. *J Natl Cancer Inst*. 2010 Jun 2;102(11):793-801. Epub 2010 Apr 27.
8. Lemos B, Nghiem P. Merkel cell Carcinoma: More Deaths But Still No Pathway to Blame. *J Invest Dermatol* 2007; 127: 2100-2103
9. Bergstrom KG. Merkel cell carcinoma: banal-appearing, aggressive actor. *J Drugs Dermatol*. 2011 Jul;10(7):811-3.
10. Agelli M, Clegg LX, Becker JC, Rollison DE. The etiology and epidemiology of merkel cell carcinoma. *Curr Probl Cancer*. 2010 Jan-Feb;34(1):14-37.
11. Lien HC, Tsai TF, Lee YY, Hsiao CH. Merkel cell carcinoma and chronic arsenicism. *J Am Acad Dermatol* 2001; 41:641-643
12. Schrama D, Ugurel S, Becker JC. Merkel cell carcinoma: recent insights and new treatment options. *Curr Opin Oncol*. 2012 Jan 9.
13. Sarniak AA, Lien MH, Nghiem P. Clinical recognition, diagnosis, and staging of merkel cell carcinoma, and the role of the multidisciplinary management team. *Curr Probl Cancer*. 2010 Jan-Feb;34(1):38-46.
14. Boccardo O, Girard C, Mortier L, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of Merkel cell carcinoma. *Ann Dermatol Venerol*. 2011 Jun-Jul;138(6-7):475-82. Epub 2011 Mar 10.
15. Gupta SG, Wang LC, Peñas PF, et al. Sentinel lymph node biopsy for evaluation and treatment of patients with Merkel cell carcinoma. The Dana-Farber experience and meta-analysis of the literature. *Arch Dermatol* 2006;142:685-691.
16. Pectasides D, Pectasides M, Economopoulos T, et al. Merkel cell cancer of the skin. *Ann Oncol* 2006;17:1489-1495.
17. Becker JC, Kautzok CS, Ugurel S, Eib S, Bröcker EB, Heubner R. Merkel cell carcinoma: molecular pathogenesis, clinical features and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008 Sep;6(9):709-19.
18. Pirard-Franchimont C, Devillers C, Pirard GE. Merkel cell carcinoma: from diagnosis to therapeutic management. *Rev Med Liège*. 2009 Oct;64(10):500-5.
19. Mortier L, Mirabel X, Ferte C, Penel N. [Merkel cell carcinoma: current diagnosis and treatment. *Bull Cancer*. 2008 Sep;95(9):823-7.
20. Bhatia S, Afanasiev O, Nghiem P. Immunobiology of Merkel cell carcinoma: implications for immunotherapy of a polyomavirus-associated cancer. *Curr Oncol Rep*. 2011 Dec;13(6):488-97.
21. Rockville Merkel Cell Carcinoma Group. Merkel cell carcinoma: recent progress and current priorities on etiology, pathogenesis, and clinical management. *J Clin Oncol*. 2009 Aug 20;27(24):4021-6. Epub 2009 Jul 13.
22. Koljonen V, Kukko H, Tuksainen E, et al. Second cancers following the diagnosis of Merkel cell carcinoma: a nationwide cohort study. *Cancer Epidemiol*. 2010 Feb;34(1):62-5. Epub 2010 Jan 12.
23. Narusawa H. Merkel cell neoplasm unveiled. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2010 Apr;57(4):634-7.
24. Jung HS, Choi YL, Choi JS, et al. Detection of Merkel cell polyomavirus in Merkel cell carcinomas and small cell carcinomas by PCR and immunohistochemistry. *Histol Histopathol*. 2011 Oct;26(10):1231-41.
25. Ghadjar P, Kaanders JH, Poortmans P, et al. The essential role of radiotherapy in the treatment of Merkel cell carcinoma: a study from the Rare Cancer Network. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011 Nov 15;81(4):583-91. Epub 2011 Jul 19.

RESPALDO DE LA PUBLICACION

Pénfigo Benigno Familiar

CONTENIDO

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

EDITORIAL

- 5 **Gracias.**
Dr. Enrique Úraga Pazmiño.

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 6 **Correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica de lesiones melanocíticas y no melanocíticas.**
Tamara León L.
- 15 **Daño actínico de PUVA-terapia sistémica en fototipos de piel IV y V.**
Gilda Zurita, E Romero, Vladimir Preciado R., Enrique Úraga P.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 19 **Tinea nigra: Características clínico-dermatoscópicas y breve revisión del tema.**
Enrique Úraga P., Juan Carlos Garcés, María Verónica Úraga, Henry Parra, María Cecilia Briones

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

- 23 **Pénfigo benigno familiar.**
Giselle Erazo, Patricio Freire, Franklin Cabrera, José Romero, Liliana García
- 26 **Tumor en cuero cabelludo.**
Giselle Erazo, Patricio Freire, Franklin Cabrera, José Romero, Liliana García

REPORTES DE CASOS

- 30 **Dermatitis por coleópteros. Reporte de un caso.**
Enrique Úraga P., Henry Parra, María Verónica Úraga, Andrea Lubkov, María Cecilia Briones
- 33 **Enfermedad granulomatosa de la infancia.**
Eduardo Garzón A., Dra. Viviana Herrera V.
- 37 **Poliarteritis nodosa cutánea tratada con dapsona: Reporte de un caso.**
Oscar Cedeño M., Juan Carlos Garcés S., Alexandra Reyes A., Enrique Úraga P.
- 41 **Poroqueratosis.**
Yadira Tapia, Sayomara Zaputt, Marcelo Merchán
- 45 **Granuloma Anular: Reporte de 5 casos pediátricos y revisión de la literatura.**
Annette Morán, Cristina Solórzano, Verónica Úraga, Juan Carlos Garcés S., Enrique Úraga P.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Giselle Erazo,* Patricio Freire,** Francklin Cabrera,*** José Romero,*** Liliana García***

*Médico Postgradista de Dermatología. Universidad San Francisco de Quito. Hospital Carlos Andrade Marín

**Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital Carlos Andrade Marín

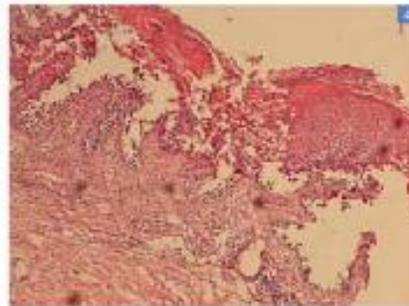
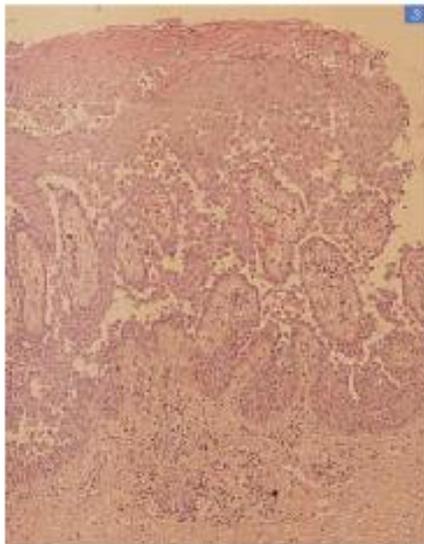
***Médico Tratante de Dermatología. Hospital Carlos Andrade Marín

Clinica

Paciente varón de 63 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia quien acude a la consulta externa por presentar una dermatosis ubicada a nivel de la región inguinal, de 2 años de evolución, caracterizada por la presencia de placas eritematosas, erosionadas y descamativas. (Fotos 1 y 2)

Histopatología

La biopsia de piel de ingle reporta: En la epidermis se observa vesícula suprabasal, edema intercelular, algunas células acantolíticas y disqueratóicas. Las papilas son elongadas que protruyen al interior de la vesícula. A nivel de la dermis se observa infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. (Fotos 3 y 4)



Fotos 1 y 2. Clínica
Fotos 3 y 4. Histopatología

Diagnóstico. Pénfigo Benigno Familiar: Enfermedad de Hailey-Hailey

Discusión

La enfermedad de Hailey Hailey o pénfigo benigno familiar es una enfermedad crónica autosómica dominante con penetrancia incompleta, caracterizada por un defecto en la adhesión de los queratinocitos.^{1,2} Compromete las regiones flexurales especialmente codo, axilas, zona inframamaria e ingles, exacerbada por el calor, sudor, fricción y/o infecciones secundarias.^{1,5}

Desde el momento que una persona desarrolla esta enfermedad es probable que presente lesiones durante toda la vida. Al principio las lesiones son vesículas o ampollas flicidas que surgen sobre piel eritematosa o normal. Posteriormente se rompen y se erosionan, formando placas, bien delimitadas, de contornos circulares y con collarete descamativo, cubiertas por costras gruesas.²⁴ Las lesiones se desarrollan durante varias semanas o meses, apareciendo nuevas lesiones en la periferia, que avanzan de forma centrífuga, dejan erosiones, costras y alteraciones de la pigmentación.^{1,5,6,7} No se debe descartar aquellas presentaciones inusuales de esta enfermedad que ponen relieve en la naturaleza variable de la misma.³

Existen muchas hipótesis respecto a la patogénesis de esta enfermedad, pero la causa aún es incierta. El defecto observado en la adhesión de los queratinocitos parece ser secundaria a una mutación del gen ATP2C1, que codifica la vía de secreción lumina de la proteína Ca²⁺/Mn²⁺ ATPasa1 (hSPCA1).^{22,23} Las proteínas mutantes en la enfermedad de Hailey Hailey crean una pérdida de la sensibilidad para la captación y transporte de los iones Ca²⁺ y Mn²⁺, en vista que los queratinocitos se mantienen juntos mediante los desmosomas y las uniones adherentes, con glicoproteínas.^{1,7,8,22}

Últimos trabajos sobre genética celular, han demostrado que esta enfermedad está motivada por una múltiple mutación del ATP2C1 en el cromosoma 3q21-24, gen que codifica el funcionamiento de la bomba celular de calcio, elemento indispensable para el mantenimiento de la integridad de la unión intercelular de los queratinocitos, no conociéndose el mecanismo por el cual la alteración de la bomba de calcio produce acantolisis.⁵ Estudios ultraestructurales han demostrado anomalía en la unidad desmosoma-tonofilamento que da lugar a un menor número de desmosomas y de tonofilamentos.^{7,9,22,23}

Más de las dos terceras partes de los pacientes se mantienen asintomáticos hasta alrededor de la tercera y la cuarta década de la vida, momento en el que se expresa. Existen antecedentes familiares en el 70% de los casos, siendo el 30% restante, casos esporádicos. No se ha observado predilección por sexos ni razas. La incidencia se estima en 1-50.000.^{24,25}

En cuanto al diagnóstico diferencial se lo podría hacer con el intérrigo, la candidiasis, el impétigo, la psoriasis invertida y la dermatitis de contacto sin dejar de lado las formas atípicas de la enfermedad que plantean problemas de diagnóstico diferencial con la enfermedad de Darier y con los pénfigos.³

La biopsia cutánea muestra extensa acantolisis con formación de ampollas intraepidérmicas de localización suprabasal. A pesar de la afectación masiva de los puentes intercelulares, los queratinocitos mantienen una cohesión parcial muy típica, que otorga a la epidermis aspecto de "pared de ladrillos derruida", tal como lo observamos en la biopsia de nuestro caso (Figuras 1,2 y 3) Es frecuente observar las papilas dérmicas elongadas y tapizadas por una o varias hileras de queratinocitos (vellosidades), protruyendo hacia el interior de las ampollas. Las ampollas contienen células acantolíticas aisladas o en grupos, ocasionalmente puede existir cierto grado de transformación disqueratótica de las células acantolíticas. La dermis superficial muestra infiltrado inflamatorio crónico de predominio perivascular. El epitelio de las estructuras anexas permanece indemne. Las pruebas de inmunofluorescencia, tanto directa como indirecta, son siempre negativas.^{3,19,24,25}

Cabe mencionar que la acantolisis es considerada un patrón de reacción histológica que puede estar asociado con alteraciones fenotípicas o genotípicas definidas, relacionándola con lesiones malignas y premalignas.²⁵

No existe ningún tratamiento específico de la enfermedad ni profilaxis efectiva de las recidivas, salvo proteger la piel de la fricción, el calor y los demás factores precipitantes.^{3,10,15} La mayoría de pacientes responden al tratamiento tópico con corticosteroides, antibióticos y antifúngicos^{2,10-12,15} para combatir la frecuente sobreinfección asociada, con mayor o menor control a largo plazo;^{18,19,20} sin embargo, otras modalidades terapéuticas se han utilizado en casos de enfermedad extensa, recidivante y rebelde a la terapéutica inicial como son en la categoría de fármacos por vía tópica: análogos de la vitamina D como el Calcitriol, Tacalcitol,¹⁰ e inmunomoduladores como el Tacrolimus cuya eficacia en algunos casos sugiere que la inmunidad celular podría desempeñar un papel en la patogénesis de esta enfermedad.^{6,11,13,14} Por vía oral Corticosteroides, antibióticos como la eritromicina que combinada con tacrolimus desempeña un papel considerable en estos casos,^{11,20} Vitamina E, Vitamina D, Talidomida, Dapsona, Retinoides, Ciclosporina con buena respuesta a dosis bajas,¹⁵ Metotrexate el cual se ha usado con éxito en algunos casos refractarios,¹⁸ Antipsoriásicos como el Acicretin,² procedimientos quirúrgicos, Láser CO₂ (continuo, pulsado y superpulsado) existiendo reportes interesantes de su uso evidenciándose a las seis semanas ablación total y ninguna recaída a los seis meses de seguimiento.^{4,14} Láser erbio, YAG, Escisión-injerto, Dermabrasión con la cual

se ha visto respuesta exitosa en aquellos casos de enfermedad refractaria.²¹ Terapéutica física como PUVA, Radioterapia superficial y terapia fotodinámica con resultados variables.¹³⁻¹⁵ Dentro de las opciones terapéuticas últimamente se sugiere que la toxina botulínica tipo A podría ser una alternativa no quirúrgica segura y efectiva para el tratamiento del pénfigo benigno familiar en áreas intertriginosas al observar remisión completa de las lesiones en ambas axilas de un paciente tras tratamiento con las dosis recomendadas para hiperhidrosis axilar.^{5,16,17} Se la propone también como terapia no curativa, pero sí adyuvante, que permite descender las dosis de mantenimiento de corticoides orales, no presenta efectos secundarios y con un efecto duradero (similar a lo ocurrido en el tratamiento de la hiperhidrosis).^{16,17} El mecanismo que explica la utilidad de la toxina puede ser que la inhibición de la transmisión colinérgica en las fibras posganglionares simpáticas de las glándulas sudoríparas reduzca la sudoración, siendo éste un factor agravante e incluso desencadenante de la enfermedad de Hailey-Hailey.^{16,17}

Nuestro paciente fue tratado con corticoide tanto tópico como sistémico con lo cual obtuvimos un control favorable de su condición a largo plazo.

Conclusión

La enfermedad de Hailey-Hailey o pénfigo benigno familiar es una genodermatosis rara, producida por mutaciones en el gen ATP2C1, caracterizada por afectar áreas de pliegues y exacerbarse frente a factores como el calor, sudor etc. Debido a su cronicidad afecta de forma importante la calidad de vida de los pacientes, por lo que se han propuesto numerosos tratamientos tópicos, físicos y sistémicos sin embargo aún no se ha descubierto opciones terapéuticas totalmente efectivas por lo que serán necesarias futuras investigaciones en búsqueda de alcanzar este importante objetivo.

Bibliografía

- Zhang D, Li X, Xiao S, Hao J, Wang S, Zhou P. Detection and comparison of two types of ATP2C1 gene mutations in Chinese patients with Hailey-Hailey disease. *Arch Dermatol Res.* 2011 Nov 29
- Berger EM, Galadari HI, Gottlieb AB. Successful treatment of Hailey-Hailey disease with acitretin. *J Drugs Dermatol.* 2007; 6(7):734-6.
- Hunt R, O'Reilly K, Ralston J, et al. Familial benign chronic pemphigus (Hailey-Hailey disease). *Dermatol Online J.* 2010 Nov 15;16(11):14.
- Pissart L, Holler Obrigkeit D. Benign familial chronic pemphigus (Hailey-Hailey disease). Treatment with carbon dioxide laser. *Hautarzt.* 2010 May;61(5):376-8.
- Beylot C, Gassia V. Introduction. Botulinum toxin. *Ann Dermatol Venerol.* 2009 May;136 Suppl 4:S53-4.
- Tchernev G, Cardoso JC. Familial benign chronic pemphigus (Hailey-Hailey Disease): use of topical immunomodulators as a modern treatment option. *Rev Med Chil.* 2011 May;139(5):633-7. Epub 2011 Sep 16.
- Xu Z, Zhang L, Xiao Y, et al. A case of Hailey-Hailey disease in an infant with a new ATP2C1 gene mutation. *Pediatr Dermatol.* 2011 Mar-Apr;28(2):165-8.
- Ding YG, Fang H, Lao LM. Genetic diagnosis of Hailey-Hailey disease in two Chinese families: novel mutations in the ATP2C1 gene. *Clin Exp Dermatol.* 2009 Dec;34(8):968-71.
- Bessa GR, Grazzietto TC, Manzoni AP, et al. Hailey-Hailey disease treatment with Botulinum toxin type A. *An Bras Dermatol.* 2010 Oct;85(5):717-22.
- Rajpara SM, King CM. Hailey-Hailey disease responsive to topical calcitriol. *Br J Dermatol.* 2005; 152(4):816-7.
- Reuter J, Tenmeer C, Bruckner-Taderman L. Tacrolimus a new therapeutic option for Hailey-Hailey disease. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2005; 3(4):278-9.
- Fernao V, Adamski H, Chevrou-Bretton J. Efficacy of topical tacrolimus in Hailey-Hailey disease. *Ann Dermatol Venerol.* 2006; 133(5 Pt 1):675-6.
- Persi-Vojinović S, Milavec-Puretić V. Disseminated Hailey-Hailey disease treated with topical tacrolimus and oral erythromycin: Case report and review of the literature. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2006; 14(4):253-7.
- Kulova G, Homey B, Bruch-Gerber D. Familial benign chronic pemphigus (Hailey-Hailey disease): successful treatment with carbon dioxide laser. *Hautarzt.* 2011 Apr;62(4):258-61.
- Nanda A, Khawaja F, Harbi R, et al. Benign familial pemphigus (Hailey-Hailey disease) responsive to low dose cyclosporine. *Indian J Dermatol Venerol Leprol.* 2010 Jul-Aug;56(4):422-4.
- López-Ferrer A, Alomar A. Botulinum Toxin A for the Treatment of Familial Benign Pemphigus. *Actas Dermosifiliogr.* 2011 Aug 26.
- Messikh R, Atallah L, Aubin F, Humbert P. Botulinum toxin in disabling dermatological diseases. *Ann Dermatol Venerol.* 2009 May;136 Suppl 4:S129-36.
- Vilacinho C, Ventura F, Brito C. Methotrexate for refractory Hailey-Hailey disease. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2010 Jan;24(1):106. Epub 2009 Jul 13.
- Ruocco E, Brunetti G, Del Vecchio M. The practical use of cytology for diagnosis in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2011 Feb;25(2):125-9.
- Persi-Vojinović S, Milavec-Puretić V, Dobrić I. Disseminated Hailey-Hailey disease treated with topical tacrolimus and oral erythromycin: Case report and review of the literature. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2006;14(4):253-7.
- LeBlanc KG Jr, Wharton JB, Sheehan DJ. Refractory Hailey-Hailey disease successfully treated with sandpaper dermabrasion. *Skinmed.* 2011 Jul-Aug;9(4):263-4. *Biochem Biophys Res Commun.* 2011 Mar 18;406(3):420-2. Epub 2011 Feb 15.
- Cheng Y, Cheng YM, Zhao G, Jia MC. A novel missense mutation of the ATP2C1 gene in a Chinese patient with Hailey-Hailey disease. *Biochem Biophys Res Commun.* 2011 Mar 18;406(3):420-2. Epub 2011 Feb 15.
- Cheng TS, Ho KM, Lam CW. Heterogeneous mutations of the ATP2C1 gene causing Hailey-Hailey disease in Hong Kong Chinese. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2010 Oct;24(10):1202-6.
- Wasycha M, Puzd R, Meehan S. Familial benign chronic pemphigus (Hailey-Hailey disease). *Dermatol Online J.* 2009 Aug 15;15(8):15.
- Gaertner EM. Incidental cutaneous reaction patterns: epidermolytic hyperkeratosis, acantholytic dyskeratosis, and hailey-hailey-like acantholysis: a potential marker of premalignant skin change. *J Skin Cancer.* 2011;2011:645743. Epub 2011 Mar 30.

RESPALDO DE LA PUBLICACION

Liquen plano pigmentoso

CONTENIDO

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

EDITORIAL

- 5 **Del peligroso viaje de la prescripción médica a la automedicación en la dermatología.**
Dr. Enrique Úruga Pazmiño.

ARTÍCULO ORIGINAL

- 6 **Onicomicosis: Tratamiento con láser Nd:YAG q-switch 1064 nm.**
Hector Galvan Garcia.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 8 **Ocronosis exógena: Revisión del tema a propósito de un caso por uso prolongado de hidroquinona.**
Enrique Úruga, Juan Carlos Garcés, María Cecilia Briones, María Verónica Úruga, Andrea Lubkov.
- 14 **Manejo de úlceras crónicas con plasma rico en plaquetas. Serie de casos y revisión de literatura.**
Nataly Córdor Salazar, Daniel Padilla Morán.

REPORTES DE CASOS

- 21 **Hemangioma infantil: Remisión completa de un caso tratado con Propanolol.**
Cristina Solórzano, Enrique Úruga.
- 23 **Liquen plano pigmentoso.**
Gielle Erazo, Franklin Cabrera, Patricio Freire.
- 26 **Realización de colgajo en espiral a nivel del ala de la nariz.**
María de Lourdes Tacuri T., Leidy Piedra G.
- 29 **Carcinoma Basocelular Micronodular recurrente en ceja. Resolución quirúrgica y revisión de las características histopatológicas que se relacionan con la recurrencia.**
María de Lourdes Tacuri T., Enrique Úruga P., Juan Carlos Garcés

Liquen plano pigmentoso.

Giselle Erazo,¹ Franklin Cabrera,^{2*} Patricio Freire^{3,4*}

¹Médico Postgradista de Dermatología. Universidad San Francisco de Quito. Hospital Carlos Andrade Marín

²Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Carlos Andrade Marín

^{3,4}Médico Dermatólogo. Director de Posgrado de Dermatología Universidad San Francisco de Quito. Director de Hospitalización y Ambulatorio. Hospital Carlos Andrade Marín

Resumen

El liquen plano pigmentoso es una variante rara y poco frecuente del liquen plano, se caracteriza por máculas o manchas en patrón reticular o difuso, hiperpigmentadas color marrón oscuro en las áreas fotoexpuestas y en los pliegues de flexión.

Palabras clave

Liquen plano, liquen plano pigmentario

Summary

Lichen Planus Pigmentosus is a rare and uncommon variant of lichen planus and is characterized by the presence of hyperpigmented, dark brown, reticular or diffuse macules in sun-exposed areas and flexural folds.

Keywords

Lichen planus, lichen planus pigmentosus

Introducción

El liquen plano pigmentoso es una variante rara del liquen plano cutáneo caracterizado por la presencia de lesiones liquenoides hiperpigmentadas en áreas del cuerpo expuestas al sol o de flexión.¹ Fue descrito por primera vez por Butant et al en 1974.^{1,2}

La enfermedad suele aparecer en la tercera o cuarta década de vida, con predominio en mujeres.³ Las lesiones son asintomáticas o levemente pruriginosas. Los cambios en la piel son máculas o manchas de color marrón oscuro o gris pizarra o pápulas con, en la mayoría de los casos, un patrón de pigmentación difuso. Afectan principalmente a cara, cuello y extremidades superiores. Aunque las lesiones son generalmente asintomáticas, prurito leve y sensación de quemazón están presentes en la tercera parte de los pacientes.³⁻¹² Se han descrito en la literatura casos de distribución zosteriforme, lineal o segmentaria y afectación de la mucosa oral.⁴

Su etiología es desconocida, pero varios factores (por ejemplo inmunológicos asociado al antígeno HLA-DR, infecciones virales y ciertas sustancias tóxicas) pueden desencadenar la enfermedad.^{2,3}

Caso Clínico

Se trata de paciente, sexo femenino, de 56 años de edad sin antecedentes patológicos personales de importancia quien presenta desde hace 8 meses maculas y manchas de color marrón a

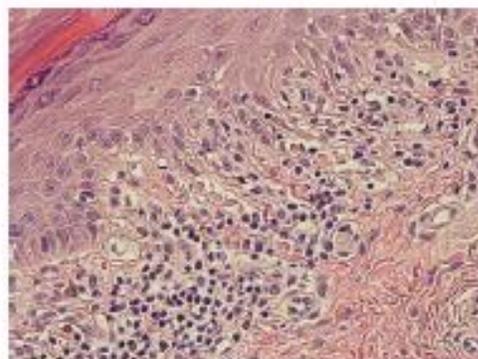
nivel de tórax anterior, axilas, palma de mano izquierda y dedos de mano derecha. Ver imágenes 1-4 en la siguiente página.

Se toma una muestra de piel de palma de mano izquierda en la que se aprecia acantosis irregular de la epidermis, vacuolización de la capa basal, algunos cuerpos de Civatte e incontinencia del pigmento. Se acompaña de moderado infiltrado linfocitario liquenoides y melanófagos. Ver imágenes 5-6 en la siguiente página.

Discusión

El liquen plano, prototipo de las dermatosis liquenoides, es un proceso inflamatorio idiopático de la piel y las mucosas. Se han descrito multitud de formas o variedades clínicas de liquen plano entre las que destacan: oral, ungueal, actínico, eruptivo, anular, atrófico, hipertrófico, ampolloso, pigmentoso, inverso, plarís, lineal y el ulcerativo.⁵

El liquen plano pigmentoso es una variante relativamente rara de liquen plano, existen hasta el momento pocos casos reportados en la literatura, se define como un desorden crónico pigmentario caracterizado por máculas hiperpigmentadas que afecta generalmente áreas expuestas al sol como la cara, cuello y extremidades superiores, el liquen plano pigmentoso se caracteriza por ausencia de afectación plar y ungueal, lo que lo diferencia de la variante clásica de liquen plano.^{2,7-12} Las lesiones inicialmente son pequeñas tipo máculas ovaladas de bordes bien definidos, que pueden llegar a confluir en manchas extensas pigmentadas. La pigmentación



De arriba hacia abajo: Imágenes 1-3.

De arriba hacia abajo: Imágenes 4-6.

en diferentes pacientes varía de grises pizarra a negro pardusco, aunque en un mismo paciente la pigmentación es generalmente uniforme con patrón reticular o difuso, rara vez perifollicular. Bhutani et al. y Vega et al. reportaron predominio del patrón difuso sobre el reticular y perifollicular.¹⁻²

Bhutani et al. y Kanwar et al. observaron en sus pacientes el uso de ciertos productos cosméticos conteniendo tiocianato, fotosensibilizante que podría jugar un rol en la patogénesis de liquen plano pigmentoso aunque también se la relaciona con otros factores de tipo inmunológico con el antígeno HLA-DR, los queratinocitos expresan habitualmente en su superficie este antígeno, que tiene un papel fundamental en la inducción y perpetuación del proceso inflamatorio. La débil expresión del antígeno en el liquen plano pigmentoso al contrario que ocurre con el liquen plano clásico hace que se produzca una rápida regresión del infiltrado inflamatorio.^{3-5,7}

En la histopatología de la fase activa del liquen plano pigmentoso hay un patrón de reacción liquenotíde con vacuolización de la capa basal, cuerpos coloides, y la presencia de atrofia epidérmica más o menos intensa, con ausencia de acantosis reactiva. En lesiones con mayor tiempo de evolución como lo es el caso de nuestra paciente, se observa incontinencia de pigmento en dermis acompañado de melanofagia, por lo tanto el estudio histopatológico es importante y de gran ayuda para suponer el tiempo de evolución de la enfermedad.⁷⁻⁸ Kanwar et al sugiere que los hallazgos histopatológicos mencionados responden probablemente a una respuesta reactiva a un agente o estímulo desconocido de manera similar al liquen plano.³⁻⁵

No hay un consenso establecido con respecto al tratamiento, algunos son autorresolutivos y otros persistentes. Lo más empleado son los corticoides tópicos de mediana-alta potencia y los inmunomoduladores tópicos (tacrolimus y pimecrolimus)¹⁰⁻¹² Otras terapias que se han probado con variables resultados son la cloroquina, dapsona y clofazimina sin embargo el pilar fundamental para el tratamiento siguen siendo los corticoides, no siendo el único tipo de medicación a la cual responde; en este

campo, el uso de ciclosporina como tratamiento sistémico ha sido reservado para casos severos.⁹⁻¹⁰⁻¹¹

Nuestra paciente respondió satisfactoriamente a corticoide de mediana potencia existiendo una resolución observada a los dos meses de tratamiento del cincuenta por ciento.

Bibliografía

1. Sánchez L, Jacqueline J, Becerra C, Liquen Plano Pigmentoso, *Dermatol Perú* 2010; 20(3) 194-197
2. Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. *Dermatologica* 1974;3:49-53-50.
3. Mataix-Díaz J, Belloch-Mas I. Erupción de lesiones pigmentadas en una niña de 3 años. *Piel*. 2006;21:154-6.
4. Laskari GC, Papaioannou SS, Bovepoulou OD, Nicolis GD. Lichen planus pigmentosus of the mucosa: a rare clinical variety. *Dermatologica*. 1981;162:61-3.
5. Bernáscar A, Mas A, Juliá M, Irazzo P, Ferrando J. Placas anulares en grandes pliegues: cuatro casos de liquen plano pigmentoso-inverso. *Actas Dermosifiliográficas*. 2009;100:602-5
6. Shiohara T, Kano Y. Lichen planus and lichenoid eruptions. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatology* 2nd ed. Elsevier;2008
7. López M, Pérez L, Vera R. ¿Liquen plano o liquen plano pigmentoso?. *Piel*. 2012;27:600-3.
8. García-Salce I, Pac J, Sánchez M, Martín R, Zubiri ML. Múculas hiperpigmentadas segmentarias en una mujer adulta: ¿eritema crónico pernio o liquen plano pigmentoso?. *Piel*. 2008;23:550-2.
9. Lim KK, Su WP, Schroeter AL. Cyclosporine in the treatment of dermatologic disease: an update. *Mayo Clin Proc*. 1996;71(12):1182-91.
10. Al-Mutairi N, El-Khalawany M. Clinicopathological characteristics of lichen planus pigmentosus and its response to tacrolimus ointment: an open label, non-randomized, prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:535-40.
11. Arnold S. & Cooper S. Lichen planus pigmentosus. *Orphanet*. May 2011; http://www.orpha.net/consort/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=EN&Expert=254463. Accessed 8/10/2011.
12. KH Mohan. Acquired macular hyperpigmentation an overview. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. 2011; 21:43-54.

RESPALDO DE LA PUBLICACION

Enfermedad de Paget extramamaria vulvar

CONTENIDO

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

EDITORIAL

- 5 La importancia de la vocación vs. el imperio de la necesidad al escoger un posgrado en medicina.
Dr. Enrique Úruga Pazmino.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 7 Nueva forma clínica e histológica del Granuloma Piógeno.
Ana López, Aquiles López, Fátima Llerena, Freddy Trujillo.
- 11 Eritromelalgia.
M. Bibiana Leroux. (Argentina)

REPORTES DE CASOS

- 18 Reacción a cuerpo extraño. La utilidad diagnóstica de la magnificación dermatoscópica.
M. Verónica Úruga, Andrea Lubkov, Paola D. Wilches, Enrique Úruga.
- 20 Tuberculosis Primaria Gingival. Reporte de un caso.
Magaly Nítez Naranjo.
- 24 Pustulosis Exantemática Aguda generalizada secalcitante.
Magaly Nítez Naranjo.
- 28 Enfermedad de Paget Extramamaria Vulvar.
Ciella Erazo, Sonia Tello, Patricio Freire, Franklin Cabrera.
- 32 Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso.
Ciella Erazo, Sonia Tello, Franklin Cabrera, Patricio Freire.
- 35 Síndrome de Gottn Goltz en paciente pediátrico.
Ciella Erazo, Nelly Machado, Franklin Cabrera, Patricio Freire, Sonia Tello.

Enfermedad de Paget Extramamaria Vulvar

Gleiele Erazo,* Sonia Tello,** Patricio Freire,*** Franklin Cabrera****

*Médico Postgradista de Dermatología, USFQ, Hospital Carlos Andrade Marín

**Médico Dermatopatólogo, Hospital Carlos Andrade Marín

***Médico Dermatólogo, Director de Posgrado de Dermatología USFQ, Hospital Carlos Andrade Marín

****Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Carlos Andrade Marín

Resumen

La enfermedad de Paget extramamaria vulvar representa menos del 1% de las neoplasias vulvares y afecta a mujeres en edad adulta, con una media de edad de 63 años aproximadamente. En la mayoría de los casos no existe asociación con otra neoplasia subyacente y su origen es controversial, se han propuesto múltiples teorías para explicar su patogénesis. Se trata de una enfermedad infrecuente, aunque no excepcional, de la que existen menos de 400 casos publicados en la literatura.

Palabras Claves

Enfermedad de Paget extramamaria vulvar.

Summary

The vulvar extramammary Paget disease represents less than 1% of vulvar malignancies and affects adult women, with a mean age of approximately 63 years. In most cases not associated with an underlying malignancy exists and its origin is controversial, many theories have been proposed to explain its pathogenesis. This is one, though not exceptional, rare disease for which there is less than 400 cases reported in the literature.

Keywords

The vulvar extramammary Paget's disease

Introducción

La enfermedad de Paget extramamaria (EPE) es una patología maligna observada, sobre todo, en áreas donde existe alta densidad de glándulas apócrinas.¹ Perteneció al grupo de tumores epiteliales malignos y representa menos de 1% de todas las neoplasias vulvares.² La enfermedad de Paget clásica que afecta la areola fue descrita en 1874 mientras que la variante extramamaria fue descrita por Crocker en 1894.³ Aunque ambas formas de presentación comparten varias características en común, la forma extramamaria se diferencia de la presentación clásica en la patogénesis y las neoplasias subyacentes.⁴ La forma extramamaria afecta principalmente a adultos mayores de 60 años y tiene predilección por el sexo femenino (compromiso vulvar frecuente).⁴⁻⁶ En la mayoría de los casos no existe asociación con otra neoplasia subyacente y no se ha establecido el origen de la célula de Paget en esta enfermedad. Se presenta como lesión en placa eczematosa y/o psoriatiforme, erosiva y generalmente única.^{6,7}

Caso Clínico

Es una paciente de 69 años de edad que presenta una placa eritematosa, descamativa, infiltrada, de bordes poco definidos, dolorosa y pruriginosa que ha aumentado en tamaño, localizado en pubis, labios mayores e ingle izquierda. Tres años de evolución. Fotos 1 y 2.



Graciela Ennes, Sorita Tello, Patricia Peña, Franklin Calvez

Enfermedad de Paget. Reporte de Caso.

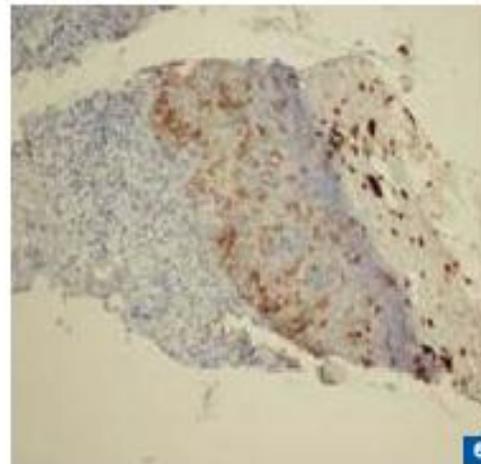
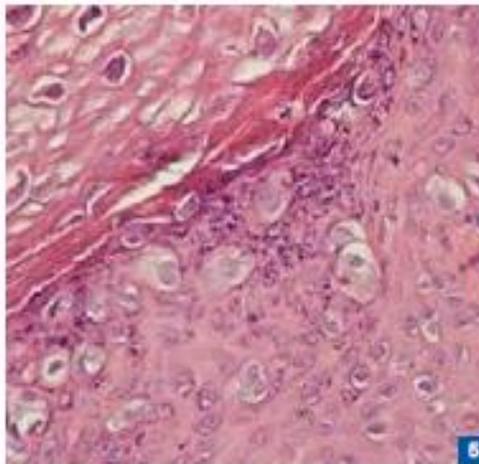
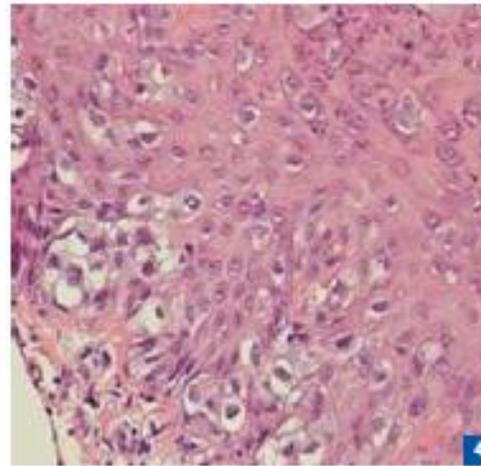
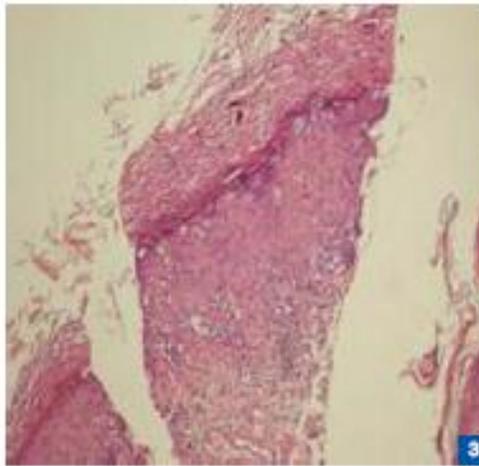
Se realiza biopsia de piel del área afectada que reporta:

Gruesa costra constituida por material fibrinoemático seroso y polimorfonucleares, hasta uno de los bordes, la epidermis muestra en todos sus estratos una proliferación de células con citoplasma pálido con núcleos grandes pleomórficos algunas de ellas con nucleolos prominentes, se acompaña de infiltrado inflamatorio linfocitario disperso y con tendencia a formar agregados. Foto 3, 4 y 5

La Inmunohistoquímica reporta:

Antígeno Carcino Embrionario (CEA): Positivo en el citoplasma de células de Paget que se encuentran en la capa basal y en el estrato intermedio de la epidermis, Foto 6. Citoqueratina 7: positiva en células de Paget, Antígeno epitelial de membrana (EMA): no valorable. S-100: negativo en células de Paget.

Conclusión: Enfermedad de Paget Extramamaria.



Exámenes de Extensión: Rayos X de Tórax, Tomografía Simple y Contrastada de cerebro, cuello, tórax, abdomen y pelvis sin patología neoplásica, mamografía reporta BIRADS 2 (benigno) y marcadores tumorales son negativos. Se instaura tratamiento con 5-fluoracilo por 6 meses en un principio con disminución leve de las lesiones y posteriormente progresan por lo que se realiza mapeo de la lesión, y en las 5 muestras reportan enfermedad de Paget con bordes comprometidos.

La paciente es remitida al servicio de Ginecología oncológica quienes realizan vulvectomía simple cuyo estado de pieza quirúrgica reporta enfermedad de Paget extramamaria bordes quirúrgicos comprometidos por lo que dan siete sesiones de laser ablativo observándose eritema moderado en labios mayores y una placa eritematosa de mediano tamaño sobre la vulva; acude nuevamente al servicio de Dermatología donde se instaura Imiquimod al 5% dos veces al día 5 días a la semana disminuyendo progresivamente las lesiones tras 6 meses de tratamiento.

Discusión

La enfermedad de Paget mamaria (EPM) fue descrita en 1874 por Sir James Paget⁸ como una dermatitis eczematoide y psoriasiforme del pezón que acompañaba a un carcinoma mamario⁹; éste autor postuló que el origen del cáncer no tenía lugar en la piel afectada sino en la glándula mamaria subyacente. El primer caso de enfermedad de Paget extramamaria (EPEM), fue reportado por Crocker en 1889, afectando el escroto y pene. Darier y Coullaud describieron las lesiones perianales^{10,11}, y en 1901 Dubreuilh describió las lesiones vulvares en el *British Journal of Dermatology*^{12,13} como resultado de la presencia, en la epidermis vulvar y anejos cutáneos, de células de adenocarcinoma secretor glandular. Existen 2



formas de enfermedad de Paget extramamaria (EPEM), la primaria y la secundaria. Las formas primarias son adenocarcinomas de diferenciación apócrina.

Aunque hay diferentes teorías, la más aceptada es que se proviene de un precursor pluripotencial de la epidermis o sus anejos.¹⁴ Posteriormente, puede invadir dermis y, a través de los vasos linfáticos y sanguíneos, producir metástasis.¹⁵ Las formas secundarias son consecuencia de un tumor en las cercanías de la lesión o a distancia, con diseminación a piel por células tumorales epidermotropas. La EPEM predomina en mujeres, ya que aproximadamente dos tercios de los casos se localizan en vulva. La lesión tiene una apariencia eczematoide, en una zona bien demarcada, con periferia roja frecuentemente blanquecina intercalada con islotes de epitelio eritematoso; es usualmente multifocal y puede ocurrir en cualquier parte sobre la vulva, desde la región inguinal hasta el área perineal y perianal, la sintomatología es inespecífica; la mayoría de las pacientes refieren prurito, sangrado irregular, sensación de ardor y quemazón.¹⁶ Dado el cuadro clínico tan diverso e inespecífico, se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales, desde una patología infecciosa, una dermatosis o una neoplasia.¹⁶⁻¹⁷

El diagnóstico representa un reto clínico y está basado en la sospecha clínica, siendo el resultado histopatológico de una o varias biopsias el que establecerá el diagnóstico definitivo¹⁸. Los principales diagnósticos diferenciales son: enfermedad de Bowen, carcinoma basocelular pagetoide y melanoma^{19,20}. En la mayoría de los casos esta enfermedad se diagnostica años después del inicio de los síntomas. El diagnóstico de la enfermedad de Paget se confirma con la biopsia de piel en la cual se observa una epidermis acantósica con células grandes de citoplasma claro con núcleos prominentes centrales atípicos. La inmunohistoquímica confirma el origen glandular con positividad para CK-7, CEA, EMA y negatividad para S-100. Cuando existe positividad además para CK-20 debe sospecharse un carcinoma subyacente.^{21,22} La EPEM es una neoplasia difícil de tratar dada su probable malignidad subyacente y la alta tasa de recurrencia, lo cual representa un gran desafío terapéutico.

El tratamiento de lesiones vulvares es controversial existiendo dos corrientes: la del manejo quirúrgico que es la más usada encontrando altas tasas de morbilidad y mutilación con deformación y pérdida de la función vulvar y la del conservador existiendo una importante variedad como la escisión local de la lesión, terapia con ablación láser, uso de tratamientos tópicos, como el Imiquimod, además de la terapia fotodinámica, usados en lesiones extensas con el fin de preservar la anatomía y la funcionalidad de la vulva.²³

En nuestro caso el 5-fluoracilo provocó mejoría leve, posteriormente las lesiones progresan por lo que tras el resultado

histopatológico del mapeo fue valorada por el servicio de Ginecología oncológica quienes realizaron vulvectomía simple y por bordes comprometidos láser ablativo con mejoría parcial y por ello iniciamos Imiquimod dos veces al día 5 veces a la semana como una opción en este caso con importante mejoría que se ha mantenido en los seis meses de tratamiento. Al momento paciente libre de lesiones clínicas sugestivas de Enfermedad de Paget.

El uso de terapia combinada permite aumentar el margen de seguridad y caracón amplia aunque recomendamos el mapeo de las distintas áreas clínicamente lesionadas y curadas para tener la certeza de que la enfermedad ha sido erradicada.

Bibliografía

- Márquez-Acosta G y cols. Enfermedad de Paget extensa de la vulva: Presentación de un caso y propuesta de manejo conservador. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27 (1): 44-50
- Kohler S, Rouse RV, Smoller BR. The differential diagnosis of pagetoid cells in the epidermis. *Mod Pathol* 1998; 11: 79-92.
- Chaggar AB, Heim K, Carron KR, Sowell C. Extramammary Paget's Disease of the Axilla: An Unusual Case. *Breast J.* 2007; 13: 291-3.
- Kanitakis J. Mammary and extramammary Paget's disease. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2007; 21: 581-90
- Ariza y cols. Enfermedad de Paget extramamaria múltiple. *Rev Asoc Col Dermatol.* Volumen 16, número 2, junio de 2008, pág. 165, 167
- Burgos y cols. Enfermedad de Paget extramamaria. Tratamiento con Imiquimod. *Act Terap Dermatol* 2006; 29: 116
- Fierro E, Jaramillo R, Castellanos H, Acosta J. Enfermedad de Paget extramamaria de localización escrotal. *Rev Colomb Dermatol* 2003; 11: 255-258
- Miranda LM, Valera J, Castelletto R. Consideraciones sobre un caso de enfermedad de Paget de la mama de 20 años de evolución. *Arch Argent Dermat* 1974; 24: 33 - 36
- Sánchez E, Hidalgo MC. Enfermedad de Paget mamaria y extramamaria. Reconsideración de su histogénesis y tratamiento. *Piel* 1986; 1: 9 - 10
- Fanning J, Lambert HC, Hale TM, Morris PC, Schuzerch C. Paget's disease of the vulva: prevalence of associated vulvar adenocarcinoma, invasive Paget's disease, and recurrence after surgical excision. *J Obstet Gynecol* 1999; 180: 24-7.
- Requera I, Simon P, Sánchez E. Enfermedad de Paget mamaria y extramamaria. Comentarios sobre su histogénesis y diagnóstico diferencial histopatológico. *Actas Dermosifiliogr* 1995; 86:611- 623
- Ribeiro F, Figueirido A, Terza Paula, Borrego J. Vulvar Intraepithelial Neoplasia: Evaluation of Treatment Modalities. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 2012; 16: 313-7.
- Preti M, Micheletti L, Maosobrio M, Shin-ichi, Wilkinson E et al. Vulvar Paget Disease: One Century After First Reported, Department of Gynecology and Obstetrics, University of Turin, Turin, Italy, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *J Lower Genital Tract Dis* 2003; 7: 122-35.
- Mascaro JM, Zimba MC. Enfermedad de Paget de la mama y extramamaria. A propósito de 140 casos. *Med Cut Illa* 1990; 18:301 - 313
- Darier J, Couillaud P. Sur un cas de maladie de Paget de la region perineo-anale et scrotale. *Ann Dermatol Syphiligr (Paris)* 1893; 4: 25-31.
- Dubruilh W. Paget's disease of the vulva. *Br J Dermatol* 1901;13: 407-13.
- Zampogna J, Flores FP, Roth WI. Tratamiento de la enfermedad de Paget primaria extramamaria, cutánea, limitada con monoterapia con imiquimod tópico: dos informes de casos. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: S229-235
- Chan SK, Harris MD, Baldwin PJ, Sterling JC. Vulvovaginal ulceration during prolonged treatment with ticorandil. *BJOG* 2009; 116: 1403-5.
- Siesling S, Elferink MA, van Dijk JA, Pierie JP, Blokx WA. Epidemiology and treatment of extramammary Paget disease in the Netherlands. *Eur J Surg Oncol.* 2007; 33:951-5.
- Van Hamme C, Marot L, Dachelet C, Dumont M, Salomon E, Lachapelle JM. Paget's extramammary disease of the axilla and perineum. *Ann Dermatol Venerol.* 2002;129(5 Pt1):717-9.
- Sánchez y cols. Enfermedad de Paget de la vulva: estudio inmunohistoquímico. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* Vol. 29. Núm. 10. Diciembre 2002
- Tanaka VD, Sanches JA, Torezan L, Nêws AB, Fosta Neto C. Mammary and extramammary Paget's disease: a study of 14 cases and the associated therapeutic difficulties. *Clinics (Sao Paulo).* 2009;64:599-606.
- Sánchez y cols. Enfermedad de Paget extramamaria. *SEMERGEN.* Vol. 37. Núm. 09. Noviembre 2011.

RESPALDO DE LA PUBLICACION

Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso.

CONTENIDO

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

EDITORIAL

- 5 **La importancia de la vocación vs. el imperio de la necesidad al escoger un posgrado en medicina.**
Dr. Enrique Úraga Pazmino.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 7 **Nueva forma clínica e histológica del Granuloma Piógeno.**
Ana López, Aquiles López, Flórida Llerena, Freddy Trujillo.
- 11 **Eritromelalgia.**
M. Bibiana Leroux. (Argentina)

REPORTES DE CASOS

- 18 **Reacción a cuerpo extraño. La utilidad diagnóstica de la magnificación dermatoscópica.**
M. Verónica Úraga, Andrea Lubkov, Paola D. Wilches, Enrique Úraga.
- 20 **Tuberculosis Primaria Gingival. Reporte de un caso.**
Magaly Nítez Naranjo.
- 24 **Pustulosis Exantemática Aguda generalizada recalcitrante.**
Magaly Nítez Naranjo.
- 28 **Enfermedad de Paget Extramamaria Vulvar.**
Giulle Erazo, Sonia Tello, Patricio Freire, Franklin Cabrera.
- 32 **Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso.**
Giulle Erazo, Sonia Tello, Franklin Cabrera, Patricio Freire.
- 35 **Síndrome de Gorlin Goltz en paciente pediátrico.**
Giulle Erazo, Nelly Machado, Franklin Cabrera, Patricio Freire, Sonia Tello.

Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso.

Giselle Erazo,* Sonia Tello,** Franklín Cabrera,*** Patricio Freire ****

*Médico Postgradista de Dermatología. USFQ. Hospital Carlos Andrade Marín.

**Médico Dermatopatólogo. Hospital Carlos Andrade Marín.

***Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Carlos Andrade Marín.

****Médico Dermatólogo. Director de Posgrado de Dermatología USFQ. Hospital Carlos Andrade Marín.

Resumen

La histoplasmosis cutánea primaria (HCP) es una entidad poco común. Si el paciente es un inmunodeprimido la infección no puede ser controlada y evoluciona directamente a enfermedad la que puede adoptar diferentes grados de gravedad. El diagnóstico se fundamenta en los estudios micológicos y pruebas inmunológicas. El tratamiento específico varía según la forma clínica y las condiciones del huésped. Existen muy pocos casos reportados en la literatura.

Palabras clave

Histoplasmosis cutánea primaria, Inmunodeprimido.

Summary

Primary cutaneous histoplasmosis (HCP) is a rare entity. If the patient is an immunocompromised infection can't be controlled directly and evolving disease that can adopt different degrees of severity. The diagnosis is based on mycological studies and immunological tests. The treatment varies depending on the specific clinical form and host conditions. There are very few cases reported in the literature.

Keywords:

Primary cutaneous histoplasmosis, Immunocompromised.

Introducción

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se relaciona con infecciones oportunistas causadas por agentes fúngicos, bacterianos y virales. La Histoplasmosis es una enfermedad frecuente, potencialmente incapacitante y mortífera, producida por *Histoplasma capsulatum* var *capsulatum*, constituye la micosis endémica más frecuente en individuos inmunocomprometidos.¹ Presentan formas progresivas y diseminadas de esta infección que suelen tener un curso fatal cuando no son tratadas. En estos casos las lesiones se sitúan en las mucosas, la piel, los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo, las suprarrenales y con menor frecuencia en el sistema nervioso central.²

Caso Clínico

Presentamos el caso de un paciente, de sexo masculino, 25 años de edad con diagnóstico de VIH fase SIDA (156 linfocitos CD4/ul y carga viral 690.000 copias/ml) quien presenta una dermatosis caracterizada por pápulas que confluyen a placas, pigmentadas café oscuro otras eritemato violáceas, algunas con costra en su superficie, generalizadas, con afectación de mucosa oral, asintomáticas, de 10 días de evolución.

Se realizó biopsia de piel en la cual se muestra:

Infiltrado granulomatoso en la dermis y en el tejido celular subcutáneo con numerosos macrófagos parasitados que con-

tienen pequeños organismos ovoides de tipo levadura con halo claro circundante, compatible con histoplasmosis. Las tinciones de PAS, GIEMSA Y GROCOTT fueron positivas.

Cultivo de Sabouraud a las ocho semanas reporta histoplasma capsulatum var capsulatum.

Fue tratado con Itraconazol 200 mg al día con adecuada respuesta.

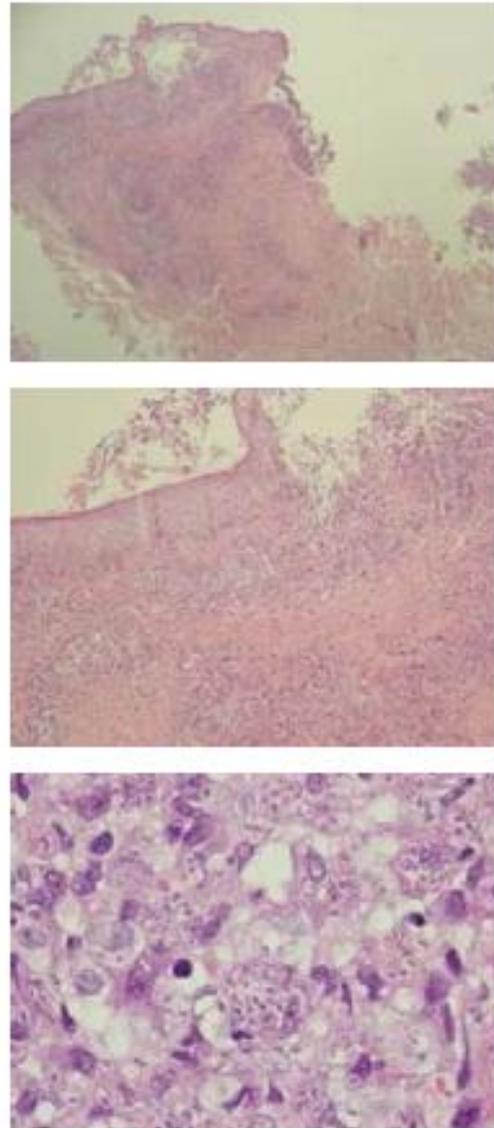
Discusión

La histoplasmosis es una afección de distribución geográfica muy amplia, más de 60 países han registrado casos autóctonos. Era poco común antes de la epidemia del SIDA y las lesiones cutáneas eran raras. Esta micosis se ha convertido en la infección oportunista más frecuente y debe considerarse como diagnóstico diferencial en lesiones mucocutáneas en pacientes con SIDA.³ El tracto respiratorio con frecuencia es la puerta de entrada del microorganismo y las lesiones se presentan en los pulmones diseminándose a otros órganos sin embargo nuestro caso solo se manifiesta en piel por lo que se considera una histoplasmosis cutánea primaria.⁴

En América Latina el compromiso cutáneo-mucoso se observa en el 80% de los pacientes.^{5,6}

Giselle Rivas, Sonia Tello, Francisco Cabrera, Perido Ponce

Histoplasmosis cutánea primaria en pacientes con VIH. Reporte de Caso.



Los factores de riesgo para presentarla son niños menores de dos años de edad, adultos mayores de 54 años, en especial del sexo masculino, aún en ausencia de antecedentes claros de inmunodeficiencia; personas con diversos grados de compromiso de la inmunidad mediada por células, en especial los infectados por el VIH con recuentos de células CD4 positivas inferiores a 200/ μ L; portadores de leucemias linfáticas tratadas con drogas antibióticas, los que padecen linfomas, los que reciben corticosteroides por lapsos prolongados, por ser receptores de trasplantes de órganos o por presentar enfermedades autoinmunes.⁷

En condiciones naturales no existe la transmisión interhumana ni de los animales al hombre. Sin embargo, se han comprobado casos graves de histoplasmosis en receptores de trasplantes de órganos, especialmente de hígado, provenientes de personas que presentaban infecciones latentes.⁸

Se considera importante la presentación de este caso ya que desde la descripción de su agente causal, que data del año 1934, han sido pocos los casos diagnosticados y publicados. La histoplasmosis y otras infecciones oportunistas siguen representando enfermedades potencialmente mortales, y plantean nuevos desafíos para el tratamiento concomitante del VIH/SIDA.⁹ Los compuestos azólicos, tales como el ketoconazol, el itraconazol, el fluconazol y el posaconazol, así como la anfotericina B, son activos "in vitro" e "in vivo" frente a *H. capsulatum*. La elección del antifúngico, así como la dosis y su forma de administración, dependen de las manifestaciones clínicas del paciente y de las patologías asociadas o sus tratamientos. Terminado el tratamiento de la enfermedad, se continúa con tratamiento supresivo o profilaxis secundaria para evitar recaídas.¹⁰

Bibliografía

1. Negroni R. Micosis asociadas al SIDA. En: Benetucci J. SIDA y enfermedades asociadas. 3ª Edición. FUNDAL. Buenos Aires. 2008; pp. 325-51.
2. Charusot y cols. Histoplasmosis cutánea en un paciente con VIH. Dermatología CMQ 2011; 9 (1): 27-28
3. Reyes y cols. Cutaneous Histoplasmosis and AIDS. Gac Med Mex 2003; 139 (3): 270-275
4. Paul y cols. Disseminated histoplasmosis in a patient with AIDS: case report and review of the literature. Cutis 2007; 80(4): 309-312
5. Negroni R.: Micosis asociadas al SIDA. En: Benetucci J. SIDA y enfermedades asociadas. 3ª Edición. FUNDAL. Buenos Aires. 2008; pp. 325-51.
6. Kaufman, C.: Endemic Mycoses: Blastomycosis, Histoplasmosis and Sporotrichosis. Infect Dis Clin North Amer 2006; 3: 645-62.
7. Baddeley JW, Sankara IR, Rodríguez JM, Pappas PG, Manry WJ Jr. Histoplasmosis in HIV-infected patients in a Southern regional medical center: poor prognosis in the era of highly active antiretroviral therapy. Diagn Microbiol Infect Dis 2008; 62:151-56.
8. Huber F, Nacher M, Aznar C, Pierre-Demar M, ElGuedi M, Vaz T, et al . AIDS-related *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* infection: 26 years experience of French Guiana. AIDS 2008; 22: 1047-53.
9. Kauffman CA. Diagnosis of histoplasmosis in immunosuppressed patients. Curr Opin Infect Dis 2008; 21: 421-5.
10. Egan L, Connolly P, Wheat J, Fuller D, Davis TE, Knox K, Hage CA. Histoplasmosis as a cause for a positive Fungitell-TM (1.3)-D-glucan test. Med Mycol 2007; 45: 1.

RESPALDO DE LA PUBLICACION

Síndrome de Gorlin Goltz en paciente pediátrico

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

EDITORIAL

- 5 **La importancia de la vocación vs. el imperio de la necesidad al escoger un posgrado en medicina.**
Dr. Enrique Úruga Pazmino.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 7 **Nueva forma clínica e histológica del Granuloma Piógeno.**
Ana López, Aquiles López, Flórida Llerena, Freddy Trujillo.
- 11 **Eritromelalgia.**
M. Bibiana Leroux. (Argentina)

REPORTES DE CASOS

- 18 **Reacción a cuerpo extraño. La utilidad diagnóstica de la magnificación dermatoscópica.**
M. Verónica Úruga, Andrea Lubkov, Paola D. Wilches, Enrique Úruga.
- 20 **Tuberculosis Primaria Gingival. Reporte de un caso.**
Magaly Nítez Naranjo.
- 24 **Pustulosis Exantemática Aguda generalizada recalcitrante.**
Magaly Nítez Naranjo.
- 28 **Enfermedad de Paget Extramamaria Vulvar.**
Ciella Erazo, Sonia Tello, Patricio Freire, Franklin Cabrera.
- 32 **Histoplasmosis Cutánea Primaria en pacientes con VIH: A propósito de un caso.**
Ciella Erazo, Sonia Tello, Franklin Cabrera, Patricio Freire.
- 35 **Síndrome de Gottn Goltz en paciente pediátrico.**
Ciella Erazo, Nelly Machado, Franklin Cabrera, Patricio Freire, Sonia Tello.

Síndrome de Gorlin Goltz en paciente pediátrico.

Giselle Erazo Beltrán,* Nelly Machado Benavidez,** Franklin Cabrera López,*** Patricio Freire Murguayto,****
Sonia Tello Astudillo*****

*Postgradista de Dermatología. Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). Quito-Ecuador.

**Dermatóloga. Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) Quito-Ecuador.

***Dermatólogo. Jefe del Servicio de Dermatología y director de la unidad de Cirugía Dermatológica. HCAM Quito-Ecuador

****Dermatólogo. Director de Posgrado de Dermatología USFQ. HCAM. Quito-Ecuador.

*****Dermatopatóloga. Jefe de servicio de Patología. HCAM. Quito-Ecuador.

Dirección para correspondencia: Hospital Carlos Andrade Marín, Servicio de Dermatología, consulta externa. Avenida 18 de septiembre y Ayacucho. Quito-Ecuador.

Mail autor: gissederm@gmail.com

Resumen

El síndrome de Gorlin Goltz o también llamado síndrome del nevo basocelular es un desorden genético infrecuente, con carácter autooómico dominante, caracterizado por la predisposición a desarrollar múltiples carcinomas basocelulares, hoyuelos palmares y plantares, queratoquistes odontogénicos mandibulares y alteraciones esqueléticas. Presentamos el caso de un paciente pediátrico. Pocos casos reportados en la literatura.

Palabras clave

Síndrome de Gorlin Goltz, paciente pediátrico

Summary

Gorlin Goltz syndrome also called the basal cell nevus syndrome is a rare genetic disorder, autosomal dominant condition characterized by predisposition to develop multiple basal cell carcinomas, palmar and plantar pits, mandibular odontogenic keratocysts and skeletal abnormalities. We report the case of a pediatric patient. Few cases reported in the literature.

Keywords

Gorlin Goltz syndrome, pediatric patient.

Introducción

El síndrome de Gorlin-Goltz es un desorden genético caracterizado por una tendencia a desarrollar tumores odontógenos queratoquísticos y múltiples defectos del desarrollo. La mutación cromosómica del síndrome Gorlin-Goltz ha sido mapeada en los cromosomas 9 (q22.3 y q31) y 1 (p32), donde se ha descrito un gen supresor tumoral. El grado de penetrancia es alto (aproximadamente 97%), y la expresibilidad es variable.¹ El promedio de edad en que se realiza el diagnóstico del síndrome se ubica entre la primera y segunda década de vida. El promedio de aparición de carcinoma basocelular es a los 20 años de edad.²

Caso Clínico

Presentamos el caso de un niño de 12 años de edad, con antecedente patológico personal de macrocefalia desde su vida uterina, retraso psicomotor leve y dificultad de aprendizaje, presenta placa rosada, brillante de borde perlado en región supraclavicular izquierda. (Foto 1)

Dermatoscópicamente se observa glóbulos de pigmento en uno de los bordes de la lesión y vasos arboriformes y truncados en el centro. En palma derecha y en ambos pies depresiones puntiformes pigmentadas. (Foto 2)

La biopsia de piel de la lesión de la región supraclavicular, palma y planta derechos reporta carcinomas basocelulares. (Foto 5)

Maxilofacial reporta piezas dentales en región mandibular diastemas, radiográficamente evidencia de sombras compatibles con múltiples quistes odontogénicos a nivel mandibular y maxilar. (Foto 3)

TAC ocupación del seno maxilar derecho, fragmentos dentígenos extraños, seno frontal con pequeño osteoma en la pared posterior. (Foto 4)

Genética confirma rasgos dismórficos compatibles con síndrome de Gorlin-Goltz.



Foto 1.- Placa rosada brillante con pigmento en uno de los bordes a nivel del hombro derecho.

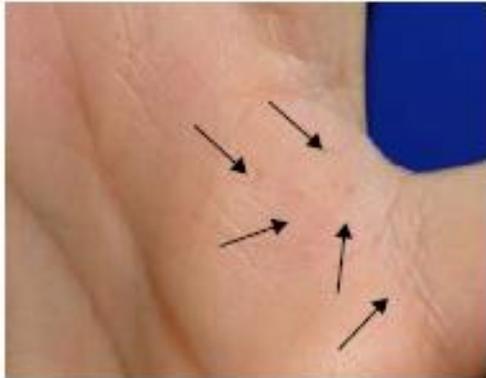


Foto 2.- Depresiones puntiformes mamoneas en palma de mano derecha.



Foto 3.- Panorámica dental muestra múltiples quistes odontogénicos.



Foto 4.- TAC ocupación del seno maxilar derecho, fragmentos dentínicos extraños, seno frontal con pequeño osteoma en la pared posterior.

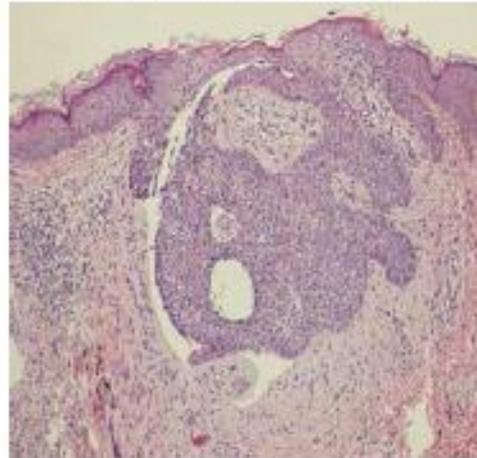


Foto 5.- Lábulas o cordones de células basaloideas que se disponen en la periferia conformando una empalizada.

Discusión

El síndrome de Gorlin-Goltz corresponde a un desorden autosómico dominante, diagnosticado generalmente en niños entre la primera y segunda década de vida. Son pocos los casos reportados en la literatura. Según Kimonis¹, en este síndrome existen rasgos mayores y menores. Rasgos mayores: Carcinomas basocelulares múltiples o uno de aparición antes de los

20 años, confirmados histológicamente, hoyuelos palmares o plantares (<3), calcificación bilaminar de la hoz del cerebro, historia positiva familiar del síndrome. Rasgos menores: Anomalías congénitas del esqueleto, macrocefalia (>97 del percentil con abombamiento frontal), fibroma cardíaco u ovárico, méduloblastoma, quistes linfomacentéricos, malformaciones congénitas. Para considerar que un paciente es portador de síndrome de Gorlin-Goltz, debe presentar por lo menos 2 rasgos mayores, o 1 rasgo mayor y un pariente de primera línea afectado, o 2 rasgos menores y un pariente de primera línea afectado, o múltiples carcinomas basocelulares en la infancia. Nuestro paciente cumple 2 rasgos mayores y 2 rasgos menores.

Dentro de los diagnósticos diferenciales debemos tener en cuenta el síndrome de Bazex-Dupré-Christol (caracterizado por la presencia de CBC, atrofodermia folicular, hipohidrosis e hipotricosis), síndrome de Muir-Torre (adenomas sebáceos múltiples, queratoacantomas múltiples y neoplasias viscerales de predominio en el tracto digestivo), tricoepiteliomas papulosos múltiples, síndrome de Rombo (atrofodermia vermiculada, hipotricosis, cianosis y tricoepiteliomas), hamartoma folicular basaloide (quistes de milium, pits palmoplantares, hipotricosis y hamartomas basaloídes foliculares), exposición a arsénico y xeroderma pigmentoso.^{6,7}

El tratamiento de pacientes debe ser interdisciplinario, para lo cual es fundamental el conocimiento de este síndrome.⁸ La valoración del genetista es importante para el diagnóstico definitivo. La presencia de múltiples tumores odontogénicos queratoquísticos en los maxilares es, con frecuencia, la primera manifestación clínica que incluso precede la aparición de los carcinomas basocelulares de la piel.^{9,10} El diagnóstico temprano es esencial con la finalidad de orientar y educar sobre los cuidados de prevención que deben tener este tipo de pacientes ante el riesgo oncológico al que están expuestos por lo que se recomienda realizar diversos estudios complementarios para la confirmación y seguimiento de estos pacientes.

El tratamiento estándar en estos pacientes es la exéresis de los carcinomas basocelulares con márgenes de seguridad, pero la recurrencia de las lesiones ha planteado tratamientos alterna-

tivos como la cirugía de Mohs, el láser de CO₂ y Erbium-Yag, el curetaje, la electrocoagulación, la criocirugía y la terapia fotodinámica¹¹ con una tasa de curación reportada entre un 85 a 98%.

Bibliografía

- Gutiérrez VRI, Téllez RJP, de la Teja AE, Durán GLA, Téllez MMA. Síndrome de Gorlin-Goltz. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex* 2009;30(1):11-17.
- Pivnick EK, Walter AW, Lawrence MD, Smith ME. Gorlin syndrome associated with midline nasal dermoid cyst. *J Med Genet* 1996; 33: 704-6.
- Kimonis VE et al. Clinical manifestation in 105 persons with nevroid basal cell carcinoma syndrome. *Am J Med Genet* 1997; 69: 299-308.
- Samela PC et al. Síndrome del nevo basocelular: experiencia en un hospital pediátrico. *Actas Dermosifilogr*. 2013;104(5):426-433.
- Lo Muzio L. Nevroid basal cell carcinoma syndrome (Gorlin syndrome). *Orphanet J Rare Dis*. 2008;25:32-47.
- Carbúa SG, Marrero M, Glorio R, Etchart C, La Forgia M. Síndrome del carcinoma basocelular nevóide (Síndrome de Gorlin). *Dermatol Argent*. 2009;15:209-12.
- Ackerman AB. Nevroid basal cell carcinoma syndrome versus generalized basaloid follicular hamartoma syndrome. *J Cutan Pathol*. 2009;36:603.
- Ackerman AB. Nevroid basal cell carcinoma syndrome versus generalized basaloid follicular hamartoma syndrome. *J Cutan Pathol*. 2009;36:603. 17.
- Van der Geer S, Ostertag JU, Krekels GA. Treatment of basal cell carcinomas in patients with nevroid basal cell carcinoma syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2009;23:308-13.
- Moret Y, González JM. Síndrome de Nevo de Células Basales (Gorlin y Goltz) Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Odontol Venez*. 2004;42:118-21.
- Braathen LR, Szeftmies RM, Basset-Seguin N, Blissonnette R, Foley P, Partser D, et al. Guidelines on the use of photodynamic therapy for nonmelanoma skin cancer: An international consensus International Society for Photodynamic Therapy in Dermatology, 2005. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:125-43.

RESPALDO DE LA PUBLICACION

Lesión en Planta de Pie

CONTENIDO

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

EDITORIAL

- 5 [Clima & Piel.](#)
Dr. Enrique Úraga Pazmiño.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 6 [Eritema Fijo Medicamentoso: Revisión analítica de una cohorte de pacientes.](#)
Julia Cabezas, Juliana Jubert, Santiago Palacios
- 10 [Dermatitis Atópica: Escalas de severidad y niveles de IgE.](#)
Ana López, Aquiles López, Flerida Llerena, Freddy Trujillo.
- 14 [Granuloma Anular Localizado: Reporte de 5 casos pediátricos y revisión de la literatura.](#)
Camila Montaña, Annette Morán, Verónica Úraga, Cristina Solórzano, Juan Carlos Garcés, Enrique Úraga
- 19 [Tumores con Diferenciación Folicular. Presentación de casos y revisión de la literatura.](#)
Annette Morán, M. Cecilia Briones, J. Carlos Garcés, Enrique Loayza, Enrique Úraga

REPORTES DE CASOS

- 24 [Dermatofibrosarcoma Tratado como Queloide: Relato de dos casos.](#)
Julia E. Cabezas, Augusta Alvarado, Santiago Palacios
- 28 [Aloe Vera Gel en Liquen Plano Oral Recalcitrante. Reporte de un caso.](#)
Vladimir Preciado R, M. Cecilia Briones C, Enrique Úraga P.
- 32 [Enfermedad de Hansen. A propósito de un caso.](#)
Giselle Erazo, Nelly Machado, Franklin Cabrera, Patricio Freire, Sonia Tello.

CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

- 36 [Lesión en Planta de Pie.](#)
Giselle Erazo, Nelly Machado, Franklin Cabrera, Patricio Freire, Sonia Tello.

Lesión en Planta de Pie.

Giselle Erazo Beltrán*, Nelly Machado Benavidez**, Franklin Cabrera López***, Patricio Freire Murgueytío****, Sonia Tello Astudillo*****

* Postgradista de Dermatología. Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) Quito-Ecuador

**Dermatóloga. Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) Quito-Ecuador

***Dermatólogo. Jefe del Servicio de Dermatología y director de la unidad de Cirugía Dermatológica. HCAM Quito-Ecuador

**** Dermatólogo. Director de Posgrado de Dermatología USFQ. HCAM. Quito-Ecuador

***** Dermatopatóloga. Jefe de servicio de Patología. HCAM. Quito-Ecuador

Dirección para correspondencia: Hospital Carlos Andrade Marín, Servicio de Dermatología, consulta externa. Avenida 18 de septiembre y Ayacucho. Quito-Ecuador. Mail autor: gissederm@gmail.com

Caso Clínico

Mujer de 58 años de edad con antecedente patológico personal de diabetes mellitus II y amputación de último dedo de pie derecho por pie diabético. Presenta una masa dura, adherida a planos profundos a nivel de planta de pie derecho, tres años de evolución.

Clínica



Foto 1. (Izq) Masa a nivel del tercio medio del pie derecho.
Foto 2. (Centro) Mide aproximadamente 3 x 3 cm.
Foto 3. (Der) Se observa dos pequeña úlceras sobre una superficie hiperqueratósica y descamativa.

Histopatología

Piel de planta de pie: Se observa proliferación de estructuras vasculares de diverso calibre y de diverso tipo (proliferación de capilares como de vasos de pared gruesa que son vasos venosos y los más grandes que son arterias). Foto 1, 2 y 3.

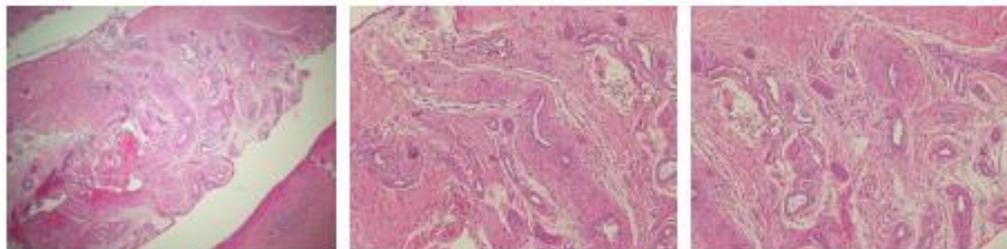


Foto 1. (Izq) Proliferación de estructuras vasculares de diverso calibre.

Foto 2. (Centro) Vasos venosos (pared gruesa) y capilares (no tienen pared)

Foto 3. (Der) La estructura más gruesa y redondeada corresponde a una arteria.

Diagnóstico

Malformación Arterio-Venosa a nivel de planta de pie derecho.

Discusión

Las malformaciones vasculares son lesiones benignas, relativamente raras, presentes siempre desde el nacimiento, pero a veces no visibles hasta semanas, meses e incluso años después¹ como es el caso de nuestra paciente. Se trata de errores difusos o localizados del desarrollo embriológico clásicamente atribuidos a mutaciones esporádicas. La presentación clínica es muy variable desde manchas asintomáticas hasta lesiones de alto flujo o localizaciones peculiares que pueden incluso poner en peligro la vida del paciente. Ninguna lesión vascular de nacimiento presente en un adolescente o adulto debe denominarse hemangioma o angioma, porque realmente se trata de una malformación vascular. No tienen un ciclo de crecimiento y posterior regresión espontánea, sino que persisten para siempre y van creciendo lentamente.

Según la International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA), se clasifican así: (Cuadro 1).

Tumores	
Hemangiomas	Superficiales (hemangiomas capilares o en tresa) Profundos (hemangiomas cavernosos) Mixtos
Otros	Hemangiendoteloma kaposiforme Angioma en penacho Hemangiopericitoma Spindle-cell hemangiendoteloma Giomangiomias Granuloma piogénico Sarcoma de Kaposi Angiosarcoma
Malformaciones Vasculares Simples	Capilares (C) (mancha en vino de Oporto, nevus flammeus) Venosas (V) Linfáticas (L) (linfangioma, hígroma quístico) Arteriales (A)
Combinadas	Fistula arteriovenosa (AVF) Malformación arteriovenosa (AVM) CLVM (incluye la mayor parte de los S. de Kippel-Trenaunay) CVM (incluye algunos casos de S. Kippel-Trenaunay) LVM CAVM CLAVM

Cuadro 1. Clasificación modificada de la ISSVA de las anomalías vasculares (Roma, 1996).

Las malformaciones vasculares arteriovenosas (MVA) se caracterizan por presentar vasos de tipo arterial y venoso de morfología alterada, su patogénesis estaría dada por una falla en la involución de los vasos arteriovenosos de los plexos primitivos retiformes desde una etapa embrionaria temprana, a pesar de ser congénitas constituyen el grupo que más tardíamente se diagnóstica, a veces durante la cuarta-quinta década de la vida. La localización más frecuente es en cabeza y cuello debido a la gran vasculatura de esta área en la etapa embrionaria, principalmente a nivel de mejillas y pabellón auricular,² pero existen casos raros y atípicos como el de nuestra paciente donde la MVA se localiza en la planta del pie. Solicitamos estudio ecográfico donde se evidencia signos de shunt al doppler color y alto flujo. La RNM reportó vacío de señal que se extiende desde planos superficiales hacia planos musculares profundos, no hay evidencia de infiltración ósea.

Este es un caso de difícil manejo pues se ha reportado que la extirpación parcial, manipulación, traumatismo y cambios hormonales pueden favorecer su crecimiento con mayor posibilidad de expansión y crecimiento siendo al mismo tiempo, más difíciles de tratar, en ellas se ha demostrado un patrón proangiogénico, que favorece el crecimiento y la activación.³

La paciente decidió no someterse a ninguna intervención.

Bibliografía

1. Redondo P. Malformaciones vasculares (I). Concepto, clasificación, fisiopatogenia y manifestaciones clínicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:141-58
2. Cordisco M. Malformaciones Vasculares. Capítulo 102. *Dermatología Ibero-Americana On line*, 5 de marzo de 2011
3. Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones). Características clínicas e historia natural. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004 Vol. 27, Suplemento 1

RESPALDO DE LA PUBLICACION

Enfermedad de Hansen. A propósito de un caso.

CONTENIDO

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

EDITORIAL

- 5 [Clima & Piel.](#)
Dr. Enrique Úraga Pazmiño.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 6 [Eritema Fijo Medicamentoso: Revisión analítica de una cohorte de pacientes.](#)
Julia Cabezas, Juliana Jubert, Santiago Palacios
- 10 [Dermatitis Atópica: Escalas de severidad y niveles de IgE.](#)
Ana López, Aquiles López, Flerida Llerena, Freddy Trujillo.
- 14 [Granuloma Anular Localizado: Reporte de 5 casos pediátricos y revisión de la literatura.](#)
Camila Montaña, Annette Morán, Verónica Úraga, Cristina Solórzano, Juan Carlos Garcés, Enrique Úraga
- 19 [Tumores con Diferenciación Folicular. Presentación de casos y revisión de la literatura.](#)
Annette Morán, M. Cecilia Briones, J. Carlos Garcés, Enrique Loayza, Enrique Úraga

REPORTES DE CASOS

- 24 [Dermatofibrosarcoma Tratado como Queloide: Relato de dos casos.](#)
Julia E. Cabezas, Augusta Alvarado, Santiago Palacios
- 28 [Aloe Vera Gel en Liquen Plano Oral Recalcitrante. Reporte de un caso.](#)
Vladimir Preciado R, M. Cecilia Briones C, Enrique Úraga P.
- 32 [Enfermedad de Hansen. A propósito de un caso.](#)
Giselle Erazo, Nelly Machado, Franklin Cabrera, Patricio Freire, Sonia Tello.

CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO

- 36 [Lesión en Planta de Pie.](#)
Giselle Erazo, Nelly Machado, Franklin Cabrera, Patricio Freire, Sonia Tello.

Enfermedad de Hansen. A propósito de un caso.

Giselle Erazo Beltrán,* Nelly Machado Benavidez,** Franklin Cabrera López,*** Patricio Freire Murgueyño,****
Sonia Tello Astudillo*****

*Postgradista de Dermatología. Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). Quito-Ecuador
**Dermatóloga. Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). Quito-Ecuador
***Dermatólogo. Jefe del Servicio de Dermatología y director de la unidad de Cirugía Dermatológica. HCAM Quito-Ecuador
****Dermatólogo. Director de Posgrado de Dermatología USFQ. HCAM. Quito-Ecuador
*****Dermatopatóloga. Jefe de servicio de Patología. HCAM. Quito-Ecuador

Correspondencia: Hospital Carlos Andrade Marín, Servicio de Dermatología, consulta externa. Avenida 18 de septiembre y Ayacucho. Quito-Ecuador. Mail autor: gissederm@gmail.com

Resumen

La enfermedad de Hansen o lepra es la segunda micobacteriosis mundial después de la tuberculosis, no constituye un problema de salud pública a escala mundial pero todavía persisten zonas con una elevada endemicidad como es el caso de nuestro país. La correlación clínico patológica de casos atípicos como éste permite un diagnóstico precoz y con tratamiento oportuno evita la aparición de secuelas neurotróficas que agravan notablemente el pronóstico de la enfermedad.

Palabras clave

Enfermedad de Hansen, Micobacteriosis

Summary

Hansen's disease or leprosy is the second world mycobacteriosis after tuberculosis, not a public health problem worldwide but there are still areas of high endemicity as is the case in our country. The clinicopathologic correlation of atypical cases such as this allows early diagnosis and early treatment prevents the onset of neurotrophic effects that significantly aggravate the prognosis of the disease.

Key words

Hansen's disease, mycobacteriosis

Introducción

La lepra es una enfermedad granulomatosa, infecto contagiosa, crónica, endémica en numerosos países, producida por el *Mycobacterium leprae* y ahora se sabe que también por *Mycobacterium lepromatosis*, su cuadro clínico variado depende de la respuesta inmunológica del huésped ante la bacteria invasora. Afecta la piel, la mucosa de las vías respiratorias altas, los ojos y los nervios periféricos.¹ La principal forma de transmisión de los microorganismos es a través del flujo de la nasofaringe. Aunque se considera que es poco transmisible, con una tasa de mortalidad baja, las complicaciones que genera pueden llegar a ser deformantes e incapacitantes, como aquellas secundarias a la neuropatía.²

Caso Clínico

Paciente, sexo femenino, 42 años de edad con antecedente patológico personal de cáncer de tiroides hace 2 años para lo cual fue tiroidectomizada y recibió yodo radio activo; toma levotiroxina. Presenta unas placas eritemato violáceas, anulares, sobreelevadas, de bordes definidos en brazos, abdomen, espalda, muslos, piernas de 6 años de evolución.

Nuestras primeras impresiones clínicas fueron granuloma anular generalizado, eritema nodoso o sarcoidosis. Solicitamos biopsia de una de las lesiones que reporta:

Epidermis delgada, escasas anexos pilosos y érrinos, llama la atención la disposición nodular del infiltrado inflamatorio alrededor de los vasos y de los filotes nerviosos. Foto 1. El infiltrado es linfoblastocitario, los histiocitos forman granulomas que comprometen el filote nervioso. Foto 2,3,4. Sin embargo con la coloración de Fitefáncico no se logró encontrar bacilos.

El Diagnóstico Histopatológico es Enfermedad de Hansen.

Se realizó a nuestra paciente una prueba de sensibilidad cutánea en la que se determinó anestesia en la mayoría de áreas donde existían lesiones.

Se solicitaron exámenes generales, radiografía y tomografía axial computarizada del tórax, marcadores virales, baciloscopía en esputo y orina todas negativas.



Figura 1. Varias placas eritematosas en espalda.



Figura 2. Placas eritematosas violáceas en la cara posterior de muslos.



Figura 3. Placas eritematosas pequeñas en tórax anterior.



Figura 4. Placas eritematosas violáceas en cara anterior de muslos.



Figura 5. Placas que confluyen y forman placas eritematosas sobrellevadas en parte de la espalda y cara externa de brazos.



Figura 6. Placas eritematosas sobrellevadas en cara externa de brazo y antebrazos.

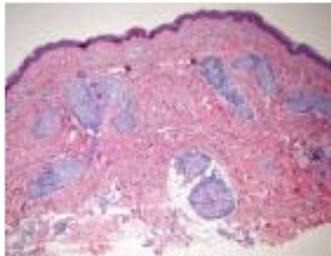


Foto 1. Se observa disposición nodular del infiltrado inflamatorio alrededor de los vasos y de los filetes nerviosos.

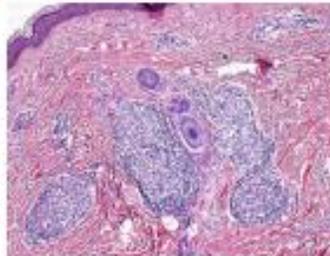


Foto 2. Infiltrado linfoplasmocitario, los histiocitos forman granulomas

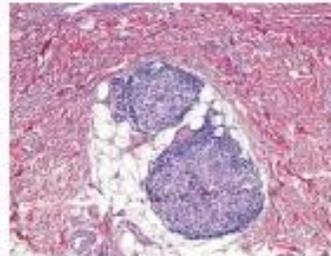


Foto 3. Se observa el infiltrado comprometiendo el filete nervioso

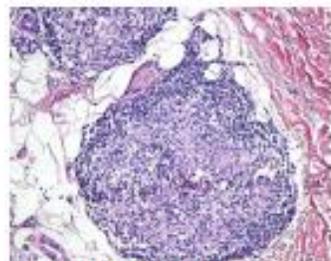


Foto 4. Los histiocitos son vacuolizados, hay ocasionales células multinucleadas y el filete nervioso está comprometido.

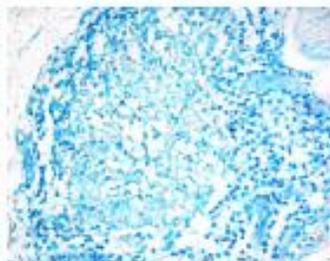


Foto 5. Coloración de Fite-Rancho negativa.

Características	Tipo Lepromatoso	Tipo Tuberculoides	Grupo Indeterminado	Grupo Dimorfo
Evolución	Progresiva	Regresiva	Fase temprana de la enfermedad. Si no se trata, evoluciona a los tipos lepromatoso o tuberculoides	Forma inestable, evoluciona a los tipos lepromatoso o tuberculoides
Lesiones cutáneas	Nódulos, placas infiltradas o lesiones foliáceas (elementos circunscritos) o infiltración difusa	Placas infiltradas, eritematosas, asimétricas de bordes definidos y siempre anestésicas	Manchas hipopigmentadas, anhidróticas con trastorno de la sensibilidad	Placas infiltradas eritematosas, cobrizas, con borde externo mal definido
Alopecia	Cejas, pestañas y vello corporal	No hay	En las manchas	Puede existir en las lesiones
Lesiones mucosas	Rinitis, ulceración y perforación del tabique nasal (porción cartilaginosa)	No hay	No hay	Puede haber congestión nasal transitoria
Alteraciones neuríticas	Neuritis simétrica, trastornos de la sensibilidad y motores	Neuritis simétrica retracciones musculares	Trastorno de la sensibilidad en las manchas y/o retracciones musculares	Neuritis, puede haber o no trastorno de la sensibilidad en las placas
Lesiones oculares	Puede haber nódulos en la cornea, iritis, iridociclitis, queratitis punteada	Pueden existir consecutivas a lagofthalmos por parálisis muscular	No hay	Puede haber afección conjuntival
Estados reaccionales	Reacción tipo II o reacción leprosa	No hay	No hay	Reacción tipo I, reacción de reversa o de degradación
Baciloscopia	Positiva Multibacilar (MB)	Negativa Paucibacilar (PB)	Sin o con escasos bacilos	Positiva Multibacilar (BB y BL), o negativa Paucibacilar (BT)
Histopatología	Granuloma lepromatoso (células de Virchow con bacilos)	Granuloma tuberculoides (células epitelioides y gigantes tipo Langhans sin bacilos)	Infiltrado inflamatorio inespecífico (sin o con bacilos escasos aislados)	Estructura mixta células de Virchow y tipo Langhans
Leprominorreacción	Mitsuda negativa	Mitsuda positiva	Mitsuda positiva o negativa	Mitsuda positiva o negativa
Epidemiológicas	Antecedentes de vivir o haber vivido con un enfermo de lepra o en un área endémica			

Cuadro 1. Diagnóstico de Lepra
Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007 (Norma Oficial Mexicana, 2009).

Discusión

La enfermedad de Hansen o lepra constituye un problema importante de salud en todo el mundo, es causada por *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) y *Mycobacterium lepromatosis* (*M. lepromatosis*). Es una enfermedad muy antigua, la conocieron las antiguas civilizaciones de China, Egipto e India, aproximadamente hacia el año 600 a.c. Actualmente existen zonas con alta incidencia en África, Asia y América Latina. Ecuador es uno de los diez países que reporta más de 100 casos nuevos por año según la Organización Mundial de la Salud (OMS).³ A pesar del gran número de investigaciones realizadas, no se ha llegado a un consenso respecto de la forma de transmisión e invasión del microorganismo. El sistema de invasión y des-

plazamiento de este agente en el organismo también es motivo de discusión. El período de incubación de la enfermedad es, en promedio, de cinco años.⁴

La expresión clínica en la enfermedad de Hansen es un reflejo de la respuesta inmune del huésped y comprende un amplio espectro de manifestaciones. La enfermedad afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos; los síntomas pueden tardar hasta veinte años en aparecer.⁴

La hipopigmentación o eritema de la piel con déficit sensorial es uno de los signos clínicos más importantes en el diagnóstico.⁵

La presencia de inflamación neuronal en el estudio histopatológico es de gran ayuda para diferenciar la Enfermedad de Hansen de otros desórdenes de tipo granulomatoso. Hay una gran dificultad para el diagnóstico tanto en sensibilidad como en especificidad cuando existe una respuesta granulomatosa a pesar de que hay muy pocos o ningún bacilo en la tinción de Ziehl Neelsen o Fitefárico como en el caso de nuestra paciente. El examen de baciloscopia es de gran utilidad, a través del cual se pueden obtener resultados positivos en casos multibacilares y negativos en infecciones paucibacilares, nuestra paciente tuvo baciloscopías en esputo y orina negativas. No se logró realizar la prueba de Mitsuda porque no se dispone de ésta prueba en nuestro hospital.

Por las características clínicas mencionadas, ausencia de alopecia, sin evidencia de lesiones en mucosas y oculares, anestesia en las áreas donde hay lesiones, estados reaccionales negativos, baciloscopia paucibacilar y en la biopsia presencia de granulomas comprometiendo los filetes nerviosos llegamos a la conclusión de un Hansen Tuberculoide. (Cuadro 1)

Los criterios para el diagnóstico de la lepra son: clínicos, bacteriológicos, inmunológicos e histopatológicos. Sin embargo, destacamos este caso porque debemos tener presente siempre que el estándar de oro para el diagnóstico definitivo de la lepra es el procedimiento histológico. Las pruebas serológicas no son de diagnóstico ni son suficientemente específicas. La prueba intradérmica de Mitsuda es una de las maneras de valorar la respuesta inmune celular del paciente que no se usa para el diagnóstico de la enfermedad sino para clasificar las diversas formas de la lepra.⁷

El diagnóstico temprano y el tratamiento multimedicamentoso siguen siendo los elementos fundamentales para lograr la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública. La lepra es una enfermedad curable, si se trata en las primeras fases se evita la discapacidad.

Nuestra paciente fue referida a una institución del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para recibir tratamiento para Lepra Paucibacilar, según las recomendaciones de la OMS, a base de Rifampicina y Dapsona por 6 meses.⁸ (Cuadro 2)

Lepra	Dapsona	Rifampicina	Clofazimina	Duración
Paucibacilar (PB) OMS	100mg/d	600mg/mes		6 meses
Multibacilar (MB) OMS	100mg/d	600mg/mes	50mg/d + 300mg/mes	12 meses

Cuadro 2. Esquemas terapéuticos de la OMS
Fuente: World Health Organization (9-10)

Bibliografía

- Breve revisión de las técnicas diagnósticas de la Enfermedad de Hansen. Hernández J, Visquez F, Ciencia Ur. VOL.24(2) 2012: 22-27. ISSN 2007-0624
- Torres, E., Vargas, F., Atoche, C., Arrazola, J., Carlos, B. y Arenas, R. (2011). "Lepra en México. Una breve reseña histórica". *Dermatol Rev Mex*, 55(5):290-295
- OMS. Buscan eliminar la Lepra de las Américas. Expertos debaten acerca de las acciones para lograr la desaparición de la lepra de varios países del continente y la reducción significativa en otros para el 2015. Panamá, 5 de octubre de 2012 (OPS/OMS)
- Muñoz y cols. La lepra: patología con conciencia histórica. *ENF INF MICROBIOL* 2012 33 (1): 32-43
- Malaviya GN. "Sensory perception in leprosy-neurophysiological correlates". *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 2003; 71: 119-124.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-027-SSA2-2007 Para la prevención y control de la lepra.
- Sampaio LH, Stefani MM, Oliveira RM, Sousa AL, Iretton GC, Reed SG, et al. "Immunologically reactive M. leprae antigens with relevance to diagnosis and vaccine development". *BMC Infect Dis* 2011; 11: 26.
- World Health Organization. "Chemotherapy of leprosy for control programmes". *WHO Tech Rep Ser* 1982: 675.
- Concha y cols. Enfermedad de Hansen: Revisión a propósito de un caso. *Rev Chil Infect* 2008; 25 (1): 64-69
- World Health Organization. WHO recommended MDT regimens. 2012 [consultado 04 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/lep/mdt/regimens/en/index.html#>

RESPALDO DEL POSTER ELECTRONICO

**Técnicas de reconstrucción quirúrgica de la pirámide nasal por
cáncer de piel no melanoma**

www.radla2014.com



XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

2-5 mayo 2014 · Santiago de Chile · Espacio Riesco



PROGRAMA OFICIAL



Trabajos Científicos · POSTERS

Cáncer de piel no Melanoma

- PE-569 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LA LENGUA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Y REVISIÓN DE LA LITERATURA / GP Mora 1 · A Correa 2 · F Macanchi 3 / 1. Hospital San Vicente de Paul - Pasaje - El Oro 2. Hospital Oncológico SOLCA Machala "Dr. Wilson Franco Cruz" 3. Hospital Isidro Ayora Loja, / Ecuador

Cirugía Cosmética

- PE-575 IMPLANTE CAPILAR POR EXTRACCIÓN DE UNIDADES FOLICULARES- FUE: EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS. / NR Carreño · I Oporto / Instituto Chileno de Restauración Capilar - ICRC, Santiago/ Chile
- PE-584 REJUVENECIMIENTO DEL CONTORNO FACIAL MEDIANTE ULTRASONIDO FRACCIONADO MICROFOCALIZADO, UNA ALTERNATIVA DE LIFTING NO QUIRÚRGICO / NR Carreño · I Oporto · K Barría / Clínica Dermatológica Láser Rejuvenece, Santiago/ Chile
- PE-592 TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LAS BOLSAS INFRAORBITARIAS CON ULTRASONIDO FRACCIONADO MICROFOCALIZADO / KE Barría · C Ortega · I Oporto · N Carreño / Clínica Sara Moncada, Santiago/ Chile
- PE-601 REMODELAMIENTO CORPORAL DE ADIPOSIDADES LOCALIZADAS MEDIANTE CRIOLIPOLISIS / KE Barría · N Carreño · I Oporto · C Veloso · C Reyes / Clínica Dermatológica Láser Rejuvenece, Santiago/ Chile

Cirugía Dermatológica

- PE-289 PSEUDOQUISTES AURICULARES: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA / MI Goncalves · M López · F Franco / Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas/ Venezuela
- PE-336 TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE LA PIRÁMIDE NASAL POR CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA / GM Erazo · XF Erazo · FO Cabrera / 1. Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín 2. Universidad Central del Ecuador, Hospital Carlos Andrade Marín 3. Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín / Ecuador
- PE-404 MINIINJERTOS EN VITÍLIGO: ¿REALIZARLOS EN NIÑOS? / CJ Díaz / Universidad del Valle, Cali/ Colombia

Dermatofarmacología

- PE-013 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA (NET): CASUÍSTICA DE 16 AÑOS DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA (PUC) DE CHILE. / L Giesen · C Cárdenas · S González · M Molgó / Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago/ Chile
- PE-346 VASCULITIS POR COCAÍNA Y SIFILIS SECUNDARIA SIMULANDO SÍNDROME DE BEHCET / Z Troyano · H García · G Olmos · S Ezcurra · GDC Vidal · MCLaje · MCLaje / Instituto Médico Río Cuarto, Río Cuarto, / Argentina
- PE-435 DRESS SECUNDARIO A CARBAMAZEPINA: REPORTE DE UN CASO / A Guglielmetti 1 · M Huilcamán 2 · J Correa 1 · F Bettoli 1 / 1. Cátedra de Dermatología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso 2. Clínica Reñaca, Viña del Mar/ Chile
- PE-460 CASO CLÍNICO: Pioderma gangrenoso en paciente con hidrosadenitis supurativa, tratado con ciclosporina tópica / JS Andreani · C Sotomayor · M Le Bert / Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago/ Chile



XXXII REUNIÓN ANUAL DE
DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS



PE-336

Santiago de Chile, 2-5 Mayo 2014

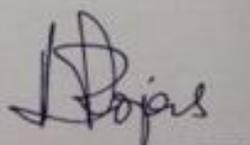
El Comité Organizador Certifica que el trabajo:

Técnicas de reconstrucción quirúrgica de la
pirámide nasal por cáncer de piel no
melanoma

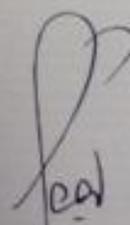
Autor (es):

GM Erazo;XF Erazo;FO Cabrera

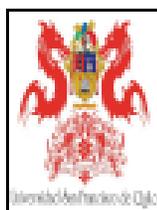
Ha sido presentado en modalidad de Poster



Dra. Hilda Rojas P.
Secretaria General

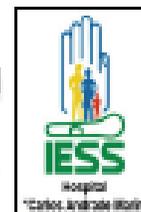


Dr. Iván Jara Padilla
Presidente RADLA 2014



338-PE_ERAZO_ECUADOR

TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE LA PIRÁMIDE NASAL POR CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA



ERAZO Giselle¹ ERAZO Xavier² CABRERA Franklin³

¹ Médico posgradista de cuarto año de dermatología. Universidad San Francisco de Quito. Hospital Carlos

Andrade Marín. Ecuador

² Médico General. Universidad Central del Ecuador. Hospital Carlos Andrade Marín. Ecuador

³ Profesor del posgrado de dermatología Universidad San Francisco de Quito. Jefe del Servicio de Dermatología, director de la Unidad de cirugía dermatológica, Hospital Carlos Andrade Marín. Ecuador

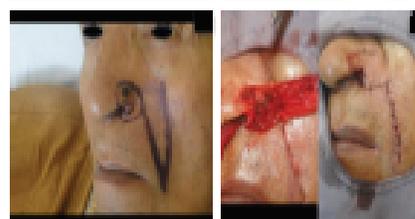
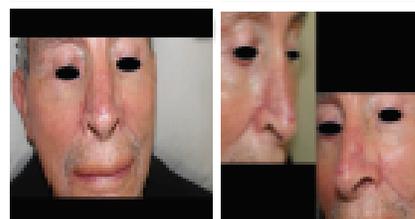
Introducción

El Cáncer no Melanoma es el tumor maligno más frecuente de la especie humana. Se ubica en cara y cuello en un 80% de los casos, el 30% se ubica en la nariz, por lo tanto es importante un profundo conocimiento de las opciones de reconstrucción en esta área para brindar a nuestros pacientes los mejores resultados estéticos y funcionales. Para la realización de cualquier técnica es importante el conocimiento de la anatomía, sub unidades estéticas, irrigación e inervación del área quirúrgica. Para la cobertura de un defecto una vez extirpada la lesión, debemos resaltar la cobertura cutánea como opción principal el cierre directo, lo cual no siempre es posible, el cierre por segunda intención, los colgajos y si esto no se logra la última opción son los injertos.

Desarrollo del Tema

Las unidades estéticas en la nariz son la raíz nasal, el dorso nasal, las paredes laterales, la punta y las alas nasales. Los colgajos ofrecen sustanciales ventajas sobre los injertos, porque poseen un aporte propio de sangre y no dependen por completo del lecho vascular del defecto quirúrgico para su viabilidad. Ofrecen una piel similar en términos de color, textura y foto envejecimiento. En colgajos de avance tenemos los opuestos y se ilustra con defectos cuadrados, no es necesario que tengan la misma longitud, otro es el de avance único en una sola dirección, cuyo marcaje del defecto puede ser cuadrado, triangular, rectangular o circular, en una relación 3:1, en el colgajo de avance doble los colgajos avanzan en dos lados opuestos y se ilustra con defectos cuadrados, no es necesario que tengan la misma longitud, el de avance OA-T / AA-T que son una modificación de colgajo de avance doble con colgajos de avance bilaterales los defectos pueden ser circulares o triangulares según sea el caso, el de pedículo en file cuyo pedículo es de tejido celular subcutáneo creando un colgajo triangular que consta de piel y tejido celular subcutáneo a nivel de la fascia muscular superficial adyacente al defecto mismo que avanza y cubre el defecto. En rotación tenemos el único mismo que se gira y avanza hacia el defecto, colgajos de O a Z que se giran arriba y debajo de modo que los pedículos están en los lados opuestos, el colgajo dorso nasal que es usado para defectos de la punta nasal las variaciones incluyen usar incisión superior por completo horizontal o un corte retrógrado o variar la curvatura y así la rotación del lado del colgajo.

Los colgajos de transposición se mueven sobre el tejido adyacente hacia el defecto, pueden ser de un lóbulo o de dos lóbulos cuando el defecto es grande, y romboidal o Limberg donde el defecto es romboidal, debe tener ángulos precisos. Otra forma de cerrar un defecto es usando injertos que pueden ser de espesor total, parcial, compuestos y de cartilago libre, los que más utilizamos nosotros es el de espesor total. Las imágenes son casos realizados en nuestro hospital.



Conclusión

Es imposible abordar todas las posibilidades que se presentan ante un defecto quirúrgico. Posiblemente cada dermatólogo empleará una opción diferente, o incluso un mismo dermatólogo emplea una u otra en función de cada paciente, del momento, o de la disponibilidad de tiempo y espacio. Es importante considerar las unidades estéticas, las líneas de tensión, evitar las cicatrices visibles, y en especial las deformidades que comporten asimetría.

Mail del autor: gissederm@gmail.com

RESPALDO DEL POSTER ELECTRONICO

Síndrome de Rowell, presentación de un caso.

www.radla2014.com



XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

2-5 mayo 2014 · Santiago de Chile · Espacio Riesco



PROGRAMA OFICIAL



Trabajos Científicos · POSTERS

Dermatofarmacología

- PE-583** ERITRODERMIA SECUNDARIO A LA INGESTA DE VITAMINA A. REPORTE DE UN CASO / A Hurtado · ME Gosch · J Larrondo · E Mullins / Hospital del Salvador, Santiago/ Chile
- PE-568** COMBINACIÓN FIJA DE ADAPALENO 0,1% / PERÓXIDO DE BENZOÍLO 2,5% EN ASOCIACIÓN CON DOXICICLINA ORAL: UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO A LA ISOTRETINOÍNA ORAL, EN EL TRATAMIENTO DEL ACNÉ NODULAR SEVERO / J Tan 1 · S Humphrey 2 · C Lynde 3 · R Vender 4 · N Kerrouche 5 · F Audibert 5 · F Audibert 5 / 1) University of Western Ontario and Windsor Clinical Research Inc, Ontario Canadá 2) Department of Dermatology & Skin Science, The University of British Columbia, Vancouver, Canada 3) Lynderm Clinical Research, Markham, Ontario, Canada 4) Dermatrials Research Inc), Hamilton, Ontario, Canada 5) Galderma R&D SNC, Sophia Antipolis, France / Francia

Dermatología en Medicina Interna

- PE-029** ERITEMA FLAGELADO POR BLEOMICINA, A PROPÓSITO DE UN CASO / C Salazar · M Sandoval · M Curi / Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago/ Chile
- PE-058** PIODERMA GANGRENOSO. REPORTE DE 2 CASOS / ML Rodríguez Oviedo · R Riveros · L Re · B Di Martino · L Bolla · O Knopfmacher · O Knopfmacher · M Rodríguez / Hospital de Clínicas, Asunción/ Paraguay
- PE-119** VASCULITIS ASOCIADA A DENGUE. REPORTE DE UN CASO / T Moreno Silveira · B Di Martino · M Rodríguez · O Knopfmacher · L Bolla / Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Asunción/ Paraguay
- PE-202** USO DE ÁCIDO HIALURÓNICO ESTABILIZADO E DE ORIGEM NÃO ANIMAL NO TRATAMENTO DE LIPODISTOFIA EM PACIENTES INFECTADOS PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA / Rafaela Koehler Zanella · Valente DV. / Sistema de Saúde Mãe de Deus, Porto Alegre - RS/ Brasil
- PE-296** DERMATOMIOSITIS PARANEOPLÁSICA / R Fernández · L Pianta · D Rodríguez · M Gorosito / Hospital Provincial del Centenario, Rosario/ Argentina
- PE-297** ERITEMA ELEVATUM DIUTINUM CON BUENA RESPUESTA AL DAPSONE / M Macoc · MV Vadala · J Nipoti · M Gorosito · R Fernández / Hospital Provincial del Centenario, Rosario/ Argentina
- PE-316** DERMATOSIS ACANTOLÍTICA TRANSITORIA EN UN PACIENTE CON HEPATITIS C: REPORTE DE UN CASO / A Tovar · MR Castellanos-Santos · JA Soto-Ortiz / Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", Guadalajara/ México
- PE-321** SÍNDROME DE SWEET ACRAL O DERMATOSIS NEUTROFÍLICA DE DORSO DE MANOS (DNDM). ¿MISMA ENTIDAD? / N Porras · S Álvarez · S Niklitschek · H Correa · S González / Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago/ Chile
- PE-338** SÍNDROME DE ROWELL, PRESENTACION DE UN CASO / GM Erazo · XF Erazo · FO Cabrera / 1. Universidad San Francisco de Quito. Hospital Carlos Andrade Marín 2. Universidad Central del Ecuador. Hospital Carlos Andrade Marín 3. Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín / Ecuador
- PE-421** MASTOCITOSIS SISTÉMICA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. / JM Díaz · JC Jasso · J Domínguez / Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán", Distrito Federal/ México
- PE-426** INFILTRACIÓN CUTÁNEA EN EL LINFOMA DE HODGKIN: A PROPÓSITO DE UN CASO / AC Castillo · SE Collazo · E Arteaga · JP Ojeda · RA Caicedo / Hospital Universitario de Postgrado "Hermanos Ameijeiras", La Habana/ Cuba



XXXII REUNIÓN ANUAL DE
DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS
Santiago de Chile, 2-5 Mayo 2014

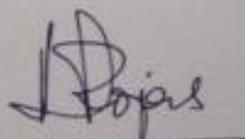
El Comité Organizador Certifica que el trabajo:

Síndrome de Rowell, presentación de un
caso

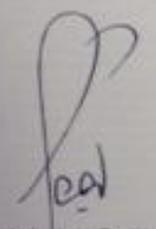
Autor (es):

GM Erazo;XF Erazo;FO Cabrera

Ha sido presentado en modalidad de Poster



Dra. Hilda Rojas P.
Secretaria General



Dr. Iván Jara Padilla
Presidente RADLA 2014



338-PE_ERAZO_ECUADOR

SÍNDROME DE ROWELL, PRESENTACION DE UN CASO



ERAZO Giselle¹ ERAZO Xavier² CABRERA Franklin³

¹ Médico posgradista de cuarto año de dermatología, Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

² Médico General, Universidad Central del Ecuador, Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

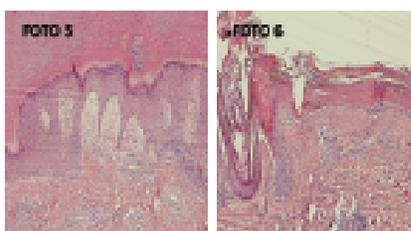
³ Profesor del posgrado de dermatología Universidad San Francisco de Quito, Jefe del Servicio de Dermatología, director de la unidad de cirugía dermatológica, Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

Introducción

El síndrome de Rowell se caracteriza por la asociación de lupus eritematoso sistémico (LES) y lesiones de tipo eritema multiforme con la presencia de marcadores inmunológicos como son los anticuerpos antinucleares con patrón moteado, anticuerpos anti-La y factor reumatoide positivo. Existe controversia acerca de su existencia aunque para algunos autores es una entidad con criterios bien establecidos. Presentamos un caso confirmado con histopatológico y marcadores inmunológicos.

Caso Clínico

Se trata de paciente, masculino, 21 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, ingreso a urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución catalogado como apendicitis aguda para lo cual le realizan Apendicéctomía, posterior a ello presenta placas eritematosas infiltradas, duras a nivel de rostro, brazos, manos y piernas, foto 1 y 2, se solicitan exámenes de extensión que reporta consumo del complemento, transaminasas elevadas, anticoagulante lúpico negativo. En la biopsia de piel, fotos 3 y 6, se aprecia espongirosis, células disqueratósicas, infiltrado inflamatorio perivascular linfocitario, taponamiento folicular, la inmunofluorescencia muestra depósitos granulares finos en membrana basal de IgG y C3. A los seis días de ser dado de alta por Cirugía General presenta dolor articular, Raynaud, fotosensibilidad, alza térmica, escoliosis, y en piel con lesiones costrosas miclicónicas, úlceras en mucosa labial, otras hemorrágicas en rostro, placas eritematosas elevadas, infiltradas, de bordes definidos y lesiones en diana en pecho, espalda, brazos y piernas foto 3 y 4, se solicitan ANA, ANCA, ANTI-DNA, ANTI-RO, ANTI-LA y FACTOR REUMATOIDEO los cuales son positivos, acude además con insuficiencia respiratoria, hipotensión, bradicárdico, leucocitosis sobre 30000 por lo que ingresa a UTI por sepsis de foco pulmonar.



Discusión

Nuestro paciente cumple siete criterios para Lupus Eritematoso Sistémico (LES) según la ACR 1982, cumple los criterios mayores y menores de Zeitouni et al 2000, y tres mayores de Torchia et al 2012 por todo lo mencionado se trata de un síndrome de Rowell (SR) en un paciente masculino joven que se presenta inmunodeprimido. Aunque exista controversia sobre si el LES y el SR son una misma entidad estudios y reportes de casos apoyan el hecho de que LES y SR son independientes. Nuestro paciente fue dado de alta de la UTI a los diez días, al momento esta con inmunomoduladores con buena respuesta clínica.

Mail del autor: gissederm@gmail.com

RESPALDO DEL POSTER ELECTRONICO

Síndrome de Gorlin Goltz. A propósito de un caso.

www.radla2014.com



XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

2-5 mayo 2014 · Santiago de Chile · Espacio Riesco



PROGRAMA OFICIAL



Trabajos Científicos · POSTERS

Genodermatosis

- PE-310** SÍNDROME EEC (ECTRODACTILIA, DISPLASIA ECTODÉRMICA, LABIO/PALADAR HENDIDO) / E Bravo 1 · HW Cáceres 2 · R Ballona 2 · R Torres 2 · E Paz 2 / 1. Instituto de Investigaciones Clínicas-Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima 2. Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima / Perú
- PE-332** SÍNDROME DE GORLIN GOLTZ. A PROPOSITO DE UN CASO / GM Erazo 1 · XF Erazo 2 · FO Cabrera 3 / 1. Universidad San Francisco de Quito. Hospital Carlos Andrade Marín 2. Universidad Central del Ecuador. Hospital Carlos Andrade Marín 3. Universidad San Francisco de Quito; Hospital Carlos Andrade Marín / Ecuador
- PE-356** ENFERMEDAD DE DARIER SEGMENTARIA UNILATERAL / MF Lauro · S Rodríguez · R Villa · L Pedrozo · O Peláez / Hospital Nuestra Señora del Carmen, Mendoza / Argentina
- PE-376** SÍNDROME DE CONRADI-HÜNERMANN-HAPPLE EN UNA ESCOLAR FEMENINA CON DETERMINACIÓN DE LA MUTACIÓN DEL GEN EBP / A Ruano · A García · MM Hernández / Instituto Dermatológico de Jalisco, Jalisco / México
- PE-381** PAPILOMATOSE CONFLUENTE E RETICULADA DE GOUGEROT E CARTEAUD / Stephane Alcantara Spinola / BWS - Instituto de pós graduação, São Paulo / Brasil
- PE-459** ACROCRATOSE VERRUCIFORME DE HOPF - RELATO DE CASO / Fernando Pires de Carvalho · Nomelini MBFL · Sousa JRR · Silva KR · Almeida RB / Excellence Estética Médica, Goiânia / Brasil
- PE-467** FACOMATOSIS PIGMENTOVASCULAR: REPORTE DE UNA FACOMATOSIS CESIO FLAMEA. / J Arellano 1 · J Rodríguez 2 / 1. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Santiago 2. Universidad de Chile, Santiago / Chile
- PE-474** MUCINOSE FOLICULAR- RELATO DE CASO E REVIÃO DE LITERATURA / Maria Betânia Freitas Lopes Nomelini · Fernando Pires de Carvalho · Juliana Ribeiro R. Souza · Keila Rosa Silva · Rodrigo Borges Almeida / ISMD (Instituto Superior de Medicina e Dermatologia), São Paulo/ Brasil
- PE-514** SÍNDROME DE RAPP-HODGKIN: RELATO DE CASO / Jacote Tatiana CSA · BP Pascual · FCN Ribeiro · CR Sgarbi · V Bedin / Instituto BWS, Sao Paulo / Brasil
- PE-566** SÍNDROME LEOPARD, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA / Z Zabala 1 · R Ruiz 1 · L Duarte 1 · MA Macías 2 · A Motta 2 / 1. Universidad El Bosque, Bogotá 2. Hospital Simón Bolívar, Bogotá / Colombia
- PE-593** ICTIOSIS HYSTRIX: REPORTE DE UN CASO / D Álvarez 1 · J Arellano 2 · J Rodríguez 1 / 1. Universidad de Chile, Santiago 2. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago / Chile

Infecciosas

- PE-057** EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME ADQUIRIDA / ML Rodríguez Oviedo · R Contreras · R Riveros · B Di Martino · M Rodríguez · O Knopfmacher · O Knopfmacher · L Bolla / Hospital de Clínicas, Asunción / Paraguay
- PE-059** HISTOPLASMOSIS. REPORTE DE 2 CASOS. / ML Rodríguez Oviedo · R Riveros · L Re · B Di Martino · L Bolla · O Knopfmacher · O Knopfmacher · M Rodríguez / Hospital de Clínicas, Asunción / Paraguay
- PE-060** LESIONES NODULARES EN PACIENTE PEDIATRICO / ML Rodríguez Oviedo · A Boungermini · B Di Martino · L Bolla · M Rodríguez · O Knopfmacher · O Knopfmacher · L Lezcano / Hospital de Clínicas, Asunción / Paraguay



XXXII REUNIÓN ANUAL DE
DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS

RADLA

PE-332

Santiago de Chile, 2-5 Mayo 2014

El Comité Organizador Certifica que el trabajo:

Síndrome de Gorlin Goltz. A propósito de un
caso

Autor (es):

GM Erazo; XF Erazo; FO Cabrera

Ha sido presentado en modalidad de Poster

Dra. Hilda Rojas P.
Secretaria General

Dr. Iván Jara Padilla
Presidente RADLA 2014



332-PE_ERAZO_ECUADOR

SINDROME DE GORLIN GOLTZ, A PROPOSITO DE UN CASO.



ERAZO Giselle¹ ERAZO Xavier² CABRERA Franklin³

¹ Médico postgradúe de cuarto año de dermatología, Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos

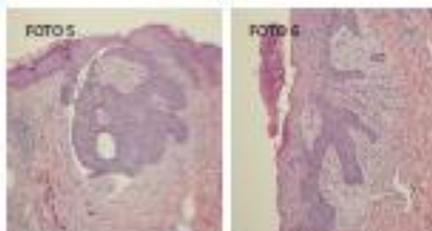
Andrade Marín, Ecuador

² Médico General, Universidad Central del Ecuador, Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

³ Profesor del posgrado de dermatología Universidad San Francisco de Quito, Jefe del Servicio de Dermatología, director de la unidad de cirugía dermatológica, Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

Introducción

El síndrome de Gorlin - Goltz también llamado síndrome del carcinoma basocelular nevoide es una enfermedad muy rara del grupo de las displasias ectodérmicas caracterizado por la tríada de carcinomas basocelulares múltiples, queratoquistes odontogénicos mandibulares y alteraciones esqueléticas. En niños se presenta entre la primera y segunda década de vida debido a que se presenta un patrón autosómico dominante de expresividad variable.



Caso Clínico

Presentamos el caso de un niño de 12 años de edad, con antecedente patológico personal de macrocefalia desde su vida uterina, retraso psicomotor leve y dificultad de aprendizaje, acude al servicio de maxilofacial por presentar piezas dentales en región mandibular diastemas, radiográficamente se evidencia sombras compatibles con múltiples quistes odontogénicos a nivel mandibular y maxilar, la TAC maxilofacial reporta ocupación del seno maxilar derecho, fragmentos dentígenos extraños, seno frontal con pequeño osteoma en la pared posterior, observan además una pequeña placa rosada y brillante en región supraclavicular izquierda por lo que solicitan valoración por el servicio de dermatología. Dermatoscópicamente observamos pigmento en uno de los bordes de la lesión y tenues telangiectasias en su centro encontrándose además a nivel de la palma derecha y en ambos pies depresiones puntiformes pigmentadas, la biopsia de piel de la lesión de la región supraclavicular, palma y planta derechos reporta carcinomas basocelulares. Es valorado por genética quienes confirman rasgos dismórficos compatibles con síndrome de Gorlin-Goltz.

Conclusión

El tratamiento de pacientes con este síndrome debe ser interdisciplinario, para lo cual es fundamental un conocimiento básico del mismo. La colaboración del genetista es de suma importancia para el diagnóstico definitivo. La presencia de múltiples tumores odontogénicos queratoquisticos en los maxilares es, con frecuencia, la primera manifestación clínica que incluso precede la aparición de los carcinomas basocelulares de la piel. El diagnóstico temprano es esencial con la finalidad de orientar y educar sobre los cuidados de prevención que deben tener este tipo de pacientes ante el riesgo oncológico al que están expuestos.

RESPALDO DEL POSTER ELECTRONICO

Liquen plano pigmentoso, a propósito de un caso.

www.radla2014.com



XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

2-5 mayo 2014 · Santiago de Chile · Espacio Riesco



PROGRAMA OFICIAL



Trabajos Científicos · POSTERS

Inmunodermatología y enfermedades ampollares

- PE-009** PENFIGO VEGETANTE / AP Sánchez · G Pizzariello · L Olivares · O Forero · E Maronna / Hospital F. J. Muñoz, Buenos Aires / Argentina
- PE-027** RITUXIMAB EN PÉNFIGO: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA / ME Candiz · L Olivares · G Pizzariello · E Maronna / Hospital "F.J. Muñoz", Buenos Aires / Argentina
- PE-118** MASTOCITOSIS CUTÁNEA: REPORTE DE UN CASO. / DR Truffello 1 · F Rueda 2 / 1. CESFAM Machalí, Machalí 2. Hospital Santo Tomás, Limache / Chile
- PE-139** PENFIGOIDE AMPOLLOSO. REPORTE DE CASO / ML Re Domínguez · B Di Martino · M Rodríguez · O Knopfmacher · L Bolla / Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas, Asunción / Paraguay
- PE-186** DERMATOSIS POR IgA LINEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO / C Tassier · G Jaldín · ME Villani · G Sánchez · G Merola / Hospital Teodoro Álvarez. División Dermatología. Buenos Aires / Argentina
- PE-189** PÉNFIGO SUPERFICIAL EN EL PUERPERIO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO / E Carranza · G Otero · J Pérez · M Mazzei / Hospital de Clínicas, Montevideo / Uruguay
- PE-335** LIQUEN PLANO PIGMENTOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO / GM Erazo · XF Erazo · FO Cabrera / 1. Universidad San Francisco de Quito. Hospital Carlos Andrade Marín 2. Universidad Central del Ecuador. Hospital Carlos Andrade Marín 3. Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín / Ecuador
- PE-362** RITUXIMAB: UNA NUEVA OPCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL PÉNFIGO VULGAR REFRACTARIO / F Yori · J Espasandín · N Macedo · P Bernard · A Larre Borges / Cátedra de Dermatología Prof. Dr. Miguel Martínez, Hospital de Clínicas, Montevideo / Uruguay
- PE-392** SÍNDROME HÍPER IgE Y OMALIZUMAB: PRESENTACIÓN DE UN CASO / MC Moreno · C Cortés · K Santacoloma / Universidad Nacional de Colombia, Bogotá / Colombia
- PE-399** DERMATOSIS AMPOLLAR POR IgA LINEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO / R Valdés 1 · M Mauret 2 · A Castro 3 / 1. Clínica Alemana Santiago - Hospital Padre Hurtado 2. Universidad del Desarrollo 3. Clínica Alemana, Santiago / Chile
- PE-516** PENFIGO VULGAR - RELATO DE CASO / Martha Helena Loef · Isabela Emygdio Gava · Luciana Hengist Hoffmann · Maria Larissa Austrilino Vasconcellos Cedrin · Marcel do Valle Morreira / Instituto medpos, em associacao com instituto bws/ pele saudavel, São Paulo / Brasil
- PE-530** RELATO DE CASO PENFIGOIDE BOLHOSO LOCALIZADO / Carlos Gustavo Carneiro de Castro · Fernanda Costa de Aguiar · Giselle Keiko Machado Shimizu · Glaura Plata · Thiara de Souza Pacheco / Carlos Gustavo Carneiro de Castro, Curitiba / Brasil

Laser

- PE-084** TRATAMIENTO DE XANTELASMAS CON LÁSER DE DIÓXIDO DE CARBONO / DC Valdivia · G Galimberti · D Galimberti · R Galimberti / Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, / Argentina
- PE-382** MANEJO TEMPRANO DE CICATRICES QUIRÚRGICAS CON LÁSER DE ANILINAS 595NM INICIANDO EL DÍA DE RETIRO DE PUNTOS: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS / JI Garza · OT Vásquez · K Eichelmann · J Ocampo / Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey / México



XXXII REUNIÓN ANUAL DE
DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS

PE-335

Santiago de Chile, 2-5 Mayo 2014

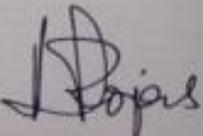
El Comité Organizador Certifica que el trabajo:

Liquen plano pigmentoso, a propósito de un
caso

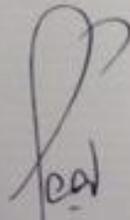
Autor (es):

GM Erazo;XF Erazo;FO Cabrera

Ha sido presentado en modalidad de Poster



Dra. Hilda Rojas P.
Secretaria General



Dr. Iván Jara Padilla
Presidente RADLA 2014



336-PE_ERAZO_ECUADOR

LIQUEN PLANO PIGMENTOSO, A PROPOSITO DE UN CASO



ERAZO Giselle¹ ERAZO Xavier² CABRERA Franklin³

¹ Médico posgradista de cuarto año de dermatología, Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

² Médico General, Universidad Central del Ecuador, Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

³ Profesor del posgrado de dermatología Universidad San Francisco de Quito, Jefe del Servicio de Dermatología, director de la unidad de cirugía dermatológica, Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

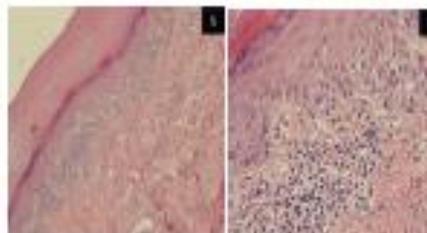
Introducción

El Liquen Plano Pigmentoso es una variante rara y poco frecuente del liquen plano, se caracteriza por máculas o manchas en patrón reticular o difuso, hiperpigmentadas color marrón oscuro en las áreas fotoexpuestas y en los pliegues de flexión.

La enfermedad suele aparecer en la tercera o cuarta década de vida, con predominio en mujeres.

Se han descrito en la literatura casos de distribución zosteriforme, lineal o segmentaria y afectación de la mucosa oral.

Su etiología es desconocida, pero varios factores (por ejemplo inmunológicos asociado al antígeno HLA-DR, infecciones virales y ciertas sustancias tóxicas) pueden desencadenar la enfermedad.



Caso Clínico

Se trata de paciente, sexo femenino, de 36 años de edad sin antecedentes patológicos personales de importancia quien presenta desde hace 8 meses sin causa aparente máculas y manchas de color marrón a nivel de tórax anterior, axilas, palma de mano izquierda y dedos de mano derecha, fotos 1-4.

Se toma una muestra de piel de palma de mano izquierda en la que se aprecia acantosis irregular de la epidermis, vacuolización de la capa basal, algunos cuerpos de Civatte e incontinencia del pigmento.

Se acompaña de moderado infiltrado linfocitario liquenoide y melanóforos., foto 5-6

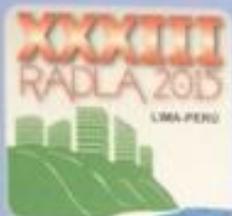
Conclusión

El liquen plano pigmentoso es una variante relativamente rara de liquen plano, existen hasta el momento pocos casos reportados en la literatura, se define como un desorden crónico pigmentario.

No hay un consenso establecido con respecto al tratamiento, algunos son autorresolutivos y otros persistentes. Lo más empleado son los corticoides tópicos de mediana-alta potencia y los inmunomoduladores tópicos (tacrolimus y pimecrolimus). Nuestra paciente respondió satisfactoriamente a corticoide de mediana potencia existiendo una resolución observada a los dos meses de tratamiento del cincuenta por ciento y a los tres meses del cien por ciento.

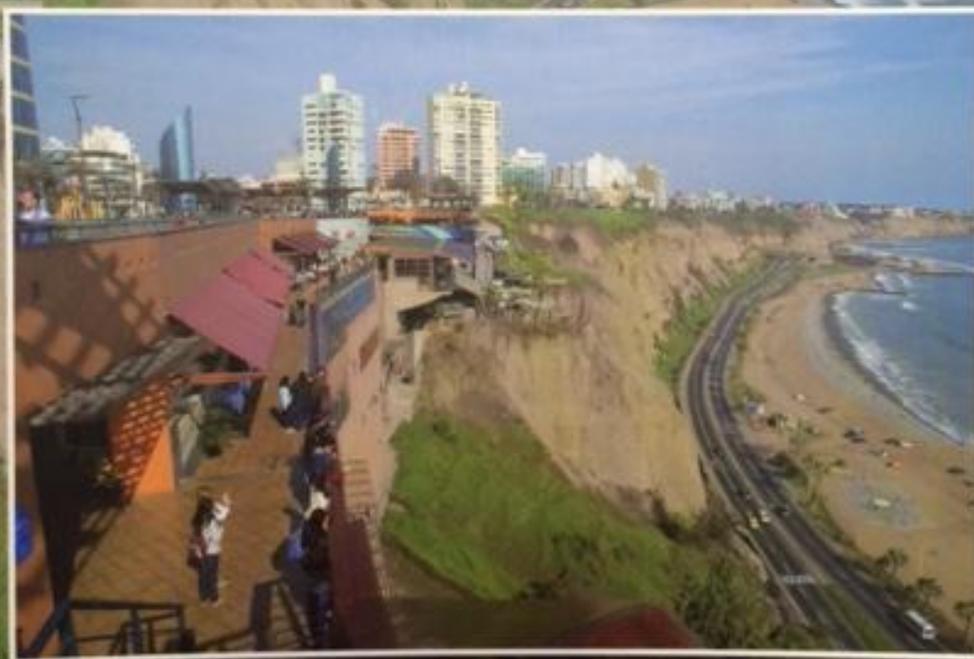
RESPALDO DE CONFERENCIA MAGISTRAL

Psoriasis Pustulosa variante anular, reporte de un caso.



XXXIII REUNIÓN ANUAL DE DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS

Lima, 1 al 4 de mayo de 2015



PROGRAMA OFICIAL

SALÓN INCA 2 SWISSÔTEL

SESIÓN MINI CASOS 2

16:30 - 18:30 HRS

Moderadores:

Dr. Sergio Rodríguez (Perú)

Dra. Cynthia Melgarejo (Perú)

- MC 85** VENEZUELA BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO: OPCION TERAPEUTICA EN EL FENOMENO / ENFERMEDAD DE RAYNAUD
Falco A, Angulo A, Ortega J, Ramirez C, Pérez Alfonso R. *Sta. Rosa de Lima, Caracas, Venezuela.*
- MC 86** ECUADOR PSORIASIS PUSTULOSA VARIANTE ANULAR, REPORTE DE UN CASO
Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire Murgueytio, Sonia Tello Astudillo, Xavier Erazo Beltrán. *Hospital Carlos Andrade Marin / Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.*
- MC 87** ECUADOR CALCINOSIS ESCROTAL IDIOPATICA, RARA ENTIDAD, REPORTE DE UN CASO
Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire Murgueytio, Xavier Erazo Beltran, Veronica Posso. *Hospital Carlos Andrade Marin / Universidad San Francisco De Quito, Ecuador.*
- MC 88** PARAGUAY VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA: MANIFESTACION CUTANEA DE UNA GRANULOMATOSIS DE WEGENER
Silvia Mancia, Beatriz Di Martino, Lourdes Bolla, Oida Knopfmacher, Mirtha Rodríguez. *Hospital de Clínicas, Fernando de la Mora, Paraguay.*
- MC 89** BRASIL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO BOLHOSO: APRESENTACAO CLINICA EXUBERANTE DE UMA ENTIDADE RARA
Ana Cecilia Versiani Duarte Pinto, Gardenia Viana da Silva, Antonio Carlos Ceribeli Martelli, Ana Paula Cota Pinto Coelho, Adauto José Ferreira Nunes, Gabriela Itamura. *Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Brasil.*
- MC 90** VENEZUELA ERITEMA GYRATUM REPENS ASOCIADO A PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA ENFERMEDAD DE VON ZUMBUSCH
Margaret Mateo. *Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, Caracas, Venezuela.*
- MC 91** CHILE LUPUS AMPOLLAR PRIMARIAMENTE CUTANEO, REPORTE DE UN CASO
Dr. Marcos Silva Feistner, Int. Catherina Moll, Dr. Sergio González, Dr. Cristián Vera Kellet. *Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*
- MC 92** CHILE LUPUS ERITEMATOSO AMPOLLAR. A PROPOSITO DE UN CASO
Marcelo Lefmil Puente, Franco Fornazari Aguilera, Guisella Martínez Cerda, Carola Monsalvez. *Hospital Higuera de Talcahuano. Facultad de Medicina Universidad de Concepción, Chile.*
- MC 93** BRASIL ASSOCIAÇÃO DE HANSENIASIS Y PENFIGO VULGAR
João Paulo Costa Travassos, Eliene Papazis Alquati, Larissa Saboya Barbosa de Azevedo, José Augusto da Costa Nery. *Serviço de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azuly da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Brasil.*
- MC 94** MÉXICO PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA (PEGA) INDUCIDA POR SULFASALAZINA. UNA SERIA REACCION A UNA DROGA DE USO COMUN
A. Sánchez-Márquez, *M. Ramírez-Padilla, *M. Zolano-Orozco, *L. Sotelo-García. *Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Mexico.*
- MC 95** URUGUAY ENFERMEDAD DE HAILEY – HAILEY
Rossi Porteiro F., López Parragué F., Perez Anker J. *Cátedra de Dermatología Prof. Dr. Miguel Martínez, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.*
- MC 96** PERU ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN
Hübner Tello, Carmen; Soto Cajamarca, Freddy; Bravo Puccio, Francisco; Álvarez Castillo, Patricia. *Clinica La Luz, Lima, Perú.*



XXXIII RADLA
Reunión Anual
de Dermatólogos Latinoamericanos
Lima, 1 al 4 de mayo de 2015



CERTIFICADO

El trabajo titulado:

PSORIASIS PUSTULOSA VARIANTE ANULAR, REPORTE DE UN CASO

Presentado por:

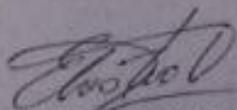
Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire
Murgueytio, Sonia Tello Astudillo, Xavier Erazo Beltran

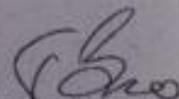
Hospital Carlos Andrade Marin / Universidad San Francisco de Quito,
Quito, Ecuador

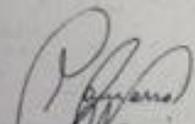
en el marco de la

XXXIII RADLA
Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

Lima, 1 al 4 de mayo de 2015


GIULIANA CASTRO
Secretaria Científico


FRANCISCO BRAVO
Presidente


RAFAEL GAMARRA
Secretario General



XXXIII RADLA
LIMA - PERU



Universidad San Francisco de Quito
Hospital Carlos Andrade Marín

Dra. Giselle Erazo

R5 DERMATOLOGIA

QUITO - ECUADOR

Paciente, sexo femenino, 57 años de edad

- APP: Bocio difuso, IVU a repetición
- AQX: Colectomía, Cesáreas, Ligadura
- AGO: G2 P0 C2 A0

- 17 años de evolución posterior a último embarazo...









Medicamentos Recibidos

- MTX: Reporte toxicidad (13/05/2009)
- Loratadina (13/05/2009)
- Terbinafina (25/11/2009)
- Prednisona (26/07/2010)
- Triamcinolona (26/09/2010)
- Corticoide tópico, calcipotriol (07/11/2011)
- Ciclosporina (24/02/2012)
- Hidroxicina (23/12/2013)
- Cetirizina (23/12/2013)

Exámenes

- ANA, ANCA, ANTI-DNA normal
- PPD negativo
- PCR normal
- C3 236, C4 32
- BIOMETRIA HEMATICA normal
- PERFIL TIROIDEO normal
- QUIMICA SANGUINEA normal
- PERFIL HEPATICO normal
- PERFIL LIPIDICO normal

Exámenes

- MARCADORES VIRALES negativos
- MARCADORES TUMORALES negativos
- IgG e IgE negativo
- TAC ABD-PELVIS S/C normal
- TAC TORAX S normal
- EMO negativo
- COPROLOGICO Positivo para E. histolítica y E. Coli +++. PMNS Negativo

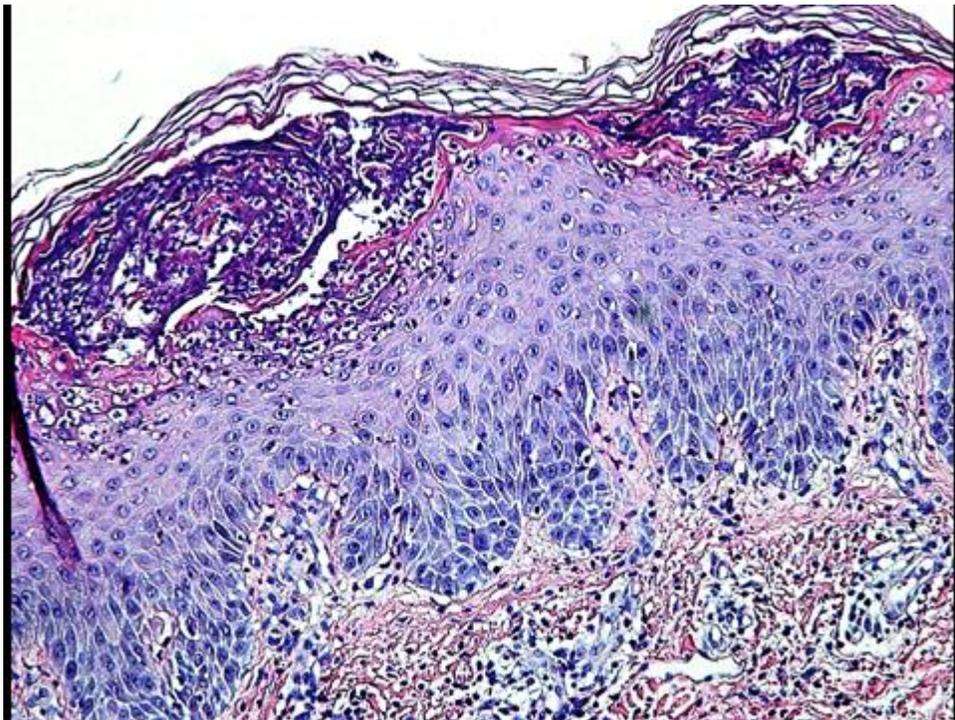
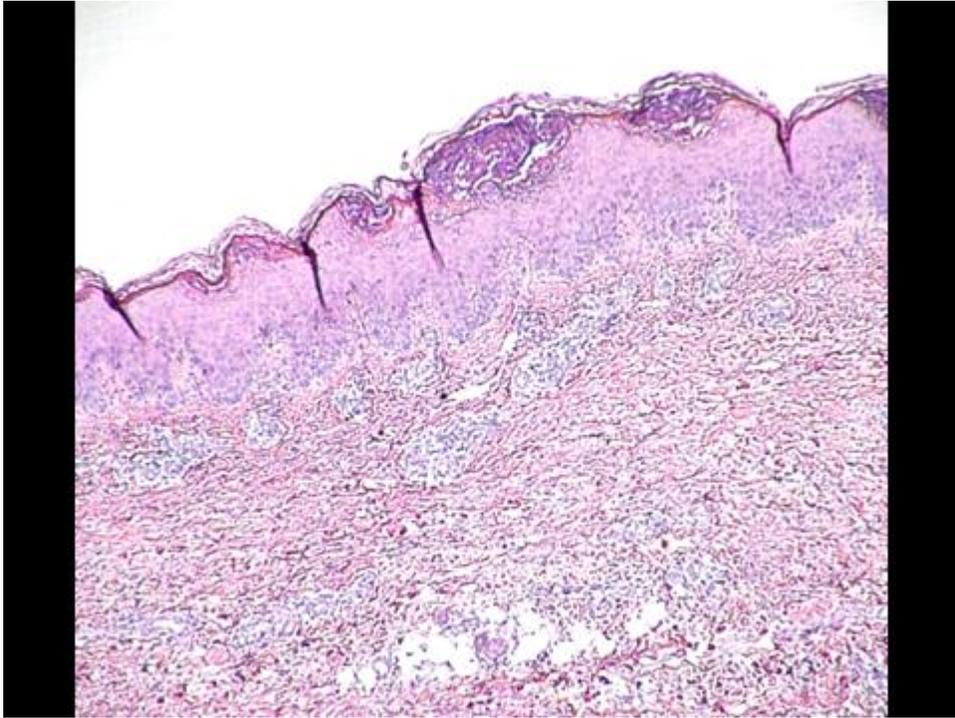


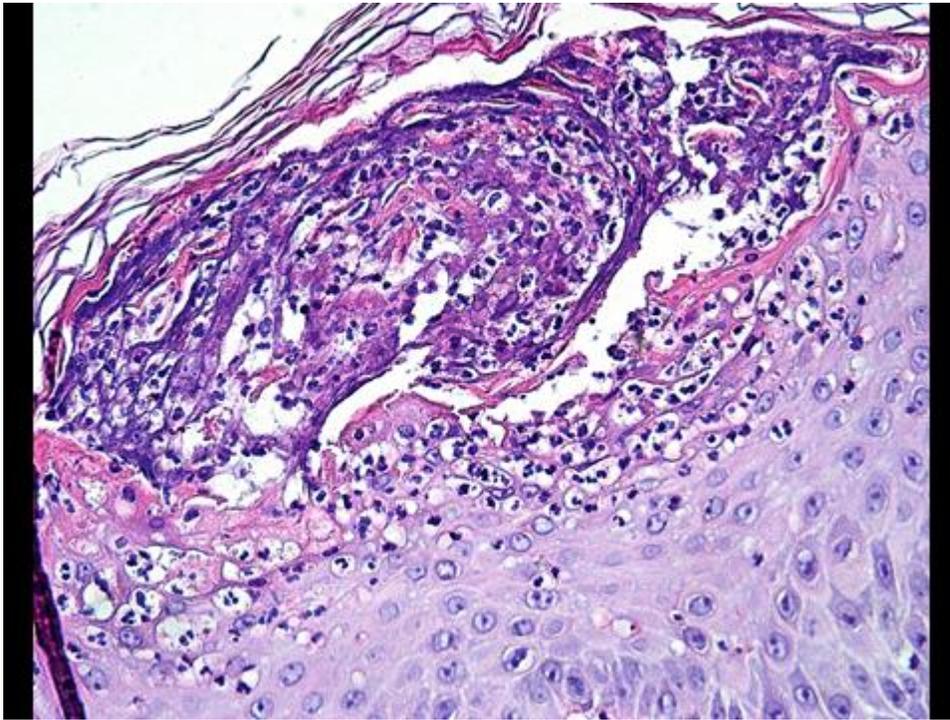
- Granuloma anular generalizado
- Eritema anular centrífugo
- Eritema necrolítico migratorio
- Tiña corporis





Histopatológico





Psoriasis Pustulosa Anular

Psoriasis pustulosa anular

Ma Concepción Sánchez Bermejo^a, [Vicenc Rocamora Durán^a](#), I [Amengual Antich^b](#)

^a Dermatología. Fundación [Hospital](#) Manacor. Manacor. Illes Balears.

^b [Anatomía Patológica](#). Fundación Hospital Manacor. Manacor. Illes Balears.

Actas Dermosifiliogr 2002;93(10):607-8

- Presentación clínica muy infrecuente
- Plantea problemas de diagnóstico diferencial por su semejanza clínica con otras entidades.

Sneadon Wilkinson



PACIENTE SW



NUESTRA PACIENTE

Eritema anular centrífugo



PACIENTE EAC



NUESTRA PACIENTE

Eritema necrolítico migratorio



PACIENTE ENM



NUESTRA PACIENTE

Psoriasis Pustulosa Anular



PACIENTE PPA



NUESTRA PACIENTE

Psoriasis Pustulosa Anular



PACIENTE PPA



NUESTRA PACIENTE

JAAD
Journal of the American Academy of Dermatology

REVIEWS

J AM ACAD DERMATOL
AUGUST 2012

Treatment of pustular psoriasis: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation

Amanda Robinson, MD,⁷ Abby S. Van Voorhees, MD,¹⁰ Sylvia Hsu, MD,⁷ Neil J. Korman, MD,⁸ Mark G. Lebwohl, MD,⁷ Bruce F. Bebo, Jr, PhD,¹ and Robert E. Kalb, MD⁹
Buffalo and New York, New York; Philadelphia, Pennsylvania; Houston, Texas; Cleveland, Ohio; Portland, Oregon; and Worcester, Massachusetts

Table IX. Evidence levels for first-line systemic therapies for localized pustular psoriasis

Disease expression	Treatment modality	Evidence level	References
Localized pustular psoriasis, first-line systemic therapy	Cyclosporine PUVA Retinoids	IB III III	71 72 65

PUVA, Psoralen plus ultraviolet A.

Table X. Evidence levels for second-line systemic therapies for localized pustular psoriasis

Disease expression	Treatment modality	Evidence level	References
Localized pustular psoriasis, second-line systemic therapy	Adalimumab Alefacept Etanercept Infliximab	III III III III	73, 74 73, 75 76 77

El tratamiento de los pacientes con psoriasis pustular depende de la gravedad de la presentación y los factores de riesgo subyacentes del paciente.

Los datos son extremadamente limitados para este tipo de psoriasis y nos animan a seguir explorando.

Gracias...

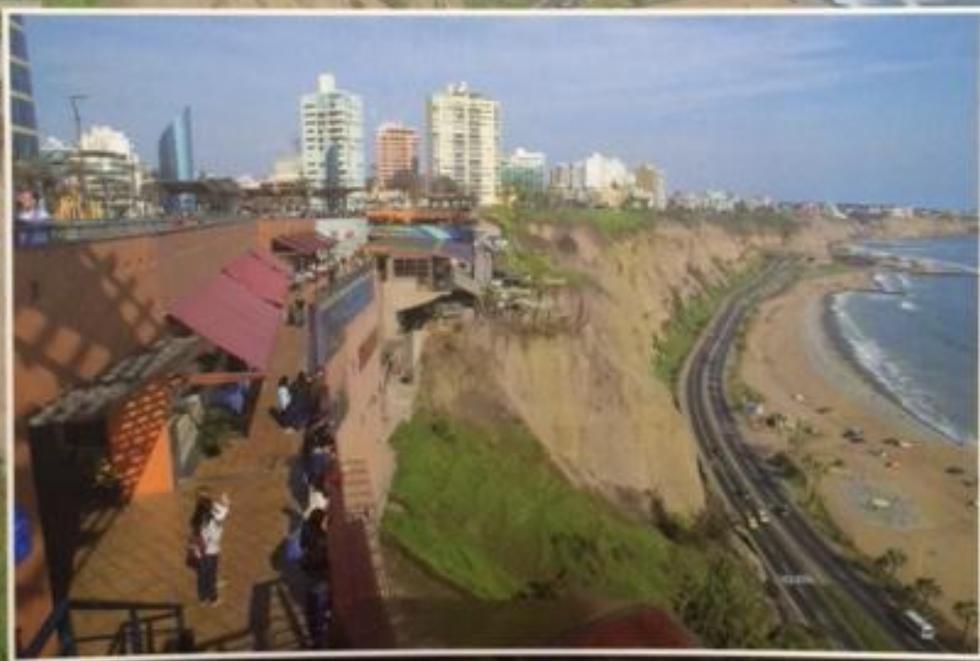
RESPALDO DE CONFERENCIA MAGISTRAL

Calcinosis Escrotal Idiopática, rara entidad, a propósito de un caso.



XXXIII REUNIÓN ANUAL DE DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS

Lima, 1 al 4 de mayo de 2015



PROGRAMA OFICIAL

SALÓN INCA 2 SWISSÔTEL

SESIÓN MINI CASOS 2

16:30 - 18:30 HRS

Moderadores:

Dr. Sergio Rodríguez (Perú)

Dra. Cynthia Melgarejo (Perú)

- MC 85** VENEZUELA BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO: OPCION TERAPEUTICA EN EL FENOMENO / ENFERMEDAD DE RAYNAUD
Falco A, Angulo A, Ortega J, Ramirez C, Pérez Alfonso R. *Sta. Rosa de Lima, Caracas, Venezuela.*
- MC 86** ECUADOR PSORIASIS PUSTULOSA VARIANTE ANULAR, REPORTE DE UN CASO
Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire Murgueytio, Sonia Tello Astudillo, Xavier Erazo Beltrán. *Hospital Carlos Andrade Marin / Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.*
- MC 87** ECUADOR CALCINOSIS ESCROTAL IDIOPATICA, RARA ENTIDAD, REPORTE DE UN CASO
Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire Murgueytio, Xavier Erazo Beltran, Veronica Posso. *Hospital Carlos Andrade Marin / Universidad San Francisco De Quito, Ecuador.*
- MC 88** PARAGUAY VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA: MANIFESTACION CUTANEA DE UNA GRANULOMATOSIS DE WEGENER
Silvia Mancia, Beatriz Di Martino, Lourdes Bolla, Oida Knopfmacher, Mirtha Rodríguez. *Hospital de Clínicas, Fernando de la Mora, Paraguay.*
- MC 89** BRASIL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO BOLHOSO: APRESENTACAO CLINICA EXUBERANTE DE UMA ENTIDADE RARA
Ana Cecilia Versiani Duarte Pinto, Gardenia Viana da Silva, Antonio Carlos Ceribeli Martelli, Ana Paula Cota Pinto Coelho, Adauto José Ferreira Nunes, Gabriela Itamura. *Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Brasil.*
- MC 90** VENEZUELA ERITEMA GYRATUM REPENS ASOCIADO A PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA ENFERMEDAD DE VON ZUMBUSCH
Margaret Mateo. *Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, Caracas, Venezuela.*
- MC 91** CHILE LUPUS AMPOLLAR PRIMARIAMENTE CUTANEO, REPORTE DE UN CASO
Dr. Marcos Silva Feistner, Int. Catherina Moll, Dr. Sergio González, Dr. Cristián Vera Kellet. *Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*
- MC 92** CHILE LUPUS ERITEMATOSO AMPOLLAR. A PROPOSITO DE UN CASO
Marcelo Lefmil Puente, Franco Fornazari Aguilera, Guisella Martínez Cerda, Carola Monsalvez. *Hospital Higuera de Talcahuano. Facultad de Medicina Universidad de Concepción, Chile.*
- MC 93** BRASIL ASSOCIAÇÃO DE HANSENIASIS Y PENFIGO VULGAR
João Paulo Costa Travassos, Eliene Papazis Alquati, Larissa Saboya Barbosa de Azevedo, José Augusto da Costa Nery. *Serviço de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azuly da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Brasil.*
- MC 94** MÉXICO PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA (PEGA) INDUCIDA POR SULFASALAZINA. UNA SERIA REACCION A UNA DROGA DE USO COMUN
A. Sánchez-Márquez, *M. Ramírez-Padilla, *M. Zolano-Orozco, *L. Sotelo-García. *Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Mexico.*
- MC 95** URUGUAY ENFERMEDAD DE HAILEY - HAILEY
Rossi Porteiro F., López Parragué F., Perez Anker J. *Cátedra de Dermatología Prof. Dr. Miguel Martínez, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.*
- MC 96** PERU ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN
Hübner Tello, Carmen; Soto Cajamarca, Freddy; Bravo Puccio, Francisco; Álvarez Castillo, Patricia. *Clinica La Luz, Lima, Perú.*



XXXIII RADLA
Reunión Anual
de Dermatólogos Latinoamericanos
Lima, 1 al 4 de mayo de 2015



CERTIFICADO

El trabajo titulado:

**CALCINOSIS ESCROTAL IDIOPATICA, RARA ENTIDAD,
REPORTE DE UN CASO**

Presentado por:

Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire
Murgueytio, Xavier Erazo Beltran, Veronica Posso.

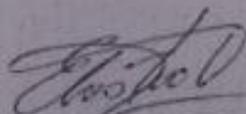
*Hospital Carlos Andrade Marin / Universidad San Francisco
Quito, Ecuador.*

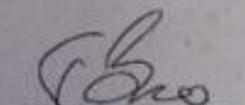
en el marco de la

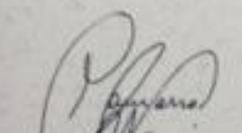
XXXIII RADLA

Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

Lima, 1 al 4 de mayo de 2015


GIULIANA CASTRO
Secretaria Científico


FRANCISCO BRAVO
Presidente


RAFAEL GAMARRA
Secretario General



XXXIII RADLA
LIMA - PERU



Universidad San Francisco de Quito
Hospital Carlos Andrade Marín

Dra. Giselle Erazo

R5 DERMATOLOGIA

QUITO - ECUADOR

- **Paciente masculino de 40 años**
- **APP: Litiasis renal derecha**
- **18 meses de evolución...**



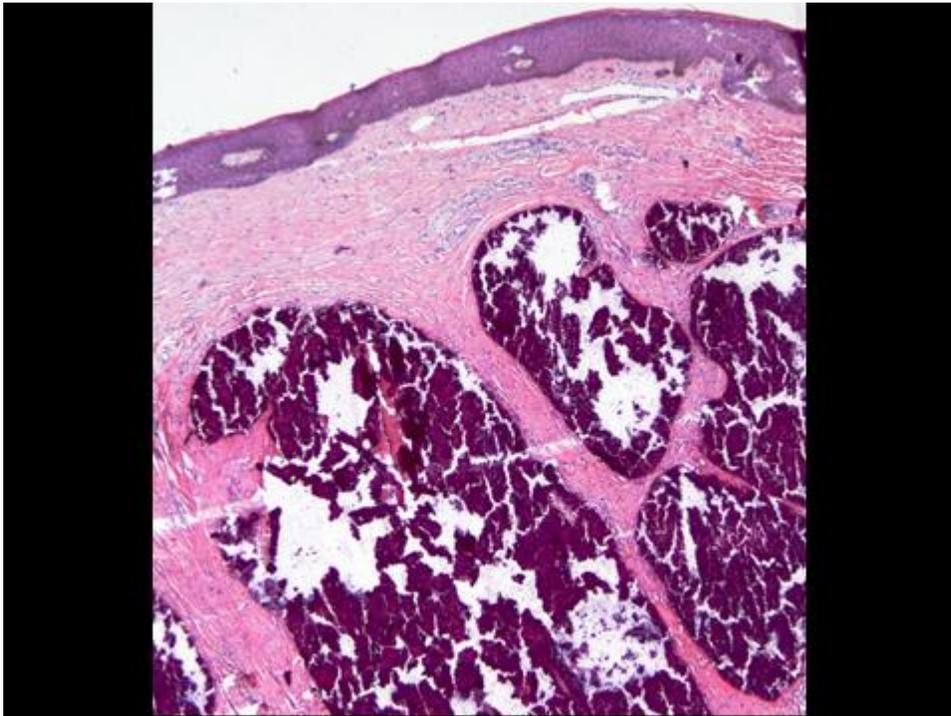
Exámenes

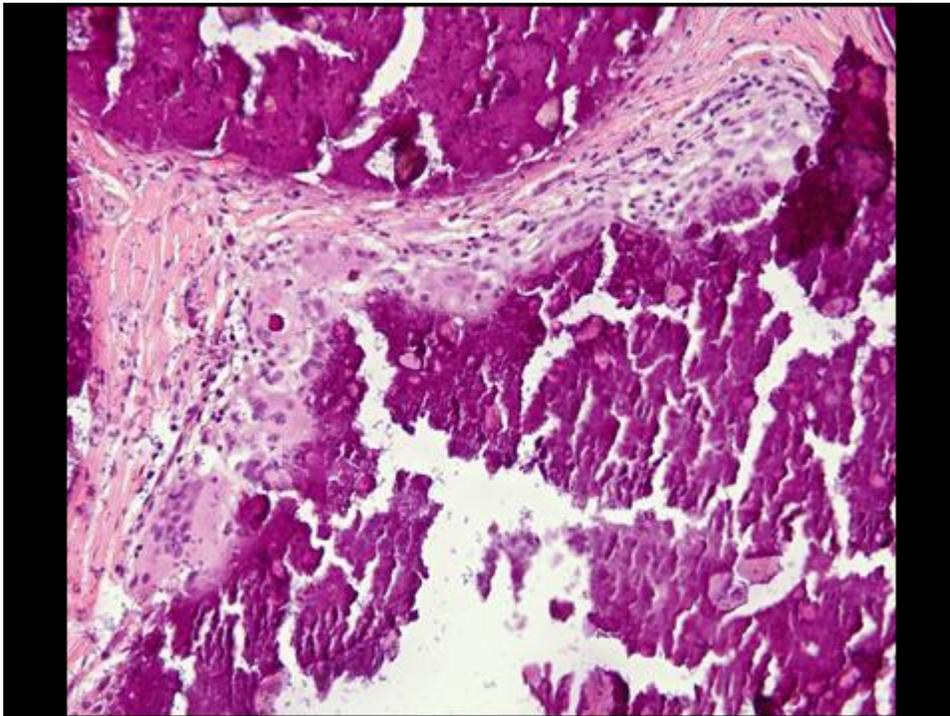
- BIOMETRIA HEMATICA normal
- PERFIL TIROIDEO normal
- QUIMICA SANGUINEA normal
- PERFIL HEPATICO normal
- PERFIL LIPIDICO normal
- PTH normal
- CALCIO IONICO normal
- CALCIO TOTAL normal
- FOSFORO NORMAL normal
- EMO CRISTALES DE OXALATO DE CALCIO +++.
- ECO RENAL Microlitiasis renal



- Calcinosis Escrotal
- Quistes

Histopatológico





*Calcinosis Escrotal Idiopática
asociada a litiasis renal e
hipercalciuria Idiopáticas*

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

Calcificación y osificación cutánea

- Es un trastorno raro y de origen desconocido caracterizado por depósitos de calcio a nivel de la dermis del escroto.
 - Se clasifica en distrófica, metastásica e idiopática.
 - En la calcificación idiopática no existen evidencias de anomalías tisulares o de metabolismo fosfocálcico.
-
- Son característicos de este grupo el nódulo calcificado subepidérmico, la calcificación de los cartílagos auriculares, la calcificación miliar asociada al síndrome de Down, la calcinosis tumoral y la calcificación escrotal idiopática.
 - El diagnóstico diferencial se plantea esencialmente con esteatocistomas y otros tumores de localización escrotal como xantomas, hidrocele o hematoma calcificado, etc.
 - El tratamiento es quirúrgico. Muy pocos casos reportados en la literatura.

LITIASIS RENAL E HIPERCALCIURIA IDIOPÁTICA

M.ª Dolores Rodrigo Jiménez⁽¹⁾, Carmen Vicente Calderón⁽²⁾

⁽¹⁾Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca
⁽²⁾Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Rodrigo Jiménez MD, Vicente Calderón C. Litiasis renal e hiper calciuria idiopática.
Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:155-70

- Anomalía metabólica de origen genético.
- Es de probable herencia autosómica dominante, si bien en la actualidad se sabe que pueda ser un proceso poligénico y requiere la interacción de factores genéticos y ambientales.

LITIASIS RENAL E HIPERCALCIURIA IDIOPÁTICA

M.ª Dolores Rodrigo Jiménez⁽¹⁾, Carmen Vicente Calderón⁽²⁾

⁽¹⁾Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca
⁽²⁾Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Rodrigo Jiménez MD, Vicente Calderón C. Litiasis renal e hiper calciuria idiopática.
Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:155-70

- Excesiva eliminación urinaria de calcio en ausencia de hiper calcemia o de otras causas conocidas de hiper calciuria.
- Patogénesis: la absortiva hiper absorción intestinal primaria de calcio o renal, el trastorno primario es una menor reabsorción tubular renal de calcio. Y la resortiva aumento de la resorción ósea, hiperparatiroidismo primario.



Gracias...

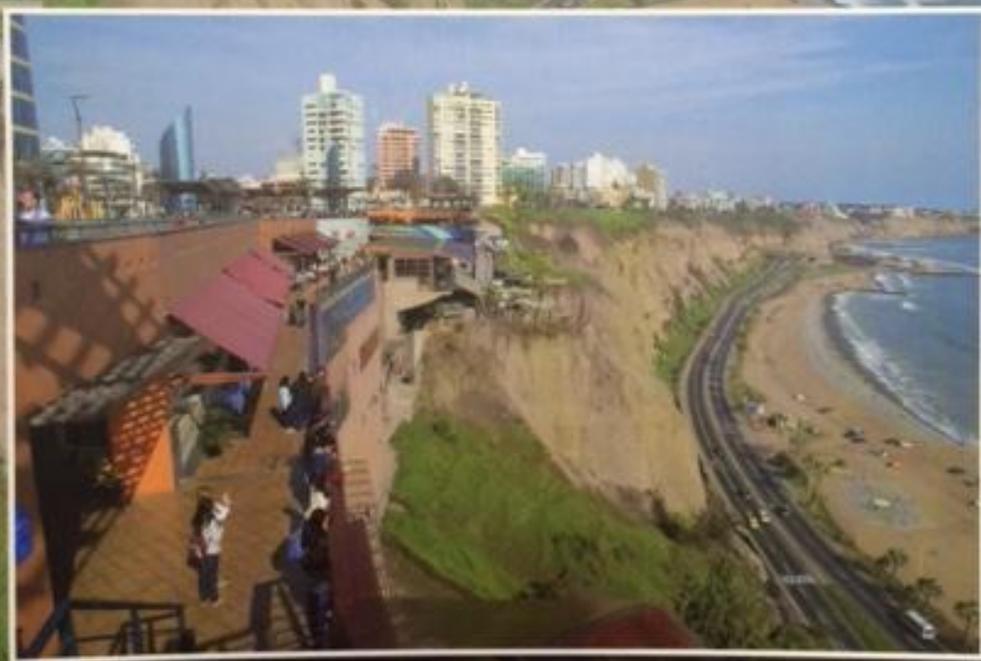
RESPALDO DE CONFERENCIA MAGISTRAL

“Pelos en Sacacorcho”, un nuevo marcador dermatoscópico en la tiña capitis.



XXXIII REUNIÓN ANUAL DE DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS

Lima, 1 al 4 de mayo de 2015



PROGRAMA OFICIAL

- MC 221 BRASIL SINDROME DE BANDA AMNIOTICA
Kédima Caldeira Nassif, Cláudia Márcia de Resende Silva, Flávia Vasques Bittencourt. *Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Brasil.*
- MC 222 BRASIL APLASIA CUTIS CONGENITA SUBTIPO NAO MEMBRANOSO - RELATO DE CASO
Gabriela Itimura, Fernanda Freitas de Brito, Gardenia Viana da Silva, Ana Luiza Grizzo Peres Martins. *Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Brasil.*
- MC 223 ECUADOR SIFILIDES DE JACQUET
Dra. Gladys Katuska Castillo Soto (postgradista) Dr. Victor Pinos Profesor de la UCE. *Hospital San Francisco, Quito, Ecuador.*
- MC 224 PERU PAPULOSIS BOWENOIDE, CASO PEDIATRICO
Dra. Flor de María Castañeda Ramos, Dra. Rosalia Ballona Chambergo, Dr. Francisco Bravo Puccio, Dra. Iris Kikushima. *Hospital Belén de Trujillo, Trujillo, Perú.*
- MC 225 PERU MIOFIBROMATOSIS INFANTIL GENERALIZADA
Dra. Flor de María Castañeda, Dr. Francisco Bravo, Dra. Rosalia Ballona, Dra. Rosa Castro, Dr. José Catacoora. *Hospital Belén de Trujillo, Trujillo, Perú.*
- MC 226 REP DOM NEVO MELANOCITICO CONGENITO GIGANTE- REPORTE DE UN CASO DISEMINADO
Cynthia Mateo Sánchez, Ilse Arias Cruz, Daisy Blanco Falette, Bertha Saleta de Guerra. *Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz", Santo Domingo, República Dominicana.*
- MC 227 ARGENTINA MIOFIBROMATOSIS INFANTIL
Bruno Ferrari, Ruth Alperovich, María Angélica Fernández Barbieri, José Higinio Méndez, Marganta Larralde. *Hospital Ramos Mejía-Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.*
- MC 228 ARGENTINA NECROSIS GRASA SUBCUTANEA DEL RECIEN NACIDO POST-OXIGENACION POR MEMBRANA EXTRACORPOREA
MA Fernández, M Walker, J Fernández, ML Marchese, A. Olivera. *Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina*
- MC 229 ECUADOR "PELOS EN SACACORCHO", UN NUEVO MARCADOR DERMATOSCOPICO EN LA TIÑA CAPITIS
Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire Murgueybo, Xavier Erazo Beltran. *Hospital Carlos Andrade Marín / Universidad San Francisco De Quito, Quito, Ecuador.*
- MC 230 ARGENTINA COLAGENOMAS ERUPTIVOS EN UN PACIENTE PEDIATRICO
Mantero NM, Jaime LJ, Rueda ML, Navacchia D, Grees SA. *Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina.*
- MC 231 CHILE ECTASIA DUCTAL MAMARIA EN PACIENTE PEDIATRICO. A PROPOSITO DE UN CASO
Dra Camila Downey, Dra. María Soledad Zegpi, Dra. Verónica Vial. *Departamento Dermatología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*
- MC 232 PERU SINDROME DEL BEBE MICHELIN: A PROPOSITO DE UN CASO
Luis Allemant Ortiz, Lucero Noguera Morel, Inmaculada de Prada, Antonio Torreló Fernandez. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús Madrid - España.*



XXXIII RADLA
Reunión Anual
de Dermatólogos Latinoamericanos
Lima, 1 al 4 de mayo de 2015



CERTIFICADO

El trabajo titulado:

"PELOS EN SACACORCHO", UN NUEVO MARCADOR DERMATOSCOPICO EN
LA TIÑA CAPITIS

Presentado por:

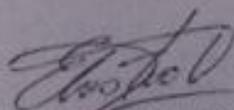
Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire Murgueytio,
Xavier Erazo Beltran.

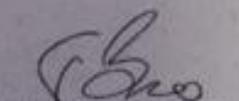
*Hospital Carlos Andrade Marin / Universidad San Francisco De Quito, Quito,
Ecuador.*

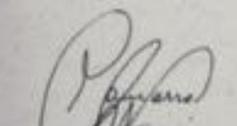
en el marco de la

XXXIII RADLA
Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

Lima, 1 al 4 de mayo de 2015


GIULLANA CASTRO
Secretaria Científico


FRANCISCO BRAVO
Presidente


RAFAEL GAMARRA
Secretario General



XXXIII RADLA
LIMA - PERU



Universidad San Francisco de Quito
Hospital Carlos Andrade Marín

Dra. Giselle Erazo

R5 DERMATOLOGIA

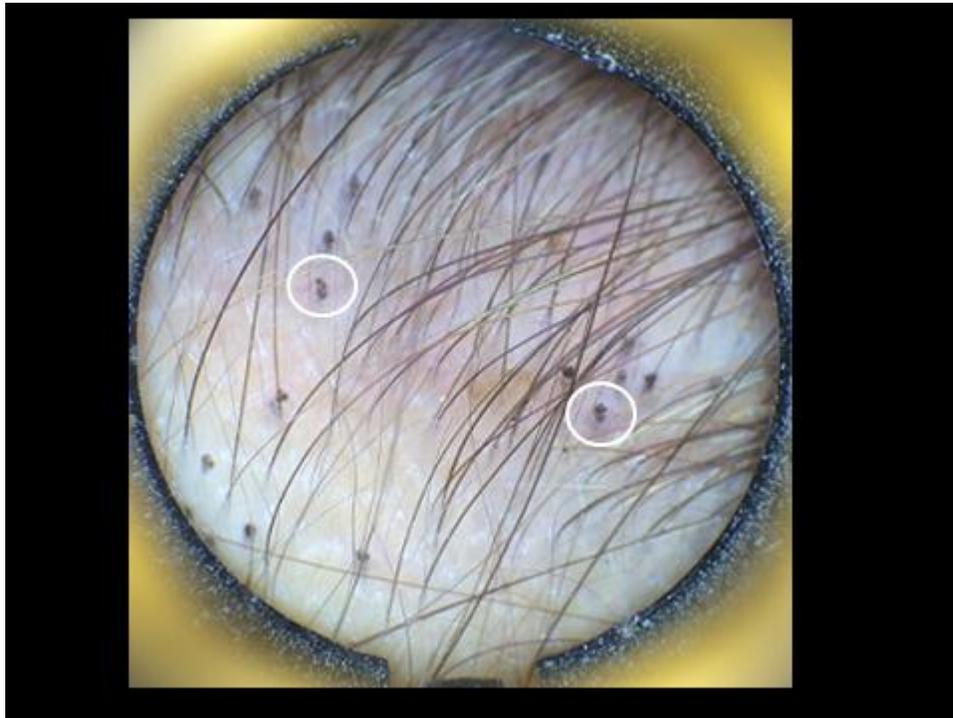
QUITO - ECUADOR

- Paciente, sexo masculino, de 3 años de edad
- APP: No
- Desde hace 10 meses...



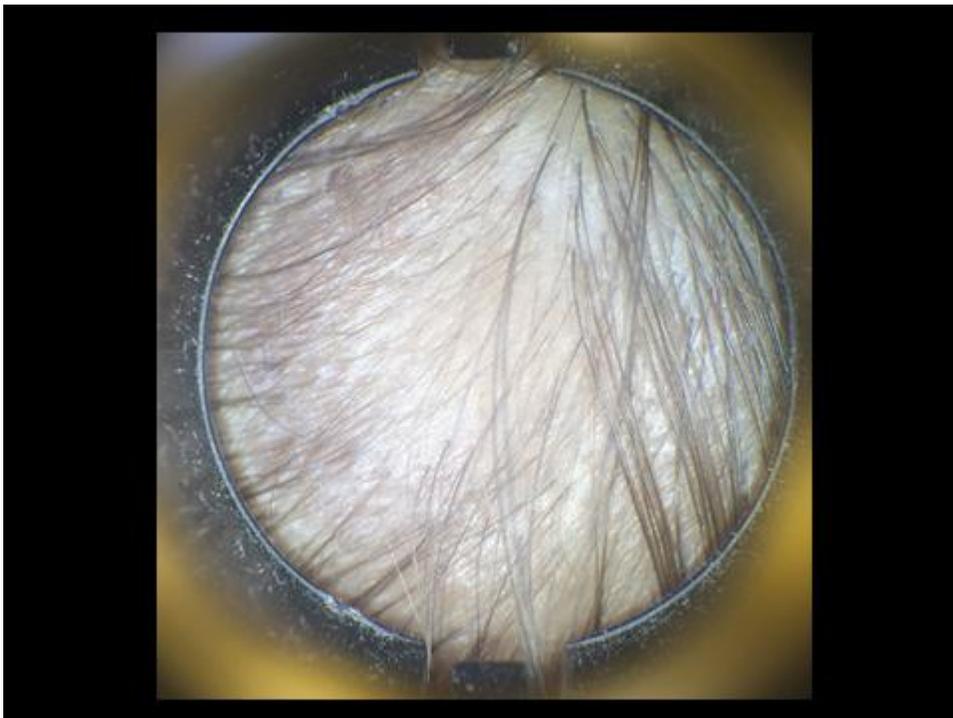
- Fue tratado por un médico particular como alopecia areata para lo cual recibió infiltraciones con corticoide intralesional por 7 meses sin mejoría.
- Otro facultativo lo trata como una tricotilomanía sin embargo psicóloga pediátrica lo descarta.

Dermatoscopia



Tiña capitis







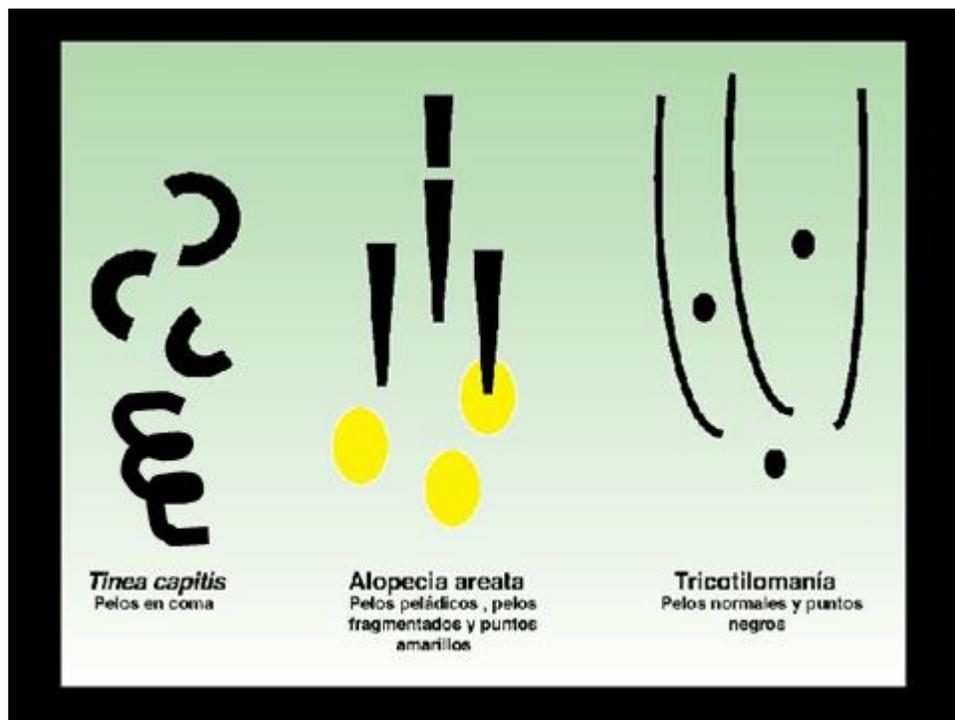
ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Actas Dermosifilogr. 2012;103:836-7. - Vol. 103 Núm.09 DOI: 10.1016/j.ad.2011.12.016

Un nuevo marcador dermatoscópico de tinea capitis: «pelos en coma»

- La TC es una infección del cuero cabelludo común en los niños, causada por diversas especies de dermatofitos de los géneros *Trichopyton* y *Microsporum*
- La dermatoscopia es un método eficaz, rápido, barato e inocuo que puede facilitar el diagnóstico de TC.

- Clínicamente debemos sospecharla ante un paciente que presente una o varias placas alopécicas, con pelos rotos, descamación y prurito.
- Diagnóstico diferencial: la alopecia areata, la alopecia traccional, la tricotilomanía.
- Recientemente se han descrito los pelos en sacacorchos como un nuevo signo dermatoscópico para el diagnóstico de la TC en niños de raza negra





Dermoscopy in *tinea capitis*: a prospective study on 43 patients

Dermatoscopia en tiña de la cabeza: un estudio prospectivo en 43 pacientes

Rafael Isa Isa,* Beatriz Yáñez Amaya,* Mariel Isa Pimentel,* Roberto Arenas,[‡]
 Antonella Tosti,[§] Ana Cecilia Cruz[‡]

- Our prospective study detected comma and/or corkscrew hairs in 31 of 43 consecutive patients with *tinea capitis*, which constitutes 72%.
- This is the first study that has prospectively included a large series of patients in order to establish the specificity of the dermoscopic examination.



Dermoscopy in *tinea capitis*: a prospective study on 43 patients

Dermatoscopia en tiña de la cabeza: un estudio prospectivo en 43 pacientes

Rafael Isa Isa,* Beatriz Yáñez Amaya,* Mariel Isa Pimentel,* Roberto Arenas,[‡]
 Antonella Tosti,[§] Ana Cecilia Cruz[‡]

- We found comma hairs in all patients where *Microsporum* was the confirmed causative agent and in more than half of the patients in whom *Trichophyton* was confirmed by culture. Comma hairs, then, are not specific for any of these agents.



Dermoscopy in *tinea capitis*: a prospective study on 43 patients

Dermatoscopia en tiña de la cabeza: un estudio prospectivo en 43 pacientes

Rafael Isa Isa,* Beatriz Yáñez Amaya,* Mariel Isa Pimentel,* Roberto Arenas,[‡]
Antonella Tosti,[§] Ana Cecilia Cruz[‡]

- Corkscrew hairs were first described by Hughes et al. in black patients with *T. soudanense*. We found corkscrewhairs in three patients with *T. tonsurans* infection, in two patients with *M. canis* infection and in one patient with *M. audouinii* infection; all patients with corkscrew hairs had Fitzpatrick skin types IV to V.

Gracias...

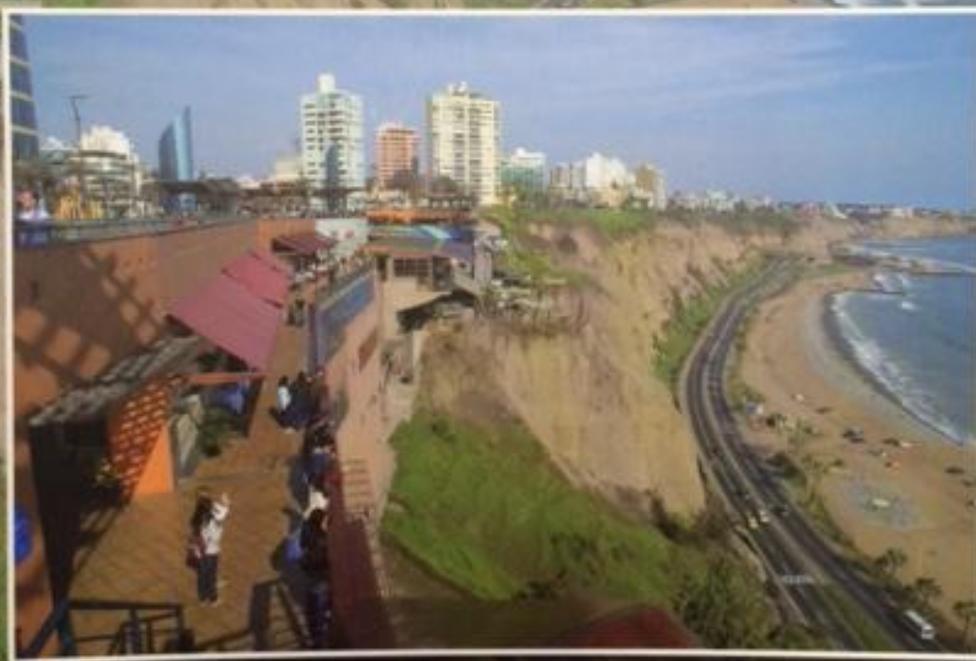
RESPALDO DE CONFERENCIA MAGISTRAL

Eficacia y Seguridad de Rituximab en pénfigo vulgar. A propósito de un caso.



XXXIII REUNIÓN ANUAL DE DERMATÓLOGOS LATINOAMERICANOS

Lima, 1 al 4 de mayo de 2015



PROGRAMA OFICIAL

- MC 267** BRASIL GRANULOMA ANULAR PERFURANTE TRATADO COM FOTOTERAPIA E VITAMINA E ORAL
Gabriela Horn, Mariana Oliva de Jesus Siebel, Yana Lys Leda, Daniela Sanchez Facci, Diego Leonardo Bet. *Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, Brasil*
- MC 268** ARGENTINA VITILIGO SECUNDARIO A INTERFERON
Scotti D'Abusco O, Acosta AC, Corbella C, Schroh R, Feinsilber D. *Hospital JM Ramos Mejia, Buenos Aires, Argentina*
- MC 269** ARGENTINA TRATAMIENTO LASER DEL DOLOR EN LEIOMIOMAS CUTANEOS
Dra. Salinas Mejia A., Dra. Valdivia Montero D., Dra. González Ramos M., Dr. Galimberti D., Dr. Galimberti R. *Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*
- MC 270** BRASIL ACNE FULMINANS INDUZIDA POR ISOTRETINOINA: RELATO DE CASO E ESTRATEGIA TERAPEUTICA
Ana Cecilia Versiani Duarte Pinto, Antonio Carlos Ceribelli Martelli, Gabriela Itimura, Gardênia Viana Silva, Agnes Mayumi Nakano Oliveira, Fernanda Freitas De Brito. *Instituto Lauro De Souza Lima, Bauru, Brasil*
- MC 271** ECUADOR TRATAMIENTO DE URTICARIA COLINERGICA CON OMALIZUMAB
Cherez Ojeda I, Plaza Lazo K.J., Calderón J.C, Cano Egúez J., Barberan P. *Respiralab - Escuela de Medicina Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador*
- MC 272** ECUADOR OMALIZUMAB EN URTICARIA VASCULITIS: SE NECESITA MAYOR DOSIS?
Cherez Ojeda I, Plaza Lazo K.J., Calderón J.C. *Respiralab - Escuela de Medicina Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador*
- MC 273** ECUADOR EFICACIA Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN PENFIGO VULGAR. A PROPOSITO DE UN CASO
Giselle Erazo Beltran, Frankán Cabrera Lopez, Patricio Freire Murgueytio, Sonia Tello Astudillo, Xavier Erazo Beltran. *Hospital Carlos Andrade Mann / Universidad San Francisco De Quito, Quito, Ecuador*
- MC 274** PERU REACCION ADVERSA A SUSTANCIA MODELANTE INYECTABLE SIMULANDO UNA NEOPLASIA DE TEJIDO ADIPOSEO
Acosta-Cajo S., Rodriguez-Arbi C., Vilcahuaman-Rivera V., Sanchez-Felix G., Carbajal-Chavez T. *Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú*
- MC 275** VENEZUELA ACROANGIODERMATITIS SIMULANDO PIE MUSGOSO
Dra. Pérez V., González L., Wan der Biets M., Franco F., Medina A, Zamora M. *Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" Caracas, Venezuela*
- MC 276** BRASIL ALOPECIA EXTENSA ASSOCIADA A HIPERANDROGENISMO
Renata B de A Marques, Antonio C Guedes, Vanessa B Rocha. *Faculdade de Medicina da UFMG- Hospital da Clínicas, Belo Horizonte, Brasil*
- MC 277** PERU NEUROTECOMA CELULAR ATIPICO BORDERLINE; TUMOR FIBROHISTIOCITARIO DE CARACTER BIOLOGICO INCIERTO. A PROPOSITO DE UN CASO
Luis Allemant Ortiz, Beatriz Ingar Carbone, Jorge Yafiez Yataco, Sandro Casavica Zambrano, Thomas Mentzel, Heinz Kutzner, Luis Requena Caballero. *Hospital Nacional Hipólito Unanue, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Lima, Perú*
- MC 278** CHILE ANGINA DE LUDWIG UNA PATOLOGIA FATAL
Stefania Toso Diaz de la Vega, Sebastian Cardemil Balari, Rodrigo Loubiers Muñoz, Alfredo Cardemil Van Der Schraff. *Servicio de Dermatología Hospital El Pino, Santiago, Chile*
- MC 279** ECUADOR LIQUEN NITIDO PURPURICO. REPORTE DE 1 CASO
Má. Tania Arcos Alcivar, Dr. Enrique Loayza Sánchez, Dr. Juan Carlos Garcés. *Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador*



XXXIII RADLA
Reunión Anual
de Dermatólogos Latinoamericanos
Lima, 1 al 4 de mayo de 2015



CERTIFICADO

El trabajo titulado:

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN PENFIGO VULGAR. A PROPOSITO
DE UN CASO**

Presentado por:

Giselle Erazo Beltran, Franklin Cabrera Lopez, Patricio Freire Murgueytio,
Sonia Tello Astudillo, Xavier Erazo Beltran.

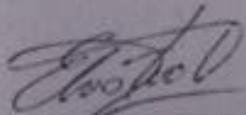
*Hospital Carlos Andrade Marin / Universidad San Francisco De Quito, Quito,
Ecuador.*

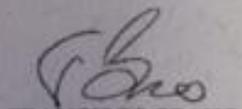
en el marco de la

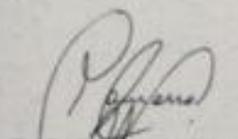
XXXIII RADLA

Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos

Lima, 1 al 4 de mayo de 2015


GIULIANA CASTRO
Secretaria Cientifico


FRANCISCO BRAVO
Presidente


RAFAEL GAMARRA
Secretario General



XXXIII RADLA
LIMA - PERU



Universidad San Francisco de Quito
Hospital Carlos Andrade Marín

Dra. Giselle Erazo

R5 DERMATOLOGIA

QUITO - ECUADOR

- Paciente, femenina, 55 años de edad
- APP: No refiere
- Ocho meses de evolución...

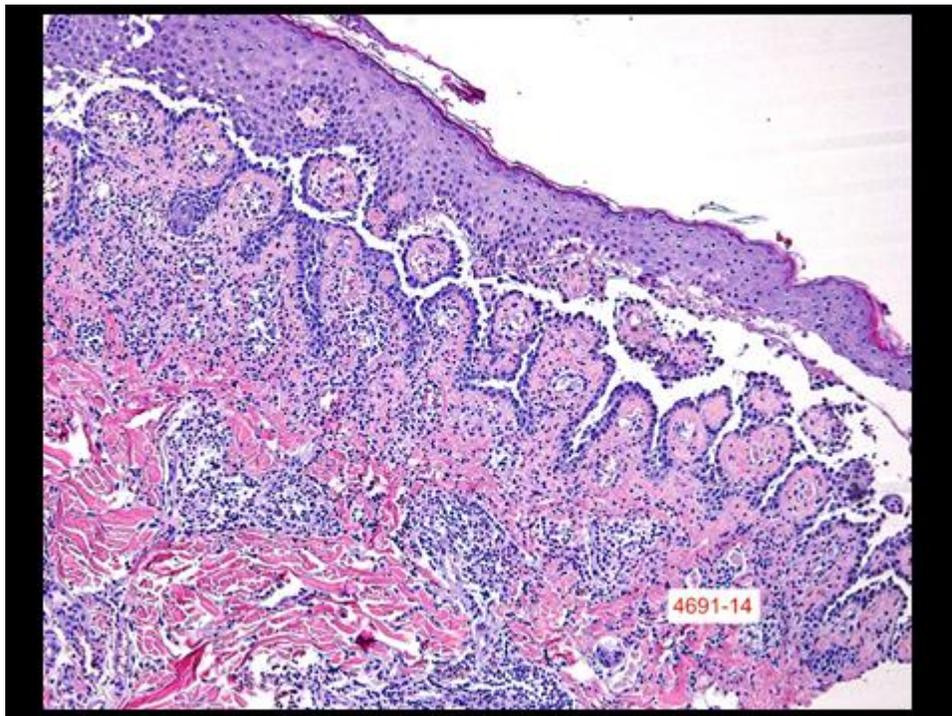


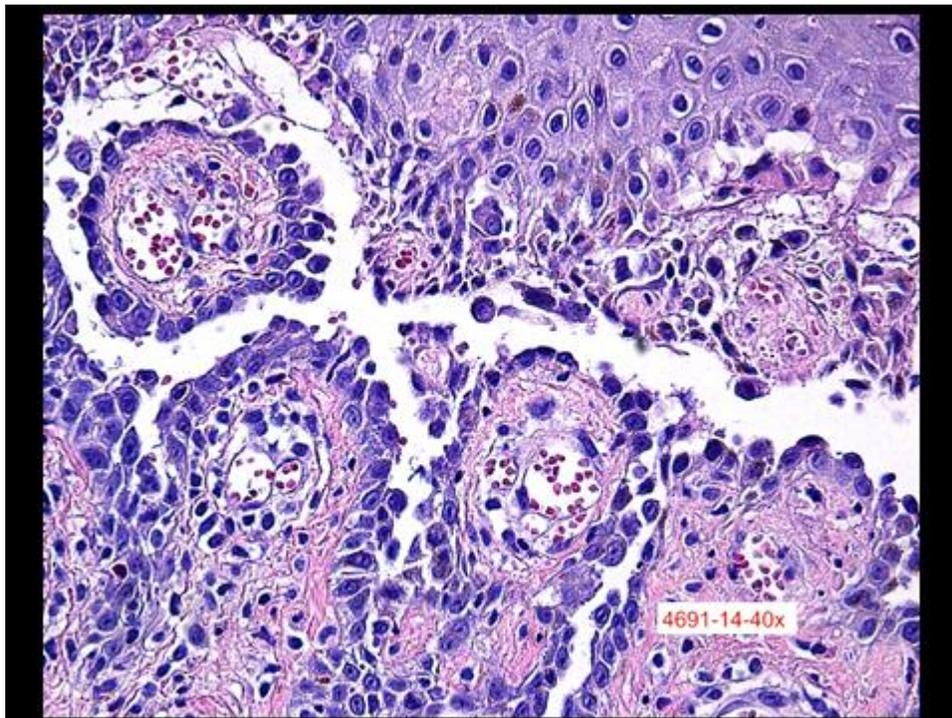


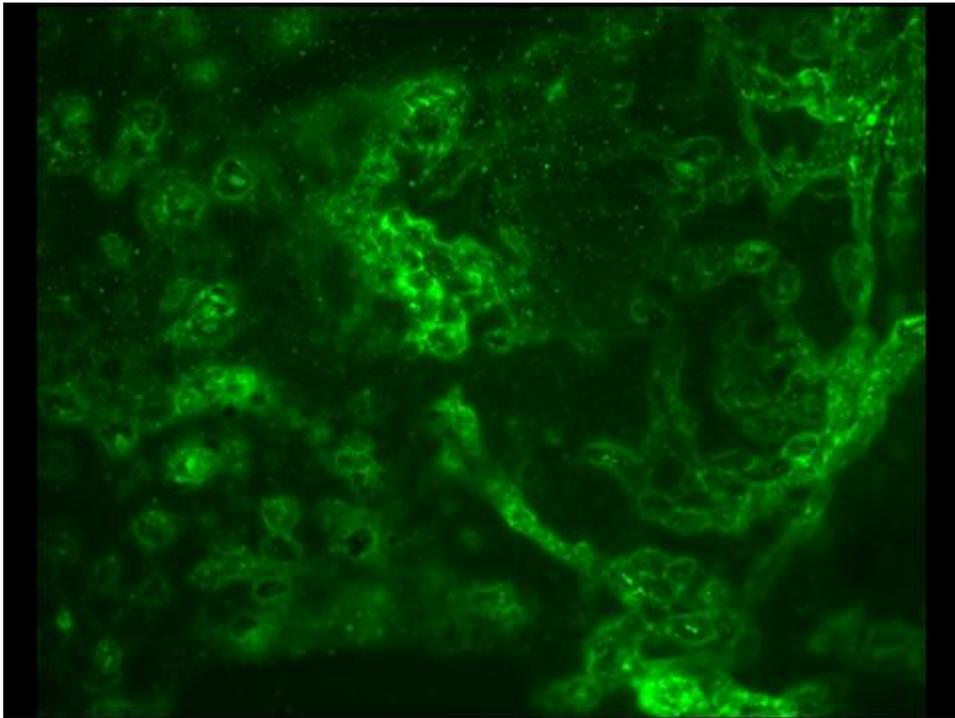
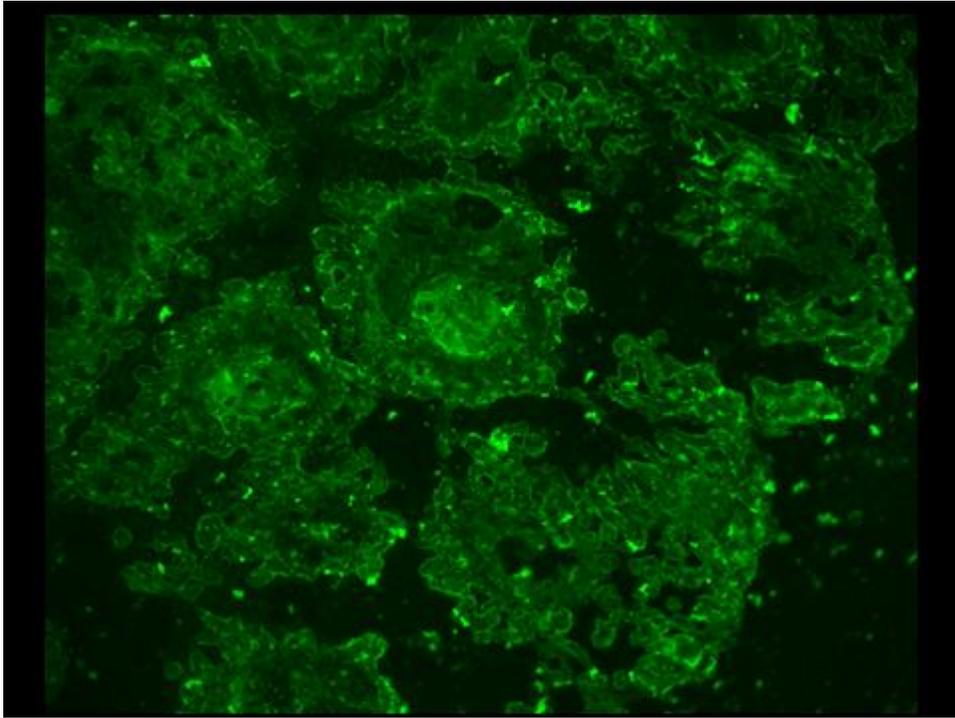


Impresión Diagnóstica

- Pénfigo vulgar







Diagnóstico

Pénfigo Vulgar

Artículo de revisión

Pénfigo vulgar

Andrea Alejandra Castellanos Íñiguez,* Elizabeth Guevara Gutiérrez**

Dermatología Rev Mex 2011;55(2):73-83

- Es una enfermedad ampollosa crónica de origen autoinmunitario
- El diagnóstico se basa en la clínica, histopatología e inmunofluorescencia directa o indirecta.
- La base del tratamiento son los corticoesteroides orales junto con coadyuvantes

Con que le vamos a tratar?...

Rituximab

- Las enfermedades autoinmunitarias ampollares están inducidas por autoanticuerpos contra las proteínas de adhesión de la unión epidérmica y dermoepidérmica.
- El rituximab es un anticuerpo monoclonal dirigido directamente contra el antígeno CD20 de los linfocitos B.

Una serie de casos de 17 pacientes | 21 NOV 11

Rituximab for treatment-refractory pemphigus and pemphigoid: A case series of 17 patients

Autor: Michael Kasperkiewicz, Iakov Shimanovich, Ralf J. Ludwig, Christian Rose, Delfef Zillkens, y Erno Schmidt JAAD 2011; 65:552-558

- En éste artículo se presentan 17 pacientes con pénfigo vulgar, penfigo foliáceo, penfigoide ampollar y penfigoide de las membranas mucosas tratados con rituximab que previamente recibieron otro tipo de terapia sin respuesta.
- La dosis utilizada fue de 375 mg/m² en intervalos semanales (n=6) o 2 veces con 1000 mg (n=10) o 500 mg (n=1) en intervalos de 2 semanas.
- Los 10 pacientes con pénfigo vulgar mejoraron con la terapia de rituximab y en 9 todas las lesiones curaron.

Una serie de casos de 17 pacientes | 21 NOV 11

Rituximab for treatment-refractory pemphigus and pemphigoid: A case series of 17 patients

Autor: Michael Kasperkiewicz, Iakov Shimanovich, Ralf J. Ludwig, Christian Rose, Delfef Zillkens, y Erno Schmidt JAAD 2011; 65:552-558

- Debido a que el rituximab se ha combinado con regímenes potentes de corticoides, azatioprina, mofetil micofenolato, inmunoabsorción, y altas dosis de inmunoglobulina, la respuesta clínica no puede atribuirse sólo al rituximab.
- En 6 de los pacientes de éste estudio que recayeron, se readministró rituximab y se observó remisión completa en 4 de éstos pacientes, sin manifestar eventos adversos. Esto motiva la readministración de rituximab en casos refractarios.

Una serie de casos de 17 pacientes | 21 NOV 11

Rituximab for treatment-refractory pemphigus and pemphigoid: A case series of 17 patients

Autor: Michael Kasperkewicz, Iakov Shimanovich, Ralf J. Ludwig, Christian Rose, Delfef Zillkens, y Erno Schmidt JAAD 2011; 65:653-658

- No se observaron efectos adversos en éste estudio. Estos datos muestran que rituximab es un avance seguro y de valor en la terapéutica.
- Es efectiva y bien tolerada no sólo en pacientes con pénfigo sino con penfigoide.
- La eficacia y seguridad se mantiene cuando se readministra durante las recaídas.







Gracias...

RESPALDO DE LA CONFERENCIA MAGISTRAL

Técnicas quirúrgicas de reconstrucción de pirámide nasal.

XX CONGRESO ECUATORIANO DE DERMATOLOGÍA

II CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

I CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

PROFESORES INVITADOS:

- | | | | |
|-----------|---|-----------|---|
| Argentina |  | Ecuador |  |
| Bolivia |  | México |  |
| Brasil |  | Venezuela |  |
| Chile |  | | |



ORGANIZADA POR: SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGÍA CAPÍTULO AZUAY

AYUDA ACADÉMICA:



UDVA UNIVERSIDAD DEL AZUAY



MUNICIPALIDAD



HOTEL ORO VERDE CUENCA
Julio/17-20/2014



PROGRAMA GENERAL

XX CONGRESO ECUATORIANO DE DERMATOLOGÍA	
II CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA	I CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLÓGICA
JUEVES 17 (SALÓN 2)	
I CURSO DE CIRUGIA DERMATOLÓGICA Y COSMIATRÍA	
09:00 SIMPOSIO DE APARATOLOGÍA LASER IPL. COORDINADOR: DR. JUAN F. BARZALLO - SECRETARIO: DR. ROLANDO ESPINOZA	
EXPOSITORES: Dr. Juan Francisco Barzallo - Dra. Bolivia Bayancala - Dra. Liliana Garcia	
08:15 1. INTRODUCCIÓN A LA APARATOLOGÍA ESTÉTICA. MITOS Y VERDADES.	COORDINADORES: Dr. Juan Francisco Barzallo Dra. Norma Siguenza, Dra. María Isabel Cárdenas PROFESORES EXTRANJEROS Dr. Jorge Orcampo (MÉXICO) Dr. Martín Sanguenza (BOLIVIA) PROFESORES NACIONALES Dr. Juan Francisco Barzallo Dra. Lourdes Tacuri Dr. Víctor Salcedo Dr. Gustavo Moreno Dra. María Isabel Cárdenas Dr. César Sandoval Dr. Enrique Uruga Dr. Enrique Loayza Dra. Sonia Tello Dr. Pablo Ortega Dr. Juan Carlos García
08:30 2. LUZ INTENSA PULSADA. APLICACIONES CLÍNICAS Y ESTÉTICAS.	
08:45 3. LASERES ABLATIVOS Y NO ABLATIVOS. APLICACIONES CLÍNICAS Y ESTÉTICAS.	
08:50 4. CRIOPLASIS.	
08:15 5. LIPO LASER.	
08:30 6. CASOS CLÍNICOS MÁS REPRESENTATIVOS EN IPL, LASER, COMPLICACIONES Y SOLUCIONES PRÁCTICAS.	
08:40 7. MESA REDONDA: PREGUNTAS AL PANEL DE EXPERTOS.	
09:00 CASOS CLÍNICOS	COORDINADORA: DRA. GABRIELA PERALTA
09:44 SÍNDROME DE WANDERBURG	DRA. YULIANA MORENO
09:48 COLAGENOSIS PERFORANTE EN ADOLESCENTES	DRA. PAOLA VENTIMILLA
09:51 SÍNDROME BARRAQUER SIMONS	DRA. CAROLINA MADRIGAL
09:56 CARCINOMA ANEXIAL MICRO QUÍSTICO	DRA. JEANETH JAIMI
10:00 PRODERMA GANGRENOSO	DRA. MYRIAM MACA
10:20 COFFEE BREAK	
10:30 SIMPOSIO DE CIRUGIA DERMATOLÓGICA	COORDINADORA: DRA. NORMA SIGUENZA, SECRETARIO: DR. FRANKLIN CABRERA
10:40 DRA. LOURDES TACURI: Perlas quirúrgicas para el Dermatólogo	
11:00 DR. VÍCTOR SALCEDO: Manejo quirúrgico de tumores faciales	
11:20 DR. JORGE ORCAMP: Complicaciones en Cirugía Dermatológica	
11:40 DR. GUSTAVO MORENO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL	
12:00 PREGUNTAS	
12:20 TEMAS LIBRES - CASOS CLÍNICOS	COORDINADOR: DR. OSVALDO MUÑOZ, SECRETARIA: DRA. SONIA TELLO
12:07 1.- Insect. Sensibilidad de contacto en personal expuesto a productos derivados petrolíferos	Dra. Cristina Pizarro, José Olayue, Santiago Palacios
12:14 2.- MANEJO DE HIPERIDROSIS AXILAR	Dr. Juan José Ambrosi
12:21 3.- EXÁMENES DE LABORATORIO EN ALPECIAS	Dra. Daniela Villavicencio
12:28 4.- Técnicas quirúrgicas de reconstrucción de pirámide nasal. (varios casos 7 minutos)	Dra. Giselle Eraso (RA USPO)
13:00 CASOS CLÍNICOS	COORDINADOR: DR. MAURO MANZANO, SECRETARIA: DRA. LOURDES TACURI
12:32 1.- CRIPTOCOCOSIS EN HV	Dr. Mauro Manzano
12:36 2.- ROSÁCEA GRANULOMATOSA	Dr. Edgar Rencoso
12:40 3.- NODULO DE DRIF	Dr. Claudio Arias
12:44 4.- ANILID COLOIDE	Dra. Gabriela Peralta
5.- QUERATOSIS LIQUENOIDES DE NICKMAN	Dr. Eduardo Garcón, Dra. Carla Arbuolo
12:48 6.- MAL DE PIT CON COMPROMISO CUTÁNEO	Dr. Eduardo Garcón, Dra. Carla Arbuolo
12:52 7.- HIPERPIGMENTACION MACULAR ERUPTIVA IDIOPÁTICA	Dra. Andrea Manzano
13:00 DISCUSIÓN	
15:00 RECESO	
15:30 SIMPOSIO DE DERMATOSCOPIA	COORDINADORA: DRA. MARIA ISABEL CARDENAS, SECRETARIO: DR. JOSE VERDEZOTO
15:20 ESTRUCTURAS Y COLORES. TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO	Dra. Lourdes Tacuri
15:40 LESIONES NO MELANOCÍTICAS (Queratosis Seborreica, Carcinoma Basocelular y Dermatofibroma)	Dra. María I. Cárdenas
16:00 LESIONES MELANOCÍTICAS (nevus en general)	Dra. Liliana Garcia
16:20 DERMATOSCOPIA EN HEMANGIOMAS Y LESIONES VASCULARES	Dr. Enrique Uruga
16:40 INMUNOHISTOQUÍMICA EN DERMATOPATOLOGÍA	DR. PABLO ORTEGA
17:00 MÁS CASOS INTERESANTES	DR. MARTÍN SANGUENZA, (BOLIVIA)
17:20 COFFEE BREAK	

**XX CONGRESO ECUATORIANO DE
DERMATOLOGÍA**

II CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA | CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

CONFIEREN EL PRESENTE
DIPLOMA

A: **DRA. GISELLE ERAZO**

Por haber participado en calidad de **CONFERENCISTA**

En el **I Curso Internacional de Cirugía Dermatología**, realizado en la Ciudad de
Cuenca el 17 de julio de 2014.



Dr. Juan José Ambrosi
PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR

Dra. Jana Bobokva
ORDENO FACULTAD DE MEDICINA UPT

Dr. Hernán Saco
ORDENO FACULTAD DE MEDICINA UPT

Dr. Narciso Osojo
SECRETARIO COMITÉ ORGANIZADOR

AVILA ACADÉMICO:



UTPL



AUSPICIA:





IX JORNADAS
ECUATORIANO - PERUANAS
DE DERMATOLOGIA



Universidad San Francisco de Quito
Hospital Carlos Andrade Marín

Dra. Giselle Erazo

BECARIO 4 POSGRADO DE DERMATOLOGIA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO - HCAM

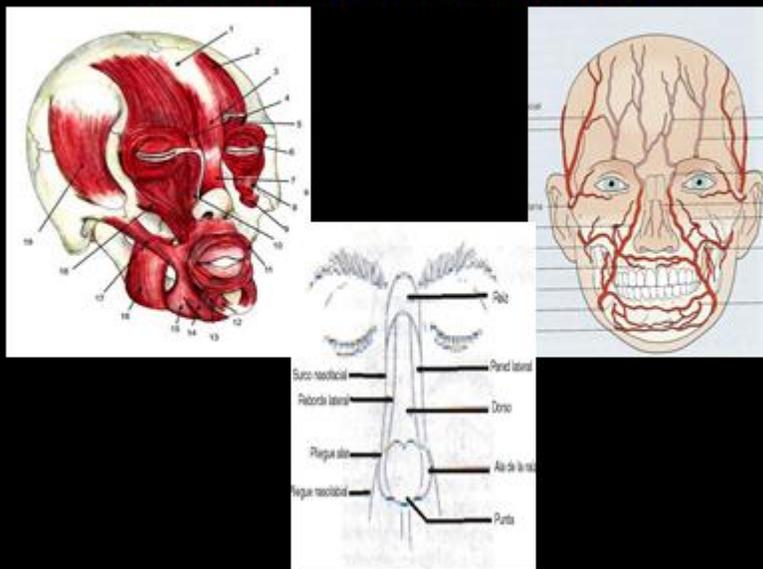
QUITO - ECUADOR

*Técnicas de reconstrucción
quirúrgicas en nariz por
cáncer de piel*

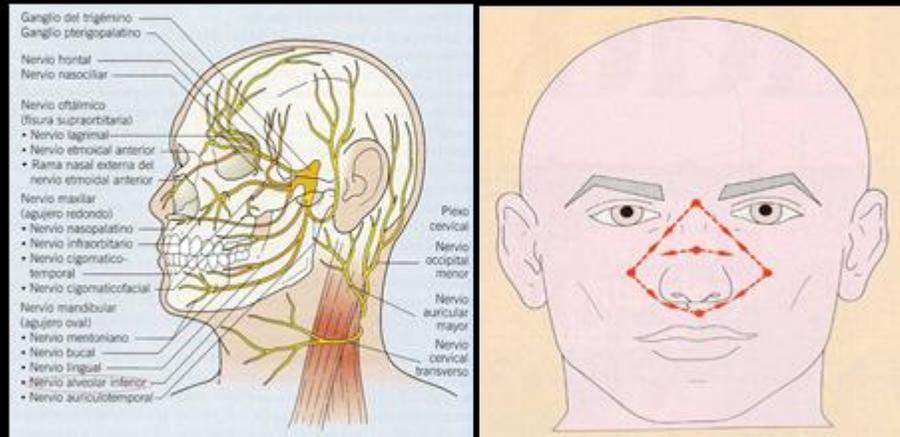
CANCER DE PIEL

- CNM mas frecuente en cara y cuello (85%)
- En nariz 30%
- Un profundo conocimiento de las opciones de reconstrucción, hace posible los mejores resultados estéticos y funcionales.

ANATOMIA-IRRIGACION



INERVACION



TECNICAS DE RECONSTRUCCION

- **COBERTURA:**

Cierre directo

Colgajos: avance, rotación, transposición

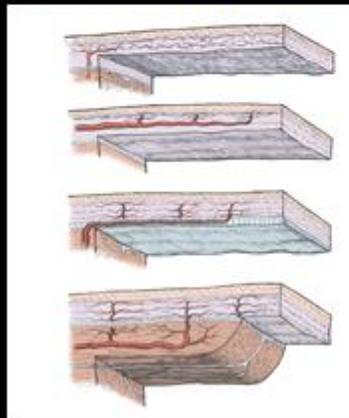
Injertos

- **COLGAJO:**

“lengua o labio de tejido, cortado desde las partes subyacentes pero fijo en un extremo, usado para llenar un defecto en una región vecina”.

TECNICAS DE RECONSTRUCCION

- Los colgajos se clasifican según los tejidos que los componen y su vascularización.



Aleatorio;

Cutáneo

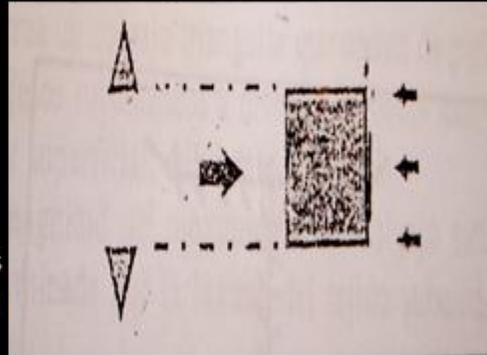
Fasciocutáneos;

Músculocutáneos

	VASCULARIZACIÓN	MOVILIZACIÓN	ORIGEN	COMPOSICIÓN
COLGAJOS CUTÁNEOS				Simple
	Axiales	Rotación	Locales o de vecindad	Condro-cutáneo
		Trasposición		Pericondrio-cutáneo
	Aleatorios	Avance	A distancia	Músculo-cutáneo
				Fascio-cutáneo

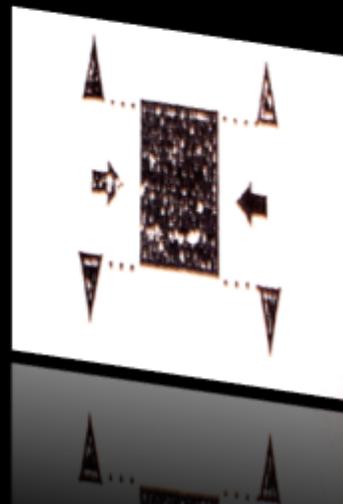
COLGAJO DE AVANCE UNICO

- El colgajo solo se avanza desde un lado.
- El movimiento de la piel se produce en una sola dirección para ocupar el defecto primario creado tras la extirpación de la lesión
- Se ilustra con defectos cuadrado, circular, triangular



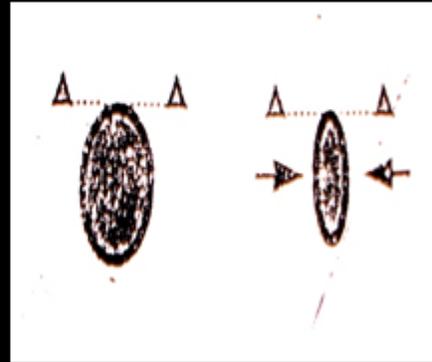
COLGAJO DE AVANCE DOBLE

- Los colgajos se avanzan desde los lados opuestos del defecto.
- Se ilustran con defectos cuadrados.
- No es necesario que los colgajos tengan la misma longitud.



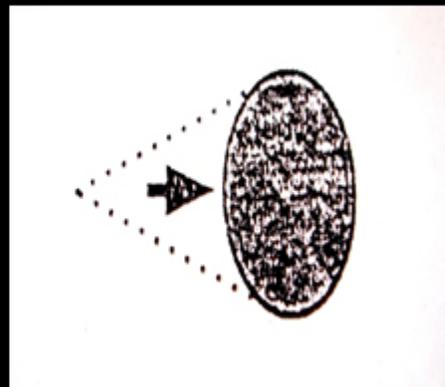
Colgajo A a T/ O a T

- Modificación de colgajo de avance doble con colgajos de avances bilaterales.
- Típicamente cierran un triángulo o círculo.
- No es necesario que los extremos o colgajos de la base tengan la misma longitud.



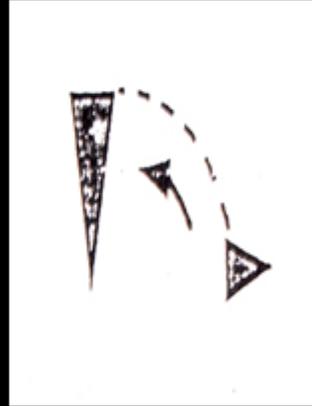
Colgajos de Pedículo Isla

- Variación del colgajo de avance, que se fundamenta en un pedículo subcutáneo para obtener aporte sanguíneo.
- Se crea un colgajo triangular que consta de piel y tejido subcutáneo a nivel de la fascia muscular superficial, adyacente al defecto.



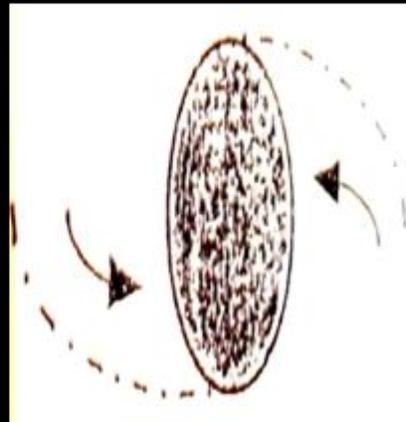
Colgajo de Rotación Único

- El colgajo se gira y avanza hacia el defecto.
- Puede usarse para cerrar defectos circulares o triangulares



Colgajo O a Z

- Los colgajos se giran , de modo que los pedículos están en los lados opuestos del defecto.



Colgajo Dorso-nasal

- Las variaciones incluyen usar incisión superior por completo horizontal o un corte retrogrado, o variar la curvatura y, así la rotación del lado del colgajo.



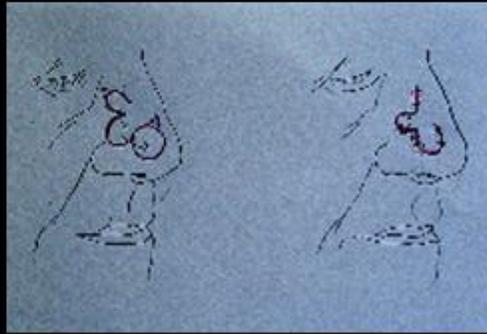
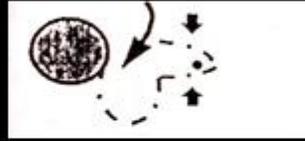
Colgajo de Transposición de lóbulo único

- Al igual que con todos los colgajos de transposición, el colgajo se mueve sobre tejido adyacente hacia el defecto.



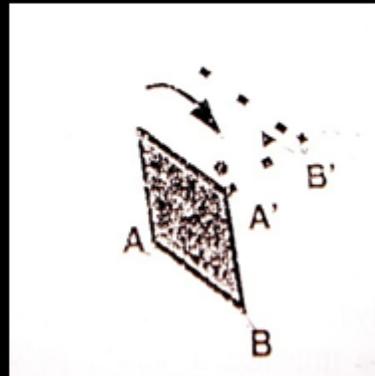
Colgajo de dos lóbulos

- El colgajo utiliza dos sitios donadores adyacentes para cerrar el defecto.
- El primer lóbulo del colgajo cierra el defecto, y el segundo el sitio donador del primer lóbulo del colgajo.
- El sitio donador del segundo lóbulo del colgajo se cierra de manera primaria



Colgajo romboidal/Limberg

- El colgajo clásicamente se muestra cerrando un rombo, pero puede usarse para cerrar defectos circulares.



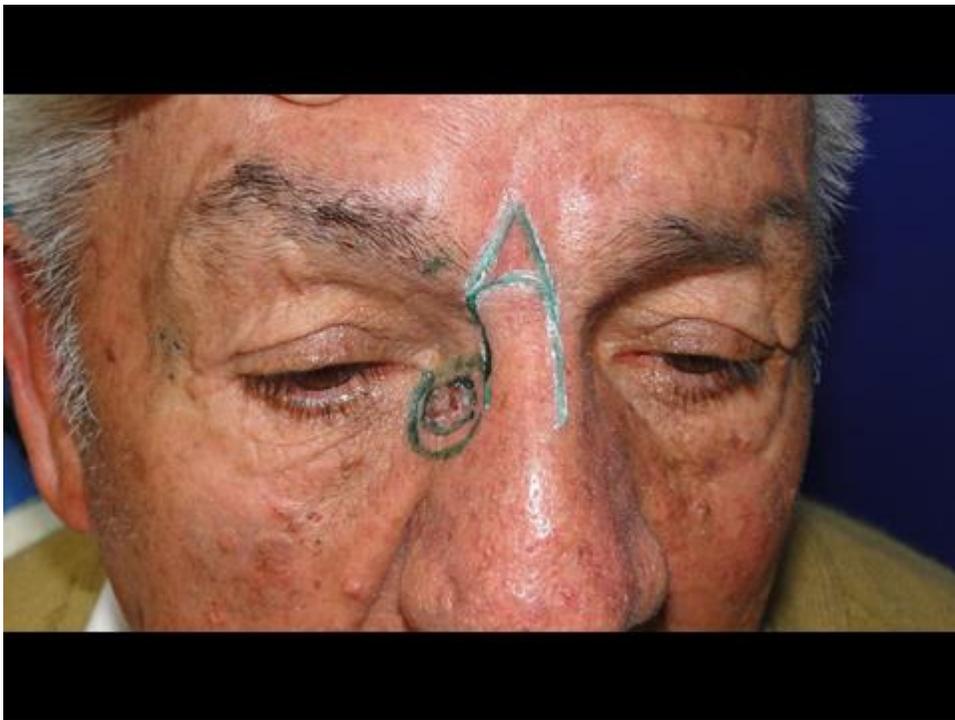
CLASIFICACIÓN DE LOS INJERTOS

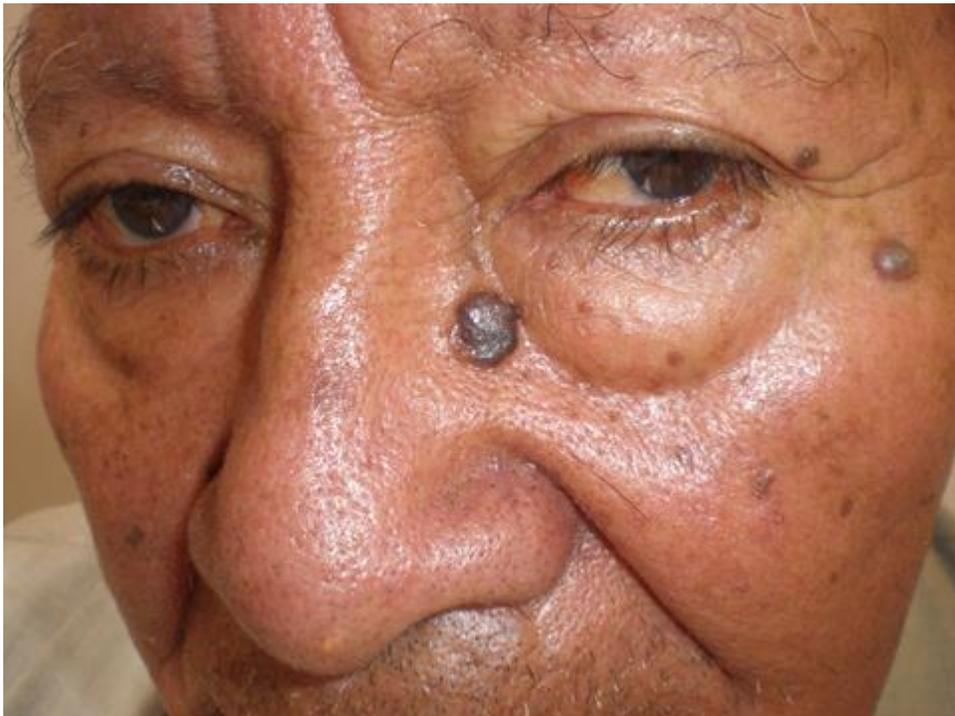
Para la reconstrucción de tejidos blandos los injertos son de 4 tipos:

1. Injertos de espesor total
2. Injertos de espesor parcial
3. Injertos compuestos
4. Injertos de cartílago libre

*Técnicas de reconstrucción
quirúrgica nasal*









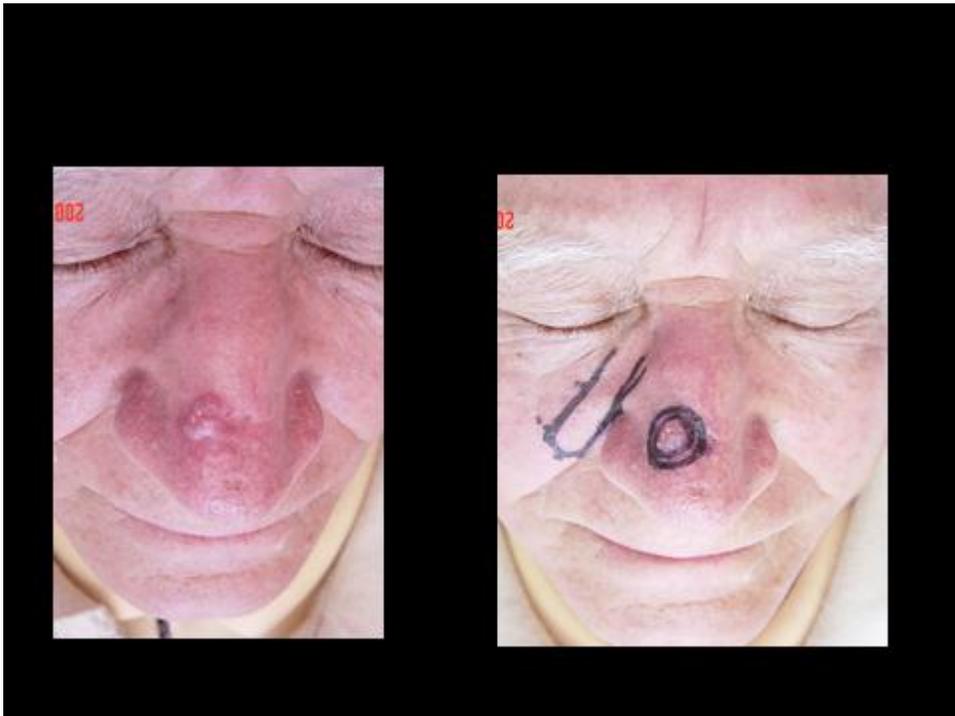


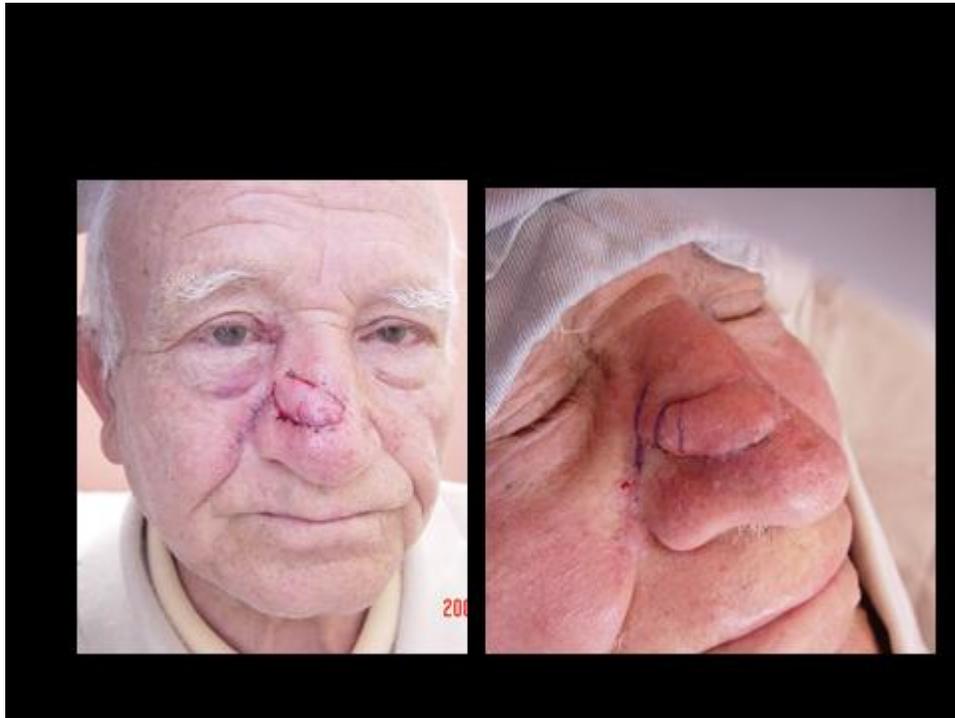












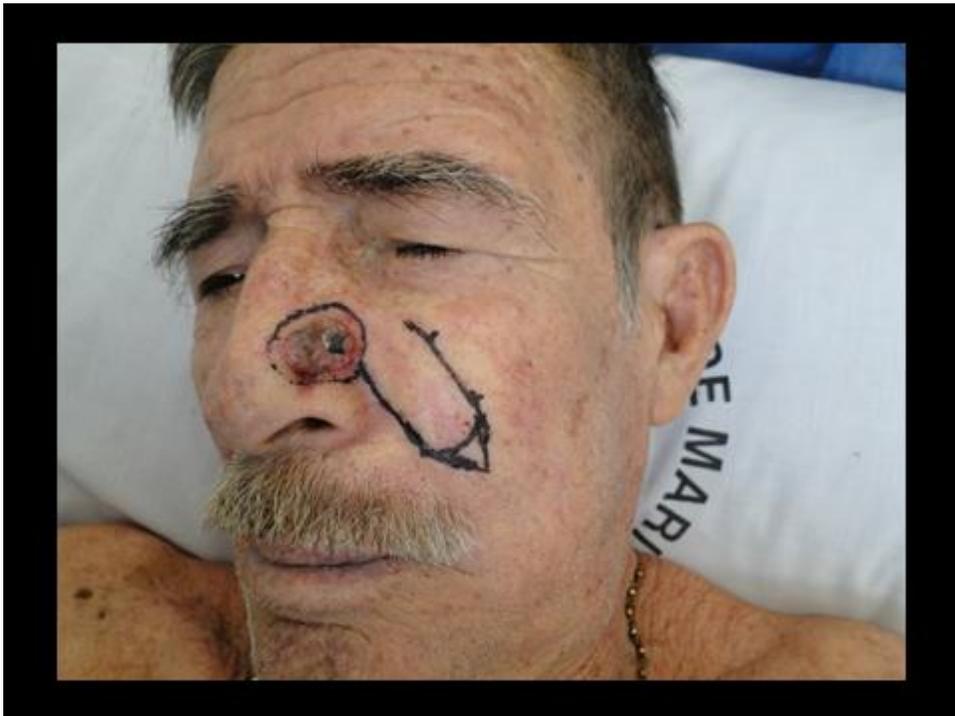
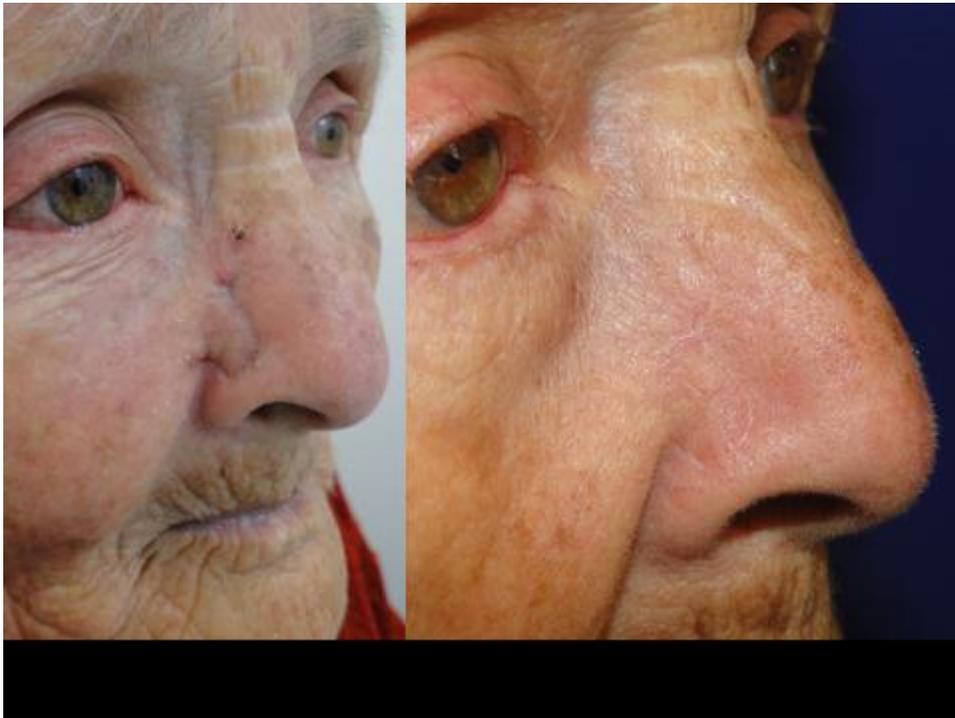




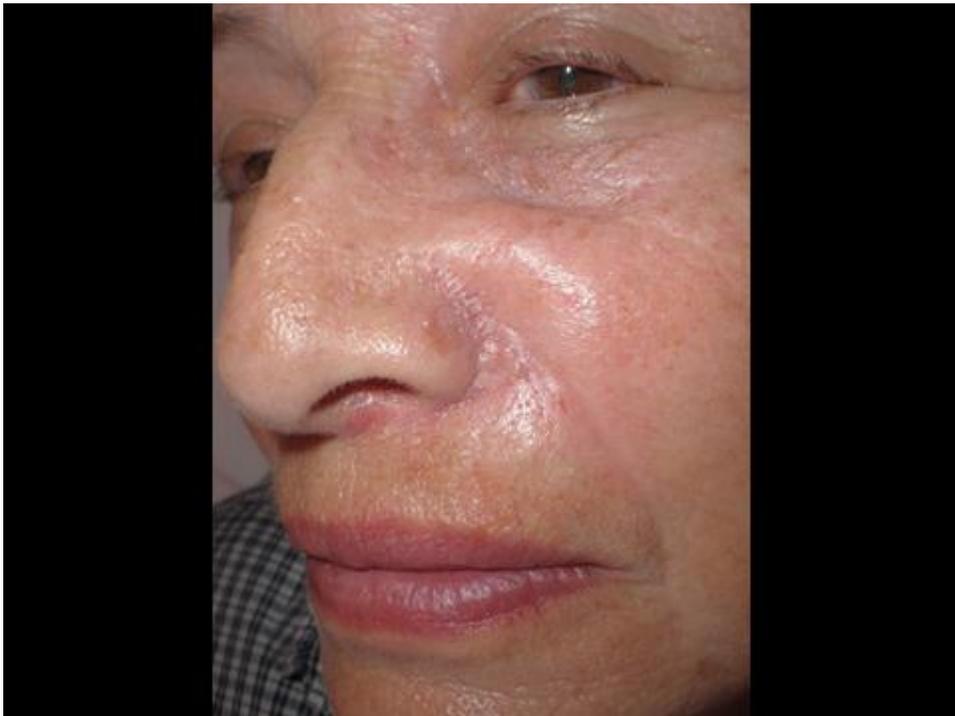




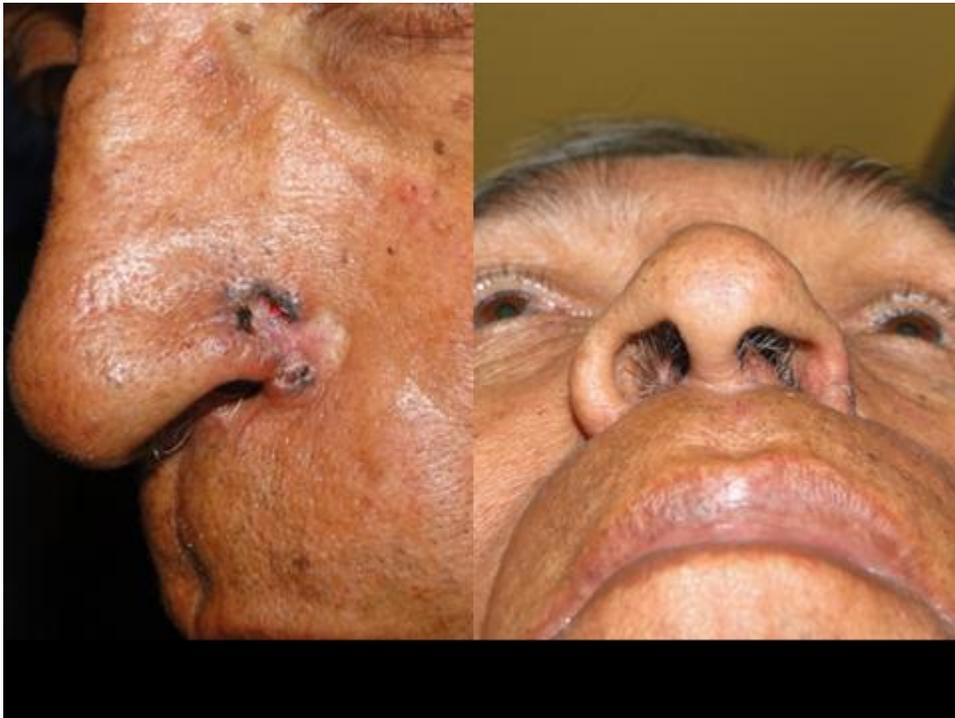


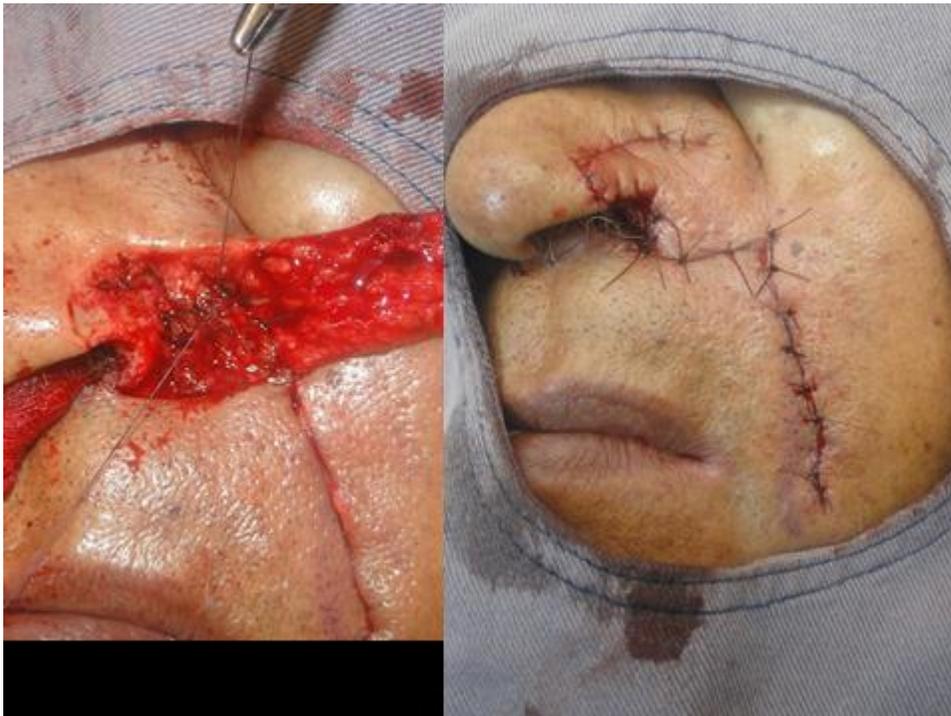


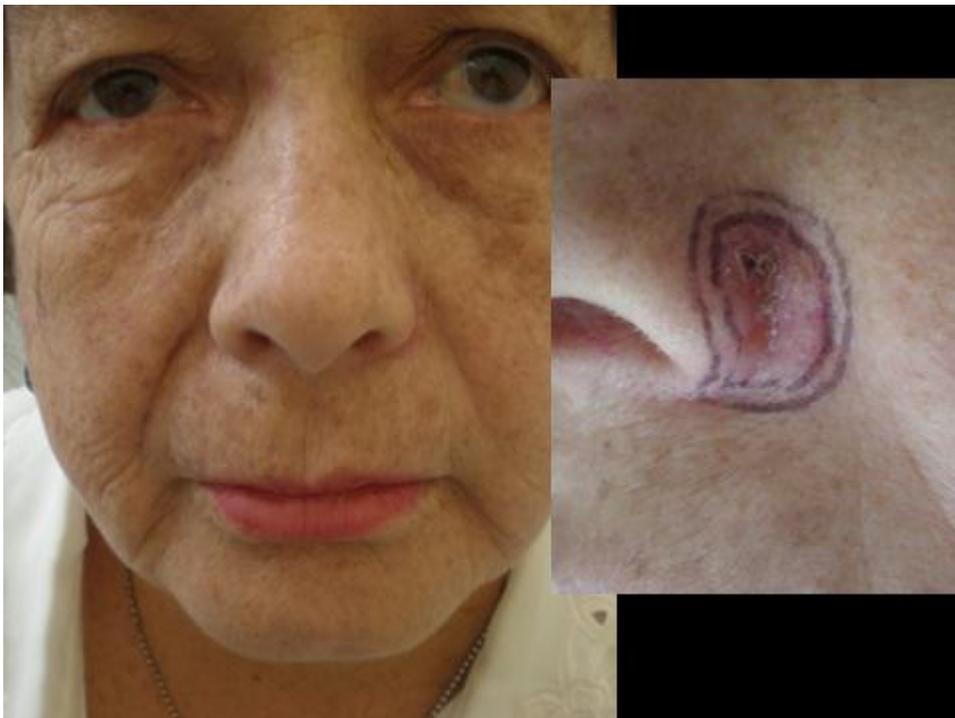




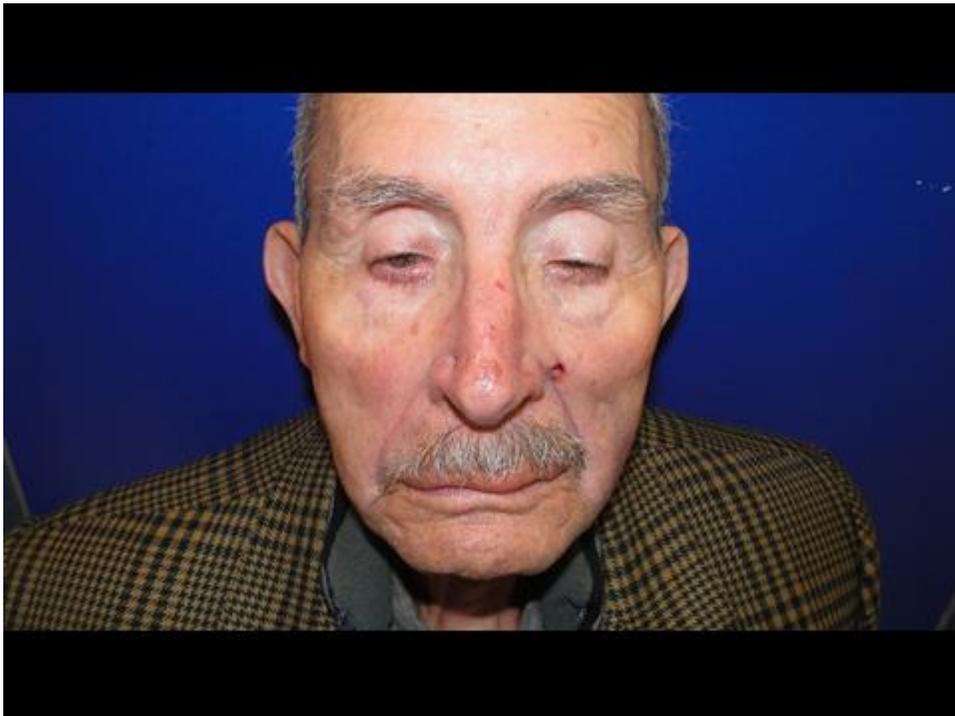


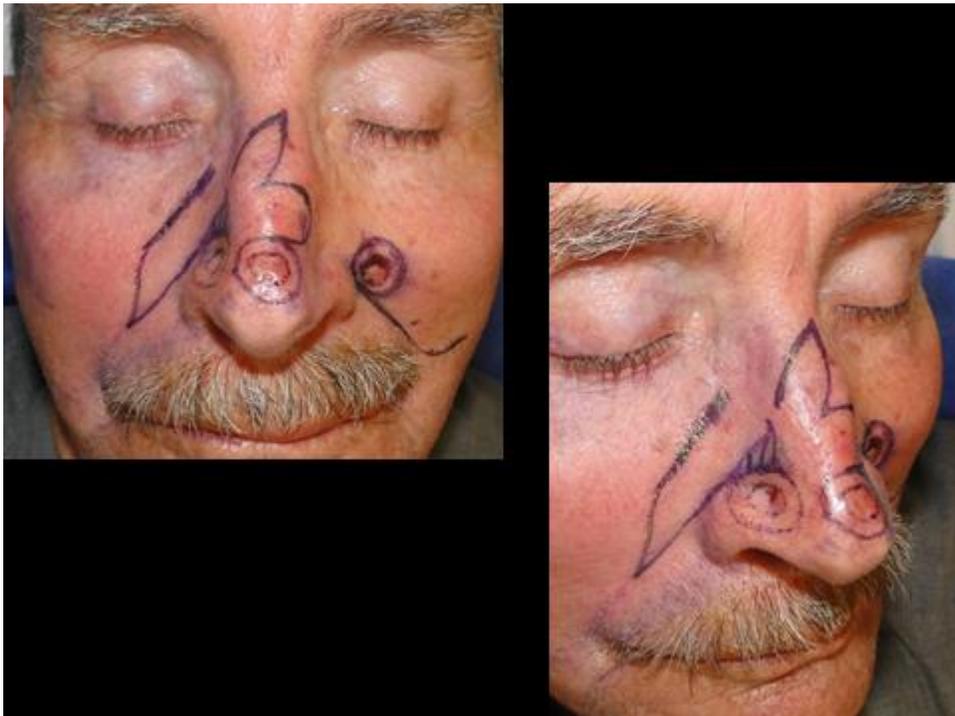


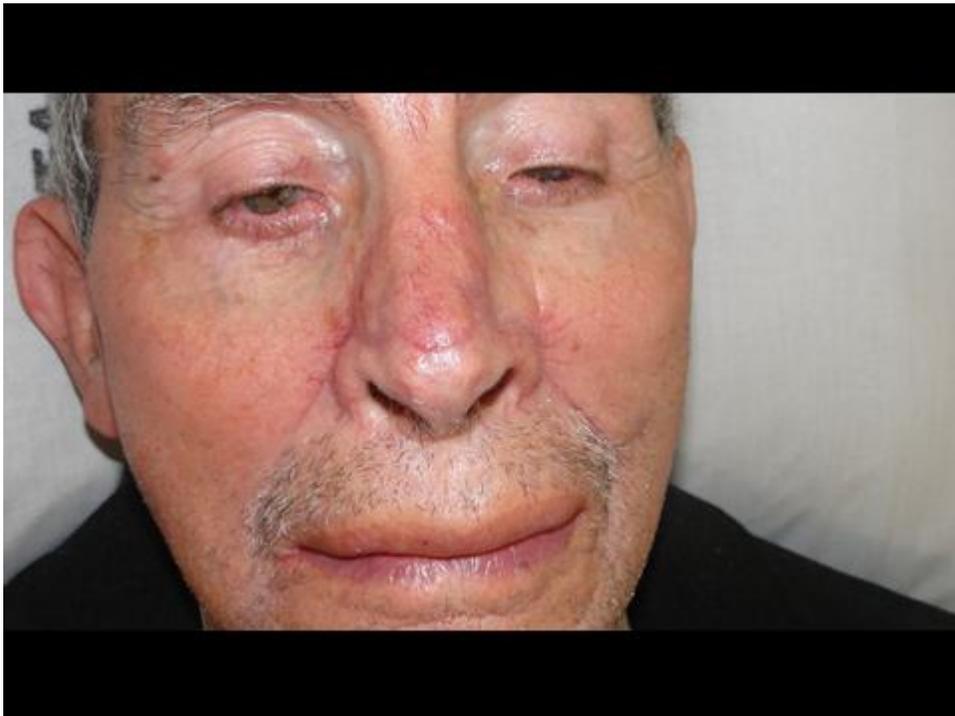














Gracias...

RESPALDO DE LA CONFERENCIA MAGISTRAL

Lesiones Ampollares

XX CONGRESO ECUATORIANO DE DERMATOLOGÍA

II CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

I CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

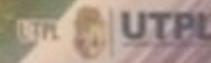
PROFESORES INVITADOS:

- | | | | |
|-----------|---|-----------|---|
| Argentina |  | Ecuador |  |
| Bolivia |  | México |  |
| Brasil |  | Venezuela |  |
| Chile |  | | |



ORGANIZADA POR: SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGIA CAPITULO AZUAY

AYAL ACADÉMICO:



UDN (UNIVERSIDAD DEL AZUAY)



MUNICIPAL:



HOTEL ORO VERDE CUENCA
Julio/17-20/2014

PROGRAMA GENERAL



XX CONGRESO ECUATORIANO DE DERMATOLOGIA

II CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA | CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

SABADO 19

2º DIA CONGRESO

HORA	CASOS CLINICOS COMENTADOS	COORDINADOR:	DR. HERIBAN VILLACIS	SECRETARIA:	DRAL BEATRIZ CORREA
08:00 - 08:04	1. Enfermedad de Darier Amputar	Dr. Eduardo Garcia, Dra. Carla Arvelo			
08:04 - 08:08	2. TUMOR DE ABELGROSSER	Dra. Gladys Castillo (R3 UOJ)			
08:08 - 08:12	3. Infecciona multiple asociado a Carcinoma Baso Celular	Dra. Giselle Franco (R4 UOJ)			
08:12 - 08:16	4. VASCULITIS LINEOLIDE	Dra. Ximena Fuentes, Dr. Diaguez, Dr. Palacios.			
08:16 - 08:20	5. Pícnis Eritematoescamosas en brazo	Dra. Arnette Moran / Dr. Juan Carlos Gardes / Dr. Enrique Uruga			
08:20 - 08:30	DISCUSION				
08:30 - 08:34	6. Técnica de Morandi en Oncocirrosis etapa 3. Presentación de 1 caso	Dra. María de Lourdes Jaoun			
08:34 - 08:38	7. Colgajo Pan-Nasal en El Manejo Quirúrgico de Queratocarcinoma localizado En Dermo Nasal	Dra. Leidy Medalla, Paola Garcia			
08:38 - 08:42	8. Dermatitis Pruriginosa Con Evolución Fatal	Dra. Hipatia Elizabeth Villavicencio Torres			
08:42 - 08:46	9. Paciente Con Signos De Empequecimiento Preauricular. Probable Síndrome De Werner	Dra. Tania Arcos			
08:46 - 08:50	10. Carcinoma Basocelular En Surco Alar Tratado Con Técnica Skin Medix. Falsa Durmiga: El Uso De Equipo De Venoclisis Para Elaborar Cartomadores Nasales	Dra. Yadira Tapia Peraza			
08:50 - 09:00	DISCUSION				
09:00 - 10:30	CORRELACION CLINICO PATOLOGICA	COORDINADORA: DRAL SAYONARA ZAPOTT, SECRETARIA: DRAL BETSY FERNANDEZ			
	DRAL LAURA SORIA - DR. JOSÉ OLLAGUE - DR. MARTIN SANGUEZA - DR. PABLO ORTEGA. 2 CASOS CADA UNO DE 10 MINUTOS				
09:00 - 09:20	Dra. Laura Soria				
09:20 - 09:40	Dr. Martín Sangreza				
09:40 - 10:00	Dr. José Ollague				
10:00 - 10:20	Dr. Pablo Ortega				
10:20 - 10:30	Dra. Sonia Tello, Dra. Giselle Franco, Lesiones ampollasas - Lesiones anulares de borde fibrinado.				
10:30 - 10:30	COFFEE BREAK				
10:30 - 12:00	SIMPÓSIO TERAPEUTICA	COORDINADOR: DR VICTOR LEON, SECRETARIA: DRAL ANA MARIA KELLENDONK			
	DR VICTOR LEON, PRESENTACION				
10:35 - 10:55	DR. JORGE OCAÑO: ARIANES EN CIRUGIA DERMATOLOGICA MEXICO				
10:55 - 11:15	DR. FRANCISCO BARRALDO: REINSERCION FUTURAS DE LA AVANATOLOGIA EN DERMATOLOGIA ECUADOR				
11:15 - 11:35	DR. MAN JARA: BUCCOCORRIONES LO QUE EL DERMATOLOGO NO DEBE OLVIDAR (CHILE)				
	DR. JUAN CARLOS DIEZ DE MEDINA: MANEJO EN NEOPLASIAS. HASTA DONDE ES MEJOR QUE LAS				

DOMINGO

HORARIO	TI
08:00 - 09:00	11
08:00 - 08:07	1
08:07 - 08:14	2
08:14 - 08:21	3
08:21 - 08:28	4
08:28 - 08:35	5
08:35 - 08:42	6
08:42 - 08:49	7
08:49 - 08:56	8
09:00 - 09:20	C
09:00 - 09:04	1
09:04 - 09:08	2
09:08 - 09:12	3
09:12 - 09:16	4
09:16 - 09:20	5
09:20 - 10:00	S
09:20 - 09:30	E
09:30 - 09:40	F
09:40 - 09:50	V
09:50 - 10:00	L
10:00 - 10:20	S
10:20 - 11:20	S
10:20 - 10:30	C

**XX CONGRESO ECUATORIANO DE
DERMATOLOGÍA**

|| CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA | CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

CONFIEREN EL PRESENTE
DIPLOMA

A: **DRA. GISELLE ERAZO**

Por haber participado en calidad de **CONFERENCISTA**

En el **XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología**, realizado en la Ciudad de Cuenca del 17 al 20 de julio de 2014.



Juan José Arribas
Dr. Juan José Arribas
PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR

Jana Bobokova
Dra. Jana Bobokova
SECRETARIA GENERAL

Herrán Sacoto
Dr. Herrán Sacoto
SECRETARIO DE INVESTIGACION

Mauricio Obispo
Dr. Mauricio Obispo
SECRETARIO COMITÉ ORGANIZADOR

ANUAL ACADÉMICO:



UTPL



AUSPICIA:





Universidad San Francisco de Quito

CONGRESO NACIONAL DE
DERMATOLOGIA
CUENCA-ECUADOR



IESS
Hospital
"Carlos Andrade Marín"

Universidad San Francisco de Quito
Hospital Carlos Andrade Marín

Dra. Giselle Erazo *Dra. Sonia Tello*
R4 DERMATOLOGIA DERMATOPATOLOGA

QUITO - ECUADOR

Correlación Clínico Patológica

Lesiones Ampollares

Caso 1

- Paciente, sexo femenino, 55 años de edad
- APP: No refiere
- Placas eritematosas, erosiones, vesículas y ampollas a nivel de cuero cabelludo, pecho, axilas, pelvis, espalda. Ocho meses de evolución.

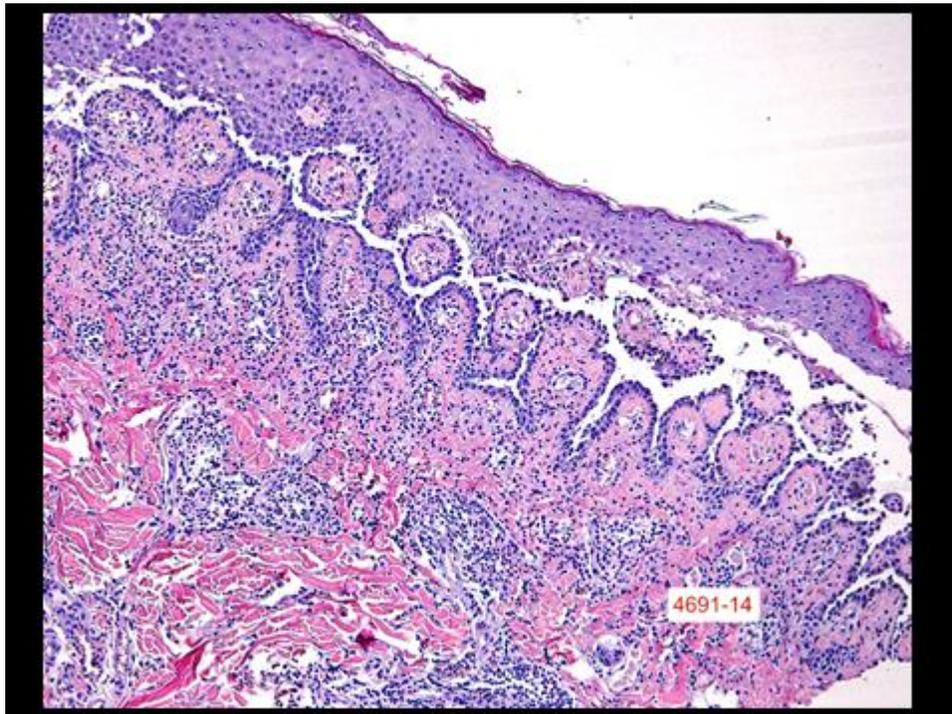


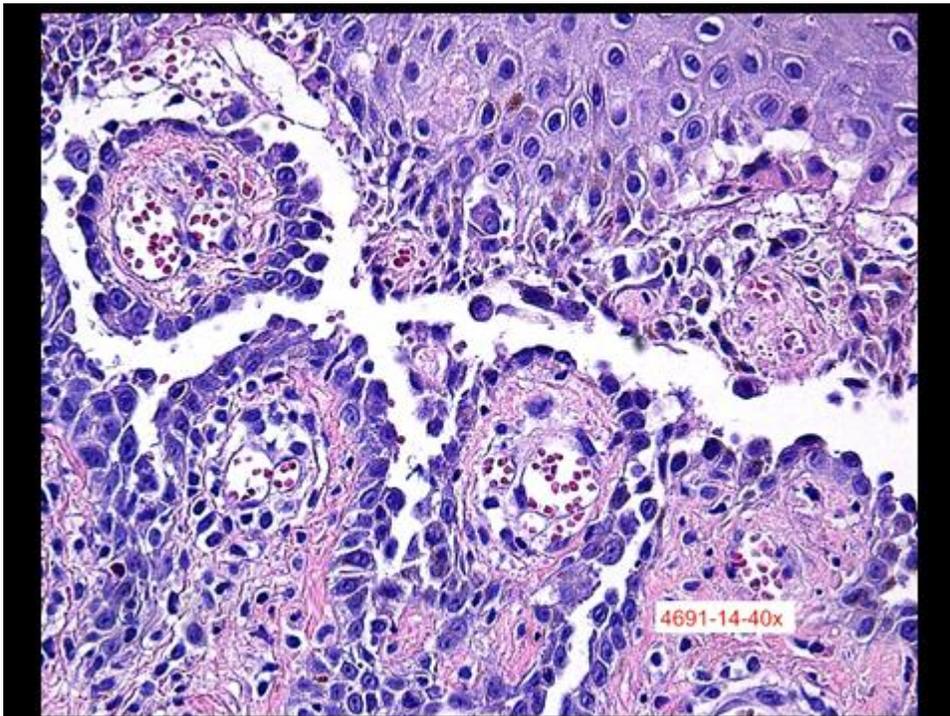
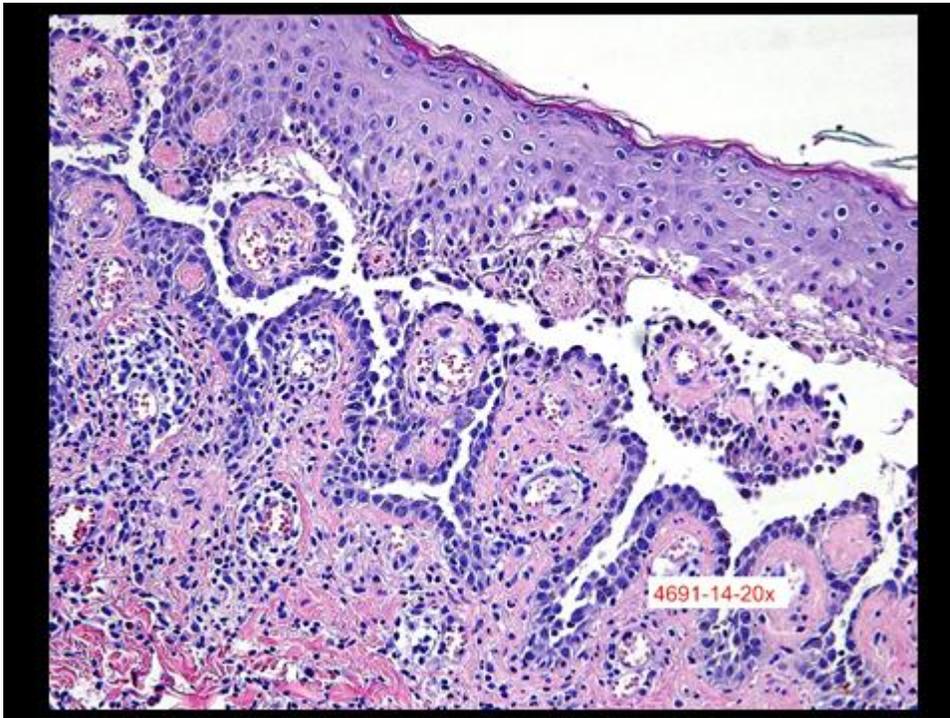


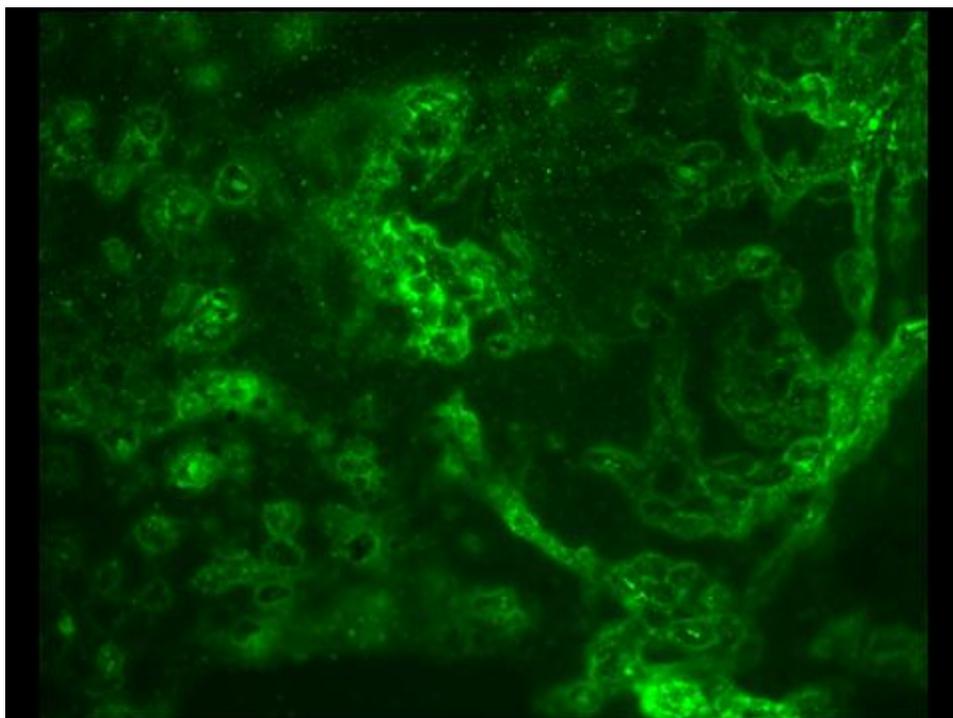
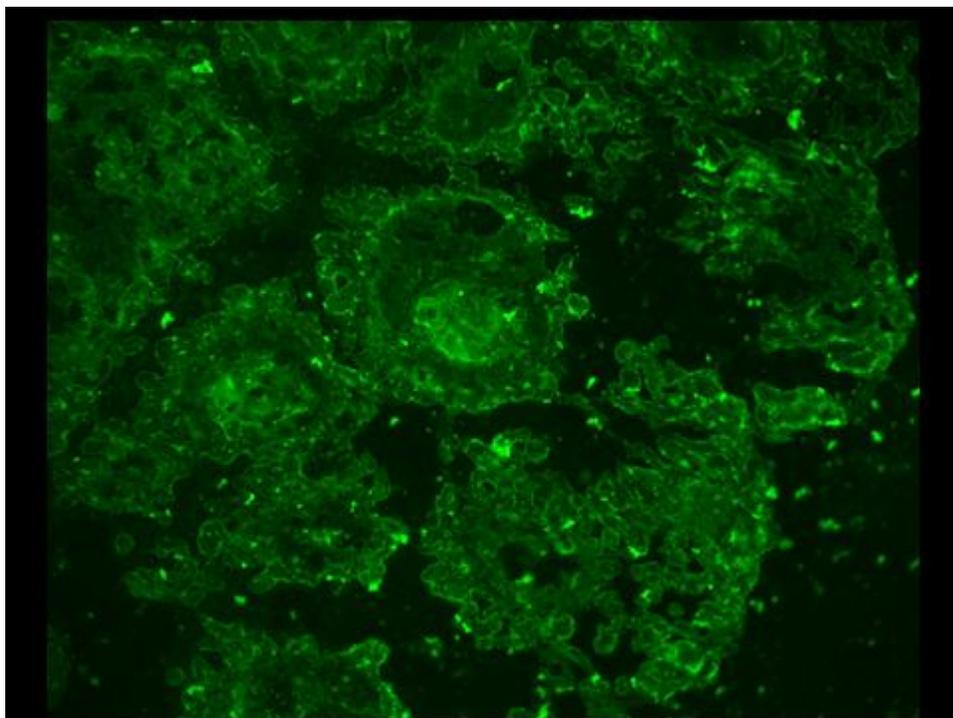


Impresión Diagnóstica

- Pénfigo vulgar







Diagnóstico

Pénfigo Vulgar

A propósito de este caso...

Artículo de revisión

Pénfigo vulgar

Andrea Alejandra Castellanos Iñiguez,* Elizabeth Guevara Gutiérrez**

Dermatología Rev Mex 2011;55(2):73-83

- Es una enfermedad ampollosa crónica de origen autoinmunitario
- El diagnóstico se basa en la clínica, histopatología e inmunofluorescencia directa o indirecta.
- La base del tratamiento son los corticoesteroides orales junto con coadyuvantes

Una serie de casos de 17 pacientes | 21 NOV 11

Rituximab para el tratamiento de pénfigo y penfigoide refractarios

Autor: Michael Kaspenkewicz, Igor Shimanovich, Ralf J. Ludwig, Christian Rose, Delf Zillkens, y Erno Schmidt JAAD 2011; 65:552-558

- En éste artículo se presentan 17 pacientes con pénfigo severo, penfigoide ampollar y penfigoide de las membranas mucosas tratados con rituximab.
- Es efectiva y bien tolerada no sólo en pacientes con pénfigo sino con penfigoide.
- La eficacia y seguridad se mantiene cuando se readministra durante las recaídas.

Caso 2

Paciente, sexo femenino, 55 años

- APP: IRC en hemodiálisis desde hace 13 años toma calcio, pregabalina (2 años), complejo B
- Dermatitis de 2 años de evolución, con historia evolutiva de inicio de ampollas que se lesionan y se resuelven dejando cicatrices, localizadas en antebrazo, dorso de manos y V del escote, además en rostro manchas posinflamatorias. HP previo colagenosis perforante reactiva vs ampolla por fricción vs reacción medicamentosa ampollar vs lupus eritematoso







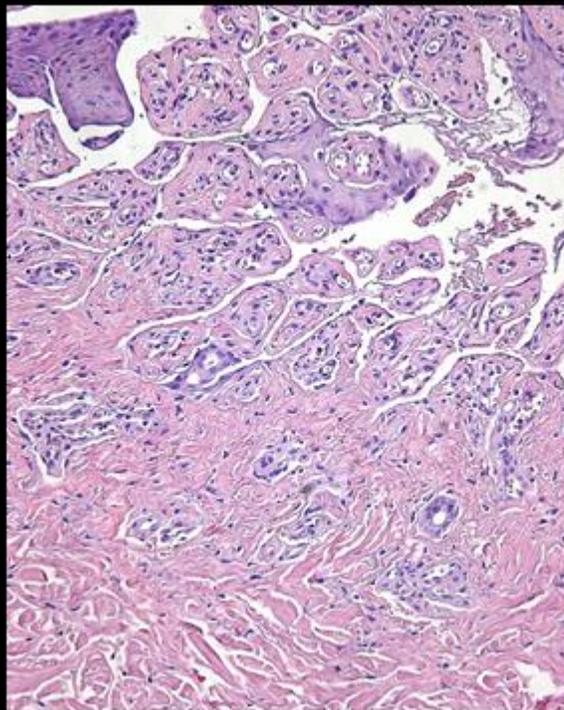


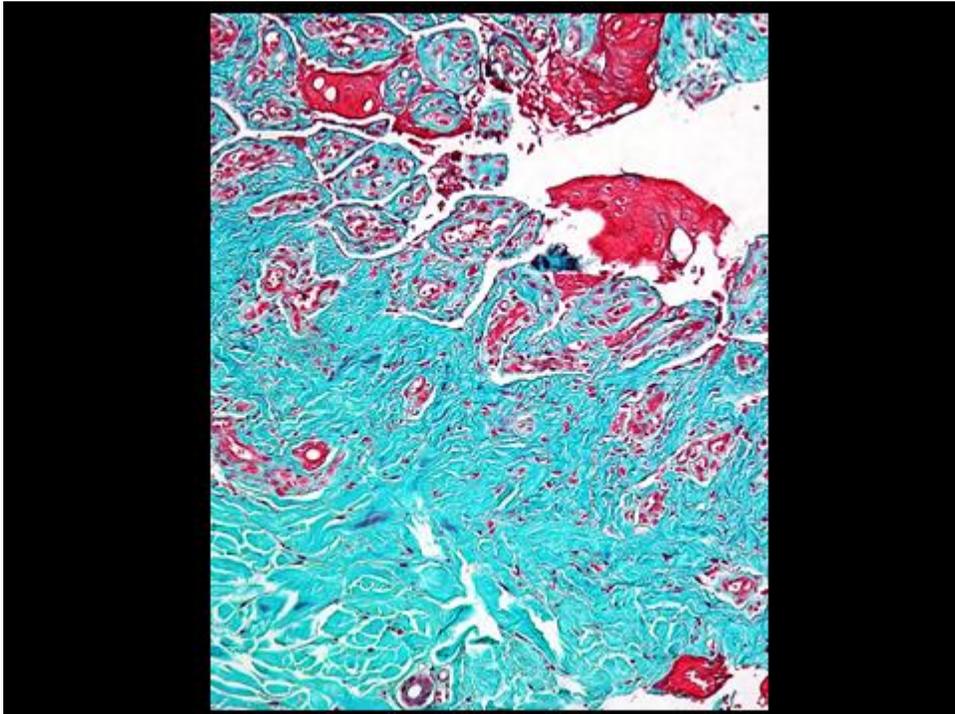
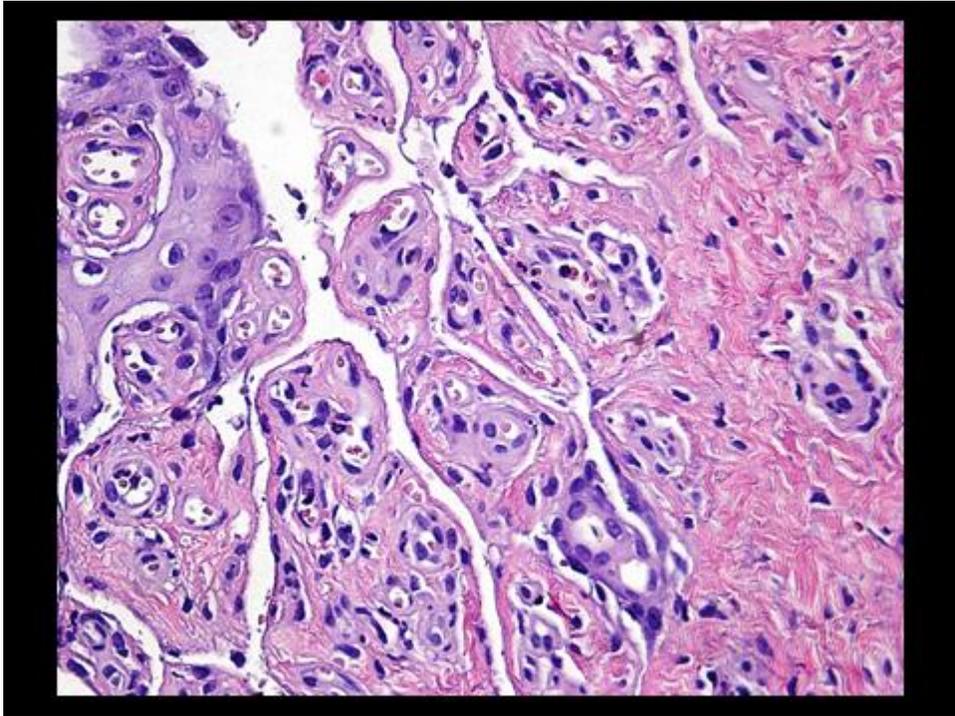




Impresión Diagnóstica

- Colagenosis Perforante Reactiva
- Reacción medicamentosa ampollar
- Lupus eritematoso





Diagnóstico

Pseudoporfiria

A propósito de este caso...

Pseudoporfiria en paciente dializada

Leo Barco^a, Clara Iglesias^a y Tijjani Umar^b

^aDermatology Department, St. Richard's Hospital, Chichester, West Sussex, Reino Unido.

^bPathology Department, St. Richard's Hospital, Chichester, West Sussex, Reino Unido.

Actas Dermosifiliogr 2004;95(8):522-4

- Enfermedad cutánea infrecuente que se produce en el contexto de una importante exposición solar .
- Se producen con mayor frecuencia en el contexto de la diálisis.
- Se ha propuesto como tratamiento la N-acetilcisteína por su capacidad de reducir el efecto del estrés oxidativo

Gracias...

RESPALDO DE LA CONFERENCIA MAGISTRAL

Histoplasmosis en inmunodeprimidos. Una presentación clínica inusual.

XX CONGRESO ECUATORIANO DE DERMATOLOGÍA

II CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

I CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

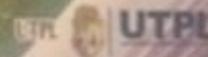
PROFESORES INVITADOS:

- | | | | |
|-----------|---|-----------|---|
| Argentina |  | Ecuador |  |
| Bolivia |  | México |  |
| Brasil |  | Venezuela |  |
| Chile |  | | |



ORGANIZADA POR: SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGIA CAPITULO AZUAY

AYUDA ACADÉMICA:



UDV (UNIVERSIDAD DEL AZUAY)



ASOCIACION:



HOTEL ORO VERDE CUENCA
Julio/17-20/2014

PROGRAMA GENERAL

XX CONGRESO ECUATORIANO DE DERMATOLOGÍA

II CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

I CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

DOMINGO 20

HORARIO		3° DIA CONGRESO	
08:00 - 09:00	TEMAS LIBRES.	COORDINADOR: DR. OSWALDO MUÑOZ.	SECRETARIA: DRA. HILDA CELI
08:00 - 08:07	1 - LINFOMA CUTANEO EN EL CENTRO DE LA PIEL.		Dra. Ximera Fuentes, Dr. Ollague, Dr. Palacios.
08:07 - 08:14	2 - CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOLOGICAS DE MELANOMA EN EL CENTRO DE LA PIEL DESDE EL AÑO 2013 AL 2014.		Residente Andrea Diaz, Dr. Ollague, Dr. Palacios
08:14 - 08:21	3 - LINFADENOMA CUTANEO, HALLAZGOS DERMATOSCOPICOS E HISTOLOGICOS		Dra. Alexandra Marcheno, Dr. Ollague, Dr. Palacios
08:21 - 08:28	4 - APLICACION DE FERULA DE CINOCILATO PARA TRATAMIENTO DE ONICOCRIPSIS		Dra. Alexandra Marcheno, Dr. Palacios
08:28 - 08:35	5 - Excimer Laser Nuestra Experiencia en Vitiligo: Reporte Preliminar.		Dra. María Cecilia Briones, Dra. Andrea Lubkov, Dra. Verónica Uruga.
08:35 - 08:42	6 - Resultado de la combinación de Excimer Laser más 5 Fluoracilo y Erbium YAG en pacientes con Vitiligo Recalcitrante.		Dres. Jessica Flores, María Cecilia Briones, Andrea Lubkov, Verónica Uruga
08:42 - 08:49	7 - Lesiones Alopecias y Nodulares en Corno Cabelludo		Dres. María Belén Andro, Dr. Juan Carlos García, Dr. Enrique Uruga
08:49 - 08:56	8 - NUESTRA EXPERIENCIA EN PSORIASIS Y ADALIMUMAB		Dr. Franklin Cabrera
09:00 - 09:20	CASOS CLINICOS	COORDINADOR: DR. HERNÁN VILLACIS.	SECRETARIO: DR. JORGE IZURIETA
09:00 - 09:04	1 - Papilo Fungiforme Pigmentada		Dr. Eduardo Garzón, Dra. Andrea Santillán
09:04 - 09:08	2 - Quiste Tiragloso		Dr. Eduardo Garzón, Dra. Andrea Santillán
09:08 - 09:12	3 - Neurofibroma Plexiforme Gigante		Dr. Pablo Maldonado, Dra. Alexandra Romero
09:12 - 09:16	4 - Neurofibroma Plexiforme Gigante		Dr. Pablo Maldonado, Dra. Alexandra Romero
09:16 - 09:20	5 - Neurofibroma Plexiforme Gigante		Dr. Pablo Maldonado, Dra. Alexandra Romero
09:20 - 10:00	SIMPOSIO CARCINOMA BASOCELULAR I	COORDINADOR: DR. PATRICIO FREIRE.	SECRETARIA: DRA. MIRIAM ORTEGA
09:20 - 09:30	Epidemiología del Ca basocelular en el HCAM		Dra. Liliana García
09:30 - 09:40	Formas Clínicas del CBC		Dr. Jorge Izurieta
09:40 - 09:50	Variantes histológicas del CBC		Dr. José Ollague
09:50 - 10:00	Dermatoscopia claves diagnósticas del CBC		Dr. Enrique Uruga
10:00 - 10:20	COFFE BREAK		
10:20 - 11:20	SIMPOSIO CARCINOMA BASOCELULAR II	COORDINADOR: DR. PATRICIO FREIRE.	SECRETARIA: DRA. LILIANA GARCIA
10:20 - 10:30	Criocirugía y cirugía convencional		Dr. Patricio Freire, Dra. G. Erazo
10:30 - 10:40	Cirugía Mohs		Dra. Natalia Lascano
10:40 - 10:50	Terapia fotodinámica y quimioterapia		Dr. Franklin Cabrera
10:50 - 11:00	Quimioterapia con VISMODESIB (ERIVEDGER)		Dra. Miriam Ortega
11:00 - 11:20	DR. OSWALDO MUÑOZ		
11:00 - 11:15	ACIDO AZELAICO NUEVOS Y VIEJOS USOS		DR. LUIS MONCAYO
11:15 - 11:20	FOTOTERAPIA: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ESS CUENCA		DRA. MA. EUGENIA SEMINARIO
11:20 - 12:20	CONFERENCIAS MAGISTRALES 3	COORDINADOR: DR. ENRIQUE URUGA.	SECRETARIO: DR. SANTIAGO PALACIOS
11:20 - 11:40	DERMATOSIS NEUTROFILICAS Y SINDROME SWEET		DR. IVÁN JARA (CHILE)
11:40 - 12:00	EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO DE LA LEPROA		DR. ENRICO NUNZI (ITALIA-ECUADOR)
12:00 - 12:20	LA DERMATOLOGÍA UNA ESPECIALIDAD EN EXTINCIÓN		DR. JOSÉ OLLAGUE (ECUADOR)
12:20 - 13:20	SIMPOSIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	COORDINADOR: DR. PLINIO PADILLA.	SECRETARIA: DRA. DANIELA VILLAVICENCIO
12:20 - 12:35	SIDA PIEL		DR. XAVIER OCHOA CUENCA
12:35 - 12:50	MICOSIS PULMONARES CON COMPROMISO CUTÁNEO		DR. PLINIO PADILLA CUENCA
12:50 - 13:05	HISTOPLASMOSIS: PRESENTACIÓN INUSUAL		DRA. GISELLE ERAZO
13:05 - 13:20	UN ENEMIGO PELIGROSO: LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON BIOLÓGICOS E INMUNOSUPRESORES		DR. DAVID LARRATEGUI
13:20 - 14:10	SIMPOSIO REACCIONES MEDICAMENTOSAS	COORDINADOR: DR. BOLÍVAR GRANIZO.	SECRETARIO: DR. ROLANDO ESPINOZA
13:20 - 13:25	Presentación		Dr. Bolívar Granizo (Cuenca)
13:25 - 13:40	Urgencias en Dermatología Pediátrica		Dra. Hilda Celi Celi (Loja)
13:40 - 13:55	Interacciones medicamentosas más frecuentes en Dermatología		Dr. Juan Pablo Vire (Suayaquil)
13:55 - 14:10	Reacciones Adversas a Drogas: FARMACOVIGILANCIA		Dra. Janeth Arévalo (Loja)
14:20	SESION DE CLAUSURA - COCTEL		

**XX CONGRESO ECUATORIANO DE
DERMATOLOGÍA**

II CURSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA | CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

CONFIEREN EL PRESENTE
DIPLOMA

A: **DRA. GISELLE ERAZO**

Por haber participado en calidad de **CONFERENCISTA**

En el **XX Congreso Ecuatoriano de Dermatología**, realizado en la Ciudad de Cuenca del 17 al 20 de julio de 2014.

Dr. Juan José Ambrósio
PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR

Dra. Jhara Bobokova
SECRETARIA GENERAL DE MEDICINA

Dr. Hernán Sacoto
SECRETARIO GENERAL DE MEDICINA

Dr. Mauricio Obello
SECRETARIO GENERAL ORGANIZADOR

ANUAL ACADÉMICO:



UTPL



AUSPICIA:





CONGRESO NACIONAL DE
DERMATOLOGIA
CUENCA-ECUADOR



Universidad San Francisco de Quito
Hospital Carlos Andrade Marín

*Histoplasmosis en pacientes inmunodeprimidos:
una presentación clínica inusual*

Dra. Giselle Erazo Beltrán

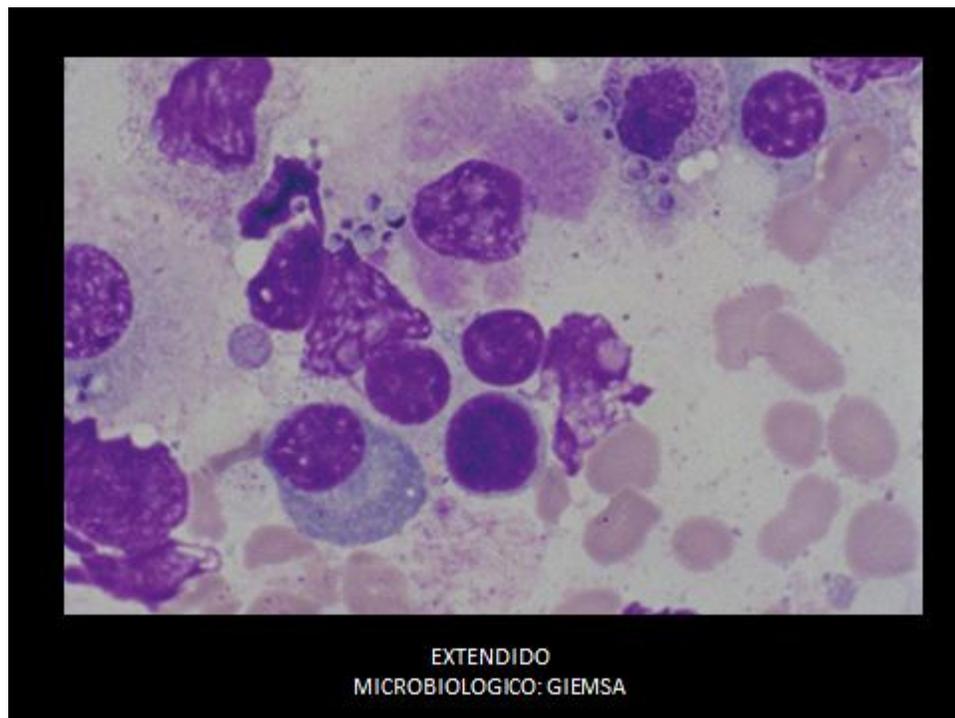
R4 DERMATOLOGIA

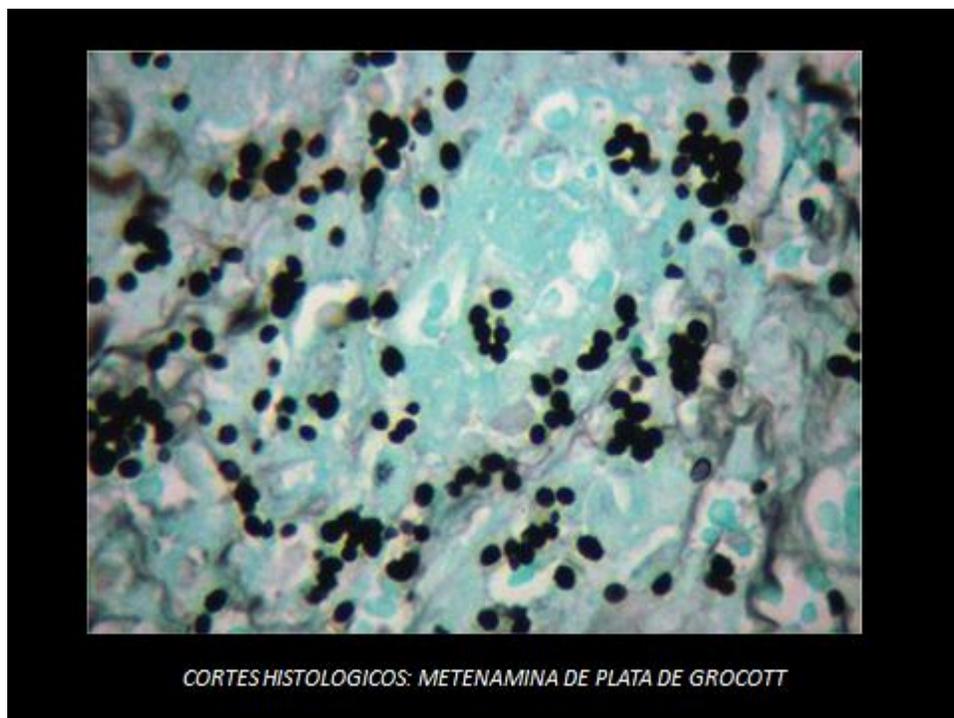
- La histoplasmosis es una micosis sistémica, producida por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*
- Vive en las tierras ricas en sustancias orgánicas, "focos epidémicos", que originan infecciones masivas en los humanos y en animales

Existen dos variedades patógenas de Histoplasma para humanos

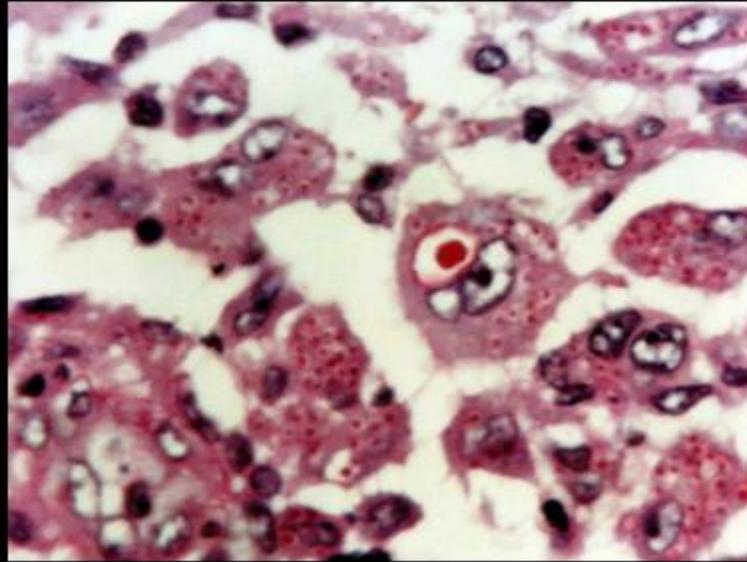
- *Histoplasma capsulatum var capsulatum*
- *Histoplasma capsulatum var. duboisii*

- Los **microconidios** de la forma micelial infectan el hombre y a otras especies de animales por vía inhalatoria.
- El diagnóstico se efectúa por el Hallazgo del agente causal o su aislamiento en cultivos





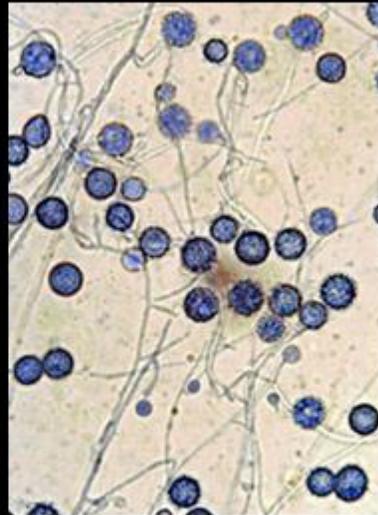
CORTES HISTOLOGICOS: METENAMINA DE PLATA DE GROCOTT



CORTES HISTOLOGICOS: TINCION DE PAS



*Agar-glucosado de Sabouraud:
forma micelial*

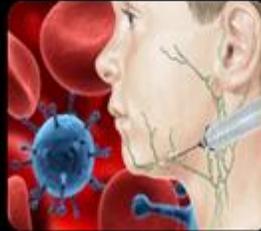
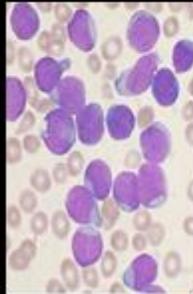


Examen directo del cultivo teñido con azul de algodón : macroconidios equinulados, microconidios piriformes y filamento septado fino.

Formas

- Levadura: **Intracelular**
- Micelial
 - Micelio aéreo
 - Micelio vegetativo
 - Macroaleurisporas
 - Microaleurisporas o Microconidias: **Elemento infectante**
- Sexuada: Cleitotecios
- Teleomorfa

FACTORES DE RIESGO



- Por lo general las infecciones son benignas y curan espontáneamente
- Los pacientes inmunocomprometidos presentan formas progresivas y diseminadas de esta infección.
- Las lesiones se sitúan en varias regiones

Formas Clínicas

Histoplasmosis en
pacientes
INMUNOCOMPETENTES

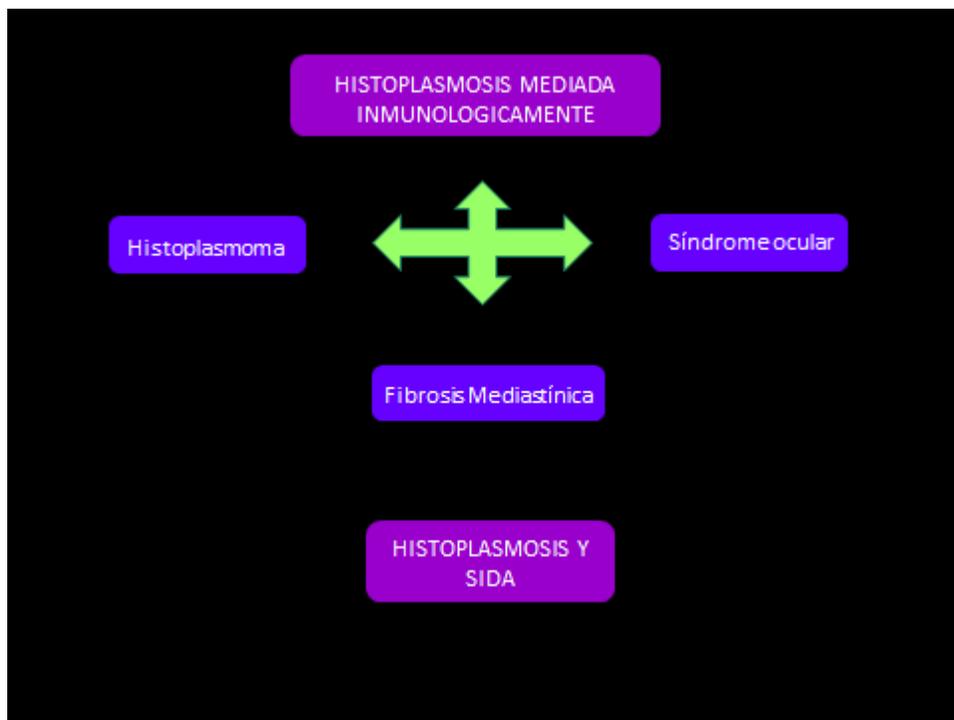
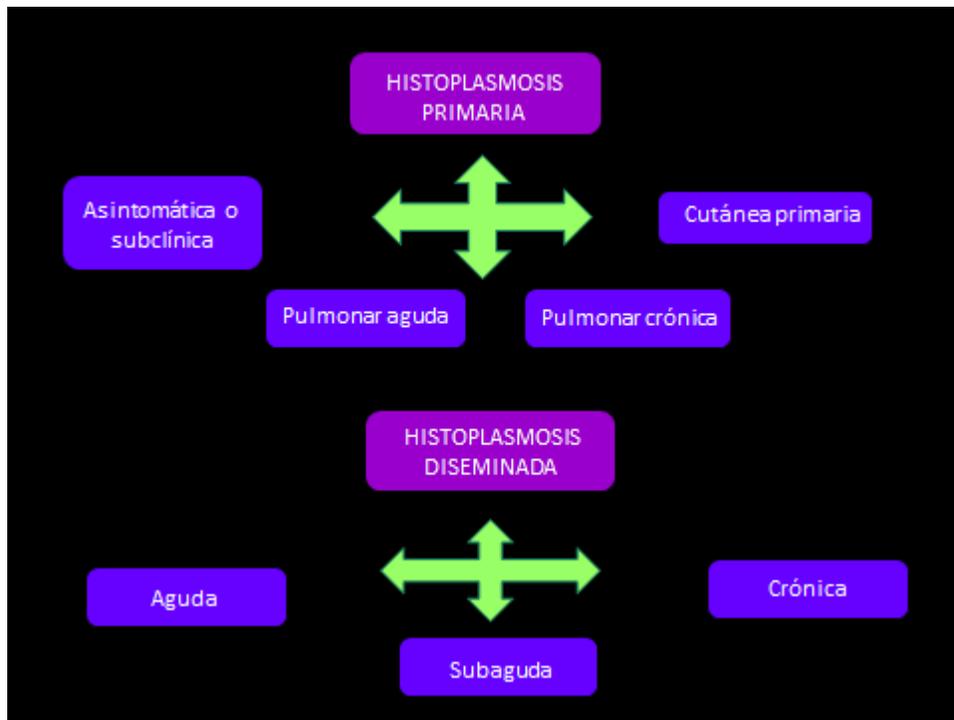
Histoplasmosis en
pacientes
INMUNODEPRIMIDOS

Histoplasmosis
diseminada
crónica

Histoplasmosis
diseminada
subaguda

Histoplasmosis
diseminada aguda



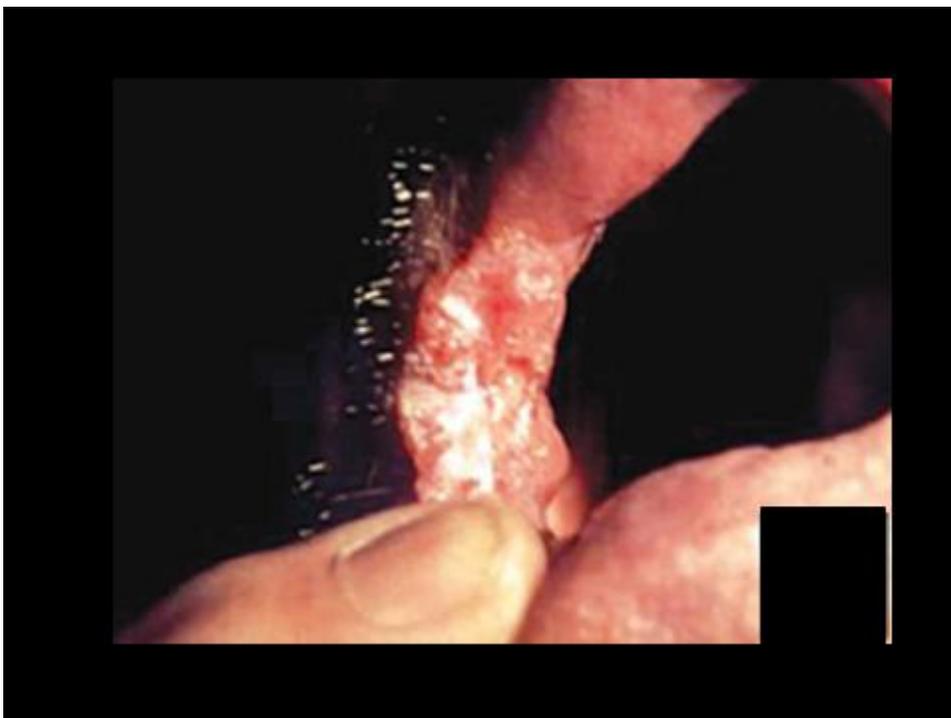


- La gran mayoría de lesiones cutáneas o mucosas se producen en **las formas diseminadas progresivas**.
- La evolución e intensidad de las manifestaciones clínicas dependen de la gravedad del defecto inmunitario.
- **El SIDA** constituye el factor de riesgo más importante para la presentación de las **formas diseminadas subagudas** en América del Sur

*Compromiso Cutáneo
Mucoso*

En América Latina
el compromiso
cutáneo se observa
en el 80% de los
casos





Caso Clínico

Presentación inusual

Sexo masculino, 47 años de edad

- APP: Dermatopolimiositis desde septiembre de 2008 tratado con Prednisona 80 mg QD, azatioprina 50 mg QD, y metotrexate 15 mg/sem, HTA desde el 2011 en tratamiento con losartan mas hidroclorotiazida
- Un mes de evolución de lesiones que inician como placas eritematosas infiltradas e induradas en región inguinal y ambos muslos que posteriormente se ulceran.





Exámenes

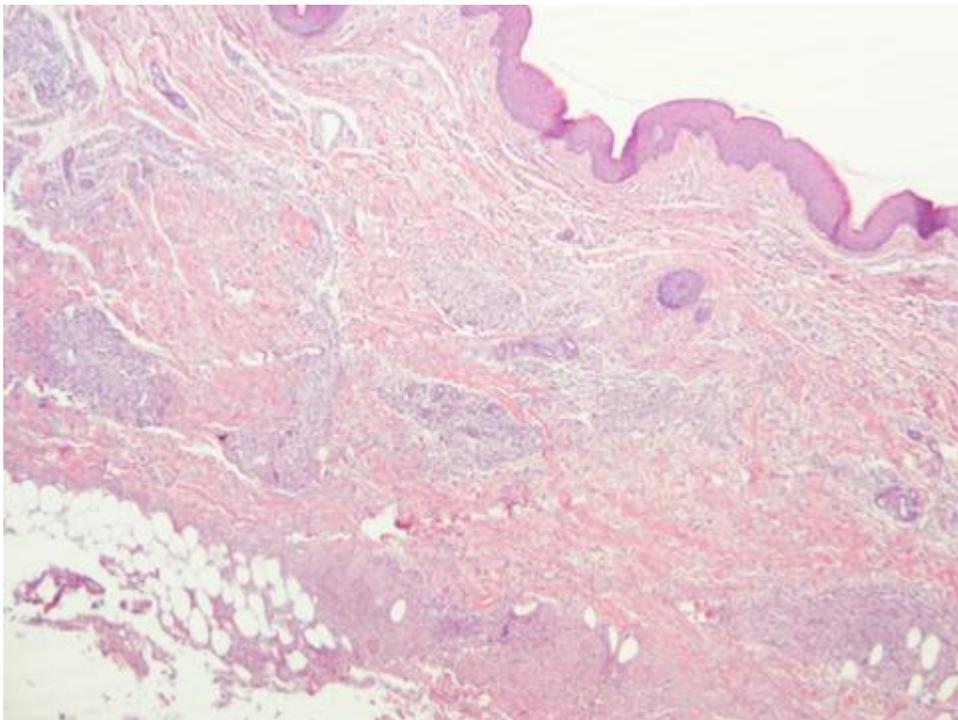
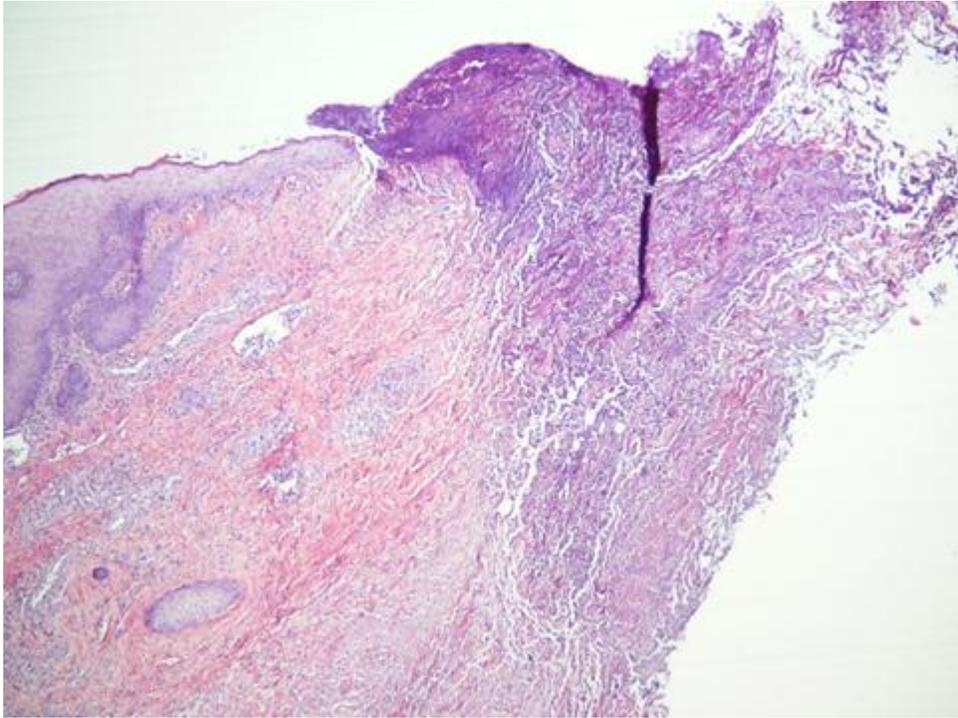
- **Biometría hemática:** anemia normocítica normocrómica, leucopenia.
- **CPK** (creatin kinasa) elevado, **PCR** (reacción de la cadena de la polimerasa) elevado, **ANA** (anticuerpos anti nucleares) positivos, **Factor Reumatoideo** positivo.
- **Baciloscopias** negativas
- **Eco de partes blandas** reporta abscesos
- **Radiografía y tomografía simple de tórax** normal.

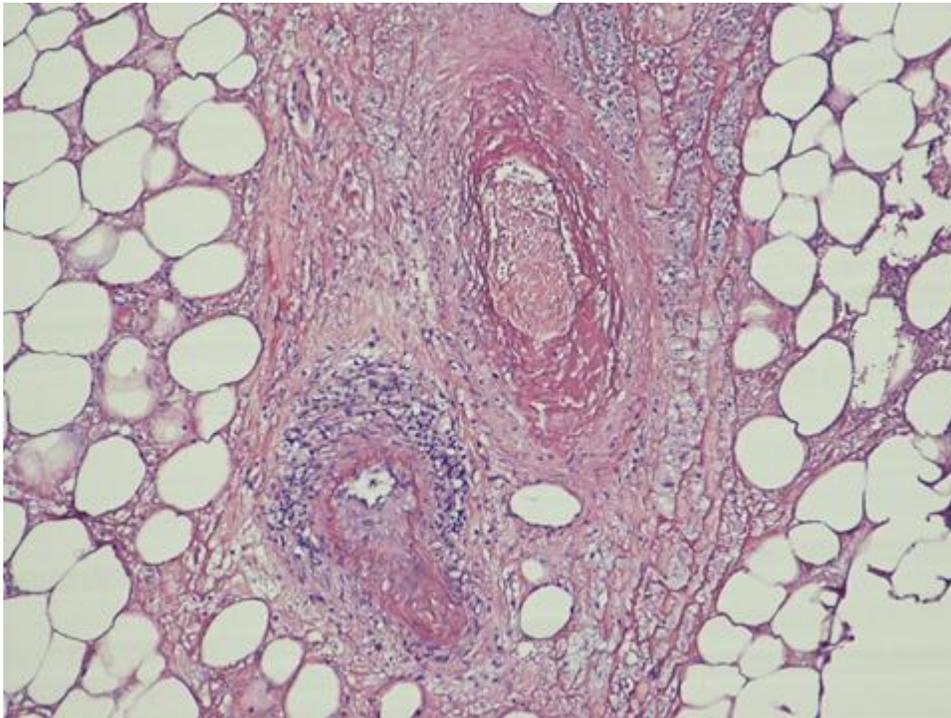
*Cuál fue nuestra primera
impresión diagnóstica?*

- Pioderma gangrenoso



Primera biopsia de piel





- **Concluye:** necrosis por coagulación compatible con enfermedad veno oclusiva.

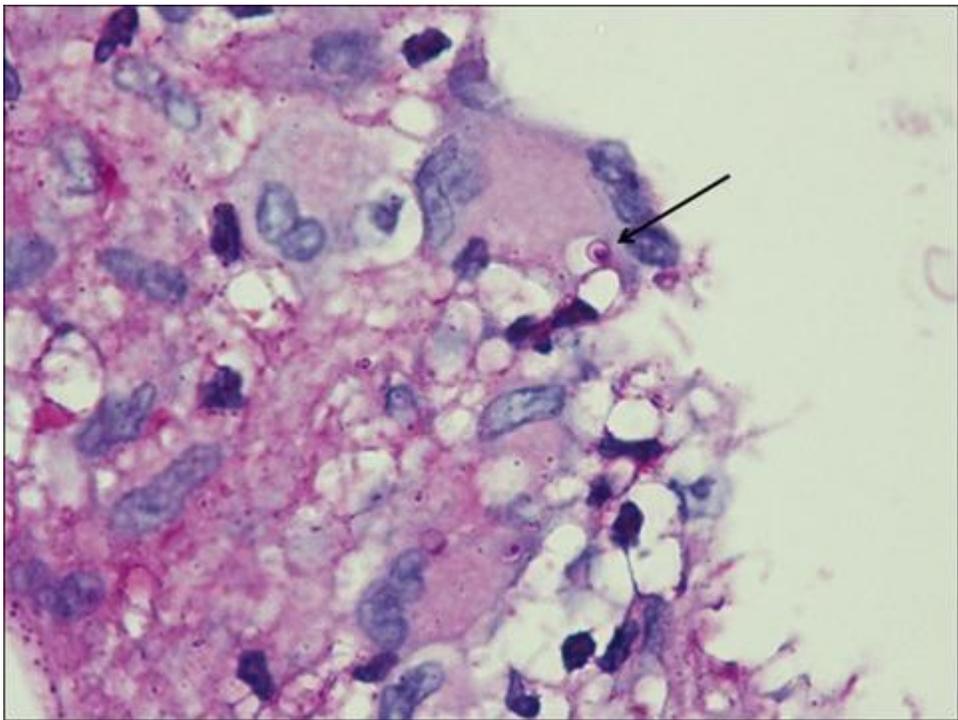
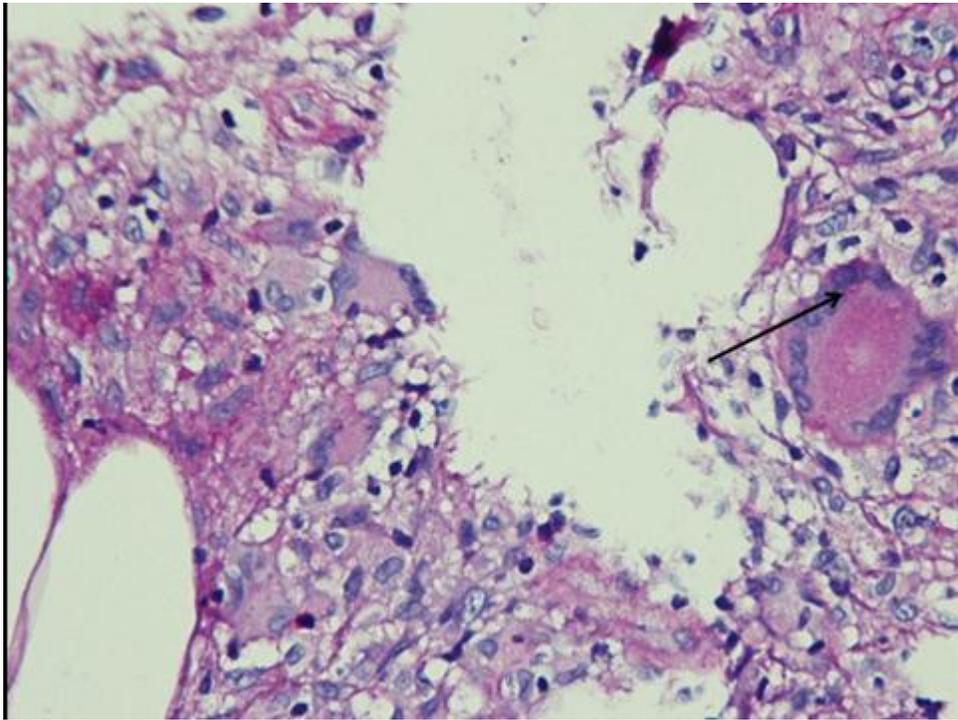
Después de recibir antibióticos de amplio espectro, corticoides sistémicos más curaciones por clínica de heridas ...

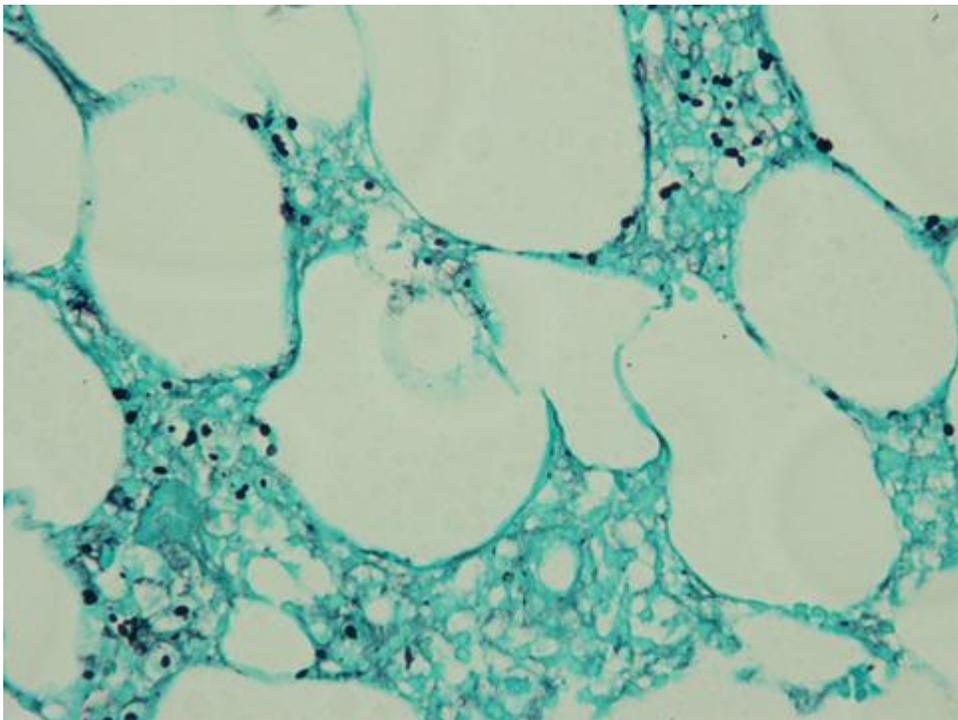
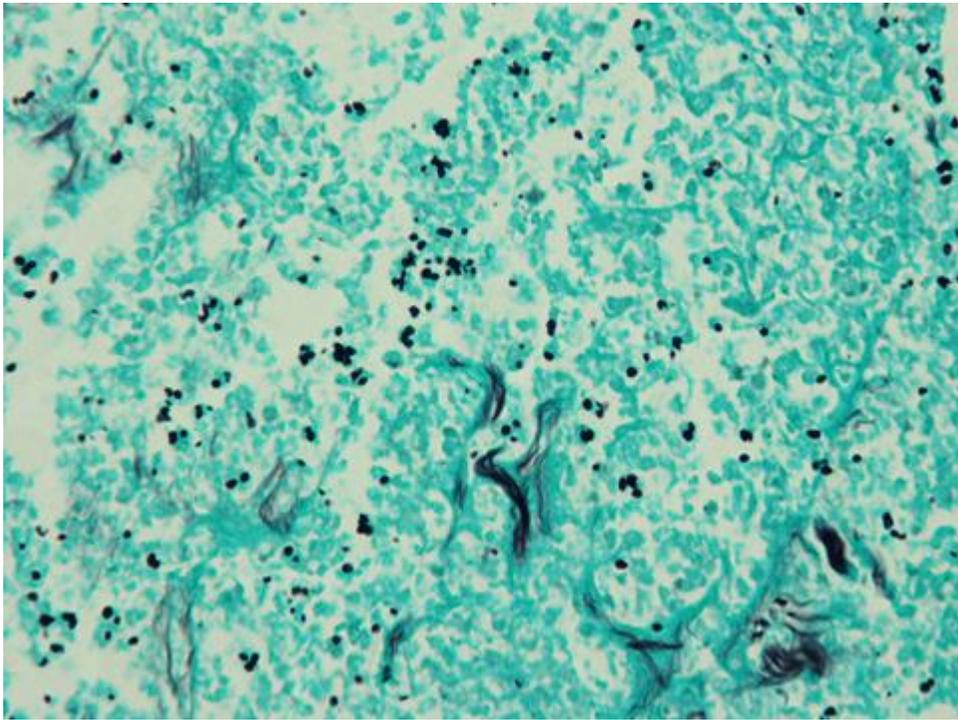


Impresión Diagnóstica

- Pioderma gangrenoso

Nueva biopsia de piel





- Cultivo de tejido de antebrazo y muslo en Sabouraud a las 6 semanas reporta crecimiento de *histoplasma capsulatum* var *capsulatum*.

Histoplasmosis cutánea

Histoplasmosis cutánea

*Recibió anfotericina por 2 semanas y
posteriormente itraconazol por 3 meses...*



Con respecto a este caso inusual...

- La histoplasmosis cutánea primaria (HCP) constituye una entidad poco común (0.5%).
- No se ha descrito hasta el momento en la literatura casos de histoplasmosis con este tipo de afectación cutánea
- Hay que resaltar la dificultad diagnóstica con una clínica sugestiva de un pioderma gangrenoso.
- La presentación clínica en nuestro caso se debe a la inmunosupresión debido a los medicamentos que el paciente se administra por dermatopolimiositis.

La descripción clásica de HCP es de una lesión única de aspecto chancriforme, o el diagnóstico clínico se torna difícil por su naturaleza polimorfa e inespecífica, confundiéndose con una variedad de afecciones infecciosas y no infecciosas, sobre todo en individuos inmunocomprometidos.

Infecciones micóticas sistémicas o profundas: histoplasmosis.

Sistemic or Deep fungal infections: Histoplasmosis

Dr. Leonardo Sánchez-Saldana¹, Dr. Carlos Galarza², Dr. Florencio Cortéz Franco³.

Dermatol. Perú 2010, Vol. 20 (1)

- La enfermedad tiene relación con la ocupación
- La elección del tratamiento, depende de las manifestaciones clínicas del paciente

Histoplasmosis clásica en pacientes inmunocomprometidos

Classical histoplasmosis in the immunosuppressive patient

R. Negroni, A.I. Arechavala, E. I. Maiolo
Unidad Micológica del Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, Buenos Aires, Argentina
Med Cutan Iber Lat Am 2010;38(2):59-69

- La anfotericina B, el itraconazol y el posaconazol han demostrado ser activos frente a *H. capsulatum*.
- Los casos agudos son tratados inicialmente con anfotericina B, los restantes curan con itraconazol.

Gracias...