



Melanoma maligno amelanótico de células balonzantes en cuero cabelludo.

Benítez V, Rotela V, Di Martino B, Rodriguez M, Knopfmacher O, Bolla L.
Catedra y Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Introducción: melanoma maligno de células balonzadas (BCM) es una variante inusual de melanoma maligno (<1%) con células grandes, poligonales, espumosas con tendencia a da metástasis cutáneas, subcutáneas y ganglionares. El melanoma maligno representa sólo 3-5% de las neoplasias cutáneas primarias y se desarrolla principalmente en personas mayores de 50 años.

Caso clínico: Mujer, 21 años, con lunar sobre elevad rojo en cuero cabelludo de un año de evolución que aumenta de tamaño; se acompaña de nódulos cabeza, nuca y cuello. Al examen físico: tumor eritematoso polilobulado, pediculado, telangiectasias, de 2 cm de diámetro, delimitado, consistencia sólido-elástica, en región temporo-occipital derecha (Fig.1a); adenomegalias no dolorosas en región retroauricular derecha, cervical posterior derecha y región occipital (Fig.1).
Dermatoscopia: estructuras puntiformes pigmentadas y vasos arboriformes (Fig.1c).

Histología: tumor uniforme de células que se disponen en sábanas o nidos e infiltran hasta dermis reticular (Fig.2a); a mayor aumento: células redondeadas, con citoplasma claro con una gran vacuola central que desplaza el núcleo hipercromático hacia un extremo de la célula (Fig. 2b).

Inmunoquímica: positiva para S-100 +, MELAN-A +, SOX-1

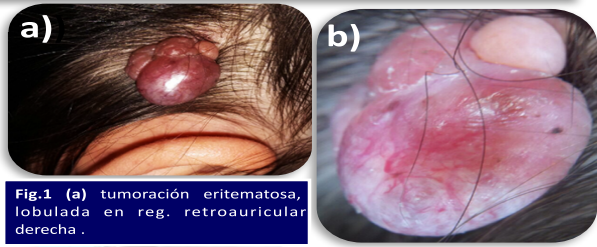


Fig.1 (a) tumoración eritematosa, lobulada en reg. retroauricular derecha.

(b) A la dermatoscopia: pigmento puntiforme, vasos arboriformes.

(c) Adenopatías cervicales posteriores derechas

Diagnóstico: Melanoma Maligno de células balonzadas en fase de crecimiento vertical. Nivel III de Clark, Espesor de 12 mm (Breslow), no ulcerado. No se observan ulceración, TILs, Satélites microscópicos ni invasiones linfovasculares. El índice mitótico es bajo.

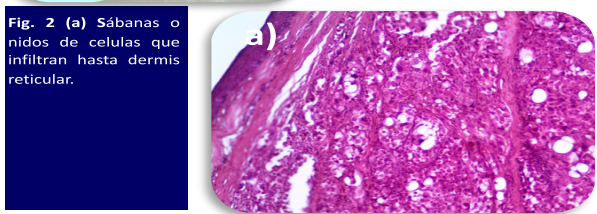


Fig. 2 (a) Sábanas o nidos de células que infiltran hasta dermis reticular.

Estudios complementarios: de cuello, abdomen y tórax, PET-SCAN: compromiso ganglionar cervicales y supraclavicular, no se observan otros focos.

Tratamiento: vaciamiento ganglionar ampliación de márgenes de lesión (2cm) cuero cabelludo

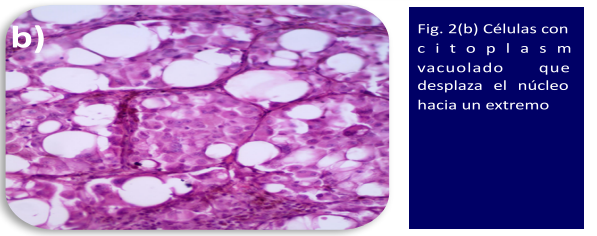


Fig. 2(b) Células con citoplasma vacuolado que desplaza el núcleo hacia un extremo

Conclusiones: El melanoma maligno es un tumor de prevalencia creciente. El BCM es una variante rara de MM; que si bien no implica un comportamiento biológico diferente del resto de los melanomas, representa un reto diagnóstico, por lo que resulta imprescindible realizar una biopsia ante sospecha, aún en pacientes jóvenes, para evitar las fatales consecuencias de un diagnóstico tardío.

Bibliografía: Kutnizky R, Garay I, Kurpis M, Ruiz Lazcano A. Melanoma amelanótico. Med Cutan Iber Lat Am 2003; 31 (3): 202-205. 2. So NLW, Chan CF, Ho K, Lam YL. Amelanótico melanoma masquerading as a pyogenic granuloma: Caution warranted. Hong Kong Med J. 2014;20:265e1. 3. Molgo Novell M, Reyes Baraona F, Sazunic Y, et al. Melanoma amelanótico en una paciente con enfermedad de Parkinson. Dermatol Rev Mex. 2013;57:202-5.

*Imagen jpg.(diseño de póster) insertada en la diagramación tal cual como lo envió el autor.



Congreso Paraguayo de Dermatología
I Jornada de Micología Médica
12 - 14 de OCTUBRE - 2017 - Hotel Excelsior - Asunción Paraguay



ORGANIZA
SOCIEDAD PARAGUAYA DE DERMATOLOGÍA

Acrodermatitis enteropática

Barrios C, Estigarribia M, Gutierrez O, Di Martino Ortiz B*.
Hospital General pediátrico Niños de Acosta Ñu. MSP y BS. Asunción, Paraguay.
*Catedra y Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Introducción: La ADE es una enfermedad genética, secundaria al déficit de zinc, que esta caracterizada por la triada constituida por el exantema cutáneo, acral y periorificial, diarrea y alopecia, que aparecen luego del destete. Se manifiesta a nivel mundial, sin predilección por raza o sexo, con una incidencia calculada en 1 de cada 500000 niños. Es una genodermatosis de herencia autosómica recesiva secundaria a mutaciones en el gen SLC39A, que codifica para una proteína de transporte intestinal de zinc en el duodeno y en el yeyuno. Dado que el zinc cumple diversas funciones en el organismo (catalíticas, anabólicas y regulatorias), su ausencia es responsable de distintas manifestaciones, tanto cutáneas como sistémicas.

Caso clínico: Lactante menor, 8 meses de edad, con antecedentes perinatólogicos normales. Consulta por presentar irritabilidad marcada, edema en rostro, lesiones periorificiales, eritema con costras hemorrágicas y una dermatitis del pañal intensa y persistente. Sin antecedentes de diarreas. Afebril. Sin antecedentes familiares de lesiones similares, único hijo de padres sanos no consanguíneos. Antecedentes patológicos personales: una internación a los 2 meses por S.S.S.S. Alimentación: pecho exclusivo hasta los 7 meses de edad.

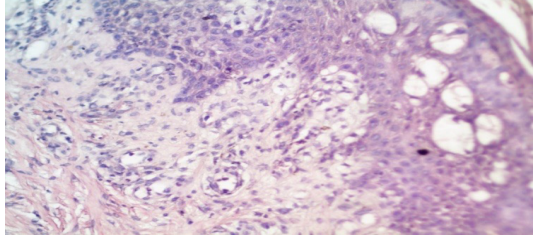
Histología: Acrodermatitis enteropática.

Estudios complementarios Analítica: Hb: 8.4 g/dl Hto: 26.9% / GB 13110/ N: 60% L: 36% / M 4% / Plaquetas 580.000
Albumina en limite inferior: 3.7 g/dl
Fosfatasa alcalina baja: 41 UI/l
DOSAJE DE ZINC SÉRICO: 34 µg/dl
Electrolitos en rango normal.
Glicemia en rango normal.
Perfil renal en rango normal.

Tratamiento y Evolución: Clindamicina + ceftazidima durante 14 días
Zinc a dosis de 5 mg/kg/día vía oral
Fluconazol durante 14 días por candidiasis oral.
Baños antisépticos, neutros, hidratantes.
Pomadas con oxido de zinc.
Antihistamínicos orales.



Examen Físico: Edema en rostro, lesiones periorificiales, queilitis angular, placas eritematosas - costras hemorrágicas, compromiso de pliegues, en cuello piel denudada, y placas erosivas eritematocostrosas bien delimitadas en miembros. Dermatitis del pañal papuloerosiva. placas eritematocostrosas bien delimitadas en miembros inferiores.



Histopatología: Vesículas intra epidérmicas y aclaramiento de queratinocitos de estratos superiores compatible con déficit nutricional.

Destacar la importancia de pensar en el diagnóstico de AE en todo paciente que se presente con diarrea, irritabilidad y lesiones periorificiales o en zonas acrales, además de la utilización de los estudios auxiliares de diagnóstico así como el dosaje de zinc sérico como Gold estándar, pues si instalamos un tratamiento precoz, con sulfato de zinc a dosis de 2-5 mg/kg/día los efectos clínicos son inmediatos, con remisión completa de la sintomatología y se evitan complicaciones e incluso la muerte.

Bibliografía: 1- N. Lakdawala, J.M. Grant-Kels Acrodermatitis enteropathica and other nutritional diseases of the folds (intertriginous areas) Clin Dermatol., 33 (2015), pp. 414-419
2- M.A. Toxtle Román, A.E. Hernández Arroyo Acrodermatitis enteropática Bol Med Hosp Infant Mex, 69 (2012), pp. 475-480

*Imagen jpg.(diseño de póster) insertada en la diagramación tal cual como lo envió el autor.



LEISHMANIASIS RINOFIMA LIKE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Maciel R, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfmacher O, Bolla L
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA. San Lorenzo, Paraguay.


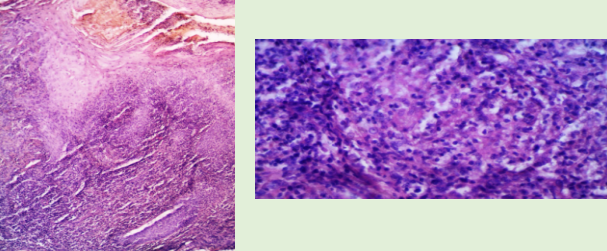
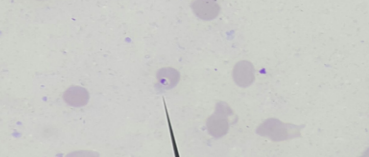
Introducción: La leishmaniasis tegumentaria es una enfermedad infecciosa granulomatosa causada por protozoo del género *Leishmania* que afecta piel y mucosas. En Paraguay el agente más frecuente es *Leishmania braziliensis*

Las manifestaciones clínicas dependerán de la respuesta inmunológica de cada paciente y la virulencia del parásito, esto explica el polimorfismo de las lesiones. Clínicamente las lesiones nasales se presentan como pápulas nódulos o placas psoriasiformes. El aspecto rinofimatoso es una forma atípica de presentación descrita hace algunos años y sin reportes en nuestro país.

Caso Clínico: Varón, de 59 años, procedente de Villa Elisa, Chofer, con historia de 4 años de evolución de lesión sobre elevada roja de 1 cm de diámetro en ala nasal izquierda que aumenta de tamaño progresivamente.

Consulta a la Cátedra de Otorrinolaringología donde le diagnostican Rinofima y realizan exéresis quirúrgica de la lesión.

Tras la cirugía, la lesión aumenta de tamaño y se ulcera, acompañándose de picazón y voz nasal.

| | |
|---|--|
| <p>Examen Físico</p>  | <p>Anatomía Patológica</p>  |
| <p>Fig. 1, 2 :Aumento de tamaño y deformidad nasal. Úlcera en ala nasal izquierda, compromete cartilago alar asentada sobre placa eritemato-infiltrada que abarca mejilla izquierda y nariz</p> | <p>Fig 3 y 4 Hiperplasia pseudoepiteliomatosa granulomatosis pandérmica con células gigantes multinucleadas.</p> <p>Examen Directo</p>  |
| <p>Diagnóstico: Leishmaniasis Mucocutánea</p> | |

Tratamiento Glucantime por 5 días, tras alteraciones electrocardiográficas recibe Anfotericina B que completó 2,2 gramos con buena evolución

Conclusión: Hemos presentado el primer caso de Leishmaniasis con aspecto rinofimatoso en el Paraguay La nariz es un sitio de afectación frecuente de leishmaniasis mucocutánea.. Este caso nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de plantearse este diagnóstico al examinar lesiones en nariz y mucosa nasal a fin de evitar retraso en el tratamiento y complicaciones.

Bibliografía: 1) Bari A, Ejaz A. Rinophymous leishmaniasis: A new variant. Dermatol Online J. [Internet] 2009 [citado 15 sept 2017]; 15(3):10. Disponible en <http://escholarship.org/uc/item/6gg453g7>. 2) S. Enz E et al, Leishmaniasis mucocutánea con presentación atípica: setenta años posprimo infección Dermatol PERU 2013;23 (1); 36-41

*Imagen jpg.(diseño de póster) insertada en la diagramación tal cual como lo envió el autor.