

## VIII Congreso Paraguayo de Dermatología

Durante tres intensas jornadas del VIII Congreso Paraguayo de Dermatología compartimos conocimientos, experiencias, sentimientos de amistad y también diversión.

El Congreso tuvo muy buena concurrencia de paraguayos, fundamentalmente dermatólogos y pediatras, recibimos además la visita de colegas bolivianos y también dermatólogos de Resistencia.

Los profesores invitados extranjeros brindaron sus experiencias, contribuyendo así a lograr un congreso de alto nivel científico, también actuaron como jueces para elegir los mejores trabajos en competencia.

Los trabajos premiados en el concurso de Residentes fueron de paraguayos, con una mención especial para un trabajo de Resistencia-Argentina. En el rubro de los posters electrónicos el ganador fue un trabajo boliviano. Todos los premios fueron libros de Dermatología y becas para el Congreso Latinoamericano de Dermatología Pediátrica.

Los momentos más emotivos fueron, la presentación de la Orquesta de Reciclados de Cateura con chicos que con sus particulares instrumentos, posibilitaron un tiempo de disfrute para los presentes; así como la sesión especial "Antonio y yo", presentado por sus amigos, y fue una oportunidad para reconocer la trayectoria del Dr. Antonio Guzmán.

También hubo momentos para la diversión y el esparcimiento en la "Fiesta paraguaya" y en la Cena de Clausura en donde todos pudimos disfrutar de las delicias gastronómicas, la buena música y el baile.

Pero lo más importante de todo fue haber logrado un Congreso participativo, el aprendizaje y la sensación de haber tenido la "Dermatología actualizada a nuestro alcance" que siempre anhelamos.

A continuación presentamos los trabajos de Residentes y posters que han sido premiados.

**Dra. Graciela Gorostiaga**  
Presidenta del Congreso



### Premios: Sesión de Residentes

#### 1er Premio:

## Co-existencia de Paracoccidioidomicosis y *Fusarium oxysporum* en paciente inmunodeprimido. A propósito de un caso.

Paloma Fernández\*, Elisa Cubilla\*\*, Vania Diez Pérez\*\*\*, Luis Celías\*\*\*\*, Gustavo Aguilar\*\*\*\*\*

\*Médico Residente \*\* Jefa de Servicio \*\*\*Dermatóloga Pediatra \*\*\*\* Dermatopatólogo \*\*\*\*\* Microbiólogo.  
Servicio de Dermatología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción – Paraguay

### Caso Clínico

Varón, internado en el Servicio de Pediatría de nuestra institución, de 17 años de edad, proveniente de la ciudad de Pilar, portador de Síndrome de Down con cardiopatía congénita y Leucemia Linfoblástica Aguda de tipo B L1 de alto riesgo en fase de consolidación final, en tratamiento quimioterápico.

Evaluated por el Servicio de Dermatología por una lesión dolorosa en piel y mucosa de fosa nasal izquierda, de 1 mes de evolución, tratado previamente con cefalexina y medidas caseras (erosiones con plumas de gallina) con extensión y empeoramiento de la misma.

**Al examen físico:** lesión ulcero-costrosa de aproximadamente 2 x 3 cm de diámetro, de borde irregular, eritematoso, indurado y ligeramente sobre elevado, de límites netos, con centro granulomatoso hemorrágico, en piel y mucosa de la fosa nasal izquierda y base de la fosa nasal derecha.

**Métodos auxiliares del diagnóstico:** Anemia leve y eritrosedimentación acelerada; Tomografía computarizada de cráneo y senos paranasales sin alteraciones; Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales.

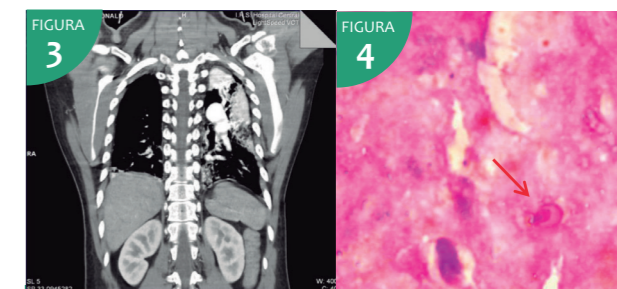
**Diagnósticos clínicos presuntivos:** Ectima, Leishmaniosis, Paracoccidioidomicosis, Mucormicosis, Micobacteriosis Atípica.

Primera biopsia de piel con reporte histopatológico no concluyente y examen micológico que reportó *Fusarium sp.*

**Evolución:** Ante el empeoramiento del cuadro clínico y el hallazgo de afección pulmonar tanto clínica como imagenológicamente el Servicio de Infectología Pediátrica decide el inicio de Anfotericina B. Se re-evalúa al paciente, una semana después, encontrándose una lesión ulcero-necrótica con mayor afectación del tabique



1-2 - Lesión ulcero-costrosa de la piel y mucosa de la fosa nasal izquierda.

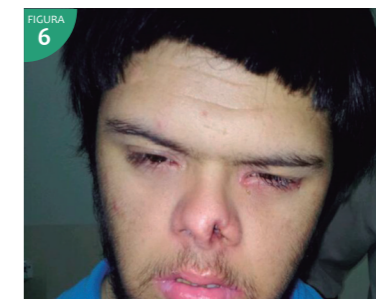


3- Tomografía Simple de Tórax. Se observa infiltrado Pulmonar en vértice derecho.

4- Histopatología. Imagen levaduriforme con exoesporulaciones.



5- Microbiología. Examen microscópico mostró hifas hialinas septadas.



6- Clínica. Control a los 6 meses de tratamiento.

nasal por que toma nueva biopsia con reporte anatómico de Paracoccidioidomicosis y nuevo informe micológico de *Fusarium oxysporum*.

**Diagnóstico Final:** Co-existencia de Paracoccidioidomicosis y *Fusarium oxysporum*.

**Tratamiento:** Anfotericina B desoxicolato (1mg/kp/día) y Terbinafina (4mg/kp/día) con excelente respuesta a este esquema.

## Comentarios

La paracoccidioidomicosis es una enfermedad micótica sistémica causada por el hongo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*. Se adquiere por inhalación y puede localizarse en el aparato respiratorio o diseminarse a la mucosa buconasofaríngea, el sistema reticuloendotelial, la piel, los huesos o las vísceras. La mayoría de los casos son subclínicos y pueden tener evolución aguda, subaguda o crónica e incluso causar la muerte.<sup>15</sup>

5% de los casos son niños, en quienes afecta por igual a uno y otro sexo.<sup>1</sup> Se consideran factores predisponentes la depresión del sistema inmunitario, la desnutrición y procesos hormonales o fisiológicos.

*Fusarium spp.* pueden ser responsables de una gran variedad de infecciones cutáneas, principalmente onicomicosis, placas de celulitis, pápulas eritematosas y nódulos con necrosis central.<sup>7</sup> Ocurren mayoritariamente, salvo las onicomicosis, en pacientes con neutropenia grave de larga evolución en el contexto de neoplasias hematológicas.<sup>6,8</sup> Se han descrito algunas manifestaciones atípicas, como los nódulos subcutáneos, lesiones de tipo granuloma anular o granuloma facial o lesiones en diana. Además, se ha encontrado que los pacientes con lesiones diseminadas en piel, tienen una tasa de mortalidad mayor (76%) en comparación con aquellos con lesiones localizadas (43%).<sup>10</sup>

De 70 a 80% de los casos son pacientes con leucemias agudas y en el 90% ha existido neutropenia prolongada. Se ha reportado, además, en pacientes con leucemia aguda, en los que han recibido trasplante de progenitores hematopoyéticos.<sup>9</sup> Gran parte de los afectados fallece a consecuencia de la misma, por lo que resulta de gran importancia su diagnóstico temprano y el inicio de un oportuno y enérgico tratamiento.<sup>9</sup>

El diagnóstico de infección por *Fusarium* se basa en el estudio micológico. Se deben cumplir los siguientes criterios de patogenidad: presentar una clínica compa-

tible, un examen directo positivo, con las típicas hifas septadas, ramificándose a 45°<sup>9</sup> y aislamiento de *Fusarium* en cultivo, en ausencia de otro hongo patógeno, además de un segundo cultivo confirmatorio.<sup>10</sup>

El tratamiento de la fusariosis diseminada continúa siendo controvertido. La mayoría de los aislamientos son resistentes in vitro a anfotericina B, flucitosina e imidazoles. En casos aislados se ha utilizado rifampicina, itraconazol, griseofulvina y recientemente terbinafina con resultados variables. A pesar de las resistencias observadas in vitro, la anfotericina B a altas dosis continúa siendo el tratamiento de elección, utilizándose las nuevas formas liposomales por su menor toxicidad.<sup>11</sup>

## Interés del Caso

La co-existencia de dos micosis en un paciente pediátrico inmunodeprimido, portador de Síndrome de Down con cardiopatía congénita y Leucemia Linfoblástica Aguda. Resaltar la buena respuesta al esquema terapéutico.

## Bibliografía

1. Arenas R. Micología Médica Ilustrada. 2<sup>da</sup> ed., Editorial: Mc Graw Hill, México, 2003; 173-179
2. Fernández, R.; Arenas, R.: Paracoccidioidomicosis. Actualización. Dermatología Rev Mex 2009; 53: 12-21.
3. Taberna ME, Bisiach H, Recarte M, Fritschy M, Maciá A. Paracoccidioidomicosis con afectación mucocutánea. Dermatología Argent., 2011, 17(4): 323-325.
4. Morón Guglielmino C, Ivanov ML, Vereá MA, Pecotche D. Paracoccidioidomicosis Presentación de la casuística de diez años y revisión de la literatura Arch. Argent. Dermatol. 62: 92-97, 2012
5. Shikanai-Yasuda M, De Queiroz Telles Filho F, Mendes R, Lopes Colombo A, et al. Consenso em paracoccidioidomicose (Guidelines in paracoccidioidomycosis), Rev. Soc. Bras. Med. Trop., 2006, 39: 297-310.
6. Córdoba Guijarro S, Acevedo Barberá A, Serrano Pardo R, Ruiz Rodríguez R. Fusariosis diseminada en paciente con leucemia mieloblástica aguda. Actas Dermosifiliogr 2002;93(2):118-21.
7. Ruiz de Casas A, Herrera A, Suárez A, Camacho FM. Infección cutánea por *Fusarium* en paciente inmunocompetente. Actas Dermosifiliogr 2006;97(4):278-80
8. Bodey GP, Boktour M, Mays S, et al. Skin lesions associated with *Fusarium* infection. J Am Acad Dermatol. 2002;47: 659-66.
9. Hernández-Cruz C, Núñez-Quintana A, Rodríguez-Fraga Y, Carnot-Uria J, Muño-Perurena J, Pérez-Román G, Chávez-Medina R, Moya-Pérez I, Llanes-Rodríguez N, Hart-Casares M. Sepsis sistémica por *Fusarium solani* en pacientes con leucemias agudas. Reporte de dos casos. Rev Hematol Mex 2011;12(4):287-292.
10. Giraldo C, Velásquez MM, Correa LA. Infección diseminada por *Fusarium spp.* en un paciente con anemia aplásica. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2010;18: 225-32.
11. Córdoba Guijarro S, Acevedo Barberá A, Serrano Pardo R, Ruiz Rodríguez R. Fusariosis diseminada en paciente con leucemia mieloblástica aguda. Actas Dermosifiliogr. 2002;93:118-21.

## 2do premio:

## Infección cutánea por *Coccidioides*. Aporte de un caso

Dra. Lizza Salgueiro, Prof. Dra. Beatriz Di Martino, Prof. Dra. Mirtha Rodríguez, Prof. Dra. Oilda Knopfmacher, Prof. Dra. Lourdes Bolla.

### Introducción:

Las micosis profundas no son patologías frecuentes, pero presentan una importante morbimortalidad; siendo las predominantes la paracoccidioidomicosis y la esporotricosis.

La coccidioidomicosis puede manifestarse en la piel como eritema nodoso, o con lesiones polimorfas. Se

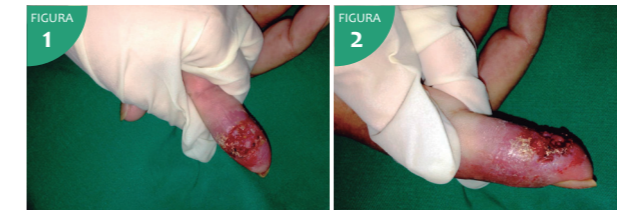
adquiere generalmente por inhalación y puede afectar cualquier órgano o sistema.

La forma primaria cutánea de la coccidioidomicosis es muy rara, no observada en nuestro medio y se presenta como una placa ulcerada o verrugosa en la zona de inoculación directa.

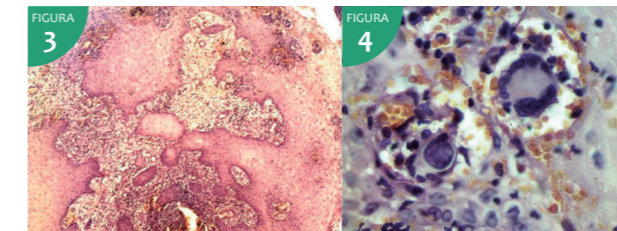
### Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, 68 años, jornalero, procedente de Itaugua que consulta por cuadro de 2 meses de evolución de lesión rojiza, edematosa, en dedo índice de la mano derecha, posterior al traumatismo con espina de la planta de limón, con secreción purulenta, y ulceración posterior. Consultó con facultativo quién indica antibióticos y drenaje. Hace 1 mes refiere sensación febril y persistencia de secreción, recibe cefalexina, AINES, azitromicina, y penicilina con escasa mejoría.

**Al examen físico:** presenta una placa eritematosa ulcerada de límites netos, bordes irregulares, cubierta por costras hemáticas, abarcando el pulpejo del dedo índice de la mano derecha. (Figuras 1 y 2)



**Auxiliares de diagnóstico:** Hb 11,7, Hto 35%, PCR 6 mg/dl. Reticulocitos 2,5%. VDRL y HIV no reactivas. Radiografía de tórax normal. TSH alterada. Cultivos para gérmenes comunes, atípicos y BAAR: negativos. Histopatología: Granulomatosis pandérmica supurativa con hiperplasia epitelial pseudoepiteliomatosa, se observan esférulas micóticas con endosporulación PAS +. (Figura 3 y 4) Cultivo: *Coccidioides immitis*.



**Diagnóstico final:** Coccidioidomicosis Primaria Cutánea. Recibe itraconazol 400 mg/día con buena evolución. (Figura 5)



### Interés del caso:

Se presenta el caso excepcional de infección cutánea primaria por *Coccidioides immitis*, constituye el segundo reportado por dicho agente etiológico en Paraguay y el primero procedente de la Región Oriental de nuestro país. En un estudio realizado en la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas por Di Martino y col entre los años 1992 y 2011, de un total de 165 pacientes con micosis profunda solo uno correspondió a coccidioidomicosis y procedía del Chaco paraguayo.

### Bibliografía:

- Rosas R. Epidemiología de la coccidioidomicosis en México. Rev Iberoam Micol 2007; 24:100-105.
- Domínguez G, et al. Coccidioidomicosis Cutánea Primaria. Serie de 16 casos. CIMEL 2001; 6: 49-53.
- Di Martino B, et al. Paracoccidioidomicosis: análisis clínico-patológico de 16 casos 2005-2011. Folia dermatol. Peru 2011; 22 (1): 11-16.
- Laniado-Laborín R. Coccidioidomycosis and other endemic mycoses in Mexico. Rev Iberoam Micol 2007; 24: 249-258.
- Aldama A, Rivelli V. Dermatología. Micosis Profundas con compromiso cutáneo. 1ra Edición. Asunción: EFACIM, 2009 p. 108 - 114.
- Sánchez-Saldaña L, Cabanillas-Becerra J. Infecciones micóticas sistémicas o profundas: coccidioidomicosis. Dermatol Perú 2010; 20:1 24-31.

## Metástasis cutánea de Carcinoma renal a células claras. Reporte de un caso

Dra. Silvia Mancía, Dra. Beatriz Di Martino, Prof. Dra. Lourdes Bolla, Prof. Dra. Mirtha Rodríguez, Prof. Dra. Oilda Knopfelmacher.

### Introducción:

Un 2% de las neoplasias internas se manifiestan inicialmente con metástasis cutáneas. Suelen aparecer en estadios avanzados de la enfermedad y se consideran de un pronóstico infausto.

### Caso clínico

Varón, 49 años, carpintero, procedente de Asunción, que consultó por lesiones sobre elevadas rojas de 1 mes de evolución, en frente y mentón, con crecimiento progresivo, sangrado frecuente y dolor; sin fiebre, pérdida de peso u otro síntoma acompañante.

**Antecedentes patológicos personales:** Hipertenso en tratamiento con enalapril.

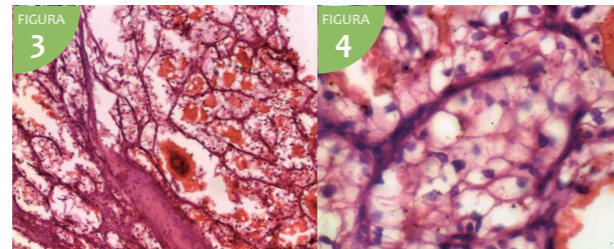
**Al Examen físico:** Tumoración eritematoviolácea de límites netos, bordes irregulares, superficie lobulada, con costras hemáticas, de 2 cm de diámetro en frente y tumoración eritematosa ulcerada de límites difusos de 1 cm de diámetro en mentón.

**Laboratorio:** Hemograma, glicemia, urea, creatinina, orina simple, perfil hepático: normales.

**Ecografía de partes blandas:** Nódulo de la cara, anteroinferior izquierdo: Posible granuloma inflamatorio con vascularización aumentada.

**Diagnósticos presuntivos:** Queratoacantoma, Cuerpo cutáneo, Granuloma piógeno. Se realiza extirpación quirúrgica de ambas lesiones.

**Anatomía Patológica informa:** Proliferación dérmica de células claras. Descartar una metástasis de un carcinoma renal de células claras o lesión neoplásica con células claras.



**Reporte de inmunohistoquímica:** Las células son positivas para EMA, vimentina, CD 10, AE 1, AE 3 y son negativas para e-cadherina, CK 7, CK 20, CD 34, CD 68, S 100 y RCC.

**Diagnóstico:** Metástasis cutánea de carcinoma renal a células claras.

**Evolución:** Se interna en Clínica Médica para completar estudios y tratamiento, se realiza Tomografía con contraste de cráneo, cuello, tórax, abdomen y pelvis donde se constata masa renal derecha. Es evaluado por oncología, se plantea quimioterapia.

### Interés de la presentación:

El carcinoma renal fue diagnosticado a partir de la metástasis cutánea. La biopsia de piel se realiza de manera rápida y proporciona valiosa información del tumor primario, su origen y estirpe, y confirma su progresión o recurrencia.

### Bibliografía:

- Bordel M., Used M.; Metástasis cutáneas de adenocarcinoma de origen primario desconocido. Actas Dermosifiliogr. 2006;97(10):662-5.
- Ljungberga B., Hanbury D., Kuczyk M., Merseburger A.; Guía del carcinoma de células renales. Actas Urológicas Españolas. 2009;33(3):270-279.
- Martínez L., Vilata C.; Metástasis cutáneas de neoplasias internas. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37(3):117-129.
- Sariya D., Adams R., Cusac C., Xu X.; Clinicopathologic correlation of cutaneous metastases: experience from a cancer center. Arch Dermatol. 2007;143(5):613-620.

**Mención de Honor:** Leishmaniasis tegumentaria formas clínicas inusuales.

Pegoraro, L.A.; Paniagua, B. A.; Molinari, M. L.; Quenardelle, A. S.; de la Fuente S. M. ; Fiad M. E.; Polidori, E. N. y Giménez, M. F.  
Resistencia - Argentina

## Poster 1er Premio

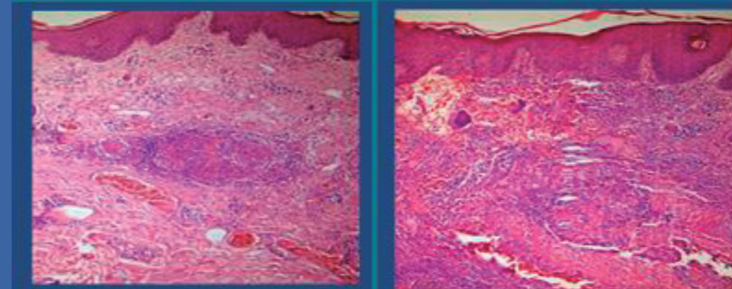
# TUBERCULOSIS PERIORIFICIAL

Dra. Patricia Daniela Rivero. Hospital de Clínicas Universitario. La Paz-Bolivia

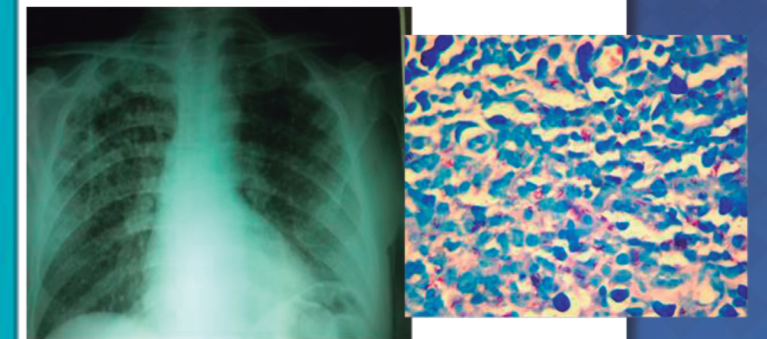
La tuberculosis cutánea periorifical representa aproximadamente el 2% de los casos de tuberculosis cutánea. Constituye el resultado de la autoinoculación de *Mycobacterium tuberculosis* en la mucosa o la piel periorifical orofaríngea, anal o genital desde un foco pulmonar, intestinal o genitourinario. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el aislamiento del bacilo tuberculoso en la úlcera y la detección del foco de micobacterias causante de la enfermedad.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 72 años de edad. Combe (+). Consultó por dermatosis de 1 año de evolución. Al examen físico presentó solución de continuidad en región perianal, 30x15cm, bordes irregulares, duros a la palpación, fondo exudatoso con secreción purulenta fétida.

**Histopatología:** Compatible con tuberculosis periorifical. Epitelio con acantosis, presencia de granuloma tuberculoide en dermis reticular, infiltración y necrosis.



Tinción de Zhiel Nielsen demostró la presencia de múltiples bacilos ácidos resistentes.



La placa de tórax fué compatible con tuberculosis miliar

**Motivo de comunicación:** La TB periorifical es una forma de presentación extremadamente rara de la enfermedad extrapulmonar dada la amplia gama de diagnósticos de ulceración perianal, de lo infrecuente que es esta patología y de la importancia clínica de su diagnóstico precoz es que se presenta este caso de ulceración perianal de causa tuberculosa.

**Discusión:** En base a estos hallazgos se formuló el diagnóstico de tuberculosis perianal con tuberculosis hematogena subyacente. El paciente inició terapia antituberculosa con cuatro drogas. Se destaca la mejoría clínica de la enfermedad tras cumplir 1 mes con el tratamiento específico instaurado. Debemos tener presente que los casos de tuberculosis perianal se pueden presentar como una enfermedad incipiente, sin el antecedente de tuberculosis previa o sin enfermedad pulmonar activa. Su diagnóstico requiere la correlación de los hallazgos clínicos, histopatológicos y bacteriológicos.

### Bibliografía.

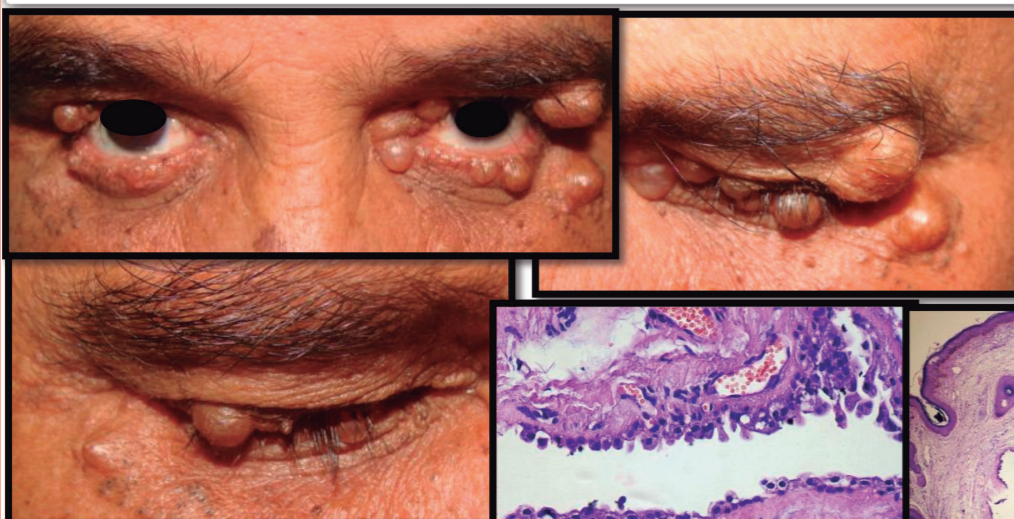
- Almaguer-Chávez J, Ocampo-Candiani J, Rendón A. Panorama actual en el diagnóstico de la tuberculosis cutánea. Actas Dermosifiliogr. 2009;100:562-70.  
Jiménez-Gallo, D.; Navas-García, N.; Albarán-Planelles, C.; Guzmán-Sánchez, F. Tuberculosis cutánea periorifical vulvar. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:929-30.

## Hidrocistomas Apócrinos Múltiples

Libia Martínez, Nidia Aquino, Graciela Gorostiaga, Arnaldo Aldama, Victoria Rivelli, Gloria Mendoza, Luis Celias  
Servicio de Dermatología - Hospital Nacional - Paraguay

**Introducción:** Los hidrocistomas apócrinos son proliferaciones quísticas benignas de crecimiento lento de las glándulas sudoríparas apocrinas. Aparecen más comúnmente como pápulas o nódulos translúcidos, solitarios, de superficie lisa y se localizan más frecuentemente en los párpados. Las formas múltiples son muy infrecuentes. La fisiopatogenia es desconocida. Se presentan en la edad media o superior, aunque se describen casos en niños y adolescentes, sin predominio de sexo. El tratamiento consiste en la incisión y drenaje; pero se recomienda la electrofulguración de la pared del quiste para evitar recurrencias. Otras alternativas terapéuticas son el laser CO2, la radiofrecuencia y el ácido tricloroacético.

**Caso clínico:** varón de 53 años, comerciante que consulta por lesiones en párpados de 6 años de evolución, que aumentan en número y tamaño, asintomáticos.  
APP: Obesidad mórbida, no diabético, ni hipertenso.

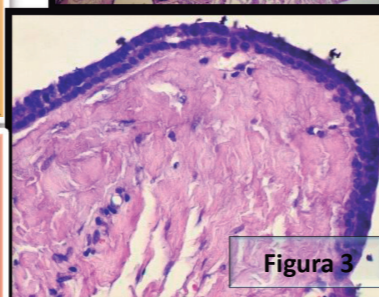


**Examen Físico:** lesiones quísticas múltiples de 0,5 a 1,5, localizadas en región periocular bilateral.



### Histopatología:

**Figura 1:** Hiperplasia de conductos sudoríparos de aspecto quístico y paredes de característica apócrina. **Figura 2:** Formación quística con epitelio de tipo apócrino con secreción por decapitación. **Figura 3:** Proyección papilar dentro de la luz quística que se halla tapizado por epitelio apócrino con capa de células basales cubicas, con secreción por decapitación



**Tratamiento:** se realiza exéresis de las lesiones de mayor tamaño, las mas pequeñas drenaje mas electrocoagulación, en sesiones sucesivas, aun en tratamiento

**Conclusión:** Se presenta el caso por la exuberancia de las lesiones, siendo rara de la forma de múltiple y el buen resultado a la terapia instaurada.

### Bibliografía:

1. Elder D, Elenitsas R, Bruce D. Tumores de anejos epidermicos. En: Lever. Histopatología de la piel. 8ª ed. Buenos Aires: Intermedica, 1999; p. 651-699
2. Cieza-Díaz DE, et al. Dermatoscopia de tumores apócrinos: presentación de 4 casos. Actas Dermosifiliogr. 2012

## XANTOMAS ERUPTIVOS Manifestación cutánea inicial de SÍNDROME METABÓLICO

Aquino N., Martínez L., Acosta R., Rivelli V., Gorostiaga G., Aldama A., Mendoza G.  
Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Itauguá. Paraguay

### INTRODUCCIÓN:

Los xantomas son expresión clínica de alteraciones metabólicas, aunque sólo una parte de los pacientes con dichos trastornos lo presentan. Se asocian con hipertrigliceridemia debido a alteración genética (hiperlipoproteinemia primaria) o secundaria a una enfermedad de base como diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome nefrótico, pancreatitis, terapia estrogénica o retinoide. Generalmente se observa en adultos y aparece en forma de brotes. Clínicamente se manifiesta por pápulas amarillentas o anaranjadas, asintomáticas o pruriginosas, localizadas en nalgas, tronco y superficies extensoras de extremidades.

### CASO CLÍNICO:

Varón, de 41 años, procedente de Itauguá, consulta por lesiones en piel de 5 meses de evolución, diseminada, asintomáticas, que aparecen por brotes. Niega otros antecedentes personales o familiares de interés.



**EXAMEN FÍSICO:** pápulas eritematosas, amarillentas, de 3 a 5 mm de diámetro, de bordes regulares, limites netos, algunas confluyen formando placas, distribuidas en extremidades superiores (brazo, antebrazo, codo, cara palmar y dorsal de manos), miembros inferiores (rodilla, región flexural y planta de pies), tercio superior de tronco (dorso). Se constatan cifras elevadas de tensión arterial, IMC por encima del percentil y diámetro abdominal de 115 cm.

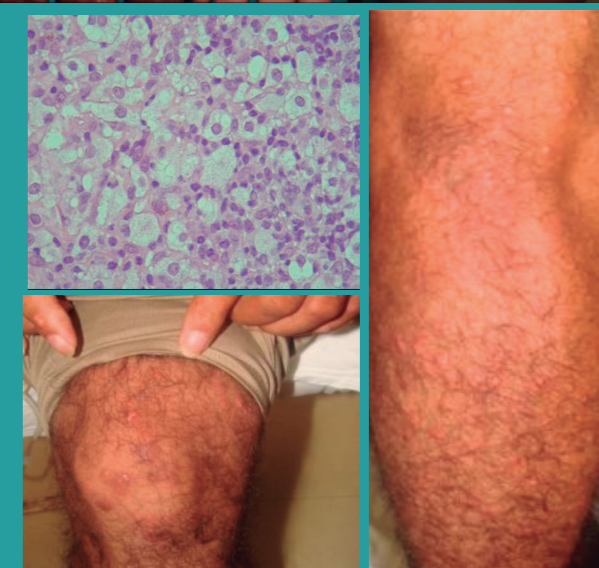
**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:** Glicemia: 370 mg/dL, colesterol total: 761mg/dL, triglicéridos 2155 mg/dL, ácido úrico 8 mg/dL. El suero lechoso impidió determinar las fracciones de lipoproteínas. ECG normal.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA:** Macrófagos cargados de lípidos intracelulares (células espumosas).

**DIAGNÓSTICO:** Xantomas eruptivos asociado a síndrome metabólico (dislipidemia, hipertensión arterial, obesidad central e hiperglicemia).

**EVOLUCION:** Se interna para infusión de insulina, inicia bezafibrato y posteriormente antidiabético oral, con notable disminución de los parámetros laboratoriales y mejoría de las lesiones cutáneas.

**COMENTARIO:** Es importante reconocer hallazgos cutáneos, en este caso los xantomas, que revelan enferme-



dades sistémicas como la diabetes mellitus e hipertrigliceridemia severa, y así prevenir o controlar condiciones que pongan en riesgo la vida del paciente.

### BIBLIOGRAFIA:

- Recarte M, Ferrero A, Ordano C, Fritschy M, Odino J. Xantomas eruptivos. Dermatología Argentina, 2008; Vol. 14. N°1
- López Cepeda L, Ramos-Garibay J, Petrocelli Calderón D, Manríquez Reyes A. Xantomas eruptivos como manifestación inicial de diabetes mellitus e hipertrigliceridemia severa. Rev Cent Dermatol 2010; Vol. 19, N°1
- Zimmet P, Alberti G, Shaw J. Nueva definición mundial de la FID del síndrome metabólico: argumentos y resultados. Diabetes Voice. 2005; Vol. 50. N° 3v