

Dermatoscopia de lesiones no melanocíticas

Dermoscopy of non-melanocytic lesions

Emilia N. Cohen Sabban¹, Horacio Cabo²

Dermatol Argent 2008;14(4):411-412.

(Nota de los autores: El objetivo de esta sección es mostrar en forma progresiva, las características dermatoscópicas de lesiones melanocíticas y no melanocíticas, tanto en su forma clásica como en sus presentaciones infrecuentes.)

Estas lesiones pertenecen a cuatro pacientes de sexo masculino mayores de 60 años, de raza blanca. Clínicamente son sobreelevadas y ásperas a la palpación, redondeadas, bien delimitadas. Presentan distintos colores entre sí, aunque dentro de las tonalidades del marrón. Tienen más de 10 años de evolución y asientan todas en el tronco.

Dermatoscópicamente se describen como patrón cerebriforme, que es característico y se debe a variantes en tamaño y forma de las pseudoaperturas foliculares.

Este patrón está compuesto por:

- Fisuras: espacios más claros que parecen estar hundidos (**Fotos 1, 2, 3, 4, a**).
- Crestas: áreas sobreelevadas más pigmentadas (**Fotos 1, 2, 3, 4, b**).

En la Foto 4 también se puede observar los dos rasgos típicos de las QS, las pseudoaperturas foliculares (c) y los pseudoquistes de milium (d).

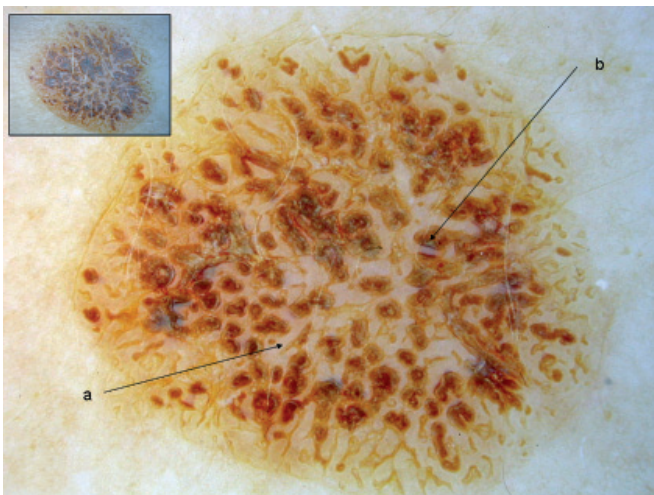


Foto 1.

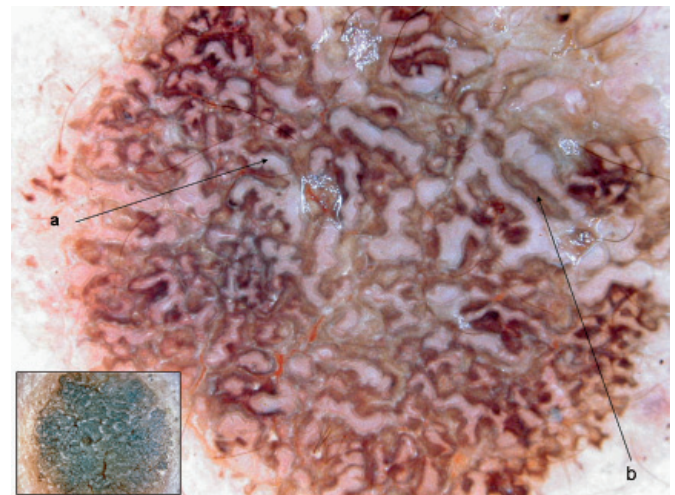


Foto 2.

1. Docente Adscripta de Dermatología, UBA.
2. Profesor Adjunto de Dermatología, UBA.

Correspondencia

Dra. Emilia N. Cohen Sabban: Arenales 1446 1° C - (CP 1061) Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Rep. Argentina | enics@fibertel.com

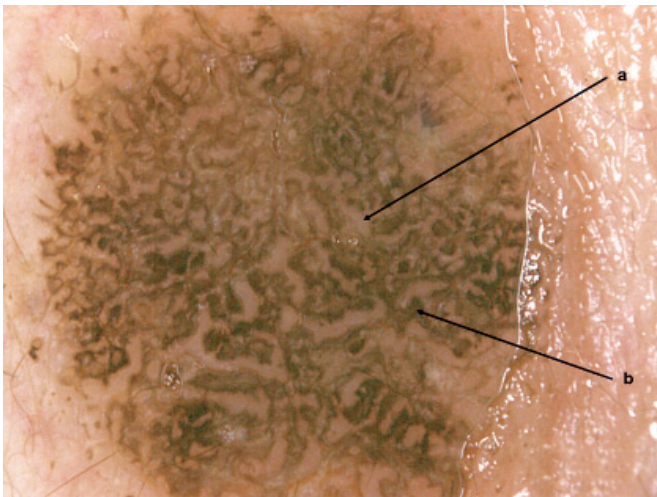


Foto 3.

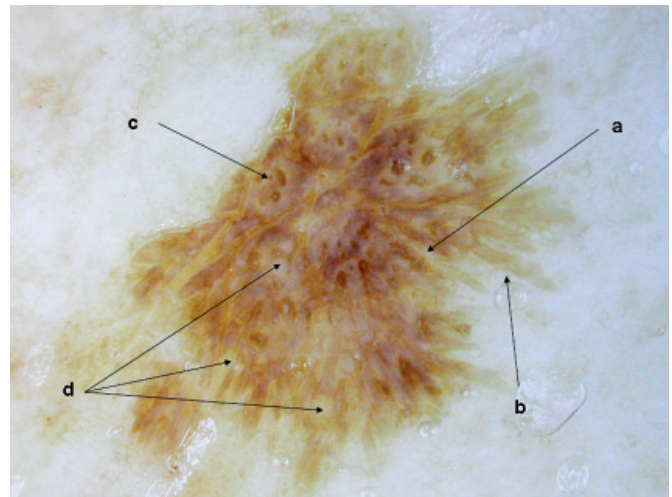


Foto 4.

Respuestas Dermatogrilla

Horizontales

3. Cara 5. Metahemoglobinemia 7. Antiendomisio 9. Niños 10. Linfoma 13. Delgado 15. Extensoras 16. Palmas 17. Edema 18. Vancomicina 21. Schönlein-Henoch 23. Azulada 24. Perilesional 25. Gluten 26. Piel 27. Riñón 28. Granular

Verticales

1. Dermoepidérmica 2. Pequeños 4. Dapsona 6. Transglutaminasa 8. Oral 11. Intususcepción 12. Roseta 14. Autoinvolución 19. Desmocolina 20. Dhüring 22. Hematuria



Diagnóstico y manejo de afecciones vulvares.

Los síntomas más frecuentes de los desórdenes vulvares son el prurito y el dolor, con cambios visibles o sin ellos. Sus causas agudas son vulvodinia, prurito vulvar (eccema por contacto o por irritación) y las infecciones fúngicas (*Candida* y tinea cruris), tricomoniasis, molusco contagioso, y escabiosis y pediculosis). Las causas crónicas incluyen a eccema atópico y por contacto, liquen plano y liquen escleroso, liquen simple crónico, psoriasis y atrofia genital. Las causas neoplásicas son neoplasia intraepitelial vulvar, cáncer vulvar y enfermedad de Paget. La infección por HPV es una causa infecciosa, y la enfermedad de Crohn es una manifestación vulvar de enfermedad sistémica.

Obstet Gynecol 2008;111:1243-1254.

ACC



Estudio multicéntrico, prospectivo, de la doxorubicina liposomal pegilada en el tratamiento de pacientes de micosis fungoide o síndrome de Sézary avanzados o refractarios.

Se estudió el tratamiento con doxorubicina endovenosa, una vez cada 4 semanas a una dosis de 40 mg/m², en 25 pacientes con: 1) estadio 2 a estadio 4 de LCCT previamente refractario a por lo menos dos líneas de tratamiento; o 2) LCCT epidermotrópico transformado que requería quimioterapia. Al final del tratamiento los autores observaron una respuesta objetiva en 56% de los pacientes.

Quereux G, et al.

Arch Dermatol 2008;144:727-733.

LJ