

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: LESIONES HIPERPIGMENTADAS EN PIEL

Mariam Yisell Bazan, María de la Paz Gonella del Carril

Residencia de Dermatología, Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán



Niña de 9 años procedente de Las Talitas, Tucumán, con antecedentes personales de hipoacusia bilateral y obesidad, consultó por presentar una dermatosis localizada en el rostro y la región inguinal de 3 meses de evolución, sin síntomas acompañantes.

Al examen físico se observaban máculas amarro-

nadas, localizadas en la región palpebral bilateral, peribucal e inguinal (Foto 1).

Se solicitaron estudios complementarios incluyendo laboratorio que no evidenció datos significativos. En la dermatoscopia de las lesiones cutáneas se observaron glóbulos finos de color amarronados de disposición lineal (Foto 2)

y biopsia de piel de región inguinal en cuyo estudio histopatológico con tinción HyE informo un infiltrado inflamatorio en banda, que borró la unión dermoepidérmica, la degeneración vacuolar de los queratinocitos basales, cuerpos de Civatte y los abundantes melanófagos cargados de pigmento (Foto 3).

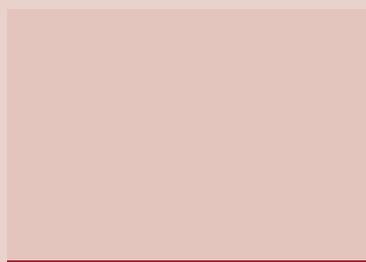


FOTO 1: Máculas amarronadas en la región palpebral bilateral y peribucal.



FOTO 2: Dermatoscopia de la lesión peribucal. Se observan glóbulos amarronados lineales.

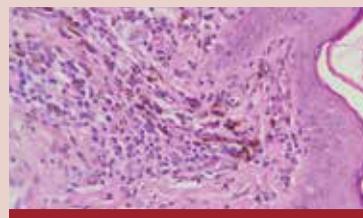


FOTO 3: Histopatología: microfotografía (HyE 40x) presencia de infiltrado inflamatorio en banda dermoepidérmico y abundantes melanófagos.

1) ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A. Dermatitis cenicienta o eritema discrómico persistente.
- B. Liquen plano pigmentoso.
- C. Melanosis de Riehl.
- D. Amiloidosis cutánea primaria.
- E. Eritema fijo medicamentoso.

2) ¿Qué estudios solicitaría para confirmar el diagnóstico?

- A. Dermatoscopia.
- B. Laboratorio con proteinograma electroforético.

C. Biopsia de la lesión.

- D. Las opciones A y B son correctas.
- E. Ninguna es correcta.

3) ¿Qué esperaría encontrar en el estudio histopatológico según su diagnóstico de sospecha?

- A. Melanófagos dérmicos. Durante las fases iniciales eritematosas se observan vasodilatación y congestión vascular.
- B. Degeneración vacuolar del estrato basal e infiltrado liquenoide en las lesiones precoces.

C. Epidermis atrófica, degeneración vacuolar de la capa de células basales con infiltrado liquenoide linfohistiocítico disperso e incontinencia pigmentaria.

- D. Ninguna es correcta
- E. Todas son correctas

4) ¿Qué tratamiento considera de elección?

- A. Fotoprotección.
- B. Corticoides tópicos.
- C. Tacrolimus 0,01% ungüento.
- D. Conducta expectante.
- E. Todas las opciones son correctas.

Las respuestas en la pág. 44

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en... MELANOMA NODULAR AMELANÓTICO

María Julia Boulet¹, Ileana Rosalía Camardella², Gianina Anabella Coletto²

¹ Jefa de Residentes. ² Médicas Residentes. Servicio de Dermatología, Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina



Varón de 40 años, sin antecedentes, con lesión en tronco de 1 mes de evolución.



Varón de 65 años, sin antecedentes, con lesión en tronco de 4 meses de evolución.



Varón de 73 años, sin antecedentes, con lesión en cuero cabelludo de 2 meses de evolución.

Las respuestas en la pág. 48

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: LESIONES HIPERPIGMENTADAS EN PIEL / Respuestas

Mariam Yisell Bazan, María de la Paz Gonella del Carril

Residencia de Dermatología, Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán



Respuestas correctas: 1) B; 2) C; 3) C; 4) E.

COMENTARIOS

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido, que se ha asociado a factores genéticos e inmunitarios. Su presentación clásica se caracteriza por pápulas poligonales pruriginosas, de color púrpura. Posee distintas variantes, entre ellas, el liquen plano pigmentado (LPP).

El LPP, descrito por primera vez por Bhutani *et al.* en India en 1974, es una variante poco frecuente del LP. Se caracteriza por máculas hiperpigmentadas de color marrón oscuro en las áreas expuestas al sol y en los pliegues de flexión. Esta patología afecta con mayor frecuencia a personas de piel oscura. Se ha observado en la India, América Latina y Asia, y es poco frecuente en caucásicos. Es más común en el sexo femenino entre los 30 y 50 años. Se vinculó con el virus de la hepatitis C, la exposición al sol y a sustancias contactantes como el níquel, el aceite de mostaza y las tinturas para el cabello.

Las lesiones iniciales se manifiestan como máculas de color gris-violáceo o amarronadas, redondas u ovales, mal definidas, las cuales pueden agminarse para formar grandes áreas de pigmentación. Generalmente aparecen en la cara y el cuello (región preauricular y frente), y en las regiones flexoras de las extremidades, como axilas, región inframamaria e ingles. Las lesiones suelen ser bilaterales y simétricas. No existe afección de palmas y plantas, y el daño de las mucosas es poco frecuente. La mayoría de los casos es asintomático, aunque pueden referir prurito y sensación de quemazón.

La dermatoscopia permite incrementar la certeza diagnóstica donde se observan puntos y glóbulos grises, azulados o amarronados, lineales o reticulares. Esto representa la incontinencia pigmentaria y los melanóforos en la dermis papilar.

Al examen histopatológico se observa epidermis atrófica, degeneración vacuolar de la capa de células basales con un infiltrado linfocítico en banda o perivascular en la dermis papilar, así como incontinencia de pigmento y melanóforos a nivel de la dermis.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con la dermatosis cenicienta o eritema discrómico persistente que se presenta en tronco y extremidades, como máculas hiperpigmentadas grisáceas con un halo eritematoso evanescente.

El tratamiento del LPP consiste en evitar los posibles desencadenantes (si se los identifica) y la fotoprotección siempre acompañando a la terapéutica instaurada. Dentro de los tratamientos tópicos, se utilizan corticoides de mediana y alta potencia (mometasona y clobetasol), y tacrolimus 0,1 o 0,03%. En cuanto a los tratamientos sistémicos, se destacan, entre otros, la dapsona y la isotretinoína 20 mg/día.

BIBLIOGRAFÍA

- Benavides NG, Robles-Méndez JC, Candiani JO. Artículo de revisión: Hiperpigmentaciones adquiridas. *Dermatología CMQ*. 2017;16:50-62.
- Chang MW. Trastornos de hiperpigmentación. En: Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatología* 4^{ta} edición. Elsevier España, Barcelona 2018;1115-1143.
- Rodríguez-Sandoval C, Téllez-Castañeda E, Barón-Peña W, Tejera-Díaz J, *et al.* Liquen plano pigmentado. *Folia Dermatológica Cubana*. La Habana, 2020;14: 1-7.
- Puig S. Dermatoscopia en otras lesiones cutáneas. Cabo H, Ed. *Dermatoscopia* 2^{da} edición. Ediciones Journal, Buenos Aires 2012;320.

★ Elección múltiple: PÁPULAS Y NÓDULOS ERITEMATOSOS EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH / Respuestas

Gianina Anabella Coletto¹, Pía Florencia Sánchez Martini¹, María Julia Boulet²

¹Médicas Residentes. ²Jefa de Residentes. Servicio de Dermatología, Hospital L.C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina



Respuestas correctas: 1) C; 2) A; 3) B; 4) D.

COMENTARIOS

La histoplasmosis es una micosis sistémica producida por *Histoplasma capsulatum var capsulatum*, endémica en América. Generalmente la infección se adquiere por vía inhalatoria y el foco primario es el pulmón. En pacientes inmunocomprometidos da origen a formas diseminadas con compromiso

de diferentes órganos: tejido linfático, hígado, bazo, riñones y piel. A nivel cutáneo, se presenta como lesiones polimorfas. Las más frecuentes son las pápulas umbilicadas moluscoides. Otras manifestaciones son: placas, pústulas, nódulos, erosiones o úlceras de aspecto granulomatoso en mucosas. El *gold standard* para el diagnóstico es el cultivo, el cual puede

demorar 4-6 semanas. En pacientes con enfermedad severa, el tratamiento de elección es anfotericina B liposomal 3 mg/kg/día. En casos leves a moderados, se recomienda itraconazol 200 mg/8 horas por 3 días y posteriormente 200 mg/12 horas. En todo paciente VIH positivo, es fundamental el inicio precoz de la terapia antirretroviral.

BIBLIOGRAFÍA

- Adamian CMC, de Lima Mota MA, Martins AAF, Aragão MC, *et al.* Progressive disseminated histoplasmosis in HIV-positive patients. *Int J STD AIDS* 2022; 33: 544-553.
- PAHO, WHO. Guidelines for diagnosing and managing disseminated histoplasmosis among people living with HIV Washington (DC): Pan American Health Organization; 2020. doi: 10.37774/9789275122488 [Citado agosto 2023].
- Gómez-Santana LV, Torre AC, Hernández BA, Volonteri VI, *et al.* Manifestaciones mucocutáneas de la infección por *Histoplasma capsulatum* en pacientes inmunosuprimidos. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:27-32.
- Negroni R, Arechavala AI, Maiolo EI. Histoplasmosis clásica en pacientes inmunocomprometidos. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2010; 38: 59-69.