

Resúmenes del XIV Congreso Peruano de Dermatología

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

1. Características clínico epidemiológicas de la psoriasis en pacientes del Departamento de Dermatología del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú. Octubre 2010 a marzo 2011

Mayra Ponce Rodríguez, Rossana Mendoza Mesa

Servicio de Dermatología. Hospital de la Policía Nacional del Perú.

OBJETIVO. Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con psoriasis en el Hospital PNP Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú (PNP), en el período octubre 2010-marzo 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo (de corte transversal), observacional y descriptivo. La población estuvo constituida por todos los pacientes con psoriasis, diagnosticados en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú que acudieron a consulta durante el período octubre 2010-marzo 2011. Los pacientes fueron evaluados por un dermatólogo obteniéndose datos demográficos, características clínicas y epidemiológicas, índice dermatológico de calidad de vida (DLQI), índice de actividad y severidad de la psoriasis (PASI), tratamiento actual y tratamiento previo los cuales fueron consignados en una ficha de recolección de datos. Se realizó análisis univariado que consistió del cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. El análisis bivariado fue realizado con la prueba t de Student para muestras independientes y el coeficiente de correlación de Pearson con un nivel de confianza de 95%.

RESULTADOS. Participaron del estudio un total de 110 pacientes, de los cuales 75,5% correspondieron al sexo masculino y 25,5%, al sexo femenino; la edad promedio fue de $55,1 \pm 14,6$ años la cual varió entre los 17 y 81 años de edad. La mayor frecuencia de pacientes se situó en el grupo de edad comprendido entre los 35 y 59 años (50,9%). Hubo antecedente familiar de psoriasis en 9,1% de

los pacientes. Al evaluar la frecuencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, se observó que 77,3% presentaban dislipidemia; 20,0%, hipertensión arterial y 17,3% tenían diagnóstico de diabetes mellitus.

El tiempo de enfermedad al momento de la primera consulta fue de $11,9 \pm 8,9$ años. La forma clínica más importante fue la vulgar que constituyó 91,8% de los casos y 9,1% de los pacientes tenían diagnóstico de artritis psoriática. El índice de calidad de vida dermatológico (DLQI) promedio de los pacientes fue de $8,6 \pm 5,4$ el cual varió entre 1 y 27; mientras que, el puntaje promedio del PASI fue de $9,6 \pm 9,5$ con puntajes que variaron entre 1 y 50. De acuerdo al DLQI, la psoriasis tenía un efecto moderado sobre la calidad de vida de los pacientes (30,0%) y de acuerdo al PASI, la enfermedad era predominantemente leve (46,4%). No se observó asociación entre el PASI con edad, sexo ni tiempo de enfermedad, tampoco existió asociación del DLQI con estas variables. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la severidad, según la extensión de la superficie corporal afectada, y la calidad de vida: coeficiente de correlación de Pearson $r = 0,64$ ($p < 0,001$).

Los pacientes con psoriasis habían recibido tratamiento previo a su control en el Hospital PNP Luis N. Sáenz principalmente con corticoides tópicos, retinoides y metotrexato. Durante el control en este hospital el tratamiento fue modificado produciéndose una reducción importante de los casos tratados con corticoides tópicos y metotrexato y se produjo un notable incremento de los casos que recibieron terapia biológica.

CONCLUSIÓN. Los pacientes con psoriasis del Hospital PNP Luis N. Sáenz tienen elevada frecuencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, efecto moderado de la psoriasis sobre la calidad de vida y severidad predominantemente leve según la extensión de la superficie corporal afectada. Se demuestra la correlación entre la severidad según la extensión de la superficie corporal afectada y la calidad de vida de los pacientes.

2. Principales alteraciones cutáneas en longevos de Vilcabamba-Loja, período junio 2007 a agosto 2008 y propuesta de un índice fisiológico de envejecimiento cutáneo

Dra. Johana Trujillo Macas y Dr. Gonzalo Calero

Médico, Servicio de Dermatología del IESS-Guayaquil.

Envejecimiento es el deterioro progresivo del organismo, lo que conlleva un déficit de sus funciones. En este proceso existen diversos factores que clásicamente se definen como envejecimiento intrínseco es decir el paso natural del tiempo y el envejecimiento extrínseco (sol, viento, frío, etc.) que hacen que este envejecimiento se lo considere importante por su prematurez del mismo. Así mismo histológicamente se observa un envejecimiento de las células del tejido. El incremento de lesiones dermatológicas en la piel longeva obliga a realizar una investigación científica para verificarlo y tratarlo; porque es más fácil prevenir estas patologías fotodependientes (extrínseco) o no (intrínseco) en una edad temprana, para evitar lesiones benignas y/o malignas en el futuro. Y debido a que no existe una escala cuantitativa para la medición de alteraciones cutáneas, el propósito de la investigación, es crear un índice fisiológico de envejecimiento cutáneo para determinar la gravedad de las mismas. El trabajo que se realizó comprende una investigación exploratoria, descriptiva y correlacional. Se clasificó a los 113 ancianos para un mejor estudio en dos grupos: seniles de 65 a 79 años y longevos de 80 a 104 años. Con base en el IFEC, se encontró que las alteraciones cutáneas son severas y de mayor fotoexposición en longevos que en los seniles, por lo tanto en el Valle de Vilcabamba la piel de estos longevos sigue envejeciendo igual, pero se vive más por no tener enfermedades sistémicas crónicas.

3. Celulitis facial odontogénica en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú

Juan Medina.

Médico pediatra dermatólogo asistente, Servicio de Dermatología del INSN. Docente de la UNMSM

OBJETIVO. Determinar las características clínica y epidemiológicas de la celulitis facial odontogénica (CFO) en pacientes hospitalizados en el servicio de dermatología del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), Lima, Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico de CFO de 01/09/2010 al 31/08/2011. La ficha clínica y epidemiológica permitió recabar información en relación a edad, sexo, dolor

dental al inicio de la enfermedad, eritema, edema facial, disminución de la apertura bucal, fiebre, uso de antibióticos previos a su hospitalización, responsable de la prescripción, evaluación odontológica y cifra de hemoglobina.

RESULTADOS. En un periodo de 12 meses fueron hospitalizados 28 pacientes con el diagnóstico de celulitis facial y 22 (78,6%) tuvieron las características clínicas de una celulitis facial odontogénica (CFO). En relación al sexo, 9 (41%) fueron masculinos y 13 (59%) femeninos, los niños entre cuatro y seis años presentaron el mayor número 13 (59,1%), se indicaron antibióticos previos a la hospitalización en 19 (86,3%), se utilizó nueve esquemas y la amoxicilina como único medicamento en 11 (57,9%). El examen odontológico fue positivo en 100%, con reportes en el odontograma de pulpitis irreversible y necrosis pulpar en 15,64%, periodontitis apical crónica 2,23%. La evaluación de la hemoglobina demostró que estaba por debajo del percentil 50. Todos los pacientes fueron tratados con clindamicina EV y, a su alta, un ciclo adicional de amoxicilina/ ácido clavulánico y sometidos al tratamiento odontológico sin evidencia de complicaciones.

CONCLUSIONES. La CFO es la presentación más frecuente de una celulitis facial en niños, la cobertura antibiótica previa a la hospitalización es inadecuada y puede afectar el estado nutricional.

COMUNICACIONES LIBRES

1. Plasma rico en plaquetas: experiencia personal

Dr. Raúl Hurtado Paredes; Pierre Santos Gutiérrez

Investigador Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz Arequipa.

INTRODUCCIÓN. El plasma autólogo rico en factores de crecimiento es una técnica de regeneración celular, depende de la concentración y activación de las plaquetas. Se aplica en dermatología, traumatología, oftalmología, ortopedia, neurocirugía, cirugía plástica y estomatología. En dermatología se está usando en rejuvenecimiento, alopecias, melasma, acné, rosácea, estrías y otros con resultados favorables.

MATERIAL Y MÉTODOS. Es una investigación experimental, prospectiva y longitudinal entre enero y junio de 2012, se incluyen 50 pacientes que voluntariamente aceptaron el estudio, se excluyeron pacientes que recibieron tratamiento previo, procedentes de otros ecosistemas (departamentos) o que recibían tratamiento inmunosupresor, ácido acetilsalicílico, trastornos de coagulación, hipertensos, diabéticos. Variables independientes: edad, sexo, fototipo. Extracción de sangre endovenosa: 20 mL cuero cabelludo,

16 mL cara, 10 mL manos, 40 mL en glúteos, con aguja 18, distribuidos en cuatro a seis tubos que contenían citrato de sodio al 3,8% como anticoagulante; cloruro de calcio para separación de fracciones sanguíneas y procaína como elemento regenerativo; se centrifugaron a 3000 rpm por 8 min; se obtuvo coágulo, plaquetas y plasma, estos dos últimos se aplicaron con aguja 30 en 50 pacientes: 30 (60%) de sexo femenino y 20 (40%) de sexo masculino, grupo etario: 20 a 65 años, fototipos III, IV y V. Duración de la sección 20 a 40 minutos. Se realizaron cuatro sesiones por paciente con un intervalo de una semana.

RESULTADOS. La tabla de calificación fue según la mejoría: muy buena (MB), más de 75%; buena (B), más de 50%; insatisfactoria (I), menos de 50%. Rejuvenecimiento facial: pacientes, 16 (32%), 13 de sexo femenino y 3 de sexo masculino; resultado MB, 2; B, 14; edad promedio, 40 años. Alopecia androgenética: pacientes, 12 (24%), todos de sexo masculino; resultado B, 10; I, 2; edad promedio, 40 años. Melasma: paciente, 8 (16%), todos de sexo femenino; resultados B, 5; I, 3; edad promedio, 25 años. Acné severo: pacientes, 6 (12%), 3 de sexo femenino y 3 de sexo masculino; resultado B, 4; I, 2; edad promedio, 25 años. Rosácea: pacientes, 4 (8%), 2 de sexo femenino y 2 de sexo masculino; resultado B, 4; edad promedio, 35 años. Estrías atróficas: pacientes, 4 (8%), todos de sexo femenino; resultado B, 3; I, 1; edad promedio, 25 años.

DISCUSIÓN. Es una nueva alternativa, sencilla, de bajo costo, que ha obtenido los mejores resultados en rejuvenecimiento facial, alopecia androgénica, melasma, acné severo, rosácea y estrías atróficas.

CONCLUSIONES. La aplicación de factor plaquetario constituye una alternativa en melasma, rejuvenecimiento facial, alopecias, acné, rosácea, estrías atróficas. De bajo costo, se realiza en pocas sesiones, complicaciones mínimas; eritema, edema, equimosis que se resuelven a las 24 horas.

2. Ultracavitación: experiencia personal

Dr. Raúl Hurtado Paredes: Pierre Santos Gutiérrez

Investigador Centro Universitario de Salud. Pedro P. Díaz.

INTRODUCCIÓN. Para la celulitis localizada y moldeado corporal en dermotonificación existen actualmente una gran variedad de técnicas invasivas y no invasivas. Una de las más eficaces es la ultracavitación combinada con linfodrenaje mediante un sistema computarizado, que utiliza dos ultrasonidos con rayos cruzados, lo que favorece la ruptura de las membranas de los lipocitos por implosión. Las grasas son eliminadas como ácidos grasos y glicerol, por la linfa, la orina y las heces.

MATERIAL Y MÉTODOS. Utilizamos un equipo de ultracavitación Medcontour, que genera un potente doble rayo de ultrasonido modulado a baja frecuencia (30 a 60 kHz) en 1 MHz, orientado a 135° para evitar quemaduras, mediante la utilización de una pieza de mano ultrasónica y una pieza de mano drenante. Tomar dos litros de agua antes y después del tratamiento.

- ▲ Una cinta métrica, Lápiz marcador.
- ▲ Aceite activador y aceite holístico.
- ▲ Cámara fotográfica, cámara filmadora.
- ▲ 40 pacientes: 35 (87,5%) sexo femenino y 5 (12,5%) sexo masculino
- ▲ Factor etario 20 a 40 años. Duración del tratamiento: 30 a 40 minutos.

Fueron descartados pacientes con diabetes, hipertensos, embarazadas, insuficiencia hepática, insuficiencia renal y piodermitis entre otros.

La tabla de calificación fue: muy buena (MB), si la reducción fue de 6 cm o más en la primera sesión; buena (B), si la reducción fue entre 3 y 5 cm, e insatisfactoria (I), si la reducción fue nula o menos de 2 cm.

RESULTADOS. La reducción fue MB en 4 pacientes (10%); B en 34 pacientes (85%); I en 2 pacientes (5%). Los resultados variaron entre 3 y 7 centímetros.

DISCUSIÓN. Consideramos que la ultracavitación es una técnica reciente de gran eficacia en la reducción de celulitis esencialmente de la grasa parda a nivel de la cintura abdominal y otras áreas. Desde la primera sesión reduce un promedio de 3 a 7 centímetros y en mayor proporción en sesiones posteriores. Con sesiones cada 15 días, en número de 4, y con drenaje linfático durante la aplicación y en los intervalos dos veces por semana, se consigue realmente resultados sorprendentes. Posteriormente, es necesaria la aplicación de radiofrecuencia, para tonificar el área flácida que suele quedar. También es necesario tomar agua antes y después del procedimiento, así como una dieta adecuada posterior, para que persista el efecto conseguido.

CONCLUSIONES. La ultracavitación es una técnica de ultrasonido, sencilla de realizar, que se utiliza esencialmente en las celulitis localizadas en diferentes áreas. La ultracavitación debe ser combinada siempre con drenaje linfático manual o pieza de mano drenante. En nuestro caso, 95% de pacientes tuvieron una disminución del panículo adiposo en diferentes áreas esencialmente abdominal. Las complicaciones son mínimas.

3. Patología oral en paciente con esclerosis tuberosa

Jacqueline Judith Cabanillas Becerra, Elena Escalante Jibaja,
Emma Escalante Jibaja

Dermatóloga, Servicio de Dermatología Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú

El complejo de la esclerosis tuberosa es una entidad poco frecuente en nuestro medio; sin embargo, es posible establecer un diagnóstico clínico temprano a partir de las manifestaciones dermatológicas que son las más fáciles y menos invasivas para llegar al diagnóstico y que están presentes hasta en 90% de los pacientes. Sobre todo, si se tiene en cuenta que es un trastorno neurocutáneo hereditario y multisistémico, pues afecta cualquier órgano con excepción de la médula ósea, sistema nervioso central y músculo esquelético. Las lesiones en la mucosa yugal resultan poco frecuentes como parte de las lesiones orales de una esclerosis tuberosa.

Se presenta una paciente mujer de 13 años de edad, natural de Arequipa, procedente de Lima. Nacida de parto eutócico institucional, producto de tercera gestación. Madre de 35 años aparentemente sana con controles prenatales. Peso al nacer 3 kg. Inmunizaciones completas. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Retardo psicomotor y esclerosis tuberosa a los dos años, con retardo mental severa. Hospitalizaciones múltiples por crisis epilépticas. No hay historia de RAM, cirugías y/o transfusiones. Acude al servicio con un tiempo de enfermedad de un año. Inicia con una lesión papular en mucosa yugal derecha con crecimiento progresivo, asintomática. Posteriormente, sufre ulceración probablemente traumática y se torna sangrante en ocasiones, por lo que acude a consulta. Al examen físico: mucosa oral con lesión exofítica digitiforme de 2 x 1 cm, de base no infiltrada y ulcerada en superficie localizada en mucosa yugal derecha. Antecedentes familiares no contributorios.

Examen: manchas hipocrómicas algunas en hoja de fresno, en piel de tórax y extremidades, pápulas rosadas múltiples en región centro facial. Placa eritematosa en párpado inferior derecho. Pápulas marrones en cuello. Placa elevada rugosa con pronunciamiento de los folículos en región lumbar baja. Se presenta el caso por ser una patología oral infrecuente en pacientes con esclerosis tuberosa, además por ser esta entidad una patología con una riqueza semiológica cutánea importante encontrada en nuestra paciente. Son importante el diagnóstico precoz a través de la piel y, con base en la evolución natural del complejo de la esclerosis tuberosa, establecer un manejo preventivo interdisciplinario, que incluye la valoración por oftalmología, neurología, dermatología, nefrología, cardiología, odontología y genética.

4. Biológicos: tratamiento exitoso de psoriasis pustulosa generalizada y artritis psoriásica

Silvia Paucar, Guido Paredes.

Residente, Servicio de Dermatología Hospital Nacional PNP LNS, Lima.

RESUMEN. La psoriasis es una enfermedad crónica, con una significativa afectación física y psicológica en el paciente con el consiguiente deterioro de su calidad de vida. Aproximadamente 20% de estos pacientes desarrollan artritis psoriásica y de 40% a 60% de ellos presentan un curso progresivo que ocasiona deformación severa y artropatía erosiva debilitante. La psoriasis pustulosa generalizada aguda es una variante poco frecuente y grave de psoriasis, se a descrito como una de las causas desencadenantes del brote de pústulas a la suspensión de corticoterapia oral.

Presentamos el caso de un paciente de 51 años de edad, suboficial PNP en actividad, con diagnóstico de psoriasis vulgar hace 20 años y artritis psoriásica hace un año. Tratamientos sistémicos vía oral recibidos en el curso de su enfermedad: acitretino, metotrexato.

Se hospitaliza por Dermatología y el paciente evoluciona con eritrodermia generalizada, con compromiso incluso facial, inflamación articular de extremidades (hombros, codos, muñecas), presencia de dactilitis, compromiso de columna dorso lumbar, psoriasis ungueal y el paciente queda postrado en cama. A los siete días de hospitalización cursa con malestar general, astenia, fiebre cuantificada hasta 39 °C y aparición de pústulas en tórax, abdomen y áreas de pliegues. Se confirma el diagnóstico de psoriasis pustulosa con biopsia de piel.

Exámenes auxiliares de inicio: De acuerdo a protocolo (relevantes: leucocitosis sin desviación izquierda, VSG y PCR aumentada y transaminasemia leve). Exámenes bioquímicos, cultivos, radiografía de tórax, PPD, serología VHC, HBAGs, HTLVII-II, VIH, VDRL y factor reumatoideo negativos. Radiografía de articulaciones.

TRATAMIENTO. Manejo de medio interno, antibiótico profiláctico y acitretino 50 mg/d. Cuidados generales de la piel.

Se inicia tratamiento con etanercept, a dosis de 100 mg/semanal, vía subcutánea, por ocho semanas, y se obtiene mejoría notable (PASI 75) y mejoría del dolor articular. Se suspende el medicamento por falta de adquisición y se pasa a adalimumab, 40 mg, vía subcutánea, en semanas alternas; se disminuyó acitretino a 25 mg/d, y se logra la remisión del cuadro cutáneo en la semana 12 de aplicación (PASI 90), con disminución de artralgiás, las que persisten solo en las extremidades inferiores, a predominio de rodilla (I), mejoría de psoriasis ungueal.

Se continúa el tratamiento con adalimumab, 40 mg, vía subcutánea, en semanas alternas, hasta la fecha (en julio 2012 cumple un año de tratamiento), con evolución favorable del paciente, escasas placas de psoriasis, remisión de psoriasis ungueal, artralgia en rodilla.

En este caso, la presentación de artritis psoriásica severa y posteriormente psoriasis pustulosa generalizada aguda, planteó un reto terapéutico, se requería un tratamiento efectivo y seguro que pueda mantenerse en el tiempo sin recurrencias. Por esto, se asoció un agente biológico (etanercept y luego adalimumab) con acitretino VO para el control de esta presentación clínica. Este tratamiento también se considera en la remisión de la psoriasis ungueal severa.

El tratamiento de psoriasis en EEUU con agentes biológicos es de primera línea y en Europa constituye tratamiento de segunda línea, ya que constituye una terapia sólidamente establecida. En nuestro país no existe un consenso sobre el uso de estos agentes, pero la experiencia clínica en nuestro Hospital en el uso de agentes biológicos desde el año 2009, con el apoyo de las guías de tratamiento permiten disponer de estos medicamentos para casos severos con excelente respuesta, lo que permite a los pacientes recuperar su salud y reingresar al ámbito laboral, como es el caso de nuestro paciente con las restricciones del caso.

5. El uso de tacrolimus en la alopecia areata

Dra. Johana Trujillo

Médico, Servicio de Dermatología PMF Salud- Guayaquil.

Alopecia areata. No se conoce la causa, aunque se cree que se trata de un proceso multifactorial. La característica distintiva es el pelo en forma de signo de admiración. Puede presentarse en forma de placas o difusa. Hay tres grados de severidad: alopecia areata simple, alopecia areata total y alopecia areata universal.

Tacrolimus es un inhibidor de la calcineurina aislados a partir de *Streptomyces tsukulaensis*.

Efecto: interviene en el crecimiento del cabello debido a la inducción temprana del anagen y un aumento de la absorción de timidina y glicina.

Eficacia: es tan eficaz como un esteroide de moderada potencia, pero al no influir sobre la síntesis del colágeno no produce alteraciones en la piel.

Efectos secundarios: prurito y sensación de quemazón en 50% de pacientes, que cedió en los primeros días.

Los estudios sobre las funciones reparadoras de los nuevos fármacos inmunomoduladores tópicos y terapias en la alopecia areata no han logrado mucho en la forma de resultados concretos.

6. Peróxido de benzoílo asociado a clindamicina en el manejo de la hipomelanosis macular progresiva del tronco

Dra. Johana Trujillo Macas y Dr. Douglas Álvarez

Médico, Servicio Dermatología PMF Salud - Guayaquil.

Se presenta un paciente de sexo masculino, mestizo, de 27 años de edad, con historia de tres años de aparición de máculas hipopigmentadas en el dorso del tronco, asintomática, que había recibido múltiples tratamientos antimicóticos sin mejoría.

Los hallazgos en el examen físico, sumados a los estudios de hongos e histopatológico, permitieron hacer el diagnóstico de hipomelanosis macular progresiva del tronco. Recibió tratamiento tópico con una combinación de peróxido de benzoílo y clindamicina, y presentó resolución de las lesiones. Se presenta el caso como ejemplo de una alternativa terapéutica en el manejo de esta entidad.

7. Tratamiento de verrugas plantares con bleomicina intralesional

Dra. Johana Trujillo Macas y Dr. Douglas Álvarez

Médico, Servicio Dermatología PMF Salud - Guayaquil.

Es el caso de una paciente femenina de 55 años, sin antecedentes personales ni familiares, quien consultó por presentar lesiones papulares de diferente tamaño con una depresión central y otras con superficie descamativa que confluyen y forman placas, localizadas en plantas de pies, acompañada de dolor intenso al deambular, las mismas que han recibido varios tratamiento tópicos sin ceder el cuadro clínico.

8. ITS en niños = abuso sexual

Int. Belén Figueroa Valenzuela; Dr. Roberto Figueroa Sánchez; Srta. Daniela Figueroa Valenzuela; Sra. Luz Valenzuela González

Servicio Médico Legal, Centro Local de ITS, Copiapó

MATERIAL Y MÉTODOS. Período de funcionamiento de CLITS Copiapó 14 años. Universo 3 220 ITS.

ITS en menores de 15 años, 48 (1,5%); sexo, 15 niños y 33 niñas.

Rango: desde 9 meses hasta 14 años 11 meses.

ITS según etiología: 15/48 condilomas acuminados; 12/48 gonorrea; 9/48 lúes; 3/48 uretritis no gonocócica; 3/48 uretritis inespecífica; 2/48 vaginosis bacterianas; 2/48 herpes genital; 1/48 molusco contagioso; 1/48 *Phthirus pubis* de pestañas.

RESULTADOS. En 93,8% (45/48) de los menores de 15 años con ITS se documentó abuso sexual. Se exceptuaron tres menores de un año que por su edad no pudieron dar datos

de ese abuso. Cuatro jóvenes de entre 12 y 14 años que lo adquirieron en forma consentida, inter pares. La relación niño:niña fue 1,0:2,2 en nuestra investigación. En igual período se atendieron 639 denuncias por abuso sexual en Servicio Médico Legal de Copiapó. 452 de ellas fue en menores de 15 años (70,7%)

DISCUSIÓN. ITS en niños, 1,5%. En ellos, 93,8% (45/48) se documentó abuso sexual. En igual período, se atendieron 639 denuncias por abuso sexual en Servicio Médico Legal de Copiapó. 452 de ellas fue en menores de 15 años (70,7%) Se requiere evitar la doble y mayor victimización de que son objeto los menores aquejados de ITS (Rol de Reforma Procesal Penal y Ley de Delitos Sexuales). Reforzar el apoyo psicológico en carácter de urgencia, en orden a intervenir y atenuar el estrés postraumático en niños con ITS.

MINICASOS

1. Enfermedad de Kimura en una paciente con cirrosis hepática. Presentación de un caso

Angélica Rivera,¹ Eberth Quijano,¹ Dina Carayhua,² Héctor Jiménez¹

Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica,² Hospital Nacional Daniel A. Carrion (HNDAC).

INTRODUCCIÓN. La enfermedad de Kimura es un trastorno inflamatorio crónico, con proliferación angiolinfoide en los tejidos blandos, eosinofilia y elevación de la inmunoglobulina E. Predomina en pacientes del sexo masculino (M/F: 3-6/1) y asiáticos, se presenta usualmente en la tercera década de la vida. La etiología hasta el momento es desconocida y clínicamente aparece como nódulos en el tejido celular subcutáneo en la cabeza y nuca. La histopatología nos da el diagnóstico la cual se caracteriza por hiperplasia linfoide, con presencia sobresaliente de un gran número de eosinófilos y proliferación de capilares. El tratamiento es en base a corticoides y el pronóstico de suele ser bueno, con pocas recidivas.

Presentamos el caso de una paciente con antecedente de cirrosis hepática la cual presenta nódulos dolorosos en cuero cabelludo que mediante la histología se llegó al diagnóstico de enfermedad de Kimura.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO. Paciente del sexo femenino de 51 años de edad que nació en Piura y procede del Callao, tiene diagnóstico de cirrosis hepática de causa viral y alcohólica desde hace nueve meses. Acude con un tiempo de enfermedad de un mes, caracterizado por dolor en cuero cabelludo y pérdida de cabello en dicha zona. Al examen físico se observa una placa fibrosa con alopecia y nódulos

en cuero cabelludo dolorosos a la palpación. Tiene estigmas hepáticos. La biopsia de cuero cabelludo mostró la dermis con fibrosis y atrofia de folículos pilosos asociado a un marcado infiltrado de eosinófilos de disposición intersticial acompañado de linfocitos e hiperplasia angioide. Los exámenes de laboratorio mostraron eosinofilia, alteración del perfil de coagulación y del hepático.

DISCUSIÓN. La enfermedad de Kimura (síndrome de Kimura o linfogranuloma eosinofílico) es una condición clínica diagnosticada en la mayoría de las veces en una propedéutica para linfonodos cervicales aumentados. Fue reportada por primera vez en la literatura China en 1937 por Kim y Szeto.¹ Sin embargo, no fue sino hasta 1948 cuando Kimura y colaboradores en Japón la describen como un granuloma con proliferación de tejido linfoide. Nuestra paciente presenta nódulos dolorosos en cuero cabelludo, localización poco frecuente según lo reportado. La causa de la enfermedad parece todavía ser desconocida. Se infiere que pueda tratarse de una manifestación paraneoplásica, se ha reportado asociada a neoplasia renal. La paciente tiene diagnóstico de cirrosis hepática patología aun no asociada a la enfermedad de Kimura. Histológicamente, la lesión se caracteriza por hiperplasia linfoide, con presencia sobresaliente de un gran número de eosinófilos y proliferación de capilares, signos encontrados en la histología de la paciente. El tratamiento es con corticoides y se recomienda aguardar alrededor de seis semanas tras el inicio de la corticoterapia para abordar quirúrgicamente las masas o nódulos residuales. La radioterapia puede recomendarse para lesiones nodulares subcutáneas o masas refractarias a la corticoterapia. El pronóstico de la enfermedad de Kimura suele ser bueno, con pocas recidivas.

Presentamos el caso clínico por ser una patología poco frecuente a nivel mundial y, aun más, en Perú.

2. Balanitis de Zoon

Natividad Reina Rossi, Emma Escalante Jibaja, Eva Garagorri

Servicio de Dermatología HCFAP. Lima.

Paciente varón de 83 años nacido en Huancayo, procedente de Lima con un tiempo de enfermedad de tres años. Inicia como una mácula eritematosa de 2 cm, asintomática en área de prepucio, la lesión continua creciendo, a pesar de tratamiento indicado, y afecta el glande y el surco balanoprepucial. Leve prurito.

EXAMEN FÍSICO PREFERENCIAL. Piel: Lesión eritematosa, granulomatosa con áreas hipocrómicas, secreción serosa, asintomático en pene surco balanoprepucial (Figura 1).

3. Pólipo fibroepitelial vulvar

Natividad Reina Rossi, Emma Escalante Jibaja.

Servicio Dermatología HCFAP

Paciente mujer de 21 años nacida y procedente de Lima con un tiempo de enfermedad de un año. Refiere notar lesión en vulva de aproximadamente 1 cm, la cual fue creciendo de tamaño, asintomática.

EXAMEN FÍSICO PREFERENCIAL. Tumoración vulvar, en labio mayor derecho, multilobulada, de consistencia blanda, coloración similar a la piel, de aproximadamente 7 x 4 cm. No dolorosa a la palpación. Figura 2.

4. Xantogranuloma múltiple del adulto

Karina Elizabeth Caro Bisso; Wenceslao Castillo Farneschi; César Chian García
Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.

INTRODUCCIÓN. El xantogranuloma múltiple del adulto es una variante del xantogranuloma juvenil, descrita por primera vez por Gartmann y Tritsch, en 1963. En la actualidad hay pocos casos publicados en la literatura. El xantogranuloma es una histiocitosis de células no Langerhans, muy poco frecuente en adultos, de carácter benigno y de patogenia no clara, caracterizada por aparición de múltiples pápulas eritematosas algunas con coloración amarillenta central. Las lesiones tienden a generalizarse por todo el cuerpo, son simétricas, en diferentes estadios de desarrollo en el mismo paciente, cuya resolución tiende a ser muy lenta, ya que no hay un tratamiento establecido.

HISTORIA CLÍNICA. Paciente mujer de 20 años, estudiante, sin antecedentes de importancia, acude al consultorio externo del Servicio de Dermatología con un tiempo de enfermedad de cuatro meses caracterizado por aparición de pápulas eritematosas múltiples, de 2 a 5 mm de diámetro, brillantes, suaves, elásticas, no dolorosas ni pruriginosas en ambos miembros inferiores. A estas lesiones no se asocian síntomas generales. Dichas lesiones se diseminan en cara, cuello y se generalizan en todo el cuerpo, algunas de ellas se tornan amarillentas a nivel central. Acude a médico particular quien le diagnostica 'foliculitis' e inicia tratamiento con doxiciclina, al no notar mejoría decide acudir a nuestro hospital.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. Hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático y renal, colesterol, triglicéridos, dentro de límites normales. Radiografía tórax, cráneo y ecografía abdomen y pelvis normales.

CONCLUSIÓN. En la literatura, con el conocimiento del escaso arsenal terapéutico efectivo contra esta patología, se encontró un reporte de un paciente varón de 21 años, que había recibido tratamiento con isotretinoína, con el que evidenció mejoría de las lesiones. Por esta razón, se decide iniciar este tratamiento en la paciente, con la desaparición de lesiones.

5. Enfermedad de Rosai-Dorfman cutánea

Verónica Vilcahuamán Rivera, Gadwyn Sánchez Félix, Antonio Paredes Arcos, Tomás Carbajal Chávez

Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima.

Caso 1

Varón de 29 años, nacido y procedente de Lima con un tiempo de enfermedad de un año. Presenta lesiones tipo nodulares violáceas confluentes, que conforman una placa de aproximadamente 5 x 4 cm, no dolorosa, en la región posterior del muslo derecho (Figura 3A), y un nódulo de las mismas características en el dorso (Figura 3B). Sin adenopatías palpables, afebril, sin baja de peso, con exámenes: tomografía torácica-abdominal y pélvica, hemograma, VSG, proteinograma electroforético, TORCH, VEB dentro de lo normal, con biopsia de piel: histiocitos con citoplasma amplio con emperipolesis, el estudio inmunohistoquímico revela marcada positividad para CD68 y proteína S-100. Se inició tratamiento con prednisona, 0,5 mg/kg, vía oral, y el paciente actualmente está en seguimiento.

Caso 2

Mujer de 47 años, natural de Pucallpa, procedente de Lima, con antecedente de diabetes mellitus de diagnóstico reciente, hace tres años presenta lesión tumoral en antebrazo izquierdo, poco dolorosa que va aumentando de tamaño y hace un año se realiza la extirpación por cirugía general con estudio anatomopatológico: infiltrado mixto y presencia células de aspecto histiocitario grandes con fenómeno de emperipolesis con estudio de inmunohistoquímica S100+, CD 68+, CD1a - (Figura 4). Dos años después vuelve a presentar lesiones tipo nodular violáceas en placa sobre la cicatriz anterior y en miembros inferiores (Figura 5). La paciente se encuentra apirética y sin clínica sistémica asociada. A la exploración física no se palpan adenopatías y los hallazgos analíticos descartan afección de otros órganos. La paciente está en seguimiento.

6. Hidroacantoma simple

Andrei Alekseevich Kochubei Hurtado, Zheleny Rocío Claudio Ramos, Tomás Carbajal Chávez, Antonio Paredes Arcos.

Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima.

HISTORIA CLÍNICA. 60 años, sexo femenino, natural de Lima. Paciente manifiesta la aparición de lesión rosada de crecimiento lento en extensión y volumen en cara interna de muslo derecho hace dos años; que le produce sensación de ardor y prurito.

EXAMEN FÍSICO PREFERENCIAL. Piel: lesión única en cara interna de muslo derecho, elevada, eritematosa, de



Figura 1. Balanitis de Zoon.

superficie irregular y bordes bien definidos; de diámetro aproximado de 2 cm. No adenopatías. Resto del examen físico no es contributorio.

DISCUSIÓN. En 1956, Smith y Coburn describieron la histología del hidroacantoma simple, la forma intraepidérmica del poroma ecrino. Se presenta con mayor frecuencia en mayores de 40 años y miembros inferiores. Las presentaciones clínicas son muy variadas, donde solo 9% aciertan en el diagnóstico clínico. Por tal motivo, se presenta el caso para tenerlo presente como diagnóstico diferencial.



Figura 2. Pólipo fibroepitelial vulvar.



Figura 3. A y B Enfermedad de Rosai-Dorfman. Caso I.

7. Nevo acrosiringio

Lorraine Lia Málaga Medina

Hospital Nacional Guillermo Almenara- Essalud. Lima, Perú

El nevo acrosiringio es una rara proliferación malformativa del ducto ecrino terminal. Los queratinocitos acrosiringios se extienden hacia la dermis como cordones anastomosados desde la superficie inferior de la epidermis.

Se presenta el caso de una mujer de 65 años de edad natural de Huancavelica, procedente de San Juan de Lurigancho, ocupación ama de casa. Como antecedentes patológicos tuvo sarampión y varicela en su niñez, sufre de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, sífilis, y en dos oportunidades recibió transfusiones sanguíneas.

La paciente refirió que desde hace 10 años presenta lesiones puntiformes rojizas, descamativas y pruriginosas en pies, sangrantes al rascado, que fueron tratadas con antimicóticos tópicos y corticoides. Ocho meses antes de su ingreso nota crecimiento de las lesiones, que alcanzan hasta 2 cm de diámetro.

Al examen físico preferencial, se encontró en borde externos e internos de ambos pies, placas eritematodescamativas algunas

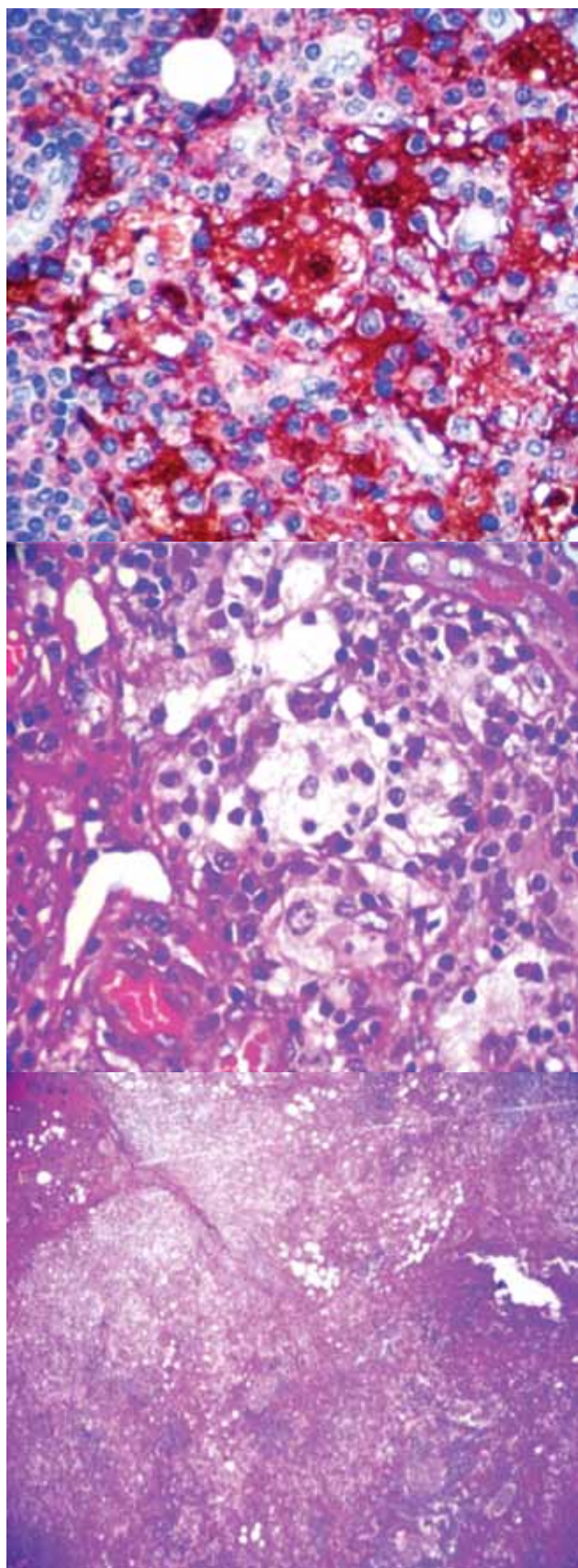


Figura 4. Enfermedad de Rosai-Dorfman. Caso 2.



Figura 5. Enfermedad de Rosai-Dorfman. Caso 2.

ulceradas y costrosas de tamaño variable, de hasta 2 cm de diámetro. Además, lesiones descamativas en región plantar.

La analítica reveló: hemoglobina, 7,9 g/dL; leucocitos, 3 370/mm³, segmentados, 58%; linfocitos, 31%; recuento de plaquetas, 220 000. VSG, 96 mm; PCR, 2,72; creatinina ,5,74 mg/dL; pruebas de función hepática normales.

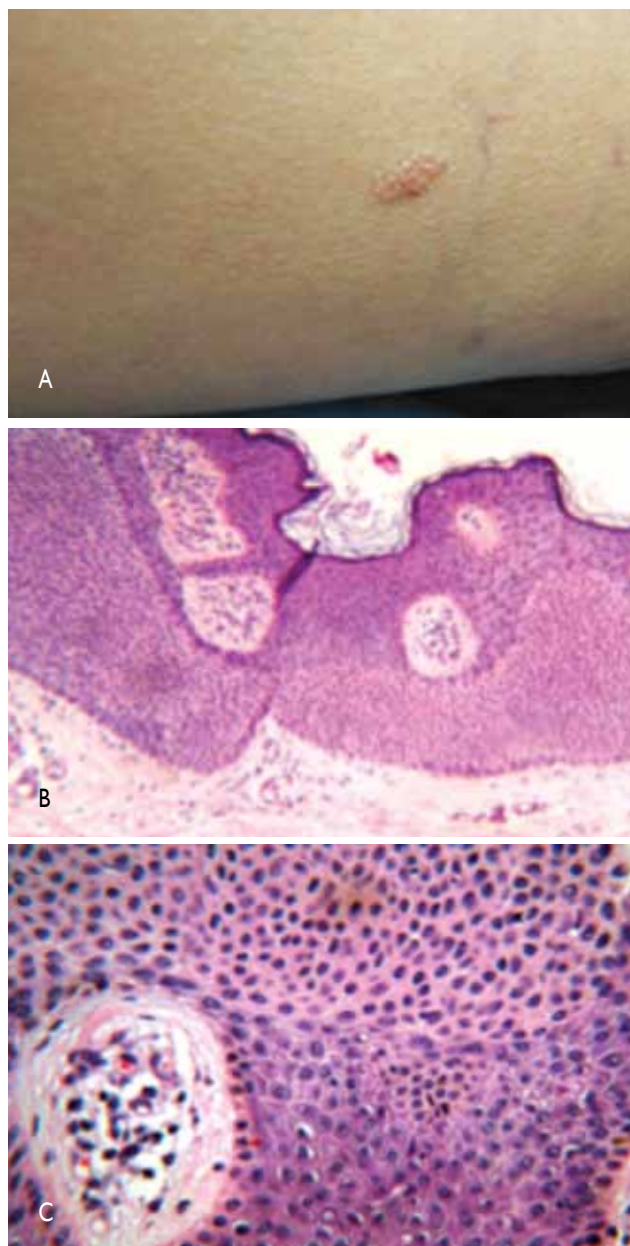


Figura 6. Hidroacantoma simple. A) Lesión en muslo derecho. B) Biopsia. HE 10X. Se observa dos poblaciones celulares en la epidermis. C) Biopsia. HE 40X. Detalle de las células más basofílicas, uniformes y ovaladas, típicas del hidroacantoma simple.

El examen histopatológico fue: acantosis epidérmica, seguida de adelgazamiento y formación de cordones epiteliales dependientes de la epidermis los cuales se extienden en la dermis. Se observan ductos ecrinos dentro de los cordones epiteliales, dichos ductos ecrinos presentaban células epiteliales PAS y Masson positivos.

Se presenta el presente caso por ser una patología extremadamente rara y de difícil diagnóstico.

8. Angiosarcoma cutáneo

Verónica Vilcahuamán Rivera, Celia Moisés Alfaro, Gadwyn Sánchez Félix, Alejandro Yabar Berrocal

Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima.

Varón de 84 años, lugar de nacimiento Chiclayo, procedente de Lima, con antecedente de hipertensión arterial, con un tiempo de enfermedad de un año. Presenta lesión tipo pápula eritematosa en fosa nasal que va aumentando de tamaño e infiltra la pirámide nasal hasta el borde labial superior, lo que dificulta la respiración y causa secreción purulenta en las fosas nasales. Asimismo, infiltra la región malar de forma bilateral, que semeja la piel de naranja, y hace tres meses presenta edema palpebral, lo que dificulta la apertura ocular.

Al examen no presenta adenopatías, no visceromegalia,.



Figura 7. Angiosarcoma cutáneo.

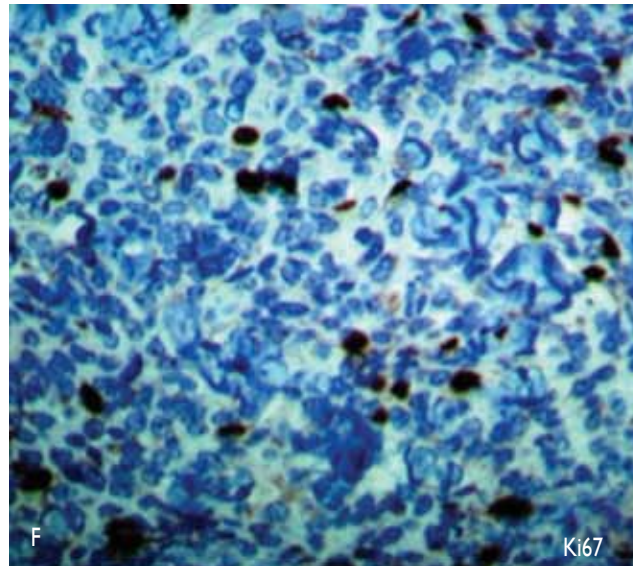
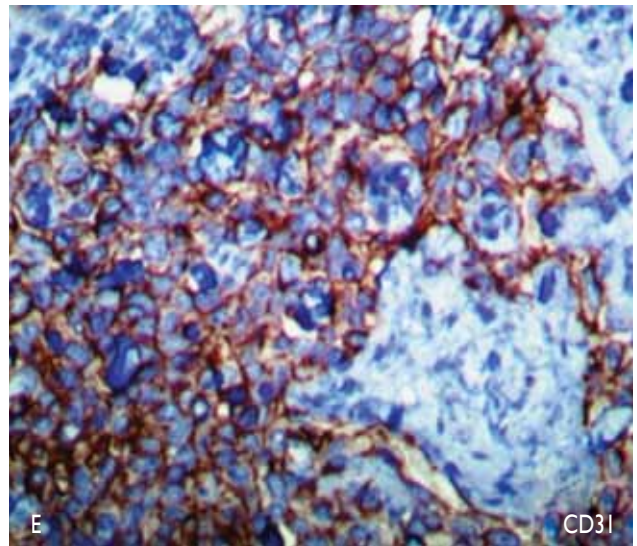
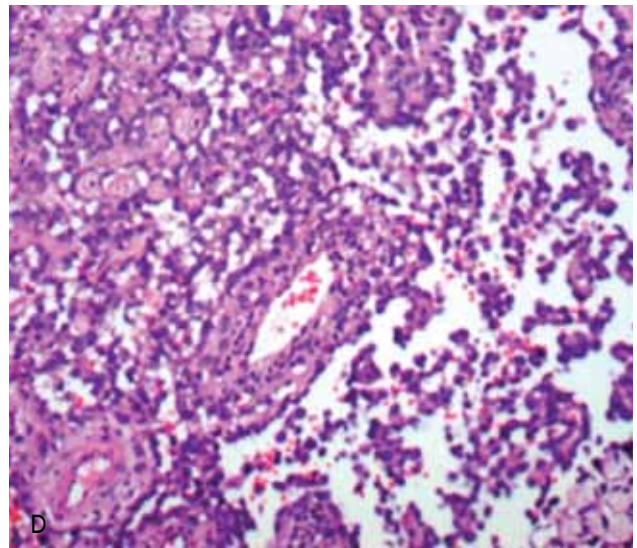
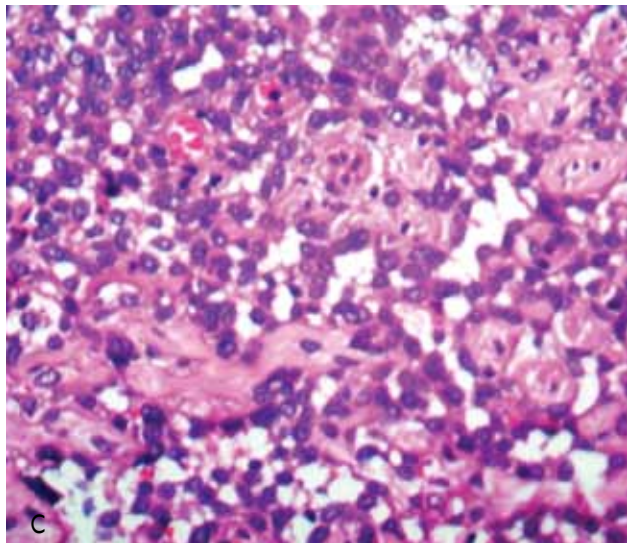
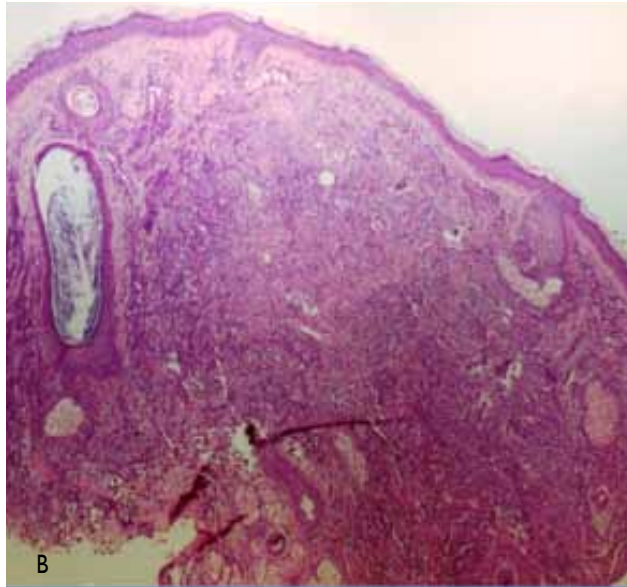


Figura 8. Angiosarcoma cutáneo. A. Clínica. B, C, D y E: Histopatología, HE. F. Inmunohistoquímica: CD31 positivo. G. Ki67.

Con hemograma y bioquímico normal, EBV EBNA Ig G (+), EBV VCAIg M (-), EBV VCAIg G (+), HTLV-1 (-), hepatitis B, C, A (-), B2 microglobulina: 2,25 mg/L (-), con tomografía de macizo facial sin infiltración ósea ni cartilaginosa y el resto de órganos sin alteraciones, con biopsia de piel: proliferación irregular de canales vasculares en un patrón infiltrativo que diseña el tejido conectivo de la dermis profunda e invade los lobulillos de la hipodermis, atipia citológica, con estudio de inmunohistoquímica CD31(+), Ki 67 (+). Figura 8.

Se concluye el diagnóstico de angiosarcoma y se inició radioterapia por la edad del paciente. Actualmente está en seguimiento.

9. Porocarcinoma: reporte de un caso

Zheleny Claudio, Andrei Kochubei, Gadwin Sánchez, Tomás Carbajal, Antonio Paredes.

Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima.

Varón de 60 años de edad, procedente de Lima, ocupación albañil, Hace 10 años presenta lesión papular eritematosa de crecimiento progresivo en dorso de pie asintomática. No reporta antecedentes de importancia.

Al examen físico: lesión tumoral única de forma redondeada, bordes definidos regulares, diámetro de 6 cm aproximadamente, superficie cerebroide sangrante a pequeños traumatismos. Resto de examen físico no fue contributorio.

CONCLUSIONES. Por ser una neoplasia rara pocas veces se le considera como posibilidad diagnóstica. Por lo tanto, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado son esenciales para evitar la metástasis y mejorar el pronóstico de vida de estos pacientes.



Figura 9. Porocarcinoma.

10. Linfoma tipo hidroa

Jacqueline Judith Cabanillas Becerra, Héctor Cáceres Ríos, Felipe Velásquez Valderrama

Servicio Dermatología Pediátrica. Instituto Nacional de Salud del Niño.

El linfoma tipo hidroa es una forma de linfoma centro facial edematoso y cicatrizal de linfocitos T. Afecta principalmente a niños, asociada a la infección crónica activa por virus Epstein-Barr (VEB).

Se plantea una secuencia de eventos en las que, sobre una población genéticamente susceptible (latinoamericanos y asiáticos), el VEB induciría, hipersensibilidad a la picadura de mosquitos, luego hidroa vacciniiforme y en un menor porcentaje linfoma tipo hidroa para eventualmente fallecer en un síndrome hemofagocítico.

Los pacientes presentan lesiones que semejan al hidroa vacciniiforme pero no son inducidas o exacerbadas por la RUV, ni se circunscriben al área fotoexpuesta. La anamnesis revela erupciones recurrentes similares y compromiso extracutáneo.

Histopatológicamente existe un infiltrado linfocitario con atipia nuclear, nodular denso en dermis haciéndose más denso y profundo mientras más antigua sea la lesión. Además, angiotropismo, infiltrado perianexial y perineural; paniculitis septal y lobulillar. Se observan células T maduras citotóxicas, CD8 positivas.

Se presenta el caso de un paciente varón de 10 años, natural y procedente de Bagua. Nacido de parto institucional, con desarrollo normal hasta el inicio de la enfermedad. Un tiempo de enfermedad de cuatro años, presenta episódicamente papulovesículas en el rostro. Un mes antes de ingreso presenta un nuevo episodio, en el que añade edema facial, fiebre y malestar general, por lo que acude a Lima.

Al examen físico paciente febril con edema facial a predominio palpebral asociado a múltiples lesiones erosivocostrosas, algunas infiltradas en rostro. Adenopatías cervicales, inguinales y escrotales. Hepatomegalia.

En los exámenes auxiliares: eosinofilia, elevación del DHL, PCR, y positividad para Ig G para VEB y CMV, perfil hepático normal, pruebas para VIH y hepatitis B negativa. Hepatoesplenomegalia y adenopatías mesentéricas.

La biopsia de piel y la inmunohistoquímica fueron compatibles con linfoma tipo hidroa.

Se presenta el caso por ser una patología infrecuente, muy agresiva y aún poco sospechada en Perú.

11. Eritema *gyratum repens*

Andrei Kochubei Hurtado, Zheleny Claudio Ramos, Gadwyn Sánchez Félix. Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima.

Del latín *gyratum*, círculo, y *repens*, reptar. Presenta un patrón en veta de madera. Es una manifestación paraneoplásica frecuente: en un tercio de los cánceres de pulmón, en 8% de los de esófago, en 6% de los de mama. Además, se asocia a otros tumores y en 6% de casos se desconoce el tumor primario.

Paciente E.S.M. de 77 años de edad, natural de Rioja (San Martín), procedente de Barranco (Lima), sexo femenino, ama de casa, ingresa al servicio el 05-12-2011.

ANTECEDENTES. Hipertensión arterial en tratamiento con valsartán, nifedipino e hidroclorotiazida; hipotiroidismo

toma levotiroxina. Operaciones: histerectomía, colecistectomía, catarata, safenectomía y eventración. Historia obstétrica: cinco hijos.

ENFERMEDAD ACTUAL. Tiempo de enfermedad 13 días, inicio insidioso, progresivo. El paciente manifiesta que 13 días antes de su ingreso presenta “manchas rojas” no pruriginosas, distribuidas en tórax, región dorsal y raíces de miembros, en forma semicircular. Fue tratada por médico particular que trata con corticoides.

Al no remitir ingresa por emergencia y pasa a Reumatología, donde continúan prednisona 75 mg/d.

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales: FC, 80/min; FR, 19/min; T, 36,8 °C; PA, 130/80 mmHg; peso, 62 kg; talla, 1,59 m.



Figura 10. Eritema *gyratum repens*.

Piel: lesiones maculares, en parches, eritematosas tipo escarapela en abdomen, miembros superiores e inferiores. Sin descamación. No adenopatías.

Resto del examen físico no es contributorio.

En el servicio se retira progresivamente prednisona.

Las lesiones aumentan de tamaño y crecen en forma anular policíclica de manera centrifuga, que dejan piel sana de adentro hacia fuera. Los cambios de las lesiones se dan rápidamente de un día a otro. No hay descamación.

EXÁMENES AUXILIARES. Hemograma: normal. Tomografía T-A-P: no alteraciones. Perfil tiroideo: normal. CYFRA: normal. DHL: 320. Borrelia: negativo. Ca 125: 25.6 Ca 19.9: 4.8 AFP: 2.6, CEA: 1.8. Electroforesis de proteínas y proteína de Bences-Jones: normal. Endoscopia: gastritis eritematosa. Examen ginecológico: normal. Thevenon 1, 2 y 3: 1+. Colonoscopia: a nivel del ángulo hepático lesión elevada de 12 * 8 mm, se toma biopsia.

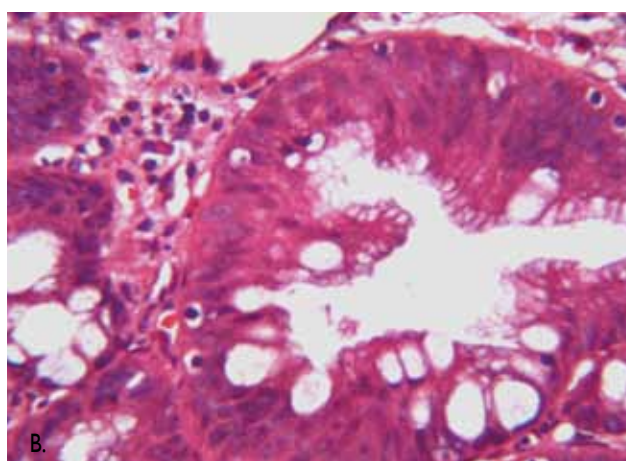
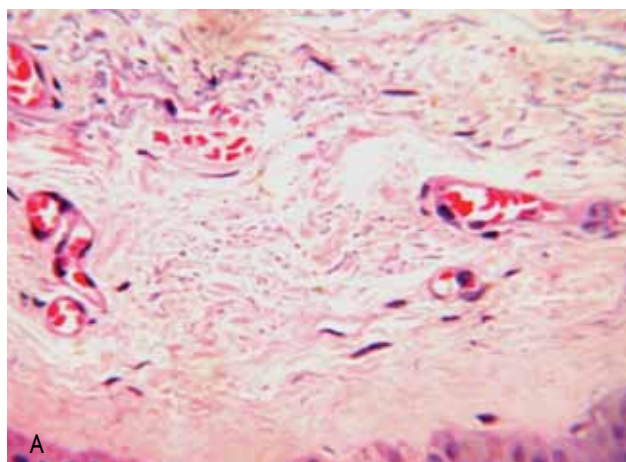


Figura 11. Eritema *gyratum repens*: anatomía patológica. A) Losange de piel atrófica y leve infiltrado inflamatorio. HE 40x. B) Adenoma aserrado con displasia de bajo grado de malignidad con focos de alto grado de malignidad. HE 40X10.

12. Alopecia frontal fibrosante

Verónica Vilcahuamán Rivera, Gadwing Sánchez Félix, Celia Moisés Alfaro, Antonio Paredes Arcos, Jorge Coronado.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una variante clínica del liquen plano pilaris (LPP), cuyo diagnóstico es eminentemente clínico. Hay que sospechar en esta entidad, cuando se presenta un retroceso de la línea de implantación frontotemporal en una mujer de edad media-avanzada. La existencia de otras manifestaciones (alopecia cicatricial, alopecia de cejas, alopecia de axilas, pápulas perifoliculares) permitirá una mayor certeza en el diagnóstico clínico y su diagnóstico diferencial con otros cuadros de alopecia cicatricial.

Caso clínico

Mujer de 67 años, nacida y procedente de Lima con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) tratada con atenolol, amlodipino e hidroclorotiazida y múltiples fracturas patológicas secundarias a osteoporosis. Tiene un tiempo de enfermedad de 6 años, caracterizado por pérdida progresiva de pelo en cuero cabelludo, cejas, vello axilar y vello pubiano. Al examen clínico destaca una banda alopécica frontal y temporal con retroceso de la línea de implantación de pelo y desaparición de las cejas. En el área de transición se observa un ligero eritema perifolicular e hiperqueratosis en los orificios foliculares, en el área alopécica hay una disminución de orificios foliculares, una piel fina, pálida, brillante y atrófica; en la espalda se observa una hiperpigmentación con áreas de hipocromía. Pruebas complementarias que incluyeron hemograma, bioquímica general, función hepática fueron normales, la ecografía abdominal mostró un aumento del tamaño de la glándula suprarrenal sin otras alteraciones. Las determinaciones hormonales fueron T4: 1,05 ng/dL (normal), TSH: 3,73 μ UI/mL (normal), anticuerpos anti-tiroglobulina: 215 UI/mL (alto), anticuerpos antiperoxidasa: 56,2 UI/mL (alto), por lo que el endocrinólogo recomendó seguimiento, puesto que no presentaba hipotiroidismo, el resto de hormonas sexuales suprarrenales y ováricas y la función hipofisiaria fueron normales, anticuerpos antinucleares (negativo). La histopatología en la zona de transición demostró infiltrado inflamatorio linfocítico con disposición liquenoide que afectaba fundamentalmente al área periinfundibular y una fibrosis concéntrica perifolicular, así como degeneración vacuolar de la membrana basal del folículo con presencia de células apoptóticas. La valoración inmunohistoquímica del infiltrado inflamatorio demostró que el componente celular inflamatorio observado tanto en la lesión como en los márgenes corresponde a linfocitos T (CD8). Se ha iniciado tratamiento con hidroxycloquina, 200 mg, y triamcinolona, 50 mg/5 mL, intralesional

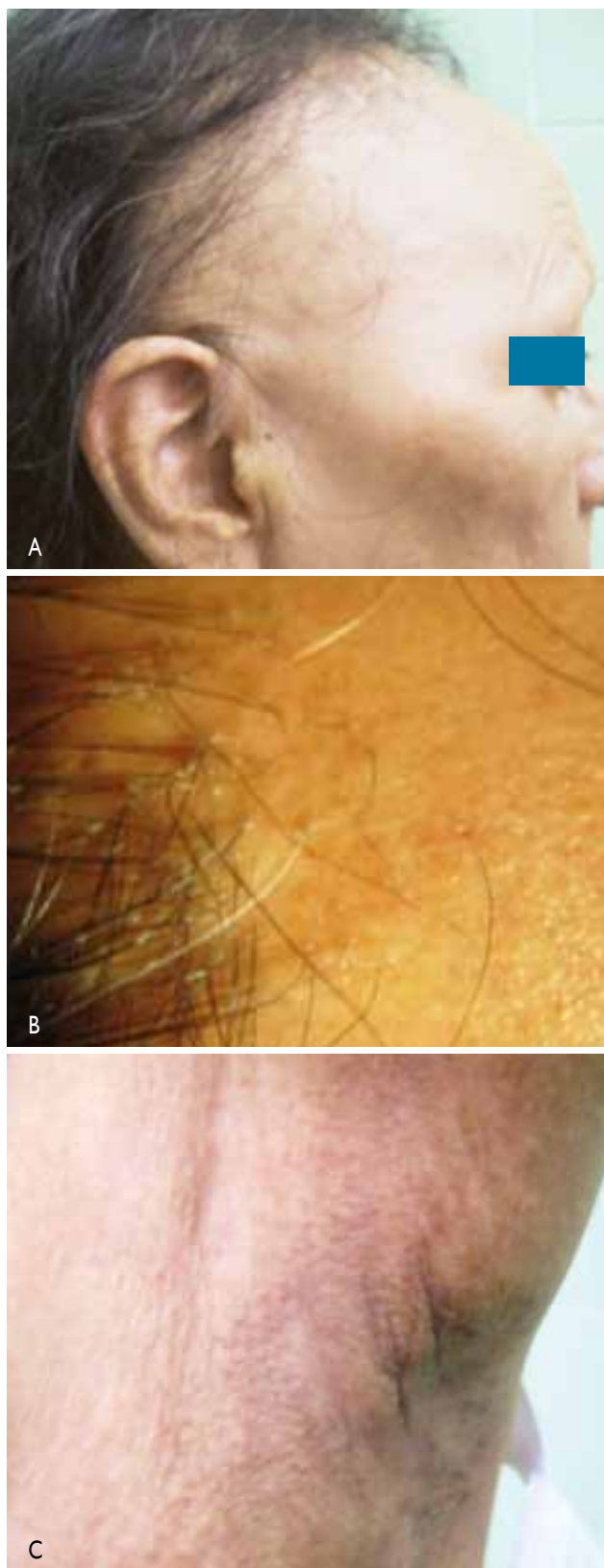


Figura 12. Alopecia frontal fibrosante. A) Retroceso de la línea de implantación fronto-temporal. Además de pérdida completa del pelo de la ceja. B) Pápulas foliculares en la línea de progresión de la alopecia. C) Pérdida de vello en axilas.

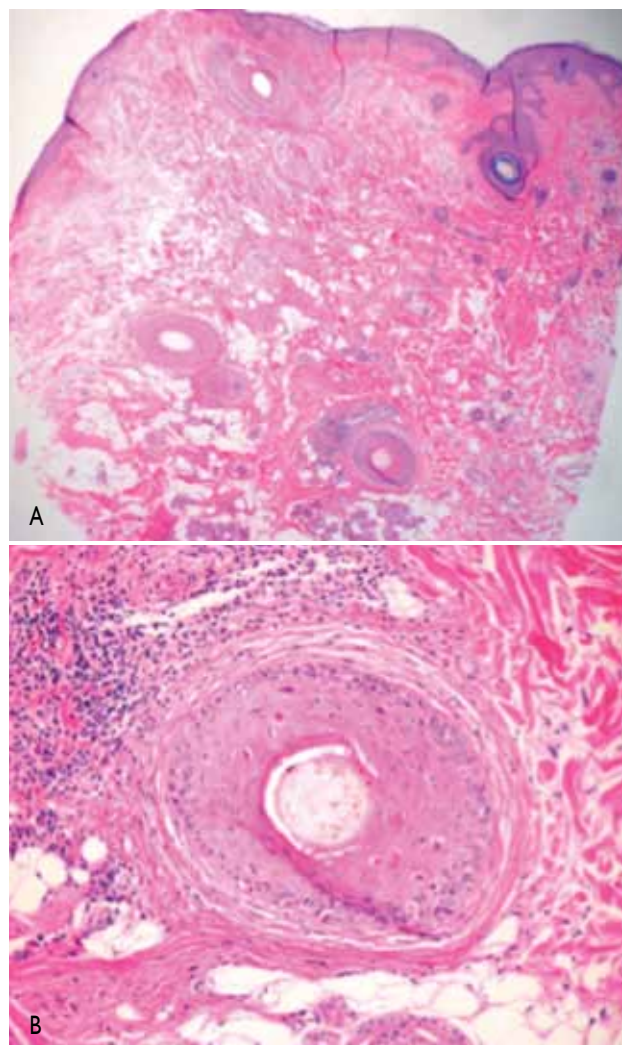


Figura 13. Alopecia frontal fibrosante. A) Aspecto histológico de un folículo con infiltrado inflamatorio linfocítico alrededor del mismo (H & E, x 10). B) Corte histológico en sentido horizontal al nivel del istmo donde se aprecia con detalle el infiltrado inflamatorio linfocítico, células apoptóticas (H & E, x 100).

Discusión

Para comprender adecuadamente las alopecias, es necesario conocer que el crecimiento del pelo es cíclico y pasa por tres etapas: primera etapa, denominada de crecimiento o anágena, que dura de dos a seis años, en la que el pelo crece 1 cm cada mes; segunda etapa, denominada de reposo o catágeno, la cual dura unas tres semanas; y la tercera etapa, denominada de caída o telógena (caen de forma imperceptible entre 80 y 100 cabellos/día), la cual dura entre tres y cuatro meses.

La pérdida de cabello o alopecia es un síntoma de presentación muy común, y más de un tercio de las mujeres presentan caída de cabello clínicamente significativo a lo largo de su vida. La pérdida de cabello es típicamente categorizada

como cicatricial (lupus discoide, liquen plano pilaris (LPP), y foliculitis decalvans), o no cicatrizante.

La descripción original de la AFF fue realizada por Kossard en 1941,¹ desde ese momento se han publicado un centenar de casos en mujeres de edad avanzada que presentaban un retroceso de la línea de implantación frontotemporal. Desde el punto de vista terapéutico, no existen ensayos clínicos en pacientes con AFF, por lo que la evidencia disponible en cuanto a las opciones de tratamiento procede de las mismas series descriptivas y casos clínicos publicados.²

La AFF es una variante del LPP y es una entidad de diagnóstico clínico en la mayoría de los casos, en la que está indicada el estudio histopatológico en aquellas pacientes con clínica no concluyente.³

La recesión de la línea de implantación de cabello está presente en 100% de los pacientes, y por tanto es condición sine qua non para su diagnóstico. El retroceso de la línea de implantación se inicia habitualmente de forma simétrica y bilateral, lo que da lugar a una banda de alopecia de entre 0,5 y 8 cm, a partir de la línea de implantación primitiva. El curso de la alopecia es lentamente progresivo, con cese espontáneo de la progresión después de varios años de su inicio. No obstante, en algunos casos de larga evolución puede llegarse a la pérdida total de cabello del área frontoparietal con un patrón de alopecia «de payaso».

La paciente en mención presentó otras características clínicas tales como: cambios cicatriciales de la superficie alopecica, inicio después de la menopausia, presencia de pápulas perifoliculares (la presencia de estas lesiones, junto con el cuadro histopatológico habitual, dieron lugar a la consideración de la AFF como un subtipo clínico de LPP) y alopecia de las cejas, las cuales han sido descritas en las series clínicas revisadas.

Otras manifestaciones, como la hiperqueratosis folicular, la alopecia androgenética femenina asociada, la alopecia de axilas y el descenso de la densidad pilosa de otras localizaciones (pubis, extremidades, etc.), hacen recordar al síndrome de Graham-Little-Picardi-Lasseur (SGLPL). Este síndrome se caracteriza por la tríada de alopecia cicatricial irregular en el cuero cabelludo, alopecia no cicatricial de las axilas y del pubis y pápulas foliculares en el tronco y los miembros. De esta manera, se demuestra que la AFF y el SGLPL son condiciones fenotípicamente relacionadas y variantes del liquen plano.⁴

Al contrario de lo que ocurre con el LPP, el cual se asocia a lesiones de liquen plano hasta en 50% de los pacientes. Solo 5% de las pacientes con AFF presentaron lesiones compatibles con liquen plano en otras localizaciones.

Se ha reportado una serie de 10 pacientes que presentaron LPP y AFF después de trasplante de cuero cabelludo y estiramiento

facial, probablemente debido al fenómeno de Koebner inducido por trauma quirúrgico como un proceso autoinmune.⁵

Inui y col. describieron tres hallazgos dermatoscópicos en cuatro pacientes con AFF: pérdida del ostium folicular, eritema y escama perifolicular. Otros hallazgos dermatoscópicos como capilares ramificados, red de pigmento con patrón en «panal de abejas», parches blancos, puntos blancos y pelos vellosos también han sido descritos en pacientes con AFF.^{6,7}

Los estudios histopatológicos evidencian un infiltrado linfocitario perifolicular localizado alrededor del istmo e infundíbulo foliculares, asociadas a una fibrosis concéntrica perifolicular, que afectan los folículos terminales e intermedios y los vellos. En algunos infundíbulos foliculares se puede observar una hiperqueratosis ortoqueratósica. La epidermis y dermis interfolicular están respetadas. La vaina radicular externa del epitelio folicular muestra signos de degeneración vacuolar de su capa basal y queratinocitos necróticos aislados. No se evidencian signos inflamatorios en el segmento inferior del folículo, la glándula sebácea ni en la hipodermis.⁸⁻¹⁰

Aunque se han propuesto algunos pequeños detalles para diferenciar esta patología del liquen plano folicular, como son la reacción liquenoide menos intensa que en el LPP, una apoptosis más prominente, la ausencia de hipergranulosis infundibular y el menor tamaño de los queratinocitos, lo cierto es que la histopatología de esta variante de alopecia cicatricial es muy similar a la del LPP.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la alopecia areata ofiásica, pero en este caso hay afección del área occipital; también puede hacerse con la alopecia por tracción, o con la alopecia telógena crónica, donde no hay afección perifolicular ni alopecia de cejas y/o pestañas; y con otras alopecias cicatriciales del tipo lupus eritematoso discoide o pseudopelada de Brocq, en cuyo caso la distribución de la alopecia es diferente. Esta tiene una forma multifocal o en parches y, de preferencia, en la región central del cuero cabelludo.¹¹

Aunque se han intentado diferentes tratamientos con corticoides orales y tópicos, mofetil micofenolato, ácido retinoico tópico asociado con minoxidil al 2% o al 3%, no se han conseguido buenos resultados. Chiang y col. revelan que la hidroxicloquina es significativamente eficaz en reducir los signos y síntomas de la FFA en 6 a 12 meses de tratamiento.¹²⁻¹⁴

La evolución es lenta y progresiva hacia la pérdida definitiva de los folículos pilosos en las áreas frontal y temporal.

Importancia del caso

La alopecia frontal fibrosante es una entidad que debemos tenerla presente dentro de las alopecias cicatriciales linfocíticas, y como variante del liquen plano piloso.