

En la terapéutica de esta enfermedad es fundamental el enfoque multidisciplinario. El éxito del tratamiento depende de la erradicación del agente causal. La terapia instituida debe ser bactericida y prolongada, la selección del antibiótico depende de la identificación del microorganismo y su sensibilidad. La cirugía puede contribuir mediante la escisión completa de todo el material infectado y el drenaje de los abscesos^{1,2}.

Las manifestaciones cutáneas pueden orientar al diagnóstico de una enfermedad sistémica grave. Ade-

más, representan un signo de mal pronóstico (están asociadas a mayor riesgo de embolias sistémicas) que obliga al médico a pesquisar complicaciones secundarias y pueden modificar la conducta terapéutica⁴.

Se describió el caso de una paciente con LES y cardiopatía como factores de riesgo para EI, que reunía todos los criterios diagnósticos descriptos para esta entidad y que presentó lesiones cutáneas características. Evolucionó al óbito a pesar del tratamiento instaurado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casabe JH. Endocarditis infecciosa: una enfermedad cambiante. *Medicina* 2008;68:164-174.
2. Casabe JH, Giunta G, Varini S, Brisani JL, et al. Consenso de endocarditis infecciosa. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:1-49.
3. Avellana PM, García Aurelio M, Swieszkowski S, Nacinovich F, et al. Endocarditis infecciosa en la República Argentina. Resultados del estudio EIRA 3. *Rev Argent Cardiol* 2018;86:20-28.
4. Servy A, Valeyrie-Allanore L, Alla F, Lechiche C, et al. Prognostic value of skin manifestations of infective endocarditis. *JAMA Dermatol* 2014;150:494-500.
5. Miller CS, Egan RM, Falace DA, Rayens MK, et al. Prevalence of infective endocarditis in patients with systemic lupus erythematosus. *J Am Dent Assoc* 1999;130:387-392.
6. Alpert JS, Krous HF, Dalen JE, O'Rourke RA, et al. Pathogenesis of Osler's nodes. *Ann Intern Med* 1976;85:471-473.
7. Farrior JB, Silverman ME. A consideration of the differences between a Janeway's lesion and an Osler's node in infective endocarditis. *Chest* 1976;70:239-243.
8. Kerr A, Tan J. Biopsies of the Janeway lesion of infective endocarditis. *J Cutan Pathol* 1979;6:124-129.
9. Yee J, McAllister K. The utility of Osler's nodes in the diagnosis of infective endocarditis. *Chest* 1987;92:751-752.
10. Li JS, Sexton DJ, Mick N, Nettles R, et al. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis* 2000;30:633-638.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en... PORFIRIA CUTÁNEA TARDA y elija una opción

Camila Iglesias Leal, Yasmin Alvaro y Fernando Sebastiani

Unidad de Dermatología, Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. F. J. Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

» 1



» 2



» 3



La solución en la página 137

En la anatomía patológica se pueden ver numerosos capilares dilatados en la dermis superficial, sin la presencia de hemorragias ni inflamación⁶.

Debe plantearse el diagnóstico diferencial con patologías que presentan capilares dilatados en la dermis, como la telangiectasia nevoide unilateral, el angioqueratoma y las púrpuras pigmentarias, que se caracterizan por extravasación de eritrocitos y depósito de hemosiderina en el estudio histopatológico⁷.

Se ha utilizado como tratamiento el láser decolorante pulsado, con resultados satisfactorios⁷⁻⁹.

El interés de este caso es presentar una entidad de baja frecuencia, con una inusual localización en el tronco. Es posible que por el carácter asintomático de esta patología, muchos pacientes no consulten, lo que lleva a que esté subregistrada. Además, hay que destacar la importancia de la dermatoscopia como método auxiliar no invasivo en el momento de evaluar clínicamente las lesiones vasculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rico MF, Brusco JE, Martínez Chabbert P, Zoppi J, et al. Angioma serpiginoso. *Arch Argent Dermatol* 2011;6:74-77.
2. Erkek E, Bozdogan Ö, Arkasu C, Atasoy P, et al. Absence of estrogen and progesterone receptors around the affected vessels of angioma serpiginosum: case report. *Am J Clin Dermatol* 2006;7:383-386.
3. Yáñez-Díaz S, Val-Bernal JF, González-López M, Fernández-Llaca JH, et al. Angioma serpiginoso. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003;31:34-37.
4. Ohnishi T, Nagayama T, Morita T, Miyazaki T, et al. Angioma serpiginosum: a report of 2 cases identified using epiluminescence microscopy. *Arch Dermatol* 1999;135:1366-1368.
5. Martín JM, Bella-Navarro R, Jordá E. Vascularización en dermatoscopia. *Actas Dermosifilogr* 2012;103:357-375.
6. Idrogo-Bustamante JL, Chanco-Ramírez G, Quijano-Gomero E, Carayhua-Pérez D. Angioma serpiginoso con patrón blaschkoide en tablero de ajedrez. *Dermatol Perú* 2016;26:152-154.
7. López-Bertrán JM, Mosquera T, Saponaro AE, Marini MA, et al. Angioma serpiginoso. *Rev Argent Dermatol* 2011;92.
8. Domínguez MA, Gaxiola E, Ramos A, Jurado F. Angioma serpiginoso de aparición tardía. *Rev Cent Dermatolog Pascua* 2011;20:100-103.
9. Anjaneyan G, Kaliyadan F. *Angioma serpiginosum*. [Actualizado enero 2019]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459213/> [Consulta: enero 2019].

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en... PORFIRIA CUTÁNEA TARDA y elija una opción

» 1



CASO 1: PORFIRIA CUTÁNEA TARDA

- Enfermedad metabólica por defecto en la síntesis del hemo (enzima uroporfirinógeno descarboxilasa hepática).
- Adultos (40 y 60 años).
- Esporádica (80%). Factores desencadenantes: alcohol, sobrecarga de hierro, VHC, VIH, estrógenos, fármacos.
- Ampollas tensas, erosiones, costras, máculas residuales y quistes de milium; en el dorso de las manos y los antebrazos ante la exposición solar y factores mecánicos. Hipertrichosis malar.
- HP: ampolla subepidérmica de base festoneada sin contenido inflamatorio.
- Detección de porfirinas en sangre, orina y materia fecal.
- Tratamiento: flebotomías y antipalúdicos (hidroxicloroquina 200 mg bisemanal).

» 2



CASO 2: EPIDERMÓLISIS AMPOLLAR ADQUIRIDA

- Dermatitis ampollar autoinmune dermoepidérmica. Infrecuente.
- Adultos (40-60 años).
- Ampollas tensas sobre piel normal en la variedad clásica (VC) o sobre placas eritematoedematosas en las variedades inflamatorias (VI). Quistes de milium.
- HP: ampolla dermoepidérmica, sin celularidad (VC) o con neutrófilos (VI).
- IFD con técnica de salt-split: depósitos de IgG lineal en la zona de la membrana basal (ZMB), lado dérmico.
- ELISA: anticuerpos (Ac) anticolágeno VII.
- Tratamiento: meprednisona 0,5 mg/kg/día + ahorrador (dapsona, colchicina, entre otros). Resistencia al tratamiento.

» 3



CASO 3: PENFIGOIDE AMPOLLAR

- Dermatitis ampollar autoinmune dermoepidérmica más frecuente.
- Mayores de 60 años; puede haber fármacos desencadenantes.
- Ampollas grandes y tensas de contenido seroso o hemático sobre placas eritematoedematosas. Prurito.
- HP: ampolla dermoepidérmica, contenido eosinofílico.
- IFD con técnica de salt-split: depósitos de IgG lineal en ZMB, costado epidérmico.
- ELISA: Ac anti-BP 180.
- Tratamiento: clobetasol tópico en la enfermedad localizada. Meprednisona 0,5-1 mg/kg/día + ahorrador (tetraciclinas, azatioprina, entre otros).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bickers D, Frank J. Las porfirias. En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2014:1538-1573.
2. Pérez DL, Forero O, Olivares L, Candiz E. Dermatitis ampollares subepidérmicas neutrofílicas. *Dermatol Argent* 2016; 22:171-182.