

## Oncología

## Oncology

### ONC-1

#### CARCINOMA NEUROENDOCRINO PRIMARIO DE RIÑÓN UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE

BARÓN-LOZA VALENTINA, MARTINEZ-MORALES JUAN CAMILO, BONILLA-CHINCHILLA ESTEBAN, SANDOVAL-FERNANDEZ JOSÉ ARTURO, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS

*Hospital Local del Norte. Bucaramanga. (Colombia)*

**Introducción.** Los tumores neuroendocrinos renales primarios representan una patología atípica. Aproximadamente el 20% de los casos ocurren en individuos con malformaciones anatómicas, siendo la más común el riñón en herradura. Su diagnóstico plantea un desafío médico, requiriendo el uso de biomarcadores para su estudio. Sin embargo, presentan generalmente un buen pronóstico, atribuible a su bajo índice mitótico y a su predominante diferenciación celular.

**Presentación del caso.** Mujer joven de 30 años que acude al servicio de medicina interna debido a un mes de dolor abdominal leve y estreñimiento. Los estudios de imagen (tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis) revelan una lesión nodular sólida en la corteza renal izquierda. Posteriormente, se realiza una biopsia e inmunohistoquímica, clasificando la neoplasia como un tumor neuroendocrino bien diferenciado grado 1, respaldado por la positividad de los marcadores CD56 y sinaptofisina. La paciente es sometida a cirugía, durante la cual se identifican márgenes libres de malignidad luego de su resección.

**Discusión.** Aunque la mayoría de los tumores neuroendocrinos afectan el sistema gastrointestinal y respiratorio, pueden surgir en cualquier localización, siendo el riñón un sitio poco común. A pesar de que la edad media de diagnóstico oscila entre los 49 y 50 años, estos tumores pueden presentarse en pacientes más jóvenes, como en este caso. Estos tumores se manifiestan con síntomas como dolor, masa palpable, hematuria o pérdida de peso, y algunos pacientes son diagnosticados en estadios avanzados con metástasis hepáticas, óseas y ganglionares. En este caso, la paciente era asintomática y se encontró la lesión de forma incidental en un estadio primario, lo que permitió un tratamiento quirúrgico oportuno. Es importante destacar la posibilidad de recurrencia, incluso después de varios años, enfatizando la necesidad de un seguimiento clínico continuo. Además, se subraya la importancia de considerar sitios inusuales como origen de neoplasias primarias.

**Palabras Claves.** Tumor Neuroendocrino, Carcinoma Renal, Sinaptofisina.

## ONC-2

### POROCARCINOMA ECRINO METASTÁSICO DE PRESENTACIÓN GLÚTEA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

MÉNDEZ-CORREA JOHAN STEVEN, MORA-ESTUPIÑÁN FRANCISCO ANTONIO, MOSQUERA-HERRERA JORGE MARIO, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS

*Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)*

**Introducción.** El porocarcinoma ecrino es una neoplasia cutánea maligna infrecuente, representando <0,01% de los tumores de piel. Surge de las glándulas ecrinas y puede originarse de novo o por transformación maligna de un poroma ecrino benigno. Plantea un reto diagnóstico por su similitud clínica e histológica con otras lesiones. Se caracteriza por un comportamiento agresivo con tendencia a la diseminación.

**Presentación del caso.** Mujer de 69 años, hipertensa, que consultó por lesión glútea derecha de rápido crecimiento y recurrentes infecciones. Al examen físico se apreció una lesión central coliforme, sobreelevada, color salmón, con área necrótica central. Los estudios de imagen revelaron enfermedad metastásica regional en cadenas ganglionares iliofemorales y abdominales, así como a distancia en pulmón e hígado.

**Discusión y conclusiones.** El estudio con inmunohistoquímica confirmó el diagnóstico de porocarcinoma ecrino, un subtipo aneural agresivo e infrecuente (<0,005% de tumores epiteliales cutáneos). La ubicación glútea, como en este caso, es inusual (3% de los reportes). Los factores de mal pronóstico identificados fueron alta actividad mitótica, invasión linfovascular/perineural y profundidad tumoral >7mm. Además, se documentaron metástasis regionales y a distancia. El manejo es quirúrgico con escisión amplia. En enfermedad avanzada/metastásica se han utilizado radioterapia, quimioterapia y electro quimioterapia adyuvante, con resultados variables. No obstante, el porocarcinoma ecrino metastásico confiere un pronóstico sombrío, con supervivencia media de 17-24 meses. En este caso, la paciente presentó un rápido deterioro clínico con falla orgánica múltiple y falleció. Este reporte ejemplifica el desafío diagnóstico y terapéutico que representa esta rara neoplasia cutánea de comportamiento agresivo e infrecuente presentación glútea y enfermedad metastásica al diagnóstico.

## ONC-3

### PANICULITIS CITOFÁGICA HISTIOCÍTICA: DE LA MIELODISPLASIA A LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

CENTENO MARÍA JOSÉ, GARZÓN JENNY MARCELA, PLATA JUAN DAVID, QUINTERO GUILLERMO

*Fundación Santa Fé de Bogotá. Bogotá (Colombia)*

**Introducción.** Las neoplasias hematológicas son enfermedades heterogéneas, se manifiestan con un amplio espectro de gravedad. Uno de los órganos afectados puede ser la piel, donde ocurre una infiltración directa de las células hematológicas malignas. La paniculitis citofágica histiocítica se puede presentar como entidad aislada benigna o como manifestación de un síndrome hemofagocítico, llegando a ser mortal.

**Presentación del Caso.** Hombre de 53 años diagnosticado en 2018 con síndrome mielodisplásico. Ingresó por cuadro de fiebre asociado a lesiones eritematosas dolorosas en muslo derecho, cara lateral y tercio proximal de la pierna contralateral, hombro y flanco derechos, hemograma de ingreso con aparición reciente de blastos y pancitopenia. Impresiono como posible celulitis diseminada en inmunosuprimido iniciando cubrimiento antibiótico. Ante persistencia de fiebre y progresión de lesiones con hemocultivos negativos, se consideró fascitis necrotizante requiriendo ampliación de cubrimiento antibiótico. Inicio con dolor articular, documentándose lesiones de apariencia neoplásica en diáfisis proximal del húmero, clavícula, glenoides y escápula con miositis del deltoides e infiltración extensa de pelvis, cuerpos vertebrales lumbares y tercio proximal de ambos fémures con miositis inflamatoria de cadera derecha y bursitis isquioglútea. Por posible Síndrome Hemofagocítico con HSCORE de 124 puntos, se inicio corticoide. Biopsia de piel reportó paniculitis citofágica histiocítica. Biopsia de médula ósea informa neoplasia mielodisplásica con incremento de mieloblastos tipo 2. Se concluye entonces por clínica y hallazgos histopatológicos, una leucemia mieloide aguda con cambios relacionados a mielodisplasia, iniciando terapia, con buena tolerancia y mejoría clínica.

**Discusión.** Casos como este permiten recordar que la piel es un órgano en donde se ven reflejadas alteraciones sistémicas como las neoplasias hematológicas, incluso en ocasiones la primera manifestación extramedular. Estar familiarizado con el examen dermatológico y las alteraciones de la piel permite un abordaje más complejo e integral ayudando así mismo a un tratamiento oportuno y cambio del pronóstico.

## ONC-4

### LINFOMA T ANGIOINMUNOBLASTICO COMO IMITADOR DE VASCULITIS GRANULOMATOSA CON POLIANGEITIS

BORNACELLY ADRIANA, CUERVO DIANA, MÉNDEZ LILIANA, VALENCIA MARGARITA

*Hospital San José. Bogotá, D.C. (Colombia)*

**Introducción.** El linfoma angioinmunoblástico de células T es poco frecuente, puede imitar a enfermedades autoinmunes y es de pobre pronóstico con una sobrevida a los 5 años de 30%.

**Presentación del Caso.** Hombre de 46 años con historia de 3 años de evolución consistente en rinorrea hialina, edema facial con múltiples consultas a otorrinolaringología y alergología manejado como sinusitis crónica, quien posteriormente desarrolla prurito y lesiones tipo urticaria en piel por lo que es llevado a biopsia de piel con documentación de síndrome de Sweet, durante los siguientes 12 meses presenta pérdida de peso progresiva aproximadamente 15 kilogramos, diaforesis nocturna ocasional, fiebre intermitente nocturna, síntomas respiratorios y adenopatías axilares e inguinales, en quien los estudios imagenológicos de tórax revelan opacidades en patrón de vidrio esmerilado con bronquiolectasias bibasales, es llevado a fibrobroncoscopia con edema generalizado de faringe, laringe, árbol bronquial izquierdo con abundante secreción mucopurulenta, cultivos para gérmenes comunes, micobacterias y atípicos negativos, hasta ese momento con impresión diagnóstica de vasculitis granulomatosa con poliangeítis con ANAS positivos en títulos bajos con pANCA, cANCA, Anti MPO, Anti PR3 negativos, finalmente la patología de ganglio inguinal reporta células neoplásicas positivas para CD3, CD43, CD2, CD4, CD5 expresión heterogénea, CD7 expresión heterogénea, BCL2, CD10 focal, BCL6 focal heterogéneo, CD30 focal (<10%), Granzima B focal, Perforina focal, TIA1 focal, negativos para CD8, PD1, CD56, y CD15. El índice de proliferación Ki67 del 30 al 70%. Marcador LMP-1 no contributivo. Que concluye Linfoma de células T angioinmunoblástico se indica esquema de quimioterapia CHOEP.

**Discusión.** Se presenta el caso de un linfoma T angioinmunoblástico imitador de vasculitis de vaso pequeño tipo granulomatosa con poliangeítis en un hombre joven que debe sospecharse dentro del abordaje diagnóstico diferencial.

## ONC-5

### LINFOMA ANGIOINMUNOBLÁSTICO DE CÉLULAS T, UNA CONDICIÓN DE MIL CARAS

MELO-CAMARGO RAFAEL ALFONSO, GARZÓN-NEMPEQUE JENNY MARCELA, PLATA-PUYANA JUAN DAVID

*Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, D.C. (Colombia)*

**Introducción.** El linfoma angioinmunoblástico de células T es un subtipo poco frecuente de Linfoma no Hodgkin, representando el 1 al 2 % de los casos, afecta principalmente a personas mayores, con una media de diagnóstico de 65 años, su presentación clínica es variable, incluyendo síntomas no localizables, hallazgos transitorios al examen físico y un amplio espectro de alteraciones serológicas e imagenológicas; su pronóstico es desalentador, con una supervivencia a 5 años de 32% aproximadamente.

**Presentación del caso.** Hombre de 73 años con antecedente de cáncer papilar de tiroides con cuadro clínico de dos meses de evolución de lesiones cutáneas maculopapulares generalizadas asociadas a poliartralgias simétricas, astenia y adinamia; a su ingreso se documentó pancitopenia y esplenomegalia, se realizó electroforesis de proteínas y citometría de flujo en medula ósea sin documentación de población clonal ni displasia, en biopsia de piel se evidenció vasculitis leucocitoclástica ante lo cual se solicitó PET-scan donde se reportaban múltiples ganglios hipermetabólicos supra e infra diafragmáticos y esplenomegalia con aumento de captación, la biopsia de ganglio inguinal reportó folículos linfoides con proliferación vascular y citoplasmas claros, población linfocitoide T positiva para CD3, CD4 y CD20, con centros germinales reactivos para CD10 y BCL6 con coexpresión aberrante para BCL2.

**Discusión.** El linfoma angioinmunoblástico de células T representa un reto clínico notable debido a su baja incidencia y a su amplio espectro de presentación clínica, lo que lleva a diagnósticos erróneos y su confusión con otras entidades, principalmente autoinmunes, retrasando así su diagnóstico y tratamiento. Es importante considerar esta entidad como diagnóstico diferencial para optimizar la oportunidad en su diagnóstico, en especial teniendo en cuenta su mal pronóstico.

## ONC-6

### BRONQUIOLITIS POR LINFOMA MALT BRONQUIAL COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO OCULTO

ESTRADA-MAYA JUAN, MONTEJO-PINO JUAN SEBASTIÁN,  
TOSCANO-PEÑA ANDRÉS FELIPE

*Fundación Cardio Infantil-Instituto de Cardiología, Fundación Neumológica Colombiana. Bogotá, D.C. (Colombia)*

**Introducción.** El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica que afecta las glándulas exocrinas, causando síntomas secos como ojo seco (xerofthalmia) o boca seca (xerostomía). Puede ocurrir de forma primaria o asociada a otras enfermedades autoinmunes. El compromiso extraglandular es común y multisistémico, aumentando el riesgo de desarrollar linfomas no-Hodking de células B de los tejido linfoide asociado a mucosas (MALT).

**Presentación del caso.** Paciente masculino de 62 años, agricultor, consultó por tos seca no productiva, xerostomía, pérdida de peso de 30 kg, sin fiebre o diaforesis nocturna. Estudios revelaron patrón radiológico de bronquiolitis, con celularidad neutrofílica en lavado broncoalveolar (LBA), sin infección aguda ni malignidad. Adicionalmente, presentaba anemia, hiponatremia hipoosmolar euvolémica leve, alteración hepática colestásica y cambios radiológicos de hepatopatía crónica. Nuevo LBA con misma celularidad se descartaron infecciones crónicas, en especial *Mycobacterium tuberculosis*. El perfil inmunológico mostró autoinmunidad no diferenciada, consumo de C4 y gammapatía policlonal. La biopsia pulmonar por videotoracoscopia reveló neumonía intersticial linfoide y linfoma MALT bronquial.

**Discusión.** Los linfomas pulmonares primarios son infrecuentes. El linfoma MALT bronquial es el segundo sitio más común asociado al síndrome de Sjögren (40%). Generalmente es subclínico, con tos, disnea e infecciones recurrentes. El paciente presentó síntomas respiratorios, pérdida de peso, alteraciones de laboratorio e imágenes compatibles. La progresión de compromiso pulmonar por Sjögren a linfoma implica peor pronóstico. El Rituximab tiene buena respuesta terapéutica en estos casos. Se requiere estadificación para guiar el tratamiento oncoespecífico adecuado. En conclusión, el linfoma MALT bronquial asociado al síndrome de Sjögren primario es infrecuente pero grave. Debe sospecharse en pacientes con síntomas severos discordantes con los hallazgos clínicos, ya que implica peor pronóstico.

## ONC-7

### LINFOMA DE TEJIDO LINFOIDE ASOCIADO A MUCOSAS DE PULMÓN COMO ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE ENFERMEDAD QUÍSTICA PULMONAR

JARAMILLO-ECHEVERRY FRANCISCO JAVIER, RINCÓN-BETANCUR ANDRÉS CAMILO, PARRA-LARA LUIS GABRIEL, DOMÍNGUEZ-DURAN ANDRES, SILVA-PÉREZ NHORA MARÍA

*Fundación Valle del Lili; Universidad Icesi, Cali, (Colombia)*

**Introducción.** El linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas es el subtipo más frecuente de linfoma de zona marginal, considerado un linfoma indolente. Sin embargo, su origen primario en tejido pulmonar es infrecuente, representando el 0.4% de todos los linfomas. Su presentación incluye nódulos pulmonares bilaterales y consolidaciones, bronquiectasias quísticas y, de forma mucho menos frecuente, enfermedad pulmonar quística.

**Diseño / Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Presentamos un caso de un paciente de 63 años con antecedentes de linfoma folicular de bajo grado intestinal, manejado con resección yeyunal y protocolo CHOP en 2004, hasta la fecha en remisión. Actualmente labora en un ingenio azucarero y está expuesto frecuentemente a residuos vegetales. Fue hospitalizado en el servicio de medicina interna debido a epistaxis unilateral recurrente y pérdida no motivada de peso de 6 kg en un periodo de 2 meses. En los estudios iniciales se documentó una sinusitis maxilar de etiología bacteriana. Sin embargo, en los estudios de extensión se observaron múltiples quistes pulmonares y nódulos sólidos de distribución centrolobulillar y perilinfática, algunos de ellos cavitados. Se descartaron etiologías autoinmunes y se practicó un lavado bronco alveolar sin aislamientos microbiológicos, por lo tanto, se realizó una biopsia en cuña pulmonar que mostró infiltración por un linfoma de bajo grado de tipo MALT. Se inició el manejo con el protocolo Rituximab – bendamustina.

**Conclusiones.** Este caso resalta la importancia de considerar el linfoma MALT de pulmón como una causa posible de enfermedad quística pulmonar, subrayando la relevancia de factores ambientales en el desarrollo de la enfermedad, lo cual destaca la necesidad de una evaluación integral para un tratamiento eficaz.

## ONC-8

### PRESENTACIÓN DE UN CASO DE SARCOMA SINOVIAL PULMONAR Y SU ABORDAJE CLÍNICO Y QUIRÚRGICO A PROPÓSITO DE UN EVENTO ATÍPICO

DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERAN-LEÓN JUAN SEBASTIÁN, GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, ESTEBAN-BADILLO LAURA YIBETH, HERNÁNDEZ-NAVAS JORGE ANDRÉS

*Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad de Santander. Bucaramanga (Colombia)*

**Introducción.** El sarcoma sinovial es un tumor mesenquimatoso maligno agresivo poco frecuente que representa entre el 2,5 y el 10,0% de todos los sarcomas y se encuentra con mayor frecuencia en los tejidos blandos de las extremidades, especialmente cerca de las articulaciones grandes. El sarcoma de pulmón sinovial primario es bastante raro y representa el 0,5% de todas las neoplasias pulmonares malignas primarias.

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

**Métodos.** Presentamos un caso clínico de un paciente de la séptima década años con un tumor del pulmón derecho de más de 25 cm de diámetro. Los repetidos intentos de realizar una punción transtorácica tanto en nuestro departamento como en otros hospitales para la biopsia fueron infructuosos. Teniendo en cuenta la progresión de la enfermedad, la aparición y aumento de la clínica de insuficiencia respiratoria, la imposibilidad de excluir el carácter maligno del proceso y el buen estado funcional del paciente, se decidió la cirugía. El paciente fue sometido a neumonectomía derecha con disección ganglionar mediastínica. El postoperatorio se complicó con un sangrado intrapleural, por lo que se realizó una toracotomía. Tras su recuperación, el paciente fue dado de alta del hospital en condición estable.

**Discusión.** El tumor es sensible a la quimioterapia, pero el principal método de tratamiento del sarcoma de pulmón sinovial sigue siendo quirúrgico. Las publicaciones dedicadas a este tema presentan observaciones clínicas debido a la rara aparición de la enfermedad, por lo que cada observación es de interés científico y práctico. El sarcoma sinovial pulmonar representa un desafío significativo en la oncología debido a su rareza y la complejidad de su diagnóstico y tratamiento. La identificación es crucial pero compleja de lograr, lo que subraya la necesidad de un alto índice de sospecha clínica y el uso de técnicas diagnósticas avanzadas.

## ONC-9

### REPORTE DE UN CASO CLÍNICO DE CARCINOMA UTERINO DE CÉLULAS CLARAS CON METÁSTASIS CEREBRAL, UN EVENTO ATÍPICO

FIGUEROA MICHAEL, SARMIENTO LUIS, THERAR JUAN, ESTEVEZ JULIANA, ACEVEDO DIEGO, GARCIA JULIAN, CASTILLO SILVIA

*Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)*

**Introducción.** El cáncer de cuello uterino es una neoplasia común entre las mujeres. En la mayoría de los casos, se disemina localmente y a través de los linfáticos hacia los ganglios linfáticos retroperitoneales. Las metástasis al sistema nervioso central (SNC) son extremadamente raras y tienden a tener un pronóstico desfavorable. Además, dependiendo del tipo histológico, como el carcinoma de células pequeñas y el carcinoma de células claras, la agresividad y el pronóstico pueden variar significativamente.

**Presentación de Caso.** Se trata de una paciente de la quinta década con adenocarcinoma de útero que desarrolló metástasis al cerebelo. El diagnóstico de cáncer de útero en estadio IV (T2N1M1) se estableció en 2018. La paciente recibió tratamiento que incluyó extirpación del útero, disección de ganglios linfáticos, radioterapia y quimioterapia. En 2019, la paciente presentó síntomas neurológicos, y una resonancia magnética reveló la presencia de un tumor en la fosa craneal posterior. No se observó progresión en otros órganos ni en la zona del foco primario. El tumor cerebral fue resecado y se confirmó histológicamente como metástasis cerebral de adenocarcinoma uterino de células claras. Se administraron radioterapia y quimioterapia, lo que resultó en una mejoría de los síntomas neurológicos y una respuesta completa al tratamiento.

**Discusión.** Nuestro caso ilustra una rara metástasis de un adenocarcinoma uterino de células claras al SNC, con aproximadamente 100 casos documentados en la literatura y una incidencia del 0,57%. Las metástasis cerebrales del adenocarcinoma uterino no presentan características radiográficas específicas, y su manejo debe incluir un enfoque terapéutico combinado para mejorar la esperanza y la calidad de vida de los pacientes.

## ONC-10

### METÁSTASIS A CUERO CABELLUDO: UNA RARÍSIMA MANIFESTACIÓN INICIAL DEL CÁNCER DE MAMA

GOMEZ JUAN FERNANDO, RIVAS-TAFURT GIOVANNA PATRICIA, KRASTZ-OSPINA LAURA TATIANA, ESCOBAR-DAVILA SANTIAGO LEANDRO, RUIZ-JIMENEZ PAOLA ANDREA, DAZA-ARANA JORGE-ENRIQUE, QUINTANA JHON HERNEY, PIZANO-CRIOLLO MIREYA KAROLINA

*Universidad Santiago De Cali, Clínica de Occidente. Cali (Colombia)*

**Introducción.** Las metástasis a cuero cabelludo representan el 2% de todos los tumores de piel. Solo del 4 al 6,9% de todas las metástasis cutáneas ocurren en esta localización siendo principalmente asociadas a cáncer de pulmón. Generalmente el cáncer de mama suele comprometer la piel adyacente pero puede afectar piel a distancia hasta en 0.8% de los casos.

**Presentación del Caso.** Paciente de sexo femenino 62 años con 6 meses de evolución de lesión en cuero cabelludo macular y posteriormente ulceración de 1.5 cm sin respuesta a manejo con esteroide. La biopsia reportó adenocarcinoma con células en anillo de sello compatible con carcinoma de mama metastásico subtipo luminal A. En consulta de oncología, se encontraron adenopatías cervicales y axilares derechas, lesión en mama derecha de 3 cm, 2 induraciones en escalpo. La resonancia magnética demostró lesiones metastásicas óseas con compromiso de escalpo y meníngeo, ecografía mamaria BIRADS V, el PET-CT documentó compromiso óseo apendicular y axial columna torácica, ganglionar mediastinal y pulmonar metastásico, Recibió radioterapia paliativa en columna y cráneo, manejo con letrozol ribociclib denosumab, logrando respuesta parcial, durante 18 meses con ECOG 1 IK 90%.

**Discusión.** El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres, puede afectar cualquier órgano incluyendo cuero cabelludo. Aunque la presencia de cáncer primario y metastásico es baja en esta localización, es importante realizar examen físico completo e incluir neoplasias en el diagnóstico diferencial de lesiones en cuero cabelludo. Afortunadamente están disponibles terapias personalizadas seguras y efectivas para el cáncer de mama metastásico.

## ONC-11

### REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY

ROJAS ORLYS-P., CHACÓN MARÍA-A., SEQUEA DAVID, MOROS KEILY, DÍAZ ANA, GÓMEZ EDGAR

*Universidad Autónoma de Bucaramanga, Clínica Foscal, Floridablanca (Colombia)*

**Introducción.** El síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) es una enfermedad rara congénita caracterizada por malformaciones capilares, hipertrofia del tejido blando y/u óseo, y malformaciones venosas.

**Presentación del caso.** Hombre de 28 años con antecedente de hemangioma congénito en miembro inferior derecho (MID), asociado a insuficiencia venosa y episodios recurrentes de trombosis venosa profunda (TVP). Consultó por 15 días de dolor, calor y edema en MID, y fiebre. Refería 5 meses de lesión exofítica en tobillo derecho con supuración purulenta. El examen físico reveló hemangioma en MID, edema asimétrico, insuficiencia venosa y deformidad del pie, así como una gran placa hiperqueratósica de bordes regulares bien definidos, con ulceración, erosión y algunas zonas con costra hemática en su superficie, en tobillo derecho.

La ecografía Doppler venosa de MID evidenció una TVP aguda de la vena femoral superficial. La biopsia de la lesión mostró hallazgos de dermatitis perivascular superficial y proliferación vascular de apariencia reactiva sin evidencia de lesión maligna. Se diagnosticó un SKT con infección de tejidos blandos secundario a verruga viral crónica sobreinfectada. Se indicó anticoagulación con apixabán y clindamicina intravenosa por 7 días.

**Discusión.** El manejo de pacientes con SKT se centra en controlar complicaciones como la TVP y las úlceras cutáneas, así como tratar síntomas como el dolor y la inflamación. Es crucial el uso de anticoagulantes y el tratamiento de infecciones secundarias en casos de complicaciones trombóticas y ulcerativas. La terapia compresiva puede mejorar el flujo venoso y reducir el edema. En ocasiones, se requiere intervención quirúrgica para corregir deformidades o malformaciones vasculares importantes, e incluso medicamentos como los inhibidores mTOR o inhibidores de PIK3CA.