

# **RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN CANARIA DE LA AEDV**

Reunión de la Sección Canaria de la AEDV  
*Las Palmas de Gran Canaria, 22 de noviembre de 2008*

Reunión de la Sección Canaria de la AEDV  
*Santa Cruz de Tenerife, 18 de abril de 2009*

Reunión de la Sección Canaria de la AEDV  
*Fuencaliente (La Palma), 23-24 de octubre de 2009*

---

**RESÚMENES**

---



# REUNIÓN DE LA SECCIÓN CANARIA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

## Las Palmas de Gran Canaria, 22 de noviembre de 2008

### 1. PENFIGOIDE DE MEMBRANAS MUCOSAS. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

P. Melwani Melwani, N. Guillermo Martínez, R. Martel Martell, E. Soler Cruz, T. Montenegro Dámaso<sup>a</sup> y L. Borrego Hernando  
*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** El Penfigoide de Membranas Mucosas (PMM) constituye un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias crónicas que se caracterizan por la formación de ampollas subepidérmicas, que afectan predominantemente a las mucosas. Es una entidad poco frecuente que ocasiona una importante morbilidad, por lo que su manejo debe ser multidisciplinar.

**Caso clínico.** Describimos 3 casos de PMM (2 mujeres y un varón), con edades comprendidas entre los 56 y los 63 años. Todos consultaron por brotes de lesiones erosivas y/o ampollosas en mucosa oral (yugal, palatina o gingival) sin sintomatología cutánea asociada. Una paciente refería además disfagia y prurito ocular. En los tres casos se realizó biopsia cuya inmunofluorescencia fue positiva, mostrando un depósito lineal de IgG y complemento a lo largo de la membrana basal. Se pautó tratamiento con acetónido de triamcinolona que logró controlar la enfermedad en dos pacientes, mientras que la paciente que presentó afectación más extensa, requirió tratamiento con sulfona.

**Discusión.** El PMM ha recibido distintas denominaciones en la literatura, según la mucosa predominantemente afectada. En el año 2002, Chan et al publicaron el primer documento internacional de consenso de esta entidad, estableciendo los criterios diagnósticos, factores patogénicos, manejo terapéutico y pronóstico. La mucosa oral es la localización más frecuente, que se afecta hasta en el 85 % de los casos. La inmunofluorescencia característica (depósito lineal de IgG y complemento a lo largo de la membrana basal) confirma el diagnóstico. El tratamiento y el pronóstico dependen de la localización y extensión del cuadro clínico, que suele requerir un manejo multidisciplinar.

### 2. ¿ROSAI-DORFMAN Y LINFOMA O UN NUEVO SÍNDROME?

F. Rodríguez García, J. Suárez Hernández, R. Fernández de Misa, A. Torrelo Fernández<sup>a</sup>, I. Mediero<sup>a</sup> y C. Díaz Cascajo<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. <sup>a</sup>H. Infantil Niño Jesús. Madrid. España. <sup>b</sup>Servicio de Patología. Klinik für Dermatologie. Friburgo. Alemania.*

**Introducción.** La enfermedad de Rosai-Dorfman es una alteración histiocítica proliferativa poco común, de curso frecuentemente crónico. Se caracteriza por la aparición de linfadenopatías cervicales bilaterales indoloras, fiebre, anemia, aumento de la velocidad de sedimentación globular, neutrofilia e hipergammaglobulinemia policlonal. El poco conocido síndrome H una genodermatosis caracterizada por placas induradas hiperpigmentadas, hipertrichosis y manifestaciones sistémicas (disminución de la audición, talla baja, anomalías cardíacas, hepatoesplenomegalia, masas escrotales e hipogonadismo).

**Caso clínico.** Niño de 13 años seguido en consultas de Dermatología desde el año 2005, cuando fue remitido por presentar lesiones cutáneas asintomáticas y alopecia. Las lesiones cutáneas las presenta desde los 4 años, habiendo ido progresando lentamente. El estudio histológico de las lesiones confirma el diagnóstico de pseudotumor inflamatorio. Posteriormente desarrolla linfadenopatías y las lesiones cutáneas progresan, por lo que es estudiado tanto desde el punto de vista clínico como histológico en diversos centros hospitalarios de referencia, siendo diagnosticado de Enfermedad de Rosai-Dorfman y de linfoma no Hodgkin asociado a Rosai-Dorfman.

**Discusión.** La asociación de Rosai-Dorfman y de linfoma no Hodgkin constituye una posibilidad diagnóstica en este paciente, aunque basándonos en la clínica del paciente la posibilidad de un linfoma es más improbable. Por ello pensamos que el síndrome H, descrito en Julio de 2008 en un grupo de pacientes de Israel y publicado en Journal of American Academy of Dermatology es la posibilidad diagnóstica más probable.

### 3. LINFOMA T CUTÁNEO PRIMARIO PLEOMÓRFICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS/MEDIANA CD4(+) (LCCTP/M)

J.A. Pérez Cejudo, E. Piqué Duran, D. Cameselle Martínez, S. Palacios Llopis y S. Montes

*Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III. Madrid. España.*

**Introducción.** LCCTP/M, es una entidad rara, clasificada provisionalmente VHO/EORTC, clínicamente, histológicamente e inmunohistoquímicamente diferente de la micosis fungoide. Se caracteriza tumores o placas únicas localizadas frecuentemente cabeza y cuello.

**Caso clínico.** Presentamos una paciente 27 años, gestante 6 meses. Consulto por lesión tumoral-nodular en dorso lengua, eritemato violáceo, superficie lisa, infiltrada, de 3 años de evolución. Estudio Histopatológico: infiltrado de células linfoides pleomórficas de pequeño, mediano tamaño, algunas células gigantes, que invaden dermis superficial y profunda, tejido muscular. No epidermotrismo. La inmunomarcación expresa CD30(-), CD3(+), CD4(+), CD8(-), PD1(+). El análisis de el gen TCR demostró la presencia de monoclonalidad. El estudio dirigido a detectar afectación extracutánea se realizó 1 mes después del parto, TCM cérico torácico abdominal, biopsia medula ósea incluyendo inmunofenotipo cariotipo neoplasia hematológica, marcadores Bcl1, Bcl2, dentro de la normalidad. La paciente se encuentra asintomático después de 1 año de evolución.

**Discusión.** LCCTP/M, es una entidad rara, clasificada provisionalmente VHO/EORTC, clínicamente, histológicamente e inmunohistoquímicamente diferente de la micosis fungoide. Se caracteriza tumores o placas únicas localizadas frecuentemente cabeza y cuello. Histológicamente células linfoides pleomórficas pequeño/mediano tamaño, menos 30 % de células gigantes, con tendencia a infiltrar tejido subcutáneo. Expresan CD30(-), CD4(+), CD3(+), CD8(-). Su diagnóstico se realiza por exclusión. Su pronóstico es favorable. Su tratamiento no está bien definido, cirugía, radioterapia, ciclofosfamida, ha sido publicado en series cortas.

#### 4. LA EXPRESIÓN DE MUM1 NO DIFERENCIA LA PAPULOSIS LINFOMATOIDE DEL LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES

R.F.-de-Misa<sup>a</sup>, J. Bastida<sup>b</sup>, C. Febles<sup>a</sup>, T. Montenegro<sup>c</sup>, J.C. Rivero<sup>b</sup>, E. Piqué<sup>d</sup> y B. Hernández-Machín<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario N.º S.º de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>c</sup>Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>d</sup>Hospital General de Lanzarote. España.

**Introducción.** Los procesos linfoproliferativos CD30<sup>+</sup> cutáneos primarios (PLCD30<sup>+</sup>) constituyen el segundo grupo más frecuente de linfomas cutáneos primarios de células T e incluye el linfoma anaplásico de células grandes (LACG) y la papulosis linfomatoide (PL). No existen criterios anatomopatológicos que discriminen fehacientemente ambos procesos por lo que la clínica continúa siendo la piedra angular del diagnóstico y del tratamiento. Se ha propuesto la expresión de MUM1 como factor diferenciador entre las citadas entidades<sup>1</sup>. No obstante, existen datos contradictorios<sup>2</sup>. Analizamos la expresión de MUM1 en pacientes con PLCD30<sup>+</sup> seguidos en la Red Canaria del Linfoma Cutáneo.

**Material y método.** Incluimos 21 pacientes diagnosticados de PLCD30<sup>+</sup> según los criterios de la OMS-EORTC<sup>3</sup> (13 PL y 8 LACG). Se estudiaron muestras fijadas en formol con un anticuerpo anti-MUM1 (DAKO).

**Resultados.** El infiltrado neoplásico expresó en todos los casos los antígenos CD3, CD4 y CD30. Se evidenció positividad del CD8 y CD56 en el 17,6% y 6% de las muestras, respectivamente. El 56% de las mismas expresaron marcadores citotóxicos. Se constató una intensa expresión de MUM1 en todos los casos.

**Conclusiones.** Kempf et al<sup>1</sup> sugirieron recientemente la utilidad de la expresión de MUM1 para distinguir la PL del LACG. Encontraron positividad en 13/15 de las muestras de PL y solo en 2/10 de las correspondientes a LACG. Contrariamente, Wasco et al<sup>2</sup> detectaron una intensa expresión de MUM1 en 5/5 de sus LACG y en 12/16 de las PL. Nuestros resultados apoyan los obtenidos por Wasco et al, demostrando una importante positividad para MUM1 en ambas entidades. Por lo tanto, la expresión de MUM1 no es útil para distinguir la PL del LACG.

#### 5. DERMATITIS ATÓPICA REFRACTARIA EN NIÑOS TRATADA CON AZATIOPRINA. EXPERIENCIA EN 7 CASOS

R.M. Martel Martell, N. Guillermo, P. Melwani Melwani, D. Islas Norris, M. Riano Ruiz<sup>a</sup> y L. Borrego Hernando

Servicio de Dermatología y <sup>a</sup>Bioquímica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.

**Introducción.** Evaluación de la toxicidad de la Azatioprina en niños con Dermatitis Atópica (DA) refractaria.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de los efectos secundarios de la Azatioprina, ajustada a los niveles de tiopurina metil transferasa (TPMT), en menores de 18 años con DA que han sido tratados en el Servicio de Dermatología del Hospital Insular de Gran Canaria. Se realizaron controles analíticos en la visita basal, al mes y cada 3 meses tras tratamiento con recuento leucocitario y de transaminemia para evaluación de la toxicidad.

**Resultados.** Siete niños (media de 10 años) con DA moderada-severa, han recibido Azatioprina en nuestro servicio durante una media de 12 meses (rango 1-38) sin presentar efectos adversos que hayan requerido la suspensión del tratamiento. Todos ellos han presentado mejoría clínicamente relevante.

**Conclusión.** La Azatioprina es un análogo sintético de las purinas utilizado ampliamente como terapia inmunosupresora en diversas patologías dermatológicas. Las guías de uso clínico no dan consejos claros sobre el fármaco de elección en la DA refrac-

taria, siendo la Ciclosporina el tratamiento con mayor experiencia de uso, aunque de difícil manejo durante periodos largos debido a sus efectos secundarios. Desde la instauración de la TPMT, la Azatioprina se ha mostrado como una alternativa terapéutica segura y eficaz en este tipo de pacientes.

#### 6. HLA Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS DE LA POBLACIÓN PSORIÁSICA DEL ÁREA NORTE DE GRAN CANARIA

J. Vilar, P. Valerón, L. Dehesa, F. Sánchez<sup>a</sup>, A. Gómez-Duaso y G. Carretero

Servicio de Dermatología e <sup>a</sup>Inmunología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. España.

**Introducción.** La Psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria, crónica, de base genética compleja. Numerosos estudios han demostrado la mayor prevalencia de la enfermedad en familiares de primer y segundo grado que en la población general. Entre sus posibles mecanismos hereditarios se han identificado al menos 9 loci que se relacionan significativamente con la enfermedad (PSORS1-9). De estos, es el PSORS 1 el que más intensamente lo hace, constituyendo entre el 35-50% de los mecanismos hereditarios de la enfermedad. A raíz del PSORS1, de su gen HLA-C, y en concreto de la presencia del alelo HLA-CW6 la clínica típica de la psoriasis vulgar se ha dividido en 2 grupos: La tipo 1, caracterizada por inicio precoz de la enfermedad, agregación familiar y relación positiva con el HLA-CW6, y el tipo 2, que se caracteriza por lo contrario. De todos modos la teórica relación psoriasis-HLA está sometida a variaciones dependiendo de la edad, sexo, raza y localizaciones geográficas.

**Material y método.** Nuestro objetivo es establecer la distribución del HLA en nuestra población psoriásica, y estudiar la relación existente entre éste y los distintos tipos clínicos de la psoriasis y las características fenotípicas de nuestros pacientes. Para ello trabajamos con nuestra base de datos de pacientes psoriásicos que incluye (Octubre del 2008) 264 pacientes, de los cuales a 202 se les estudió el HLA y 181 han rellenado un cuestionario fenotípico específico para este trabajo.

**Conclusiones.** En nuestro grupo se ha comprobado la agregación positiva de la psoriasis con el alelo HLA-CW6 ( $p = 0,000$ ) (factor predisponente), y hemos detectado la agregación negativa con el HLA-CW4 ( $p = 0,01$ ) (factor protector), no descrita hasta el momento. Hemos demostrado la asociación del HLA-CW6 con la edad de inicio precoz de la enfermedad ( $p = 0,05$ ), y no hemos podido hacerlo con la agregación familiar. Los pacientes HLA-CW6+ presentan menos afectación ungueal ( $p = 0,04$ ) y los que padecen artropatía psoriásica diagnosticada suelen presentar mayor porcentaje de afectación cutánea, especialmente ungueal ( $p = 0,04$ ), troncal ( $p = 0,03$ ) y extremidades ( $p = 0,01$ ). El resto de las variables analizadas no han mostrado diferencias significativas.

#### 7. LA MUTACIÓN G2817A (COL7A1E21/RS1264194) PUEDE SER OTRO MARCADOR DE LA TRANSICIÓN EPIDERMÓ-DÉRMICA DEL MELANOMA

G. Carretero, A. Álvarez-Prats, J. Vilar, A. Santana, J. Gómez, L. Dehesa y P. Valerón

Servicio de Dermatología. Unidad de Investigación-Melanoma. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. España.

**Introducción.** La primera fase de desarrollo del melanoma se caracteriza por la aparición y represión de multitud de moléculas de interacción célula-célula y célula-matriz extracelular, que per-

miten y conducen a que el melanocito abandone el estrato epidérmico, atraviese la barrera dermo-epidérmica, anide en la dermis y sobreviva. La sucesión y oportunismo de la aparición de esos cambios conducentes a la tumorigenesis melanocitaria, puede verse favorecida por la alteración de las moléculas necesarias para oponerse a dicho movimiento epidermo-dérmico. Planteamos la hipótesis de que el colágeno VII podría ser una de las moléculas facilitadoras de dicha invasividad.

**Material y método.** Se diseñó un estudio de casos y controles para estudiar la mutación G2817A (Col7a1E21/rs1264194). Tamaño de la muestra: 252 casos (n = 252 pacientes con melanoma) y 235 controles (sanos sin antecedentes de melanoma). Previo consentimiento de los pacientes y controles, se obtuvieron muestras sanguíneas y purificación de ADN. Se realizó PCR usando como enzima de restricción Pvu II para G2817A y primers: Forward: 5'CCTCCCTGATTCCTGAGCTT3'/Reverse: 5'GGAGGAGTCACTCAGAGTCCG3. Ambos grupos se encontraban en equilibrio de Hardy-Weinberg. Para la valorar significación estadística se utilizó  $\chi^2$  de Pearson.

**Resultados y conclusiones.** Comprobamos que la mutación homóloga AA aparece con más frecuencia en pacientes con melanoma, en casos de melanoma familiar, melanoma con Clark IV y pacientes con número escaso (< 20) de efélides. Dichos resultados, nos animan a seguir estudiando el resto del dominio NC1 del colágeno VII y seguir considerándolo como potencial marcador de la transición epidermo-dérmica del melanoma, a la vez que nos proponemos profundizar en su potencial asociación con otros rasgos fenotípicos y clínico-patológicos de pacientes con melanoma ampliando la muestra estudiada y utilizando otros instrumentos de análisis.

## 8. IMIQUIMOD E INMUNIDAD INNATA EPIDÉRMICA: NUEVAS FUNCIONES DE LOS MODIFICADORES DE LA RESPUESTA INMUNE

M. Rodríguez-Martín, M.Q. Man<sup>a</sup> y P. Elías<sup>a</sup>

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España. <sup>a</sup>Dermatology Department. Veterans Affairs Medical Center. San Francisco. CA. EE. UU.

**Introducción.** La inmunoterapia tópica con imiquimod (IMQ) y otras imidazoquinolinas representa actualmente una interesante opción de tratamiento para infecciones víricas y neoplasias localizadas en piel y mucosas (1,2). Imiquimod tiene un amplio rango de acción en nuestra especialidad, actuando mediante la familia de receptores Toll-like (TLR). Estos receptores se hallan expresados principalmente en los queratinocitos, células dendríticas y monocitos (3). El agonismo TLR induce la expresión de ciertas citocinas (INF- $\alpha$ , TNF e interleukina-12) cuya función es promover la respuesta inmune innata y adaptativa mediada por células (4-7). La expresión de péptidos antimicrobianos (AMP) es un importante mecanismo defensivo integrante de la inmunidad innata cutánea, que ha demostrado ser esencial para la defensa epidérmica contra la infección bacteriana. En este estudio analizamos la influencia del imiquimod sobre la inmunidad innata cutánea, medida mediante la expresión de AMP.

**Material y métodos.** Analizamos biopsias cutáneas de ratones hembra hairless (n = 4 en cada grupo) tratadas durante una semana con los siguientes tratamientos tópicos dos veces al día: calcipotriol crema (Daivonex<sup>®</sup>), Imiquimod 5 % crema (Aldara<sup>®</sup>) y vehículo. Tras realizar el procesado del tejido y su inclusión en parafina, realizamos técnicas de inmunofluorescencia utilizando anticuerpos: CRAMP y mBD-3. La expresión de inmunofluorescencia en piel fue analizada mediante microscopía confocal.

**Resultados y discusión.** Analizamos los efectos del IMQ tópico y calcipotriol, comparado con vehículo en la expresión de AMP en epidermis de ratones. Los animales tratados con IMQ mostraron

un claro aumento de proteína inmunodetectable cuando se comparó con el grupo control negativo. Así mismo, los animales tratados con IMQ mostraron un aumento de CRAMP al compararlos con el grupo calcipotriol. La expresión de mBD-3 se halló aumentada en el grupo IMQ y calcipotriol al compararlo con el vehículo, observándose una distribución más parcheada de este péptido en el grupo calcipotriol al compararlo con IMQ. La inmunotinción de CRAMP se localizó predominantemente en estrato córneo, siguiendo un patrón lineal tanto en los animales tratados con IMQ como calcipotriol. Sin embargo, la distribución de mBD-3 se halló aumentada tanto en estrato córneo como granuloso, observándose un patrón vesicular. En múltiples estudios se ha mostrado una alta incidencia de úlceras cutáneas y mucosas durante los tratamientos con IMQ. Sin embargo, debido a la inducción de AMP mediada por IMQ, éstos pacientes podrían hallarse protegidos de sobreinfecciones secundarias. El efecto inductor de cathelicidinas y beta-defensinas del IMQ podrían colaborar sinérgicamente con sus funciones antimicrobianas y antineoplásicas. Debido a la importancia de los AMP en evitar sobreinfecciones bacterianas, virales y fúngicas, estudiamos la modificación de la inmunidad innata siguiendo terapias tópicas con IMQ. Aunque no existen trabajos publicados que hayan analizado los efectos del IMQ sobre las beta-defensinas y cathelicidinas epidérmicas, nuestros resultados demuestran el incremento de ambas proteínas en la epidermis de los ratones tratados. Sin embargo, los mecanismos moleculares que producen esta elevación de la inmunidad innata resultan desconocidos.

## 9. NEVUS PIGMENTARIOS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA INFRECUENTE

P. Valerón Almazán, J. Vilar Alejo, L. Dehesa García, J. Bastida Iñarrea, M.P. Rivero Suárez y G. Carretero Hernández  
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. España.

**Introducción.** La presentación clínica de las proliferaciones melanocitarias benignas pueden ser variadas. La mayoría aparecen de forma muy común como nevus melanocitario adquirido. Sin embargo otras formas de expresión clínica puede aparecer y adoptar formas y localizaciones más atípicas o «caprichosas»: segmentarias, radicales, lineales, etc. En la presentación se comentarán diversos conceptos y teorías que pueden ayudarnos a entender la caprichosa expresión fenotípica de estas lesiones.

**Material y método.** Hemos recolectado una serie de casos de nevus spilus, congénitos y agminados representativos de estas raras formas de aparición clínica que mostraremos y discutiremos.

**Discusión.** El término agminado deriva del latín «agmen» que significa agregación. Los nevus pigmentarios agminados se caracterizan por la presencia de varias lesiones pigmentadas del mismo tipo que se distribuyen de forma agrupada o en racimo en un área corporal circunscrita. La presentación de lesiones de tipo agminado ha sido descrita en diversas variantes de nevus, tales como nevus melanocítico congénito, nevus melanocítico adquirido, nevus azul, nevus de Spitz o nevus spilus. El mosaicismo se define por la presencia en un individuo de dos o más poblaciones celulares genéticamente diferentes pero originadas a partir del mismo cigoto. Desde el punto de vista clínico, el fenotipo reflejado pondrá de manifiesto esta diferencia celular reflejándose áreas de piel afecta junto con otras de piel sana. Existen 5 grandes modelos universalmente aceptados de mosaicismo cutáneo, aunque posiblemente sea necesario el desarrollo de nuevos modelos para explicar algunos de las variantes clínicas atípicas de lesiones pigmentadas que en ocasiones se observan en la clínica. Algunos autores postulan que la presentación de lesiones de tipo agminado pueda deberse a la acción de procesos moleculares que tienen lugar a nivel genético, y que, como consecuencia, tienen como resultado la presentación de este patrón en diferentes tipos de lesiones.

**Conclusiones.** Es posible que este hecho nos permita considerar en un futuro a las lesiones de forma agminada como un nuevo modelo diferenciado de mosaicismo cutáneo.

## 10. GRANULOMA ANULAR PATCH-TYPE

E. Piqué-Duran, J.A. Pérez-Cejudo, S. Palcios-Llopis<sup>a</sup> y D. Cameselle-Martínez

*Sección de Dermatología y \*Servicio de Patología. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.*

**Introducción.** El granuloma anular (GA) es variante clásica es una entidad frecuente y conocida que no ofrece dificultades diagnósticas. No obstante, se han descrito variantes clínicas menos frecuentes que pueden ser más difíciles de distinguir. Entre ellas destacar el GA perforante, el GA profundo, el GA generalizada o el GA *match-type*.

**Caso clínico.** Varón de 48 años que presentaba una placa asintomática a nivel glúteo de un año de evolución. Dicha lesión presentaba periodos de mejoría y de empeoramiento sin relación clara por nada. Era asintomática y no había recibido ningún tratamiento para la misma. A la exploración presentaba una placa maculosa de gran tamaño localizada en glúteo derecho cerca del pliegue. Era eritematosa con la piel algo indurada en algunas zonas que le conferían un tacto escleroso. Se realizó una biopsia en la que se apreciaban cambios dérmicos de granuloma anular con presencia de colágeno necrobiótico. A nivel epidérmico, no obstante se observaban áreas de espongiosis con leve exocitosis. Se instauró tratamiento con decloban<sup>®</sup> con la práctica resolución del cuadro, aunque persistieron una pápulas a nivel del pliegue interglúteo. Como antecedente destacar que el paciente había recibido tratamiento con tetraciclinas de forma intermitente pero en periodos de tiempo largo los últimos dos años.

**Discusión.** El granuloma anular (GA) es variante clásica es una entidad frecuente y conocida que no ofrece dificultades diagnósticas. No obstante, se han descrito variantes clínicas menos frecuentes que pueden ser más difíciles de distinguir. Entre ellas destacar el GA perforante, el GA profundo, el GA generalizada o el GA *match-type*. Esta última variante aunque fue de las primeras en describirse, es escasamente publicada. Se trata de una placa eritematosa maculosa, con la particularidad que a nivel histológicos se presenta habitualmente como un GA intersticial. En nuestro caso nos llama la atención los cambios epidérmicos, que no son un hallazgo típico de GA. Este hecho puede sugerir un origen medicamentoso del cuadro de nuestro paciente.

## 11. LESIÓN CUTÁNEA INFILTRANTE PERIOCULAR CON EVOLUCIÓN FATAL

C. Rodríguez García, F. Guimerá Martín-Neda, S. González Hernández, N. Pérez Robayna, N. Merino de Paz, R. Sánchez González, M. Sáez Rodríguez, M. García Bustínduy, R. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup>, A. Martín Herrera<sup>a</sup> y A. Noda Cabrera

*Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción.** Las metástasis localizadas en párpados son poco frecuentes y representan menos de un 1 % de las lesiones malignas en dicha zona. En aproximadamente el 27 % de los casos, pueden aparecer antes de que la lesión primaria haya sido detectada y es indicativo de mal pronóstico.

**Caso clínico.** Paciente varón de 75 años que acude por presentar una lesión en ojo derecho, de 4 meses de evolución, que había sido biopsiada y diagnosticada en otro centro de Liquen Mixodematoso y no había respondido a tratamiento con esteroides orales y tópicos. A la exploración física se observa una lesión nodular

eritematosa, de aproximadamente 1 cm, en cara externa de párpado superior izquierdo, asociada a intenso edema. A la palpación, se encuentra indurada e infiltra a planos profundos. Se toma muestra para estudio histológico, diagnosticándose de carcinoma de células de anillo de sello. Se solicita un TAC de macizo facial en el que se aprecia una lesión nodular de 8 mm en cara externa de órbita izquierda, con cambios inflamatorios en esclerótica, conjuntiva y párpado izquierdos. Solicitamos también un TAC tóraco-abdomino-pélvico que se encuentra dentro de la normalidad. Esa misma semana, el paciente acude a Urgencias con un cuadro de síndrome constitucional donde es diagnosticado de anemia hemolítica de origen paraneoplásico, por lo que se decide su ingreso en UCSI. Se solicita Endoscopia digestiva alta, en la cual se aprecia una lesión tumoral ulcerosa infiltrante en cuerpo y antro gástrico. El paciente sufre un rápido deterioro del estado general y fallece pocos días después.

**Discusión.** Las metástasis localizadas en párpados son poco frecuentes y representan menos de un 1 % de las lesiones malignas en dicha zona. En aproximadamente el 27 % de los casos, pueden aparecer antes de que la lesión primaria haya sido detectada y es indicativo de mal pronóstico. El cáncer de mama es el origen más frecuente en esta localización. La identificación del tumor primario permanece desconocida en un 8-11 % de los casos. El adenocarcinoma gástrico metastatiza principalmente al hígado, pulmón, huesos y SNC. Solamente un 0,8 % de pacientes con cáncer gástrico tiene metástasis cutáneas. Presentamos un caso poco frecuente de metástasis periocular como primera manifestación de un adenocarcinoma gástrico.

## 12. INFECCIÓN CUTÁNEA POR GRAMNEGATIVO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA EN LA INFANCIA

N. Pérez Robayna, N.P. Merino de Paz, S. González Hernández, C. Rodríguez García, M. Sáez Rodríguez, F. Guimerá Martín-Neda, M. García Bustínduy, A. Noda Cabrera y R. Sánchez González

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.*

**Introducción.** Las inmunodeficiencias son defectos en los mecanismos de defensa de un individuo. El defecto puede manifestarse como una mayor tendencia a las infecciones. Debe considerarse la probabilidad de una inmunodeficiencia en un niño con infecciones recurrentes y/o retraso del crecimiento y desarrollo.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 11 años de edad, que acudió a nuestro Servicio en el año 2004, por presentar, desde hacía 2 meses, una placa eritematosa en antebrazo, redondeada, de aspecto carnososo, bien delimitada y rodeada por un halo violáceo. Los hallazgos anatomopatológicos sólo mostraron marcada hiperplasia pseudoepiteliomatosa y un denso infiltrado inflamatorio linfo-histiocitario. Con el diagnóstico de sospecha de una infección por micobacteria, se realizó radiografía de tórax y una TAC-AR para descartar afectación tuberculosa, el cual fue informado como lesión fibrocicatricial residual granulomatosa, que se interpretó como lesión residual. El cultivo de la lesión mostró la presencia de *Serratia marcescens* para lo que se pautó tratamiento con ciprofloxacino que resolvió el cuadro. Posteriormente, en el año 2008, el paciente ingresa en el Servicio de Pediatría por cuadro de fiebre, astenia, y accesos de tos, apreciándose, en un nuevo TAC, la presencia de adenomegalias hiliares bilaterales cuya biopsia puso de manifiesto una reacción granulomatosa sarcoidal, no caseificante, inespecífica. Finalmente, se confirmó el diagnóstico de Enfermedad Granulomatosa Crónica.

**Discusión.** Las infecciones cutáneas primarias causadas por *Serratia marcescens* son extremadamente raras, sin embargo son muy frecuentes en la Enfermedad Granulomatosa Crónica, la cual es una inmunodeficiencia primaria que determina la incapacidad de las células fagocitarias para matar bacterias y hongos intracelulares. Su manifestación clínica más importante son las infecciones recurrentes severas. Como conclusión, las infecciones cutáneas producidas por microorganismos no habituales en niños, deben hacernos descartar un defecto subyacente.

### 13. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE DISTRIBUCIÓN ZOSTERIFORME

S. González Hernández, E. Fagundo, N. Pérez Robayna, C. Rodríguez García, N. Merino de Paz, R. Sánchez González, M. Sáez Rodríguez, M. García Bustinduy, R. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup>, A. Martín Herrera<sup>a</sup> y A. Noda Cabrera  
*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción.** Las metástasis cutáneas de un tumor interno constituyen un hallazgo poco frecuente. Suelen aparecer como nódulos firmes en proximidad al tumor primario. En algunos casos se pueden presentar con un patrón zosteriforme.

**Caso clínico.** Presentamos 2 pacientes: Caso 1: Paciente varón de 78 años, con antecedentes personales de linfoma no Hodgkin en remisión completa, que acude por presentar lesiones papulo-nodulares de 2 a 5 cm, eritematosas, con necrosis en superficie de algunas de ellas, pétreas a la palpación, infiltradas en profundidad y agrupadas a lo largo de una banda que ocupa parte del hemitórax izquierdo. El paciente refería haber padecido un herpes zóster en esa zona años antes. Caso 2: Paciente mujer que acude a consulta tras haber sido diagnosticada 2 meses antes de herpes zóster y tratada con aciclovir por persistencia de lesiones. A la exploración hallamos múltiples pápulas eritematosas, induradas en hemitórax izquierdo y de aspecto infiltrado a la palpación. Como antecedentes personales destacaba haber sido tratada por cáncer de mama. En ambos casos se tomaron biopsias cutáneas que resultaron compatibles con metástasis.

**Discusión.** La presencia de metástasis cutáneas derivadas de neoplasias ocurre en un 1-9% de los casos, considerándose un signo de enfermedad avanzada y de mal pronóstico para el paciente. Los mecanismos por los que se establecen las metástasis en la piel incluyen proximidad del tumor primario, diseminación hemática o linfática e incluso, cuando estas lesiones aparecen en cicatrices quirúrgicas, por diseminación de células tumorales en

el momento de la cirugía. La existencia de metástasis con patrón zosteriforme se ha descrito ampliamente en la literatura, existiendo casos de error diagnóstico en los que se ha llegado a tratar a los pacientes con tratamiento antivirales.

### 14. LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO REFRACTARIO CON RESPUESTA A EFALIZUMAB

N. Guillermo, P. Melwani, R. Martel, Y. Peñate, B. Hernández-Machín, T. Montenegro<sup>a</sup> y L. Borrego  
*Servicio de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** El lupus eritematoso cutáneo subagudo es una forma específica de lupus que cursa con placas eritematosas anulares o policíclicas en áreas fotoexpuestas. Los tratamientos convencionales incluyen el uso de fotoprotectores, corticoides tópicos y orales o sulfona para las exacerbaciones y antipalúdicos y/o agentes inmunosupresores como ciclosporina, azatioprina o metotrexato para reducir la frecuencia de los brotes. Recientemente se ha propuesto efalizumab como alternativa en casos refractarios a terapias habituales.

**Caso clínico.** Mujer de 54 años alérgica a heparina con antecedentes de HTA, TVP en miembro inferior derecho y TEP bilateral, en seguimiento por nuestro servicio desde hace 25 años por lesiones de lupus eritematoso cutáneo subagudo localizadas en mejillas, brazos y espalda. Durante su evolución la paciente ha requerido tratamiento con prednisona oral y agentes sistémicos (hidroxicloroquina, azatioprina, metotrexate y ciclosporina) que han tenido que suspenderse por mala tolerancia o efectos adversos. Tras revisar la literatura se decidió añadir al tratamiento con prednisona efalizumab 1 mg/kg/sem, con resolución de lesiones cutáneas a los 2 meses. Tras 4 meses de seguimiento, la paciente permanece asintomática, con buena tolerancia al tratamiento y sin aparición de efectos adversos.

**Discusión.** Efalizumab es un anticuerpo monoclonal que ha demostrado ser efectivo en enfermedades cutáneas en las que se ven implicados los linfocitos, como la psoriasis y el liquen plano. Recientemente se ha descrito como un fármaco a tener en cuenta en el tratamiento del lupus eritematoso cutáneo refractario a las terapias convencionales o cuando existe contraindicación a las mismas, pero se plantean dudas sobre su seguridad al existir casos de elevación de anticuerpos antinucleares y casos inducidos de síndromes lupus-like. Son necesarios estudios randomizados con seguimiento a largo plazo que evalúen su seguridad y eficacia.

# REUNIÓN DE LA SECCIÓN CANARIA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

## Santa Cruz de Tenerife, 18 de abril de 2009

### 1. UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS ELISA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS DERMATOSIS AMPOLLOSAS AUTOINMUNES

A.J. Gómez-Duaso, I. Alarcón<sup>a</sup>; L. Dehesa, J. Vilar, P. Valerón-Almazán y N. Santana

*Servicios de Dermatología y de <sup>a</sup>Análisis Clínicos. HUGC Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

El diagnóstico de las dermatosis autoinmunes se basa en la correlación entre las manifestaciones clínicas, la histopatología y los estudios de inmunofluorescencia, tanto directa sobre el material de biopsia, como indirecta a partir del suero del paciente. Con estos elementos, en ocasiones, no todos los datos son congruentes; no es posible a veces un diagnóstico diferencial entre diferentes dermatosis autoinmunes o entre distintos subtipos de algunas; no se puede tampoco predecir remisiones. Actualmente disponemos de técnicas de ELISA de uso clínico para desmogleinas 1 y 3, antígeno BP-180 y antitransglutaminasa. Estas pruebas analíticas, permiten confirmar el diagnóstico en algunos casos, modificar en ocasiones la clasificación de un subtipo a otro y monitorizar el grado de actividad de la enfermedad, lo que ayuda a tomar decisiones sobre el tratamiento de estos enfermos, al aportar datos complementarios del resto de los estudios de rutina que se realizan en los pacientes con dermatosis ampollas. Describimos nuestra experiencia en su empleo y las ventajas e inconvenientes que se derivan de su uso en nuestro Servicio.

### 2. GRANULOMAS ANULARES SUBCUTÁNEOS Y MILIA ERUPTIVO MÚLTIPLE

R. Cabrera Paz, M.P. Gil Mateo, J.A. Rodríguez Guzmán, M. García Vera<sup>a</sup> y A.E. Fernández Formoso<sup>a</sup>

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital General de La Palma. España.*

El granuloma anular subcutáneo (GAS) es una entidad inflamatoria benigna, poco frecuente y de origen desconocido. Se caracteriza por la aparición de lesiones nodulares subcutáneas indoloras, pudiendo afectar a cualquier zona del tegumento cutáneo. Los milia son quistes epidermoides de pequeño tamaño, bastante frecuentes, que se presentan como pápulas blanco-amarillentas de 1-2 mm de diámetro. Pueden aparecer espontáneamente (milia primario) o secundarios a otros procesos (milia secundario). También pueden ser únicos o múltiples (milia eruptivo múltiple-MEM), así como aislados o asociados con otros procesos clínicos. Se presenta un caso de una paciente adulta que combina GAS con MEM.

*Caso clínico.* Mujer de 38 años sin antecedentes patológicos de interés, es remitida para valorar lesiones subcutáneas indoloras en zona cervical, muslos y párpados de 1 año de evolución. También destacaba la presencia de múltiples quistes de milium en antebrazos y axilas que presentaba desde hacía pocos meses. La biopsia realizada de ambos tipos de lesiones confirmó el diagnóstico de los GAS así como de los quistes de milium. Tras

1 año de tratamiento sin éxito con sulfona oral, se decide iniciar tratamiento con acitretino (25 mg/día). Al cabo de 9 meses de tratamiento se consiguió una remisión completa de los granulomas, no así de los milia.

*Discusión.* El GAS afecta con mayor frecuencia a niños de entre 3 y 6 años, localizándose sobre todo sobre prominencias óseas (zona pretibial, cuero cabelludo etc). Su origen permanece desconocido (enfermedades autoinmunes, diabetes, infecciones, picaduras de insecto...) subyaciendo una posible respuesta de hipersensibilidad retardada a un antígeno desconocido. Aunque no existen tratamientos que hayan demostrado su eficacia en estudios a largo plazo, se recomienda terapia sistémica en los casos severos, habiéndose usado múltiples fármacos (niacinamida, dapsona, antipalúdicos etc). El acitretino interfiere en la formación del granuloma actuando como inmunomodulador e inhibidor de la respuesta de hipersensibilidad retardada y también como reductor de la proliferación fibroblástica y de la síntesis de colágeno. Los MEM se desarrollan normalmente en pocas semanas y suelen afectar a extremidades superiores. Éstos pueden aparecer aislados o en el seno de genodermatosis.

*Conclusión.* Hasta ahora no se han descrito casos que combinen GAS y MEM, no pudiendo descartar el hecho de que sea una mera asociación fortuita.

### 3. HEMANGIOMA SINUSOIDAL

E. Piqué-Duran, S. Palacios-Llopis, B. Paredes y J.A. Pérez-Cejudo

*Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote. España.*

*Introducción.* La clasificación y concepto de las lesiones vasculares cambió radicalmente con la aparición del sarcoma de Kaposi asociado a SIDA, con la aparición de múltiples entidades nuevas.

*Caso clínico.* Varón de 59 años que presentaba un nódulo azulado, asintomático, de cuatro años de evolución en muslo izquierdo, con crecimiento paulatino los últimos 6 meses. El estudio histopatológico mostró un tumor subcutáneo que sustituía un lóbulo graso, compuesto por luces vasculares dilatadas de pared fina rodeado por un fino estroma colágeno. En algunas áreas las luces vasculares se disponían unas junto a otras sin estroma en medio, dándole un aspecto de colador. En esta área se apreciaban pseudopapilas en las luces vasculares. No se apreció ni trombosis, ni infartación, ni calcificaciones.

*Conclusión.* Calonje et al en 1991 describieron doce casos con un nuevo tumor vascular en forma de lesión única localizada en grasa subcutánea. Tenía un claro predominio femenino. Histopatológicamente se caracterizaba por la presencia de vasos de luces dilatadas dispuestos pared con pared lo que le confería un aspecto sinusoidal. Eran frecuentes las pseudopapilas en el interior de las luces debido al efecto del corte. A pesar de que inicialmente se consideró una variante de hemangioma cavernoso, actualmente se clasifica como una entidad bien diferenciada, aunque escasamente comunicada.

#### 4. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED

P. Valerón, J. Vilar, L. Dehesa, N. Santana, J. Bastida, J. Gómez-Duaso, J. Domínguez, P. Rivero y G. Carretero

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. España.*

**Introducción.** La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) es una afección sistémica y constituye una causa importante de morbi-mortalidad en pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos. Se define como la agregación de manifestaciones clínicas e histológicas en un receptor en los que fenómenos inmunológicos específicos y no específicos desencadenan los hallazgos característicos de la enfermedad. La afectación cutánea representa la forma más frecuente y representativa de la EICH, tanto en las variantes agudas como en las crónicas. Desde la implantación en nuestro hospital del trasplante de progenitores hematopoyéticos hace ya más de una década, hemos tenido oportunidad de atender este tipo de patología.

**Casos clínicos.** Se realiza presentación ilustrativa de algunos casos representativos de las diferentes formas clínicas de EICH, tanto en sus variantes agudas como crónicas. Se ofrece breve comentario acerca del abordaje y diagnóstico diferencial necesario para establecer un correcto diagnóstico.

**Discusión y conclusiones.** Aunque la EICH presenta manifestaciones clínicas características –especialmente en la forma crónica– en ocasiones su diagnóstico diferencial puede ser más complicado. Ello se debe, por una parte, a la carencia de pruebas diagnósticas específicas y, por otra, a la alterada situación inmune de estos pacientes que pueden quedar expuestos a infecciones con clínica cutánea atípica, reacciones de toxicodermia inespecíficas, reacciones de prendimiento y reacciones de recuperación linfocitaria. Los dermatólogos deben jugar un papel activo en el manejo y tratamiento de la EICH, tanto en las formas agudas de la enfermedad, como, especialmente, en las formas cutáneas crónicas, ya que son determinantes para la morbilidad y disminución en la calidad de vida de estos pacientes.

#### 5. ERITRODERMIA ICTIOSIFORME CONGÉNITA AMPOLLOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

R. Martel, N. Guillermo, P. Melwani, N. Hernández, D. Islas, T. Montenegro<sup>a</sup>, J.A. Lorenzo<sup>b</sup> y L. Borrego

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General de Fuerteventura. España.*

**Introducción.** La eritrodermia ictiosiforme congénita ampollosa (EICA) es una forma de ictiosis autosómica dominante que se manifiesta como un cuadro de eritrodermia en el recién nacido, sin colodión asociado.

**Caso clínico.** La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Materno Infantil nos consulta por recién nacido varón prematuro, con APGAR de 10 al nacimiento, que presenta un cuadro de eritrodermia. A la exploración física presentaba una eritrodermia del 100 % de la superficie corporal, con áreas erosivas e hiperqueratosis palmo-plantar. Como antecedentes familiares, el padre presentaba un cuadro de ictiosis no filiado desde el nacimiento. El juicio clínico fue de EICA. Se realizó biopsia cutánea que mostró una hiperqueratosis ortoqueratósica con epidermolisis por cambios vacuolares celulares. El niño permaneció 20 días en una incubadora de alta humedad en tratamiento con emolientes. Actualmente, con 6 meses de edad, presenta un cuadro ictiosiforme con hiperqueratosis palmo-plantar y en zonas de roce.

**Discusión.** La presencia de un cuadro de eritrodermia congénito con lesiones ampollas-erosivas no acompañado de otras manifestaciones sistémicas, junto con un patrón de herencia autosó-

mico dominante, nos permite sospechar un cuadro de EICA. A diferencia de otros cuadros de ictiosis, la histología nos va a permitir establecer el diagnóstico.

#### 6. INCONTINENTIA PIGMENTI CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA Y OCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Dorta, V. Díaz, J. Suárez, F. Rodríguez, L. Feliciano, B. López, S. López<sup>a</sup>, S. González<sup>a</sup> y J. Muñoz<sup>b</sup>

*Servicios de Dermatología, <sup>a</sup>Pediatría y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción.** La Incontinencia Pigmenti o Síndrome de Bloch-Sulzberger es una rara genodermatosis de herencia dominante ligada a X. Generalmente es letal en varones, que mueren intraútero. La mayoría de niñas afectas presentan mutaciones en el gen NEMO del cromosoma X. Se suele manifestar desde el nacimiento, aunque puede hacerlo más tarde y sólo un tercio de los pacientes asocian manifestaciones sistémicas.

**Caso clínico.** Se presenta el caso de una niña nacida a término que con 48 horas de vida inicia crisis convulsivas parciales de difícil control que se siguen de una erupción cutánea que afecta de forma predominante a las extremidades. De los múltiples estudios complementarios practicados, presentan alteraciones destacables el hemograma que muestra leucocitosis con eosinofilia así como la Resonancia Magnética Nuclear cerebral y el fondo de ojo. La biopsia cutánea muestra vesículas intraepidérmicas con eosinófilos, hallazgo característico de la Incontinencia Pigmenti. Con el tratamiento anticongestivo instaurado cesan las convulsiones, y el cuadro cutáneo evoluciona de forma típica.

**Discusión.** La Incontinencia Pigmenti es una genodermatosis infrecuente que además de la afectación cutánea en cuatro fases puede asociar anomalías neurológicas, oftalmológicas, dentales y esqueléticas. Las lesiones cutáneas suelen evolucionar sin complicaciones hacia una fase de hipocromía residual, mientras que son las lesiones extracutáneas de las que depende el pronóstico del paciente.

#### 7. ESTUDIO TOPOGRÁFICO DE LA LOCALIZACIÓN DEL CARCINOMA BASOCELULAR EN ÁREA NORTE DE GRAN CANARIA

N. Santana, L. Dehesa, J. Vilar, P. Valerón, G. Carretero, J. Bastida, P. Rivero, J. Domínguez, J. Gómez y R. Torrado

**Objetivos.** Valorar si la distribución topográfica de nuestros carcinomas basocelulares coincide con lo descrito.

**Material y método.** Contamos con un total de 1656 pacientes con el diagnóstico de carcinoma basocelular confirmado mediante estudio anatomopatológico –enero 2004/diciembre 2008–. Como fuentes se ha utilizado la base de datos y el sistema de historia clínica digitalizada del servicio de Dermatología del H.U. de G.C. Dr. Negrín. Se han desechado los pacientes que carecían de confirmación histológica en su diagnóstico o tenían una historia incompleta. Los datos se han analizado con SPSS 15.0.

**Resultados.** Delos 1656 pacientes con carcinoma basocelular se han desechado 266 pacientes diagnosticados de carcinoma basocelular por tener una historia incompleta o ser imposible establecer la localización del mismo. Quedándonos con un total de 1390 pacientes. Los basocelulares se distribuyeron: tronco 180 (12,9%), cabeza y cuello 434 (31,2%), extremidades 145 (9,8%), cuero cabelludo 47 (3,4%), pabellón auricular 110 (7,9%), región periocular 80 (5,8%), nariz 302 (21,7%), boca 44 (3,2%), anogenital 3 (0,2%), axilas 2 (0,1%), mamas 6 (0,4%), otros 37

(2,5%). Lateralidad: 554 pacientes desarrollaron carcinoma basocelular a la derecha (39,9%). 561 pacientes desarrollaron carcinoma basocelular a la izquierda (40,4%). 54 pacientes desarrollaron carcinoma basocelular sobre la línea media corporal (3,9%). En 221 pacientes (15,9%) fue imposible determinar la lateralización.

**Conclusiones.** En cuanto a la localización topográfica los resultados confirman lo descrito en otros trabajos, ya que 1094 (78,8%) de los carcinomas basocelulares se localizan en áreas fotoexpuestas. 1017 de los carcinomas basocelulares (73,2%) se localizan en la región cabeza y cuello en general (cabeza y cuello + cuero cabelludo + orejas + ojos + nariz + boca). Los resultados del estudio no muestran que el carcinoma basocelular tenga preferencias en cuanto a lateralidad. Nuestros resultados confirman lo descrito en otros trabajos con respecto a la localización del carcinoma basocelular.

## 8. UTILIZACIÓN SISTEMÁTICA DEL DERMATOSCOPIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Dehesa, J. Vilar, P. Valerón-Almazán, N. Santana, J. Bastida, J. Domínguez, J. Gómez-Duaso, P. Rivero, R. Torrado y G. Carretero

*Servicio de Dermatología. H. Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. España.*

**Introducción.** La dermatoscopia es una técnica diagnóstica no invasiva de examen in vivo en dermatología, que permite visualizar estructuras cutáneas no visibles para el ojo desnudo. Se puede considerar un paso intermedio entre la dermatología clínica y la dermatopatología, y gracias a su utilización se puede aumentar la sensibilidad y especificidad diagnóstica en los tumores cutáneos. El conocimiento de la correlación dermoscópico-patológica es esencial para la comprensión y correcta utilización de esta técnica. Debemos entender la dermatoscopia como una nueva dimensión morfológica en la exploración de las lesiones cutáneas pigmentadas y vascularizadas, que permite ajustar los diagnósticos in vivo, no sólo del melanoma sino también de otros tumores, pero que esta precisión diagnóstica depende considerablemente de la experiencia y entrenamiento del examinador. El instrumental que se emplea actualmente para realizar la exploración dermoscópica lo componen: el dermatoscopio manual, el estereomicroscopio quirúrgico binocular y portátil y los equipos de dermatoscopia digital. Actualmente nos resulta un instrumento imprescindible para realizar una correcta exploración dermatológica, y aunque es una técnica bastante antigua, ha sufrido un desarrollo exponencial durante los últimos 15 años.

**Material y métodos.** Tras cuatro años de utilización sistemática del dermatoscopio en nuestro Servicio tenemos un total de 1720 pacientes en nuestra base de datos de imágenes dermoscópicas y otros 374 pacientes en seguimiento mediante dermatoscopia digital (Fotofinder). Hemos realizado una revisión exhaustiva de la base de datos, seleccionando aquellos casos de mayor interés docente para su exposición.

**Resultados.** Presentamos algunos casos de nuestra experiencia clínica en los que la dermatoscopia resultó de gran utilidad para alcanzar un diagnóstico clínico correcto, realizando un ejercicio de diagnóstico diferencial y exponiendo las principales claves que nos llevaron al diagnóstico de presunción que se comprobó posteriormente mediante estudio histopatológico.

**Conclusión.** La dermatoscopia es una técnica diagnóstica no invasiva que en manos de dermatólogos expertos permite aumentar significativamente la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de tumores cutáneos. Es necesario un proceso de entrenamiento constante y continuado de cara a aumentar la precisión diagnóstica del examinador.

## 9. INFLUENCIA DEL ESTRÉS PSICOLÓGICO EN LA INMUNIDAD INNATA EPIDÉRMICA

M. Rodríguez-Martín<sup>a</sup>, M.Q. Man<sup>b</sup>, M. Huppe<sup>b</sup>, C. Trullás<sup>c</sup> y P. Elías<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.

<sup>b</sup>Va Medical Center. San Francisco. CA. EE. UU. <sup>c</sup>Isdin. Barcelona. España.

**Introducción.** La piel es la primera línea de defensa contra las infecciones y el estrés psicológico (EP) ha demostrado una influencia negativa sobre la función barrera cutánea. Múltiples líneas de investigación han estudiado esta relación. Se ha observado que el EP mantenido durante el tiempo suficiente puede repercutir de forma negativa sobre funciones tan importantes como la defensa mediada por el sistema inmune, la integridad del aparato digestivo, el estado cardiovascular (influyendo sobre la enfermedad arterial coronaria) o los procesos de cicatrización. Aunque estudios recientes en humanos y en animales de experimentación sugieren que el EP debilita las defensas del individuo que lo padece contra las infecciones víricas y bacterianas, los mecanismos etiopatogénicos exactos aún no se conocen.

**Material y métodos.** Analizamos ratones *hairless* (Skh-1) hembra de 8-12 semanas de edad a los que se sometía a EP basado en aislamiento y privación de agua y alimentos durante periodos de 12 horas durante 3 días seguidos. Tras este periodo se obtuvieron biopsias cutáneas para estudios inmunohistoquímicos, analizando la expresión de diversos péptidos antimicrobianos: mBD-3, catestatina y CAMP.

**Resultados y discusión.** Se observó una disminución en la expresión de CAMP y mBD-3 tras el período de EP en comparación con el grupo control y los animales sometidos a EP tratados con agonistas esteroideos centrales y periféricos (antalarmina, RU-486). La expresión de catestatina aumentó en los animales sometidos a EP, ofreciendo un perfil opuesto a los otros dos AMP. Los efectos negativos que produce el EP en ciertas funciones epiteliales, como la homeostasis de la función barrera epidérmica podrían atribuirse de forma parcial al aumento en los niveles endógenos de glucocorticoides circulantes. Ello se ha evidenciado mediante el bloqueo de la producción endógena de CRF (corticotropin-releasing factor) por inhibidores específicos o bien mediante el bloqueo de la acción periférica de los mismos mediante el uso de antagonistas. Ambas estrategias derivan en una normalización de la función barrera epidérmica en animales sometidos a diversas formas de EP.

## 10. NECROSIS CUTÁNEA POR CUMARÍNICOS

F. Rodríguez García, J. Suárez Hernández, R. Fdez. Misa, S. Dorta Alom, L. Feliciano Divasson, J. Ruiz León, V. Díaz, A. Perera Molinero<sup>a</sup> y M. Vilar Chesa<sup>a</sup>

*Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica.*

*Hospital Universitario Nuestra Señora La Candelaria. España.*

**Introducción.** La necrosis cutánea por cumarínicos aparece entre el 0,01 y el 0,1% de los pacientes tratados. Es más común en las mujeres, con una *ratio* de 9:1, y es especialmente frecuente en las mujeres obesas.

**Caso clínico.** Paciente de 79 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II, HTA esencial, en tratamiento con acenocumarol que consulta en el Servicio de Dermatología para valoración de lesiones cutáneas en ambas extremidades superiores de reciente aparición. A la exploración presenta placas eritematosas, empastadas, dolorosas, con centro necrótico en cara posterior de ambos brazos. Se procede a la realización de biopsia cutánea, analítica general con hemograma, bioquímica y estudio

hematológico. El estudio histológico demuestra la oclusión de los vasos dérmicos por trombos fibrinoplaquetarios, y en el estudio hematológico se demuestra la disminución de proteína S.

**Discusión.** La necrosis cutánea por cumarínicos suele aparecer al inicio del tratamiento con los mismos y generalmente se observa en pacientes que presentan déficit congénito de proteínas C y/o S. Las lesiones necróticas pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero tienden a afectar, de forma simétrica, las áreas ricas en tejido adiposo. Las mamas son el lugar más frecuentemente afectado, seguido por las nalgas y los muslos. El diagnóstico debe sospecharse ante la aparición de lesiones purpúricas que evolucionan a necrosis extensa, en un paciente que recibe tratamiento anticoagulante con cumarínicos.

## 11. INTERCONSULTAS URGENTES RECIBIDAS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

C. Rodríguez García, N. Pérez Robayna, S. González Hernández, N. Merino de Paz, R. Sánchez González, F. Guimerá Martín-Neda, M. Sáez Rodríguez, M. García Bustinduy y A. Noda Cabrera  
*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción.** La Dermatología es una especialidad en la que las urgencias no constituyen una parte importante de su labor asistencial, a pesar de esto, no es inusual la atención a pacientes remitidos con carácter urgente, ya sea a través de atención primaria o de interconsultas hospitalarias. Pretendemos en este estudio analizar las interconsultas hospitalarias urgentes de enfermos ingresados recibidas en nuestro servicio en el último año, con el objetivo de conocer las características generales de los pacientes, fecha, servicio solicitante, pruebas complementarias realizadas, diagnósticos de sospecha, diagnósticos definitivos dados por nuestro servicio y concordancia entre ambos, así como justificación o no de remisión urgente.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo, recogiendo todos los volantes de interconsultas hospitalarias de pacientes ingresados recibidos desde el 1 de Abril de 2008 hasta el 31 de Marzo de 2009. Analizamos los 50 volantes y las historias clínicas correspondientes a los pacientes. Extrajimos la siguiente información: edad, sexo, fecha, servicio solicitante, diagnóstico de sospecha, pruebas complementarias, diagnóstico definitivo dado por el dermatólogo y si estaba o no justificada la remisión por vía urgente.

**Resultados.** Revisamos un total de 50 volantes, que incluían pacientes de 0 a 88 años, 27 varones (54%) y 23 mujeres (46%). Los servicios solicitantes fueron 20, de los cuales un 78% pertenecían a especialidades médicas, un 12% a quirúrgicas y un 10% a médico-quirúrgicas. Los que realizaron más interconsultas fueron: Hematología y Pediatría (8 cada una), seguidos de Medicina Interna (4) y UVI (4). Se necesitaron pruebas complementarias para llegar al diagnóstico en un 32% de los casos, principalmente biopsia en un 22% y cultivo en un 16%. En un 44% de los volantes, el servicio solicitante emitió un diagnóstico de sospecha, el cual concordó con el diagnóstico definitivo en un 98%. Los diagnósticos más frecuentes fueron: toxicodermia (8), eccema (5) y candidiasis (4). Se consideró justificado el carácter urgente de las interconsultas en un 70%.

**Discusión.** Las urgencias dermatológicas atendidas han sido objeto de diversos estudios descriptivos, principalmente de pacientes ambulatorios y remitidas desde atención primaria, lo cual no nos permite una comparación precisa de los resultados obtenidos. La no existencia de criterios consensuados de derivación

urgente, lleva a que sean muchas veces subjetivos y desconocidos por los médicos que remiten a los pacientes.

## 12. SÍFILIS SIMULANDO SÍNDROME DE REITER

J.A. Pérez Cejudo<sup>a</sup>, E. Piqué Duran<sup>a</sup> y S. Palacios Llopis<sup>b</sup>  
*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.*

Paciente 51 años, mujer, EXUDVP, neumonías a repetición, que acude al Servicio Urgencias por placas eritematosas, descamativas en zona distal extremidades, área anterior de piernas, acompañado de artralgias y edemas maleolares, asociado a prurito, sensación de quemazón y disternia. A nivel ocular presentaba conjuntivitis y lesiones eritematovesículo ulceradas en mucosa oral. El estudio neurológico y oftalmológico revela una neuritis con pérdida de visión ojo izquierdo. Examen complementario: Hemograma y fórmula leucocitaria normal, VSG 60, GOT 46, RpR/TpHA, 1/64/+++ , HIV (-), HLA B27 (-). Potenciales evocados: ausente en ojo izquierdo. TAC normales. LCR: VDRL (-). JD: Neurosífilis. Tratamiento: se instaura penicilina G procaína 2,4 × 10<sup>-6</sup> im, Probenecid 1 g v.o. cada 24 horas, por no disponer de vía intravenosa. Evolución: favorable, persistiendo ceguera en ojo izquierdo.

**Comentario.** La sífilis puede simular cualquier enfermedad cutánea o sistémica, aunque la mayoría de las ocasiones su presentación es incompleta. El Síndrome de Reiter incluye uretritis/cervicitis, artritis, conjuntivitis, queratodermia blenorragica. La afectación articular es habitual, su predilección por afectar tobillos, rodillas. La sífilis en nuestro caso llama la atención su similitud con el Síndrome Reiter y su afectación neurológica precoz, 6 meses antes la serológica treponemica era negativa.

## 13. ALOPECIA CENTRAL CENTRÍFUGA CICATRICIAL. UNA PATOLOGÍA IMPORTADA

M.N. Hernández-Hernández, N. Guillermo-Martínez, P. Melwani-Melwani, R. Martel-Martell, Y. Peñate-Santana, T. Montenegro<sup>a</sup> y L. Borrego-Hernando

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** Actualmente se considera a la alopecia central centrífuga cicatricial una entidad que predomina en mujeres de raza negra sin incluir otras causas de alopecia cicatricial.

**Caso clínico.** Mujer de raza negra de 42 años, descendiente de Barbados, sin antecedentes de interés, consulta por caída del pelo progresiva en región central del cuero cabelludo de 15 años de evolución sin síntomas acompañantes. A la exploración física presentaba en región parieto-occipital, una placa alopecica circular, de aspecto cicatricial, de 10 × 12 centímetros de diámetro sin signos inflamatorios. El estudio histológico puso de manifiesto una fibrosis de la dermis, con ausencia de folículos. A pesar de la persistencia del cuadro, el tratamiento con minoxidilo tópico durante dos meses, ha supuesto una repoblación leve en el cuero cabelludo.

**Discusión.** Hoy en día se asume que la alopecia central centrífuga cicatricial, es la causa más común de alopecia cicatricial en población afro-americana. Afecta fundamentalmente a mujeres adultas, y aunque la etiología es multifactorial, se ha relacionado con traumatismo físico y/o químico sobre el cuero cabelludo, sin que exista una clara predisposición entre los hábitos del cuidado del cabello y esta entidad. Aunque en nuestro medio esta patología es poco común, debemos tener en cuenta este proceso, debido a los cambios migratorios que cada vez nos afectan con más frecuencia.

#### 14. NUEVO USO DEL IMIQUIMOD. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Merino de Paz, M. Sáez-Rodríguez, M. Rodríguez-Martín, N. Pérez-Robayna, S. González-Hernández, C. Rodríguez-García, M. García-Bustínduy, F. Guimerá-Martín-Neda, R. Sánchez-González y A. Noda-Cabrera

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción.** El imiquimod es un agente modulador de la respuesta inmunitaria, que induce la producción de interferón mediante la activación de los linfocitos T y consigue una acción antifibrótica al disminuir la síntesis de colágeno y glicosaminoglicanos. Las indicaciones, actualmente, del imiquimod tópico son: verrugas genitales y perianales externas, carcinomas basocelulares y queratosis actínicas. Los queloides son lesiones secundarias a una cicatrización hipertrófica, caracterizadas histológicamente por cantidades excesivas de colágeno y otros elementos de la matriz extracelular. Se han utilizado múltiples modalidades de tratamiento, desde corticoides intralesionales hasta el uso de láser.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 39 años con dos lesiones queloides en ambas caras del lóbulo de la oreja derecha, de un año de evolución. Se realiza tratamiento de la lesión de la cara posterior del lóbulo de la oreja. Se realiza afeitado de la lesión y posterior electrocoagulación de la misma. Inmediatamente después se instaura tratamiento con imiquimod tópico en oclusivo a diario, durante 16 semanas, acompañado de presoterapia. El resultado es bueno, sin recidiva de las lesiones ni reacciones adversas severas.

**Discusión.** Existe en la literatura científica diversos en estudios que determinan la eficacia del imiquimod tópico durante 8 o 18 semanas, postexéresis, en lesiones queloides localizadas en lóbulos auriculares, espalda y región submentoniana.

**Conclusión.** El tratamiento con imiquimod tópico es una opción terapéutica a considerar en el tratamiento de cicatrices queloides resistentes a tratamientos convencionales.

#### 15. LESIÓN EN PLACA EN ESPALDA EN MUJER ADULTA DE MESES DE EVOLUCIÓN: ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

M. Sáez, N. Merino de Paz, M. Rodríguez-Martín, A. Carnerero-Rodríguez, N. Pérez-Robayna, S. González-Hernández, C. Rodríguez-García, M. García-Bustínduy, L. Melgar-Vilaplana<sup>a</sup>, A. Brito-García<sup>a</sup>, A. Martín-Herrera<sup>a</sup> y A. Noda-Cabrera

*Servicio de Dermatología y <sup>a</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción.** La aparición de lesiones en placa en la espalda ofrece un importante abanico de diagnósticos diferenciales a considerar. Serán revisados y se llegará al diagnóstico final del caso, utilizando una terapéutica novedosa para el mismo.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 60 años, con antecedentes de síndrome depresivo, que acude a nuestro servicio por presentar placa en espalda desde hace 8 meses, sin síntomas asociados. Lo ha tratado con múltiples tratamientos tópicos que no recuerda, pero sin mejoría del cuadro clínico. A la exploración se observa una lesión en placa eritematosa, con algún tono amarillento, de 9 x 5 centímetros, bien delimitada, no infiltrada, de consistencia algo elástica, en zona supraescapular dcha. Se practica estudio histológico y se solicita analítica general. En el estudio histológico se observan granulomas sarcoidales. Se descarta infección por TBC u otras micobacterias. Con el diagnóstico de sarcoidosis en placa, se pauta tratamiento con tacrolimus 0,1 % en pomada, con buena evolución del cuadro.

**Discusión.** Presentamos el caso de una sarcoidosis en placa con buena respuesta al tacrolimus tópico.

#### 16. ACNÉ NODULOQUÍSTICO EN LA INFANCIA

M.P. Gil Mateo, R. Cabrera Paz y E. Peréz Cabezola

*Unidad de Dermatología. Hospital General de La Palma. España.*

El acné noduloquístico es una patología muy rara en la infancia. Afecta con mayor frecuencia a niños, y suele acompañarse de antecedentes familiares de este tipo de acné. Se relaciona con niveles aumentados de DHEA-S. Con frecuencia requiere tratamiento con Isotretinoína oral.

**Caso clínico.** Niño de 1 año y medio, que consulta por comedones y lesiones inflamatorias en mejillas. Se pauta tratamiento con Adapaleno y Eritromicina tópica durante 2 meses, no experimentando mejoría, por lo que se añadió Eritromicina oral 2 meses más, sin conseguir resultado, e incluso se obtuvo un empeoramiento de las lesiones, con evolución hacia Acné noduloquístico. Se realizó analítica completa que incluyó estudio hormonal que fue normal. Se inició tratamiento con Isotretinoína oral a dosis de 10 mg/día, y tras 5 meses el paciente experimentó una importante mejoría, pero sin llegar a resolverse del todo las lesiones nodulares. En el invierno siguiente, se le dio un segundo ciclo de Isotretinoína oral, tras el cual se obtuvo una buena respuesta clínica.

**Discusión.** Se comenta el caso clínico y se revisa la aparición de esta entidad en la infancia.

#### 17. LESIONES CUTÁNEAS ATRÓFICAS LINEALES TRAS INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER EN PACIENTE TRASPLANTADO

N. Pérez Robayna, S. González Hernández, C. Rodríguez García, N. Merino de Paz, M. Sáez Rodríguez, F. Guimerá Martín-Neda, M. García Bustinduy, A. Noda Cabrera y R. Sánchez González.

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.*

**Introducción.** La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) se produce especialmente en receptores de células madre de sangre periférica y trasplantados de médula ósea, por medio de linfocitos T inmunocompetentes del donante, transferidos a huéspedes alogénicos contra los que no reaccionan. Cronológicamente se distinguen dos tipos: aguda y crónica. La EICH cutánea crónica clásicamente se divide en liquenoide y esclerodermiforme, según su forma de presentación.

**Caso clínico.** Varón de 33 años de edad, diagnosticado de Leucemia Aguda Linfoblástica con translocación cromosómica 9,22 (cromosoma Philadelphia), que tras haber recibido tratamiento con varios regímenes quimioterápicos, fue tratado mediante trasplante alogénico de médula ósea en Junio de 2007. Durante el primer año postrasplante el paciente desarrolla una EICH aguda de predominio digestivo e infecciones por virus JK en orina y herpes zóster torácico, resolviéndose este último con terapia antiviral sistémica sin incidencias. El paciente fue valorado por nuestro Servicio en Octubre de 2008 por lesiones cutáneas en espalda, asintomáticas, de aparición progresiva en los últimos meses, que seguían un trayecto lineal en la zona donde casi un año antes se había localizado un herpes zóster. Dichas lesiones tenían una coloración blanquecina, brillante y características atróficas. Se tomó muestra para estudio histológico que reveló la existencia de cambios esclerodermiformes y tipo liquen escleroatrófico, por lo que nuestro diagnóstico fue de EICH cutánea crónica esclerodermiforme sobre zona previa de herpes zóster.

**Discusión.** Se han descrito en la literatura casos de EICH cutánea crónica lineal, tanto liquenoide como esclerodermiforme, sobre

piel previamente normal. Para explicar esta distribución dermatomérica, algunos autores han propuesto la existencia previa de una infección subclínica o no reconocida por el virus herpes zóster, lo cual es bastante común en sujetos trasplantados de médula ósea. Otros autores, por el contrario, proponen que este patrón se debe a alguna forma de mosaicismo, por lo que en realidad seguiría las líneas de Blaschko. Se ha sugerido que partículas víricas remanentes podrían favorecer el desarrollo de este tipo de lesiones, actuando como un fenómeno de Koebner, aunque la presencia de genoma viral en ellas no ha podido ser demostrada.

## 18. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA DESDE 2005 A 2008

N. Guillermo, P. Melwani, R. Martel, N. Hernández y L. Borrego

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** El eccema alérgico de contacto es un motivo frecuente de consulta dermatológica. Su complejidad y la necesidad de realizar pruebas epicutáneas para llegar al diagnóstico hacen necesaria la creación de unidades específicas de eccemas dentro de los servicios de Dermatología.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los resultados de las pruebas epicutáneas realizadas en un hospital terciario (Hospital Universitario Insular de Gran Canaria) desde enero de 2005 a diciembre de 2008.

**Objetivos.** Análisis de datos clínicos, positividad, relevancias y diagnóstico final de los pacientes estudiados.

**Resultados.** De los 362 pacientes parcheados, 95 fueron mujeres y 267 fueron varones, con una edad media de 46,6 años. 211 presentaron lesiones en fase aguda y 104 en fase subaguda o crónica. Las localizaciones más frecuentes fueron cara (32%) y manos (30%). Las pruebas positivas más frecuentes fueron níquel (45%), cobalto (34%) y parafenilendiamina (32%). Las sensibilizaciones relevantes más frecuentes fueron parafenilendiamina (66%), dicromato potásico (64%) y kathon (38%). En el 50,00% de los pacientes el diagnóstico definitivo fue eccema alérgico de contacto, en el 31% fue eccema irritativo de contacto.

**Conclusiones.** La epidemiología de las dermatitis alérgicas de contacto depende del ámbito geográfico y poblacional donde se realice. Nuestra casuística es comparable a los datos recogidos en la población general española<sup>1</sup>.

## 19. CARCINOMAS BASOCELULARES EN EDAD TEMPRANA

P. Melwani, N. Guillermo, R.M. Martel, M.N. Hernández, P. Almeida, T. Montenegro<sup>a</sup> y L. Borrego

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** El carcinoma basocelular (CBC) es una neoplasia muy poco frecuente en la edad pediátrica. La mayoría de los casos se asocian a síndromes congénitos. Sin embargo el CBC esporádico, aunque infrecuentemente descrito, puede aparecer en edades tempranas, habiéndose asociado con una mayor exposición solar recreacional.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de CBC en el Servicio de Anatomía Patológica de un hospital de tercer nivel, entre el 1 de enero de 2005 y el 30 de marzo de 2009. Se agruparon los pacientes según la edad en décadas, y se compararon las características epidemiológicas, clínicas e histológicas de los pacientes de 10-20 años, con las de 21-30 años y con las del resto de la serie.

**Resultados.** De un total de 2446 pacientes, se encontraron 3 pacientes menores de 20 años y 23 de entre 21 y 30 con CBC esporádico. En el primer grupo la localización más frecuente fue el tronco, la variante histológica predominante fue CBC superficial y el juicio clínico inicial planteó diagnóstico diferencial con lesión pigmentada. En el segundo grupo, la cara fue la localización más frecuente; el 65% eran variantes histológicas más agresivas, y en la mayoría de los casos se pensó en CBC como primer diagnóstico clínico. Se procedió a la extirpación quirúrgica en 25 casos y tratamiento con imiquimod en 1. Tras una media de seguimiento de 14 meses en el primer grupo y de 19 meses en el segundo no se objetivó recidiva en ningún caso. Un paciente de cada grupo presentó un nuevo CBC a los 36 y 40 meses respectivamente de seguimiento.

**Conclusión.** Aunque infrecuente en niños, el CBC esporádico debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones clínicamente sugestivas. Dada la latitud de nuestra Isla, sería interesante comparar nuestra serie con la de poblaciones semejantes de otras latitudes para poder establecer una asociación epidemiológica con la radiación solar.

## 20. UN CASO DE LINFOMA T PANICULÍTICO SUBCUTÁNEO CON SEGUIMIENTO DE 14 AÑOS

J. Bastida, J.C. Rivero<sup>a</sup>, P. Valerón, L. Dehesa, J. Vilar, N. Santana y G. Carretero

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hugc Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** La nueva clasificación de consenso del linfoma cutáneo de la WHO-EORTC (2005) reconoce al Linfoma T Paniculítico subcutáneo ( $\alpha/\beta$ ) (LTPSC) como una entidad independiente. En contraposición, los casos de linfomas T subcutáneos con fenotipo  $\gamma/\delta$ , CD56+ y asociados a infección EBV se clasifican dentro del grupo del Linfoma T cutáneo  $\gamma/\delta$ , entidad provisional con peor pronóstico. El resto de linfomas T con afectación ocasional del pániculo se clasifican dentro de otros grupos. Anteriormente se creía que el LTPSC era una enfermedad de mal pronóstico con una rápida evolución fatal. Una vez excluidos del grupo otros tipos de linfomas se ha observado que tiene un pronóstico excelente. Comunicamos un caso de LTPSC en remisión completa con corticoides orales y un seguimiento total de 14 años que confirma dicha observación.

**Caso clínico.** Una paciente de 67 años de edad comenzó en 1995 con lesiones nodulares inflamatorias en las piernas, febrícula y malestar general. En el estudio histológico mostraba infiltración de la grasa subcutánea por un infiltrado monoclonal linfocitario leve atípico de célula pequeña/mediana, necrosis grasa y eritrofagocitosis. El estudio de extensión no mostró afectación de otros órganos ni síndrome hemofagocítico. Se consiguió la remisión completa con corticoides orales en bajas dosis y un buen control de sus lesiones hasta 2006 cuando se produjo una recaída importante tras una suspensión temporal del tratamiento. La reintroducción de los corticoides orales en dosis bajas produjo un rápido control de su enfermedad manteniéndose en remisión completa hasta la actualidad, 14 años después del comienzo de la enfermedad.

**Comentario.** El LTPSC debe ser diferenciado de otros linfomas clínicamente parecidos y de otras formas de paniculitis benignas. Los avances en las técnicas de diagnóstico permiten en la actualidad realizar un diagnóstico más preciso de este tipo de pacientes evitando términos obsoletos e imprecisos como los de Paniculitis de Weber-Christian, Paniculitis de Rothman-Makai o Paniculitis Histiocítica Citofágica.

**Conclusión.** Este caso pone de relieve la buena evolución y el excelente pronóstico de este tipo de linfoma y su fácil tratamiento con dosis bajas de corticosteroides.

## 21. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH CON LIPODISTROFIA

S. González Hernández, C. Rodríguez García, N. Pérez Robayna, N. Merino de Paz, M.I. Hernández Hernández<sup>a</sup>, J.L. Gómez Sirvent<sup>a</sup>, R. Sánchez González, A. Noda Cabrera y M. García Bustínduy  
*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción.** La lipodistrofia que se desarrolla en pacientes VIH+ de forma secundaria al tratamiento antirretroviral se caracteriza por una redistribución del tejido graso que se acompaña de alteraciones metabólicas entre las que destaca el aumento de grasas en sangre. Algunos estudios ponen de manifiesto que los cambios corporales sufridos por estos pacientes repercuten en su calidad de vida e incluso en el cumplimiento del tratamiento. El objetivo de este trabajo es conocer el grado de afectación de la calidad de vida en una muestra de pacientes con lipodistrofia y compararlo con un grupo control, como paso previo a la recogida de datos de una muestra más amplia y la validación del test de Finlay para esta enfermedad.

**Material y método.** Realizamos un estudio observacional, para ello aplicamos el test de Finlay (DLQI) modificado a una muestra de 30 individuos VIH+ afectados de lipodistrofia cuando acu-

dían a revisión rutinaria. Como control, se hizo el mismo test a 10 pacientes VIH+ sin lipodistrofia diagnosticada. Además recogimos datos de edad y sexo en los 40 pacientes.

**Resultados.** El 80% de los pacientes incluidos en ambos grupos eran varones y el 20% mujeres. La edad media del grupo de enfermos con lipodistrofia es de 44,7 años, 44,5 años las mujeres y 44,8 años los hombres. La puntuación obtenida en el DLQI fue, de media 2,7 puntos (♀/♂: 3,83/2,46). La edad media del grupo control, sin lipodistrofia, es de 34,7 años, 29,5 años las mujeres y 36 años los varones. La puntuación media obtenida en el Test de Finlay (DLQI) fue de 2,6 (♀/♂: 6,5/1,62).

**Discusión.** El estudio de calidad de vida en pacientes con lipodistrofia es difícil de realizar al no contar por el momento con instrumentos adecuados para su evaluación ni para la medición objetiva del grado de afectación cutánea. En nuestro trabajo no se han obtenido diferencias significativas entre ambos grupos. Debe considerarse el hecho de que los tratamientos antirretrovirales actuales causan menos lipodistrofia que los usados anteriormente, por lo que las formas de esta patología son, en la actualidad, más leves que en el pasado, lo que haría previsible una menor repercusión en la calidad de vida de los pacientes. Las principales limitaciones de nuestro estudio son el pequeño tamaño muestral y de la gran variabilidad clínica de la patología estudiada.

# REUNIÓN DE LA SECCIÓN CANARIA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

## Fuencaliente (La Palma), 23-24 de octubre de 2009

### 1. INCREMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LOS NEVUS DE SPITZ TRAS EL USO RUTINARIO DE LA DERMATOSCOPIA

M.P. Gil Mateo, R. Cabrera Paz, E. Pérez Cabezola, D. Acedo Fuentes y M. García Viera

*Unidad de Dermatología. Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción.** En los últimos años hemos constatado un incremento en el diagnóstico del nevus de Spitz, por ello hemos realizado un estudio para comprobar si el uso rutinario de la dermatoscopia ha conllevado un aumento en el diagnóstico del Nevus de Spitz.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo de los casos con diagnóstico histológico de nevus melanocítico de células fusiformes (nevus de Spitz) en la unidad de dermatología del Hospital general de La Palma en un periodo comprendido entre los años 1998 y junio de 2009. Se revisan las historias clínicas de los pacientes, extrayendo de ellas los siguientes datos: edad, sexo, localización, patrón clínico y dermatoscópico, y diagnóstico preoperatorio, número de casos diagnosticados por año.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 39 casos de nevus de Spitz. La distribución por sexos fue: 26 mujeres y 12 varones. La distribución por edad fue: < 16 años, 17 casos; > 16 años, 22 pacientes. La localización fue: 20 casos en extremidades inferiores, 7 en tronco (todos ellos en area dorsal), 8 en extremidades superiores y 3 en cabeza y cuello. La dermatoscopia se empezó a usar de forma rutinaria a partir de 2003, antes de ese año se diagnosticaron 7 casos, y después 32.

**Conclusión.** El uso rutinario de la dermatoscopia ha contribuido al incremento del diagnóstico del nevus de Spitz.

### 2. REPIGMENTACIÓN DE LESIONES DE VITÍLIGO EN PACIENTE CELÍACA DESPUÉS DE DIETA LIBRE DE GLUTEN

C. Rodríguez-García, N. Pérez-Robayna, S. González-Hernández, F. Guimerá, M. García-Bustínduy, N. Merino, P. Contreras, M. Sáez, A. Noda y R. Sánchez-González

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción.** El vitíligo es un trastorno idiopático adquirido caracterizado por la aparición de máculas despigmentadas, que se relaciona con la aparición de endocrinopatías autoinmunitarias. Además, en el suero de pacientes con vitíligo se han detectado anticuerpos para los melanocitos, dirigidos contra diversos antígenos como la tirosinasa y las proteínas 1 y 2 relacionadas con la tirosinasa. La enfermedad celíaca es una enteropatía crónica, mediada por el sistema inmune y dependiente de gluten, que se ha relacionado con varias enfermedades cutáneas, especialmente la dermatitis herpetiforme. Presentamos un caso de repigmentación de vitíligo vulgar, resistente a tratamientos habituales, después de haber sido diagnosticada de enfermedad celíaca e iniciar una dieta libre de gluten.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 9 años, afecta de vitíligo vulgar desde hace aproximadamente 3 años, sin respuesta a tratamiento con PUVA, antioxidantes sistémicos, esteroides tópicos y pimecrolimus tópico. Como comorbilidades, era hipotiroidea y había sido diagnosticada recientemente de enfermedad celíaca, por lo que comenzó tratamiento con dieta libre de gluten. Un año después del inicio de la dieta, empezó a repigmentar progresivamente las lesiones de vitíligo, con respuesta notoria a los 5 años de seguimiento.

**Discusión.** El vitíligo vulgar es el tipo clínico que más a menudo se observa en los niños, aunque la frecuencia de vitíligo segmentario es mayor, comparado con la de los adultos. La incidencia de endocrinopatías asociadas es mucho menor que en la población adulta con vitíligo, sin embargo, los niños con vitíligo tienen una mayor incidencia de producción de autoanticuerpos. Las enfermedades más frecuentemente relacionadas con el vitíligo son el hipo e hipertiroidismo y, en menor medida, la anemia perniciosa, la enfermedad de Addison o el hipoparatiroidismo. Se han descrito casos en los que el tratamiento con dieta libre de gluten en celíacos produce una mejoría de pacientes con alopecia areata y psoriasis, pero no hemos encontrado, al revisar la literatura, ningún caso de repigmentación de lesiones de vitíligo.

**Conclusión.** Se necesitan estudios en el futuro para clarificar la asociación de ambos eventos y el posible mecanismo implicado.

### 3. ESTUDIOS ANALÍTICOS EN PACIENTES CON VITÍLIGO: ¿QUÉ DEBEMOS SOLICITAR?

M. Rodríguez-Martín, M. Sáez Rodríguez, N. Merino de Paz, P. Contreras Ferrer, M. García Bustínduy y A. Noda Cabrera

**Introducción.** El vitíligo es un trastorno de la pigmentación con una frecuencia de 0,1-2% en la población general, sin predominancia sexual o racial. Múltiples enfermedades se han asociado a esta dermatosis en la literatura, la mayoría de ellas de origen inmune o endocrino. Este aumento en ciertas comorbilidades hace necesario el despistaje de enfermedades como diabetes mellitus, tiroidopatía o anemia perniciosa. Una simple analítica de sangre puede permitir un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de enfermedades subyacentes al vitíligo que ayuden a la mejor evolución entre otros, del cuadro cutáneo.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de presentación de anticuerpos órgano y no órgano-específicos, vitamina B12 y ácido fólico séricos, función tiroidea y glucemia en pacientes afectados de vitíligo en nuestra región.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio prospectivo de casos y controles para evaluar el papel de estas vitaminas y marcadores endocrinos e inmunes en una muestra de pacientes con vitíligo en Canarias. El estudio fue realizado mediante el análisis de 196 casos consecutivos de vitíligo reclutados entre Septiembre de 2003 y Septiembre de 2008 y 160 controles (individuos no afectados de vitíligo sin historia conocida de enfermedad inmune o endocrina). Los datos fueron estudiados usando el programa SPSS 17.0. Las variables continuas se analizaron usando T de student, Chi cuadrado, ANOVA o test no paramétricos según precisaron. Se consideró  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados y discusión.** Nuestro grupo de casos incluyó a 196 pacientes (55,5% mujeres y 44,4% varones), siendo el ratio F:M 1,2:1. El rango de edad de los pacientes fue de 3-74 años, con una media de 36,18 años. Se muestra la frecuencia de alteración en las variables autoinmunes, endocrinas y niveles séricos de vitaminas en el grupo de estudio y la relevancia de los datos al compararlos con el grupo control.

**Conclusión.** Nuestros hallazgos indican que los anticuerpos anti-microsomales y anticélula parietal gástrica podrían ser útiles para la caracterización de una subpoblación específica de pacientes con vitiligo que presenta unas condiciones de comorbilidad y severidad de la enfermedad especiales. Estas determinaciones podrían tener valor pronóstico en el abordaje integral del paciente. Sin embargo, los niveles de ácido fólico, vitamina B12, ANA, función tiroidea y anticuerpos antitiroglobulina no presentaron diferencias significativas con respecto al grupo control.

#### 4. METÁSTASIS CUTÁNEAS MÚLTIPLES DE CÁNCER DE MAMA CON DISTRIBUCIÓN ATÍPICA

R. Martel, P. Melwani, N. Hernández, E. Soler, T. Montenegro<sup>a</sup>, L. Borrego y J. Hernández Santana

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** El cáncer de mama es la neoplasia de origen interno con mayor incidencia de metástasis cutáneas. Aunque suelen manifestarse como consecuencia de la extensión directa, las metástasis cutáneas loco-regionales y a distancia no son infrecuentes.

**Caso clínico.** Mujer de 67 años, que 6 meses antes de ser diagnosticada de un carcinoma ductal infiltrante en una radiografía de rutina, debuta con lesiones asintomáticas en zona inframamaria y cuello que posteriormente se propagaron bilateralmente a axilas, párpados, ingles y región perineal. A la exploración física presentaba, en las localizaciones anteriormente descritas, numerosas pápulas de superficie lisa y eritematosa, de consistencia dura e infiltradas. Con juicio clínico de metástasis cutáneas de cáncer de mama se practicaron 2 biopsias, una de zona inframamaria y otra de nuca. El estudio histológico mostró, a nivel de la dermis, un infiltrado de células de pequeño tamaño dispuestas en hileras, con un inmunohistoquímica positiva para citoqueratinas y receptores de estrógenos y negativa para receptores de progesterona, compatible con metástasis. Tras un año, la paciente se encuentra en tratamiento quimioterápico, con buen estado general, lesiones cutáneas estables y los estudios de extensión sólo han mostrado adenopatías axilares bilaterales y una posible infiltración de médula ósea mediante gammagrafía.

**Discusión.** Las metástasis cutáneas de cáncer de mama más frecuentes son las de localización torácica y abdominal, considerándose sin embargo, más específicas de origen mamario, las de miembros superiores, párpados y cuello. Aunque todas las localizaciones presentes en nuestra paciente han sido descritas en la literatura, no hemos encontrado ningún caso en que coincidan simultáneamente en un mismo paciente y de manera bilateral.

#### 5. GRANULOMA ANULAR PERFORANTE GENERALIZADO

J.A. Pérez-Cejudo, E. Piqué-Duran y D. Cameselle-Martínez, S. Palacios-Llopis<sup>a</sup> y O. García-Vázquez<sup>a</sup>

*Sección Dermatología. <sup>a</sup>Servicio Anatomía Patológica. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.*

**Introducción.** El granuloma anular perforante (GAP) es considerado un subtipo histológico de granuloma anular (GA) y es descrito en raras ocasiones. Caso clínico: Paciente varón 30 años, sin antecedentes personales y familiares sin interés, acude por

lesiones polimorfas generalizadas ligeramente pruriginosas de 5 meses de evolución.

**Exploración dermatológica.** Lesiones papulares eritemato-violáceas, algunas hiperqueratósicas, umbilicadas, pústulas, cicatrices, localizadas en codos, brazos, espalda. Hemograma y bioquímica dentro normalidad. El estudio histopatológico: infiltrado granulomatoso linfocitocitario que se centra en un entorno con cambios degenerativos del colágeno y depósitos mucoides, presencia eosinófilos. En epidermis hay necrosis y paraqueratosis. Se realizó el diagnóstico de granuloma anular perforante generalizado.

**Discusión.** El GAP generalizado es una rara variante que ocurre tanto en niños como adultos. Las lesiones clínicamente son muy polimorfas presentando pápulas, pústulas, pápulas hiperqueratósicas, pápulas en diana, cicatrices, planteando múltiples diagnósticos diferenciales. Histológicamente presenta algunas características propias como la ulceración, paraqueratosis, eliminación trasepidermica de colágeno, células gigantes.

**Conclusión.** El GAP es diferente al GA no solo histológicamente sino clínicamente. El mecanismo de la perforación es desconocido, la mayoría de los casos GAP son idiopáticos.

#### 6. TUMORACIÓN CONGÉNITA OCCIPITAL

S. Dorta, J. Suárez, L. Feliciano, C. Febles, B. López y F. Rodríguez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción.** En la práctica dermatológica habitual nos encontramos en ocasiones con patología tumoral que afecta a recién nacidos. La poca frecuencia de esta patología puede plantearnos problemas diagnósticos y terapéuticos.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una niña recién nacida con una masa tumoral en región occipital. La lesión era bien delimitada, aparentemente sin conexión a planos profundos, de consistencia firme, y cubierta por piel ligeramente eritematosa. El estudio histológico tras su extirpación completa mostró hallazgos en dermis profunda y celular subcutáneo de proliferación tumoral tipo miofibroma.

**Discusión.** Los tumores como el de esta paciente, son raros y por ello hemos querido exponerlo en la reunión además de plantear diagnóstico diferencial con otras lesiones congénitas que asientan en la región de cabeza-cuello.

#### 7. LESIONES CUTÁNEAS PALMOPLANTARES Y GENITALES. DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS

F. Rodríguez-García, S. Dorta, L. Feliciano, V. Díaz, J. Ruiz y J. Suárez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. España.*

**Introducción.** El fenómeno de prozona tiene una incidencia del 1-2% de las sífilis 2<sup>a</sup>, responsable de falsos negativos en test serológicos no treponémicos (VDRL no reactivo). Un fenómeno prozona ocurre cuando el anticuerpo está presente en exceso, está incompleto o bloquea la reacción normal antígeno-anticuerpo. Estas muestras de suero presentan una reactividad débil atípica o negativa, con una apariencia granular, rugosa, cuando no están diluídas. De allí que toda muestra de suero con este aspecto debe ser cuantificada, lo que implica diluir la muestra antes de la reacción, para obtener una concentración adecuada y facilitar la lectura.

**Caso clínico.** Presentamos casos similares de dos pacientes que consultaron en el Servicio de Dermatología por presentar lesiones cutáneas palmo-plantares y lesiones genitales de 3-4 semanas de evolución. A la exploración clínica presentan lesiones maculares y pápulas rojizas con borde descamativo en palmas y plantas. El paciente n.º 2 presentaba lesiones genitales, rojizas, con superficie

erosionada. Con la sospecha diagnóstica de sífilis secundaria en ambos casos, se procede a solicitar los test de screening (VDRL), resultando negativos en ambos pacientes, por lo que insistimos en laboratorio para que diluyan el suero de los pacientes obteniéndose resultados positivos, procediendo al diagnóstico de fenómeno prozona en el contexto de la sífilis 2.<sup>a</sup>, instaurándose tratamiento con penicilina G Benzatina, resolviéndose ambos casos.

**Discusión.** Un fenómeno de prozona puede no ser detectado y el VDRL reportado como no reactivo por falta de experiencia en la lectura o por razones técnicas, cuando la muestra no se extiende lo suficiente para permitir la dispersión de los anticuerpos antes de añadir el antígeno, lo que previene el fenómeno de prozona. Estos falsos negativos suponen graves consecuencias tanto para el paciente como para sus contactos sexuales por lo que consideramos que es muy importante su conocimiento.

## 8. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES CUTÁNEOS DE PIRÁMIDE NASAL

P. Valerón, N. Santana, J. Vilar, L. Dehesa, J. Gómez-Duaso, J. Bastida y G. Carretero

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** La pirámide nasal constituye una topografía donde con frecuencia se desarrollan tumores cutáneos que, en la mayoría de los casos, son abordables mediante cirugía. A la hora del planteamiento quirúrgico, han de tenerse en cuenta una serie de particularidades propias de la localización, siempre con el objetivo de compatibilizar la exéresis completa del tumor, con la correcta funcionalidad y el mejor resultado estético posible.

**Casos clínicos.** Presentamos una serie de pacientes con tumores cutáneos localizados en pirámide nasal y que fueron intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio, mostrando la evolución posterior tras la extirpación. Se realiza breve comentario de las técnicas empleadas, señalando las alternativas posibles en cada caso.

**Discusión.** Dentro del espectro de técnicas que se han empleado en los diferentes pacientes presentados se incluyen la criocirugía, el cierre directo, colgajos de mínimo y gran desplazamiento y colgajos combinados. La elección de la técnica a realizar se realizó de forma individualizada siguiendo el criterio del médico responsable en cada caso.

**Conclusión.** Para la extirpación de tumores cutáneos que asientan en la pirámide nasal es necesario un análisis topográfico individualizado que incluya el conocimiento de la inervación y vascularización de la zona, así como de las diferentes subunidades estéticas de la nariz. Un abordaje preoperatorio adecuado y una elección correcta de la técnica a realizar permitirán alcanzar los objetivos en cuanto a extirpaciones completas y obtención de buenos resultados cosméticos.

## 9. NUEVA ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY

N. Merino-de-Paz, M. Rodríguez-Martín, P. Contreras-Ferrer, M. Sáez-Rodríguez, S. González-Hernández, C. Rodríguez-García, M. García-Bustinduy, N. Pérez-Robayna, R. Sánchez-González, F. Guimerá Martín-Neda y A. Noda-Cabrera

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.*

**Introducción.** El síndrome de Klippel-Trenaunay se define por la tríada clínica clásica de malformación vascular venosa-capilar extensa en el miembro afectado, venas varicosas subyacentes e hipertrofia de tejidos blandos u óseos de la extremidad afecta. La

mayoría de los casos descritos en la literatura son esporádicos, aunque algunos han presentado un patrón de herencia autosómica dominante. El espectro clínico oscila desde formas leves a graves, con úlceras de tórpida evolución resistentes a múltiples tratamientos.

**Caso clínico.** Mujer de 27 años de edad afecta de síndrome de Klippel-Trenaunay que presentaba malformaciones capilares-venosas e hipertrofia en miembro inferior derecho con disimetría de 5 cm y presencia de escoliosis moderada Dorso-Lumbar. No presentaba malformaciones vasculares o de otro tipo en el resto de órganos y aparatos. Presentó una úlcera crónica secundaria a la malformación arteriovenosa subyacente, con diagnóstico histológico de ulceración sobre malformación capilar, sin evidenciar signos de malignidad y con múltiples cultivos de tejido y exudado negativos. Fue tratada durante 12 meses con múltiples terapias tópicas y apósitos sin mejoría, presentando una rápida reepitelización tras la instauración de tratamiento con una nueva matriz de colágeno, plata y celulosa (Promogran Prisma®) durante 4 semanas.

**Discusión.** El Síndrome de Klippel-Trenaunay se diagnostica por criterios clínicos. Los problemas de cicatrización asociados al mismo han sido ampliamente descritos en la literatura, existiendo casos de buena respuesta a factores de crecimiento tópicos en publicaciones recientes.

**Conclusión.** Presentamos el caso de una paciente que tras una tórpida evolución de una úlcera crónica en el miembro afecto con terapias convencionales, presentó una rápida respuesta tras la instauración de una novedosa matriz de colágeno, plata y celulosa en el curso de 1 mes.

## 10. EXPERIENCIA DEL USO DE LA LACA DE CLOBETASOL PROPIONATO AL 8 % EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS UNGUEAL

M.N. Hernández-Hernández, P. Melwani-Melwani, R. Martel-Martell, E. Soler-Cruz, L. Borrego-Hernando, Y. Peñate-Santana y D. Islas-Norris

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** A pesar de que la psoriasis ungueal es una patología de difícil manejo en la práctica clínica, en los últimos años se ha empleado la laca de clobetasol propionato al 8 % con resultados satisfactorios. Presentamos nuestra experiencia con 5 pacientes que han recibido tratamiento con la laca de clobetasol propionato al 8 %.

**Material y métodos.** Se estudiaron retrospectivamente 5 pacientes que habían recibido tratamiento con la laca de clobetasol propionato al 8 % una vez al día durante 3 semanas y luego 2 o 3 veces por semana durante un media de 6 meses y medio de evolución. Los signos clínicos valorados al inicio del tratamiento fueron onicolisis, pitting y manchas de aceite.

**Resultados.** El inicio de la respuesta terapéutica se produjo entre el tercer y sexto mes de tratamiento. Sólo un caso presentó respuesta completa, 2 casos mejoraron parcialmente y el resto permaneció estable. El pitting fue el signo clínico que obtuvo mejor respuesta seguido de la onicolisis. No se encontraron efectos adversos.

**Discusión.** La afectación ungueal en el transcurso de la psoriasis oscila entre el 10 y el 78 % de los casos. Baran y Tosti formulan por primera vez la laca de clobetasol propionato al 8 % obteniendo una mejoría en el 80 % de los casos. Estudios posteriores muestran resultados similares en el 90 % de los pacientes con excelente respuesta de la onicolisis, pitting y manchas de aceite y respuesta moderada para la hiperqueratosis. En nuestro estudio, el pitting fue el signo clínico que mejor respondió al tratamiento. Aunque nuestros resultados mostraron mejoría clínica en la ma-

yoría de los pacientes y nuestra experiencia con 5 casos ha sido menos efectiva que los datos publicados en la literatura, se debe considerar su utilización en relación riesgo beneficio.

## 11. ÚLCERAS CRÓNICAS EN EXTREMIDADES INFERIORES

P. Contreras-Ferrer, M. Rodríguez-Martín, N. Merino-de-Paz, M. Sáez-Rodríguez, S. González-Hernández, C. Rodríguez-García, M. García-Bustinduy, N. Pérez-Robayna, R. Sánchez-González, F. Guimerá Martín-Neda y A. Noda-Cabrera

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.*

**Introducción.** El Pioderma Gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea ulcerativa crónica de etiología desconocida. Afecta principalmente a las extremidades inferiores. La lesión suele iniciarse como una pústula, ampolla o nódulo doloroso, que se expande rápidamente formando una úlcera de bordes irregulares, color violáceo, con base purulenta y granulada. No existe tratamiento único ni específico para el PG.

**Caso clínico.** Mujer de 53 años, con antecedentes personales de síndrome de Sjögren primario, urticaria *a frigore*, insuficiencia renal e hipertensión arterial. Acude a nuestro Servicio por la presentación de múltiples úlceras en miembros inferiores de seis años de evolución que fueron tratadas bajo el diagnóstico de Úlceras crónicas de miembros inferiores de etiología vascular sin mejoría evidente. Tras la exploración física y descartando un posible origen arterio-venoso por el Servicio de Cirugía vascular, se tomaron muestras para cultivo y se realizó biopsia para estudio anatomopatológico. El estudio microbiológico fue negativo, y el estudio histológico confirmó el diagnóstico de PG. Se realizaron múltiples tratamientos orales y tópicos sin respuesta. Dada la eficacia demostrada de las terapias biológicas en múltiples estudios en casos de PG refractario, se realiza tratamiento con Etanercept (Enbrel?) a dosis de 50 mg subcutáneos dos veces por semana. Tras 7 meses de tratamiento, las úlceras del miembro inferior derecho han curado, mientras que las del miembro inferior izquierdo han experimentado una notable reducción de su tamaño.

**Discusión.** El PG en una enfermedad cutánea inflamatoria, ulcerativa en la que se sospecha la existencia de una alteración de tipo inmune, donde se encuentra implicada la acción del TNF, que ejerce como citoquina proinflamatoria. El Etanercept es un receptor soluble del TNF- $\alpha$  y del TNF- $\beta$ , por lo que impide su unión a la superficie celular, haciéndolo biológicamente inactivo.

**Conclusión.** Son múltiples los estudios que apoyan el uso de terapia biológica, y, bajo nuestra experiencia, el Etanercept constituye una alternativa eficaz y segura para el tratamiento del PG refractario al tratamiento habitual.

## 12. TRES CASOS INTERESANTES EN MI CORTA EXPERIENCIA COMO DERMATÓLOGO CLÍNICO

L. Dehesa, J. Vilar, P. Valerón-Almazán, N. Santana, J. Bastida, J. Domínguez, J. Gómez-Duaso, P. Rivero, R. Torrado, P. de la Rosa<sup>a</sup>, M.L. Plaza<sup>a</sup> y G. Carretero

*Servicio de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. España.*

**Introducción.** La actividad asistencial que realizamos en nuestro medio esta caracterizada por consultas masificadas y poco seleccionadas en donde es frecuente atender multitud de casos que podríamos denominar «corrientes» y que por la presión asistencial que soportamos pueden dificultar la selección y atención de casos más interesantes y que suponen un desafío

clínico. Son precisamente esos casos «no corrientes» en donde la labor del dermatólogo clínico se enriquece y potencia, haciendo de un aparente signo externo un verdadero ejercicio de manejo integral del paciente, justificando que la Dermatología hoy en día siga siendo una disciplina muy importante dentro y para la Medicina.

**Casos clínicos.** Presentamos varios casos de interés clínico por su dificultad diagnóstica y/o terapéutica, que han enriquecido mi experiencia personal como joven dermatólogo y en donde ha sido necesario trascender «lo corriente» para manejar adecuadamente dichos pacientes. Caso 1: Varón de 35 años con úlceras dolorosas de 8 meses de evolución. Caso 2: Varón de 75 años con lesiones ampollosas en manos. Caso 3: Mujer de 80 años con enorme lesión ulcerada en cuero cabelludo con pérdida ósea. Realizamos un ejercicio de diagnóstico diferencial en cada uno de ellos y resaltamos las claves que nos permitieron alcanzar el diagnóstico.

**Conclusión.** A pesar de nuestra presión asistencial, debemos estar atentos como dermatólogos para poder seleccionar de la rutina aquellos casos más complejos, que requieran de nuestra habilidad y conocimiento para llegar al diagnóstico definitivo.

## 13. CAMBIOS HISTOLÓGICOS INCIPIENTES EN LA ENFERMEDAD DE GROVER

P. Melwani, O. Sangüeza<sup>a</sup>, A. Parsons<sup>a</sup> y L. Borrego

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España. <sup>a</sup>Wake Forest University Baptist Medical Center. North Carolina. EE. UU.*

**Introducción.** La enfermedad de Grover se caracteriza por acantólisis primaria. A menudo los cambios histológicos se presentan como focos muy circunscritos, por lo que en ocasiones podría ser infradiagnosticada.

**Objetivos.** Revisión de los cambios histológicos que acompañan a la acantólisis focal en los pacientes diagnosticados de enfermedad de Grover.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente 22 casos con diagnóstico histológico de enfermedad de Grover registrados en la base de datos del departamento de Patología de Wake Forest University School of Medicine, Carolina del Norte, entre los años 2000 y 2009. Se estudió la presencia de acantólisis focal, la elongación de las crestas y el infiltrado inflamatorio.

**Resultados.** Seis casos mostraron elongación de las crestas con acantólisis focal. Cuatro de ellos presentaron leve espongiosis. En todos se apreciaba un infiltrado perivascular superficial, con predominio de eosinófilos en cinco pacientes.

**Conclusiones.** La presentación conjunta de acantólisis focal y elongación de las crestas podría orientar al diagnóstico de Enfermedad de Grover si existe correlación clínica. La presencia de eosinófilos, infrecuentemente descrita en la literatura, constituye un hallazgo característico.

## 14. AMILOIDOSIS NODULAR CUTÁNEA LOCALIZADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

N. Pérez-Robayna, S. González-Hernández, C. Rodríguez-García, F. Guimerá, A. Noda-Cabrera, R. Nieves Rodríguez y R. Sánchez-González

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción.** La amiloidosis nodular es una forma de amiloidosis primaria cutánea localizada caracterizada por el depósito de proteínas fibrilares de amiloide tipo L en la dermis. En ocasiones la historia y el examen físico no son suficientes para diferenciar la amiloidosis nodular del millium coloide. Dado que la ami-

loidosis nodular puede progresar a amiloidosis sistémica el paciente debe seguir controles sistémicos. Se ha considerado el tratamiento de la amiloidosis nodular mediante dermabrasión debido a la prominente localización facial de la misma.

**Caso clínico.** Paciente varón de 55 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, visto por presentar lesión cutánea en zona de mentón, de meses de evolución, asintomática, que había aumentado de tamaño progresivamente. La exploración física puso de manifiesto en zona mentoniana, una placa eritematosa, multinodular, de aproximadamente 2 x 1,5 cm de tamaño, infiltrada, constituida por la confluencia de varias lesiones papulares de aspecto translúcido. Se decide toma de muestra para estudio histológico tras la que con unos primeros hallazgos consistentes con millium o degeneración coloide nodular y con amiloidosis nodular, finalmente se emite el diagnóstico de amiloidosis nodular. Con este diagnóstico se solicitan estudios que descartan la presencia de asociaciones sistémicas y tras tratar la lesión con varias sesiones de crioterapia junto con esteroide tópico de alta potencia sin experimentar evidente mejoría, se decide iniciar tratamiento con corticoterapia intralesional, estando actualmente a la espera de nuevo control del paciente.

**Discusión.** El diagnóstico diferencial de la amiloidosis nodular incluye principalmente el millium coloide. Dada la dificultad para diferenciar ambas entidades tanto clínica como histológicamente, la utilización de la microscopía electrónica permite distinguirlas por el tamaño y estructura de los filamentos observados.

## 15. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA SISTÉMICA EN PSORIASIS EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

N. Santana Molina, J. Vilar Alejo, P. Valerón Almazán, L. Dehesa García, J. Gómez Duaso, J. Bastida Iñarrea, P. Rivero Suárez, J. Domínguez Silva, R. Torrado González, M. Ojeda Escalera y G. Carretero Hernández

*Servicio Dermatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción.** En nuestro medio la psoriasis afecta aproximadamente al 1,4% de la población y aunque tiene una baja mortalidad puede resultar invalidante. Actualmente contamos con un amplio arsenal terapéutico, tanto tópico como sistémico. Algunos de los sistémicos clásicos y todos los biológicos han irrumpido en nuestro horizonte terapéutico avalados por diversos estudios y ensayos clínicos que ponen de manifiesto su seguridad y eficacia terapéutica. Dichos estudios han sido ocasionalmente patrocinados, por los propios laboratorios que fabrican el producto y aportando datos obtenidos de análisis multicéntricos y en condiciones controladas teóricas (ensayos). La práctica clínica diaria no siempre se lleva a cabo en dichas condiciones idólicas, por lo que cabría encontrar alguna diferencia entre unos y otros resultados obtenidos. En nuestra Unidad de Psoriasis controlamos a todos aquellos pacientes que reciben tratamiento sistémico clásico y/o biológico, mediante protocolización individualizada para cada medicamento y paciente.

**Objetivos.** Calcular el PASI basal, así como su reducción a las 12, 24 y 48 semanas. Calcular el % de PASI 75 y 90 a las 12, 24 y 48 semanas. Comparar nuestros resultados frente a los publicados en los estudios pivotaes. Determinar cuál es el fármaco que antes blanquea y cual es el que lo hace de forma más persistente. Sacar conclusiones para mejorar en nuestra labor diaria.

**Material y método.** Recurriendo a la base de datos de pacientes de nuestro servicio se han extraído los pacientes en tratamiento de los que se disponía los valores PASI suficientes. Se han analizado los datos con SPSS 15.0.

**Resultados.** De los 198 tratamientos de los que se han recogido datos. Se comentan los resultados obtenidos y las diferencias encontradas.

**Conclusiones.** La respuesta a diferentes tratamientos es variable, pero consistente, con pequeñas variaciones, con lo publicado en la literatura, lo que nos confirma la eficacia intrínseca de estas moléculas. Los resultados obtenidos a nivel teórico o grandes series es reproducible en nuestra práctica clínica diaria, lo que refuerza nuestra idea de que este tipo de terapia debe llevarse a cabo de forma protocolizada y siguiendo las directrices de las guías actuales como mejor forma de maximizar su eficacia terapéutica.

## 16. LESIONES ÓSEAS LÍTICAS EN PACIENTE AFECTA DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

S. González-Hernández, C. Rodríguez-García, N. Pérez-Robayna, A. González-Medina<sup>a</sup>, N. Merino, P. Contreras, M. García-Bustinduy, M. Sáez, F. Guimerá, A. Noda y R. Sánchez-González

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. <sup>a</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. España.*

**Introducción.** La Neurofibromatosis tipo 1 es una facomatosis autómica dominante con una incidencia de 1 por cada 3000 recién nacidos. Clínicamente se caracteriza por manchas café con leche, neurofibromas, efélides en axilas e ingles, nódulos de Lisch y defectos óseos.

**Caso clínico.** Presentamos a una paciente de 15 años de edad en seguimiento por Neurofibromatosis tipo 1 en nuestro Servicio desde los 2 años. En último control presenta un neurofibroma plexiforme en cara posterior de muslo izquierdo, por lo que se remite a cirugía Plástica y se solicita Resonancia Magnética para evaluar extensión del mismo, encontrándose, como hallazgo casual lesiones óseas en metafisis distales de ambos fémures. Dadas las características clínico-radiológicas de las lesiones, se llega al diagnóstico de sospecha de Síndrome de Jaffe-Camponacci.

**Discusión.** Las manifestaciones esqueléticas más frecuentes en la Neurofibromatosis tipo 1 son la macrocefalia y la escoliosis. Otros hallazgos característicos, aunque menos frecuentes son la pseudoartrosis de los huesos largos y la displasia del ala del esfenoides. El síndrome de Jaffe-Camponacci se caracteriza por la presencia, en huesos largos, de fibromas no osificantes acompañados de lesiones cutáneas características de la Neurofibromatosis tipo 1. Existe controversia acerca de si este síndrome es una forma poco frecuente de Neurofibromatosis o si se trata de una enfermedad diferente.

**Conclusión.** Presentamos un caso de probable Síndrome de Jaffe-Camponacci en una paciente diagnosticada de Neurofibromatosis tipo 1 confirmada mediante estudio genético.

## 17. SÍNDROME DE SWEET EPIDÉMICO

J. Vilar, L. Dehesa, P. Valerón, N. Santana, A. Gómez-Duaso, J. Bastida, P. Rivero, R. Torrado, J. Domínguez, P. de la Rosa<sup>a</sup>, M. Plaza<sup>a</sup> y G. Carretero

*Servicio de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. España.*

**Introducción.** El Síndrome de Sweet o dermatosis febril neutrofílica aguda es un proceso inflamatorio habitualmente reactivo de escasa prevalencia que presenta unos criterios diagnósticos clínicos, analíticos, histológicos y de respuesta a los tratamientos bien definidos. Revisando nuestra base de datos, desde el año 2002 hasta el 2008 hemos recogido 4 casos. Sin embargo en los primeros 6 meses del año 2009 nos vimos sorprendidos al atender a 6 pacientes que cumplen los criterios definidos para el diagnóstico de Sweet, por lo que llegamos a sospechar la existencia de una «pequeña epidemia».

*Objetivos.* Comparar retrospectivamente el grupo histórico de pacientes con Síndrome de Sweet con el más reciente aparecido. Discutir las características clínicas, epidemiológicas, analíticas, histológicas y evolución de los casos recientes. Comparar nuestra experiencia con la de otros Servicios de Dermatología de la Comunidad Autónoma.

*Material y métodos.* Seis pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín en los primeros 6 meses de 2009 con el diagnóstico de Sdr. de Sweet. Datos clínico-patológicos recogidos a partir de la Historia clínica. Análisis de frecuencias de distintos valores recogidos.

*Resultados.* Nuestros pacientes a diferencia de lo descrito son mayoritariamente varones (66 %). La media de edad es de 54 años, y la localización de las lesiones es la habitual. En su etiología nos encontramos un 50 % idiopáticos (clásicos) y el resto se reparten entre inducido por fármacos, malignidad e infecciosos. La respuesta al tratamiento ha sido rápida en general y 2 de ellos presentan recurrencias periódicas.

*Conclusiones.* Presentamos 6 casos diagnosticados de una enfermedad sistémica poco frecuente, aparecidos en un corto período de tiempo, y en la que el dermatólogo actúa como eje principal en su sospecha, diagnóstico, manejo y seguimiento.