

# MISCELÁNEA

## 246 GRANULOMA ANULAR EN PLACAS

C. Ros, T. Dachary, R. F. Lafuente, G. Martínez,  
M P. Grasa, F. J. Carapeto

Departamento de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

**Introducción:** El granuloma anular es una dermatosis inflamatoria cutánea benigna, de causa desconocida, que clínicamente suele manifestarse en forma de pápulas pequeñas de distribución anular de color piel o ligeramente eritematosas. Se han descrito diferentes variantes clínicas de granuloma anular cuyo examen histológico demuestra fundamentalmente focos de degeneración del colágeno en dermis superficial y media rodeados por un infiltrado dispuesto en empalizada, compuesto por histiocitos, linfocitos y un número variable de células gigantes multinucleadas.

**Caso clínico:** Mujer de 50 años de edad que consulta por presentar desde hace aproximadamente 6-7 años placas de crecimiento excéntrico en antebrazo y dorso de mano izquierda y aparición progresiva de lesiones eritematosas redondeadas de borde elevado en piernas y tronco. Confirmado el diagnóstico histológicamente, se inició el tratamiento con corticoides tópicos y pentoxifilina oral, evolucionando favorablemente con aclaración y disminución de la infiltración de las lesiones en un plazo aproximado de 4 meses.

**Discusión:** Presentamos una variedad poco frecuente de granuloma anular con mejoría clínica evidente tras iniciar el tratamiento combinado con corticoides tópicos y pentoxifilina oral.

## 247 GRANULOMA ANULAR

M. Fernández, A. España, M. A. Idoate, T. Solano, A. Bauzá,  
P. Lloret, P. Redondo

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

**Introducción:** El granuloma anular es una enfermedad cutánea granulomatosa de origen desconocido. Se caracteriza por presentar elementos anulares, con pápulas eritematosas en la periferia y centro con la piel aparentemente normal.

**Material y métodos:** Presentamos el estudio de 41 pacientes, diagnosticados de granuloma anular clínica e histológicamente en nuestro centro. El grupo de pacientes está constituido por 10 hombres y 31 mujeres, con afectación en unos casos local y en otros generalizada.

Hemos realizado un seguimiento de todos ellos, con especial atención en las asociaciones con otras patologías, las alteraciones analíticas que presentaban, así como los distintos patrones histopatológicos.

**Discusión:** El granuloma anular es una patología polimorfa en su presentación, de evolución crónica, que plantea dificultades en cuanto a su tratamiento, dado que no existen medidas terapéuticas específicas. Se han ensayado múltiples fármacos con unos resultados variables. Dado el carácter benigno del proceso, en casos concretos cabe la abstención terapéutica como opción válida.

## 248 ROSÁCEA GRANULOMATOSA FRENTE A LUPUS MILIARIS DISSEMINATUS FACIE

E. Pérez, A. Serrano, S. López, S. del Canto, C. Hernández,  
R. Cabrera\*, R. Corbí, M. Navarrete\*, T. Rodríguez-Cañas

Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** La rosácea granulomatosa representa el 10% de los casos de rosácea; su presentación clínica es muy variable. La histopatología muestra granulomas no caseificantes.

El lupus *miliaris disseminatus faciei*, considerado anteriormente como una forma cutánea de tuberculosis debido a las imágenes histopatológicas granulomatosas, en la actualidad se considera otra forma de rosácea.

**Caso clínico:** Presentamos un caso de una mujer de 18 años con lesiones eritematocostrosas en una mejilla y otro de un varón de 26 años con lesiones papuloeritematosas ampliamente distribuidas por cara.

En ambos el estudio histopatológico mostró formaciones granulomatosas que obligaron a establecer el diagnóstico diferencial con sarcoidosis y Tbc.

**Comentarios:** El hallazgo de granulomas en el área facial nos obliga a considerar estos diagnósticos, así como otras granulomatosis de origen sistémico e infeccioso.

En la actualidad se consideran estos dos procesos variantes granulomatosas del acné rosácea.

## 249 PANICULITIS EOSINOFÍLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Fernández, M. C. Martín, A. M. Menéndez, S. Carrasco,  
R. Ruiz, J. Blasco, I. Hernández, M. C. Dulanto,  
R. Naranjo, J. Linares

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Granada.

**Introducción:** La paniculitis eosinofílica se caracteriza por una infiltración prominente del tejido celular subcutáneo por eosinófilos. Esta manifestación histológica ha sido descrita en pacientes con una gran variedad de cuadros clínicos tales como vasculitis leucocitoclástica, eritema nudoso, paniculitis secundaria a inyección de drogas, síndrome de Wells, dermatitis atópica y de contacto, picadura de artrópodos, infección por estreptococo y otras bacterias, toxocariasis, gnathostomiasis, infección por *Fasciola hepática*, así como en linfomas B y T, y en la anemia refractaria con exceso de blastos.

La forma clínica más frecuente de presentación de la paniculitis eosinofílica es la nodular, si bien puede manifestarse en forma de pápulas o placas urticariformes, púrpuras, pústulas o lesiones ulceradas, pero siempre acompañadas de un componente nodular subcutáneo.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente mujer de 40 años, sin antecedentes de interés, con lesiones nodulares asintomáticas localizadas en la cara interna de muslo derecho, en número de cuatro, duras a la palpación, móviles y no adheridas a planos profundos, cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de paniculitis eosinofílica.

*Comentario:* Se comentan las pruebas analíticas solicitadas, el estudio histopatológico y las opciones terapéuticas desarrolladas.

### Bibliografía

Kato N. Eosinophilic panniculitis. *J Dermatol* 1993;20:185-7.  
Adame J, Cohen PR. Eosinophilic panniculitis: diagnosis considerations and evaluation. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:229-34.

## 250 SÍNDROME DE WELLS AMPOLLOSO INFANTIL

J. Sánchez Conejo-Mir, S. López Martín-Prieto, S. del Canto, C. Hernández, A. Serrano, A. Pulpillo, R. Cabrera\*, M. Navarrete\*\*

Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

*Introducción:* La celulitis eosinofílica (síndrome de Wells) es una rara entidad caracterizada por presentar placas eritematosas con aspecto de celulitis que histológicamente muestran un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y eosinófilos, confirmando imágenes en «llama» que son típicas de la enfermedad. Las lesiones ampollas son raras y en caso de aparecer son de pequeño tamaño. Su edad de aparición es muy variable, aunque la mayoría aparece en adultos.

### Casos clínicos:

*Caso 1:* Niño de 7 años que presentó bruscamente cuadro ampolloso generalizado, con afectación del 80% de la superficie corporal y necesitó ingreso de urgencia en la Unidad de Quemados de nuestro hospital. Fue tratado con corticoterapia oral (1 mg/kg/día), remitiendo sus lesiones en 20 días. Posteriormente ha tenido durante 7 años de seguimiento episodios de reactivación a pesar de la administración por ciclos de dapsona oral 100 mg/día.

*Caso 2:* Niño de 3 años con lesiones cutáneas diseminadas que formaban extensas placas inflamatorias sobre las que podían observarse ampollas de diferente tamaño. Se realizó tratamiento con prednisona oral (1 mg/kg/día), remitiendo el cuadro en pocos días. Posteriormente presentó tres brotes de menor intensidad. A los 3 años de seguimiento no se volvieron a evidenciar nuevos brotes.

*Comentarios:* El interés de los casos que se presentan radica en su aparición en la infancia, así como mostrar lesiones idénticas a la necrólisis epidérmica tóxica.

## 251 MASTOCITOSIS MULTINODULAR GLOBULOSA

R. Ruiz, J. Blasco, I. Hernández, I. Sánchez, M. C. Martín, I. Fernández, S. Carrasco, A. C. Menéndez, A. E. Jerez, R. Naranjo

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

*Introducción:* La mastocitosis multinodular globulosa es una mastocitosis inicialmente cutánea incluida en la clasificación morfológica de Degos y pronóstica de Travis como mastocitosis indolente que se caracteriza por la presencia de lesiones nodulares globulosas abundantes en número y que en algunos casos pueden llegar a presentar importantes fenómenos congestivos.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una niña de 3 años y medio sin antecedentes personales de interés. A los 2 meses de edad consulta por nódulos globulosos abundantes de tamaño guisante o algo mayores, de color rosado o amarillento, salientes, firmes o hemisféricos que suelen acompañarse en ocasiones de fenómenos congestivos. Signo de Darier +. El estudio histológico reveló la existencia de densos acúmulos de mastocitos ovales y poligonales en dermis papilar y media.

Desde los 2 meses de edad hasta la edad actual (3 años y 3 meses) ha sido ingresada en varias ocasiones por fenómenos congestivos asociados a su clínica cutánea. Con 2 años y 9 meses se ha realizado una biopsia de médula ósea por punción esternal y se ha objetivado Elementos linfoides moderadamente elevados en número, aunque bien diferenciados. Dos-tres mil de estos elementos nucleados son mastocitos. Todas las series son normales.

*Comentario:* Los fenómenos congestivos de la mastocitosis multinodular suelen ser la principal causa de ingreso y están producidos por la liberación paroxística de histamina. Entre ellos se incluyen signo de Darier; dermatografismo en piel no afecta, manifestaciones ampollas y Flush. En ocasiones se asocia con dermatitis atópica, pero no suele influir en el curso clínico y pronóstico de la mastocitosis. Las formas generalizadas, sobre todo las de comienzo precoz, pueden desaparecer sin dejar señal en la pubertad. Son pacientes que deben ser revisados periódicamente por el dermatólogo para descubrir nuevas lesiones, y dado que aún no existen pruebas objetivas que determinan si un paciente va a progresar a una forma sistémica o no.

### Bibliografía

Oranje AP. Mastocytosis: basic aspects, clinical evaluation and therapy. *Pediatr Dermatol* 2000;17(1):75-83.  
Naranjo R. Mastocytosis. *Med Clí* 1984;83:770-6.

## 252 ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA

O. Baniandrés Rodríguez, R. Carmena Ramón, O. Nieto Perea, P. Boixeda de Miquel, A. Marqués Huberti, S. Aparicio Fernández\*

Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. \*Fundación Calahorra. Logroño.

*Introducción:* La elastosis perforante serpiginosa (EPS) es un proceso poco frecuente perteneciente al grupo de las dermatosis perforantes que se caracterizan por la eliminación transepidérmica. Consiste en la expulsión a través de la epidermis de material derivado de las fibras elásticas de la dermis superior. Presentamos un caso de EPS en una paciente con síndrome de Down.

*Caso clínico:* Mujer de 29 años con síndrome de Down, sin otros antecedentes personales de interés, que consulta por presentar pápulas crateriformes con pequeño tapón central, algunas agrupadas en semicírculos, distribuidas de forma simétrica en la cara posterior de ambos codos. El estudio histopatológico fue compatible con la EPS.

*Discusión:* La EPS fue descrita en 1953 por Lutz bajo el nombre de queratosis follicularis serpiginosa. Se han descrito casos familiares sugiriéndose que existe una base genética. También se asocia al síndrome de Down y a trastornos del tejido conectivo (osteogénesis imperfecta, síndrome de Marfan, síndrome de Ehler-Danlos, acrogeria, pseudoxantoma elasticum, síndrome de Rothmund-Tompson); en ocasiones se desarrolla tras la ingesta de penicilamina en pacientes con enfermedad de Wilson o cistinuria. Comentamos los posibles mecanismos fisiopatológicos y sus posibilidades terapéuticas.

## 253 ELASTOSIS LINEAR FOCAL

M. P. García Muret, M.ª T. Fernández-Figueras\*, Ll. Puig Sanz, M. Pérez García, A. Alomar Muntañola

Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. UAB. Barcelona. \*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

*Introducción:* Burket, Zelickson y Padilla describieron por primera vez en 1989 una variedad clínica e histológica de elas-

tosis dérmica con el nombre de elastosis linear focal. Consiste en la presencia de unas líneas en forma de estrías palpables y de coloración amarillenta que se localizan en el centro y en la parte inferior de la espalda. El color amarillento representa la elastosis dérmica que se objetiva en la histología. Presentamos una paciente con esta patología.

**Caso clínico:** Paciente de 68 años de edad, con antecedentes de hernia de hiato y úlcus péptico, en tratamiento con antiácidos que consultó por presentar desde hace 4 años unas líneas horizontales palpables, como cordones refería en parte inferior de la espalda, asintomáticas. La exploración clínica ponía en evidencia la presencia en la parte central e inferior de la espalda de unas líneas de 4 mm de grosor, que se palpaban, de color amarillento, en capas, simétricas, extendiéndose a ambos lados de la columna vertebral. Se tomó una muestra mediante biopsia, observándose en el estudio histológico de hematoxilina-eosina un depósito de abundante material de tinción pálida separando las fibras de colágeno. El material tenía un color rosado y apariencia fibrilar delicada, separando y fragmentando las bandas de colágeno de tinción más oscura. La tinción para fibras elásticas demostró que este material de coloración pálida era tejido elástico ondulado, fragmentado y aglutinado. A pesar de ser asintomático la paciente quería conocer el origen y si existía algún tratamiento para esta patología.

**Discusión:** El diagnóstico diferencial se lleva a cabo con los xantomas lineares, el pseudoxantoma elasticum, la elastosis perforante serpiginosa, las bandas solares elastóticas de los antebrazos, la dermatosis lenticular diseminada y las estrías de distensión. Los xantomas lineares se localizan típicamente en cabeza y cuello y se diferencian fácilmente por la histología de la elastosis linear focal. El pseudoxantoma elasticum, la elastosis perforante serpiginosa y las bandas solares elastóticas de los antebrazos difieren todos ellos en configuración clínica, localización y apariencia con la elastosis linear focal. La dermatofibrosis lenticular diseminada es un nevus del tejido conectivo del tipo elastina y que se hereda de forma autosómica dominante y se asocia a osteopoiquiosis. Las estrías de distensión consisten en bandas delgadas de piel arrugada de color eritematoso, o rosado o blanco y se desarrollan como consecuencia de una ganancia de peso brusca, un cambio hormonal, o por la utilización de esteroides tópicos. En comparación esta paciente presentaba unas líneas palpables de color amarillento, sin factores desencadenantes. Además las estrías distensae muestran una epidermis aplanada con alteración de las fibras de colágeno. White considera a la ELF como un proceso regenerativo exagerado de las estrías de distensión, «reparación que loideia de las estrías de distensión». La asociación de fibras de colágeno hipertróficas con fibras elásticas que loideas apoya esa hipótesis. Otros autores opinan igual porque encuentran en un mismo paciente las dos patologías a la vez (ELF en la región lumbosacra y estrías de distensión) en otras localizaciones. Por último se recoge en una tabla las características de los casos publicados hasta la fecha.

## Bibliografía

Burket JM, Zelickson A, Padilla RS. Linear focal elastosis (elastotic striae). *J Am Acad Dermatol* 1989;20:633-6.

## 254 XANTOMA LOCALIZADO ASOCIADO A LINFEDEMA CRÓNICO

T. Sáenz-Sánchez, M. J. Moreno de Vega, I. García Río, M. Aragües, J. Fraga\*, A. García-Díez

Servicios de Dermatología y \* Anatomía Patológica. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

**Introducción:** Se han descrito xantomas localizados sobre zonas afectas por diversas dermatosis, tales como eccemas crónicos, eritrodermia, o bien sobre cicatrices y tumores; sin embargo, la asociación con linfedema es excepcional.

**Caso clínico:** Mujer de 26 años de edad que desde los 10 años refería edema progresivo de pierna derecha diagnosticado de linfedema primario. Desde entonces había sufrido múltiples intervenciones de cirugía plástica por complicaciones locales, teniendo como secuelas una elefantiasis verrucosa y múltiples lesiones ulcerosas. Desde hace 20 meses persistía una lesión ulcerosa perimaleolar interna y progresivamente le habían aparecido lesiones papulosas amarillentas salpicadas en las áreas de elefantiasis y en dorso de primer y segundo dedo del pie derecho. Se realizó biopsia del borde de la úlcera y de las lesiones papulosas amarillentas del primer dedo, observándose acantosis, hiperqueratosis e histiocitos espumosos en dermis papilar y superficial reticular.

**Comentarios:** Los xantomas observados sobre áreas de elefantiasis verrucosa recuerdan histológicamente a un xantoma verrucoso, y se han descrito de forma ocasional asociados a linfedema en pacientes normolipémicos. La dificultad del drenaje facilitaría el acúmulo de lipoproteínas y su fagocitosis por los macrófagos. En nuestro paciente las múltiples cirugías previas e infecciones de repetición sugieren un claro factor coadyuvante.

## 255 SÍNDROME DE MELKERSON-ROSENTHAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Ibáñez, C. Ortega, R. Tamarit, V. Pont, F. J. Miquel, L. Bernet\*, R. Muñoz\*\*

Servicios de Dermatología, \* Anatomía Patológica y \*\* Neurología. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

**Introducción:** El síndrome de Melkersson-Rosenthal consiste en la tríada de edema orofacial recurrente, parálisis facial intermitente y lengua plegada o escrotal.

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años de edad sin otros antecedentes de interés que ha presentado varios episodios de parálisis facial, el primero hace 40 años, otro hace 17 años contralateral y otro por el que consulta. La duración de los episodios es de unos 30 días, con recuperación parcial en las dos últimas. A la exploración actual se aprecia parálisis facial, edema orofacial y lengua escrotal. Las exploraciones complementarias, analítica, protocolo inflamatorio, vasculitis, infecciosa es normal, así como la RNM cerebral. La biopsia de labio reveló una queilitis granulomatosa. El tratamiento con corticoides consiguió una respuesta favorable, con reducción del edema y mejoría (no completa) de la parálisis facial.

**Comentarios:** Se trata de una entidad de causa desconocida. Se han postulado distintas teorías. Probablemente la etiología es multifactorial. La clave para el diagnóstico es la clínica (tríada característica). Es una posibilidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la parálisis facial, así como de las queilitis y edemas orofaciales recurrentes.

## 256 ENFERMEDAD DE HASHIMOTO PRITZKER

A. Marquina, J. M. Ricart, J. Espinosa, A. Zayas, A. Mateu, A. Jiménez, F. Ferrando, A. Fuertes

Hospital Dr. Peset. Valencia.

**Introducción:** La histiocitosis Langerhansianas congénitas cutáneas se caracterizan por la aparición de lesiones cutaneomucosas neonatales con una histología, inmunohistoquímica y microscopía electrónica que permite su identificación. Han sido numerosos los intentos para buscar criterios que puedan determinar el pronóstico de las diferentes histiocitosis X neonatales. De este modo se han subclasificado las histiocitosis X neonatales en la bien conocida enfermedad de Letter-Siwe y en la infrecuente reticulohistocitosis congénita autoinvolutiva de Hashimoto Pritzker.



**Caso clínico:** Neonato a término, fue dado a luz tras un embarazo controlado que cursó con normalidad. El neonato a pesar de un excelente estado general presentaba lesiones papulonodulares de 0,5-2 cm de diámetro, algunas ulceradas, distribuidas en mejilla izquierda, rodilla izquierda, brazo izquierdo y pierna derecha. El resto de la exploración detallada por órganos y aparatos era normal. Se practicaron serologías de TORCH y de varicela, resultando negativas. Se llevó a cabo una biopsia de lesiones cutáneas. La histología desveló un infiltrado constituido por histiocitos de núcleo grande, hiper cromático, acompañado de neutrófilos y con fenómenos de necrosis epidérmica. En la microscopia electrónica se observaron células de Langerhans con elevado número de gránulos de Birbeck en su interior y escasos cuerpos laminares. La inmunohistoquímica confirmó la naturaleza de las lesiones al mostrar en antígeno de superficie específico CD1 y la presencia de células intensamente positivas para la proteína S-100. Definida la entidad como una histiocitosis X, se practicaron pruebas de imagen en diferentes órganos y una serie ósea, ninguno de los cuales mostró algún dato relevante. En los 3 meses de seguimiento todas las lesiones cutáneas han involucionado y el paciente permanece con muy buen estado general sin signos clínicos sugestivos de afección orgánica.

**Discusión:** Durante la exposición se comentará el diagnóstico diferencial y pronóstico de las histiocitosis X neonatales, así como el diagnóstico y seguimiento de las mismas.

#### Bibliografía

- Schaumburg-Lever G, Rechowicz E, Fehrenbacher B, Möller H, Nau P. Congenital self-healing reticulohistiocytosis. A benign Langerhans cell disease. *J Cutan Pathol* 1994;59:66.
- Plaquet P, Hermans-Lè T, Piérard GE. Reticulohistiocytose auto-involutive de Hashimoto-Pritzker et les histiocytoses congénitales. *Arch Pediatr* 1994(1):578-581.

## 257 HISTIOCITOMA ERUPTIVO GENERALIZADO

J. Mollet, D. García-Fernández, S. Bel, G. Aparicio, R. Bartralot, V. García-Patos, A. Castells

Servei de Dermatologia Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**Introducción:** El histiocitoma eruptivo generalizado (HEG) es una histiocitosis no X muy infrecuente, autoinvolutiva, que se caracteriza por brotes recurrentes de pápulas de distribución simétrica.

**Caso clínico:** Hombre de 36 años sin antecedentes familiares ni patológicos de interés que presentaba lesiones cutáneas desde hacía 7 años en forma de pápulas asintomáticas, de entre 0,5 y 1 cm de diámetro, del color de la piel normal o ligeramente marrones, distribuidas de forma simétrica por todo el cuerpo. El estudio histológico convencional y ultraestructural fue diagnóstico de HEG. Se descartó la afectación sistémica mediante analítica general, radiografía de tórax, radiografía seriada ósea, ecografía abdominal, estudio oftalmológico y resonancia nuclear magnética del sistema nervioso central.

**Comentario:** Existen unos 30 casos de HEG descritos. Ocasionalmente se asociaron a afectación sistémica o evolucionaron hacia otras formas de histiocitosis. Algunos autores consideran que el HEG podría representar un estadio inicial indeterminado de varias histiocitosis, recomendándose un seguimiento clínico de estos pacientes.

#### Bibliografía

- Wee SH, Kim HS, Chang SN, Kim DK, Park WH. Generalized eruptive histiocytoma: a pediatric case. *Pediatr Dermatol* 2000;17(6):453-5.
- Repiso T, Roca-Miralles M, Kanitakis J, Castells-Rodellas. Generalized eruptive histiocytoma evolving into xanthoma disseminatum in a 4-year-old boy. *Br J Dermatol* 1995;132(6):978-82.

## 258 DERMATOSIS PERFORANTE ADQUIRIDA REACTIVA

F. Menéndez, M. F. Sánchez, M. Racionero y J. Razquin

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

**Introducción:** Las dermatosis perforantes adquiridas reactivas constituyen un grupo de afecciones que incluyen la enfermedad de Kyrle, la foliculitis perforante, la elastosis serpigino-sa perforans y la colagenosis perforante reactiva, todas ellas se caracterizan por la eliminación transepidérmica de componentes dérmicos alterados y pueden representar diferentes estadios de un único proceso. Se suelen asociar a insuficiencia renal crónica y/o diabetes.

**Caso clínico:** Paciente varón de 55 años con diabetes insulínica independiente desde hace 11 años e insuficiencia renal crónica y desde hace 3 años en hemodiálisis. Desde hace 3 meses presenta lesiones muy pruriginosas que afectan a EEII. A la exploración se observan pápulas hiperpigmentadas centradas por un tapón queratósico que a veces confluyen formando placas de mayor tamaño en caras laterales de ambas piernas. Se realiza el estudio histopatológico de una lesión, observándose un folículo dilatado ocupado por ortoqueratina laminar compacta, con un foco de perforación a nivel del infundíbulo y reacción inflamatoria perifolicular focal, de predominio agudo en proximidad de la perforación.

**Comentario:** Presentamos un caso de dermatosis perforante adquirida reactiva con gran expresividad clínica. Es difícil decidir la entidad concreta que representa dentro de las enfermedades perforantes, ya que pueden representar distintas variedades del mismo proceso.

## 259 MILIUM COLOIDE. PRESENTACIÓN DE DOS NUEVOS CASOS

A. J. Chaves, D. de Argila, I. Rodríguez-Navado, C. Fernández, I. Rovira

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

**Introducción:** El milium coloide es un proceso degenerativo infrecuente caracterizado clínicamente por el desarrollo de pápulas amarillotranslúcidas, de 1-2 mm de diámetro, localizadas en zonas fotoexpuestas e histológicamente por los depósitos de sustancia coloide en dermis papilar. Existen dos formas bien diferenciadas, una juvenil, generalmente hereditaria, autosómica dominante, que comienza antes de la pubertad y se localiza en cara, y otra forma del adulto, no familiar, relacionada con la exposición solar o con diferentes sustancias químicas.

**Casos clínicos:** Presentamos los casos de dos varones de 48 y 42 años de edad, agricultor y guardia de campo, respectivamente, que presentan desde hace varios años lesiones papulosas, amarillentas, de aspecto translúcido, que ocasionalmente formaban placas, localizadas en dorso de manos y en mejillas. El estudio histopatológico en ambos casos permitió evidenciar el acúmulo en dermis papilar de un material eosinofílico fisurado, bien delimitado y rodeados por bandas de colágeno. La tinción con anti-SAP fue positiva en estos acúmulos. Con estos hallazgos clínicos e histológicos establecimos el diagnóstico de milium coloide. Se instauró tratamiento con cremas barrera fotoprotectoras y con tetrinoína al 0,025%, obteniéndose una respuesta parcial.

**Conclusiones:** El milium coloide es un proceso dermatológico infrecuente de causa no bien conocida que debe sospecharse ante lesiones papulovesiculosas sobre áreas fotoexpuestas en varones de edad adulta con daño solar crónico. El diagnóstico diferencial clínico se plantea fundamentalmente con hidrocistomas ecinos y liquen amiloideo, procesos fácilmente demostrables por estudio histológico.

## 260 ANETODERMIA PRIMARIA

E. Fagundo, S. Dorta, A. Noda, M. García, M. Sáez, M. Escoda, R. Sánchez, F. Guimerá, C. N. Hernández\*, A. Martín\*, R. García

Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

**Introducción:** La anetodermia primaria es una enfermedad que se caracteriza por una pérdida circunscrita del tejido elástico dérmico sin causa aparente, hecho que la diferencia de las atrofiaciones maculares secundarias a ciertas dermatosis.

**Descripción del caso:** Mujer de 48 años, con antecedentes personales de esquizofrenia, que acude a consulta por presentar desde hace 1 año brotes sucesivos de lesiones asintomáticas localizadas en espalda y cara. Las lesiones consistían en placas atróficas, ovaladas, blanquecinas, tamaño entre 0,5 a 1 cm, múltiples, al inicio algunas eritematosas y de localización predominante en tronco. Las pruebas complementarias realizadas incluyeron un hemograma, bioquímica elemental, anticuerpos antinucleares, VDRL y FTA y Mantoux que fueron normales, salvo ligero aumento del colesterol y triglicéridos. Además se tomó una muestra de piel de una lesión localizada en espalda para estudio histológico. La anatomía patológica reveló una disminución y pérdida de la trama elástica, con lo que se llegó al diagnóstico de anetodermia primaria. Se pautó tratamiento con eritromicina oral durante 1 mes, observando una ligera mejoría de las lesiones en estadio eritematoso.

**Comentario:** La anetodermia primaria es una enfermedad poco frecuente que predomina en mujeres de edad media, tiene etiología desconocida y patogenia inflamatoria. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras enfermedades dermatológicas que cursan con lesiones atróficas como lupus, sífilis, tuberculosis, enfermedad de Hansen, acrodermatitis crónica atrófica. En cuanto al tratamiento en las primeras fases puede ser de alguna utilidad los antibióticos y fármacos antifibrinolíticos; en nuestro caso hemos utilizado eritromicina con un resultado terapéutico aceptable.

### Bibliografía

Ricci RM, Meffert JJ, McCollough ML. Primaria anetoderma. *Cutis* 1998;62(2):101-3.

## 261 LIQUEN PLANO ACTÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Giménez, S. Sánchez, E. Alonso, J. Martín

Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

**Introducción:** El liquen plano actínico o subtropical es una variante de liquen plano (LP) cuya distribución es fotodistribuida que se piensa es inducida por exposición solar. Presentamos un posible caso de esta entidad poco reportada en la literatura española.

**Caso 1:** Mujer de 41 años en tratamiento con tioridazina por una enfermedad psiquiátrica que desarrolló durante el verano unas lesiones tipo placa rojovioláceas de aspecto atrófico en la región frontal. El estudio de la biopsia resultó compatible con un liquen plano actínico. El estudio analítico resultó normal. La evolución ha sido excelente tras realizar fotoprotección y corticoterapia tópica.

El LP actínico es una afección más frecuente entre niños y adolescentes. En los países de Oriente Medio corresponde a un 30-40% de los casos de LP. La causa es desconocida, pero la exposición solar parece ser el factor desencadenante. La erupción aparece en primavera o verano y mejora durante el invierno. Clínicamente se manifiesta como unas lesiones papulosas pigmentadas. El tratamiento se basa en la realización de una buena fotoprotección, corticoterapia tópica o antipalúdicos de síntesis.

## 262 PITIRIASIS LIQUENOIDE ULCERONECRÓTICA

M. J. Isarría, R. Rivera, C. García, S. López, J. L. Rodríguez Peralto\*, P. Ortiz, L. Iglesias

Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción:** La pitiriasis liquenoide ulceronecrótica es una forma severa de *Pityriasis Lichenoides Et Varioliformis Acuta* (PLEVA) descrita por Degós en 1966; se caracteriza por lesiones ulceronecróticas de comienzo brusco con tendencia a coalescer junto con fiebre y otra sintomatología sistémica.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 33 años que durante más de 7 años presentó brotes de escasas lesiones papulonecróticas que curaban de forma espontánea, dejando cicatriz varioliforme; posteriormente desarrolló brotes más extensos de lesiones de mayor tamaño que afectaban incluso mucosas junto con fiebre. En la histología se observaron infiltrados linfocitos, algunos con características atípicas, inmunofenotipo T y CD30+ que inicialmente fueron diagnosticados de papulosis linfomatoide y otros con inmunofenotipo T y B CD30-. El reordenamiento en piel y sangre fue policlonal.

**Conclusiones:** Discutimos las dificultades diagnósticas de nuestro caso, las características clinicopatológicas de esta rara enfermedad y revisamos la literatura al respecto.

## 263 PITIRIASIS LIQUENOIDE E VARIOLIFORME AGUDA. PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS PEDIÁTRICOS

N. Hernández-Cano, R. de Lucas, P. Herranz, E. Naz, M. Sigüenza, S. Aso\*, M. Casado

Servicio de Dermatología. \*Departamento de Anatomía Patológica. Hospital La Paz. Madrid.

**Introducción:** La pitiriasis liquenoide es una enfermedad cutánea poco común y de etiología desconocida, con un espectro clínico y patológico que engloba lesiones crónicas y una presentación aguda. Las lesiones aparecen en brotes y duran varios meses o incluso años y suelen tender a la resolución espontánea. La forma aguda se denomina enfermedad de Mucha-Habermann o pitiriasis liquenoide e varioliforme aguda (PLEVA). La edad más frecuente de aparición es la segunda década de la vida. Es rara en la infancia, suponiendo un 0,25% de las dermatosis pediátricas, con un ligero predominio en varones.

Presentamos una serie de cuatro casos de PLEVA seguidos en nuestro Servicio.

**Caso clínico:** Dos niñas y dos niños de edades comprendidas entre los 2 y los 9 años, fueron diagnosticados en nuestra Unidad de Dermatología Pediátrica de PLEVA. En todos los casos se realizó biopsia cutánea, que confirmó el diagnóstico clínico. Los exámenes complementarios realizados fueron en todos los casos normales. Se instauró tratamiento con eritromicina oral (50 mg/ kg/día) y tratamiento tópico con ácido fusídico en las lesiones ulceronecróticas. Asimismo se recomendó exposición solar moderada. En todos los pacientes se observó involución y curación de las lesiones. El período de resolución del cuadro fue variable en cada paciente, de 6 meses a 2 años. Sólo en un caso fue necesario el ingreso hospitalario.

**Discusión:** Se comentan las características clínicas de esta entidad apoyándonos en la variada semiología que presentaron nuestros cuatro pacientes. El tratamiento fue eficaz y no se observaron efectos secundarios en ningún caso. El grado de satisfacción por parte de la familia fue evaluado como bueno. Aunque somos conscientes del carácter autorresolutivo de esta dermatosis, pensamos que el tratamiento con eritromicina oral puede estar indicado en el manejo de «primera línea» de la PLEVA infantil, la falta de efectos secundarios, la facilidad en el manejo y posología y la ausencia de otra alternativa terapéutica

## 264 POROQUERATOSIS SOBRE LABIO INFERIOR. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

J. Bañuls, G. Vergara, R. Botella, J. F. Silvestre, I. Belinchón, I. Betlloch, M. P. Albares, L. Carnero, J. Guijarro

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante.

**Introducción:** La poroqueratosis se define como un trastorno específico de la queratinización y que histológicamente se caracteriza por la presencia de una columna paraqueratósica densa, bien delimitada del resto de los corneocitos, denominada lamina cornioide.

**Casos clínicos:**

**Caso 1:** Mujer de 50 años que en 1993 fue remitida a nuestro Servicio por presentar una placa ovalada blanquecina de centro atrófico y borde ligeramente hiperqueratósico localizada en labio inferior. El diagnóstico histológico fue de poroqueratosis, y se consideró que se trataba de una variedad en placa única o de Mibelli. Meses más tarde aparecieron numerosas lesiones redondeadas eritematosas de 2 a 3 mm de diámetro, de distribución centroracial y que clínicamente fueron diagnosticadas de poroqueratosis actínica.

**Caso 2:** Mujer de 38 años que fue evaluada en nuestro Servicio en noviembre del 2000 por presentar una lesión asintomática en el labio inferior de 8 meses de evolución. Clínicamente era una placa de 1,5 por 0,7 cm, de borde continuo, lineal, queratósico y con el centro atrófico y de color blanquecino. El resto de la piel y las mucosas estaban libres de lesiones. El estudio histológico fue compatible con poroqueratosis.

**Comentario:** En la poroqueratosis la localización labial se considera excepcional, existiendo sólo tres casos descritos en los últimos 40 años. En nuestros dos pacientes, por la similitud de las lesiones, se podrían considerar que ambos corresponden a una localización inusual de poroqueratosis de Mibelli. Sin embargo, la existencia de lesiones en otras localizaciones de la cara de una de nuestras pacientes son sugestivas de poroqueratosis actínica, lo cual crea problemas terminológicos. En cuanto al diagnóstico diferencial de esta forma de presentación única, se debe plantear con liquen plano anular y queilitis actínica.

## 265 ICTIOSIS ADQUIRIDA EN PACIENTE CON NEUMOTÓRAX

I. Gonzalo, C. Iglesias, L. Barco, E. López-Negrete, M. Martín  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción:** La ictiosis adquirida es una rara entidad, indistinguible clínica e histológicamente de la ictiosis vulgar y que se ha visto asociada a múltiples procesos, principalmente paraneoplásicos.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 20 años, sin antecedentes personales de interés, que tras la colocación de un tubo de drenaje por neumotórax espontáneo comenzó con lesiones ictiosiformes alrededor de la zona quirúrgica y que posteriormente se extendieron por el tronco. En ese momento todos los resultados analíticos eran normales.

Se realizó biopsia con el resultado de ictiosis vulgar.

**Conclusión:** Aportamos un caso de ictiosis adquirida cuyo posible desencadenante no es ninguno de los habituales descritos en la literatura.

## 266 LINFADENITIS DERMATOPÁTICA EN PACIENTE CON PITIRIASIS RUBRA PILAR

E. Barberá\*, F. J. Ferrando\*, Bosch R\*\*, A. Ortí\*\*\*

\*Unidad de Dermatología. \*\*Servicios de Anatomía Patológica y \*\*\*Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

**Introducción:** La linfadenitis dermatopática, también llamada reticulosis lipomelánica, está constituida por la aparición de adenopatías reactivas asociadas a dermatosis extensas de tiempo de afectación prolongado y con una imagen histopatológica linfoide típica.

**Descripción del caso:** Mujer de 19 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por presentar lesiones localizadas en piernas, brazos, tronco y cara, de 2 meses de evolución, constituidas por placas de 0,5 a 2 cm de diámetro, eritematosas y descamativas, con pápulas foliculares en superficie, acompañada de prurito. Se practicó biopsia, confirmando el diagnóstico de pitiriasis rubra pilar.

La paciente inicia proceso febril con adenopatías generalizadas cuya histopatología tras biopsia es diagnóstica de linfadenitis dermatopática. Se inicia tratamiento con isotretinoína a dosis de 40 mg/día inicial y posteriormente 20 mg/día de mantenimiento, produciéndose mejoría progresiva de la pitiriasis rubra pilar hasta su total resolución en el término de 6 meses y manteniéndose asintomática en la actualidad.

**Comentario:** Presentamos un caso de linfadenitis dermatopática en el curso de una pitiriasis rubra pilar, caso excepcional en la literatura.

## 267 ESTUDIO DE LA PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT EN NUESTRO MEDIO

L. J. del Pozo, G. K. Iriarte\*, A. J. González, A. Martín, F. Mestre y J. Escalas

Hospital Universitario Son Dureta. \*Centro de Salud Santa Ponsa. Palma de Mallorca.

**Introducción:** Determinar las características de la pitiriasis rosada en nuestra población y compararlas con estudios previos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el ambulatorio del Carmen, de Palma de Mallorca, con enfermos derivados desde su área sanitaria. Se obtienen 115 pacientes diagnosticados de pitiriasis rosada durante el período 15-10-1995 al 15-2-2000.

**Resultados:** Setenta y dos pacientes eran mujeres y 43 varones, con edad media de 24,4 años. La mayor incidencia ocurrió en invierno (30,4%) y la menor en verano. El 96,5% procedieron de atención primaria y el resto fueron enviados por otras especialidades. En el 46% de las ocasiones no se especificó el diagnóstico. En el 28,7% se sospechó una pitiriasis rosada. Otros diagnósticos frecuentes fueron psoriasis, tiña y exantema viral. En el 7,8% se recogieron antecedentes de dermatosis previa (psoriasis o dermatitis atópica) y en cuatro casos hubo antecedente de toma de fármacos. En 12 pacientes (10,4%) la erupción fue precedida de una infección de vías altas respiratorias. El síntoma más frecuente fue el prurito. Sólo en ocho ocasiones se describieron las lesiones como de distribución atípica. El tiempo medio de evolución fue de 22 días y el de resolución de 43. En la mitad de los casos se observó pigmentación residual. En menos del 15% de los pacientes fueron necesarias exploraciones complementarias (biopsia, serología luética, cultivo para dermatofitos o bioquímica). El tratamiento consistió fundamentalmente en corticoides tópicos y antihistamínicos orales.

### Bibliografía

Marrón Gasca J, y cols. Epidemiología de la pitiriasis rosada de Gibert. *Actas Dermosifiliogr* 1979;70(3-4):219-22.

## 268 LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS AL SÍNDROME DEL TÚNEL CARIPIANO. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

J. L. Artola, P. Manrique, C. Sanz de Galdeano, J. M. Oleaga, I. Bilbao, I. Yurrebaso

Hospital de Galdácano. Galdácano (Vizcaya).

**Introducción:** Los signos cutáneos en el síndrome del túnel carpiano (STC) son muy poco frecuentes. Presentamos tres ca-



sos de lesiones digitales que sirvieron para llegar al diagnóstico del STC.

*Casos clínicos:*

*Caso 1:* Mujer, 70 años, modista jubilada. Antecedentes de HTA y diabetes mellitus. Refería dos episodios de ampollas hemorrágicas y úlceras en pulpejos de dedos índice y corazón derechos. Presentaba ampolla hemorrágica en el índice derecho. Los signos de Tinel y Raynaud fueron (+). Los datos analíticos, el estudio radiológico y el cultivo fueron normales o (-). El estudio electrofisiológico confirmó atrapamiento muy severo del nervio mediano en muñeca derecha. Dos años tras la liberación quirúrgica del nervio permanece asintomática.

*Caso 2:* Varón, 72 años, cantero jubilado. Antecedentes de HTA, prótesis en ambas rodillas. Refería un episodio de ampolla hemorrágica en el dedo corazón derecho. El signo de Tinel fue (+) y Raynaud (-). El cultivo fue negativo. La radiografía de ambas manos fue normal. La velocidad de conducción y el electromiograma eran característicos de STC. Cuatro meses más tarde de la intervención permanece asintomático.

*Caso 3:* Varón, 47 años, soldador. Consultó por fisuración de los dedos pulgar y corazón derechos con hinchazón, dolor y hormigueos de 1 mes de evolución. El signo de Tinel (+) y Raynaud (-). La radiografía de manos fue normal. El estudio neurofisiológico detectó STC moderado. Permanece pendiente de intervención quirúrgica.

*Comentario:* Los factores implicados en la aparición de lesiones cutáneas en el STC son: vasomotores, autonómicos, traumatismos e infecciones secundarias. La liberación quirúrgica precoz del nervio mediano es resolutoria para las lesiones cutáneas. Dado el presumible aumento de este síndrome entre usuarios de ordenadores consideramos de interés su conocimiento entre los dermatólogos.

## 269 ÚLCERA NEUROTRÓFICA DEL TRIGÉMINO

M. García, N. Barrientos, B. Pérez, M. J. Isarria, S. López, A. Guerra, L. Iglesias

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

*Introducción:* Es un trastorno poco frecuente secundario a daño en el nervio trigémino de cualquier etiología, con aparición de úlceras en el dermatomo del nervio afecto. La tríada clásica consiste en anestesia del V par, parestesias faciales y erosión o úlcera del ala nasal.

*Caso clínico:* Mujer de 64 años que en 1985 comienza con clínica de neuralgia de primera rama del trigémino derecho. Ante la falta de respuesta al tratamiento médico 1 año después se realiza cirugía, con lo que se consigue analgesia, pero refiere parestesias en hemicara derecha. Al año de la cirugía comienza con lesiones en ala nasal derecha persistentes, tipo ulceración con automutilación, intenso prurito y sangrado ocasional. Se practica biopsia que sólo demuestra tejido de granulación. La paciente es valorada en psiquiatría sin encontrar patología. Actualmente continúa con las mismas lesiones sin evidencia de infiltración tumoral y con tratamiento sintomático.

*Conclusiones:* Trastorno de escasa incidencia descrito por primera vez en 1933. Secundariamente al tratamiento quirúrgico de la neuralgia o a otro proceso que afecte al nervio se produce anestesia del área afecta con parestesias y manipulación de esa zona. Este trauma autoinducido se considera el principal agente causal del daño tisular. La localización más frecuente es en ala nasal produciendo pérdida del cartílago con automutilación. El período de tiempo entre el daño del nervio y la aparición de la úlcera varía, con una media de 1-2 años. Hay que hacer diagnóstico diferencial con ca. basocelular y dermatitis artefacta. El curso es crónico y persistente con escasa respuesta a tratamientos empleados.

## 270 BLASCHKITIS DEL ADULTO

J. E. Herrero, J. M. Mascaró-Galy, M. Lecha

Servei de Dermatologia. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.

*Introducción:* La blaschkitis del adulto es una entidad descrita por primera vez en 1990 por Grosshans y Marot. Consiste en la aparición de pápulas y vesículas de fondo eritematoso a lo largo de las líneas de Blaschko. Es un cuadro adquirido, recurrente y de curso autolimitado, del cual existen muy pocos casos publicados hasta la fecha.

*Descripción del caso:* Paciente mujer de 29 años de fototipo IV-V, sin antecedentes de interés, que acudió por la aparición de pápulas eritematosas pigmentadas confluentes de disposición lineal en el hombro izquierdo que se extendían hacia el brazo. Las lesiones habían surgido de novo hacía pocas semanas y parecían seguir las líneas de Blaschko.

Se realizó una biopsia que mostró espongirosis con formación de vesículas espongióticas y exocitosis focal de células de aspecto linfohistiocitario.

Se inició tratamiento con corticoides tópicos de mediana potencia con resolución del cuadro, dejando una discreta hiperpigmentación residual a la exploración al cabo de 1 mes. La paciente ha presentado nuevos brotes similares con buena respuesta al tratamiento.

*Discusión:* La blaschkitis del adulto es una patología rara, acuñada también con el nombre de dermatitis de Blaschko adquirida, recurrente y autolimitada. Como su nombre indica, se trata de una erupción de tipo eczematoso (clínica e histológicamente), adquirida, que cursa a brotes y cura espontáneamente en pocos meses o con corticoterapia tópica. Cabe plantearse el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden seguir una distribución similar tales como liquen plano, psoriasis lineal, liquen striatus, nevus epidérmicos, etc.

La excepcionalidad de esta enfermedad radica en su disposición a lo largo de las líneas descritas por Blaschko: líneas de crecimiento embrionario de la piel, de manera que un mismo clon de células ectodérmicas forma todo un trayecto invisible en la superficie corporal. La teoría del mosaicismo genético o funcional explicaría la aparición de patologías con esta distribución. Sin embargo, se desconocen los factores que desencadenan esta dermatitis espongiótica.

### Bibliografía

Grosshans E, Marot L. Blaschkite de l'adulte. Ann Dermatol Venereol 1990;117:9-15.

Megahed M, Reinauer S, Scharffetter-Kochanek K, y cols. Acquired relapsing self-healing Blaschko dermatitis. J Am Acad Dermatol 1994;31:849-52.

## 271 DELIRIO DE PARASITOSIS EN USUARIO DE COCAÍNA A DOSIS ELEVADAS

A. Rodríguez Pichardo, D. Moreno Ramírez, L. Sotillo, J. Mazuecos, F. Camacho

Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

*Introducción:* El delirio de parasitosis se encuadra entre las alteraciones psiquiátricas primarias en las que una piel normal es diana de una psique alterada. Aunque excepcional, su aparición en consulta de Dermatología es siempre un hecho perturbador por la dificultad del manejo de estos procesos y pacientes.

*Caso clínico:* Paciente de 31 años usuaria de drogas por vía parenteral, VIH positiva, remitida por el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de escabiosis. La paciente refería sentir cómo se movían insectos bajo su piel cada vez que consumía cocaína. A la exploración se observaron elementos papuloerosivos y sobreinfectados en todas las áreas del cuerpo accesibles a la manipulación.

*Comentarios:* El delirio de parasitosis es la creencia falsa de estar infestado por parásitos. Entre los usuarios de cocaína es bien conocido este cuadro delirante, que está aumentando su incidencia en las últimas décadas a consecuencia del mayor consumo de drogas. Además de ser consecuencia del abuso de estas sustancias, también puede verse en el contexto delirante de otras enfermedades psiquiátricas.

## 272 URGENCIAS DERMATOLÓGICAS HOSPITALARIAS: 1998-2000

J. Rodero, R. F. Lafuente, P. Zaballo, M. Dachary, C. Ros, F. J. Carapeto

Departamento de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

*Introducción:* Existen pocos estudios sobre la patología dermatológica que acude al Servicio de Urgencias de un hospital terciario y cada vez es mayor el número de pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios demandando atención dermatológica.

*Material y métodos:* Los residentes de Dermatología de nuestro hospital realizamos guardias de Dermatología y atendemos las urgencias dermatológicas que acuden al Servicio de Urgencias. Hemos ido recogiendo desde enero de 1998 los datos correspondientes a los pacientes asistidos por su problema dermatológico en cuanto a su edad y sexo, el motivo de su consulta, su procedencia, el diagnóstico, el tratamiento y el tipo de destino del paciente una vez atendido.

*Resultados:* Presentamos nuestras estadísticas a partir de los datos obtenidos durante los años 1998, 1999 y 2000, mostrando en diferentes tablas y gráficos la procedencia de los pacientes, los diagnósticos establecidos y su frecuencia, los procesos causantes de ingreso y su frecuencia, su distribución por destino y su comparación interanual.

*Discusión:* Hemos comprobado en este estudio descriptivo el persistente crecimiento, año a año, en el uso por parte de los pacientes del Servicio de Urgencias de nuestro hospital por problemas dermatológicos.

## 273 IMPACTO PSÍQUICO Y SOCIAL DE LA PSORIASIS

M. Sánchez Regaña\*, I. Umbert\*\*, P. Umbert\*, \*\*, W. Lupo\*\*\*, X. Soló\*\*\*\*

\*Servicio de Dermatología. Hospital Sagrat Cor. Barcelona.  
\*\*Instituto de Dermatología P. I. Umbert. Clínica Corachán. Barcelona. \*\*\*Unidad de Psicodermatología. Instituto de Dermatología P. I. Umbert. Clínica Corachán. Barcelona.

*Introducción:* En múltiples estudios se ha puesto de manifiesto el impacto psíquico y social desencadenado por la psoriasis y se han ideado unos índices (PLSI, PDI) para tratar de cuantificarlo. Asimismo el estrés es un claro factor desencadenante de los brotes.

*Material y métodos:* Se envió una encuesta anónima con 30 ítems a 1.500 pacientes con psoriasis y visitados entre 1980 y 1996 en nuestros departamentos. Se incluyó tríptico informativo sobre los tipos de psoriasis. En una primera parte se recogían datos epidemiológicos y en una segunda aspectos modificados por la psoriasis en el último mes.

*Resultados:* Fueron contestadas 231 encuestas (16,8%). El estrés fue el factor desencadenante más importante en el 43% de los casos, especialmente en varones. En el último mes un 27,5% de pacientes han modificado muchas veces su vestimenta, un 38,8% no han ido a baños públicos y un 25% han gastado mucho dinero en el tratamiento.

*Conclusiones:* Ponemos de manifiesto la importancia del stress como factor desencadenante y la repercusión que esta dermatosis genera en los pacientes afectos.

## 274 DERMATOLOGÍA ESPAÑOLA Y GÉNERO. ¿ANDROCENTRISMO?

R. Ortega\*, T. Ortiz\*\*, M. A. Fernández\*\*\*, M. Peña\*

Áreas de \*Dermatología e \*\*Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina de Granada.

\*\*\*Hospital Santa Ana de Motril. Granada.

*Introducción:* El análisis de género estudia las diferencias entre papeles asignados a mujeres y a hombres y el desequilibrio entre sus relaciones, sus necesidades y sus oportunidades (1). Otras especialidades médicas han sido sujeto de este tipo de trabajos (2). No existe bibliografía relativa a la situación en la dermatología. Iniciamos un estudio sobre ello, cuyo avance presentamos.

*Material y métodos:* Estudiamos la evolución porcentual anual de la relación dermatólogas/dermatólogos, en los ingresos en la AEDV desde que existen datos en la misma; correlacionamos la participación mujeres/hombres en las juntas directivas de la Academia en los últimos 30 años; analizamos la presencia de mujeres frente a la de hombres en los comités científicos de los congresos nacionales y reuniones anuales de la Sección Andaluza de los últimos 5 años, y se comparan datos de participación dermatólogas/dermatólogos como moderadores y ponentes en dichos congresos y reuniones.

*Resultados y comentarios:* a) los ingresos de mujeres y hombres en la AEDV se igualan a finales de los años ochenta, y en el último lustro se producen más ingresos en la misma de dermatólogas que de dermatólogos, y b) el mayor porcentaje de académicas frente al de académicos ingresados en el último decenio no discurre paralelo a los porcentajes de participación mujeres/hombres en juntas directivas y/o actuaciones como moderadores/ponentes en los últimos cinco congresos nacionales o reuniones anuales de la Sección Andaluza. El estudio revela que dentro de la especialidad funcionan los mismos sistemas de género que en la sociedad en su conjunto (3), que operan creando espacios que en la práctica excluyen a las profesionales («techo de cristal») y restringen su capacidad de elección/promoción, privando así a la organización de las contribuciones que las dermatólogas pueden aportar a partir de su experiencia. No se trata de «ocupar puestos» en la estructura actual, sino de acceder a ellos para introducir un nuevo modo de gestionar la producción y la divulgación del conocimiento menos agresivo, y excluyente, tarea que no puede abordarse sin la implicación de todas: dermatólogas y dermatólogos.

### Bibliografía

1. Ortiz Gómez T. Androcentrismo y género en medicina a lo largo de la historia. Atención Primaria 2000;26:185-7.
2. Ulstad VK. How women are changing medicine. JAMWA 1993;48:75-8.
3. Almarcha A, González C. Mujeres y docencia en la Universidad Complutense de Madrid. En: Sanz Rueda C, ed. Invisibilidad y presencia. Madrid; 1996. p. 125-36.

## 275 ALGUNOS NOMBRES PROPIOS EN UNA HISTORIA DE PSORIASIS

R. Díaz, M. Hervella, L. Pérez-España, M. Ruano, M. Mayor, E. López-Ayala, A. Pizarro

Servicio de Dermatología. Hospital La Paz. Madrid.

*Introducción:* En una historia clínica de un paciente con psoriasis anotamos algunos nombres propios, desconociendo en la mayoría de los casos la vida real del personaje.

El contenido de este póster pretende cubrir esta laguna.

*Material y métodos:* Los datos biográficos de Köebner, Brocq, Auspitz, Von Zumbusch, Kojog, Munro, Goeckerman e Ingram.

*Resultados:* La revisión bibliográfica realizada aporta algunos hechos curiosos sobre la vida de estos personajes y sobre su verdadera aportación a la historia de la psoriasis. En algunos ca-



sos su nombre está mal utilizado para designar un método o un signo histológico.

## 276 SINERGY: NUEVO PROGRAMA PARA LA REALIZACIÓN DE METAANÁLISIS

E. Letón, A. Pedromingo

Biometría. Departamento Médico. Glaxo Smith Kline Pharma. Tres Cantos. (Madrid).

**Introducción:** Se ha desarrollado un programa informático en CD de libre distribución para usuarios no especialistas que cubre los requerimientos básicos para la realización de un metaanálisis (MA). El MA es una técnica estadística que permite la integración de información de diferentes estudios. El programa Sinergy integra información de las principales medidas de efecto utilizadas en epidemiología e investigación clínica.

**Material y métodos:** Se emplea la metodología de Mantel-Haenszel y la Logit para diseños de efectos fijos y aleatorios con y sin asunción de homogeneidad. Se contemplan las siguientes medidas de efecto: riesgos relativos, *odds ratio* y diferencias de riesgos.

**Resultados:** A partir de la base de datos con la información recogida de cada estudio se pueden realizar hasta 16 técnicas de MA. La ventana de resultados permite la visualización de los pasos para la construcción de los estimados puntuales de la medida global de eficacia, su significación y su intervalo de confianza. El MA gráfico presenta el estimado global del efecto, su significación y el contraste de heterogeneidad entre los estudios. El MA acumulado permite establecer la fecha más temprana de acumulación de evidencia a favor de la hipótesis alternativa. Otras opciones son intervalos de confianza para distintos niveles de confianza, tratamiento de ceros, exportación de datos a ficheros ASCII, filtros de validez de cada estudio y gráficos de resultados.

**Conclusiones:** El MA es una herramienta fundamental en los análisis cuantitativos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). El departamento de Biometría de GSK ha desarrollado un programa de libre distribución que permite la realización de un MA. Más información en <http://www.e-biometria.com>.

## 277 SKINDEX-29. ESTUDIO DE INTERPRETABILIDAD Y FACTIBILIDAD

M.<sup>a</sup> Jones Caballero, P. F. Peñas, X. Badía, M. M. Chren, A. García Díez

Ambulatorio Hermanos Sangro. Área de Salud 1. Madrid. Servicio de Dermatología. Hospital de La Princesa. Madrid.

**Introducción:** Los test de calidad de vida estudian de forma objetiva cómo afecta la enfermedad a la vida del individuo. Skindex-29 es un instrumento orientado a pacientes con afectación cutánea. Hemos estudiado la interpretabilidad y la factibilidad de dicho test.

**Material y métodos:** Se administró el test a adultos en una consulta dermatológica ambulatoria.

Para estudiar la interpretabilidad: a) se compararon las puntuaciones procedentes de tres grupos de población: sanos, pacientes con lesiones cutáneas aisladas o tumorales y pacientes con dermatosis inflamatorias, y b) se estudiaron las puntuaciones de tres enfermedades reconocidas clínicamente: psoriasis, eccema y alopecia areata.

Para el estudio de factibilidad se objetivó el grado de la aceptabilidad del test analizando el porcentaje de pacientes que no respondieron a cada uno de los ítems del cuestionario,

así como el porcentaje de pacientes que dejaron de responder al menos un ítem de cada una de las dimensiones. Por último, para cada dimensión se calculó el efecto suelo y el efecto techo.

**Resultados:** Se analizaron 317 test, 65% eran mujeres, con  $36 \pm 15$  años.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las tres poblaciones definidas.

No se encontraron diferencias significativas entre alopecia areata y eccema o psoriasis en la puntuación global, ni en las escalas funcional o emocional, pero sí se hallaron en la escala sintomática, con una puntuación significativamente mayor para eccema o psoriasis.

El porcentaje de no respuesta osciló entre un 0 y un 1,9% y el ítem menos respondido fue el número 29 (influencia de la enfermedad en la vida sexual).

En cuanto a efectos suelo y techo se observó que sólo la escala funcional en pacientes con lesiones cutáneas aisladas mostró un efecto suelo mayor del 20%.

**Conclusiones:** Skindex-29 posee factibilidad e interpretabilidad adecuadas. Se corrobora que es un instrumento válido y fiable para medir los efectos de la afectación cutánea en la calidad de vida de pacientes españoles.

## 278 COCHRANE SKIN GROUP: REVISIONES SISTEMÁTICAS EN DERMATOLOGÍA

U. González, R. Pedragosa

Clínica Plató. Barcelona.

**Introducción:** La colaboración Cochrane se ha desarrollado desde que en los años setenta se comenzó a analizar la falta de fundamento científico de muchas de las decisiones médicas. Esta organización internacional fue creada para mejorar el acceso a las pruebas científicas sobre tratamientos e intervenciones sanitarias. Sus objetivos son la identificación y registro exhaustivo y actualizado de los datos provenientes de la investigación clínica para realizar su análisis crítico con rigor y transparencia (revisión sistemática). El *Cochrane Skin Group* (CSG) o Grupo Cochrane de piel constituye el núcleo dentro de esta organización que aglutina muchas de las acciones basadas en estas ideas dentro del campo de la dermatología.

**Material y métodos:** Se describe la estructura operativa del CSG. Se realiza un análisis y valoración de los protocolos y de las revisiones sistemáticas publicadas por el CSG en la versión 1/2001 de la *Cochrane Library*.

**Resultados:** Además de crear un registro internacional de ensayos clínicos relevantes en dermatología, el CSG potencia la realización de revisiones sistemáticas de nuestra especialidad. Los protocolos publicados hasta ahora se centran en tratamientos e intervenciones para verrugas vulgares, infecciones fúngicas de la piel y uñas de los pies, daño actínico, eccema atópico, psoriasis pústulosa crónica palmoplantar, el acné y la sudoración localizada importante. Las últimas revisiones sistemáticas publicadas incluyen tratamientos e intervenciones para infecciones fúngicas de la piel y uñas de los pies, psoriasis crónica en placas y en gotas, uña encarnada, el acné vulgar y las cicatrices del acné.

**Conclusiones:** Desde un punto de vista práctico cabe destacar la posibilidad de mejorar de la asistencia dermatológica a través de la relevancia científica de los resultados de las revisiones sistemáticas realizadas. No hay que olvidar que aplicar estos conceptos a la dermatología requiere un gran esfuerzo colectivo ya sea identificando las cuestiones relevantes; revisando la evidencia científica existente o promoviendo la investigación necesaria.

## 279 FORO DERMATOLÓGICO

M. Linares

Instituto Social de la Marina. Consulta de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Delegación Provincial de Cádiz.

**Introducción:** La generalización del uso de Internet en la sociedad obliga a que el especialista en dermatología deba de interesarse por el uso de nuevas tecnologías. Existen tres tipos de actividades en las que el dermatólogo puede sacar provecho de Internet: 1) comunicación con otros profesionales o pacientes mediante los sistemas de correo electrónico, telefonía en Internet y videoconferencia; 2) acceso a la información médica ya sea en revistas biomédicas, sistemas Medline, atlas, bases de datos e imágenes, libros, documentos multimedia, hospitales e universidades de todo el mundo, y 3) la potenciación de la colaboración profesional.

**Material y métodos:** Desde septiembre de 2000 realizamos un foro dermatológico (FD) mensual de carácter privado. El FD está compuesto por dermatólogos mayoritariamente españoles, aunque también participan especialistas de otras nacionalidades, sobre todo latinoamericanos. La actividad que se realiza consiste en la presentación de casos clínicos de interés propuestos por los miembros del FD, centrándose en aspectos prácticos de la dermatología, información sobre cursos y reuniones y otras actividades relacionadas con la especialidad.

**Resultados:** El número inicial de dermatólogos participantes en el primer FD fue de 25 y en la fecha de realización de este resumen es de 125, lo que da idea del interés creciente de este tipo de iniciativas.

**Conclusiones:** El FD esta abierto a todos los dermatólogos que lo soliciten. Para solicitar la participación deben de enviar un correo electrónico a la dirección mlinares@inicia.es.

### Bibliografía

Wainwright BD. Clinically relevant dermatology resources and the Internet: an introductory guide for practicing physicians. *Dermatol Online J* 1999;5(2):8.

## 280 CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS DERMATOFITOSIS Y PITIRIASIS VERSICOLOR EN LA PROVINCIA DE VALLADOLID

M. T. Bordel, J. Vega, A. Mariscal, A. Miranda, M. V. Torrero, E. Vidal, J. Bassas, M. García Muñoz

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción:** Presentamos un estudio epidemiológico de las dermatofitosis y de las pitiriasis versicolor en el área este de la provincia de Valladolid realizado durante un período de año y medio en un intento de conocer las frecuencias relativas de cada especie en nuestra área sanitaria.

La recogida de datos se obtiene de acuerdo a un protocolo de historia clínica, considerando como casos sólo aquellos que fueron confirmados mediante cultivos.

Se analizan los resultados obtenidos según distintos factores de la población afectada, las formas clínicas de presentación y los agentes patógenos implicados.