

**SECCIÓN GALLEGA
DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA**

XXIX Reunión, 27 de mayo de 2000

PROGRAMA Y RESÚMENES

Sede: Monasterio de Poio. Pontevedra

XXIX REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN GALLEGA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA

Pontevedra, 27 de mayo de 2000

PROGRAMA

9,00 h. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.
MONASTERIO DE POIO.

9,25 h. APERTURA DE LA REUNIÓN. *Dr. M. Cruces.*

9,30-10,15 h. COMUNICACIONES. Coordinadores: *Dres. C. De la Torre Fraga C y T. Rodríguez Granados.*

«HEMANGIOENDOTELIOMA RETIFORME. PRESENTACIÓN DE UN CASO», *por los Dres. Zulaica Gárate A, Fabeiro Gómez JM, Caeiro Castela JL, Calviño Otero S, Fernández-Martín R**. Unidad de Dermatología y *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Xeral-Cés. Vigo.

«ANGIOHISTIOCITOMA DE CÉLULAS MULTINUCLEADAS. TRES CASOS», *por los Dres. Zulaica Gárate A, Fabeiro Gómez JM, Caeiro Castela JL, González Piñeiro A*, Campo Blanco C**. Unidad de Dermatología y *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Xeral-Cés. Vigo.

«ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA GENERALIZADA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN», *por los Dres. Rodríguez González L, Seoane Pose MJ, Fabeiro Gómez JM, Zulaica Gárate A, San Miguel Fraile P*, Antón Badiola Y**. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Centro Médico POVISA. Vigo.

«HIDROCARCINOMA ECRINO: A PROPÓSITO DE UN CASO», *por los Dres. Vereá Hernando MM, García Silva J, Pazos Campos JM, Almagro Sánchez M, Yebra Pimentel MT**. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica.

Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña.

«DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR ALSTROEMERIA», *por los Dres. Amrouni B, Abalde MT, Suárez Y, Fernández-Redondo V, Toribio J.* Departamento de Dermatología de la Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

«GLÁNDULAS SALIVARES ECTÓPICAS», *por los Dres. Monteagudo B, Gómez M, Abalde MT, Ginarte M, Toribio J.* Servicio de Dermatología. Complejo Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

«EXANTEMA GENERALIZADO DE TIPO GRANULOMATOSO ASOCIADO A TRATAMIENTO CON G-CSF», *por los Dres. Almagro M, Del Pozo J, García-Silva J, Martínez W, Peña C, Vázquez J, Fonseca E.* Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica y Hematología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

10,15-10,30 h. DISCUSIÓN.

10,30-11,15 h. COMUNICACIONES. Coordinadores: *Dres. Z. Gárate y R. López.*

«INFECCIÓN POR *MYCOBACTERIUM CHELONAE* CON DISPOSICIÓN ESPOROTRICOIDE», *por los Dres. Rosón E, Losada A, De la Torre C, García Doval I, Feal C, Rodríguez T, Cruces MJ.* Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Pontevedra. Pontevedra.

«MIASIS SUBUNGUEAL», *por los Dres. García Doval I, De la Torre C, Losada A, Rosón E, Feal C, Rodríguez T, Cruces MJ.* Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Pontevedra. Pontevedra.

«LÚES SECUNDARIA TARDÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO», por los Dres. *Cerdeira Caramés M, Zulaica Gárate A, Fabeiro Gómez JM, Caeiro Castela JL, Moreno Martínez A**. Unidad de Dermatología y *Laboratorio Central. Hospital Xeral-Cíes. Vigo.

«REVISIÓN DE LA ETIOLOGÍA DE LAS ONICOMICOSIS», por los Dres. *Pereiro M Jr, Flórez A, Amrouni B, Toribio J*. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

«ONICOMICOSIS EN LOS NIÑOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS», por los Dres. *Hernández Martín A, Sánchez Bermejo C**. Fundación Hospital Verín. Verín (Orense). *Fundación Hospital Manacor. Manacor (Mallorca).

«TINEA CRURIS INFLAMATORIA», por los Dres. *Gómez M, Pereiro M^m, Pereiro M Jr, Abalde MT, Toribio J*. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

«DERMATOMATOMICOSIS CRÓNICA POR *FUSARIUM OXYSPORUM*», por los Dres. *Abalde MT, Zulaica A*, Caeiro JL*, Pereiro M Jr, Flórez A, Peteiro C, Toribio J*. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. *Sección de Dermatología. Hospital Xeral-Cíes. Vigo.

11,30-12,00 h DESCANSO. CAFÉ. VISITA A STANDS.

12,00-12,45 h. COMUNICACIONES. Coordinadores: Dres. *García Doval, Vereá*.

«DERMATOSIS IgA LINEAL Y COLITIS ULCEROSA», por los Dres. *Allegue F, Domínguez F, Peteiro MA, Alfonsín N, Piñeiro B, Ortega A*. Servicio de Dermatología. Hospital do Meixoeiro. Vigo.

«SIGNO DE LESER-TRÉLAT POR CARCINOMA COLORRECTAL», por los Dres. *Ginarte M, Flórez A, Sánchez-Aguilar D, Toribio J*. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

«DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA», por los Dres. *Allegue F, Zulaica A, Peteiro MA, De Luaces C, Sánchez Viei-*

tes S. Servicio de Dermatología. Hospital do Meixoeiro. Vigo.

«DERMATOSIS ACANTOLÍTICAS LOCALIZADAS», por los Dres. *Labandeira J, Amrouni B, Pereiro M, Toribio J*. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

«LINFOMATOSIS INTRAVASCULAR», por los Dres. *Del Pozo J, García Silva J, Almagro M, Álvarez A*, Debén G**, Martínez W, Peña C, Vázquez J, Fonseca E*. Servicios de Dermatología, *Anatomía Patológica y **Hematología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

«ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE POR PARVOVIRUS B-19», por los Dres. *Vázquez J, Martínez, Almagro M, Del Pozo J, García-Silva J, Peña C, Goday J, Fonseca E*. Servicio de Dermatología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

12,45-13,00 h. DISCUSIÓN.

13,00-13,45 h. VISITA PÓSTERS Y STANDS.

14,30 h. COMIDA DE TRABAJO.

16,15-17,00 h. COMUNICACIONES. Coordinadores: Dres. *A. Losada y C. Feal*.

«PLASTIA DE DESCARGA EN ONCOCRIPTOSIS», por los Dres. *Losada A*, De la Torre C*, Rosón E*, Doval I*, Feal C*, Cruces MJ*, Flores Tapia H***. *Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Pontevedra. **Dermatóloga visitante de la Universidad Autónoma de Méjico.

«TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA INCAPACITANTE DE FLEXURA DE CODO IZQUIERDO», por los Dres. *Vázquez Veiga H, Capeans Outeiro M^a, Rodríguez Fernández M, Castiñeiras Fernández S, Suárez Peñaranda JM*. Sección de Dermatología. Hospital de Conxo. CHUS.

«HERPES ZOSTER DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE VIH+», por los Dres. *Flórez A, Suárez I, Monteagudo B, Peteiro C, Toribio J*. Servicios de Dermatología. Complejo Hospitalario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

«NEVUS GEMELOS», por los Dres. *Suárez Conce I, Monteagudo B, Gómez M,*

Fernández-Redondo V, Toribio J. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

«POR LOS PELOS», *por el Dr. Del Río E.* Sección de Dermatología. Hospital de Conxo. CHUS.

«COLGAJO EN ABANICO EN TUMORES DE PIRÁMIDE NASAL», *por los Dres. Losada A, De la Torre C, Rosón E, Doval I, Feal C, Cruces MJ, Flores Tapia H**. Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Pontevedra. *Dermatóloga visitante de la Universidad Autónoma de Méjico.

17,00-17,30 h. DISCUSIÓN Y DISCUSIÓN DE PÓSTERS.

«CARCINOMA NEUROENDOCRINO CUTÁNEO (CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL)», *por los Dres. Peón Currás G, Álvarez López J, Cabo Gómez F, Gómez Domínguez JM, Fonseca Moreton A, Veiga Codesido C, Gómez Centeno P**. Unidad de Dermatología. Complejo Hospitalario Ourense. *Hospital Comarcal O Barco de Valdeorras. **Servicio de Anatomía Patológica.

«MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL AMPOLLOSO», *por los Dres. Feal Cortizas C, Rosón E, García Doval I, Losada A, Rodríguez Granados T, De la Torre C, Cruces Prado M.* Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Provincial-Montecele. Pontevedra.

17,30-18,00 h. VISITA STANDS.

18,00-19,30 h. ASAMBLEA DE LA SECCIÓN GALLEGA.

PARADOR NACIONAL. SALA DE REUNIONES

20,00 h. VÍDEO «CARO DIARIO» «LOS MÉDICOS». Nanni Morati.

20,30 h. I MESA DERMOENOLÓGICA DEL ATLÁNTICO.

— *Dr. A. Massa.* Hospital Santo Antonio. Porto-Portugal.

— *Prof. Jaime Toribio.* CHUS.

— *Dr. M. Cruces.* CHOP.

• Reflexiones Vídeo «Los Médicos».

• Cata de vinos.

20,00 h. CENA DE CLAUSURA. PARADOR NACIONAL.

COMUNICACIONES

- 143 «HEMANGIOENDOTELIOMA RETIFORME. PRESENTACIÓN DE UN CASO», *por los Dres. Zulaica Gárate A, Fabeiro Gómez JM, Caeiro Castela JL, Calviño Otero S, Fernández-Martín R**. Unidad de Dermatología y *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Xeral-Cíes. Vigo.

INTRODUCCIÓN

El hemangioendoteliooma retiforme es un raro tumor considerado como una variedad de angiosarcoma de bajo grado, probablemente relacionado con el tumor de Dabska con el que plantea diagnósticos diferenciales.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 5 años de edad que presenta desde los 3 una mácula asintomática rojoviolácea en zona submamaria derecha que remeda clínicamente a un hematoma por contusión y de muy lento crecimiento. Tras programarse una biopsia con la sospecha de una malformación vascular, perdemos la pista del paciente hasta que aparece de nuevo en la consulta a la edad de 10 años, presentando la lesión un aspecto similar, aunque más extenso.

Se practica una biopsia con la sospecha clínica de una malformación vascular, que muestra a nivel de dermis reticular una proliferación vascular constituida por espacios que se anastomosan, disecando el tejido, entre bandas de colágeno. La lesión se extiende al tejido celular subcutáneo, donde los espacios vasculares muestran amplias luces de aspecto linfático. Los espacios están revestidos por un endotelio de núcleos prominentes que no forman estructuras papilares.

Ocasionalmente se ven pequeñas papilas de tejido conectivo revestidas por estas células endoteliales. Alrededor de la lesión hay abundante depósito hemosiderínico y sólo focalmente un componente inflamatorio linfocitario.

DISCUSIÓN

Se presenta un nuevo caso de hemangioendoteliooma retiforme, raro tumor vascular asimilable al angiosarcoma de bajo grado, con muy poca capacidad de originar metástasis y probablemente relacionado con el tumor de Dabska, con el que plantea diagnósticos diferenciales.

- 144 «ANGIOHISTIOCITOMA DE CÉLULAS MULTINUCLEADAS. TRES CASOS», *por los Dres. Zulaica Gárate A, Fabeiro Gómez JM, Caeiro Castela JL, González Piñeiro A*, Campo Blanco C**. Unidad de Dermatología y *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Xeral-Cíes. Vigo.

INTRODUCCIÓN

El angiohistiocitoma de células multinucleadas es una rara proliferación benigna vascular y fibrohistiocitaria, que aparece principalmente en mujeres de mediana edad y descrita por primera vez en 1985.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Mujer de 53 años que presenta pápulas y placas rojovioláceas asintomáticas en cara interna de muslos y rodillas que aparecieron hace más de una década.

Caso 2. Mujer de 78 años que refiere hace unos 2 años la aparición de pápulas firmes de coloración amarronadoviolácea, una de ellas anular, todas asintomáticas.

Caso 3. Mujer de 62 años que acude por la presencia de pápulas asintomáticas rojovioláceas en cara interna de muslos y rodillas que recuerda hace unos 5 años.

DISCUSIÓN

El angiohistiocitoma de células multinucleadas se caracteriza clínicamente por su aspecto papular, rojovioláceo o amarronado, asintomático, que aparece en mujeres de edad media y con una historia de varios años de evolución. De aspecto clínico no siempre típico, tiene una histopatología característica que muestra una proliferación de pequeños vasos en dermis reticular en medio de un estroma fibrohistiocitario, con la presencia de células multinucleadas de aspecto bizarro.

Presentamos tres nuevos casos de una entidad considerada como rara, escasamente publicada, de presentación clínica e histopatología características.

- 145 «ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA GENERALIZADA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN», por los Dres. Rodríguez González L, Seoane Pose MJ, Fabeiro Gómez JM, Zulaica Gárate A, San Miguel Fraile P*, Antón Badiola Y*. Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Centro Médico POVISA. Vigo.

INTRODUCCIÓN

La elastosis perforante serpiginosa (EPS) es una dermatosis perforante poco frecuente, de etiología desconocida, pero asociada en ocasiones a determinadas enfermedades genéticas y a veces en relación con fármacos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años de edad, afecto de síndrome de Down, malformación cardíaca cianótica con hipertensión pulmonar secundaria e insuficiencia renal secundaria, con lesiones en codos y rodillas de 11 años de evolución, que en los últimos 2 meses se extienden a muslos, piernas, brazos y dorso nasal; refiere prurito ocasional. En la exploración dermatológica se observan pápulas eritematoparduzcas de 2-5 mm, queratósicas, que se disponen formando lesiones de morfología serpiginosa, afectando de forma simétrica rodillas, muslos, codos, brazos y dorso nasal. Dichas lesiones presentan áreas atrofíco-cicatriciales de color blanquecino. Los estudios analíticos muestran: hemoglobina, 19,5 g/ dl; hematócrito, 65%; plaquetas, 49.000/ mm³; protrombina, 78%; glucosa, 55 mg/ dl; creatinina, 2,2 mg/ dl. El resto de los estudios analíticos son normales. El estudio histopatológico muestra una invaginación de la epidermis con eliminación a través del canal de fibras elásticas que se tiñen con la técnica de orceína junto a tejido de granulación y detritus celulares. Adyacente a la lesión, la epidermis muestra hiperplasia epitelial sin displasia y leve infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular inespecífico. El diagnóstico histológico final es de elastosis perforante serpiginosa.

COMENTARIO

La EPS puede aparecer de forma aislada o asociada a diversos síndromes como son el de Ehlers-Danlos, pseudoxantoma

elástico, Down, Marfan, osteogénesis imperfecta, Rothmund-Thompson, acrogeria, esclerosis sistémica, morfea o secundaria a fármacos. El diagnóstico diferencial se tiene que realizar fundamentalmente con otras enfermedades perforantes (folliculitis perforante, colagenosis perforante reactiva y enfermedad de Kyrle). En la EPS se produce una eliminación transepidermica del material elástico alterado. Se ha descrito la involución espontánea; en caso contrario, las posibilidades terapéuticas son poco satisfactorias.

- 146 «HIDROCARCINOMA ECRINO: A PROPÓSITO DE UN CASO», por los Dres. Vereza Hernando MM, García Silva J, Pazos Campos JM, Almagro Sánchez M, Yebra Pimentel MT*. Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña.

Los carcinomas de glándulas sudoríparas ecrinas son raros, por tanto, su clasificación y origen son difíciles de establecer. Tampoco poseen un aspecto clínico o localización característicos.

CASO CLÍNICO

Varón de 66 años que padecía diabetes mellitus, bronquiectasias, EPOC y psoriasis.

En uno de los controles dermatológicos por su psoriasis se apreció lesión de 1,4 x 1,1 cm de diámetro en región preauricular izquierda. La lesión tenía una coloración rosada, superficie granulosa con telangiectasias y estaba ligeramente pediculada.

El estudio histológico mostraba tumoración que alcanzaba el tejido celular subcutáneo formando lóbulos con dos tipos celulares. Unas células eran cúbicas con citoplasma eosinófilo y núcleo oval, cromatina irregular y nucléolo bastante prominente y que muestran frecuentes mitosis. Otras células eran de citoplasma amplio y claro.

- 147 «DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR ALSTROEMERIA», por los Dres. Amrouni B, Abalde MT, Suárez Y, Fernández-Redondo V, Toribio J. Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

El género *Alstroemeria* comprende más de 150 especies, de las cuales *Alstroemeria aurantiaca* y *A. ligtu*, comprenden la mayoría cultivadas. Pertenecen a la familia *Alstroemeriaceae* y se propagan por bulbos, muy relacionadas con las *Liliaceae*.

En el caso de las dermatitis alérgica de contacto el alérgeno responsable es el tulipósido A, que se hidroliza rápidamente al tulipalin A6 (α -methilen- γ -butirolactona).

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, sin antecedentes de interés, florista desde hace 15 años. Presenta de aproximadamente 18 meses de evolución lesiones eccematosas a nivel de pulpejos y regiones periungueales de dedos de ambos manos en forma de hiperqueratosis con fisuración intensa.

Se realizan pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDC, las de las plantas de *Chemotechnique*, las plantas propias

que la paciente manejaba (lirio, lisantium, iris y limonium) y pesticidas. La lectura efectuada según la normativa internacional mostraba positividad para níquel (++), paladio (++) y α -metilen- γ -butirolactona.

DISCUSIÓN

La *Alstroemeria* es una fuente de exposición frecuente en dermatitis de origen laboral entre los floristas. La pulpitis fisurada (*tulip-fingers*) es el patrón morfológico habitual. El incremento en uso ornamental de esta planta incidirá en la aparición cada vez mayor de sensibilización a la misma.

- 148 «GLÁNDULAS SALIVALES ECTÓPICAS», por los Dres. Monteagudo B, Gómez M, Abalde MT, Ginarte M, Toribio J. Servicio de Dermatología. Complejo Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

El complicado desarrollo de la cara a partir de los arcos branquiales puede producir muchas anomalías craneofaciales y diversos tipos de defectos congénitos laterales y de la línea media.

CASO CLÍNICO

Un varón de 24 años de edad acude por la existencia desde hace aproximadamente 5 años de un pequeño bulto en el cuello que ocasionalmente deja salir un material que describe como «mucoide». En la exploración se aprecia una pequeña tumoración firme, bien delimitada, de menos de 3 mm de diámetro localizada sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, a pocos centímetros de su inserción distal, que se abre al exterior con un orificio puntiforme en el límite de la visibilidad. Con la sospecha diagnóstica de quiste branquial se procede a su extirpación y estudio histopatológico; el cual evidenció en la dermis una formación tumoral de aspecto glandular, que estaba compuesta por una porción excretora y una secretora. Estableciéndose el diagnóstico de glándula salival ectópica.

DISCUSIÓN

Las glándulas salivales ectópicas son poco frecuentes; han sido descritas diversas localizaciones alejadas de la cavidad oral; pero sin lugar a dudas la referente ha sido la región, tanto inferior como media del cuello. Ocasionalmente aparecen en el contexto de cuadros sindrómicos. Se debe sospechar que nos encontramos ante una glándula salival ectópica ante la presencia en la región inferior del cuello de una fístula, no conectada con el tracto alimentario, que secreta un fluido mucoide.

BIBLIOGRAFÍA

- Betlloch Mas I, Ramón Sapena R, Botella Antón R. Disrrafias de cabeza y cuello. *Piel* 2000;15:57-71.
- Sevilla A, Morell A, Navas J, Alfonso R, Silvestre JF, Ramón R. Orificies at the lower neck: heterotopica salivary glands. *Dermatology* 1997;194:360-1.
- William P, Adams MD, Patricia K, Donahoe MD. Salivary gland heterotopia in the lower part of the neck. *Arch Surg* 1979; 114: 79-81.

- 149 «EXANTEMA GENERALIZADO DE TIPO GRANULOMATOSO ASOCIADO A TRATAMIENTO CON G-CSF», por los Dres. Almagro M, Del Pozo J, García-Silva J, Martínez W, Peña C, Vázquez J, Fonseca E. Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica y Hematología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña.

INTRODUCCIÓN

Los factores estimulantes de colonias de granulocitos (G-CSF) y de granulocitos-macrófagos (GM-CSF) son factores de crecimiento hematopoyéticos recombinantes que pertenecen a la familia de los factores estimulantes de colonias. El G-CSF y el GM-CSF aumentan la proliferación, maduración y diferenciación de las células germinales hematopoyéticas de las líneas granulocítica y macrofágica, aumentando su número y actividad biológica. La principal indicación para el uso de G-CSF y GM-CSF es la neutropenia inducida por quimioterapia y radioterapia, pero también se utilizan en el tratamiento de neutropenias de otro origen como las congénitas, asociadas a leucemias, las asociadas a la infección por VIH o las secundarias a fármacos. Se han descrito diversas reacciones cutáneas asociadas a estos fármacos que podemos dividir en tres grupos: empeoramiento de diferentes dermatosis previas, reacciones locales en el punto de inyección y erupciones cutáneas diseminadas como el caso que presentamos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años con un síndrome mielodisplásico (anemia refractaria con exceso de blastos) en evolución a una leucemia aguda no linfoblástica de tipo M5, que acudió a consulta por neutropenia y fiebre. Se inició tratamiento con empírico con cefotaxidima, amikacina y vancomicina y posteriormente con anfotericina B y G-CSF (300 mg/ día subcutáneos). Cinco días después de comenzar con G-CSF la paciente desarrolló un exantema generalizado de aspecto polimorfo que afectaba el tronco y las extremidades donde se podían observar áreas morbiliformes asociadas con elementos purpúricos y liquenoides. Un estudio histológico reveló un infiltrado dérmico de aspecto granulomatoso. Las determinaciones serológicas para hepatitis A, B, C, VEB, CMV, RPR, legionela, fiebre Q, micoplasma y clamidia fueron negativas. Se suspendió la anfotericina B y los antibióticos sin modificación del exantema. Tras suspender el G-CSF las lesiones se resolvieron casi totalmente en 72 horas. Quince días después, por la intensa neutropenia, se reintrodujo G-CSF sin aparecer nuevas lesiones. Posteriormente se añadieron ARAC y mitoxantrona sin respuesta, falleciendo la enferma por una infección respiratoria.

DISCUSIÓN

Se han descrito diversas reacciones generalizadas asociadas al tratamiento con G-CSF, vasculitis leucocitoclástica, foliculitis diseminada, alopecia, flushing, epidermolisis ampollosa adquirida, dermatosis ampollosa IgA lineal, dermatosis neutrofílicas y exantemas diversos. Dentro de estos exantemas se han descrito diferentes patrones, morfiliforme, purpúrico, urticariforme, maculopapular e incluso una eritrodermia descamativa. Estas reacciones pueden recidivar o no tras readministrar el fármaco, de modo que algunos autores no las consideran como verdaderas reacciones a fármacos. Sus patrones histológicos son variables, pero hasta el momento no había sido descrito un patrón granulomatoso. Creemos que este proceso puede explicarse porque estos factores estimulan las líneas monocito-macrófago, por lo que teóricamente pueden inducir reacciones granulomatosas.

BIBLIOGRAFÍA

Scott GA. Report of three cases of cutaneous reactions to granulocyte macrophage-colony stimulating factor and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 1995;17:107-14.

- 150 «INFECCIÓN POR *MYCOBACTERIUM CHELONAE* CON DISPOSICIÓN ESPOROTRICOIDE», por los Dres. Rosón E, Losada A, De la Torre C, García Doval I, Feal C, Rodríguez T, Cruces MJ. Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Pontevedra. Pontevedra.

INTRODUCCIÓN

La infección por *Mycobacterium chelonae* se localiza habitualmente en el punto de inoculación, pero en pacientes inmunodeprimidos con frecuencia se produce diseminación con afectación cutánea extensa o bien con afectación de otros órganos.

CASO CLÍNICO

Acude a la consulta una mujer de 42 años, sin enfermedades previas ni concomitantes destacables, que presentaba desde hacía 1 mes en cara anterior del cuarto dedo de mano izquierda una lesión elevada eritematoviolácea, de aspecto inflamatorio. Posteriormente le habían salido otras lesiones de características clínicas similares en el dorso de la mano y en la región cubital del brazo ipsilateral, con disposición lineal. La paciente no refería trauma previo. A nivel axilar izquierdo se palpaba una adenopatía de pequeño tamaño. Los estudios complementarios que incluyeron analítica general, estudio inmunológico, Mantoux y radiografía de tórax no detectaron alteraciones relevantes.

La disposición de las lesiones hizo que la sospecha clínica inicial fuera de esporotricosis, iniciándose tratamiento con yoduro potásico hasta que el cultivo reveló la presencia de micobacterias. Dado que la micobacteria que más frecuentemente provoca un patrón esporotricoide es la *Mycobacterium marinum* el tratamiento analítico general, estudio inmunológico. Posteriormente se aisló *Mycobacterium chelonae*. Se mantuvo el tratamiento 2 meses con resolución de las lesiones.

COMENTARIO

La disposición esporotricoide en la infección por *Mycobacterium chelonae* ha sido descrita de forma muy ocasional. Todos los casos recogidos en la bibliografía, excepto uno, hacen referencia a pacientes inmunodeprimidos.

En pacientes inmunocompetentes la resolución espontánea de la infección localizada por este patógeno es un hecho frecuente; sin embargo, han sido descritos también casos de diseminación, por lo que creemos conveniente la administración de tratamiento. Aunque los últimos estudios parecen señalar la claritromicina como el fármaco más eficaz, en nuestro caso se obtuvo una respuesta excelente con minociclina.

- 151 «MIASIS SUBUNGUEAL», por los Dres. García Doval I, De la Torre C, Losada A, Rosón E, Feal C, Rodríguez T, Cruces MJ. Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Pontevedra. Pontevedra.

INTRODUCCIÓN

La localización subungueal de la miasis parece ser extremadamente infrecuente.

CASO CLÍNICO

Mujer de 90 años que consulta por edema bilateral de miembros inferiores e intenso dolor en el pie derecho. La paciente padecía diabetes mellitus tipo II y vasculopatía aterosclerótica obliterante crónica en miembros inferiores. En la exploración física apreciamos la presencia de larvas en localización subungueal. Realizamos onicectomía y limpieza, desapareciendo su sintomatología. La larva se identificó como *Sarcophaga* sp.

COMENTARIO

La miasis subungueal es un cuadro extremadamente infrecuente o al menos reflejado infrecuentemente en la literatura. Sólo hemos encontrado una referencia indirecta a un cuadro similar.

BIBLIOGRAFÍA

Munyon TG, Urbanc AN. Subungual myiasis. A case report and literature review. *J Assoc Milit Dermatol* 1978;4:60-1. En: Baran R, Dawber RPR, eds. *Diseases of the nail and their management*, 2.^a ed. Oxford: Blackwell Science; 1994. p. 134.

- 152 «LÚES SECUNDARIA TARDÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO», por los Dres. Cerdeira Caramez M, Zulaica Gárate A, Fabeiro Gómez JM, Caeiro Castelao JL, Moreno Martínez A*. Unidad de Dermatología y * Laboratorio Central. Hospital Xeral-Cies. Vigo.

INTRODUCCIÓN

La incidencia actual de la sífilis en nuestro medio es escasa, pasando en muchos casos desapercibidas sus manifestaciones cutáneas por la profusión de tratamientos antibióticos administrados por otros procesos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 49 años de edad que es remitida por presentar en palmas y plantas, desde hace 4 meses, unas lesiones papulosas con hiperqueratosis, remediando clavos, sensibles a la presión y dolorosas a la deambulación, junto a una placa indurada labial superior, indolora y erosiva en su centro. No presentaba sintomatología general ni otras manifestaciones cutáneas o mucosas ni adenopatías. Se pidió una serología de lúes, apareciendo un RPR 1/16, TPHA > 1/2560. La analítica general mostraba un aumento de los enzimas hepáticos. Se comentan el resto de los hallazgos.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de lúes secundaria con sífilides palmo-plantares y chancro redux labial. Justificamos la presentación del caso por la intensidad de sus lesiones y lo infrecuente de estos casos, apenas observados por gran parte de los médicos e incluso por los dermatólogos en formación.

- 153 «REVISIÓN DE LA ETIOLOGÍA DE LAS ONICOMICOSIS», por los Dres. Pereiro M Jr, Flórez A, Amrouni B, Toribio J. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

Las onicomicosis son procesos infecciosos de prevalencia poco conocida. Menos del 40% de los sujetos con estos proce-

son consultan con el médico y menos de la mitad de éstos lo hacen con el especialista. Los avances terapéuticos actuales hacen que toda micosis ungueal deba ser tratada. No existe acuerdo en la importancia relativa de los diferentes agentes etiológicos de las onicomicosis, y debido a que en la actualidad se dispone de tratamientos con diferentes espectros de acción, se ha producido en los últimos años un espectacular aumento de las publicaciones sobre el tema. Desde 1965 aparecen 160 trabajos publicados, 82 de ellos en los últimos 10 años, 56 en los últimos 5 y 40 en los últimos 3.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde el 1/ 1/ 1985 hasta el 31/ 12/ 1999 se estudian en el Servicio de Santiago de Compostela 2.503 casos de onicomicosis. Realizamos una comparación de nuestros datos con los obtenidos de la literatura en los últimos 10 años.

RESULTADOS

Las onicomicosis son causadas con mayor frecuencia por hongos dermatofitos (60-90% de los casos), especialmente por *Trichophyton rubrum*. La incidencia de mohos y levaduras es similar, oscilando entre el 10-20% de los casos. Existen estudios que encuentran mayor incidencia de levaduras, pero ello siempre es debido a que incluyen la candidiasis ungueal dentro del concepto de onicomicosis. En todos los estudios publicados sólo se obtiene confirmación micológica positiva en la mitad de los diagnósticos clínicos realizados por dermatólogos. Por ello no se debe iniciar tratamiento para una onicomicosis antes de tener confirmación diagnóstica.

154 «ONICOMICOSIS EN LOS NIÑOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS», por los Dres. Hernández Martín A, Sánchez Bermejo C*. Fundación Hospital Verín. Verín (Orense). *Fundación Hospital Manacor. Manacor (Mallorca).

La onicomicosis, una de las consultas dermatológicas más habituales, es muy poco frecuente durante la infancia.

Presentamos dos casos de onicomicosis en la edad infantil. El primer caso se trataba de un paciente con síndrome de Down de 7 años de edad que consultó por la alteración progresiva de todas las uñas de los pies, aislándose *Trichophyton mentagrophytes* como agente etiológico. El segundo paciente solamente mostraba afectación de la primera uña de ambos pies, obteniéndose en este caso un cultivo positivo para *Candida albicans*.

La onicomicosis infantil se asocia con frecuencia a *Tinea pedis* y a historia familiar de onicomicosis. Su baja incidencia en los niños hace imprescindible confirmar el diagnóstico clínico por medio del análisis micológico, ya que, en la mayoría de los casos, los antifúngicos sistémicos son el único tratamiento eficaz. Aunque se tiene mayor experiencia con la griseofulvina, los nuevos antifúngicos orales como el itraconazol, la terbinafina y el fluconazol, parecen ser mejores alternativas terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

Gupta AK, Chang P, De Rosso JQ, Adam P, Hofstader SL. Onychomycosis in children: prevalence and management. *Pediatr Dermatol* 1998;15:464-71.

Gupta AK, De Rosso JQ. Management of onychomycosis in children. *Postgrad Med* 1999;31-37.

155 «TINEA CRURIS INFLAMATORIA», por los Dres. Gómez M, Pereiro M^aM, Pereiro M Jr, Abalde MT, Toribio J. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

CASO CLÍNICO

Mujer de 22 años sin antecedentes de interés que refiere la aparición desde hace 1 mes de una lesión asintomática, redondeada, descamativa a nivel de la región púbica que fue creciendo lentamente de tamaño. Posteriormente las lesiones sufrieron enrojecimiento, pustulación e inflamación, acompañado de dolor local, por lo que acudió en dos ocasiones a su médico de cabecera, quien pautó una pomada corticoide tópica y tavegil sin apreciar mejoría. Posteriormente se le administraron antisépticos y cloxacilina por vía oral, como la lesión continuaba progresando es remitida al Servicio de Dermatología con la sospecha de tiña inflamatoria inguinal y se comienza tratamiento con antifúngico oral, con progresiva mejoría. Refiere maniobras de depilación en la zona días antes de empezar con el empeoramiento, convive con animales.

En la exploración presentaba a nivel de la región púbica una placa eritematoedematosa que desborda afectando pliegues inguinales, cubierta en su superficie por múltiples pústulas foliculares, desprendiéndose el pelo con facilidad; la placa se aprecia indurada sin objetivarse fluctuación en ninguna zona. Se observan algunas lesiones satélites localizadas a nivel de hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, redondeadas, eritematodescamativas, de morfología circinada que en días sucesivos aparecen en cara interna de ambos muslos. El examen directo de las muestras fue positivo identificándose en el cultivo *T. mentagrophytes var interdigitale*.

Lo llamativo de este caso reside en la escasa frecuencia de estas infecciones en mujeres, que raramente son producidas por *T. interdigitale* y que éste no suele producir inflamación.

BIBLIOGRAFÍA

Aldi R. Ecology and epidemiology of dermatophyte infections. *J Am Acad Dermatol* 1994;31.

Chakrabarti A, Sharma SC, Talwar P. Isolation of dermatophytes from clinically normal sites in patients with *Tinea cruris*.

156 «DERMATOMATOMICOSIS CRÓNICA POR FUSARIUM OXYSPORUM», por los Dres. Abalde MT, Zulaica A*, Caeiro JL*, Pereiro M Jr, Flórez A, Peteiro C, Toribio J. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. *Sección de Dermatología. Hospital Xeral-Cés. Vigo.

Presentamos una paciente de 67 años de edad que desde hace 20 años presenta en región auricular una lesión tumoral que crece lentamente y que ha sido tratada en diversas ocasiones, con métodos destructivos locales. También recibió tratamiento con tuberculostáticos sin resultados positivos.

Se realiza estudio histológico de la lesión, observándose un granuloma crónico y en la tinción con PAS se aprecia la presencia de hifas micelias tabicadas, gruesas y sin pigmento.

Con este hallazgo se realizan cultivos en medio de Sabouraud con antibiótico a 25° y 37° C, observándose el crecimiento de

colonias filamentosas de coloración naranja, que crecen mejor a 37° C. La observación microscópica revela conidióforos filídicos cortos dispuestos lateralmente sobre la hifa, algunos de ellos ramificados, esporas pequeñas fusiformes u ovoides, de una o dos células y clamidosporos intercalares hialinos de pared lisa.

Con estos datos identificamos la colonia como *Fusarium oxysporum* e iniciamos tratamiento con terbinafrina, itraconazol y fluconazol.

- 157 «DERMATOSIS IgA LINEAL Y COLITIS ULCEROSA», por los Dres. Allegue F, Domínguez F, Peteiro MA, Alfonsín N, Piñeiro B, Ortega A. Servicio de Dermatología. Hospital do Meixoeiro. Vigo.

La dermatosis IgA lineal (DAL) es una enfermedad autoinmune ampollosa subepidérmica, poco frecuente, caracterizada por depósitos lineales de IgA en la zona de la membrana basal (ZMB) y, en algunos casos, por autoanticuerpos circulantes IgA contra dicha zona. Es un proceso heterogéneo desde el punto de vista clínico, inmunopatológico y etiológico. Presentamos el caso de un paciente con DAL y colitis ulcerosa.

Varón de 18 años que, 3 semanas más tarde del diagnóstico de colitis ulcerosa y cuando se había conseguido su control clínico, desarrolla un cuadro ampolloso generalizado que fue diagnosticado en base a la clínica, histopatología e inmunofluorescencia directa de DAL. Se trató con corticosteroides con muy buena respuesta.

Se repasa la etiología de la DAL, haciendo hincapié en la asociación con patología digestiva y fundamentalmente con la colitis ulcerosa, situación prescrita previamente.

- 158 «SIGNO DE LESER-TRÉLAT POR CARCINOMACOLORRECTAL», por los Dres. Ginarte M, Flórez A, Sánchez-Aguilar D, Toribio J. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

El signo de Léser-Trélat consiste en la aparición más o menos súbita de queratosis seborreica asociadas a un cáncer. Aunque algunos autores niegan su existencia, en la literatura hay más de 85 casos asociados a muy diversos tipos de cánceres. Aquí describimos un paciente con múltiples queratosis seborreicas de aparición súbita en el cual se pudo detectar un adenocarcinoma de recto en un estadio en que fue curativo.

Un varón de 75 años acude a consultas por la aparición desde hacía 3 meses de numerosas lesiones en tronco, algunas levemente pruriginosas. La exploración física dermatológica revela numerosos tumores clínicamente sugestivos de queratosis seborreicas, que se confirman histopatológicamente. Se efectúa a continuación un estudio básico (anamnesis detallada, exploración física general completa, analítica general de sangre y orina, determinación de marcadores tumorales, estudio de sangre en heces, radiografía de tórax y ecografía abdominal) y en base a las anomalías detectadas (AFP y TPS y sangre en heces) se procede a investigar más detalladamente la presencia de un cáncer subyacente. El resultado de ello es el diagnóstico de un adenocarcinoma de recto en estadio A de Duker. Tras un seguimiento de 2 años, el paciente permanece asintomático, aunque sus lesiones cutáneas permanecen sin modificarse. Con este caso queremos ilustrar un signo de Léser-Trélat y discutir muy brevemente las dos cuestiones más importantes acerca del mismo: a) ¿existe verdaderamente este signo o es una asociación casual?, y b) asumiendo su existencia, ¿qué estudios se deben realizar y cuándo?

BIBLIOGRAFÍA

- Holdiness MR. On the classification of the sign of Léser-Trélat. *J Am Acad Dermatol* 1988;19:754-7.
- Schwartz RA. Sign of Léser-Trélat. *J Am Acad Dermatol* 199;35:88-95.
- Rampen FHJ, Schwengle LEM. The sign of Léser-Trélat: does it exist? *J Am Acad Dermatol* 1989;21:50-5.
- 159 «DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA», por los Dres. Allegue F, Zulaico A, Peteiro MA, De Luaces C, Sánchez Vieites S. Servicio de Dermatología. Hospital do Meixoeiro. Vigo.

La dermatomiositis es un proceso que se caracteriza por una miopatía inflamatoria y afectación cutánea característica. La afectación cutánea exclusiva, aunque es un tema debatido, es poco frecuente. Presentamos el caso de una mujer con una dermatomiositis amiopática, que cumple los criterios propuestos por Euwer y Sontheimer (1) y cuyo debut estuvo en relación cronológica con la administración de sinvastatina.

Mujer de 50 años, que tras el inicio de tratamiento con sinvastatina por hipercolesterolemia, comienza con un cuadro progresivo de alopecia, prurito intenso, fotosensibilidad y manifestaciones cutáneas características de dermatomiositis (eritema heliotropo, pápulas de Gottron, signo de Gottron y alteraciones periungueales), sin objetivarse en ningún momento afectación muscular (clínica, analítica o electromiográficamente).

Se comenta el diagnóstico de dermatomiositis amiopática y su situación en el espectro de la dermatomiositis. Asimismo se revisa el papel de los medicamentos en la etiología de la dermatomiositis, en particular de los inhibidores de la hidroximetilglutaril CoA, fármacos empleados en la hipercolesterolemia y entre cuyos efectos secundarios se describen múltiples alteraciones musculoesqueléticas, particularmente miopatía. Entre éstos también se han descrito casos de dermatomiositis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Euwer RL, Sontheimer RD. Amyopathic dermatomyositis (dermatomyositis sine myositis). *J Am Acad Dermatol* 1991; 24:959-66.
- 160 «DERMATOSIS ACANTOLÍTICAS LOCALIZADAS», por los Dres. Labandeira J, Amrouni B, Pereiro M, Toribio J. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.
- Se revisa la posición nosológica de las disqueratosis acantolíticas localizadas, en relación a un caso crónico recidivante.
- 161 «LINFOMATOSIS INTRAVASCULAR», por los Dres. Del Pozo J, García Silva J, Almagro M, Álvarez A*, Debén G**, Martínez W, Peña C, Vázquez J, Fonseca E. Servicio de Dermatología, *Anatomía Patológica y **Hematología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El linfoma intravascular, antes conocido como angioendoteliomatosis maligna, es un linfoma extranodal no Hodgkin de célu-

las grandes, de muy rara presentación y que suele asociarse a un mal pronóstico. Se caracteriza por colecciones multifocales e intraluminales de células mononucleares atípicas de origen linfoide principalmente de tipo B, que puede aparecer en cualquier órgano, destacando por su frecuencia la afectación del estado general, la piel y el SNC.

CASO CLÍNICO

Mujer de 61 años sin antecedentes personales de interés que en enero de 1999 tuvo un episodio de desviación bucal transitoria que se resolvió espontáneamente. En febrero comienza de forma progresiva con fiebre, deterioro del estado general y anemia, por lo que en el mes de abril es ingresada para estudio. Se realizó un protocolo de FOD sin llegar a ningún diagnóstico. Progresivamente presentó un infarto cerebral, anemia, colestasis disociada, elevación de LDH, miopatía inflamatoria acompañada de polineuropatía axonal, SIADFH, mielinositis pontina central y a partir del mes de junio un empastamiento del cuadrante superior de la mama derecha y de la pared abdominal sobre el que aparecieron áreas livedoides. Una biopsia cutánea de estas lesiones reveló un linfoma intravascular de tipo B y se comenzó tratamiento con poliquimioterapia de tipo CHOP. Las lesiones cutáneas, así como el empastamiento remitieron en un solo ciclo, pero la enferma tras sufrir una aspiración bronquial y una neumonía falleció en junio de 1999.

DISCUSIÓN

En la linfomatosis intravascular puede estar afecto cualquier vaso de la economía, por lo que las manifestaciones clínicas pueden ser muy proteiformes. Las más características son las neurológicas y dermatológicas. Las manifestaciones neurológicas ocurren en el 85% de los enfermos y son generalmente las iniciales, especialmente ACVs progresivos multifocales que llevan a un cuadro de demencia subaguda. Las lesiones cutáneas, que en pocas ocasiones son la primera manifestación, son de gran importancia por la accesibilidad para la biopsia que puede conducir a un diagnóstico temprano. Suelen aparecer placas eritematosas y dolorosas o nódulos indurados en abdomen y extremidades, con o sin telangiectasias o áreas livedoides en la superficie. La mortalidad general del proceso ronda el 81% y más de la mitad se han diagnosticado post mortem. Es, por tanto, prioritario realizar un diagnóstico precoz que permita comenzar tratamiento con poliquimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

Perniciaro C, Winkelmann PK, Daoud HS, Su WP. Malignant angioendotheliomatosis is an angiotrophic intravascular lymphoma. Immunohistochemical, ultrastructural and molecular genetic studies. *Am J Dermatopathol* 1995;17:242-8.

- 162 «ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE POR PARVOVIRUS B-19», *por los Dres. Vázquez J, Martínez, Almagro M, Del Pozo J, García-Silva J, Peña C, Goday J, Fonseca E.* Servicio de Dermatología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Presentamos el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes de interés, que presenta una erupción de lesiones purpúricas en mucosa oral, manos y pies, de 3 días de evolución, que cede espontáneamente en pocas semanas. La serología realizada muestra una viraje para el parvovirus B-19, negativizándose la IgM y permaneciendo positiva la IgG, lo que confirma una primoinfección por este virus, coincidente en el tiempo con las manifestaciones cutaneomucosas.

El espectro de las manifestaciones de la infección por el parvovirus B-19 está en continua expansión y nuestro caso constituye una nueva forma de presentación del mismo.

- 163 «PLASTIA DE DESCARGA EN ONICOCRIPTOSIS», *por los Dres. Losada A, De la Torre C, Rosón E, Doval I, Feal C, Cruces MJ, Flores Tapia H**. Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Pontevedra. *Dermatóloga visitante de la Universidad Autónoma de Méjico.

La onicocriptosis es un proceso de enclavamiento ungueal en los pliegues laterales caracterizado por afectar a jóvenes, ser muy doloroso, relativamente frecuente y con tendencia a recidivar tras los tratamientos iniciales. Su repercusión sobre la vida del paciente es grande al causar una limitación funcional por deambulación dolorosa. Existen diversos tipos de tratamientos, pero el más habitual (onicectomía) va seguido de frecuente recidivas. Se hace necesario plantear tratamientos con posibilidades de curación definitiva del problema desde el primer momento, como sucede con la matricectomía con fenol y la plastia de descarga periungueal.

El objetivo del presente trabajo es determinar la eficacia curativa de la plastia de descarga en sus tres variantes distal, lateral y completa. Para ello estudiamos las intervenciones de estas características realizadas en nuestro Servicio entre 1996 y 1999. Se realizaron 43 plastias en 35 pacientes. Tras un tiempo de seguimiento de 2 años se obtuvo un índice de curación del 88,4%. Las cinco recaídas observadas (11,6%) se produjeron en pacientes tratados con plastia de descarga lateral o distal. No hubo recaídas en pacientes tratados con plastia de descarga completa.

Concluimos que la plastia de descarga periungueal es una alternativa terapéutica altamente valorable para el tratamiento de la onicocriptosis, ya que es una técnica sencilla, poco invasiva, ofreciendo adecuados porcentajes de curación.

- 164 «TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA INCAPACITANTE DE FLEXURA DE CODO IZQUIERDO», *por los Dres. Vázquez Veiga H, Capeans Outeiro M, Rodríguez Fernández M, Castiñeiras Fernández S, Suárez Peñaranda JM.* Sección de Dermatología. Hospital de Conxo. CHUS.

FUNDAMENTO

El tratamiento de las cicatrices hipertróficas y queloides forman parte de nuestra clínica diaria. Úlceras y cicatrices son procesos puramente dermatológicos y debemos aunar nuestro conocimiento médico, quirúrgico y patológico para obtener el mejor resultado terapéutico.

CASO CLÍNICO

Un varón de 42 años, transportista por cuenta propia, sufre un accidente de circulación que es valorado por su médico de Urgencias de traumatismo por aplastamiento del brazo izquierdo, con desgarramiento amplio y exposición del paquete vascular. Se da tratamiento conservador y posteriormente, al mes de curar las lesiones, desarrolla prurito, enrojecimiento y aumento de las cicatrices, con limitación del movimiento de la

extremidad superior izquierda, con retracción del pliegue del codo. Enviado en su provincia a un Servicio de Dermatología es tratado con clobetasol tópico en pomada el 0,05%, rosa mosqueta tópica y loratadina oral. Posteriormente es visto en una consulta de dermatología, siendo tratado con infiltraciones de acetónido de triancinolona y micropresoterapia con silicona. Al no existir una buena respuesta esteticofuncional, se indica en ese momento intervención con exéresis e injerto laminar. El paciente inicia un peregrinaje por Servicios de Dermatología y Cirugía Plástica. Llega de rebote a nuestra consulta, donde se realiza el tratamiento dermatológico que había sido indicado. Tras el injerto se indica presoterapia mediante prenda a medida.

RESULTADOS

Al mes de la intervención el paciente se incorpora a su actividad laboral y al año se retira la presoterapia, manteniéndose el buen resultado estético y funcional.

CONCLUSIONES

Los procesos dermatológicos como son úlceras cutáneas, que- loides o cicatrices hipertróficas forman parte de la práctica dermatológica diaria y no debemos inhibirnos ante ellos. La monoterapia nunca suele dar buenos resultados, pero la combinación de procedimientos medicoquirúrgicos nos pueden reportar resultados satisfactorios.

- 165 «HERPES ZOSTER DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE VIH+», *por los Dres. Flórez A, Suárez I, Monteagudo B, Peteiro C, Toribio J.* Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 46 años de edad, ADVP y seropositivo para el VIH, en la actualidad en un estadio IV de SIDA (recuento de linfocitos T CD4 +: 30/ µl; carga viral > 200.000). El paciente desarrolló lesiones cutáneas asintomáticas diseminadas por todo el hemitórax izquierdo, en forma de pápulas y placas eritematoedematosas, centradas por vesículas y costras serohemorrágicas. El estudio histopatológico fue característico de infección cutánea por herpes virus. La PCR sobre material de biopsia fue positiva para el virus varicela-zoster (VVZ). El inicio de aciclovir intravenoso indujo la total curación del cuadro en 2 semanas. Veinte días después de dicha resolución el paciente desarrolló nuevas lesiones cutáneas de zoster, dolorosas, en el miembro superior izquierdo, que se resolvieron tras la reintroducción de la medicación antiherpética.

DISCUSIÓN

El herpes zoster, reactivación de la infección por el VVZ, constituye una causa bien conocida de morbilidad entre los pacientes inmunodeprimidos por el VIH. Dentro de las complicaciones de esta enfermedad en dicho colectivo epidemiológico, destacan los episodios recurrentes de zoster cutáneo, en el mismo o en diferentes dermatomas. El descenso en los niveles de células T CD4+, es el factor de riesgo fundamental para el desarrollo de un herpes zoster recurrente. Los cambios recientes en la historia natural de la infección por el VIH, hacen que el reconocimiento de las complicaciones asociadas a esta entidad adquieren una importancia creciente en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

McCray ML, Severson J, Tying SK. Varicella zoster virus. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:1-14.

Glesby MJ, Moore RD, Chaisson RE. Clinical spectrum of herpes zoster in adults infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1995;21:370-5.

- 166 «NEVUS GEMELOS», *por los Dres. Suárez Conce, Monteagudo B, Gómez M, Fernández-Redondo V, Toribio J.* Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

La asociación entre nevus anémicos y nevus telangiectásicos es conocida desde las primeras descripciones de ambos. Recientemente se ha propuesto una explicación para este hallazgo clínico, basada en la recombinación genética entre cromosomas homólogos en las células somáticas.

CASO CLÍNICO

Varón de 42 años sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés que acude por un cuadro de eritema y descamación en palmas de ambas manos. Incidentalmente en la exploración dermatológica completa que se le realiza se observan varias lesiones distribuidas por tronco y extremidades, maculosas de coloración rojo vinosa y adyacentes a ellas otras hipocrómicas, con un límite entre ambas bien definido y de morfología geográfica. Las lesiones hipocrómicas no se enrojecían al frotarlas y el borde de separación con la piel normal desaparecía en la diascopia.

Se realizó biopsia cutánea de ambas lesiones siendo compatible con el diagnóstico de nevus teleangiectásico y nevus anémico, respectivamente.

DISCUSIÓN

El concepto de *twin spotting* es bien conocido en plantas y animales. Consiste en la presencia de dos clones de células vecinas genéticamente diferentes en un contexto de células normales. La explicación se basa en un fenómeno de recombinación del material genético que ocurre en células somáticas, de tal forma que una célula heterocigótica para un determinado carácter, puede dar lugar a dos células hijas homocigóticas y de un fenotipo diferente cada una de ellas. En 1990, Happle y cols. lanzan la hipótesis de que los denominados nevus vasculares gemelos (la asociación entre nevus teleangiectásico y nevus anémico de forma contigua) podrían ser el resultado de la recombinación genética en células somáticas.

Otros síndromes cutáneos probablemente estén causados por este mecanismo, como la facomatosis pigmentovascularis, facomatosis pigmentoqueratósica, proteus síndrome y cutis tricolor.

BIBLIOGRAFÍA

Happle R, Koopman R, Mier PD. Hypothesis: vascular twin naevi an somatic recombination in man. *Lancet* 1990;335:376-8.

Koopman R. Concept of twin spotting. *Am J Med Gen* 1999; 85:355-8.

- 167 «POR LOS PELOS», *por el Dr. Del Río E.* Sección de Dermatología. Hospital Conxo. CHUS.

INTRODUCCIÓN

En algunas ocasiones los tallos pilosos (propios o ajenos) pueden producir alteraciones dermatológicas, casi siempre leves.

Presentamos una serie de seis casos coleccionados a lo largo de 4 años, en los cuales la patología dermatológica fue poco grave, pero tórpida.

CASOS CLÍNICOS

Se trata de seis pacientes, cinco mujeres y un varón, de edades comprendidas entre 22 y 63 años. En todos los casos se trataba de peluqueros profesionales. Las lesiones se localizaban en los pies en cinco casos y en la mano en un caso. Las patologías asociadas o imitadas fueron: intertrigo candidiásico interdigital, callo blando interdigital, verruga plantar (dos casos), nevo melanocítico y tiña ungueal. La retirada del pelo implicado en cada caso derivó en una mejoría espectacular del cuadro dermatológico.

CONCLUSIÓN

La presencia de tallos pilosos puede agravar una dermatosis preexistente o provocar lesiones *per se*. Se trata incluso de un problema frecuente entre los peluqueros que no suele llegar al dermatólogo salvo cuando el paciente desonocce el agente causal. Es llamativa la afectación de las plantas de los pies en las peluqueras debido al tipo de vestimenta y, sobre todo, al calzado, más abierto que en el caso de los varones.

- 168 «COLGAJO EN ABANICO EN TUMORES DE PIRÁMIDE NASAL», por los Dres. Losada A, De la Torre C, Rosón E, Doval E, Doval I, Feal C, Cruces MJ, Flores Tapia H*. Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Pontevedra. *Dermatóloga visitante de la Universidad Autónoma de Méjico.

La pirámide nasal es una de las localizaciones más frecuentes del cáncer de piel. Además es un componente anatómico donde se concentra buena parte de la personalidad de cada rostro humano. El conocimiento adecuado de las técnicas quirúrgicas reconstructivas es, por tanto, de gran importancia para abordar con resultados satisfactorios esta difícil topografía. Los colgajos en abanico suponen una opción para las lesiones centrales e inferiores, donde el defecto es reparado mediante dos colgajos simétricos tomados de cada lado de la pirámide y que rotan hacia el centro aprovechando el surco supra-alar.

Presentamos tres casos de pacientes con carcinomas basocelulares situados entre la punta y el dorso nasal extirpados quirúrgicamente y cuyos defectos fueron cerrados mediante dos colgajos en abanico suturados en la línea basal media. Presentamos los resultados y comentamos los pros y contras de esta técnica.

- 169 «CARCINOMA NEUROENDOCRINO CUTÁNEO (CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL)», por los Dres. Peón Currás G, Álvarez López J, Cabo Gómez F, Gómez Domínguez JM, Fonseca Moreton A, Veiga Codesido C, Gómez Centeno P*, Calvo Pestonit M**. Unidad de Dermatología. Complejo Hospitalario Ourense. *Hospital Comar-

cal O Barco de Valdeorras. **Servicio de Anatomía Patológica.

El carcinoma neuroendocrino cutáneo o carcinoma de células de Merkel es una neoplasia neuroendocrina primaria de la piel infrecuente, de histogénesis incierta y alto grado de malignidad, con características ultraestructurales e inmunohistoquímica específicas.

Presentamos el caso de una paciente de 71 años con una tumoración en mejilla izquierda de 1 año de evolución diagnosticada de carcinoma neuroendocrino cutáneo por el estudio inmunohistoquímico de la citología obtenida mediante PAAF, confirmado posteriormente con el estudio histológico de la pieza obtenida tras resección amplia del tumor.

Comentamos el caso clínico y realizamos una revisión de la literatura.

- 170 «MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL AMPOLLOSO», por los Dres. Feal Cortizas C, Rosón E, García Doval I, Losada A, Rodríguez Granados T, De la Torre C, Cruces Prado M. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Provincial-Montecelo. Pontevedra.

INTRODUCCIÓN

La presentación clínica del melanoma maligno como una lesión ampollosa ha sido descrita tanto en lesiones primarias como en lesiones metastásicas; sin embargo, este tipo de presentación es infrecuente.

CASO CLÍNICO

Presentamos una paciente, mujer de 75 años, que refería la historia de una lesión pigmentada, de al menos 12 años de evolución localizada en arco plantar de pie derecho. Esta lesión aumentaba lenta y progresivamente de tamaño hasta unas semanas previas a la consulta, momento en la cual la paciente notó que la lesión descrita se hacía ampollosa, sin referir trauma previo o roce en dicha localización. La exploración clínica general no reveló ningún hallazgo patológico; en la exploración dermatológica se podía observar en arco plantar derecho una lesión ampollosa de 4 cm de diámetro de color negro; en algunas áreas se podía apreciar el contenido líquido de la lesión. Al drenar la ampolla se colapsó la piel del techo de la misma poniendo de manifiesto una lesión tuberosa irregular de color negro. La lesión fue extirpada con un margen quirúrgico de 2 cm, previa biopsia. El estudio histopatológico demostró que se trataba de un melanoma lentiginoso acral con 3 mm de Breslow y nivel IV de Clark en fase de crecimiento vertical. En el análisis del contenido líquido de la ampolla no se pudieron observar células tumorales. El estudio de extensión no objetivó ningún hallazgo patológico. La evolución clínica 8 meses después transcurrió sin incidencias.

COMENTARIOS

Queremos destacar la excepcional presentación clínica de esta paciente con un melanoma lentiginoso acral.