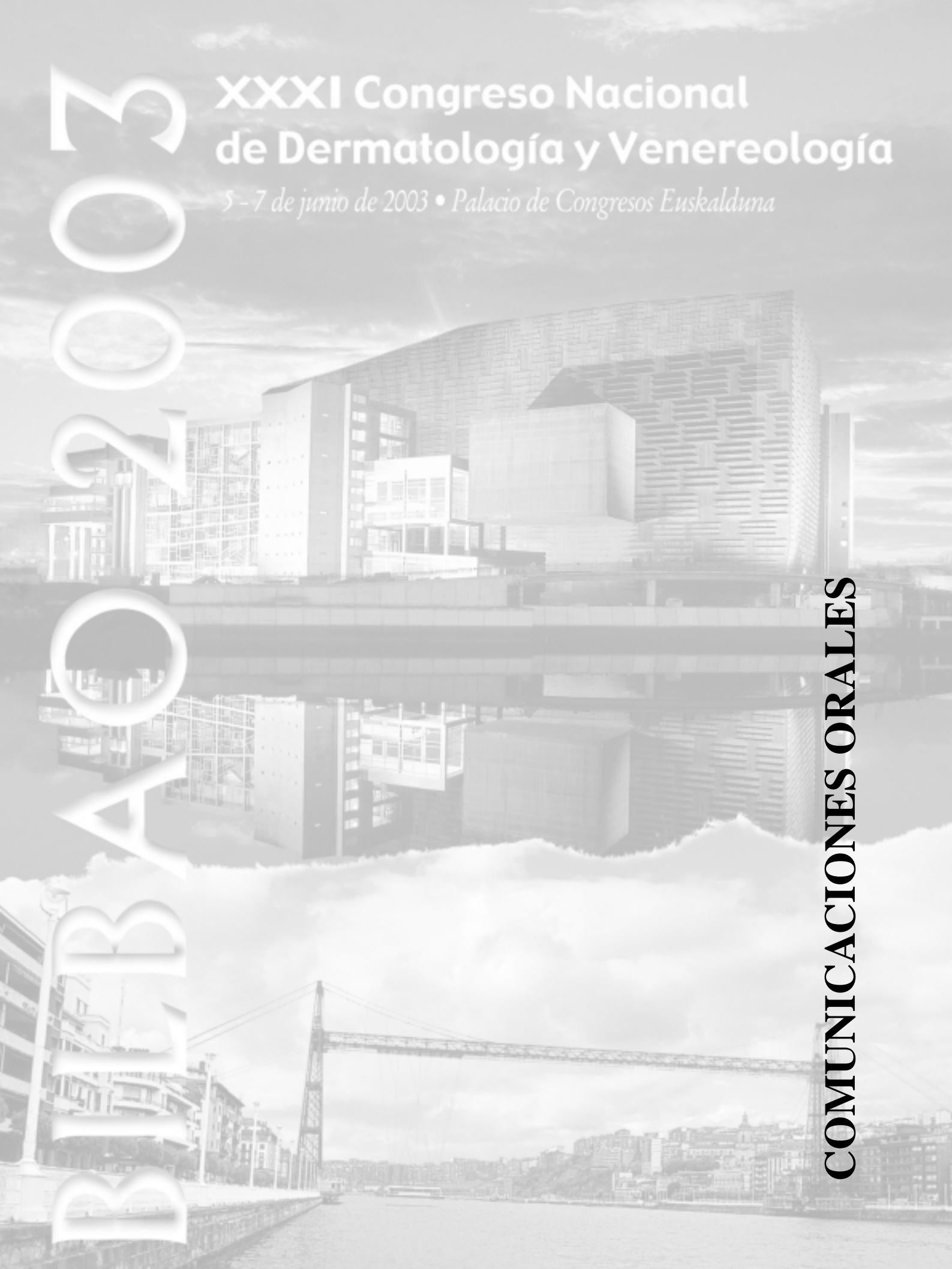


BILBAO 2003

XXXI Congreso Nacional de Dermatología y Venereología

5 - 7 de junio de 2003 • Palacio de Congresos Euskalduna

COMUNICACIONES ORALES



COMUNICACIONES ORALES

TEMA	Nº DE PANEL	PÁGINA
COMUNICACIONES SELECCIONADAS	1 - 8	3
COMUNICACIONES LIBRES		
PSORIASIS	9 - 10	6
PIEL Y PSIQUE	11	7
ENFERMEDAD DEL COLÁGENO	12	7
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	13	7
GENODERMATOSIS	14 - 15	7 - 8
TUMOR MALIGNO	16	8
EPIDEMIOLOGÍA	17 - 19	8
MISCELÁNEA	20	9
LINFOMA	21 - 22	9 - 10

COMUNICACIONES SELECCIONADAS

1 IDENTIFICACIÓN DEL VPH DEL GRUPO B EN EL CÁNCER Y PRECÁNCER CUTÁNEO DE PACIENTES RECEPTORES DE UN TRASPLANTE RENAL Y DE INDIVIDUOS INMUNOCOMPETENTES

M.J. Fuente González*, B. Lloveras Rubio**, C.J.L.M. Meijer, P.J.F. Snijders***, S. De Sanjosé y C. Ferrándiz Foraster*

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. **Institut Càtala d'Oncologia, Barcelona. ***Vrije Universiteit, Amsterdam.

Introducción: El virus del papiloma humano (VPH), principalmente el grupo B, ha sido propuesto, por algunos autores, como uno de los posibles agentes etiológicos de los carcinomas cutáneos observados en los pacientes receptores de un trasplante. En este estudio se compara la prevalencia del VPH en lesiones de cáncer y precáncer cutáneo de trasplantados e inmunocompetentes utilizando una novedosa técnica diseñada para el estudio en biopsias parafinadas.

Material y métodos: Se analizaron 59 biopsias, fijadas en formal e incluidas en parafina, pertenecientes a 25 trasplantados renales (TR) (21 CE, 23 CB y 15 QA) y 29 biopsias de 29 pacientes inmunocompetentes (13 CE, 12 CB y 4 QA). Se determinó la presencia de VPH mediante PCR con *primers* diseñados para amplificar un segmento corto (72pb) de L1 de los grupos B1 y B2. El producto de PCR se analizó por ELISA con sondas genéricas y la tipificación de los casos positivos se realizó con "reverse line Blotting" para 28 tipos.

Resultados: El 62% de las lesiones fueron positivas. En las biopsias de TR la positividad fue de 76% (71% CE, 65% CB y 93% QA), mientras que en los IC fue del 34% (44% CE, 20% CB y 100% QA). La diferencia de positividad entre lesiones de IC y TR fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$). En el 80% de los casos positivos las infecciones fueron múltiples, siendo los tipos más frecuentemente detectados el 5 y el 8.

Discusión y conclusiones: La alta positividad obtenida con la técnica utilizada, demuestra que puede ser apropiada para el estudio del VPH en tejidos parafinados a la vez que demuestra una alta prevalencia de VPH del grupo B en cáncer y precáncer de TR, así como de infecciones mixtas.

2 LESIONES EN PÁRPADOS COMO MANIFESTACIÓN ÚNICA DE LUPUS ERITEMATOSO

C. Vidaurrázaga Díaz de Arcaya, M. Corral de la Calle, E. Vera Iglesias, M. Bergón Sendin, D. Arranz Sánchez, M.A. García Cabezas* y M. Casado Jiménez

Servicio de Dermatología y Departamento de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las dermatitis en párpados plantean un amplio diagnóstico diferencial. El diagnóstico será más problemático en

aquellos casos en que sean los párpados la localización única. La afectación de párpados en el lupus es un hecho contrastado, sin embargo la presentación como localización única es menos frecuente.

Material y métodos: Presentamos 6 pacientes con lesiones en párpados estudiados durante el año 2002. Se realizaron pruebas de contacto, analíticas incluyendo hemograma, bioquímica, ANA, anti-Ro, anti-Sm y biopsia cutánea con inmunofluorescencia directa.

Resultados: Todos los enfermos fueron mujeres con edades comprendidas entre los 28 y los 70 años. Las lesiones presentaban una clínica variable, con diversos grados de eritema y descamación, en todos los casos habían presentado edema en algún momento de la evolución. Las pruebas de contacto fueron negativas. En todos los casos histología mostró degeneración hidrópica de la basal. La inmunofluorescencia fue positiva en todos los casos sobre piel enferma. Los ANA fueron positivos en dos enfermas a títulos bajos. Una enferma presentaba anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico positivo.

Discusión: Kaposi y Hebra en 1875 son los primeros en describir lesiones de lupus discoide en párpados. En la mayoría de los casos los pacientes presentan afectación de otras zonas. Later y cols. en 1992 revisando la literatura encuentran 21 enfermos con localización única en párpados. La clínica de estos enfermos oscila entre lesiones típicas de lupus discoide y presencia de eritema y edema. Creemos que nuestros casos representan formas de lupus dada la histología y la inmunofluorescencia intensamente positiva que mostraban. Como en la mayoría de los casos en que las lesiones no son típicamente de lupus discoide su clasificación dentro del lupus va a ser difícil.

3 ENFERMEDAD POR ÉMBOLOS DE COLESTEROL: ESTUDIO DE 17 CASOS

A. Juglà Serra, A. Vidaller Palacín*, C. Muniesa Montserrat, C. Suárez Fernández*, R. Pujol Farriols y J. Peyrí Rey
Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La enfermedad por émbolos de colesterol es una complicación de la ateromatosis severa que se caracteriza por la oclusión de múltiples arterias de pequeño calibre por cristales de colesterol liberados a partir de placas ulceradas de grandes arterias. Revisamos los casos diagnosticados en nuestro centro entre 1993 y 2002.

Material y métodos: Se analizaron los datos clínicos, analíticos e histológicos de 20 pacientes diagnosticados de émbolos de colesterol. Se descartaron 3 pacientes por no tener confirmación histológica.

Resultados: Los 17 pacientes eran varones y presentaban factores de riesgo y clínica previa de ateromatosis. La media de edad era de 65 años. Los factores desencadenantes más frecuentes fueron las exploraciones vasculares invasivas en 8 pa-

cientes y el tratamiento con fibrinolíticos en 4. Quince de los 17 pacientes desarrollaron lesiones cutáneas: livedo reticularis (12), dedos azules (10), púrpura, úlceras, y nódulos. Once pacientes desarrollaron insuficiencia renal, de los cuales, 5 requirieron diálisis. Cuatro pacientes presentaron clínica digestiva y 2 clínica neurológica. El diagnóstico se confirmó por biopsia cutánea en 12 pacientes, renal (1), pieza de resección intestinal (2) y necropsia (2). Nueve pacientes fallecieron como consecuencia de complicaciones de la enfermedad por émbolos de colesterol.

Conclusiones: El diagnóstico de embolia de colesterol debe considerarse en aquellos pacientes con antecedentes de aterosclerosis sometidos a una exploración vascular invasiva o tratamiento anticoagulante y que desarrollan lesiones cutáneas características junto a hipertensión e insuficiencia renal. El reconocimiento de las lesiones cutáneas, frecuentes en este proceso, permite la confirmación del diagnóstico a través de la biopsia cutánea.

4 LIQUEN PLANO Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

R. Giménez García y J.L. Pérez Castrillón

Hospital Río Hortega, Valladolid.

Introducción: El liquen plano (LP) es una enfermedad autolimitada de etiología desconocida. El objetivo de nuestro estudio fue conocer las características clínicas del LP y evaluar la posible asociación de LP con otras enfermedades dermatológicas y/o enfermedades sistémicas.

Material y métodos: Estudiamos 101 pacientes, 57 mujeres (56,5%) y 44 hombres (43,5%), con edades comprendidas entre 4 y 78 años (edad media 48), diagnosticados de liquen plano cutáneo y/o mucoso entre enero de 1992 y diciembre del 2000.

Resultados: En el 29,7% (30 casos) se recogió un antecedente familiar de diabetes mellitus y en el 1,9% (2 casos) había una historia familiar de liquen plano. Los procesos dermatológicos asociados fueron la alopecia areata (3 casos), psoriasis (3 casos), millia (3 casos), urticaria (5 casos), dermatitis atópica (2 casos), dermatitis seborreica (2 casos) y poroqueratosis (1 caso). Entre las enfermedades sistémicas asociadas destacaron una enfermedad hepática en 18 casos (17,82%), estrés o depresión en 28 casos, hipertensión arterial en 11 casos, enfermedad tiroidea 11 casos, diabetes mellitus en 10, enfermedad coronaria en 8, hipertrigliceridemia en 6.

La presencia de estrés o depresión se asoció de forma significativa (P: 0,019) a la localización del LP en la muñeca. La existencia de una enfermedad de tiroides se asoció de forma significativa con la localización en el cuero cabelludo (p: 0,019). Se halló una asociación significativa entre la presencia de una enfermedad tiroidea y el liquen plano pilaris (p: 0,040), alopecia frontal fibrosante (p: 0,040) y liquen ruber plano (p: 0,011). Se encontró una asociación significativa entre la forma erosiva de LP y el padecer una enfermedad hepática.

5 TRATAMIENTO CURATIVO DE ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES MEDIANTE ESCLEROTERAPIA EN MICROESPUMA

A. Sierra Martínez, P. Lloret Luna, J. Cabrera Garrido, L. Fernández González*, J. Del Olmo López y P. Redondo Bellón

Departamento de Dermatología. Departamento de Cirugía Vascular. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.*

Introducción: El 80% de las úlceras de extremidades inferiores están originadas por hiperpresión venosa (por incompetencia de

safena o de perforantes). Dicha patología implica una limitación funcional importante con costes muy elevados para los sistemas de salud.

Material: 19 pacientes (13 mujeres) con úlceras en extremidades inferiores de media, 8 de 24 meses de evolución, 4 de ellos múltiples y de localización atípica, fueron sometidos a tratamiento esclerosante con polidocanol en microespuma ecoguiado, realizado de forma ambulatoria en una media de 4 sesiones.

Resultados: Todos los pacientes experimentaron la cicatrización definitiva de sus úlceras en una mediana de 4 semanas, con mejoría evidente de su sintomatología de forma inmediata y reincorporación a su vida laboral y/o social activa. No se registró ninguna complicación.

Discusión: Si bien los únicos procedimientos demostrados curativos son los quirúrgicos (interrupción de venas perforantes y más recientemente su ligadura subfascial endoscópica), no están exentos de morbilidad.

La escleroterapia en microespuma se perfila como el procedimiento terapéutico de elección de las úlceras venosas, dada su eficacia, bajo coste y seguridad.

6 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS PÉNFIGOS VISTOS EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID

R. Rivera, C. Postigo, P. Ortiz, F. Vanaclocha y L. Iglesias

Servicio de Dermatología. Hospital Doce de Octubre.

Introducción: El Pénfigo Vulgar y el Pénfigo Seborreico son unas raras enfermedades ampollosas autoinmunes que pueden afectar a piel y/o mucosas que pueden ser mortales sin tratamiento.

Presentamos un estudio retrospectivo de 48 pacientes con Pénfigo Vulgar, Vegetante y Seborreico visto en nuestro hospital entre los años 1972 y 2002.

Resultados: De los 48 pacientes, 25 eran mujeres y 23 varones. La media de edad al diagnóstico fue de 51 años (entre 19 y 93 años). El diagnóstico histológico fue de Pénfigo Vulgar en 33 pacientes (69%), Vegetante en 3 (6%) y Seborreico en 12 (25%). La Inmunofluorescencia Directa fue positiva en 18 (37,5%) y la Indirecta fue positiva en 30 (62,5%). El tiempo de evolución hasta el diagnóstico osciló entre 15 días y 3 años, con una media de 9 meses y una mediana de 6 meses. 30 pacientes (62,5%) tuvieron afectación de mucosas.

Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con corticoides orales con una dosis máxima entre 300 y 40 mg/día con una media de 118 mg/día. Se añadió Azatioprina en 31 pacientes (64,6%), Metotrexate en 16 (33,3%), Ciclofosfamida en 3 (6,3%), Ciclosporina en 3 (6,3%), Sulfona en 3 (6,3%), inmunoglobulinas en 2 (4,2%) y piridostigmina en 1 (2,1%). El uso prolongado de altas dosis de corticosteroides e inmunosupresores causó múltiples efectos secundarios entre ellos: acné esteroideo o foliculitis, candidiasis oral, hiperglucemia, hipertensión, necrosis séptica de cadera, psicosis... En cuanto a la evolución, 2 pacientes (4,2%) murieron en los primeros 3 meses tras el diagnóstico, 5 pacientes (8,7%) mantienen lesiones a pesar del tratamiento, 2 (4,2%) están sin lesiones con tratamiento, 14 (29,2%) están en remisión y 25 pacientes se han perdido en el seguimiento.

Conclusión: Actualmente el diagnóstico precoz y el tratamiento con corticoides asociados o no a otros inmunosupresores ha mejorado el pronóstico del Pénfigo disminuyendo la mortalidad y morbilidad debida a la propia enfermedad o al tratamiento.

7 URTICARIA SOLAR: ESTUDIO DE 20 CASOS

B. Navajas, J. Gardeazabal, R. Zabala, C. Varas, I. Trébol y J.L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces, Bilbao.

Introducción: La urticaria solar (US) es una enfermedad rara caracterizada por la aparición de lesiones habonosas tras la exposición al sol u otras fuentes de luz UV. Estas lesiones sólo aparecen en piel habitualmente no fotoexpuesta, respetando zonas como el dorso de las manos o la cara. Puede ser potencialmente muy incapacitante para el paciente. El diagnóstico se basa en la clínica y la realización de un fototest.

Material y métodos: Hemos recogido los datos demográficos, epidemiológicos, clínicos y evolutivos de los 20 pacientes diagnosticados de US en los últimos 10 años en nuestro servicio. El 60% de los pacientes son mujeres, con una edad media de 30 años. Las zonas habitualmente fotoexpuestas estaban respetadas en un 55%. El espectro responsable en la gran mayoría de los casos era la luz visible (90%), seguida por UVA (52%) y UVB (26%). Los tratamientos médicos (filtros solares y antiH1) han demostrado una eficacia parcial. Hemos conseguido un buen control de nuestros pacientes con desensibilizaciones progresivas con fototerapia UVA a dosis crecientes en 2-4 días. En cuanto a la evolución de la enfermedad, el 40% de los pacientes está asintomático en los primeros 5 años desde el inicio de los síntomas, y en el resto hemos conseguido un buen control con las desensibilizaciones.

Conclusiones: La US es una enfermedad rara pero potencialmente incapacitante. La mayoría de los pacientes son mujeres en la 3-4ª década de la vida, siendo la luz visible el espectro responsable de la US en el 90% de los casos. La desensibilizaciones progresivas con UVA y mantenimiento con exposiciones periódicas al sol son un tratamiento eficaz, y casi la mitad de los pacientes está asintomático a los 5 años del inicio de la enfermedad.

8 SUPERIORIDAD DEL ESTUDIO HISTOLÓGICO SOBRE EL CULTIVO EN EL DIAGNÓSTICO DE ONICOMICOSIS

L.J. del Pozo, A. Miguélez, A. Martín, J. Escalas, F. Mestre, M. Pascual, M.A. Ventayol y T. Alabau

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivo: Comparar el cultivo microbiológico estándar con el estudio histológico del recorte ungueal para el diagnóstico de onicomicosis.

Pacientes y métodos: De los 106 pacientes con diagnóstico clínico de onicomicosis vistos en el periodo de 15/10/2001 a 15/12/2002, se seleccionaron aquellos en los que se pidió estudio histológico del recorte distal de la uña y cultivo microbiológico.

Resultados: Se registran 32 pacientes vistos en el periodo de 14 meses del estudio. De ellos, dieciséis eran mujeres y otros tantos, varones. La edad media fue de 52,5 (D.S.: 15,4), ligeramente superior en los varones pero sin significación estadística. Ambas pruebas fueron positivas en sólo 15 pacientes, con un acuerdo entre ellas de 0,4 medido con el estadístico *kappa*, y que consideramos muy pobre. El estudio patológico fue claramente superior en la confirmación de la infección, con 24 identificaciones frente a las 16 del cultivo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,02$).

Los microorganismos aislados fueron levaduras en el 50%, seguido de los mohos y los dermatofitos. De los 26 casos con afectación de pies, se aisló hongo en 12 (2 dermatofitos, 4 levaduras, 4 mohos y 2 casos en que había dos patógenos). De los 7 pacientes con onicomicosis de manos, se aisló una levadura en 6 y levadura más dermatofito en el otro.

Conclusiones: Se confirma la superioridad del estudio histológico frente al cultivo para el diagnóstico de onicomicosis, por lo que debería realizarse sistemáticamente. Sigue siendo importante no obstante el cultivo, que permite identificar el hongo. En este sentido, destaca la mayor prevalencia de levaduras y mohos en nuestra serie posiblemente debido al clima más templado de nuestra área.