

**RESÚMENES COMUNICACIONES LIBRES
DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN
ANDALUZA DE LA AEDV**

Islantilla (Huelva), 10 y 11 de marzo de 2006

Baeza, 9 y 10 de marzo de 2007

Málaga, 7 y 8 de marzo de 2008

RESÚMENES

ISLANTILLA (HUELVA)

10 y 11 de marzo de 2006

1. LESIONES PIGMENTADAS FACIALES. UTILIDAD DE LA DERMATOSCOPIA

D. López Barragán, L. Moreno Ramírez, J.J. Ferrándiz, A. Ríos Martín, A. Ruiz de Casas y F.M. Camacho

Consulta de Lesiones Pigmentadas y Teledermatología. Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Estudios recientes sugieren que la dermatoscopia de lesiones pigmentadas faciales clínicamente benignas (ABCD negativas) permite el diagnóstico precoz del lentigo maligno y su diagnóstico diferencial con lesiones benignas no melanocíticas (lentigo solar, queratosis actínica pigmentada, queratosis seborreica). La presencia de aperturas foliculares pigmentadas asimétricas, estructuras romboidales, patrón granular-anular y punteado gris-pizarra (criterios de Schiffner) se han propuesto como signos dermatoscópicos precoces del lentigo maligno. No obstante, estas estructuras pueden igualmente identificarse en lesiones no melanocíticas.

Material y método. Estudio descriptivo y de correlación de las características dermatoscópicas de lesiones pigmentadas de localización facial. Durante los meses de mayo a noviembre de 2005 se incluyeron en el estudio 64 lesiones faciales clínicamente compatibles con lentigo solar (LS)/queratosis seborreica incipiente (QSI) y 5 lesiones clínicamente compatibles con lentigo maligno (LM). Se realizó estudio dermatoscópico de todas las lesiones, comprobando la presencia de criterios de Schiffner, con estudio histopatológico de todas las lesiones que presentaban alguna de estas características.

Resultados. El estudio dermatoscópico demostró alguno de los criterios de Schiffner en 14 lesiones del grupo LS-QSI (21,88 %) y en las 5 lesiones clínicamente compatibles con LM (100 %). El punteado gris-pizarra y el patrón granular-anular fueron los criterios más frecuentes en estas lesiones. El diagnóstico histopatológico de las 14 lesiones con signos dermatoscópicos de sospecha fue: LS (n = 7; 50,00 %), QSI (n = 3; 21,43 %), queratosis actínica pigmentada (n = 3; 21,43 %) y carcinoma espinocelular (n = 1; 7,14 %).

Conclusiones. La dermatoscopia es una técnica útil en la toma de decisiones en aquellas lesiones faciales de apariencia clínica benigna; sin embargo, en ausencia de otros signos clínico-dermatoscópicos relevantes, la presencia aislada de punteado gris-pizarra o del patrón granular-anular no ha demostrado, en este estudio, correlación con las etapas iniciales del lentigo maligno.

2. DERMATOSCOPIA EN EL MELANOMA MALIGNO: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 40 MELANOMAS PRIMARIOS CUTÁNEOS

M. de Troya Martín, I. Fernández Canedo, N. Blázquez Sánchez, M. Frieyro Elicegui, M. Aguilar Bernier y R. Fúnez

Unidad de Lesiones Pigmentadas. Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

Introducción. La dermatoscopia (microscopia de epiluminiscencia, microscopia de superficie) es un método de diagnóstico no

invasivo que ha demostrado gran utilidad en el diagnóstico de las lesiones pigmentadas, y en particular en el melanoma maligno. Además de aumentar la precisión diagnóstica del clínico en lesiones muy incipientes, la valoración dermoscópica del melanoma primario puede ser de gran ayuda en la estimación preoperatoria del espesor tumoral de Breslow. Por último, la dermatoscopia ofrece al patólogo una tercera dimensión: la visualización de la globalidad de la lesión, dirigiendo su atención hacia hallazgos que podrían pasar desapercibidos sin los cortes histológicos adecuados.

Objetivo. Estudiar la expresión de los diferentes criterios y patrones dermoscópicos en nuestra serie de melanomas cutáneos y analizar las aportaciones de la dermatoscopia en el diagnóstico clínico e histopatológico de estos pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de una serie de 40 pacientes intervenidos por melanoma en el periodo 2004-2005 en la que se analiza la relación hallazgos clínicos, dermoscópicos e histológicos del tumor primario. El estudio dermoscópico se realiza según los criterios establecidos en el Consenso Internacional vía Internet, y se utilizan las imágenes dermoscópicas del melanoma primario obtenidas en el momento del diagnóstico con el sistema Dermlite photo (magnificación 10x).

3. DERMATOSCOPIA DE LOS NEVUS DE SPITZ Y REED

M. Frieyro, M. de Troya, N. Blázquez, I. Fernández, R. Fúnez, M. Aguilar y J. Romero

Unidad de Lesiones Pigmentadas. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

La dermatoscopia es una técnica complementaria a la exploración clínica, rápida y no invasiva que aumenta la precisión diagnóstica en la evaluación de las lesiones pigmentadas. Se han descrito a lo largo de los últimos años diversos patrones dermoscópicos en el nevus de Reed y de Spitz, lesiones difíciles de diferenciar tanto clínica como histopatológicamente del melanoma cutáneo. Presentamos los patrones dermoscópicos de una serie de nevus de Reed y Spitz en pacientes de edades comprendidas entre los 10 y 55 años que han sido diagnosticados durante el año 2005 en la unidad de lesiones pigmentadas de nuestro servicio.

4. PATRONES DERMATOSCÓPICOS EN LESIONES NO PIGMENTARIAS

J. Quintana del Olmo, J. Bernabeu Wittel, B. Lasanta Melero, A. Molina Ruiz, L. Rodríguez Fernández-Freire, P. Mozo Vargas, M.A. Ronco y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

En los últimos 10 años se han descrito con profusión diversos patrones de lesiones pigmentarias, tanto benignas como malignas. Sin embargo, existen pocas publicaciones sobre patrones dermoscópicos en lesiones no pigmentarias. Destacamos los

hallazgos dermatoscópicos de queratosis seborreicas, dermatofibromas pigmentados, carcinomas baso y espinocelulares, fibroangiomas, etc. haciendo hincapié en sus claves diagnósticas.

5. UTILIDAD DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA EN DERMATOLOGÍA

I. Alcaraz, N. López, R.J. Bosch, A. Fernández, A. Tejera y E. Herrera

Servicio y Cátedra de Dermatología. Hospital Virgen de la Victoria y Facultad de Medicina. Málaga. España.

Introducción. La terapia fotodinámica (TFD) es una técnica que se fundamenta en principios físicos y químicos aplicados al campo de la fluorescencia y de la fotobiología, y basada en la captación selectiva por parte de las células hiperproliferativas de una serie de sustancias, que en su mayoría son productos iniciales de la síntesis del grupo fiemo. Estos actúan como fotosensibilizantes exógenos, produciendo a nivel mitocondrial un gran cúmulo de protoporfirina IX que actúa a su vez como fotosensibilizante endógeno. De esta forma al iluminar, con una fuente de luz de longitud de onda variable, se producen una serie de reacciones complejas, intra y extracelulares, que desencadenan la muerte celular. Dicho proceso no requiere de grandes infraestructuras, al ser la mayoría de sus elementos móviles, fácilmente manejables y de tamaño reducido, aunque sí se requiere una preparación previa del personal facultativo.

Material y métodos. Se expone nuestra experiencia con TFD tras su incorporación a nuestro departamento al disponerse en España del metilaminolevulinato. Se revisan tanto su uso en pacientes con indicaciones reconocidas por las experiencias de los últimos 10 años, como las experiencias acumuladas con su manejo como coadyuvante en la delimitación de neoplasias y en el tratamiento de procesos de diversa índole.

Resultados. Nuestros resultados confirman la alta eficacia de la TFD en la resolución de queratosis actínicas, carcinomas basocelulares planos y enfermedad de Bowen. Su utilización es especialmente satisfactoria cuando tenemos que ofrecer una solución terapéutica a pacientes añosos, con elevado riesgo quirúrgico y con múltiples lesiones. Además, se comprueba la utilidad de la TFD como método de uso ocasional en la detección y delimitación de neoplasias, y en el tratamiento de diferentes patologías epiteliales para los que no disponemos de otras soluciones eficaces.

Conclusiones. La TFD es un procedimiento relativamente novedoso que viene a sumarse con éxito al arsenal terapéutico ya disponible. Además de las indicaciones ya establecidas en el tratamiento del pre-cáncer y cáncer cutáneo, ofrece un futuro prometedor como método de identificación de neoplasias y para el tratamiento de diversas patologías cutáneas.

6. PROGRESIÓN Y VÍAS METASTÁSICAS DEL MELANOMA CUTÁNEO

M.V. Barrera, A. Tejera, M. de Troya, M. Mendiola, R.J. Bosch, I. Fernández, N. Blázquez^a y E. Herrera

Servicios de Dermatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. España. ^aHospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

Introducción. La trascendencia del melanoma va ligada a su elevada capacidad de metastatizar. En dos tercios de los casos las metástasis se producen en los ganglios regionales, y en el otro tercio a distancia. Sin embargo, existen pocos estudios que estudien las vías metastásicas en relación con el tiempo y otros factores de riesgo. Este estudio ha pretendido evaluar las vías

metastásicas en el curso natural del melanoma, dedicando atención especial a diferentes datos clínicos e histológicos.

Material y métodos. Se revisa la información de los últimos 15 años procedente de las bases de datos de pacientes de melanoma de los dos hospitales. Se han incluido los pacientes que desarrollaron metástasis y se ha puesto especial atención en anotar el tiempo en el que habían aparecido y la vía metastásica. Toda la información ha sido considerada junto a los principales factores de riesgo conocidos. Para el estudio estadístico se ha utilizado el «G-stat2 pack».

Resultados. De los 603 pacientes con melanoma primario, 101 desarrollaron metástasis a distancia durante el periodo de tiempo considerado. Un tercio de ellos directamente por vía hemática y el resto tras la presentación de metástasis en tránsito/satélites o linfáticas regionales. No se han detectado diferencias significativas en el tiempo medio de presentación entre ambos grupos.

Conclusiones. El estudio de las diferentes vías metastásicas y de la progresión es útil para aumentar el conocimiento y tratar de establecer una teoría sobre el curso natural del melanoma. Los resultados muestran que el tiempo medio de aparición de las metástasis a distancia parece ser independiente de la presentación previa o no de metástasis en tránsito/satélites o regionales.

7. EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL MEDIANTE TELECONSULTA DIFERIDA

D. Moreno Ramírez, L. Ferrándiz Pulido, A. Ruiz de Casas y F.M. Camacho

Consulta de Lesiones Pigmentadas y Teledermatología. Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. La teledermatología diferida ha demostrado ser una herramienta eficaz en el cribado de pacientes con cáncer de piel. En el tratamiento quirúrgico de estos pacientes la teledermatología puede tener, además, valor como herramienta para la evaluación prequirúrgica.

Objetivo. Evaluación de la efectividad de un sistema de teledermatología diferida como medio de evaluación prequirúrgica de pacientes con cáncer de piel.

Método. Estudio prospectivo en el que se incluyeron 48 pacientes diagnosticados de cáncer de piel mediante teleconsulta durante los meses de febrero a octubre de 2005. Para la inclusión en este nuevo circuito, los pacientes debían presentar un tumor maligno o lesión de rápido crecimiento tributaria de tratamiento quirúrgico ambulatorio bajo anestesia local o locoregional. Se evaluaron variables demográficas, diagnósticos mediante teleconsulta, consulta física y anatomopatológico, intervalos de espera, técnica quirúrgica empleada, complicaciones intra y posoperatorias. Finalmente se procedió a llevar a cabo una encuesta sobre los niveles de satisfacción de pacientes y médicos de Atención Primaria usuarios del sistema.

Resultados. Los pacientes incluidos fueron intervenidos con una demora media desde la primera consulta en Atención Primaria de 21,2 días. La media de edad fue de 70,2 años, con un 41,7% de mujeres y un 58,3% de hombres. El motivo más frecuente de intervención fue el carcinoma basocelular (n = 29; 60,4%), seguido del granuloma piógeno (n = 4; 8,3%) y el queratocantoma (n = 4; 8,3%). Otros diagnósticos incluidos fueron el carcinoma espinocelular (n = 3; 6,25%), queratosis actínica hipertrófica (n = 2; 4,2%), melanoma (n = 1; 2,1%) y un caso de carcinoma de células de Merkel (2,1%). La localización más frecuente de las lesiones intervenidas fue la cara (98%). La técnica quirúrgica más empleada fue la extirpación y cierre mediante su-

tura directa (67 %) seguida del cierre mediante colgajo local (33 %). La satisfacción global con este procedimiento fue excelente (94,0 % «muy satisfechos»).

Conclusiones. La teleconsulta prequirúrgica permite la reducción de la demora quirúrgica de los pacientes con cáncer de piel, lo que reviste especial interés en tanto que el factor pronóstico más importante de estos tumores es el tratamiento quirúrgico precoz.

8. TUMORACIÓN CUTÁNEA SIN FILIACIÓN CLÍNICA LOCALIZADA EN ABDOMEN

A. Padiál Gómez-Torrente, A. Jaén Larriou, V. Morales Gordillo, J.C. Armario Hita, J. Cuevas Santos^a y J.M. Fernández Vozmediano

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España. ^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Introducción. Ante cualquier tumor cutáneo, la imagen clínica suele ser sugestiva del proceso en cuestión. Sin embargo, con menos frecuencia podemos llegar a observar una lesión tumoral cuya clínica no permita orientar el diagnóstico. Por ello la dermatopatología será en estos casos de capital importancia. El problema radica en muchos casos en disponer de un dermatopatólogo suficientemente capacitado para hacer ese diagnóstico en el cual no existe desde un principio una buena correlación clínico-patológica.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente mujer de 32 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a nuestra consulta por presentar un nódulo de 3 cm de diámetro localizado en región suprapúbica. El nódulo era de coloración violácea, consistencia recia y poco molesto a la palpación. El estudio dermatopatológico permitió establecer el diagnóstico definitivo.

Conclusión. Presentamos un caso en el cual la ayuda del dermatopatólogo ha sido determinante para poder establecer el diagnóstico no ya del proceso dermatológico sino del proceso sistémico de la paciente.

9. LESIÓN ERITEMATOSA EN MAMA

A. Jaén Larriou, V. Morales Gordillo, A. Padiál Gómez-Torrente, J.C. Armario Hita, J. Cuevas Santos^a y J.M. Fernández Vozmediano

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España. ^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Introducción. Las lesiones de la mama incluyen cuadros eczematosos de la mama, procesos inflamatorios y entidades tumorales, todas ellas de muy diversa índole.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 75 años de edad que acudió a nuestra consulta por presentar una lesión eritematosa, sin ningún tipo de síntoma acompañante. La lesión ocupaba la casi totalidad de la cara anterior de la mama izquierda y tenía una evolución de varios meses. El estudio dermatopatológico nos proporcionó el diagnóstico, en este caso sorprendente.

Conclusiones. La dermatopatología es una subespecialidad médica de esencial importancia en el diagnóstico de determinados procesos dermatológicos que de otra forma podrían pasar desapercibidos. La correlación clínico-patológica, que es fundamental para la mayor parte de los diagnósticos en nuestra especialidad,

sobre todo en la patología inflamatoria, no siempre será tan importante como cabría esperar.

10. COLGAJO PEDICULADO PREAURICULAR EN DOS TIEMPOS PARA REPARAR DEFECTO PROFUNDO EN ANTIHÉLIX DE PABELLÓN AURICULAR

F. Russo de la Torre, C. Maillo Conesa, S. del Canto y A. Collado Minguillón

Servicio de Dermatología. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz). España.

Presentamos un paciente con un carcinoma basocelular pigmentado de antihélix de pabellón auricular que durante la intervención quirúrgica se observó que infiltraba cartílago auricular. Esto obligó a la extirpación amplia no solo de la tumoración cutánea sino también del cartílago subyacente. Aunque la idea original era reparar el defecto mediante un injerto, al tener que extirpar cartílago, se decidió como técnica de reconstrucción un colgajo pediculado preauricular en dos tiempos. Como ventajas frente al injerto destaca el mayor grosor de este colgajo que rellena mejor defectos profundos de pabellón auricular. Por otro lado cuando el cartílago está expuesto y dañado como en este caso, el riesgo de necrosis del injerto es mucho mayor que el de necrosis del colgajo pediculado. La zona preauricular es una zona extensa de piel de la que se pueden obtener colgajos pediculados amplios sin que supongan tensión a la hora del cierre directo. Por supuesto ofrece ventajas sobre el cierre por segunda intención, ya que defectos tan profundos necesitan un tiempo muy prolongado de curación y un mayor riesgo de infección posoperatoria. Por otro lado, este colgajo preauricular tiene los inconvenientes de todo colgajo en dos tiempos, es decir, que precisa un meticuloso cuidado posoperatorio del pedículo, con lo que es necesario una buena selección del paciente.

11. XANTOGRANULOMA ORBITARIO ASOCIADO A XANTELASMAS

M.J. Naranjo, A. Soto, M. López de la Torre^a, E. Massar^b y E. García Lora

Sección de Dermatología, Sección de Endocrinología y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

El xantogranuloma orbitario es una rara enfermedad dermatológica caracterizada por una afectación periorbitaria simétrica, localizada y de curso lentamente progresivo, sin afectación sistémica y algunos casos asociados a anomalías hematológicas. Presentamos una mujer de 38 años de edad con tumores amarillos-marrónáceos en párpados superiores e inferiores, de 9 años de evolución, junto con inflamación e induración recurrentes a nivel de mejilla, regiones temporales y región interciliar. La paciente presentaba hipercolesterolemia familiar con xantelasmas y xantomas tendinosos, rinitis alérgica y púrpura trombopénica megacariocítica crónica, esplenectomizada hace 13 años. Se realizó biopsia cutánea, analítica general, exploración ocular, exploración radiológica para confirmar el diagnóstico y se propuso tratamiento inicialmente con corticoides sistémicos y posteriormente, ante la falta de respuesta, con cirugía. El xantogranuloma orbitario fue descrito en 1991; de los 22 casos recogidos en la literatura, 12 tenían anomalías hematológicas. Se trata de una rara enfermedad caracterizada por una infiltración granulomatosa subcutánea bilateral y simétrica alrededor de los ojos. Presenta similitud morfológica con otras enfermedades xantogranulomatosas: xantogranuloma del adulto, xantogranuloma necrobiótico

y enfermedad de Erdheim-Chester, cuadros con los que hay que realizar diagnóstico diferencial.

12. ENFERMEDAD DE PAGET PIGMENTADA DE LA MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. del Boz González, A. Sanz Trelles, S. Martínez García, A. Vera Casaño, T. Martín González, V. Sánchez García, E. Samaniego y V. Crespo Erchiga

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. La enfermedad de Paget pigmentada de la mama constituye una rara variante clinicopatológica de la enfermedad de Paget de la mama. En nuestra revisión bibliográfica tan sólo hemos encontrado 13 casos publicados.

Caso clínico. Paciente mujer de 67 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de interés, que acude a nuestra consulta ante aparición de lesión pigmentada sobre el pezón de la mama derecha, de unas 3 semanas de evolución. Tras la biopsia de la misma, con la sospecha clínica de una lesión melanocítica, el resultado fue el de enfermedad de Paget pigmentada de la mama. Tras la realización de cuadrantectomía anterior se comprobó la existencia de un carcinoma ductal mamario *in situ*. La biopsia del ganglio centinela fue negativa. Se realizó posteriormente radioterapia, sin que haya presentado signo alguno de recidiva tumoral hasta el momento.

Discusión. La enfermedad de Paget pigmentada de la mama puede imitar clínica e histopatológicamente al melanoma, por lo que conocer esta entidad es fundamental para un correcto manejo del paciente. La pigmentación se debe a la acumulación de melanina dentro de las células de Paget y aunque no siempre, a la proliferación de melanocitos dendríticos entre las células neoplásicas.

13. MUCINOSIS FOLICULAR DE DIFÍCIL MANEJO TERAPÉUTICO

J. Romero, J. Bosco Repiso, T. Pereda, N. Blázquez y M. de Troya

Hospital Costa del Sol. Málaga. España.

Introducción. La mucinosis folicular es una dermatosis inflamatoria poco frecuente con tres formas clínicas reconocidas: una forma benigna transitoria, con una o varias placas, o pápulas foliculares agrupadas, generalmente localizadas en cara o cuero cabelludo; una forma más extensa, con pápulas, placas y nódulos en cara, tronco y extremidades con un curso más prolongado; y un tercer grupo, de lesiones extensas asociadas a linfoma cutáneo. El límite entre los dos últimos grupos es difícil de establecer.

Caso clínico. Mujer de 63 años que acude por presentar una lesión facial de unos 8 años de evolución, diagnosticada de lupus tumidus por biopsia, sin respuesta a tratamiento. La paciente presenta una placa inflamatoria sobre elevada, de unos 6 cm de diámetro afectando a zona temporal y mejilla izquierda. La lesión produce una alopecia en el área que afecta a cuero cabelludo, está cubierta por costras de aspecto melicérico e induce un intenso prurito. El hemograma y la bioquímica fueron normales, los autoanticuerpos negativos, y una nueva biopsia mostró un infiltrado inflamatorio mixto, con abundantes eosinófilos, y distensión del folículo piloso con depósito de mucina intro y perifolicular. La paciente fue diagnosticada de mucinosis folicular, estableciéndose desde ese momento un estrecho seguimiento clínico y determinadas estrategias terapéuticas con escaso resultado.

Discusión. Los casos de mucinosis folicular no autolimitados (subtipos clínicos segundo y tercero comentados anteriormente) son extremadamente difíciles de diferenciar entre sí. Presenta-

mos este caso por el prolongado tiempo de evolución, su comportamiento clínico agresivo localmente y el difícil manejo terapéutico a pesar de su «benignidad». Se comentarán las posibilidades de manejo, apelando al auditorio para que aporte su experiencia.

14. PÁPULAS LINFANGIOMATOSAS BENIGNAS POSRADIOTERAPIA

T. Martín González, A. Sanz Trelles, A. Vera Casaño, V. Sánchez García, J. del Boz González y E. Samaniego

Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. Las pápulas linfangiomatosas benignas posradioterapia (PLBP) pertenecen al grupo de las proliferaciones vasculares pseudosarcomatosas. Es fundamental su conocimiento para no confundirlas con angiosarcomas, que también aparecen sobre la piel irradiada. Se comportan siempre de forma benigna sin presentar metástasis ni recurrencias.

Caso clínico. Paciente mujer de 54 años de edad. Antecedentes familiares: hermano con linfoma. Anatomía patológica: diagnosticada de carcinoma de mama derecha en 1998, realizándose tumorectomía y linfadenectomía axilar derecha. Dos de los diecinueve ganglios linfáticos axilares extirpados estaban afectados, lo que corresponde a un estadio T2 N1b M0. Recibió 6 ciclos de quimioterapia adyuvante (CMF), que finalizaron en 1999, así como hormonoterapia (tamoxifeno). Posteriormente se irradió la pared torácica y la mama derecha con acelerador lineal (dosis de 50 Gy). La enfermedad evolucionó favorablemente, siendo las mamografías de control normales sin evidencia de microcalcificaciones, ni lesiones sospechosas de malignidad. Acudió a nuestra consulta en mayo de 2005 por la presencia desde hacía un año de múltiples lesiones en la zona irradiada. A la exploración, encontramos múltiples pápulas eritematosas en mama derecha, así como vesículas de contenido seroso o serohemorrágico, que asentaban sobre una placa amarillenta infiltrada al tacto. El informe anatomopatológico fue de PLBP.

Discusión. La radioterapia en pacientes con carcinoma de mama puede inducir la aparición de proliferaciones vasculares que varían desde proliferaciones benignas como las PLBP, hasta angiosarcomas de alto grado. Las PLBP son proliferaciones vasculares con frecuencia localizadas en dermis papilar, de presumible origen linfático, constituidas por espacios vasculares dilatados tapizados por células endoteliales sin atipia ni mitosis a diferencia de los angiosarcomas. En la luz vascular puede observarse la presencia de material proteináceo. Los casos descritos hasta el momento corresponden a mujeres entre 44 y 70 años de edad. El intervalo de latencia entre la radioterapia y la aparición de estas lesiones varía entre dos y doce años. No existen evidencias hasta el momento de que estas lesiones representen un riesgo para el desarrollo de angiosarcoma. Por el contrario, los casos recogidos en la literatura han presentado una evolución clínica benigna sin metástasis ni recurrencias tras la extirpación quirúrgica.

15. TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN (1 CASO)

M.L. Martínez Barranca, F.J. Martín Gutiérrez, A. Schmidt-Bäumler^a, C. Begines Cabeza, J.M. Rojo García, J. Escudero Ordóñez y R. Martínez García^a

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario. Servicio de Anatomía Patológica. ^aHospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Introducción. El tumor de Buschke-Lowenstein es un carcinoma espinocelular que aparece en la región ano-genital. A pesar de ser un tumor maligno, al igual que otros carcinomas verrugosos, pre-

seña un crecimiento lento y comportamiento poco agresivo, con pronóstico excelente.

Caso clínico. Varón de 55 años, camionero de profesión, que presenta una gran masa exofítica que afecta glándula, prepucio y porción distal del cuerpo del pene con destrucción parcial del mismo, de sólo 6 meses de evolución, según el paciente. No presentaba antecedentes personales de interés, VIH negativo. Es derivado a Urología, donde tras realización de biopsia que confirma el diagnóstico de carcinoma epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado, se realiza penectomía subtotal, con bordes quirúrgicos libres y afectación muy focal y superficial de los cuerpos cavernosos (T2 N0 M0).

Discusión. Nuevo caso de carcinoma verrugoso genital o tumor de Buschke-Lowenstein, que confirma la buena evolución del proceso a pesar de la gran extensión de las lesiones.

16. SÍFILIS EN LA CONSULTA PRIVADA DURANTE EL 2005

J. I. Galvañ Pérez del Pulgar

Clínica privada de Dermatología. Málaga. España.

Introducción. La sífilis es una enfermedad infecciosa de distribución mundial causada por *T. pallidum*. La gran variabilidad de las manifestaciones clínicas ocasiona dificultades importantes en el diagnóstico diferencial habiéndose la denominado desde hace tiempo como «la gran simuladora». Durante el periodo 1995-2003 se observa en nuestro país un acentuado descenso de la incidencia de la sífilis, favorecido probablemente por el incremento de las medidas preventivas ocasionadas tras la aparición del sida. Esto hizo que muchos profesionales de la medicina, dejaran de pensar en esta enfermedad, con el consiguiente peligro para diagnosticarla y curarla de manera precoz. Entre 2001 y 2003, la tasa de incidencia de sífilis aumentó en un 29 %, siguiendo en aumento en la actualidad, donde hemos diagnosticado en este último año 3 casos de sífilis que acudieron a nuestra consulta, que habían pasado inadvertidos por profesionales de la medicina dada su condición de «simuladora».

Material, métodos y resultado. Varón de 30 años homosexual, con antecedentes de herpes genital recidivante, que consultó por una ulceración de 15 mm en raíz del pene de 30 días de evolución, asintomática, indurada a la palpación, con adenopatía inguinal derecha. El paciente refería un traumatismo provocado por la cremallera de su pantalón, motivo por el que su médico de cabecera trató con metiprednisolona aceponato y otras cremas sin resultado durante un mes. Varón de 27 años homosexual cuyo motivo de consulta fue una depilación lingual de 2 meses de evolución, tratado en urgencias en varias ocasiones, al igual que por su médico de cabecera y odontólogo con colutorios antisépticos, dermocorticoides tópicos y antimicóticos múltiples sin mejoría. A la exploración presentaba máculas eritematosas lenticulares asintomáticas, dispersas en tronco y faringoamigdalitis, que había sido tratada con antibioticoterapia sistémica sin mejoría. Varón de 54 años homosexual con antecedentes de herpes genital, que vino a la consulta por máculas eritematosas asintomáticas en tronco, de 2 meses de evolución y faringitis de repetición, en tratamiento por el médico de cabecera con antibioterapia con persistencia de su cuadro. Al explorar al paciente visualizamos una sobrelevación indurada en surco-balanoprepucial y adenopatía inguinal derecha, «no importantes» para el paciente. La sospecha clínica de sífilis en estos 3 pacientes fue confirmada mediante una serología positiva, no visualizándose ningún treponema en el campo oscuro, y siendo los 3 casos VIH negativos. Los pacientes fueron tratados con penicilina benzatina con resolución de su cuadro en todos los casos.

Conclusiones. Los casos de sífilis han aumentado en los últimos años en varios países del norte y oeste de Europa, y se han descri-

to numerosos brotes en ciudades norteamericanas y europeas al igual que en nuestro país, que afectaron principalmente a varones con prácticas homosexuales, prostitución y consumidores de drogas. Estudios realizados en España en centros de ITS, han constatado su aumento en varones homosexuales y recientemente se ha producido un brote de sífilis en varones homosexuales en Barcelona. Los casos que presentamos fueron infectados por *T. pallidum*, y tienen como denominador común la homosexualidad, ser VIH negativo, habiéndose demorado una media de 50 días en su detección, con el consiguiente peligro que conlleva no ser diagnosticada precozmente, por lo que sería importante dar a conocer a nuestros colegas de Atención Primaria y urgencias esta enfermedad ancestral, evitando así problemas en el futuro.

17. SARNA, HEMODIÁLISIS E INMUNOSUPRESIÓN. EL ENCANTO DE ARGOS

F.J. Gómez García, M.V. Amorrich Campos, C. Vázquez Bayo, A. Rodríguez Bujaldón, A. Vélez García-Nieto, J.C. Moreno Giménez y J. Salvatierra Cuenca

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La escabiosis humana es una infestación producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei var humanus*. De distribución mundial, su incidencia depende de factores sociales e individuales más que genéticos o raciales. La transmisión se produce fundamentalmente por contacto directo, y en menor medida a través de fómites. La clínica varía desde la forma clásica hasta las especiales: nodular, de ancianos, noruega (o costrosa), asociada a VIH... En los ancianos el prurito es intenso y la reacción inflamatoria poco florida, la forma costrosa asocia lesiones hiperqueratóticas de localización atípica con prurito de menor intensidad. La confirmación diagnóstica se realiza mediante raspado y visualización, epiluminiscencia, o estudio histológico. El tratamiento puede ser tópico (permetrina 5 % o lindano 1 %, etc.) o sistémico (ivermectina).

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 64 años con diabetes mellitus insulinodependiente e insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis que consultó por prurito intenso y generalizado de 3 meses de evolución que no respondía a tratamientos habituales. No refería familiares afectados. En la exploración se objetivaban xerosis y lesiones de rascado generalizadas. Con el diagnóstico de prurito secundario a insuficiencia renal crónica se inició tratamiento con fototerapia y corticoides sistémicos. La falta de respuesta y el desarrollo de lesiones hiperqueratóticas y fisuradas en cara y manos indujeron la sospecha de sarna noruega por lo que se realizó biopsia confirmándose el diagnóstico.

Conclusiones. Ante un prurito intenso, generalizado, que no responde a tratamientos habituales en pacientes de edad avanzada con enfermedades asociadas se debe descartar acariosis a pesar de no encontrar lesiones típicas de esta infección. Como Argos con la lira y con los cuentos, los médicos sucumbimos en ocasiones al diagnóstico de «lo» frecuente, por su encanto.

18. GRANULOMA DE MAJOCCHI VS TIÑA INCÓGNITO

A. Clemente, C. Serrano, J. Hernández-Gil, M.M. Serrano, P. Burkhardt, S. Serrano y R. Naranjo

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. El granuloma de Majocchi es una dermatofitosis bien conocida, aunque infrecuente, generalmente causada por especies de *Trichophyton*. Presentamos un caso de aparición y localización atípica en un paciente inmunocompetente.

Caso clínico. Paciente varón de 56 años sin antecedentes de interés que consultó por una placa en antebrazo de tres años de evolución, asintomática, de crecimiento progresivo. En este tiempo le habían realizado dos biopsias sin llegar a un diagnóstico y había sido tratado con clobetasol tópico sin ninguna mejoría. Con la sospecha de una tiña incógnita se le practicó una nueva biopsia, se tomaron muestras para cultivo y se inició tratamiento con griseofulvina por vía oral con resolución completa del cuadro a las seis semanas. El diagnóstico histológico fue de granuloma de Majocchi y el cultivo demostró *Trichophyton verrucosum*.
Comentario. Aunque la mayoría de los casos de granuloma de Majocchi se han descrito en piernas de mujeres de edad media con antecedente de algún traumatismo local, cada vez se están comunicando más casos con presentación atípica, como el nuestro, y es muy frecuente verlos enmascarados como una tiña incógnita por la aplicación previa de corticoides.

19. A PROPÓSITO DE UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN DOS PACIENTES ATÓPICOS

V. Morales Gordillo, A. Padial Gómez-Torrente, A. Jaén Larriou, A. González Cabrerizo, J.C. Armario Hita y J.M. Fernández Vozmediano

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España.

Introducción. La dermatitis atópica es un proceso de gran frecuencia en las sociedades desarrolladas y por tanto en nuestro medio. Sin embargo sus complicaciones son poco frecuentes.

Caso clínico. Presentamos dos pacientes, de 14 y 30 años respectivamente, con antecedentes de dermatitis atópica y en concreto con una dermatitis atópica evidente, que acudieron a nuestra consulta por presentar una erupción generalizada y severa como complicación de su proceso. La exploración clínica y la biopsia permitieron hacer el diagnóstico. Discutimos su valoración y tratamiento.

Conclusión. Las alteraciones de la barrera cutánea secundaria a la dermatitis atópica pueden facilitar la aparición de complicaciones. El dermatólogo debe estar preparado para hacer su diagnóstico precoz e indicar el tratamiento más adecuado en cada caso, con el fin de disminuir la morbilidad asociada de esta enfermedad.

20. ASOCIACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD DE STURGE-WEBER Y NEUROFIBROMATOSIS

A.L. Rodríguez Bujaldón, C. Vázquez Bayo, V. Amorrích Campos, F.J. Gómez García, R. Jiménez Puya, A.J. Vélez García-Nieto y J.C. Moreno Giménez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Las enfermedades neurocutáneas son trastornos genéticos asociados con manifestaciones cutáneas y neurológicas. En ocasiones estas enfermedades pueden concurrir en un mismo enfermo. La asociación entre algunas de ellas como la neurofibromatosis y la enfermedad de Sturge-Weber es muy poco frecuente. Presentamos el caso de un varón de 40 años de edad, diagnosticado de enfermedad de Sturge-Weber y enfermedad de Von Recklinghausen. Clínicamente presentaba, por un lado una malformación capilar o mancha en vino de Oporto afectando la mitad de la cara y el cuello derechos, epilepsia, mayor realce del plexo coroideo derecho y angioma venoso en tálamo derecho. Y por otro, manchas café con leche junto con neurofibromas cutáneos.

21. ALOPECIA INFANTIL Y CABELLO LANOSO

J. Domínguez Cruz, N. Villar Corominas, A. Cabello, E. Rodríguez Rey, A. Pérez Gil, A. Rodríguez Pichardo y F.M. Camacho

Unidad de Tricología. Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

La alopecia areata presenta múltiples asociaciones tricológicas y dermatológicas. Entre las tricológicas se ha descrito pili torti, pérdida del cabello en anagen suelto, pseudomoniletrix y moniletrix.

Caso clínico. Niña de 6 años con alopecia difusa que presenta en cuero cabelludo algunos cabellos sueltos en zonas de evidente hiperqueratosis folicular. Con diagnóstico tricológico de tricorrexis nudosa y pseudomoniletrix fue remitida a la Unidad de Tricología. En la historia clínica se comprobó que la paciente presentaba un cabello rizado desde el nacimiento y que un año antes empezó a perder el pelo desde la región ofiásica, quedando un mechón frontovertebral que se había perdido hace unos 6 meses. El tricograma reveló imágenes de pseudomoniletrix y de tricorrexis nudosa. Las imágenes fotográficas aportadas por los padres permitieron el diagnóstico de alopecia areata infantil en paciente con cabello lanoso. Tratamiento según protocolo de alopecia areata en niños de la Unidad de Tricología. La evolución a los 3, 6 y 12 meses permitió demostrar asociación de cabello lanoso y alopecia areata en la infancia.

22. ETANERCEPT EN EL TRATAMIENTO DEL COMPLEJO PSORIASIS-ARTRITIS. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA

E. Camacho, S. Habicheyn, M.V. Mendiola, M.V. Barrera, N. López, A. Tejera y E. Herrera

Servicio y Cátedra de Dermatología. Hospital Virgen de la Victoria y Facultad de Medicina. Málaga. España.

Introducción. Los avances en el conocimiento de la inmunopatogénesis de la psoriasis han llevado al desarrollo de las nuevas terapias biológicas dirigidas a bloquear la respuesta inflamatoria y que han demostrado gran eficacia y baja toxicidad. Etanercept es una proteína de fusión capaz de inhibir el factor de necrosis tumoral (TNF). Su eficacia y seguridad en psoriasis y artritis psoriásica han quedado demostradas en numerosos estudios clínicos.

Material y métodos. La muestra del estudio se compone de 20 pacientes (8 hombres y 12 mujeres) con artritis psoriásica y psoriasis grave. Antes de iniciar el tratamiento se realizó: serología para VIH, serología para hepatitis, PPD 2UT, radiografía de tórax, ANA, hemograma y bioquímica general. Los pacientes recibieron etanercept a dosis de 25 mg por vía subcutánea dos veces por semana durante 24 semanas. A estos pacientes se les evaluó su respuesta cada 4 semanas. En cada visita se recabó información sobre las siguientes variables: PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), DLQI (*Dermatology Life Quality Index*), Evaluación subjetiva del dolor y Compromiso ungueal.

Resultados. El índice PASI, en puntuación absoluta, descendió paulatinamente desde una puntuación mediana de 58,95 en la situación basal hasta una puntuación mediana de 12 a las 24 semanas de tratamiento ($p < 0,001$). El porcentaje de mejoría del índice PASI respecto a la situación basal fue del 70,4 % a las 24 semanas. El 74 % de los pacientes alcanzaron un PASI 50 a las 24 semanas. La mejoría del DLQI fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$), paralela a la mejoría clínica evaluada por el PASI. En cuanto al dolor articular, al final del periodo de estudio, el 69 % de los pacientes no manifestaban dolor ni signos de inflamación articular. La reducción del dolor fue constante y significativa a lo largo del tiempo ($p < 0,001$). El 100 % de los pacientes

presentaba al inicio compromiso ungueal, mientras que a las 24 semanas no lo tenía el 47 % de los mismos ($p < 0,001$).

Conclusión. La valoración clínica y estadística de los resultados obtenidos demuestra que etanercept es una opción terapéutica válida y efectiva en el tratamiento del complejo psoriásico (lesiones cutáneas y artritis), encontrándose una mejoría clínica, estadísticamente significativa, desde el primer mes de tratamiento.

23. PSORIASIS INDUCIDA POR INFLIXIMAB

J. Bernabeu Wittel, B. Lasanta Melero, A. Molina Ruiz, R. Corbí Llopis, A. García López^a, M.A. López García^b, M. Navarrete Ortega^b, T. Rodríguez Cofías y J. Conejo-Mir

Servicios de Dermatología, ^aReumatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La terapia biológica con anticuerpos monoclonales anti factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) intravenosos o receptor soluble para TNF- α subcutáneo han supuesto una revolución para el tratamiento de la artropatía psoriásica o la psoriasis cutánea moderada-severa. Recientemente se han descrito efectos secundarios diversos, entre los que se incluyen cefaleas, náuseas, reacción lupus-like y reactivación de tuberculosis latente, entre otros. Presentamos un caso excepcional de una paciente con artritis reumatoide tratada con infliximab, que desarrolló un cuadro de psoriasis tras su administración.

Descripción del caso. Mujer de 51 años, sin antecedentes personales ni familiares de psoriasis, afecta de artritis reumatoide de larga evolución. A los 3 meses de iniciar tratamiento con infliximab desarrolló lesiones eritematoescamosas en palmas, plantas, codos y cuero cabelludo. En la histopatología se evidenciaron: epidermis con acantosis, papilomatosis, hiperqueratosis paraqueratótica y escasa exocitosis de linfocitos. A los 3 meses de interrumpir infliximab, el cuadro remitió completamente.

Conclusiones. Existen pocos casos descritos en la literatura de psoriasis inducida por fármacos con actividad anti TNF. El mecanismo de acción de este efecto desconcertante parece implicar a diferentes citoquinas y quimioquinas. Además, se ha descrito psoriasis inducida por infliximab con histología tanto liquenoide como psoriasiforme.

24. ERUPCIÓN ACNEIFORME SECUNDARIA A CETUXIMAB

M.V. Amorrinch Campos, F. Gómez García, A. Rodríguez Bujaldón, C. Vázquez Bayo, R. Jiménez Puya y J.C. Moreno Giménez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. Se presenta un caso de erupción acneiforme de rápida instauración secundaria al inicio de un tratamiento inmunosupresor con terapia biológica, concretamente con cetuximab (C225) e irinotecan (CPT-1 1), en una paciente que notó la aparición brusca de las lesiones tras el inicio del tratamiento oncológico.

Comentario. Cetuximab (C225) es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), que inhibe el crecimiento celular de varios tumores. Respecto a la toxicidad cutánea del fármaco, el efecto secundario más frecuente, presente en hasta un 80 % de los casos, es el desarrollo de una erupción acneiforme folicular, que es más pronunciada en la cara, pecho y zona superior de la espalda, manifestándose típicamente entre la primera y la cuarta semanas del inicio del tratamiento. Los cultivos no muestran un agente infeccioso causante. Respecto al origen de los efectos secundarios sobre el folículo, se demuestra un incremento en la expresión de la proteína p27Kip1 en los queratinocitos epidérmicos produce

una alteración de la regulación *in vivo* de la homeostasis folicular y epidérmica mediada por el EGFR, que deriva en la aparición de la erupción acneiforme.

25. LUPUS INFANTIL INDUCIDO POR CARBAMACEPINA

B. Lasanta, J. Bernabeu, A. Molina, A. Carranza^a, E. Pérez Vega, R. Corbí, M. Navarrete^a y J. Sánchez Conejo-Mir

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El lupus eritematoso (LE) inducido por fármacos es un subtipo del lupus eritematoso sistémico (LES) que se presenta entre tres meses y dos años después de la ingesta de un fármaco. Los síntomas suelen ser menos graves y se resuelven tras la suspensión del fármaco.

Caso clínico. Niña de 9 años que ingresa por síndrome febril de un mes y medio de evolución, y lesiones cutáneas en área facial y pulpejos de dedos. Seguía tratamiento con carbamacepina desde hacía tres años por epilepsia benigna de la infancia. A la exploración destacaban máculo-pápulas puntiformes eritemato-violáceas en mejillas, aftas en cara interna de labios y eritema doloroso en pulpejos. Entre las pruebas complementarias realizadas destacaban anemia, leucopenia, velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada, C3 disminuido y ANA y anti-histonas (+). Con la sospecha clínica de LE inducido por carbamacepina se tomó biopsia de una de las lesiones faciales y el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día desapareciendo la fiebre y las lesiones cutáneas en dos meses; los títulos de ANA mostraron descenso gradual. Actualmente sigue asintomática y con dosis decreciente de prednisona.

Conclusión. Se trata de un caso muy infrecuente, con escasas referencias en la literatura. Destaca también el amplio intervalo temporal entre la introducción del fármaco y la aparición de los síntomas.

26. ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED AGUDA

B. Espadafor López, A. Soto Díaz, M.J. Naranjo Díaz, B. González Llavona, E. Massare^a, V. García Gutiérrez^b y J.V. García-Mellado

Sección de Dermatología y ^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España. ^bServicio de Hematología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

La reacción injerto contra huésped (RICH) es la consecuencia de una respuesta inmunológica específica inducida por un injerto de células linfoides alogénicas en un receptor; éste debe poseer antígenos ausentes en el donante contra los que pueden reaccionar las células injertadas. Esta RICH conduce a unas manifestaciones clínicas e histológicas llamadas enfermedad de injerto contra el huésped (EICH) en la cual se observan fenómenos inmunológicos específicos y que tienen características clínicas inespecíficas. La EICH es una de las principales complicaciones que pueden ocurrir después de trasplantes de *stem cells* (células tronco) alogénicas de sangre periférica o de médula ósea. La EICH aguda puede aparecer en el 25-40 % de los receptores de injertos de donantes con HLA semejante. La EICH aguda es un estado patológico que se manifiesta a causa de los linfocitos T del donante injertados con clínica de rash cutáneo, diarrea e ictericia. La mayoría de los pacientes con grados III o IV de EICH aguda mueren de la enfermedad, de ahí la importancia de su diagnóstico precoz. Después de repasar su fisiopatología, presentamos algunos casos clínicos que nos servirán de base para comentar nuestro protocolo de diagnóstico.

27. DERMATOMIOSITIS PARANEOPLÁSICA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

P. Fernández-Crehuet Serrano, I.M. Coronel Pérez, C. Cantalejo Rodríguez, J.J. Ríos Martín, A. Herrera Sayal y F.M. Camacho

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

La dermatomiositis es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por erupción cutánea, miopatía inflamatoria proximal y diversas manifestaciones sistémicas. Además de la predisposición genética, en la dermatomiositis influyen factores externos como infecciones o neoplasias malignas, que representan más del 25 % de los casos de dermatomiositis del adulto. Las neoplasias más frecuentes son las genitourinarias seguidas de las de mama, pulmón y estómago. En el último año, hemos atendido 3 casos de mujeres con dermatomiositis paraneoplásica asociados a melanoma metastásico, carcinoma de pulmón y tumor metastásico de origen desconocido. Todos presentaron clínica típica cutánea y muscular con variable respuesta al tratamiento corticoideo y oncológico específico. Destacamos la importancia de descartar cualquier neoplasia maligna oculta en toda dermatomiositis del adulto.

28. ERITEMA ELEVATUM DIUTINUM EN PACIENTES CON SIDA: DOS NUEVOS CASOS

J. A. Martín Jaramillo, M.L. Espinel Vázquez, B. Meléndez Guerrero y S. Vázquez Navarrete

Hospital SAS. La Línea de la Concepción (Cádiz). España.

El eritema *elevatum diutinum* (EED) es una vasculitis cutánea extremadamente rara, que suele presentarse en forma de placas o nódulos distribuidos simétricamente sobre las superficies de extensión de las extremidades y sobre las articulaciones. Su causa es desconocida, patogénicamente se piensa que está mediada por inmunocomplejos, y se ha descrito asociada a enfermedades hematológicas y autoinmunes, así como a infecciones bacterianas, víricas, tuberculosis, hepatitis y sífilis. La asociación EED con la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido descrita en unos 20 casos. En estos pacientes, las lesiones se deben distinguir del sarcoma de Kaposi y de la angiomasitosis bacilar en el examen histológico. Las lesiones tempranas muestran vasculitis leucocitoclásticas, mientras que más evolucionadas muestran fibrosis densa con proliferación de células fusiformes y algún foco residual de vasculitis. Nosotros describimos dos nuevos casos de EED en pacientes con sida que hemos tenido la ocasión de estudiar. Ambos eran adictos a drogas por vía parenteral y presentaban un estado de inmunodeficiencia avanzado ($CD4+ < 200/mm^3$). En uno de ellos pudimos estudiar clínica e histológicamente las lesiones en un estadio temprano de la enfermedad y en otro muy avanzado, demostrando cómo la histología varía en función del momento evolutivo. Aprovechamos para revisar la literatura, y al igual que otros tantos creemos que la infección por VIH debería ser considerada como otro posible agente causal del EED.

29. PANICULITIS CON LIPOATROFIA DE CAUSA DESCONOCIDA

G. Aguilar García, A. Vilanova Mateu, M.^a V. Guiote Domínguez, C. Dulanto Campos, J. Linares Solano^a y R. Naranjo Sintés

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y ^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. Las paniculitis incluyen una amplia gama de etiologías: enzimáticas, físicas, infecciosas, inmunológicas y neoplásicas, aunque no siempre es posible esclarecer una causa.

Caso clínico. Varón de 7 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que consultó por presentar nódulos subcutáneos dolorosos al tacto y lesiones atróficas en miembros inferiores bilaterales y simétricas de 3 meses de evolución en ausencia de síntomas sistémicos. Los exámenes solicitados (hemograma, bioquímica con determinación de enzimas pancreáticas, sedimento urinario, serología viral amplia, pruebas reumáticas, Mantoux, cuantificación de inmunoglobulinas y complemento; estudios de trombofilia hereditaria y de autoinmunidad; perfiles hormonales tiroideo y suprarrenal, capilaroscopia, electromiografía y pruebas de imagen como radiografía de tórax, ecografías, tomografía computarizada de abdomen-pelvis, resonancia magnética nuclear cerebral) mostraron valores dentro de la normalidad. En el estudio histológico se apreciaba una paniculitis lobular sin vasculitis con infiltrado de células xantomatosas y escasos linfocitos. En 18 meses de seguimiento el paciente ha permanecido asintomático y las lesiones cutáneas de lipoatrofia se han estabilizado, sin brotar otras nuevas.

Comentario. Aportamos un caso de paniculitis localizada en miembros inferiores con marcada lipoatrofia bilateral y simétrica en un niño sin datos clínicos ni analíticos de interés que cursa de forma asintomática durante una evolución de 18 meses de etiología no filiada. Se discuten las posibilidades diagnósticas.

30. PÉNFIGO VULGAR EN PACIENTE INFECTADO POR VIH

C. Vázquez Bayo, A. Rodríguez Bujaldón, F. Gómez García, M.V. Amorrich Campos, J. Espejo Álvarez y J.C. Moreno Giménez

Servicio de Dermatología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

La asociación entre enfermedades ampollas e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no es frecuente. Este caso describe la presentación y manejo de un pénfigo vulgar en una enferma seropositiva sin alteraciones relacionadas con la infección por VIH. La paciente, una mujer de 51 años de edad, ingresó por la aparición de lesiones dolorosas en forma de erosiones, ampollas y costras que afectaban a labios, mucosa oral y genital así como a piel del tronco y extremidades. Se inició tratamiento con corticoides orales a dosis altas con buena respuesta.

Discusión. En general, las características clínicas y la respuesta al tratamiento en los pacientes infectados por VIH con pénfigo no parecen estar modificadas por la coexistencia de ambas patologías. Sin embargo, la inmunosupresión presente en estos pacientes dificulta el manejo terapéutico basado en las terapias inmunosupresoras. Estos tratamientos pueden resultar en la progresión de la infección haciendo necesario iniciar la terapia antirretrovírica de alta eficacia (HAART). En los últimos años hay trabajos publicados sobre el uso de inmunoglobulinas intravenosas en el pénfigo calificadas como beneficiosas, bien toleradas y con mínimos efectos secundarios derivados de su uso. En enfermos infectados por VIH sería una buena opción terapéutica que nos permitiría reducir las dosis de otro tipo de terapia.

31. VITÍLIGO DESENCADENADO POR TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA

A. Molina Ruiz, J. Bernabeu Wittel, B. Lasanta Melero, A. Pulpillo Ruiz, E. Pérez Vega, R. Corbí Llopis, T. Rodríguez Cañas y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

La transferencia de enfermedades autoinmunes específicas a través del trasplante de médula ósea ha sido publicada en los últi-

mos años. Se describen dos casos de aparición de vitíligo después de alotrasplante de médula ósea (ALO-TMO).

Caso 1. Varón de 37 años diagnosticado de leucemia mieloide aguda (LMA)-M0. Se realiza ALO-TMO de hermana HLA idéntica (vitíligo en hermana?). Desarrolló una enfermedad injerto contra huésped (EICH) crónica a los 10 años del trasplante. A los pocos meses aparecieron máculas acrómicas en brazos, tronco, cejas y labios.

Caso 2. Niño de 4 años diagnosticado de LMA. Se realizó ALO-TMO de sangre periférica de hermana HLA idéntica (¿vitíligo en hermana?). Desarrolla EICH crónica al año del trasplante

y simultáneamente lesiones acrómicas en canto interno de los ojos, región periungueal, prepucio y márgenes anales que se diagnosticaron de vitíligo.

Comentarios. Debido a su reciente descripción, la relación causal entre vitíligo y ALO-TMO está escasamente documentada. El ALO-TMO constituye un importante ejemplo de modulación del sistema inmune del receptor por el del donante, discutiéndose actualmente 3 mecanismos patogénicos: por transferencia del donante a través del trasplante; por las propias alteraciones inmunológicas asociadas a la EICH crónica o bien por predisposición del paciente para desarrollar vitíligo.

BAEZA

9 y 10 de marzo de 2007

1. TIÑAS DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN EL AÑO 2006. IMPORTANCIA DEL EXÁMEN MICOLÓGICO DIRECTO

J.I. Galvañ^a, S. Martínez^b y V. Crespo^b

^a*Clínica privada de Dermatología. Málaga. España.* ^b*Servicio de Dermatología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. España.*

Introducción. La tiña incógnita es una dermatofitosis superficial, enmascarada por el tratamiento con corticoides tópicos. El uso de dermocorticoides fluorados después de un diagnóstico erróneo (generalmente por automedicación) modifica los hallazgos típicos de la tiña, lo que impide un diagnóstico adecuado y disminuye su respuesta inmunitaria local, estimulando el crecimiento del hongo y produciendo lesiones crónicas enmascaradas muy difíciles de diagnosticar en el momento de la consulta. El examen micológico directo es tal vez la técnica diagnóstica más simple y agradecida que pueda soñar el dermatólogo. Durante el año 2006, se diagnosticaron en la práctica privada 4 casos de tiñas en diferentes localizaciones, que habían permanecido varios años sin diagnosticar y que en el momento de la consulta la clínica era atípica, por el mal uso de las cremas con corticoides.

Material, métodos y resultado. *Varón de 62 años*, de nacionalidad británica, que durante 30 años había sido tratado en su país con dermocorticoides, por presentar lesiones descamativas en frente, ocasionalmente pruriginosas, con períodos de exacerbación y remisión. Ante la sospecha clínica de tiña incógnita, se realizó un examen directo que resultó ser (+) y un cultivo donde no creció ninguna especie. *Varón de 22 años*, mecánico de profesión, que llegó a nuestra consulta con lesiones descamativas asintomáticas en mano derecha, de 7 años de evolución. Durante estos años fue tratado en su Mutua de Accidentes Laborales con corticoides tópicos, siendo diagnosticado como una dermatitis irritativa agravada por su profesión. Realizamos un directo que fue (+), y se confirmó mediante cultivo, donde creció *T. rubrum*. *Niña de 4 años*, que acudió por una placa alopecica irregular de 1 año de evolución, prácticamente sin descamación, diagnosticada previamente por otros colegas como alopecia de origen traumático (tricotilomanía). La paciente no tenía contacto con animales y se había aplicado durante todo el año propionato de clobetasol. Con dificultad, por la pobre descamación, se realizó un examen directo que presentaba esporos agrupados densamente en el interior del pelo «endóthrix». El cultivo fue negativo. *Mujer de 63 años* que consultó por lesiones eritematoescamosas pruriginosas en dorso del pie derecho, de 6 años de evolución en tratamiento con dipropionato de betametasona con discreta mejoría. El examen directo fue (+) y el cultivo (-). La sospecha de presunción clínica fue confirmada en todos los casos mediante el examen directo, a pesar de la negatividad en el cultivo en el 75 % de los casos. Los pacientes fueron tratados con antimicóticos tópicos y sistémicos con resolución del cuadro en todos los casos. **Conclusiones.** La aplicación inapropiada de corticoides tópicos en una dermatofitosis modifica la expresión clínica de sus lesiones y puede simular diversas dermatosis, como dermatitis seborreica, eritema figurado, dermatitis irritativa de contacto y tricotilomanía. Además, la aplicación de corticoides puede disminuir la descamación de las lesiones, lo que puede impedir la obtención de una muestra representativa para el estudio micros-

cópico directo o de un cultivo, que puede resultar negativo. Quiéramos destacar la importancia del examen directo como arma diagnóstica fundamental en nuestra formación y diagnóstico de casos similares, donde un cultivo, realizado en centros de alta fiabilidad, puede resultar negativo como ocurrió en la mayoría de nuestros pacientes.

2. INFECCIÓN DISEMINADA POR *FUSARIUM* EN PACIENTE NEUTROPÉNICO

F. Gómez García, M.V. Amorrinch Campos, M. Galán Gutiérrez, R. Jiménez Puya, A. Vélez García-Nieto, J. Espejo Álvarez, M.J. Linares^a y J.C. Moreno Jiménez

Servicios de Dermatología y ^aMicrobiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. Presentamos un caso de infección diseminada por *Fusarium oxysporum* en una paciente con neutropenia secundaria a un ciclo quimioterápico de consolidación por una leucemia mieloblástica aguda.

Caso clínico. Paciente de 42 años que ingresada en el servicio de Hematología desarrolló fiebre, mialgias, insuficiencia respiratoria y lesiones cutáneas de dos semanas de evolución. La paciente recibía quimioterapia por leucemia aguda mieloblástica. Entre los antecedentes personales destacaban dicha leucemia t(8;21) y una neumonía izquierda. En la exploración física se objetivaban papulares y nódulos eritemato-violáceos, algunas lesiones vesiculosas y otras hemorrágicas, distribuidas por miembros inferiores y abdomen. En la analítica destacaba leucopenia y trombopenia. Los hemocultivos fueron positivos para *Fusarium oxysporum*, y otra para anatomía patológica que informó de paniculitis abscesificada. En consecuencia se estableció el diagnóstico de micosis profunda por *Fusarium oxysporum* con afección esplénica, dérmica y posiblemente pulmonar. Se inició el tratamiento con voriconazol asociado a anfotericina B liposomal. Tras una buena respuesta inicial la paciente experimentó una disfunción multiorgánica que requirió ingreso en UCI; finalmente falleció.

Discusión. La infección por el género *Fusarium* es una hialohifomicosis de amplia distribución que puede afectar tanto a individuos sanos como al huésped inmunodeprimido. Las dos vías de infección más probables son la respiratoria y la cutánea por traumatismos o cuerpos extraños. El espectro patológico abarca desde la infección de un órgano hasta la diseminación, que supone la afectación de dos o más órganos no contiguos. El diagnóstico de sospecha debe basarse en la presencia de fiebre en paciente neutropénico que no responde a tratamiento antibiótico de amplio espectro. Desde un punto de vista microbiológico, las especies de *Fusarium* son difíciles de identificar si bien la tasa de aislamientos en sangre de este género es superior a la de otros. La biopsia debe incluir diferentes áreas de la lesión, y si es de piel hay que tomar zonas superficiales y profundas para diferenciar entre colonización e infección. La tinción con hematoxilina eosina evidencia hifas septadas, más o menos ramificadas, frecuentemente en ángulo de 45° y con una zona de constricción donde emerge la ramificación. Tienen tendencia a la invasión vascular, originando trombosis y necrosis tisular. La mayoría de

las cepas se muestran, en estudios *in vitro*, sensibles a la anfotericina B y resistentes a la 5-fluorocitosina y a los azoles, aunque en general la sensibilidad o resistencia *in vitro* a los antifúngicos no predice la respuesta clínica.

3. DOS CASOS DE ALTERNARIOSIS CUTÁNEA

A.C. Vázquez, J. Herrera, I. Domínguez, A. Ferrándiz, Suárez^a y F. Camacho

Departamentos de Dermatología y ^aMicrobiología.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Describimos dos casos de alternariosis cutánea, infección micótica oportunista de la que existen pocos casos descritos.

Historia clínica. *Caso 1.* Varón con antecedentes de neoplasia gástrica, esplenectomía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en tratamiento con corticoides orales, que ingresó por infección respiratoria, trastornos del ritmo cardíaco, debilidad progresiva de miembros inferiores y lesiones papulocostrosas en miembros inferiores de dos meses de evolución. La biopsia cutánea y el cultivo de hongos demostraron infección por *Alternaria* sp. Se trató con itraconazol, obteniéndose curación de las lesiones. *Caso 2.* Varón de 79 años con eritrodermia psoriásica, insuficiencia renal crónica e insuficiencia suprarrenal secundaria a tratamiento corticoideo crónico. Se remitió a nuestras consultas externas por lesiones papulonodulares de tres meses de evolución localizadas en antebrazo y mano derecha en las que se aisló *Alternaria* sp. Se indicó tratamiento con itraconazol que no fue seguido por el paciente. A las semanas ingresó por agravamiento de la insuficiencia suprarrenal con trastorno electrolítico y rápida aparición de edema violáceo y ampollas serohemorrágicas en miembro superior derecho. Los cultivos bacterianos fueron negativos para aerobios y anaerobios y en el cultivo de hongos se volvió a aislar *Alternaria* sp. Se instauró tratamiento con itraconazol, evolucionando favorablemente las lesiones cutáneas, aunque el paciente falleció a las pocas semanas.

Discusión. La alternariosis cutánea es una infrecuente infección oportunista producida por hongos dematiáceos del género *Alternaria*, que se aíslan de forma ubicua en suelo, plantas, alimentos y aire. La infección acontece habitualmente en pacientes inmunosuprimidos, generalmente trasplantados, aunque en nuestros dos casos la inmunosupresión fue secundaria a los corticoides orales. Clínicamente la alternariosis cutánea puede remedar cualquier dermatosis, por lo que su diagnóstico es difícil y exige efectuar cultivos rutinarios de hongos, sobre todo en pacientes con cualquier tipo de inmunosupresión.

4. ALTERNARIOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE TRASPLANTADA DE MÉDULA ÓSEA

E. Samaniego, T. Martín, J. del Boz, L. Martínez, V. Crespo y A. Sanz^a

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica.
Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. La *Alternaria* es un hongo (familia *Dermatiaceae*) de distribución universal, patógeno para las plantas. Raramente produce morbilidad en seres humanos. Afecta, sobre todo, a pacientes inmunodeprimidos: receptores de trasplantes, tratamientos crónicos con corticoides, neoplasias hematológicas etc., produciendo neumonitis por hipersensibilidad, bronquitis asmática, sinusitis, peritonitis, queratitis e infecciones cutáneas y subcutáneas.

Historia clínica. Mujer de 16 años diagnosticada en el 2001 de leucemia linfocítica aguda de línea B (LLAB). Recibió trasplante de médula ósea alogénico en 2005, siguiendo posteriormente tratamiento con fármacos inmunosupresores. Ingresó de nuevo en

el servicio de Hematología en el 2006 por un cuadro de hematuria por virus Bk y anemia. Durante su ingreso nos llamaron para valorar una lesión asintomática en forma de placa de base eritematosa-marrónácea y superficie ulcerocostrosa en zona pretibial derecha. No había antecedentes de traumatismo previo. Se tomó una biopsia cutánea de la lesión. Tras los hallazgos histológicos que sugirieron una infección micótica se extrajo una muestra para cultivo en el cual se pudo aislar el agente etiológico: *Alternaria alternata*. Tras el tratamiento con itraconazol y voriconazol (suspendido este último por toxicidad hepática), se confirmó histológicamente la curación de la lesión 4 meses después.

Discusión. Existen alrededor de 90 casos descritos de alternariosis cutánea, la mayoría producidos por el género *Alternaria*. De todos ellos tan sólo 14 se dieron en pacientes inmunocompetentes. Parece que la inmunosupresión y los traumatismos previos que alteran la barrera cutánea actúan como principales favorecedores de la infección. Clínicamente tiene una variada expresión en forma de pápulas, placas, pústulas y costras o nódulos de coloración violácea. Al ser un saprófito común, para el diagnóstico son necesarios el estudio histológico y el cultivo repetido de la muestra. En el primero se observan polimorfonucleares e histiocitos formando granulomas en dermis más o menos definidos. El hongo se ve en forma de hifas o de característicos cuerpos redondos. Tras el cultivo pueden observarse colonias de color marrón oscuro, casi negro. Microscópicamente se ven conidias de forma ovoide con septos longitudinales y transversales y una prolongación apical: *rostrum*. La especie *Alternata* suele disponerse en cadenas largas, a veces ramificadas. El tratamiento consiste en disminuir si es posible el tratamiento inmunosupresor más extirpación quirúrgica de la lesión y antifúngicos sistémicos (itraconazol).

Conclusiones. Dado el número creciente de pacientes inmunodeprimidos, es importante tener en cuenta esta patología entre los diagnósticos diferenciales en una lesión clínicamente compatible. También es posible que a través del diagnóstico de esta entidad se descubra una enfermedad subyacente. Es imprescindible confirmar el diagnóstico dado que se trata de un germen saprófito, raramente patógeno. El tratamiento de elección es controvertido.

5. ASPERGILOSIS DISEMINADA EN PACIENTE NEUTROPÉNICO

A. Alcaide, R.J. Bosch, A. Fernández, J.J. Sánchez^a, J. Cid^a, M.V. Barrera, N. López y E. Herrera

Servicio de Dermatología y ^aAnatomía Patológica.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. La aspergilosis es una micosis producida por hongos del género *Aspergillus* (generalmente, *A. fumigatus*). Estos hongos muestran una distribución ubicua en el ambiente, por lo que su inhalación o contacto es frecuente, pero casi nunca produce enfermedad en sujetos inmunocompetentes. Se trata de gérmenes oportunistas, pues la infección está relacionada con la concentración de esporas, pero sobre todo con el sistema inmunitario del huésped. La piel puede afectarse en el curso de una infección diseminada, o forma primaria por la presencia de una puerta de entrada, catéter u otra. Presentamos un caso de aspergilosis diseminada con afectación cutánea y de otros órganos que llevó a la muerte del paciente.

Caso clínico. Paciente varón de 74 años, con antecedentes de alcoholismo y fumador crónico. Ingresó por fiebre de hasta 39°C, deterioro del estado general, odinofagia y tos no productiva de varios días de evolución, que se acompañaba en los últimos días de la aparición de lesiones cutáneas eritemato-papulosas, sobre las que se desarrollaban vesicoampollas y lesiones necróticas en diversas zonas del tronco, cara y axilas. Analíticamente, sólo destacaba discreta leucopenia. Los diferentes estudios serológicos y microbiológicos realizados fueron negativos y la biopsia

cutánea demostró una dermatitis aguda necrotizante. Pese al tratamiento antibiótico inicial, y posteriormente antimicótico, aplicados, la evolución fue desfavorable, falleciendo el paciente por insuficiencia respiratoria, hipotensión y shock irreversible. La necropsia practicada reveló amplias zonas de necrosis con presencia de colonias de hifas tabicadas ramificadas en ángulo agudo en diferentes órganos: tráquea, pulmones, esófago, estómago, intestino, piel, compatibles con aspergilosis diseminada.

Discusión. La aspergilosis invasiva es un proceso poco frecuente que se produce casi exclusivamente en pacientes inmunodeprimidos. La neutropenia y la fiebre suelen ser las únicas manifestaciones iniciales, por lo que resulta indistinguible de las sepsis bacterianas, siendo la ausencia de respuesta a los antibióticos el dato fundamental para su sospecha. En la piel las lesiones consisten en placas eritematosas sobre las que se desarrollan vesicampollas y áreas de necrosis dando lugar al cuadro conocido como ectima gangrenoso. Para el diagnóstico es muy importante valorar la ausencia de respuesta a los antibióticos, que obliga a tratar de demostrar la presencia del hongo e instaurar tratamiento antimicótico, pues la afectación de múltiples órganos conduce a la muerte, como desgraciadamente ocurrió en nuestro paciente.

6. ECTIMA GANGRENOSO

F. Benavente, M.J. Naranjo, B. González, B. Espadafort, J. Tercedor, J. Espelt y V.B. Mellado

Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. El ectima gangrenoso es una úlcera superficial, típica aunque infrecuente de sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* en inmunodeprimidos y debilitados.

Caso clínico. Mujer de 18 años de edad con antecedentes patológicos de sarcoma de Ewing mandibular de un año de evolución en tratamiento con quimioterapia y radioterapia, con metástasis cerebrales y pulmonares irrisecables que ingresa por neutropenia febril. En la exploración física destacaban dos pápulas eritemato-necróticas en cara externa del brazo derecho de 8 y 6 mm de diámetro aproximadamente rodeadas de un halo blanquecino con periferia eritematosa de hasta 2,4 cm y 3,3 cm. Análíticamente destaca leucopenia 200, neutropenia: 35 %, Hb: 8,2, plaquetopenia: 50.000. Hemocultivo: positivo para *Pseudomonas aeruginosa*. No se realiza biopsia de la lesión debido a la neutropenia y plaquetopenia severas. Se diagnosticó de ectima gangrenoso secundario a septicemia por *Pseudomonas aeruginosa* en paciente con neutropenia febril y se inicia tratamiento con imipenem y tratamiento tópico con mupirocina al 2 %, protocasa y clostridiopeptidasa y apósitos de plata. Tras 10 días de tratamiento las lesiones dermatológicas evolucionan favorablemente, desapareciendo el eritema de la epidermis y las flictenas que rodeaban las áreas necróticas.

Discusión. El ectima gangrenoso aparece como una mácula eritematosa o purpúrica y dolorosa localizada casi siempre en la región anogenital o en una extremidad, habiéndose reportado en otras localizaciones inusuales como abdomen, cara y otras. La lesión evoluciona a una ampolla o vesícula hemorrágica que se rompe y deja una úlcera gangrenosa con escara central negro grisácea. El tejido circundante está inflamado y sensible. Es una lesión muy típica pero poco frecuente de la septicemia por *Pseudomonas aeruginosa*, la cual suele aparecer en pacientes debilitados e inmunodeprimidos como por ejemplo en neutropenia. La presencia de neutropenia es frecuente en las formas invasivas, constituyendo el factor pronóstico más importante en la mortalidad. La incidencia de sepsis por *Pseudomonas* en el marco de una neutropenia ha disminuido debido a la utilización de factores estimuladores de colonias, pero en este caso la paciente desarrollaba neutropenias que no respondían a dichos factores. Son factores pronósticos desfavorables la persistencia de la neutropenia y la presencia de múltiples lesiones de ectima. Ante la sospecha de sepsis por

Pseudomonas, deben realizarse cuanto antes un cultivo de la úlcera, hemocultivo y urocultivo. Pero lo fundamental es comenzar el tratamiento antibiótico que cubra *Pseudomonas*.

Conclusión. Presentamos el caso de una paciente con neutropenia febril y lesiones de ectima gangrenoso secundarias a sepsis por *Pseudomonas aeruginosa*, siendo en estos casos esencial un hemocultivo y comenzar tratamiento antibiótico empírico.

7. LINFOMA CUTÁNEO B DE CÉLULAS GRANDES, TIPO INTRAVASCULAR

V. Morales Gordillo, A. Padiál Gómez-Torrente, C. García Blesa, J.C. Armario Hita, A. Paz Coll^a, J. Cuevas Santos^b y J.M. Fernández Vozmediano

Servicio de Dermatología y ^aHematología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Introducción. El linfoma cutáneo B de células grandes tipo intravascular, es un tipo de linfoma no hodgkiniano poco frecuente y de comportamiento muy agresivo. Afecta a los vasos de pequeño tamaño de la piel y del sistema nervioso central. Las células linfoides proliferan en el interior de capilares, vénulas o arteriolas y dan lugar a la oclusión vascular responsable de los signos y síntomas clínicos. La forma de presentación cutánea más frecuente suele ser una placa indurada de meses de evolución, localizada en miembros inferiores. Esta placa puede ser dolorosa y de coloración violácea o piel normal. Para establecer el diagnóstico es indispensable la realización de biopsia cutánea y el estudio inmunohistoquímico.

Caso clínico. Paciente varón de 70 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés, que acudió a nuestro Servicio por presentar desde hacía varios meses una placa indurada dolorosa, algo deprimida, con aspecto de piel de naranja, localizada en cara interna del muslo izquierdo. El paciente no presentaba ninguna otra sintomatología. A la exploración se trataba de una placa de aproximadamente 12 x 4 cm de diámetro de color violáceo, muy dolorosa a la exploración, indurada y firme al tacto. En el estudio dermatopatológico se observaban elementos intravasculares de talla grande con un inmunofenotipo CD20, CD79a y ALC (CD45) positivo. Alrededor de los vasos, se podía apreciar una población acompañante T (UCHL-1+, CD3+) de menor tamaño. El resto de marcadores realizados, incluyendo Melan-A, CD31, CD34 y PAN-CK, fueron negativos. De esta forma se llegó al diagnóstico de linfoma cutáneo B de células grandes, tipo intravascular. El paciente sigue en la actualidad tratamiento en el Servicio de Hematología con una combinación de rituximab y CHOP, con buena evolución de su cuadro.

Conclusión. El linfoma cutáneo B de células grandes es un subtipo de linfoma B, muy agresivo y de difícil diagnóstico clínico. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio dermatopatológico. Es importante que el dermatólogo conozca esta entidad, para incluirla en el diagnóstico diferencial de los procesos que producen placas induradas de aspecto linfedematoso localizados en miembros inferiores.

8. NEOPLASIA HEMATODÉRMICA CD4+/CD56+ DE CURSO INDOLENTE

A. Padiál Gómez-Torrente, C. García Blesa, V. Morales Gordillo, M. Pico Valimaña, A. Paz Coll^a, J.C. Armario Hita y J.M. Fernández Vozmediano

Servicio de Dermatología y ^aHematología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España.

Introducción. La neoplasia hematodérmica CD4+/CD56+ es un tipo de linfoma poco frecuente considerada como entidad inde-

pendiente en la clasificación EORTC-OMS. Su clínica es extraganglionar y en el 87% de los casos presenta lesiones cutáneas. El diagnóstico se realiza mediante el estudio dermatopatológico e inmunohistoquímico. Se caracteriza por un infiltrado difuso de dermis por células de aspecto linfoide, que dejan una banda subepidérmica respetada. El estudio inmunohistoquímico es positivo para marcadores de células *natural killer* (NK) inmaduras (CD4, CD56, CD43, CD68) y marcadores de antígenos de células dendríticas (TCL-1, CD123) y antígeno leucocitario común (ALC). Tiene un curso muy agresivo, con mal pronóstico a medio plazo.

Caso clínico. Paciente varón de 58 años, con antecedentes de hiperglucemia y glaucoma crónico. Acude a la consulta por presentar desde hacía 2 meses una serie de lesiones cutáneas asintomáticas, de aparición progresiva. A la exploración se trataba de lesiones nodulares eritematosas induradas, de tamaño variable localizadas en cabeza, tronco y extremidades. Los estudios complementarios, incluyendo un hemograma completo, estudio de coagulación, bioquímica y serología, VEB, la tomografía axial computarizada y espirometría resultaron normales. Se practicó una biopsia en la cual se observó un infiltrado difuso de células medianas en toda la dermis que destruía los anejos, sin epidermotropismo, con una banda respetada entre dermis y epidermis. La inmunohistoquímica fue determinante dando positividad para CD4, CD56, CD123, TCL-1, TDT-1 y negatividad del ALC. En la actualidad el paciente sigue tratamiento en el Servicio de Hematología con quimioterapia (CHOP) y buena evolución de su proceso hasta este momento.

Conclusión. Es importante tener presente que lesiones cutáneas de la neoplasia hematodérmica pueden ser la primera y única manifestación de la enfermedad. Su reconocimiento y la realización de una biopsia permiten realizar el diagnóstico e instaurar un tratamiento precoz, lo cual es muy importante para el pronóstico del paciente.

9. LINFOMA T SUBCUTÁNEO DE TIPO PANICULÍTICO (LSTP)

V. Amorrinch Campos, G. Garnacho Saucedo, A. Rodríguez Bujaldón, G. Garnacho Saucedo, F. Valverde Blanco, C. Pérez-Seoane^a, R. Ortega Salas^a y J.C. Moreno Giménez

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La afectación tumoral del tejido celular subcutáneo puede imitar el aspecto clínico y microscópico de las paniculitis. Entre los linfomas cutáneos, el más característico es el linfoma de células T subcutáneo tipo paniculitis, en el que algunos casos, pero no todos, pueden presentar cambios citofágicos.

Caso clínico. Paciente de 83 años con antecedentes de aftas en mucosa oral y trombopenia, que consultó por lesión tumoral indurada de un mes de evolución con formación de úlcera central. La lesión se localizaba en región posterior del brazo izquierdo. En la exploración se apreció otra tumoración abdominal, eritematosa y dolorosa, de 7-8 cm de tamaño. Además, se palpaba una adenopatía axilar izquierda. En la analítica destacaban Hb 11,6; volumen corpuscular medio (VCM) 81,9; leucocitos 3.080; velocidad de sedimentación globular (VSG) 33,1; LDH 558; PCR 23,2, y B2-microglobulina 5.660. Los hallazgos de la ecografía abdominal eran compatibles con paniculitis y en la tomografía axial computarizada se detectó nódulo pulmonar en lóbulo inferior izquierdo. En el estudio histológico se apreciaba infiltración por linfoma T periférico dérmico y de TCS con extensa reacción granulomatosa en tejido adiposo. Se inició tratamiento quimioterápico (COP) con pobre resultado, continuando con tratamiento paliativo a petición de la familia, hasta el fallecimiento de la paciente.

Discusión. El LSTP es un cuadro raro que supone menos del 1% de todos los LTC. Puede afectar tanto a adultos como a niños, y es igual de frecuente en ambos sexos. Se caracteriza por infiltrados subcutáneos de linfocitos T pleomórficos y macrófagos, que se localizan sobre todo en piernas o, con menos frecuencias en el tronco; a modo de placas o nódulos subcutáneos eritematosos que pueden ulcerarse. La enfermedad se complica, en ocasiones, con un síndrome hemofagocítico, que se asocia a evolución rápidamente progresiva. La mayoría tiene un inmunofenotipo TCRa/+, CD3+, CD4-, CD8+. El tratamiento con corticoides sistémicos puede ser útil en estadios precoces; en formas agresivas se recomienda quimioterapia citotóxica con células hematopoyéticas de rescate.

10. MELANOMA MALIGNO ASOCIADO A SARCOIDOSIS

J.J. Pereyra Rodríguez, B. Lasanta Melero, A. Molina Ruiz, F. Moreno Suárez, A. Pulpillo Ruiz, L. Rodríguez Fernández-Freire, A. Serrano Gotarredona, M.A. Ronco Poce^a, T. Zulueta Dorado, T. Rodríguez Cañas y J. Sánchez Conejo-Mir

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La sarcoidosis es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la presencia de granulomas no caseificantes y que produce un estado de inmunodepresión relativa. La coexistencia de sarcoidosis y melanoma, aunque rara, ha sido descrita previamente. Está descrita una mayor incidencia de linfoma y carcinoma epidermoide en pacientes con sarcoidosis. Recientemente, se ha sugerido que también presentan un mayor riesgo de padecer melanomas.

Caso clínico. Mujer de 49 años de edad que acude por una lesión en la punta de la nariz de cuatro años de evolución, que comenzó con eritema y, posteriormente, aumento de tamaño sin sangrado. Había realizado tratamiento prolongado con esteroides orales sin respuesta. A la exploración se observaba un aumento de tejidos blandos en pirámide nasal de coloración roja-violácea. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de sarcoidosis. Los niveles de enzima convertidora de angiotensina (ECA) fueron normales en repetidas ocasiones, y en el estudio de extensión se descartó afectación extracutánea. Se inició tratamiento con 7,5 mg/semana de metotrexate, con buena tolerancia a la medicación. La respuesta fue favorable y se retiró la medicación tras un año de tratamiento. En uno de los controles de seguimiento, cinco meses después de dejar el tratamiento, detectamos cifras elevadas de ECA y las radiografías de tórax presentaban signos radiológicos de sarcoidosis grado III. En esa misma visita la paciente refirió presentar una lesión pigmentada en la espalda desde la infancia y que en los últimos dos meses había aumentado de tamaño y producía prurito. La exploración mostró una lesión hiperpigmentada de 1,2 cm por 0,7 cm, asimétrica, con discromías y bordes irregulares. Con el diagnóstico clínico de melanoma de extensión superficial, se realizó extirpación confirmándose histológicamente la sospecha clínica.

Conclusiones. Es posible que el desarrollo de un melanoma en un paciente con sarcoidosis sea una asociación causal. Existen pocos casos publicados de coexistencia de sarcoidosis y melanoma. Debido a ello no se han podido realizar estudios que demuestren una asociación estadística. Nuestra hipótesis es que la disregulación inmunitaria cutánea en la sarcoidosis junto con la inmunosupresión farmacológica utilizada en su tratamiento, daría lugar a un déficit en el sistema de inmunovigilancia que favorecería la aparición de neoplasias cutáneas. En nuestro caso, destaca la coincidencia entre la afectación sistémica y la malignización de un nevo.

11. LINFOMA B DE CÉLULAS GRANDES DIFUSO DE LAS PIERNAS

B. Espadafor, E. García-Dura, B. González-Llavona, M.I. Naranjo, F. Benavente, A. Martín-Castro^a, C. Rodríguez^b y M.J. García-Mellado

Servicio de Dermatología, ^aAnatomía Patológica y ^bOncología Médica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. El linfoma B de células grandes difuso de las piernas es un linfoma cutáneo primario de agresividad intermedia que afecta generalmente a pacientes de edad avanzada y suele localizarse en las piernas.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular, accidente cerebrovascular, hiperruricemia e hiperplasia benigna de próstata que acudió a nuestra consulta porque desde hacía un mes presentaba nódulos pruriginosos de rápido crecimiento en la pierna derecha. A la exploración destacaban múltiples tumores eritematoparduzcos mamelonados, con superficie brillante, el de mayor dimensión era de 2,5 x 1,5 cm, localizados en región pretibial inferior derecha. La baciloscopia y el cultivo tisular para hongos y micobacterias fueron negativos. La anatomía patológica evidenció linfoma B difuso de células grandes con alto índice de proliferación. Las técnicas de inmunohistoquímica mostraban una proliferación: CD45+, CD20+, CD10-, CD30-, bcl2-, bcl6- y KI67 superior al 80%-, con una expresión de p53 alrededor de 10%-. El estudio de extensión (incluidas tomografía axial computarizada y tomografía por emisión de positrones) fue negativo y se programaron cuatro ciclos de quimioterapia CHOP-rituximab. Tras el tercer ciclo presentaba remisión completa pero precisó ingreso por un episodio de neutropenia febril y se suspendió en el cuarto ciclo. Se completó el tratamiento con radioterapia externa para consolidación de la remisión hace dos meses con muy buena tolerancia y actualmente sólo persiste una hiperpigmentación residual.

Discusión. El linfoma B de células grandes difuso cutáneo primario supone el 5-10% de todos los linfomas cutáneos de células B, tiene agresividad intermedia, afecta a pacientes de edad avanzada y suele localizarse en las piernas. La clínica se caracteriza por uno o múltiples nódulos densos rojizos o violáceos de consistencia firme, algunas veces ulcerados. Histológicamente presenta un infiltrado difuso de células B grandes que recuerdan a centroblastos e inmunoblastos con frecuentes figuras de mitosis. El inmunofenotipo es positivo para CD20 y CD79a, y también suele ser positivo para bcl-2 y bcl-6. El tratamiento de tumores únicos puede ser con escisión quirúrgica o radioterapia, pero en el caso de múltiples es de elección rituximab (Ac anti-CD20) solo o asociado con quimioterapia. El pronóstico es intermedio con una supervivencia a los 5 años del 55%, aunque empeora si la localización es en las piernas. El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con el linfoma centrofolicular.

Conclusiones. Presentamos un linfoma B cutáneo de células grandes de las piernas, con excelente respuesta al tratamiento con anticuerpos anti-CD20, quimioterapia CHOP y radioterapia local complementaria.

12. PIODERMA GANGRENOSO ASOCIADO A HIDRADENITIS SUPURATIVA

B. González Llavona, B. Espadafor, M.J. Naranjo, F. Benavente, A. Martín-Castro y E. García-Lora

Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. Varón de 59 años de edad con cuadro de hidradenitis supurativa crónica grave, en regiones glútea y perianal, con respuesta tórpida a pesar de múltiples tratamientos tópicos y sistémicos, que durante su evolución ha presentado brotes recurrentes de pioderma gangrenoso en ambos miembros inferiores. La

asociación de estos dos cuadros es infrecuente y ha sido descrita en muy pocas ocasiones.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 59 años de edad con antecedentes personales de acné grado III juvenil y exfumador de 20 cigarrillos día, con un cuadro de hidradenitis supurativa crónica grave, en región perianal y glútea, de 12 años de evolución, que a los tres años de seguimiento en nuestra consulta, comienza a presentar varios nódulos ulcerados e inflamatorios, dolorosos, en cara posterior de ambas piernas. Se realizó biopsia y cultivo para descartar infección por micobacterias atípicas. La biopsia fue compatible con pioderma gangrenoso. Hallazgos analíticos: leucocitosis con fórmula normal, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 60/90, anemia ferropénica y pico de IgA de 1.053 de carácter policlonal, descartándose gammapatía IgA. Durante este tiempo ha recibido múltiples tratamientos para ambos cuadros con: doxiciclina oral, corticoides orales, isotretinoína, finasteride y tacrólimus tópico 0,1%. El mejor resultado se ha obtenido en el brote actual con ciclosporina oral a dosis de 4 mg/kg/día (350 mg al día), observándose una mejoría rápida tanto de la hidradenitis supurativa como de las lesiones de pioderma gangrenoso.

Discusión. Haciendo una revisión de la literatura, hemos encontrado tan solo 19 casos de asociación entre hidradenitis supurativa y pioderma gangrenoso. La forma más frecuente es la ulcerativa de miembros inferiores y suele aparecer como media tras 20 años de evolución de la hidradenitis, no existiendo correlación entre la actividad clínica de ambos procesos. El único vínculo que se ha sugerido para explicar la asociación de ambos procesos es una posible disfunción de los neutrófilos, aunque faltan estudios que lo corroboren. Existen casos descritos de muy buena respuesta de ambos procesos con ciclosporina oral.

Conclusión. Presentamos un nuevo caso de asociación entre hidradenitis supurativa y pioderma gangrenoso, muy raramente descrita en la literatura. Suele aparecer en hidradenitis de muy larga evolución y sin guardar ninguna correlación con la actividad clínica de la misma. Como ha sucedido en nuestro paciente, parece que la ciclosporina oral mejora ambos procesos.

13. SÍNDROME DE SWEET HISTIOCITOIDE: A PROPÓSITO DE 5 CASOS

J. del Boz^a, A. Sanz^b, T. Martín^a, E. Samaniego^a, P. Galera^c, E. Gómez^a, Vera^a, S. Martínez^a, A. Ojeda^a y V. Crespo^a

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cHematología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. Histológicamente el síndrome de Sweet (SS) presenta en muy raras ocasiones infiltrado inflamatorio con células mononucleares de apariencia histiocitaria, las cuales al realizarse técnicas inmunohistoquímicas resultan ser células mieloides inmaduras, similares a las encontradas en la leucemia cutis. En 2005 el Dr. Requena y sus colaboradores, tras un estudio multicéntrico internacional, presentaron una serie de 41 casos de SS con estas características histológicas, denominándolo síndrome de Sweet histiocitoide. Todos estos pacientes presentaron una excelente respuesta al tratamiento (predominantemente corticoides orales).

Material y métodos. Presentamos 5 casos de SS con similares características diagnosticados y seguidos en nuestro servicio en los últimos 4 años.

Resultados. Uno de los pacientes falleció. Este paciente presentaba un pancytopenia al inicio del cuadro cutáneo, siendo entonces diagnosticado de síndrome mielodisplásico por el servicio de Hematología y falleciendo pocos meses después debido a fallo multiorgánico en el contexto de una infección por citomegalovirus. Otro de los pacientes se encuentra en seguimiento por parte de Hematología al detectarse una gammapatía monoclonal de significado incierto.

Discusión. La posible correlación entre estos hallazgos histológicos y el desarrollo de neoplasias hematológicas no es clara, aunque parece fundamental el seguimiento de estos pacientes a largo plazo.

Conclusiones. Presentamos 5 casos de SS con características histológicas peculiares. El hecho de encontrarnos con la asociación de dos de estos casos con alteraciones hematológicas nos hace plantearnos la importancia de dichos hallazgos histológicos. Así, aunque sólo estudios con mayor número de pacientes seguidos durante un mayor periodo de tiempo nos sacarán de dudas, nos parece cuando menos razonable el remitir dichos pacientes a Hematología para su valoración.

14. HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN ADULTO DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE DE LEUCEMIA AGUDA MIELOIDE

A.L. Rodríguez Bujaldón, F. Gómez García, M.V. Amorrinch Campos, F. Valverde Blanco, A.I. Vélez García-Nieto, J.C. Moreno Giménez, C. Pérez-Seoane^a y V. Arqueros Martínez

Servicios de Dermatología, ^aAnatomía Patológica y ^bHematología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. ¿La coincidencia en un mismo paciente de una histiocitosis y un proceso maligno es una relación casual o existe alguna explicación que justifique su asociación? En la literatura se recoge escasamente la relación entre ambos procesos. Una reciente revisión afirma que la histiocitosis de Langerhans y diferentes procesos malignos coinciden en el mismo individuo con una frecuencia superior a la esperada. En esta revisión la asociación más frecuente son los linfomas y los tumores sólidos. Además añaden que la relación entre histiocitosis de células de Langerhans y leucemia sigue una sucesión temporal establecida, de manera que si la leucemia es de estirpe linfoide la leucemia precede en el tiempo a la histiocitosis, y si la leucemia es de estirpe mieloide ésta aparece posteriormente al diagnóstico de histiocitosis. ¿Leucemia e histiocitosis presentan un progenitor común?, ¿está justificada su asociación por la inmunodepresión?

Caso clínico. Presentamos un caso de un varón de 75 años que un año después de ser diagnosticado de leucemia mieloide aguda M1 desarrolló una histiocitosis de células de Langerhans. Realizamos una revisión de la literatura, y sólo hemos encontrado un caso en el que la histiocitosis de células de Langerhans se desarrolló posteriormente a la leucemia aguda mieloide.

15. NÓDULOS EN RECIÉN NACIDO

F. Russo de la Torre, A. Sanz Trellez^a, J. Guerrero^b, A. Garcés^b, J. Delgado Ceballos, S. del Canto y A. Collado Minguillón

Unidad de Dermatología. Hospital Punta de Europa (Algeciras). España. ^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Carlos Haya (Málaga). España. ^bServicio de Pediatría. Hospital Punta de Europa (Algeciras). España.

Presentamos el caso de un niño que, desde el momento del nacimiento, presentó numerosos nódulos, algunos de gran tamaño, diseminados por todo el cuerpo incluyendo cuero cabelludo y cara. Las lesiones nodulares estaban bien delimitadas a la palpación y el signo de Darier era negativo. La evolución de las lesiones fue hacia la resolución espontánea en menos de un mes. Nos parece interesante este caso por el amplio abanico de diagnósticos clínicos diferenciales que nos planteó, siendo finalmente el estudio histológico convencional e inmunohistoquímico el que concluyó el diagnóstico definitivo.

16. HIPERHIDROSIS CRANEOFACIAL ASOCIADA A HIDROCISTOMAS: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON GLICOPIRROLATO

G. Garnacha Saucedo, A. Rodríguez Bujaldón, R. Jiménez Puya, F. Gómez García, M. Galán Gutiérrez, J.C. Fernández Roldán, J. Salvatierra^a y J.C. Moreno Jiménez

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. Presentamos una paciente con hiperhidrosis craneofacial, hipertiroidismo e hidrocistomas ecritos tratada con glicopirrolato tópico con respuesta favorable.

Caso clínico. Mujer de 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y adenoma paratiroides que acudió por la aparición reciente de pápulas faciales múltiples asociadas a una hiperhidrosis craneofacial previa de 6 años de duración. Se apreciaban múltiples pápulas de 1 mm de tamaño que se localizaban en la zona central de la cara, dorso de la nariz y párpados superiores. La biopsia demostró que se trataba de hidrocistomas ecritos. El resto de las pruebas complementarias resultaron normales. Realizamos tratamiento con glicopirrolato tópico al 0,5 %, aplicado tres veces al día, de manera que a la semana del inicio ya obtuvimos una gran mejoría clínica.

Discusión. La hiperhidrosis craneofacial es un proceso poco común que se asocia con la existencia de hidrocistomas ecritos, Parkinson y enfermedad de Graves. Los hidrocistomas son tumores benignos que se presentan típicamente en la cara, aunque también pueden encontrarse en otras zonas, como pápulas traslúcidas de una gama de color entre el tono de la piel y el azulado, de entre 1 a 3 mm de tamaño y de consistencia firme. Se clasifican en apocrinos o ecritos según rasgos histológicos, y pueden ser solitarios o múltiples. Para el tratamiento se han utilizado varios métodos desde la cirugía hasta la simpatectomía en T2, o el láser de CO₂ (en solitarios), hasta diferentes métodos tópicos de tratamiento como bloqueadores beta, hidrocloreuro de clonidina, toxina botulínica o glicopirrolato. El glicopirrolato actúa bloqueando los receptores de la acetil-colina reduciendo la secreción glandular (saliva, rinorrea, secreciones bronquiales y gástricas). Se ha utilizado en región frontal, nariz y parte superior del labio con una concentración que oscila entre 0,5 % al 2 % aplicándolo diariamente, ya sea en forma de crema o loción. Existen series cortas en las que se ha comprobado su eficacia en torno a un 77-100 % de los casos. No existen efectos adversos graves derivados de su uso, y sólo en ocasiones se han podido objetivar molestias tales como sequedad de boca, odinofagia o cefalea leve.

17. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA EN PACIENTE CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA

C. Suárez García, A. Herrera Sayal, P. Fernández-Crehuet Serrano, I.M. Coronel Pérez y F. Camacho Martínez

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Historia clínica. Mujer de 47 años con historia de psoriasis pustulosa, que cursaba en forma de brotes agudos, diagnosticada de artropatía psoriásica por el Servicio de Reumatología. Ingresa en planta de Dermatología a la semana de la ingestión de amoxicilina por faringoamigdalitis con fiebre de 38,5 °C, malestar general y exantema pruriginoso generalizado sobre el que aparecen bruscamente pequeñas pústulas no foliculares con tendencia a confluir, localizadas fundamentalmente en cara, tronco, superficie interna de muslos y flexuras antecubital y poplíteas. Con tratamiento tópico desaparecieron las pústulas en pocos días, sustituyéndose por descamación en grandes láminas. Se realizaron pruebas de contacto con amoxicilina de resultado dudoso, por lo

que está pendiente de nuevo estudio. El examen dermatopatológico demostró dermatitis pustulosa subcórnea, edema e infiltrado neutrofílico con eosinófilos aislados en dermis, por lo que se llegó al diagnóstico de pustulosis exantemática aguda generalizada.

Discusión. La incidencia de pustulosis exantemática aguda generalizada es de 1 a 5 casos por millón de habitantes y año. La principal causa son los fármacos, sobre todo los antibióticos betalactámicos destacando la amoxicilina. Esta entidad, que ocurre en pacientes con historia de psoriasis, es distinta a la psoriasis pustulosa aguda generalizada por sus hallazgos dermatopatológicos, la inducción por fármacos en la mayoría de los casos, el curso agudo de la pustulosis y la fiebre y la rápida resolución espontánea. Las pruebas de contacto pueden ser útiles en la determinación del fármaco desencadenante. El conocimiento y diagnóstico precoz de esta enfermedad es importante para evitar medidas terapéuticas innecesarias.

18. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DERMATOLÓGICA EN PACIENTES INGRESADOS

A. Herrera, C. Vázquez, C. Suárez, J. Domínguez, I. López, N. Vilar y F. Camacho

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. En las últimas décadas se comprueba una tendencia mundial a la disminución de los pacientes hospitalizados en los Servicios de Dermatología. Múltiples factores son responsables de este hecho como menor frecuencia de ciertas dermatosis que precisaban ingresos (porfirias, ictiosis, pénfigos...), existencia de nuevas terapias ambulatorias, dificultades de la administración sanitaria y de nuestros mismos Servicios de Dermatología para ingresar pacientes que incrementen índices de estancia media y coste sanitario, dificultad de manejo de aquellos pacientes con dermatosis graves que presentan patologías sistémicas y, por último, poco interés de la Dermatología actual en esta parcela dermatológica. Sin embargo, al mismo tiempo, ha aumentado el número de pacientes ingresados por otros Servicios con problemas dermatológicos, incrementándose el número de consultas dermatológicas hospitalarias.

Material y método. Exponemos los datos de nuestra Unidad de Hospitalización en el período 2004-2006, analizando las características más significativas de los 402 pacientes ingresados a cargo de nuestro departamento de Dermatología, así como de las 1.325 interconsultas hospitalarias atendidas en este período.

Discusión. Se comentan los aspectos más interesantes de la actividad hospitalaria en dermatología, la importancia de los sistemas de codificación de diagnósticos y la necesidad de la presencia del dermatólogo en hospitales de tercer nivel.

19. NEUROTecomAS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

E. Jorquera, M.C. Vázquez, D. Chinchón^a, M.C. Suárez, F. de la Peña, I. de Alba y A. Sanz^b

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Juan R. Jiménez. Huelva. España. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. Los neurotecomas son tumores benignos de origen neural poco frecuentes. La mayoría se localiza en extremidades superiores, cabeza y cuello aunque puede afectar a cualquier localización incluidas las mucosas. Aparecen con mayor frecuencia en la segunda-tercera décadas de la vida, siendo el doble su incidencia en mujeres respecto a los varones. Las variantes histológicas incluyen un tipo mixoide (clásico), un tipo celular así como una forma mixta.

Casos clínicos. Presentamos dos casos: el primero es un varón de 75 años que consulta por un nódulo color piel localizado en la eminencia tenar de la mano derecha. La lesión había crecido lentamente en varios años y ocasionaba dolor a la palpación. El segundo es un varón de 24 años que presentaba una lesión papulosa a nivel de la ceja, asintomática, de color rosado y meses de evolución. Se realizó exéresis de ambas lesiones cuyo resultado histopatológico fue informado como neurotecoma mixoide y neurotecoma celular respectivamente.

Discusión. Los neurotecomas son tumores raros, cuyo diagnóstico es fundamentalmente histológico. La localización a nivel de las palmas, como la que presenta el primero de nuestros pacientes, es referida en la literatura como excepcional. El diagnóstico diferencial incluye lesiones de tipo névico como el nevus de Spitz, melanoma, nevus azul celular, y proliferaciones fibrohistiocitarias. Es importante reconocer este tipo de tumores y diferenciarlos de estas lesiones, sobre todo del melanoma por las implicaciones terapéuticas y pronósticas que éste tiene.

20. MASTOCITOSIS DEL ADULTO

A. Clemente Ruiz de Almirón, M.V. Guiote Domínguez, G. Aguilar García, J. Hernández-Gil Sánchez, F. Almazán Fernández y R. Naranjo Sintés

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción. Las mastocitosis representan un espectro de enfermedades caracterizadas por una hiperproliferación de mastocitos en la piel y/o en otros órganos. Normalmente aparecen en la infancia, con diversas formas clínicas y grados de afectación, pero también pueden aparecer en la edad adulta, si bien de manera mucho menos frecuente. Presentamos un caso de mastocitosis en un paciente adulto.

Caso clínico. Varón de 65 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por aparición progresiva de manchas pruriginosas en tronco a lo largo de muchos años de evolución. También refería episodios de sofocos y palpitaciones asociados sobre todo al consumo de alcohol, de ácido acetilsalicílico o de otros antiinflamatorios no esteroideos. A la exploración presentaba máculas hiperpigmentadas bien delimitadas de color marrónáceo de predominio en tronco, aunque también presentaba lesiones similares en las extremidades. El signo de Darier fue negativo. Con la sospecha de mastocitosis se realizó una biopsia que confirmó el diagnóstico. En el estudio de extensión se realizó serie ósea, que demostró lesiones osteolíticas generalizadas, tomografía computarizada corporal, analítica, proteinograma y biopsia de médula ósea, que mostraron resultados compatibles con la normalidad. Tampoco había afectación cognitiva.

Conclusiones. Aunque las mastocitosis son mucho más frecuentes en la infancia, y tienden a desaparecer con la edad, en adultos es más común que la enfermedad permanezca estable o progrese lentamente, como en nuestro caso. En adultos es necesario además realizar un estudio de extensión, ya que la afectación extracutánea es más frecuente que en los niños.

21. QUERATODERMIA ESPINOSA PALMAR

F.M. Almazán Fernández, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Clemente Ruiz de Almirón, M.V. Guiote Domínguez, G. Aguilar García, J.P. Macías Jiménez, J. Linares y R. Naranjo Sintés

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. La queratodermia espinosa palmar es una dermatosis caracterizada por lesiones hiperqueratósicas filiformes en pal-

mas y/o plantas. En un principio se consideró una dermatosis paraneoplásica, aunque no ha quedado totalmente demostrada esta asociación.

Descripción del caso. Varón de 65 años que consulta por lesiones en ambas manos, de 18 años de evolución y asintomáticas. Antecedentes personales: destaca una cardiopatía hipertensiva y una enfermedad pulmonar obstructiva crónica posiblemente debida al hábito tabáquico del paciente. En la exploración física observamos lesiones hiperqueratósicas filiformes milimétricas en ambas palmas y cara anterior de los dedos de la mano, a modo de «espinas de caja de música». Las lesiones se distribuían de forma irregular y se caracterizaban por un color ligeramente amarillento y rugosidad al tacto. No se observaban lesiones similares en otras localizaciones. La clínica característica y el estudio anatomopatológico confirmaron el diagnóstico de queratodermia espinosa palmar. Debido a la posible asociación con neoplasias internas y trastornos metabólicos, descritos en la literatura, se realizaron diferentes pruebas complementarias para descartarlos. Se instauró tratamiento local con queratolíticos, obteniendo discreta mejoría de las lesiones.

Discusión. La queratodermia espinosa palmar es una dermatosis infrecuente, en la que aparecen lesiones hiperqueratósicas, a modo de pequeñas espinas en palmas y/o plantas. Entidad de difícil clasificación, considerada por algunos autores como una variante de poroqueratosis o bien, de queratodermia localizada, aunque para otros podría tratarse de una entidad propia bien definida. Se ha intentado asociar con gran variedad de neoplasias internas y con ciertos trastornos endocrinometabólicos, aunque dichas asociaciones no han quedado totalmente demostradas. A pesar de los pocos casos descritos en la literatura, parece ser un cuadro infradiagnosticado debido a la escasa sintomatología que produce siendo, por tanto, un escaso motivo de consulta.

22. DERMATITIS DESENCADENADAS POR FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS

R. Henche y M.L. Delgado

Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera. España.

Introducción. A principios de los noventa aparecieron las primeras publicaciones de reacciones cutáneas adversas al tratamiento con factor estimulante de colonias progenitoras de granulocitos y macrófagos (FECGM).

Caso clínico. Paciente de 78 años diagnosticada en 1998 de síndrome mielodisplásico (anemia refractaria con exceso de blastos). En agosto de 2006 ingresó en el servicio de Hematología por presentar un cuadro febril y neutropenia grave. Se indicó tratamiento con antibioterapia y con filgrastim (factor estimulante de colonias de granulocitos). Seis días más tarde comenzó a presentar lesiones cutáneas, motivo por el que se nos consultó. A la exploración mostraba lesiones pápulo-nodulares de coloración rojo-vinosa de distribución simétrica en superficies volares de ambas manos y muñecas, y también alguna aislada en región dorsal. Se realizó biopsia que mostró escasos cambios en la epidermis, edema intenso en dermis papilar y un denso infiltrado linfocitario y neutrofílico en la dermis reticular con leucocitoclastia. Con el diagnóstico de dermatitis neutrofílica se instauró tratamiento con corticoides vía IV (metil-prednisolona a dosis de 1 mg por kg de peso), con lo que la paciente mejoró, aunque al suspender el tratamiento tuvo una recaída que precisó nuevo ingreso.

Comentarios. Los FECGM son glucoproteínas citoquímicas que estimulan la proliferación y diferenciación de las células progenitoras hematopoyéticas. Se emplean para recuperar la neutropenia asociada a distintas situaciones. Los cuadros clínicos descritos en relación con FECGM varían: reacciones en las zonas de inyección, pioderma gangrenoso, dermatitis neutrofílicas (cuadros

similares a síndrome de Sweet), vasculitis necrotizante, cuadros eritrodermicos, hidradenitis ecrina neutrofílica. En cuanto a la histología, aunque se han descrito casos en los que había una infiltración predominantemente de macrófagos, en la mayor parte de los comunicados se halla una infiltración de polinucleares neutrófilos como en nuestro caso. Por lo que respecta al tratamiento, al igual que el resto de las dermatitis neutrofílicas responden a los corticoides orales, aunque puede bastar el suprimir el tratamiento con FECG.

Conclusiones. Presentamos un caso de dermatitis neutrofílica desencadenada por FECG en una paciente afectada de síndrome mielodisplásico.

23. TRATAMIENTO COMBINADO EN CICATRICES QUELOIDES DE ACNÉ

C. Serrano Falcón, R. Fernández-Miranda y S. Serrano Ortega
Granada. España.

Introducción. Los queloides son proliferaciones benignas del tejido conectivo en el proceso de cicatrización en individuos predispuestos. Aparecen con más frecuencia en jóvenes y el acné se ha descrito como factor predisponente. Suponen un problema funcional y/o estético importante para el que se han empleado con mayor o menor éxito múltiples tratamientos.

Historia clínica. Varón de 18 años que consultó por cicatrices queloides de acné en ambas mejillas, ángulos mandibulares y cara lateral de cuello por un acné nódulo-quistico mantenido desde los 15 años. Después de estabilizar el acné con isotretinoíno oral hasta completar la dosis de 120 mg/kg peso, se inició tratamiento con infiltraciones de acetónido de triancinolona 0,2-0,3 mg cada mes el primer año y cada dos meses hasta la fecha, local con parches de silicona 12 horas al día, y para disminuir el componente vascular se utilizó el láser Nd:YAG un total de 5 sesiones. El resultado funcional y cosmético a los tres años ha sido muy satisfactorio, desapareciendo el acné y haciéndose imperceptibles las cicatrices.

Discusión. Los queloides (Alibert JLM, 1806) son proliferaciones benignas del tejido conectivo en el proceso de cicatrización, sobrepasan los límites normales de la herida y causan picor, dolor, y sensación de malestar en la zona. La incidencia se estima entre el 4,5 % en la población hispana, y el 16 % en la negra. La causa es desconocida, y se ha asociado con la raza, localización y tipo de la herida, factores hormonales, genéticos, e inmunológicos. Aparecen con más frecuencia en jóvenes, a la edad media de 25,8 años, y no hay diferencias por sexos. Se localizan frecuentemente en los lóbulos de las orejas, mejillas, hombros y región preesternal. Los tratamientos que han demostrado algún beneficio son los corticoides tópicos e intralesionales, imiquimod, parches de silicona, interferón, 5-fluoracilo, bleomicina, presoterapia, crioterapia, radioterapia, cirugía, láser, y otros. Lo más efectivo es la combinación de varias técnicas y con resultados a largo plazo.

Conclusión. Presentamos una posibilidad terapéutica, la combinación de corticoides intralesionales con parches de silicona y láser vascular, con muy buena respuesta clínica y cosmética en nuestro caso, a tener en cuenta en el manejo de queloides, y explicamos el presunto mecanismo de actuación de cada uno de ellos.

24. DERMATOSIS IGA LINEAL EN LACTANTE

B. Lasanta, A. Molina, J. Pereyra, F. Moreno, J. Bernabeu, T. Rodríguez, J. Quintana y J. Conejo-Mir

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La dermatosis IgA lineal es una erupción vesiculoampollosa subepidérmica mediada por anticuerpos circulantes

que se unen a la epidermis produciendo una hendidura en la lámina lúcida. Tiene dos formas de presentación clínica: la primera ocurre en niños y se denomina dermatosis ampollosa crónica de la infancia, y la segunda en la edad adulta, conocida como enfermedad IgA lineal del adulto. Su incidencia es escasa, estimándose en 0,2-0,5 casos por millón de habitantes.

Caso clínico. Niño de diez meses de edad sin antecedentes de interés que ingresa por síndrome febril de 15 días de evolución y lesiones cutáneas en área facial y genital, extendiéndose posteriormente a extremidades. A la exploración destacaban lesiones ampollosas y vesiculosas sobre base eritematosa que se extendían por toda la superficie corporal, sin signos de impetiginización. Se realizó una amplia batería de pruebas complementarias entre las que destacaba únicamente un ASLO de 515 y una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 66. El resto, incluyendo estudio de celiaquía, viruspos antisustancia intercelular y antimembrana basal fueron normales o negativos. Con la sospecha clínica de dermatitis IgA lineal tomamos biopsia de una de las lesiones para microscopía óptica e inmunofluorescencia directa, que confirmó nuestro diagnóstico de sospecha. Inicialmente se administró tratamiento con corticoterapia sistémica en pauta descendente y dapsona a dosis de 1 mg/24h de mantenimiento, resolviéndose las lesiones en 45 días.

Conclusiones. El caso que presentamos destaca debido a la excepcionalidad de que debute en la lactancia, ya que esta entidad tiene su pico de incidencia entre los 3 y los 4 años de edad.

25. COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA

I. Alcaraz, R.J. Bosch, N. López, E. Camacho, A. Fernández y E. Herrera

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. La coagulación intravascular diseminada (CID) es un síndrome plurietiológico complejo por alteración de los sistemas procoagulantes y fibrinolíticos, que escapan a los mecanismos de autocontrol. Se producen entonces trombos en el interior de los vasos en múltiples órganos, con efectos a menudo graves y que pueden llevar a la muerte. Sin embargo, en los últimos años se han producido avances en su tratamiento que han conducido al aumento de la supervivencia, lo que plantea en ocasiones el reto del cuidado y reparación de sus consecuencias a nivel cutáneo, como el caso que presentamos.

Caso clínico. Mujer de 33 años que ingresa por urgencias en agosto de 2006 por cuadro febril con malestar general, vómitos y diarrea que empeoran rápidamente requiriéndose su traslado a UCI donde se establece el diagnóstico de shock séptico por *Neisseria meningitidis*. Durante su estancia en esta unidad desarrolló CID con graves complicaciones infecciosas respiratorias, alteración de la función hepática y fallo renal. A nivel cutáneo aparecieron amplias lesiones purpúricas, ampollosas y necróticas en tronco, la práctica totalidad de las nalgas y amplias zonas en las extremidades inferiores, así como gangrena distal en ambos pies. La biopsia de estas lesiones demostró la presencia de coágulos intravasculares propios de la CID. Pese a su gravedad el cuadro logró estabilizarse con tratamientos de sostén, antibióticos, diálisis, etc., pudiendo ser dada de alta de la UCI tras 4 semanas. El cuidado posterior ha requerido curas de los amplios defectos cutáneos que han mostrado sobreinfección por numerosos gérmenes, destacando por su multiresistencia antibiótica *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*. Han tenido que aplicarse injertos en varias ocasiones, y fue necesaria la amputación infracondílea izquierda y amputación de Lisfranc con dos cuñas del pie derecho.

Discusión. Los modernos medios disponibles en medicina y el desarrollo de nuevos tratamientos permiten un mayor porcentaje de supervivencia de los pacientes con CID. La reparación de las consecuencias cutáneas del proceso es costosa en tiempo y sufrimientos para los pacientes, y supone un reto para el dermatólogo en la parte en que le compete.

26. SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A FENITOÍNA

E. Camacho, R.J. Bosch, A. Fernández, I. Alcaráz, M.V. Barrera y E. Herrera

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. El síndrome de hipersensibilidad a fármacos se caracteriza por fiebre, erupción cutánea generalizada, linfadenopatías, alteraciones hematológicas y trastornos de diversos órganos. Presentamos un caso desencadenado por fenitoína.

Caso clínico. Varón de 43 años que consulta por erupción eritematosa generalizada escasamente pruriginosa de 3 semanas de evolución, acompañada en las últimas 2 semanas de fiebre de 38,5°C, malestar general. El paciente refería que 12 días antes le habían prescrito fenitoína oral tras haber sufrido una crisis convulsiva. No presentaba otros antecedentes médicos destacables. A la exploración exantema papular simétrico, que confluía formando grandes placas. Existía leve enrojecimiento periorbitario y se palpaban adenopatías laterocervicales izquierdas, sin que refiriera dolor faríngeo. La hematimetría mostraba eosinofilia periférica (1.170/ μ l), sin leucocitosis. En la bioquímica destacaban elevaciones de la GOT, 75 UI/l (VN: 15-37), y de la LDH, 342 UI/l (VN: 100-190). El análisis de orina así como la radiografía de tórax no mostraron alteraciones. Las serologías frente a virus de la hepatitis B (VHB), de la hepatitis C (VHC), virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y citomegalovirus (CMV) resultaron negativas. La prueba del Monosticon[®] fue negativa, con serología frente a VEB compatible con infección pasada. La biopsia cutánea demostró focos de espongiocitos con exocitosis linfocitaria, dermis con edema, dilatación vascular e infiltrado inflamatorio crónico perivascular. Se instauró tratamiento con 30 mg/día de prednisona en pauta descendente cada 3 días, asociada a cetirizina (10 mg/día), e hidrocortisona (25 mg/día). Además, se contraindicó de manera absoluta fenitoína, carbamazepina y fenobarbital, indicando el uso de ácido valproico. A la semana del inicio del tratamiento habían desaparecido el malestar general y la fiebre, y las lesiones cutáneas estaban prácticamente resueltas, persistiendo sólo leve hiperpigmentación residual así como fina descamación que desapareció en pocas semanas.

Discusión. El síndrome de hipersensibilidad a los anticonvulsivantes es una entidad rara (1 de cada 10.000 pacientes tratados), descrito clásicamente por antiepilépticos aromáticos (fenitoína, fenobarbital, carbamazepina), en individuos predispuestos. El mecanismo patogénico no se conoce con exactitud, aunque se cree que intervienen múltiples factores tanto constitucionales como adquiridos. Uno de los mecanismos propuestos es una alteración en la detoxificación de los metabolitos intermedios de estos anticonvulsivantes, producida en el citocromo P450. Esta alteración daría lugar a un cúmulo de metabolitos reactivos que estimularían los linfocitos T CD8. Esto explicaría las reacciones cruzadas entre los tres fármacos, que se producen en el 70-80% de los casos. El diagnóstico de este síndrome es fundamentalmente clínico, y debe sospecharse en pacientes con fiebre, exantema y adenopatías en tratamiento con anticonvulsivantes. El tratamiento consiste en el cese inmediato del fármaco y la administración de corticoides sistémicos (prednisona 0,5 mg/kg/día), aunque no se ha demostrado que éstos disminuyan las tasas de mortalidad.

27. UTILIDAD DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA EN CASOS ESPECIALES

C. García Blesa, V. Morales Gordillo,
A. Padial Gómez-Torrente, J.C. Armario Hita
y J.M. Fernández Vozmediano

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España.

Introducción. La terapia fotodinámica (TFD) es un nuevo método terapéutico consistente en la aplicación de una molécula fotosensibilizante que es absorbida por las células con características disqueratóticas o neoplásicas, con un metabolismo celular aumentado y mayor actividad mitótica. Transcurrido el tiempo adecuado para la absorción, se expone la zona a una fuente de luz roja con longitud de onda de 635 nm, que transforma la molécula en un metabolito de propiedades letales para la célula neoplásica. La molécula que usamos en nuestro país es 5-amino-levulinato que se transforma en protoporfirina IX tras su exposición a luz roja. La TFD está aprobada para queratosis actínicas (neoplasias intraepiteliales queratinocíticas) y carcinomas basocelulares superficiales.

Casos clínicos. Nuestro Servicio tiene año y medio de experiencia con esta técnica con excelentes resultados en las indicaciones aprobadas. Presentamos 2 casos complejos, con lesiones tumorales extensas o múltiples, en los que la TFD ha permitido obtener unos resultados excelentes, con escasa morbilidad. El primer caso es un hombre de 85 años afecto de carcinoma espinocelular del cuero cabelludo de gran tamaño desarrollado sobre queratosis actínicas previas. El paciente fue tratado con 4 sesiones de TFD, a intervalos de 2 semanas, siguiendo las normas estándar de realización. El segundo caso era una mujer de 68 años afectada de múltiples carcinomas basocelulares faciales que fue tratada mediante una combinación terapéutica a base de 7 sesiones de TFD, un ciclo inconcluso de infiltraciones intralesionales de interferón en las lesiones más recalcitrantes y un ciclo de imiquimod tópico al 5%. Las infiltraciones intralesionales de interferón fueron realizadas a dosis de 5 millones UI, 3 veces por semana durante 3 semanas. El imiquimod se aplicó 3 veces por semana durante 4 semanas. En ambos casos, el número total de sesiones de TFD vino determinado por la presencia de fluorescencia roja positiva en la observación con luz ultravioleta previa al tratamiento. Las sesiones fueron realizadas cada 2-4 semanas en función de la respuesta clínica. Con este protocolo de tratamiento hemos llegado a conseguir la resolución completa de las lesiones sin efectos secundarios y con un excelente resultado clínico y estético.

Conclusiones. La TFD es una técnica de elevada eficacia en el tratamiento de los carcinomas basocelulares superficiales y de las queratosis actínicas múltiples. La técnica se puede utilizar aislada o en combinación con otros tratamientos. Exponemos nuestra experiencia clínica en el tratamiento, como primera elección, en pacientes seleccionados con alto número de lesiones debido a la relativa sencillez de su aplicación, buena tolerancia que tiene, los escasos efectos adversos observados y los buenos resultados estéticos.

28. SÍNDROME DE DERMATOSIS-ARTRITIS-INTESTINAL

A. Molina^a, B. Lasanta^a, J. Pereyra^a, F. Moreno^a,
E. Pérez^a, J. Bernabeu^a, R. Corbó^a, D. Gonzalo^b,
V. Alfaro^c y J. Conejo-Mir^a

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cMedicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. Las dermatosis neutrofilicas constituyen un grupo muy heterogéneo de enfermedades con un sustrato histológico

común caracterizado por un infiltrado inflamatorio rico en neutrófilos, sin ningún microorganismo infeccioso identificable ni vasculitis asociada. Con frecuencia existen enfermedades internas subyacentes. La primera entidad descrita y mejor documentada de este grupo, fue la dermatosis febril aguda (síndrome de Sweet). Posteriormente se han añadido otras como el pioderma gangrenoso, la enfermedad de Behçet y el síndrome de dermatosis-artritis-intestinal (SDAI).

Caso clínico. Mujer de 51 años de edad que ingresa en el servicio de Medicina Interna por un cuadro de fiebre, diarrea, artralgias y lesiones cutáneas pustulosas. Las pruebas de imagen mostraron una pancolitis con alteraciones propias de enfermedad inflamatoria intestinal. El estudio histopatológico de las lesiones cutáneas evidenció una dermatosis neutrofilica. Con estos hallazgos y el cuadro clínico compatible llegamos al diagnóstico de SDAI.

Comentarios. Esta entidad fue descrita por primera vez en los años sesenta en pacientes sometidos a cirugía de derivación intestinal (síndrome de derivación intestinal), acuñándose posteriormente la actual denominación cuando en 1983 se observó el mismo cuadro asociado a enfermedad inflamatoria intestinal.

29. PREVALENCIA DE LOS NEVUS CONGÉNITOS EN 1.000 RECIÉN NACIDOS VIVOS EN LA CIUDAD DE GRANADA

A. Buendía, M.C. Palau y S. Serrano

Facultad de Medicina de Granada. España.

Introducción. Los nevus congénitos tienen un particular interés en la actualidad debido a su relación con el melanoma al ser considerados precursores, y por tanto, factores de riesgo. Para conocer sus características en la población local se realizó un estudio en recién nacidos vivos en el Hospital Clínico Universitario San Cecilio de la ciudad de Granada.

Material y métodos. En la exploración del recién nacido se contaron los nevus en la piel de 1.000 neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada en el periodo comprendido entre noviembre de 2005 y octubre de 2006.

Resultados. Se encontró una prevalencia de 1,39% nevus congénitos en los recién nacidos vivos revisados, con una distribución por sexo ligeramente mayor en el sexo masculino que en el femenino. Las localizaciones más frecuentes fueron las extremidades en ambos sexos.

Conclusiones. El estudio de nevus congénitos en la población de Granada (España) muestra una prevalencia (1,39%) distinta y una frecuencia de localización preferente (extremidades) también diferente a lo reportado por otros investigadores en otras poblaciones y latitudes. Esto sugiere la necesidad de ahondar en estudios que incluyan las particularidades locales.

30. ESTUDIO DE LOS NEVUS EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR, ENTRE 8 Y 10 AÑOS, Y FACTORES ASOCIADOS

A. Buendía, M.C. Palau y S. Serrano

Facultad de Medicina de Granada. España.

Introducción. Numerosos estudios epidemiológicos consideran la presencia de nevus como un importante factor de riesgo para el desarrollo de melanoma. Estos estudios ponen de manifiesto que el mayor riesgo viene determinado por el número de nevus, el tamaño y las características clínicas de éstos, considerando los nevus como marcadores y precursores de melanoma. La exposición solar es considerada como un factor de riesgo para la aparición y evolución de los nevus.

Objetivos. a) Establecer la frecuencia y características de presentación de los nevus en una población infantil de 8 a 10 años. b) Conocer las características personales y fenotípicas de nuestra muestra.

Metodología. Trabajamos con una población escolar de niños entre los 8 y 10 años de edad pertenecientes a varios colegios de Granada. El estudio incluye una exploración completa de la piel por un dermatólogo y un investigador entrenado; recogemos fototipo, estudio de dermoespectrofotometría, número de nevus, características clínicas de éstos, distribución por áreas y densidad.

Resultados. De los 428 niños y niñas estudiados, el 44,6 % eran niños y el 55,4 % niñas. El 25,2 % eran individuos de 8 años, el

34,1 % tenían 9 años y el 40,7 % 10 años. Predominó el fototipo II y III. El peso medio de la población fue de 34,9 kg, la altura media de 141,66 cm y el índice de masa corporal medio de 17,19. La espectrofotometría a partir del índice de eritema muestra que la media de la población estudiada para la cara es de 0,322; para la piel de los hombros 0,289; la piel de los brazos 0,279 y para la piel de las nalgas 0,41. El número medio total de nevus que presenta la población es de 19,4 y los que más se presentan son los menores de 2 mm. La localización de nevus más frecuente fue en el tronco, independientemente del tamaño. Con respecto a la localización de los nevus según la exposición solar, son las áreas de exposición solar intermitentes donde se presenta la mayor cantidad de nevus.

MÁLAGA

7 y 8 de marzo de 2008

1. SÍNDROME DE SCHNITZLER

P. Aceituno Madera, M.A. Fernández Pugnaire, M.V. Guiote Domínguez, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Clemente Ruiz de Almirón, F.M. Almazán Fernández, S.A. Arias Santiago y R. Naranjo Sintés

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. El síndrome de Schnitzler fue descrito en 1972; en la bibliografía solo encontramos 94 casos publicados. Se caracteriza por urticaria crónica, fiebre intermitente, artralgias y gammapatía monoclonal IgM.

Caso clínico. Mujer de 63 años con antecedentes personales de cáncer de mama intervenido hace 16 años, cefaleas y depresión, que consulta por episodios repetidos de urticaria que se acompañan de importante afectación del estado general con fiebre y artralgias. La paciente refiere que los habones son más dolorosos que pruriginosos. En la analítica solicitada destaca aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y una IgM de 2,155 mg/dl con un componente monoclonal Kappa.

Discusión. El síndrome de Schnitzler es una rara entidad que en general sigue un curso benigno y sólo un 15 % aproximadamente de los pacientes desarrolla un síndrome linfoproliferativo. Aunque a veces se asocia a otros tipos de inmunoglobulinas, el tipo IgM es el más frecuente como el de nuestra paciente. La respuesta al tratamiento es variable y no existe un tratamiento único (corticoides, anakinra, ciclosporina, talidomida, interferón...). Nuestra paciente responde bien a los corticoides vía oral y en la actualidad se encuentra asintomática y sigue controles periódicos en el servicio de Hematología y en nuestra consulta.

2. PLACAS ANULARES RECURRENTES EN ÁREAS FOTOEXPUERTAS

E. Gómez, A. Sanz, E. Samaniego, J. del Boz, A. Hiraldo, A. Vera y V. Crespo

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. Presentamos el caso de un varón de 27 años de edad, que ha presentado en los últimos tres años brotes de placas anulares, infiltradas, eritematosas en cara y área del escote, coincidiendo con la exposición solar en época de verano.

Material y métodos. El hemograma, la bioquímica y velocidad de sedimentación globular (VSG) fueron normales, y los ANA, anticuerpos anti-Ro y anti-La negativos. La biopsia cutánea mostraba una epidermis sin alteraciones y se evidenciaba un infiltrado linfocitario perivascular tanto a nivel superficial como profundo. En el interior de las glándulas sebáceas, se observaba un infiltrado de polimorfonucleares, llegando a formar microabscesos y acompañado de necrosis focal de los sebocitos. En dermis no se encontraron depósitos mucinosos. Con técnicas de PAS, metenamina plata y Gram no se demostraron microorganismos. El estudio de inmunofluorescencia fue negativo. Los hallazgos histológicos fueron idénticos en las tres biopsias realizadas al paciente en períodos de reactivación de la enfermedad.

Resultado. Las lesiones evolucionaron a la curación tras tratamiento con hidroxiloroquina y fotoprotección.

Discusión. A propósito de este caso clínico, hablaremos de una entidad observada previamente en perros y otros animales, y descrita recientemente en seres humanos. La patogénesis es desconocida y nada se ha comentado hasta ahora sobre la posibilidad de que se trate de una dermatosis fotosensible. **Conclusión.** Se trata de una entidad clínico-patológica bien definida, de la cual sólo se han descrito dos casos en seres humanos.

3. LUPUS PROFUNDO EN REGIÓN PERIPAROTÍDEA

S.A. Arias Santiago, C. Dulanto Campos, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Clemente Ruiz de Almirón, F.M. Almazán Fernández, P. Aceituno Madera y R. Naranjo Sintés

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción. La paniculitis lúpica o lupus profundo es una forma clínica poco frecuente de lupus eritematoso. Es más frecuente en mujeres de entre 20 y 45 años. Puede asociarse a lupus discoide, lupus eritematoso sistémico o bien ocurrir de forma aislada. Se presenta en forma de nódulos o placas subcutáneas en la cara, extremidades o tronco, con una histología característica y buena respuesta al tratamiento con antipalúdicos y corticoides.

Caso clínico. Mujer de 55 años con una lesión periparotídea derecha profunda, difusa, de bordes mal definidos, consistencia leñosa y leve pigmentación superficial que había sido estudiada durante más de dos años en el servicio de Cirugía Maxilofacial con sospecha de parotiditis crónica o neoplasia. Los estudios con tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear y punción-aspiración con aguja fina descartaron lesión parotídea. La ecografía sugería quiste sebáceo con degeneración grasa. Finalmente la biopsia fue compatible con lupus profundo. En el estudio inmunológico destaca ANA *screening* de 1,38; ANA IFI 1/160 patrón granular y elevación de la velocidad de sedimentación globular. No presentaba síntomas sistémicos salvo artralgias esporádicas. Se pautó tratamiento con corticoides e hidroxiloroquina a dosis de 200 mg/día con buena respuesta al tratamiento.

Discusión. Aunque es frecuente la localización facial en la paniculitis lúpica, son pocos los casos descritos en la literatura con afectación de región periparotídea. Este caso aparentaba ser una enfermedad del parénquima parotídeo como neoplasia o parotiditis. La paniculitis lúpica presenta unos detalles histológicos típicos y debería de ser considerada en el diagnóstico diferencial de una lesión periparotídea de origen incierto. También hay que destacar que el debut del cuadro clínico se produjo en una edad tardía, porque esta enfermedad suele iniciarse entre los 20 y 45 años.

4. LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO INDUCIDO POR INDAPAMIDA

E. Samaniego González, E. Gómez Moyano, A. Hiraldo Gomera, J. del Boz González, A. Vera Casaño, T. Martín González y A. Sanz Trelles

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. Desde que en 1945 se describiese el primer caso de lupus eritematoso sistémico inducido por drogas (DI-LES), han

sido muchas las publicaciones y los fármacos relacionados con esta enfermedad. Menos mencionado ha sido el lupus eritematoso cutáneo subagudo inducido por drogas (DI-LECS) cuya principal manifestación clínica es la cutánea, radicando ahí su interés diagnóstico para el dermatólogo.

Caso clínico. Mujer de 84 años con antecedentes de fibrilación auricular crónica e hipertensión arterial en tratamiento con amiodarona e indapamida desde hace más de tres años. Consulta por brote de 1 mes de evolución de maculoplacas eritematovioláceas de disposición anular y confluyente, pruriginosas, distribuidas en zonas fotoexpuestas: cara, escote, parte superior de la espalda y miembros superiores donde se observaban áreas ulceradas con desprendimiento cutáneo. Junto a las lesiones más recientes existían áreas de hiperpigmentación residual consecuencia de brotes anteriores. En el estudio analítico destaca positividad para ANA 1/160 con patrón homogéneo y AntiRo 210 U/ml. En la biopsia cutánea realizada se observa una dermatitis liquenoide con depósitos mucinosos dérmicos. La inmunofluorescencia directa (IFD) fue negativa. Bajo la sospecha diagnóstica de un lupus cutáneo sub-agudo inducido por tiazida, se sustituye este diurético por uno de otra familia y se instaura pauta de corticoides orales y protección solar, desapareciendo las lesiones cutáneas en 2 semanas.

Discusión. Los primeros en describir el DI-SCLE fueron Reed et al en 1985 en 5 pacientes que tomaban tiazidas. Es precisamente este fármaco el más frecuentemente asociado con esta entidad seguido de los bloqueadores de los canales de Ca y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) entre otros. La clínica, eminentemente cutánea, comienza tras 5 m-5 años del inicio de la toma del fármaco, con la aparición de lesiones anulares o papuloescamosas en zonas fotoexpuestas, desapareciendo en un tiempo variable de semanas-meses tras su suspensión. Las tiazidas clásicamente se han asociado con reacciones de fotosensibilidad y erupciones liquen plano-like que pueden ser clínica e histológicamente bien diferenciadas del DI-SCLE. Con respecto al DI-LES en el que también ha sido implicado este fármaco con menos frecuencia, raramente se asocia a manifestaciones cutáneas, siendo las artralgias el síntoma más frecuente. En cuanto a los hallazgos de laboratorio en el DI-SCLE los ac anti-RO son casi constantes, apareciendo con menos frecuencia los ac antihistonas tradicionalmente descritos en el DI-LES.

5. EL CALZADO COMO FUENTE DE DERMATITIS DE CONTACTO EN EL AÑO 2007

J.I. Galván

Clínica privada de Dermatología. Málaga. España.

Introducción. Las dermatitis alérgicas de contacto por el calzado son relativamente poco comunes si se comparan con la frecuencia de uso de estos artículos. Cuando se presentan, es fundamental establecer correctamente su diagnóstico pues de lo contrario, tienden a ocasionar lesiones crónicas que limitan la deambulación y el normal desarrollo de la vida cotidiana del paciente. Varios son los agentes sensibilizantes productores, aunque el cromo que se utiliza para curtir el cuero sensibiliza a través del contacto con calzado de este tipo y es el elemento más alergénico en nuestro medio. Para el diagnóstico de la dermatitis alérgica de contacto en estos casos, la clínica y las pruebas epicutáneas son el procedimiento empleado rutinariamente. Durante el año 2007 se diagnosticaron en la práctica privada 5 casos de dermatitis alérgicas de contacto en ambos pies cuyo agente etiológico fue el dicromato potásico, habiendo permanecido varios años sin diagnosticar.

Material, métodos y resultado. Varón de 58 años, jubilado, que consultó por placas eritematoescamosas pruriginosas con costras melicéricas de 3 años de evolución, localizado en dorso de ambos pies. Hiperhidrosis asociada. Pruebas epicutáneas (+) dicromato de potasio. Mujer de 30 años, administrativa, que llegó a nuestra consulta con lesiones descamativas pruriginosas de 5 años de evolución en dorso de ambos pies con impetiginización secundaria. Hiperhidrosis. Pruebas epicutáneas (+) dicromato de potasio. Mujer de 43 años, administrativa que fue tratada durante 10 años de «eczema» en dorso de pies que se sobreinfectó en varias ocasiones y que se extendió a región anterior de ambas piernas coincidiendo con el uso de botas de cuero en el último año. Hiperhidrosis. Patch test (++) dicromato de potasio (+++) níquel (++) tiam (+) mezcla mercapto. Mujer de 51 años ama de casa, que consultó por lesiones eritematoescamosas pruriginosas en dorso de ambos pies con excoriaciones, hiperhidrosis e impetiginización en varias ocasiones de 8 años de evolución. Pruebas epicutáneas (++) dicromato potasio (+) cloruro de cobalto. Mujer de 50 años administrativa que acudió con vesículas pruriginosas sobre base eritematosa de 14 años de evolución. Presentaba asociado una tinea pedis e hiperhidrosis. Pruebas epicutáneas (++) dicromato de potasio (++) cloruro de cobalto. La sospecha de presunción clínica, de dermatitis alérgica de contacto al dicromato de potasio fue confirmada en todos los casos mediante la batería estándar europea (pruebas epicutáneas). Los pacientes fueron tratados con baños de permanganato de potasio, corticoides junto a antibióticos tópicos y sistémicos con resolución del cuadro en todos los casos. A todos los pacientes se les facilitó el uso de calzado curtido con extractos vegetales no teniendo constancia hasta la fecha de recidivas.

Conclusiones. El cuero es el principal material empleado en la elaboración del calzado, por lo que es necesario un conocimiento detallado de las etapas de su manufactura y los alérgenos de cada una de ellas para establecer el correcto diagnóstico en pacientes con dermatitis de contacto por este material. Entre los productos inorgánicos para la curtición, las sales de cromo se utilizan para todo tipo de cueros y es el alérgeno que con mayor frecuencia produce esta circunstancia. Las características del cuadro clínico permiten sospechar en muchas ocasiones cuál es el alérgeno responsable; así, lesiones eritematosas, descamativas, vesiculosas e incluso exudativas en el dorso del pie, suelen estar provocadas por alérgenos del empeine del zapato, frecuentemente el cromo. Las botas originan dermatitis con una distribución similar a las de los zapatos extendiéndose al dorso de las pantorrillas como hemos apreciado en algún paciente. Todos mis pacientes presentaban hiperhidrosis y en algún momento de la evolución de su cuadro impetiginización secundaria que requirió del uso de antibióticos sistémicos. Quisiera destacar la importancia de la detección precoz mediante la aplicación de pruebas epicutáneas, de estos cuadros de alergia al cromo que permanecen tantos años sin diagnosticar y la posibilidad en el futuro del uso de extractos vegetales como la Tara y el extracto de Valonea para la curtición, evitando el uso del cromo, con el consiguiente beneficio para nuestros pacientes.

6. DERMATITIS ATÓPICA ADQUIRIDA POSTRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA

A. Molina, B. Lasanta, J.J. Pereyra, F. Moreno, A. Pulpillo y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El trasplante de médula ósea (TMO) constituye un tratamiento óptimo de diversas enfermedades hematológicas, así como un importante ejemplo de modulación del sistema inmune

del receptor por el del donante. Las manifestaciones cutáneas asociadas al TMO son muy frecuentes y variadas, por lo que su estudio en este contexto nos permite avanzar en la comprensión de muchas enfermedades dermatológicas.

Caso clínico. Adolescente de 17 años, sin historia previa de atopía, que desarrolló lesiones eczematosas agudas generalizadas, 6 meses después de ser sometido a un trasplante de progenitores hematopoyéticos para el tratamiento de una leucemia aguda M1. El trasplante fue de sangre de cordón umbilical de un donante no emparentado y el paciente no desarrolló enfermedad injerto contra huésped aguda ni crónica. Las lesiones cursaron en brotes durante el seguimiento posterior del paciente y fueron diagnosticadas de dermatitis atópica en base a sus características clínicas y evolutivas.

Comentarios. La dermatitis atópica es una manifestación cutánea de la diátesis atópica en cuya patogenia se barajan alteraciones inmunes relacionadas con los linfocitos T. Recientemente se ha descrito tanto la resolución como la adquisición de diversas enfermedades autoinmunes tras el TMO, pero el desarrollo de manifestaciones alérgicas tras dicho trasplante ha sido descrito escasamente en la literatura científica. Discutimos aquí los posibles mecanismos implicados en patogenia de las lesiones eczematosas que desarrolló este paciente.

7. ALOPECIA AREATA INFANTIL. CUATRO CASOS

J.M.³ Rojo García, M.L. Martínez Barranca, F.J. Martín Gutiérrez, C. Bejines Cabeza y J. Escudero Ordóñez
Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

Introducción. La alopecia areata o pelada, en la infancia es una forma de alopecia no cicatricial, de causa desconocida, mediada inmunológicamente, se caracteriza por la presencia de una o varias placas alopecias circunscritas en el cuero cabelludo, a veces sobre piel normal, pudiendo llegar hasta la pérdida de todo el pelo corporal.

Material y métodos. Se describen cuatro casos de pacientes con placas de alopecia areata, diagnosticados en nuestras consultas extrahospitalarias en el último año. Niñas de 5 años, 3 años, 13 años y 14 de edad; los diferentes medicamentos que hemos empleado y las últimas novedades de tratamiento para estos pacientes.

Resultado. Se ha dado un paso importante tanto en el tratamiento y enfoque de la alopecia areata, actualmente contamos con medicamentos eficaces, así como en el concepto resolutivo desde donde tenemos que actuar al ser una enfermedad cutánea que preocupa a los familiares y pacientes, no solo en la estética sino en la causa que origina tal padecimiento.

8. ASISTENCIA DE PACIENTES CON MALFORMACIONES VASCULARES Y HEMANGIOMAS EN UN CENTRO DEL SSPA. UN AÑO DE EXPERIENCIA

L. Ferrándiz, M.V. Hoffner, D. Moreno-Ramírez, J. Domínguez-Cruz y F.M. Camacho

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. El Departamento de Dermatología del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) cuenta desde noviembre de 2006 con una consulta monográfica para la atención de pacientes con malformaciones y hemangiomas cutáneos. La or-

ganización de un equipo multidisciplinar y la incorporación de un equipo láser de colorante pulsado, han convertido a este Departamento en centro de referencia para Andalucía Occidental para el tratamiento de este tipo de procesos.

Objetivo. Descripción de la información demográfica, clínica y asistencial, así como revisión de protocolos de actuación en pacientes remitidos a la Consulta de Lesiones Vasculares del HUVVM durante el año 2007.

Material y método. Estudio clínico, descriptivo, longitudinal en el que se incluyeron los pacientes con lesiones vasculares cutáneas (malformación vascular-MV, hemangioma, otras) remitidos y atendidos en el Departamento de Dermatología del HUVVM entre enero y diciembre de 2007, una vez superada la fase de pilotaje y aprendizaje completada durante el último trimestre de 2006. Como criterio de inclusión para el tratamiento con láser de colorante pulsado (LCP) (V-Beam Perfecta 595 nm), los pacientes debían presentar al menos una de las indicaciones recogidas en la resolución SC2016/07 (20 de abril) del Servicio Andaluz de Salud, y desarrollada por un grupo de expertos en este proceso. El resto de los pacientes fueron tratados mediante las opciones conservadoras (observación activa), médicas (corticosteroides sistémicos, intralesionales), o quirúrgicas más adecuadas. El equipo multidisciplinar responsable de esta prestación está integrado por especialistas en Oftalmología, Pediatría, Cirugía Plástica y Otorrinolaringología, coordinados por un especialista en dermatología, permitiendo la atención de pacientes en un solo día por todos los especialistas necesarios.

Resultados. Durante el período de estudio se atendieron un total de 178 pacientes, con un predominio del sexo femenino (62,50 %) frente al masculino (37,50 %), y con una edad media de 19,60 años (rango: 3 meses-68 años). Un 36,00 % procedían del área de atracción del HUVVM, mientras un 64,00 % procedían de otras áreas de la Comunidad Autónoma. Un 72,00 % de los pacientes presentaron MV, frente a un 19,10 % con hemangiomas. El 8,90 % restante presentaron otros tipos de lesiones vasculares. Entre las MV, el 66,60 % consistieron en MV capilares, y un 5,40 % MV venosas. La mayoría de las lesiones se localizaban en la cara (71,50 %), seguida de las extremidades (21,80 %). En un 10,60 % de los pacientes la lesión cutánea formaba parte de un síndrome con manifestaciones extracutáneas. En cuanto a las opciones terapéuticas, globalmente un 68,24 % fueron tratados con LCP, mientras que el 19,59 % de los pacientes fueron observados activamente, un 5,00 % fueron intervenidos quirúrgicamente y un 2,00 % fueron tratados con glucocorticoides sistémicos. El 40,50 % de pacientes fueron previamente tratados en otros Centros, mientras que el 59,40 % restante fueron primeras visitas a este Departamento.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la atención de pacientes con lesiones vasculares requiere la organización de equipos multidisciplinarios con dedicación al tratamiento y complicaciones de estos procesos. El desarrollo de protocolos de actuación y de documentos informativos uniformes es una parte esencial en el proceso de manejo de pacientes y familiares.

9. HIPERPIGMENTACIÓN POR SÍNDROME DE NELSON

R. Barabash, B. Lasanta, F. Moreno, L. Rodríguez, T. Zulueta y J. Conejo-Mir

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El síndrome de Nelson agrupa un conjunto de signos derivados de la secreción exagerada de hormona adrenocorticotropa (ACTH). Esta excesiva secreción es debida a un

adenoma hipofisiario, que se pone de manifiesto, al realizar una suprarrenalectomía bilateral terapéutica. Desde el punto de vista dermatológico se caracteriza por la hiperpigmentación de piel y mucosas.

Caso clínico. Mujer de 37 años de edad que consulta por un aumento generalizado y progresivo de la pigmentación cutánea y mucosa, de seis años de evolución. Dicha hiperpigmentación es más acusada en áreas fotoexpuestas y comenzó en el momento en que le practicaron una suprarrenalectomía bilateral, como tratamiento de la enfermedad de Cushing de origen hipofisiario que padecía. A pesar del tratamiento hormonal sustitutivo prescrito por Endocrinología, y de las sesiones de radioterapia esteroeotóxica hipofisiaria a las que se ha sometido la paciente, los niveles de ACTH se mantienen en cifras superiores a 1.000 pg/ml, y como consecuencia, la hormona estimulante de los melanocitos permanece elevada.

Comentarios. El síndrome de Nelson es una entidad extremadamente infrecuente en nuestros días (entre el 8 y el 29 % de los pacientes adrenalectomizados), debido a que la suprarrenalectomía bilateral se practica en muy contadas ocasiones. Presentamos este caso por la exagerada clínica dermatológica que acompaña al síndrome, por suponer un reto terapéutico para cualquier dermatólogo, y por la baja prevalencia que tiene en la actualidad.

10. DERMATOSIS PERFORANTE REACTIVA

M.C. Vázquez-Bayo, E. Jorquera, J.J. Borrero, C. Suárez, I. de Alba y F. de la Peña

Dermatología M-Q y Venereología, Anatomía Patológica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Introducción. Las dermatosis perforantes constituyen un conjunto de enfermedades caracterizadas por la eliminación transepitelial de material procedente de la dermis. Presentamos un caso de dermatosis perforante adquirida en una paciente con diabetes mellitus insulino dependiente.

Caso clínico. Mujer de 37 años afecta de un angioma plano facial y diagnosticada de diabetes mellitus insulino dependiente desde los 12 años con un control aceptable de la glucemia. Consulta por la aparición en área de V-escote, en antebrazos y en dorso de manos de elementos de pequeño tamaño (2-7 mm) con centro umbilicado y relleno de un material queratótico que se inflaman de forma espontánea y que cursan con un picor que la paciente cataloga como moderado. Las lesiones cicatrizan dejando una piel deprimida con fondo apergaminado. Se realiza una biopsia de uno de los elementos cuyo estudio histopatológico demuestra una depresión de la epidermis a modo de copa dentro de la cual se observa la existencia de un material necrótico. A través del mismo y con técnicas de reticulina, tricrómico de Masson y elásticas se identifican fibras colágenas que se eliminan de forma transepidermica.

Discusión. La colagenosis perforante reactiva adquirida presenta una relación causal bien conocida con la diabetes mellitus y/o insuficiencia renal crónica (se han descrito otras asociaciones como por ejemplo: enfermedades hepáticas, hipotiroidismo y herpes zóster), esto junto a la presencia de prurito y una histología compatible (consistente en múltiples perforaciones con eliminación de material necrótico de fibras elásticas y colágenas y un tapón queratótico intensamente basófilo) constituyen las bases diagnósticas. No existe tratamiento específico, se han empleado tópicamente corticoides, retinoides y queratolíticos así como terapia con radiaciones ultravioleta entre otros, siendo lo común episodios de reactivación de la enfermedad cuando se suspende el mismo.

Conclusión. Se realiza el diagnóstico de colagenosis perforante reactiva en una paciente joven, diabética sin insuficiencia renal y acompañada de un picor moderado.

11. ESTUDIO DESCRIPTIVO-ANALÍTICO DE LA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS FOCAL IDIOPÁTICA CON GLICOPIRROLATO TÓPICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

F. Gómez García, A. Rodríguez Bujaldón, G. Garnacho Saucedo, M. Galán Gutiérrez, R. Jiménez Puya, M.V. Amorrich Campos, R. Salido Vallejo, J.C. Fernández Roldán y J.C. Moreno Giménez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La hiperhidrosis focal idiopática es una entidad de origen neural y localización cortical en la que se produce una alteración cuantitativa, por exceso, en la producción de sudor ecrico. Afecta entre el 1 y el 3 % de la población, siendo las localizaciones más frecuentes las regiones facial, axilar y palmo-plantar. La valoración de la severidad se puede realizar por métodos cuantitativos o cualitativos. Entre estos últimos destaca la escala de severidad de la hiperhidrosis (*Hyperhidrosis Disease Severity Scale* o HDSS) que permite cuantificar la misma en cuatro puntos (desde leve a severa). Una mejoría en 1 y 2 puntos se correlaciona con una disminución en la sudoración de hasta un 50 % y un 80 %, respectivamente. Existen distintas terapias para el tratamiento de esta entidad cuya elección va a depender del área afectada y de la severidad. El glicopirrolato sódico es un fármaco que, mediante el bloqueo de los receptores muscarínicos, presenta una acción anticolinérgica. Formulada tópicamente en loción, «roll-on» o crema (del 0,5 % al 2 %) consigue alcanzar las glándulas ecrinas con una mínima absorción sistémica, siendo así eficaz y seguro.

Estudio. Presentamos los resultados de 38 pacientes (27 mujeres y 11 hombres) con hiperhidrosis focal tratados con glicopirrolato tópico. Para ello hemos recogido las variables sexo, edad, edad de inicio de la hiperhidrosis, enfermedades asociadas (sí/no), familiares afectos (sí/no), concentración de glicopirrolato sódico utilizado, pauta de tratamiento, severidad antes y después (mediada con la HDSS), pérdida o no de la eficacia del tratamiento y tiempo total de tratamiento. Se exponen los resultados obtenidos y las conclusiones del estudio.

12. DERMATOSCOPIA DE LAS LESIONES PIGMENTARIAS PALMOPLANTARES. ESTUDIO DE 215 CASOS

J. Quintana, A. Molina, J. Domínguez, E. Rubio, A. Ronco y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La utilidad de la Unidad de Lesiones Pigmentarias está fuera de dudas, en la prevención del melanoma y al evitar biopsias y extirpaciones innecesarias.

Material y métodos. Desde hace dos años, hemos estudiado en nuestra Unidad de Lesiones Pigmentarias, 1.102 pacientes, encontrando 215 pacientes con lesiones pigmentarias palmo-plantares, y se comparan con estudios en Europa y Japón, país este último con alta incidencia de melanomas acrales.

Conclusiones. Se estudian los parámetros encontrados, que son específicos y diferentes a otras zonas corporales, encontrando en la dermatoscopia una gran ayuda al diagnóstico.

13. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

A. Padial, C. García Blesa, G. Sánchez Sánchez, M. Pico, A. González Cabrerizo, J.C. Armario y J.M. Fernández Vozmediano

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España.

Introducción. La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento consistente en la aplicación tópica de un fármaco fotosensibilizante y su activación posterior mediante irradiación con una fuente de luz específica dentro del espectro visible de la luz roja, lo que induce la producción de moléculas de oxígeno activado que dan lugar a la destrucción de las células diana. Este tratamiento está aprobado para queratosis actínicas y carcinomas basocelulares superficiales.

Material y método. Estudio retrospectivo sobre 235 pacientes tratados en la Unidad de Terapia Fotodinámica de nuestro Servicio de Dermatología entre el periodo 2005-2007. El protocolo consistió en iconografía previa al tratamiento, realización de TFD según el procedimiento habitual y con control de emisión de fluorescencia con luz ultravioleta previa a la irradiación lumínica con sistema fotográfico Dermacom Ultra-V[®]. Los pacientes siguieron controles regulares a los 2, 7 y 30 días y con posterioridad 3 y 6 meses.

Resultados. Hemos incluido un total de 235 pacientes (140 hombres y 95 mujeres), con edad media de 71,01 años. Tratamos 166 pacientes con queratosis actínicas múltiples (84,25%), 28 con carcinomas basocelulares (11,91%), 3 con carcinomas espinocelulares (1,27%), 3 con poroqueratosis actínicas superficial (1,27%) y 3 con enfermedad de Bowen (1,27%). El tratamiento fue efectivo en todos los casos, aunque en los pacientes con carcinomas espinocelulares y alguno basocelular fueron necesarias más de 2 sesiones. Tras 6 meses de tratamiento, el índice de retratamiento fue del 15,65% en el grupo de pacientes con queratosis actínicas. No hemos observado recidivas en ninguno de los otros grupos. El tratamiento fue bien tolerado, aunque durante la irradiación los pacientes referían prurito, ardor y quemazón, sobre todo en lesiones localizadas en cuero cabelludo y región centofacial.

Conclusiones. La terapia fotodinámica es una opción terapéutica eficaz y segura para el tratamiento de queratosis actínicas y carcinomas basocelulares superficiales y se debe tener en cuenta como una innovadora alternativa en pacientes en los que resulten ineficaces otros tratamientos o existan contraindicaciones específicas para realizar otros procedimientos.

14. HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN ADULTO LIMITADA A PIEL

J.J. Pereyra, B. Lasanta, A. Molina, J. Bernabéu, E. Pérez Vega, T. Zulueta y J. Conejo-Mir

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. Las histiocitosis son un grupo de trastornos proliferativos relacionados con el histiocito. Se dividen en dos grandes grupos: histiocitosis de células de Langerhans (HCL) e histiocitosis sin células de Langerhans. El primer grupo, el más frecuente, suele presentarse en niños, siendo su incidencia en adultos entre 1 y 2 casos por millón. Aunque en el 40% de los

casos se afecta piel, sólo en un 10% constituye su única manifestación. En el caso de los adultos, la manifestación exclusivamente cutánea es excepcional.

Caso clínico. Mujer de 25 años de edad que consultó por lesiones centofaciales, de un año de evolución, que habían sido diagnosticadas y tratadas, sin éxito, de eczema seborreico. El estudio complementario, que incluía la biopsia cutánea, fue anodino. Tras un año de seguimiento en el que se sucedieron numerosos brotes severos, que obligaron para su control al uso de corticoides orales, la paciente presentó un síndrome constitucional, adenopatías cervicales y lesiones cutáneas extensas y exudativas, localizadas en el cuero cabelludo, áreas seborreicas de tronco, pliegues axilares y antecubitales, área genital y mucosas. Tras la sospecha clínica, se revisó la biopsia cutánea, siendo la inmunohistoquímica determinante para el diagnóstico.

Comentarios. La HCL es una patología relativamente rara en el adulto, aunque debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las enfermedades eritematodescamativas. La infiltración de otros órganos puede ocurrir tardíamente, por lo que es obligado un seguimiento de estos pacientes.

15. LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS B DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

C. Carranza, A. Padial, J.C. Armario, A. González Cabrerizo, M.A. Romero, A. Paz, J. Cuevas y J.M. Fernández Vozmediano

Servicio de Dermatología y Hematología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad Complutense de Madrid. España.

Introducción. Los linfomas cutáneos de células B (LCCB) constituyen un grupo heterogéneo de procesos que se manifiestan en forma de pápulas o nódulos eritematosos solitarios o múltiples que pueden llegar a formar placas por coalescencia. En el estudio dermatopatológico no suelen presentar epidermotropismo y tienen tendencia a ser nodulares. El diagnóstico de LCCB se basa en el patrón clínico, histológico e inmunohistoquímico.

Caso clínico. Paciente mujer de 47 años VHC+, que consulta por desarrollo de lesiones nodulares subcutáneas de aspecto edematoso y consistencia elástica que afectan ambas mejillas. La piel presenta una coloración eritemato-violácea. El estudio complementario sólo evidenció aumento de velocidad de sedimentación globular (VSG) y positividad para ANA y anti-Ro que se negativizaron a los 6 meses. El estudio dermatopatológico mostró un proceso inflamatorio de los anejos cutáneos tipo foliculitis profunda, sin signos de lupus ni sarcoidosis. Se instauró tratamiento con antibioterapia y corticoterapia oral con mejoría del cuadro, pero tendencia a la recidiva al retirar la medicación. Se procedió a una segunda biopsia que mostró un patrón inflamatorio linfocitario de localización profunda que rodeaba zonas redondeadas claras de distinto tamaño similar a lo observado en las reacciones a material de relleno. La evolución de la paciente fue hacia el empeoramiento progresivo de las lesiones que sólo respondían a corticoterapia oral y recaídas intensas que producían edema de párpados. Ante la falta de correlación clínico-patológica se realizó una tercera biopsia que permitió identificar un proceso linfoproliferativo cutáneo B CD20+, CD79a+. El estudio de extensión fue negativo. Con todos estos datos se llegó al diagnóstico de LCCB tipo folicular cutáneo y se instauró tratamiento con poliquimioterapia con esquema COP. Ante la falta de respuesta la paciente fue tratada con 4 ciclos de combinación de fludaravina + rituximab con desaparición completa de las lesiones sin recidiva tras 1 año de seguimiento.

Conclusión. Los LCCB son procesos poco frecuentes cuyo diagnóstico se basa en una estrecha correlación clínico-patológica, sobre todo en formas de presentación atípica, para evitar un re-

traso en el diagnóstico que podría comprometer el pronóstico de la enfermedad.

16. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA. DOS CASOS CLÍNICOS

F. Benavente, J. Tercedor, E. García Dura, B. Espadafor, B. González, C. García López, A. Martín y V. García Mellado

Sección de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es una neoplasia de localización anogenital y axilar, que con frecuencia representa la extensión intraepidérmica de un adenocarcinoma primario de las glándulas apocrinas, o la diseminación pagetoide de neoplasia interna.

Casos clínicos. Varón de 63 años con lesión en ingle derecha de 3 años de evolución que fue autotratada como un intertrigo candidiásico sin mejoría. Placa de 12 x 10 cm en pliegue inguinal derecho eritematosa, rezumante, erosionada, con sensación urente y dolor. La biopsia confirma el diagnóstico de EPEM. En el estudio de extensión en busca de neoplasia maligna asociada se detecta angiomiolipoma en riñón derecho y carcinoma papilar urotelial de bajo grado en vejiga. Se procede a la exéresis total del tumor. Mujer de 61 años con antecedentes de adenectomía inguinal derecha de 1 año antes, que fue diagnosticada inicialmente de metástasis ganglionar de adenocarcinoma mucinoso y después de tumor mülleriano sin hallar neoplasia interna. Consulta por vulva esclerótica, atrófica y ulcerada, pruriginosa de 10 años de evolución. La biopsia confirma el diagnóstico de EPEM y se realizó vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral.

Discusión. La EPEM es una neoplasia de la piel anogenital y axilar, histológica y clínicamente idéntica a enfermedad de Paget mamaria (EPM). Es rara, más frecuente en la raza blanca y en el sexo femenino. Suele aparecer en la séptima década de la vida, en áreas con mayor densidad de glándulas apocrinas como los genitales externos, el área perianal, ingles y axilas. La afectación vulvar es la más frecuente. Mientras la EPM presenta una gran asociación (85%) con carcinoma mamario subyacente, cerca del 25% de los casos de EPEM se asocia con una neoplasia interna. La clínica más frecuente es una placa unilateral, bien delimitada, eritematosa, escamosa, con grietas y fisuras, a veces con sangrado e hipersensibilidad. A menudo hay prurito. Debido a la posible asociación con neoplasias subyacentes habrá que realizar una exploración minuciosa. Histológicamente la EPM y la EPEM se caracterizan por una proliferación particular de células neoplásicas intraepiteliares con citoplasma abundante que se tiñe débilmente y núcleos atípicos grandes denominados células de Paget. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico. Cuando no se asocia a neoplasia interna el pronóstico suele ser bueno, aunque las recidivas son frecuentes.

Conclusión. La EPEM es una enfermedad rara pero que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de una lesión en zonas de intertrigo que no responde a tratamientos habituales.

17. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN MASTOCITOSIS

J.M. Fernández-Vozmediano y J.C. Armario Hita

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerto Real. Universidad de Cádiz. España.

Introducción. Las mastocitosis constituyen un grupo poco frecuente de procesos caracterizados por una hiperplasia de mastocitos funcionalmente normales. En general es una enfermedad limitada a la piel y sólo de manera excepcional afecta otros órga-

nos, sobre todo médula ósea y tracto gastrointestinal. Se clasifican en cuatro grupos: mastocitosis indolentes cutáneas (urticaria pigmentosa, mastocitoma, telangiectasia eruptiva perstans, mastocitosis cutánea difusa o eritrodermica) y sistémicas (afectación de al menos un órgano); mastocitosis con alteraciones hematológicas asociadas (trastornos mieloproliferativos y mielodisplásicos); mastocitosis agresiva con linfadenopatía y eosinofilia y leucemia de mastocitos. La mayor parte de los pacientes presentan formas indolentes de la enfermedad, con pronóstico excelente y más aún durante la edad pediátrica.

Material y método. Presentamos el protocolo de actuación en mastocitosis que hemos elaborado a petición del Grupo Español de Dermatología Pediátrica. En nuestro Servicio de Dermatología hemos observado las variantes de mastocitosis cutánea: urticaria pigmentosa (la más frecuente), mastocitoma solitario, telangiectasia eruptiva perstans y mastocitosis cutánea difusa ampollosa. Todos nuestros pacientes tuvieron un pronóstico excelente, con tendencia a la resolución espontánea y sin complicaciones sistémicas. El diagnóstico se debe basar en la exploración clínica (signo de Darier), biopsia cutánea y estudio de sangre periférica. La biopsia de médula ósea estará indicada sólo cuando existan alteraciones del recuento de sangre periférica. El tratamiento se basa en la evitación de factores desencadenantes de la liberación del mastocito y el empleo de antihistamínicos, estabilizadores del mastocito, corticosteroides y en casos muy seleccionados foto-quimio-terapia. Se debe informar a los padres de que es una enfermedad benigna, que suele evolucionar hacia el blanqueamiento progresivo y no alarmar de forma innecesaria sobre posibles complicaciones dramáticas francamente excepcionales. En casos de mastocitosis sistémica o reacciones exageradas a picaduras se deberá dar una información completa y correcta sobre las medidas a adoptar para prevenir o tratar una posible reacción anafiláctica.

Conclusión. Las mastocitosis son un grupo raro de enfermedades primordialmente cutáneas con pronóstico excelente en la gran mayoría de los casos. El dermatólogo debe reconocer la enfermedad, estudiarla de forma completa y ofrecer a los padres una información completa e individualizada para cada caso en concreto.

18. CARCINOMA BASOCELULAR SOBRE DERMATITIS DE ESTASIS EN PIERNAS: REVISIÓN DE 18 CASOS EN EL PERIODO DE 1995-2007 EN EL HCU VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)

A. Alcaide, M.V. Barrera, N. López, R.J. Bosch, M.A. Gallardo y E. Herrera

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. La malignización cutánea en relación con dermatitis y úlceras crónicas es poco frecuente y se relaciona generalmente con el desarrollo de carcinomas espinocelulares. Sin embargo, diversos estudios han evidenciado el desarrollo de carcinomas basocelulares (CB) en terrenos con dermatitis de estasis con una frecuencia más alta de la esperada. Estos carcinomas suelen ulcerarse, por lo que es fácil su confusión con úlceras varicosas, aunque también se ha postulado su posible desarrollo a partir de las mismas.

Material y métodos. Presentamos un estudio observacional y retrospectivo de una serie de 87 pacientes diagnosticados de carcinoma basocelular de localización en piernas en el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga durante un período de 12 años (1995-2007). **Resultados.** De los 87 casos de CB en piernas, 18 mostraron en el momento de diagnóstico de CB signos clínicos de insuficiencia venosa crónica (IVC), y en 8 de ellos existía además el antece-

dente de una úlcera varicosa previa. Se analizaron diferentes variables como sexo, edad, localización en pierna, diámetro de la lesión y tipo histológico de carcinoma basocelular. Tanto los casos de CB en piernas con IVC, como en aquellos sin IVC, fueron más frecuentes en mujeres que en hombres, con una edad al diagnóstico algo más tardía en el caso de CB sobre IVC. No hubo apenas diferencias en cuanto a localización en pierna derecha o izquierda, pero sí en cuanto a la topografía de la extremidad, ya que los CB sobre IVC se localizaban en el tercio inferior de la pierna, en cara anterior y externa, mientras que los CB sobre piernas sin IVC se situaban en el tercio medio, en cara anterior. El diámetro medio de la lesión en el momento de diagnóstico fue claramente mayor en los CB en piernas con IVC, que en los casos sin IVC. Finalmente, la presencia de ulceración histopatológica ocurrió en la mayoría de los CB que se localizaban en piernas.

Discusión. A la luz de estos datos, la localización preferente de los CB en el tercio inferior de piernas con IVC (zona de mayor déficit de retorno venoso), nos podría llevar a pensar que la IVC y dermatitis de estasis podrían desempeñar algún papel en la patogénesis y desarrollo del CB, aunque esto último no está suficientemente demostrado. Lo que sí parece claro es que, al confundirse con úlceras varicosas, se hace más difícil el diagnóstico precoz, como así lo demuestran la edad más tardía de diagnóstico y el tamaño mayor de las lesiones en los casos de CB sobre piernas con IVC.

19. EVALUACIÓN DE LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR FACIAL DE RIESGO

M. de Troya, N. Blázquez, M. Frieyro, R. Fúnez y F. Rivas

Área de Dermatología. Laboratorio de Anatomía Patológica. Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Costa del Sol (Marbella). España.

Introducción. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) ofrece una alta tasa de curación y conservación tisular en el carcinoma basocelular facial (CBCF). Sin embargo, es una técnica quirúrgica costosa que requiere una inversión en recursos persona-tiempo considerable.

Objetivo. Analizar la actividad quirúrgica de cirugía micrográfica de Mohs en pacientes con CBCF intervenidos en el Área de Dermatología del Hospital Costa del Sol, con la finalidad de evaluar el coste/beneficio de esta técnica de vista clínico y organizativa en este grupo de pacientes.

Pacientes y métodos. Pacientes intervenidos mediante cirugía micrográfica de Mohs en fresco del área de Dermatología del Hospital Costa del Sol de julio de 2006 a diciembre de 2007. Criterios de inclusión: CBCF de riesgo (zona H, tipo histológico riesgo, recurrencia). Criterios de exclusión: expectativas de vida (edad, estado de salud). Se describen las características clínicas de la serie (edad, sexo, localización, tamaño del tumor, tipo histológico), aspectos quirúrgicos (número de estadios, tamaño del defecto, tipo de reconstrucción, márgenes libres) y organizativos (el tiempo promedio de la intervención, número promedio de sesiones quirúrgicas, acto único).

Resultados. Se intervinieron con CMM 82 pacientes con CBCF, edad media de 62 años. El 89 % fueron tumores primarios y 11 % recurrencias. El 57 % de los casos se localizaron en la pirámide nasal y 25 % en región orbitaria. El tamaño medio de las lesiones fue de 9,7 mm. El 88 % correspondieron a tipos histológicos infiltrativo y micronodular. La exéresis del tumor requirió 1 estadio en el 53 % de los tumores, y 2 estadios en el 34 %. En todos los casos la cirugía concluyó con márgenes libres. El tamaño medio del defecto final fue de 13,7 mm. La reconstrucción se reali-

zó en el 91 % mediante cierre directo o colgajo local. En el 88 % se llevó a cabo reconstrucción en acto único. El tiempo medio de la intervención fue de 50 min para la exéresis y 40 min para la reconstrucción. Se emplearon un total de 41 sesiones de cirugía ambulatorias, CMA y de patología organizadas en paralelo.

Conclusiones. La CMM es un tratamiento altamente eficaz para el CBCF de alto riesgo en términos de exéresis con márgenes libres. Sin embargo, es una técnica costosa, requiere un personal cualificado y una estructura organizativa compleja. Para una mejor evaluación del coste-efectividad deberán realizarse en un futuro estudios basados en tasa de recurrencia, calidad de vida del paciente y costes económicos.

20. CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA. TENDENCIA DE LA FRECUENCIA DE CASOS DURANTE LA DÉCADA 1997-2006 EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

J. Domínguez-Cruz, J.J. Ríos-Martín, L. Ferrándiz, D. Moreno-Ramírez y F.M. Camacho

Departamento de Dermatología. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) representa el grupo de tumores más frecuente de la especie humana; sin embargo, esta elevada frecuencia, junto con su baja mortalidad, han motivado la ausencia de registros epidemiológicos para estos tipos tumorales. En los últimos años se está asistiendo a un incremento en la frecuencia de casos de CCNM en los Servicios de Dermatología, especialmente en pacientes jóvenes. Este incremento puede ser explicado por numerosos factores, tanto epidemiológicos, como clínico-asistenciales.

Objetivo. Descripción de la tendencia de la frecuencia de casos de CCNM en el Área Hospitalaria Virgen Macarena (AHVM).

Material y método. Estudio observacional, transversal de tendencia de la frecuencia de casos de CCNM durante la década 1997-2006 en el AHVM. En el estudio se incluyeron todos los casos de CCNM, entre ellos carcinoma basocelular (CB), carcinoma espinocelular (CE) y otros tipos tumorales, tratados y diagnosticados histopatológicamente en el AHVM entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2006. Descripción de la información demográfica de los pacientes incluidos, frecuencia de casos a intervalos anuales durante el período de estudio, servicios de procedencia y resolución de casos de CCNM en el AHVM. La fuente de información utilizada fue la base DERMOPATH del Servicio de Anatomía Patológica del AHVM. Estudio estadístico de los datos mediante el paquete SPSS 14.0®.

Resultados. Un total de 6.714 casos de CCNM fueron tratados y diagnosticados histopatológicamente durante el período de estudio (1997-2006); de éstos, el 61,90 % (n = 4.156) se correspondieron con casos de CB, y el 23,20 % (n = 1.558) fueron casos de CE; el resto de los casos (14,90 %) se correspondieron con otros tipos tumorales. El intervalo de edad con mayor frecuencia de casos de CCNM fue el de 70-79 años, seguido del intervalo 80-89 años. El incremento de la frecuencia de casos de CCNM entre el inicio y el final del período de estudio fue de un 45,26 %, con un incremento del 83,48 % para el CE, y del 35,58 % para el CB. El intervalo etario que presentó el mayor incremento en la frecuencia de CCNM a lo largo del estudio fue el de 30-39 años, con un incremento de 5 veces en la frecuencia de casos, seguido del intervalo 50-59 años, con 3,66 veces más casos que al inicio del estudio. Por servicios de procedencia, el 70,80 % de todos los casos de CCNM fueron tratados por el Departamento de Dermatología, seguido del 15,20 % resuelto por el Servicio de Cirugía Plástica. El 4,00 % restante fueron atendidos por otros servicios asistenciales.

Discusión. Los datos de este estudio demuestran un incremento en la frecuencia de casos de CCNM atendidos en el AHVM, especialmente en determinados grupos de edad; sin embargo, la determinación de la incidencia real del CCNM en el Área se encuentra dificultada por factores epidemiológicos, censales y asistenciales.

21. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER CUTÁNEO EN MÁLAGA

E. Herrera, A. Tejera, N. López e I. Alcaraz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivo. Estimar las tasas de incidencia específica por sexo y grupo de edad de los tres tipos de cáncer cutáneo para los años 2000, 2003 y 2005. Estudio descriptivo de las principales características de cada tumor. Análisis de los costes directos del manejo del cáncer de piel.

Métodos. Estudio longitudinal multicéntrico de diseño mixto (retrospectivo y prospectivo) en una muestra de conveniencia formada por la población de referencia del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. En el diseño retrospectivo (2000 y 2003), los casos se obtuvieron a partir de las bases de datos del servicio de Anatomía Patológica; en el prospectivo (año 2005) se recogieron los casos que acudían a la consulta de Dermatología de cada hospital participante.

Análisis estadístico. Descriptivo de las principales características de cada tumor (sociodemográficas, poblaciones de pacientes, distribución por año de incidencia, factores de riesgo, características anatomoclínicas); cálculo del número de casos; cálculo de tasas de incidencia brutas y estandarizadas (población europea estándar); cálculo de la tasa acumulada entre 0 y 74 años; estudio de la variabilidad geográfica y de la tendencia temporal mediante modelos multivariantes de regresión de Poisson; cálculo de un estimador global de incidencia en España. Análisis de costes en función del consumo anual de recursos por paciente y tipo de cáncer y el número de casos incidentes del año 2005. Los resultados se comparan con un estudio de similares características realizado a nivel nacional.

Resultados. Estudio retrospectivo: durante los años 2000 y 2003 se obtuvo un total de 1.231 casos de cáncer de piel, con una media de edad de 67,3 años en el 2000 y de 67,4 en el 2003 y una mayor frecuencia en varones. El tipo histológico más frecuente es el basocelular (> 70 % de los casos), siendo más abundantes los tumores no melanocíticos en varones y el melanoma en mujeres. En el año 2000 la incidencia de basocelular fue del 83,6 por 100.000; la de espinocelular del 25,7 y la de melanoma 6,4 por 100.000. En el año 2003 la incidencia de basocelular fue del 101 por 100.000; la de espinocelular del 23,1 por 100.000 y la de melanoma del 6,7 por 100.000, observándose un incremento de las cifras de incidencia en el carcinoma basocelular y melanoma.

Estudio prospectivo. Los pacientes con cáncer de piel que cumplían criterios de entrada en el estudio fueron 648. Los tumores no melanocíticos aparecen generalmente en individuos de edad avanzada (70,2 y 76 años para basocelular y espinocelular, respectivamente), con más frecuencia varones (53 % frente a 47 % en el basocelular y 59 % frente a 41 % en el espinocelular) y de bajo nivel de instrucción, mientras que el melanoma se presenta en individuos de menor edad (63 años), especialmente mujeres (58 % frente a 41 %) y con un nivel de estudios más elevado. Los principales factores de riesgo del cáncer no melanocítico son: exposición profesional al sol (49 % y 38 % para basocelular y espinocelular respectivamente, frente a 23 % en el melanoma); queratosis solar (64 % y 46 % frente a 25 %); inmunosupresión (2 % frente a 0 %); y neoplasias cutáneas previas (35 % y 34 %

frente a 9 %). Por el contrario, los más relacionados con el melanoma son los antecedentes de quemaduras solares en la infancia (50 % frente a 45 % y 25 % en basocelular y espinocelular, respectivamente) y la exposición a radiación ultravioleta (UVA) (6 % frente a 2 % en el no melanocítico).

22. PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A PSORIASIS

M. Ales, A. Herrera y F. Camacho

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. La asociación de psoriasis en placas con penfigoide ampolloso es excepcional. La respuesta favorable al metotrexato de ambos procesos justifica esta presentación.

Caso clínico. Varón de 81 años con psoriasis en placas estable de larga evolución que controlaba con tratamientos tópicos. Consultó por la aparición brusca de una erupción cutánea ampollosa pruriginosa en tronco y miembros después de la aplicación de un nuevo tratamiento tópico por exacerbación de las lesiones de psoriasis. Para realizar el diagnóstico diferencial del cuadro, se solicitaron las pruebas complementarias, demostrándose en el examen dermatopatológico una inmunofluorescencia directa positiva con depósitos de IgG y C3 en la unión dermoepidérmica. Con el diagnóstico de penfigoide ampolloso asociado a psoriasis en placas se realizó tratamiento con metotrexato a bajas dosis con excelente respuesta.

Discusión. La asociación entre psoriasis y penfigoide ampolloso ha sido descrita con anterioridad. Su relación patogénica es desconocida aunque se postulan factores inmunológicos, ya que el penfigoide ampolloso es la enfermedad autoinmunitaria que más frecuentemente se asocia a psoriasis. Suele aparecer en varones de edad avanzada, siendo la psoriasis la primera en comprobarse. Normalmente cuando el paciente acude a consulta se comprueba que la psoriasis ha sido tratada con múltiples terapéuticas tópicas en combinación o secuenciales; mientras que el penfigoide ampolloso lo fue con corticoides orales, terapia que debe limitarse en estos pacientes por la posible exacerbación de la psoriasis al suspenderlos y por el gran riesgo de efectos adversos en este grupo de edad. Una alternativa muy eficaz es el metotrexato a bajas dosis.

23. PSORIASIS Y ETANERCEPT: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO EN 10 PACIENTES

B. Lasanta, A. Molina, J.J. Pereyra, R. Corbí, E. Rubio y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que tiene una prevalencia, en España, del 1,4 %. La etiología y la patogénesis de la enfermedad son complejas y aún no han sido, del todo, dilucidadas; implicándose, entre otros, los factores genéticos. El factor de necrosis tumoral (TNF) alfa es codificado en el complejo mayor de histocompatibilidad tipo tres (MHC III), que se encuentra muy cercano al MHC I y II, todos ellos situados en el brazo corto del cromosoma 6. Recientemente se han publicado varios estudios, en enfermos con artritis reumatoide y artritis psoriásica, que demuestran la influencia del HLA y de diferentes polimorfismos del TNF-alfa en la respuesta a terapias biológicas anti-TNF. Hasta el momento, en la literatura publicada, no existe ningún estudio de estas características para la psoriasis en placas sin afectación articular.

Material y método. Estudio observacional prospectivo, de 10 pacientes diagnosticados de psoriasis, en placas moderada o grave, en tratamiento con etanercept 50 mg vía subcutánea (sc) dos veces/semana durante 12 semanas y 25 mg sc dos veces/semana durante 12 semanas más. Los objetivos de dicho estudio fueron: *a)* evaluar la eficacia del etanercept en psoriasis en placas moderada-grave. *b)* Recoger los efectos secundarios. *c)* Analizar si existe asociación entre el tipo de HLA de los sujetos y su respuesta al tratamiento. *d)* Estudiar la modificación en la calidad de vida de estos enfermos durante y después del tratamiento. El valor de significación estadística se ha establecido en $p < 0,05$. Todos los análisis fueron realizados mediante el programa estadístico SPSS 13.0.

Conclusiones. Etanercept ha demostrado ser muy eficaz y seguro en la psoriasis en placas moderada-grave y no se han recogido efectos secundarios. El HLA clase II más frecuente en los pacientes de estudio ha sido el DRB1 07, 50,0% (N = 5), seguido del DRB1 04 y DRB1 16 en el 30,0% (N = 3). En los 8 pacientes que han alcanzado el PASI 50 en la semana 24, el 62,5% (N = 5) presentaban A2 como HLA clase I y un 50,0% (N = 4) DRB1 07, 37,5% (N = 3) DRB1 16 como HLA Clase II. En los 8 pacientes que alcanzaron el PASI75 en la semana 24, presentaron un HLA A2 62,5% (N = 5) Clase I y DRB1 07 50,0% (N = 4) en Clase II. Hay un único paciente que en la semana 12 ha alcanzado el PASI90; dicho paciente ha presentado un HLA Clase I de A2 A30 B13 B35 Cw6 y Clase II DRB1 04 DRB1 07. La calidad de vida de los pacientes, evaluada con la escala DLQI, mejoró significativamente a las 12 y a las 24 semanas en la mayoría de los pacientes.

24. EXPERIENCIA CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS, EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO

F.M. Almazán-Fernández, J.C. Ruiz, J. Hernández-Gil, A. Clemente, S.A. Arias, P. Aceituno y R. Naranjo

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. En Dermatología disponemos de una amplia variedad de tratamientos tópicos y sistémicos. Las terapias biológicas, y entre ellas el infliximab, se han establecido como una alternativa de tratamiento que todo dermatólogo debería conocer.

Material y métodos. Presentamos nuestra experiencia, con infliximab, en 9 pacientes con psoriasis moderada-grave, con escasa respuesta a tratamientos clásicos. Previa a la utilización de esta terapia, a todos los pacientes se les realizó una completa historia clínica y exploración física, analítica básica, pruebas de embarazo (en mujeres de edad fértil), prueba de tuberculina, serologías, radiografía de tórax y ANA, así como registro de medicación concomitante. La dosis utilizada es de 5 mg/kg de peso, que se administra a las 0, 2, 6 semanas y posteriormente cada 8 semanas. Además se realizaron los controles clínicos y analíticos oportunos.

Discusión y conclusión. Las terapias convencionales para la psoriasis, como son los agentes tópicos, físicos y los tratamientos sistémicos, en ocasiones, presentan una serie de limitaciones (toxicidad, eficacia, interacciones, etc.). Las terapias biológicas entran a formar parte del abanico de posibilidades terapéuticas, en estos pacientes. Infliximab es un anticuerpo monoclonal IgG quimérico con una región constante humana, y otra región variable murina. Queremos presentar nuestra experiencia con infliximab, en el tratamiento de estas patologías dermatológicas, con el fin de acercar aún más las terapias biológicas a nuestra especialidad, y animar a aquellos dermatólogos que aún no las conocen, a su manejo y aplicación, puesto que nos permiten ampliar nues-

tras opciones terapéuticas. No hemos recibido ningún tipo de subvención.

25. ÚLCERA CRÓNICA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

M.V. Amorrinch Campos, F. Gómez García, R. Jiménez Puya, G. Garnacho Saucedo, A. Vélez García Nieto, M. Galán Gutiérrez, F. Valverde Blanco, J.C. Moreno Giménez y C. Pérez-Seoane

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Caso clínico. Mujer de 47 años, sin antecedentes personales de interés que fue derivada a la consulta debido a una úlcera en la pierna derecha de un año y medio de evolución. Hasta entonces se habían intentado múltiples tratamientos (sulfadiazina argéntica tópica y amoxicilina oral, entre otros). No había asociado fiebre ni otra sintomatología. En la exploración se apreciaba una placa eritematosa infiltrada de 5 x 7 cm, discretamente indurada con una úlcera superficial costrosa en su centro. No se detectaron adenopatías satélites.

Comentario. El diagnóstico diferencial inicial incluyó pioderma gangrenoso, necrobiosis lipoídica, infección por micobacterias, carcinoma espinocelular y linfoma. Se realizó examen analítico y biopsia; en esta última se apreciaba una infiltración granulomatosa crónica compatible, entre otros, con infección o linfoma. Debido al resultado nada concluyente del resultado, decidimos tomar una nueva histología, que se aprovechó para cultivo de micobacterias, e iniciamos un tratamiento empírico con claritromicina. El resultado de la segunda biopsia fue similar al de la primera. Con el tratamiento administrado se consiguió una gran mejoría de la lesión, de manera que la respuesta al tratamiento apoyaba el diagnóstico de una micobacteriosis atípica. En el siguiente control (1 mes) persistía la mejoría pero no era completa, apreciándose un tejido de granulación activo. El cultivo de control para micobacterias resultó negativo, por lo que se suspendió la claritromicina. Posteriores revisiones mostraban de nuevo avance de la lesión en forma de placa inflamatoria con formación de úlceras menores en su interior, dando a la lesión un aspecto cribiforme con una imagen clínica muy sugestiva de pioderma gangrenoso. Se inició un tratamiento con ciclosporina con escasa respuesta, por lo que se realizó una tercera biopsia que mostró el diagnóstico definitivo.

26. URGENCIAS DERMATOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

T. Meyer, M.V. Barrera, E. Camacho, I. Alcaraz, R. Castillo, M.A. Gallardo y E. Herrera

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. Las urgencias dermatológicas generalmente no conllevan gravedad ni curso fatal rápido, pero es muy llamativo el aumento continuo de la demanda dermatológica en un Servicio de Urgencias. Los principales motivos son las listas de espera en atención primaria y especializada, la falta de educación sanitaria, la demanda de una asistencia especializada por parte del usuario, la aparatosidad de los signos y síntomas cutáneos y la ansiedad que éstos generan en el paciente y sus familiares.

Material y métodos. Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga que requirieron valoración por dermatología durante las guardias propias de dicha especialidad desde enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2005.

Resultados. Se atendieron un total de 2.489 pacientes. El periodo del día con mayor presión asistencial fue de 9 a 12 horas con un 68 % del total de pacientes atendidos. Los meses de mayor demanda fueron junio y julio y la media de edad de los pacientes fue de 44 ± 19 años. Las mujeres representaron el 51,4 % de las consultas, mientras que los hombres alcanzaron el 48,6 %. En cuanto a la distribución de los pacientes según la zona geográfica, el 25 % procedía de un área rural, frente al 75 % que procedía de un área urbana. Sólo el 15,3 % de los pacientes habían sido remitidos al Servicio de Urgencias por un médico, frente al 84,7 % que acudieron por propia iniciativa. El 38,7 % de los pacientes requirieron ingreso o derivación posterior a Consulta Externa de Dermatología, frente al 59,7 % que fueron derivados a su médico de familia o a su domicilio. La patología atendida fue muy variada con un total de 144 diagnósticos diferentes; las infecciones cutaneomucosas y los eczemas representaron el 40 % del total.

Discusión. Este estudio nos ha permitido conocer qué patologías dermatológicas motivan más demanda urgente en nuestro medio y definir las características epidemiológicas de los pacientes atendidos. Con estos resultados, y en nuestra opinión, el residente de guardia en dermatología desempeña una labor esencial en la correcta valoración de aquellas dermatosis que por su curso natural requieren un diagnóstico y tratamiento precoz.

27. DERMATOFIBROMAS ERUPTIVOS MÚLTIPLES PARASITADOS POR LEISHMANIA EN PACIENTE VIH POSITIVO

M. Contreras, N. López, I. Alcaraz, R.J. Bosch, M.V. Mendiola y E. Herrera

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. La interpretación de las diferentes dermatosis en el seno de la infección por VIH es compleja debido a su gran heterogeneidad. Además pueden ser identificados cuadros propios de este grupo de pacientes. Dada la afectación del sistema inmune determinadas patologías cursarán de forma atípica.

Caso clínico. Varón de 46 años, con infección por VIH desde el año 1988, actualmente en prisión. En el año 2004 ingresa por cuadro de neumonía por clamidias, constatándose de forma analítica un bajo recuento de linfocitos T y viremia elevada. De forma paralela refiere el desarrollo, en pocos meses, de múltiples lesiones nodulares, de coloración marrónácea, asintomáticas, en número total de 18, distribuidas de forma aleatoria en tronco y extremidades. Se practicó biopsia de dos de ellas, revelando cambios compatibles con dermatofibromas, por lo que se diagnosticó de dermatofibromas eruptivos múltiples. En octubre de 2007 ingresa de nuevo por cuadro de fiebre de origen desconocido. En la exploración general se apreciaba esplenomegalia levemente dolorosa, destacando en la analítica una disminución de las tres series hematológicas. Desde el punto de vista dermatológico el paciente refería cierto aumento de tamaño y sensación dolorosa en los dermatofibromas. También destacaba aumento en el número de los mismos. Dado el contexto clínico se decidió nueva biopsia, observándose hallazgos típicos de dermatofibromas asociados a parasitación por leishmanias. Tras la valoración de los datos clínicos, analíticos y anatomopatológicos se diagnosticó de dermatofibromas eruptivos múltiples parasitados por leishmanias, en el seno de una leishmaniasis visceral.

Discusión. Los dermatofibromas eruptivos múltiples se definen de forma arbitraria por la aparición de 5 a 8 lesiones en menos de 4 meses, o por la existencia de al menos 15 lesiones. Se suelen ver asociados a lupus eritematoso y a otras enfermedades autoinmunes, así como a tratamientos inmunosupresores y a pacientes infectados por el VIH. La parasitación de diferentes tipos de le-

siones cutáneas por leishmanias en pacientes VIH positivos es un hecho bien contrastado, si bien no es frecuente. En este caso queremos resaltar que los datos dermatopatológicos sirvieron como clave para llegar al diagnóstico del cuadro sistémico que padecía el paciente.

28. TRATAMIENTO DE MOLUSCOS CONTAGIOSOS DISEMINADOS CON CIDOFOVIR TÓPICO EN UN PACIENTE INFECTADO POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

G. Garnacho Saucedo, R. Salido Vallejo, M. Galán Gutiérrez, R. Jiménez Puya, M.V. Amorrinch Campos, F. Gómez García, A. Vélez García-Nieto y J.C. Moreno Giménez

Servicio de Dermatología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. Paciente varón de 31 años diagnosticado de infección por VIH en 2007 con cifra inicial de CD4 de 16 células/mm y carga viral de 1.060.000 copias/ml, en tratamiento desde entonces con terapia antirretroviral. Portador del antígeno de superficie de VHB. Serología de hepatitis C negativa. Nos consultan desde el servicio de infecciosos por la presencia de múltiples lesiones asintomáticas de 6 meses de evolución localizadas en pubis, prepucio y escroto, diseminándose posteriormente a cara, cuero cabelludo, tórax, abdomen y zona proximal de miembros inferiores. Había sido tratado con podofilotoxina e imiquimod sin mejoría.

Material y métodos. Se realiza analítica completa con serología, citometría, carga viral y biopsia. El paciente es diagnosticado de molusco contagioso (MC) con CD4 150 células/mm y carga viral 1.060.000 copias/ml. Se inicia tratamiento con cidofovir tópico al 1 % en crema 1 vez cada 24 horas por la noche durante 2 semanas seguidas con control a la tercera semana.

Resultados. Mejoría espectacular de las lesiones llegando incluso a desaparecer manteniéndose sin lesiones 2 meses después de finalizar el tratamiento, a pesar de no apreciarse cambios ni en la cifra de CD4 ni en la carga viral. Irritación local moderada que desapareció con la retirada de fármaco y tratamiento tópico adecuado.

Discusión. El MC es una patología cutánea benigna ocasionada por un virus ADN de doble cadena de la familia de los poxvirus cuya prevalencia en el grupo de pacientes con infección por VIH oscila entre 5-18 %. La severidad de la infección por MC está relacionada inversamente con el recuento de linfocitos T CD4+, y parece ser un marcador de la enfermedad VIH avanzada. La clínica que presenta en estos pacientes es atípica, pudiendo imitar otras patologías cutáneas y las lesiones son habitualmente múltiples y responden mal a los tratamientos habituales. El cidofovir es un análogo de los nucleótidos fosfato aprobado en 1996 para el tratamiento de la retinitis por CMV en pacientes con sida. Presenta amplia actividad frente a virus ADN como virus herpes, virus del papiloma humano, CMV, poxvirus y VEB entre otros. El cidofovir está disponible generalmente para infusión intravenosa pero existen ya varios estudios experimentales en animales, pequeños estudios en seres humanos y casos clínicos aislados que describen el exitoso tratamiento con cidofovir aplicado bien tópicamente o intralesionalmente en varias enfermedades víricas y más concretamente en casos de MC recalcitrantes y diseminados en pacientes con sida a pesar de la terapia antirretroviral.

Conclusión. El cidofovir es un potente fármaco antiviral y antitumoral, útil en aquellas dermatosis virales crónicas y resistentes al tratamiento convencional. Sin embargo, su uso rutinario en dermatología está obstaculizado por su elevado precio, la falta de interés continuo por parte del fabricante, y los dudosos efectos carcinogénicos no demostrados.

29. HERPES ZÓSTER DISEMINADO ASOCIADO A ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA: DOS CASOS CON DESENLACE FATAL

R. Salido Vallejo, M.V. Amorrinch Campos, M. Sánchez Frías, F. Gómez García, R. Jiménez Puya, G. Garnacho Saucedo, M. Galán Gutiérrez, J. Espejo y J.C. Moreno Giménez

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Casos clínicos. *Caso 1.* Mujer de 82 años que ingresó en observación por fiebre, mal estado general y aparición de vesículo-ampollas de 3 días de evolución localizadas en mano derecha, tórax y abdomen homolaterales, que tendieron a tomar un aspecto hemorrágico. Entre sus antecedentes personales destacaba una leucemia linfocítica crónica de varios años de evolución así como una diabetes. En la evolución las lesiones se extendieron al miembro contralateral. La paciente desarrolló desorientación temporoespacial que requirió la realización de una punción lumbar que mostró una pleocitosis linfocitaria. La biopsia cutánea fue compatible con infección herpética. A pesar del tratamiento instaurado la paciente falleció a las 24 horas de iniciarse la clínica neurológica.

Caso 2. Mujer de 77 años de edad ingresada por mal estado general, fiebre y lesiones vesículo-ampollosas de inicio en miembro inferior izquierdo. Entre sus antecedentes personales destacaba una leucemia linfocítica crónica. En la exploración clínica se objetivaron ampollas generalizadas de contenido hemorrágico. A los 3 días de evolución se asociaron al cuadro una coagulopatía y lesiones erosivas de inicio en cavidad oral (síndrome de Stevens-Johnson), falleciendo la paciente en las siguientes 24 horas.

Comentario. Las complicaciones del herpes zóster son más importantes en pacientes de edad avanzada y sobre todo en situaciones de inmunodepresión en los que el proceso puede llegar a ser muy grave. Entre las posibles complicaciones derivadas de dicha infección destacan la neuralgia post-herpética, síndrome de Ramsay-Hunt, meningoencefalitis, parálisis motora, neumonitis y hepatitis. En pacientes con inmunodepresión severa las lesiones pueden ser más extensas e incluso diseminarse (enfermedad cutánea diseminada) pero estos casos son los menos frecuentes no llegando al 10%. La afectación visceral requiere una actuación inmediata para iniciar tratamiento con aciclovir intravenoso (es una situación en una urgencia médica). No obstante, la mortalidad es inferior al 1% de los casos, incluso en inmunodeprimidos, siendo las causas principales la neumonía, la encefalitis de vasos pequeños y la vasculopatía trombótica cerebral.

30. LEPRO: TAN LEJOS... TAN CERCA

F. Moreno, B. Lasanta, R. Barabash, T. Zulueta, A. Pulpillo y J. Conejo-Mir

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La lepra es una enfermedad infecciosa crónica cuya clínica está en función de la respuesta inmunitaria del huésped. Ésta determina un espectro de manifestaciones clínicas que incluyen formas polares y formas intermedias. Conocida desde la antigüedad, y con respuesta al tratamiento antimicrobiano, no ha podido ser erradicada por la ausencia de políticas sanitarias globales.

Caso clínico. Presentamos dos casos clínicos que representan las dos formas polares de lepra, la lepromatosa y la tuberculoide, uno importado de Paraguay y otro de la cercana localidad de Utrera. El primero se trata de un varón de 50 años que consulta por lesiones de aspecto urticariforme y discretas parestesias en

antebrazo derecho; y el segundo es un paciente de 46 años, con una polineuropatía inespecífica y elefantiasis, ingresado por un absceso en la prótesis de cadera, que se le había practicado meses antes.

Conclusiones. Consideramos los dos casos de interés por ser formas polares de una enfermedad anacrónica, que aún se mantiene, en pleno siglo XXI. Su diagnóstico requiere tenerla en cuenta y no sólo pensar en ella ante inmigrantes, sino considerar que en nuestro entorno aún puede persistir.

31. PACIENTE CON NOCARDIOSIS SISTÉMICA

M.V. Hoffner, A. Herrera Saval, J.M. Sánchez Varilla, A. Suárez y F.M. Camacho

Departamento de Dermatología. Servicio de Neumología. Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. La nocardiosis es una infección oportunista infrecuente que habitualmente afecta pulmón, cerebro y piel, y que puede presentarse de forma localizada o diseminada como el presente caso.

Historia clínica. Mujer de 40 años con antecedentes de bronquiectasias, diagnosticada de neumonitis por hipersensibilidad, en tratamiento con esteroides orales. Un mes después comenzó con edema de miembros inferiores y nódulos calientes y dolorosos localizados en piernas, brazos y abdomen, fistulizándose algunos de ellos con drenaje de pus achocolatado. No mostró mejoría con betalactámicos. En el cultivo de uno de los abscesos se aisló *Nocardia* sp. Las tomografías axiales computarizadas craneal, torácica y abdominal mostraron lesiones nodulares hipodensas en lóbulos frontales cerebrales, pulmón y pared abdominal, compatibles con nocardiosis sistémica. Se inició tratamiento con sulfometoxazol-trimetoprim, mejorando en semanas las lesiones cutáneas.

Discusión. La nocardiosis es una rara infección causada por una bacteria grampositiva del género *Nocardia*, con hábitat en el suelo, que por inhalación o inoculación cutánea, produce infecciones localizadas o diseminadas. Como se trata de una infección oportunista, afecta con más frecuencia a pacientes inmunosuprimidos y con enfermedad pulmonar crónica subyacente. La afectación pulmonar es la más frecuente, aunque la infección puede diseminarse por vía hematogena afectando al sistema nervioso central, piel, tejido celular subcutáneo, ojos, riñones, articulaciones y corazón. La nocardiosis cutánea puede manifestarse como nódulos abscesificados, pústulas y celulitis, indistinguibles de piodermatitis. También pueden comprobarse lesiones de aspecto esporotricoides, o micetoma clásico supurante que afectan piel, músculos y huesos. El tratamiento de elección de la nocardiosis es sulfametoxazol-trimetoprim durante meses, acompañado de desbridamiento quirúrgico, cuando éste sea posible.

Conclusiones. La combinación de enfermedad pulmonar y abscesos cutáneos en un paciente con cierto grado de inmunosupresión debe hacer sospechar nocardiosis sistémica, sobre todo cuando no responde a los tratamientos antibióticos habituales.

32. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DERMATOFITOSIS EN LA EDAD PEDIÁTRICA EN MÁLAGA (1977-2006): 819 CASOS

J. del Boz, V. Crespo, E. Samaniego, E. Gómez, A. Hiraldo, T. Martín, S. Martínez, L. Martínez, A. Ojeda, A. Vera, F. Sánchez y A. Crespo

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. Las dermatofitosis o infecciones por dermatofitos son relativamente frecuentes en nuestro medio, aunque existen pocos datos referentes a las mismas en la edad pediátrica.

Material y métodos. Entre enero de 1977 y diciembre de 2006 (30 años) se realizaron en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Carlos Haya un total de 8.423 estudios micológicos en pacientes en los que se sospechó clínicamente una micosis superficial. De éstos, 1.397 exámenes fueron realizados en pacientes menores de 14 años. A todos ellos se les rellenó una breve encuesta (incluyendo edad, sexo, procedencia, posibles condiciones predisponentes, localización de la lesión, tratamiento previo, diagnóstico clínico y definitivo) junto a un examen directo (KOH + tinta Parker) y/o cultivo micológico en medios de Saboreaud. Asimismo, en aquellas tiñas que afectaban áreas pilosas se señaló en muchos casos el tipo de parasitación del pelo.

Resultados. Entre los 1.397 exámenes micológicos que fueron realizados en la edad pediátrica (que correspondieron a un 16,6% de todos los exámenes), se diagnosticaron 819 casos de infecciones por dermatofitos, en las que nos centraremos: de éstos, 457 casos (55,8%) fueron diagnosticados en varones, mientras que 362 (44,2%) aparecieron en mujeres. En menores de 1 año se diagnosticaron 8 casos (1%), entre 1 y 3 años 123 casos (15%), entre 4 y 9 años 472 casos (57,6%) y en aquellos pacientes con edades entre 10 y 14 años se diagnosticaron 216 casos (26,4%). El 92,9% de los pacientes (761 casos) procedían de Málaga, aunque también fueron diagnosticados casos procedentes de otras partes de Andalucía (35 casos; 4,3%), de España fuera de Andalucía (6 casos; 0,7%) e incluso pacientes extranjeros, la mayoría de ellos afincados en Málaga desde poco tiempo antes (17 casos; 2,1%). En 54 de los casos se habían usado corticoides

tópicos solos o en combinación con antibióticos o antifúngicos (tinea incógnita). La gran mayoría de estos casos (87,9%) se habían diagnosticado en los últimos 15 años (1992-2007). La forma clínica más frecuente fue la tinea *capitis* (444 casos), que en 81 de los casos correspondieron a la variante inflamatoria (querion de Celso), y que en 12 casos se acompañó de lesiones a distancia. La siguen en frecuencia tinea *corporis* (169 casos), pacientes con múltiples herpes circinados (79 casos), tinea *faciei* (72 casos), 22 casos de tinea *pedis* (con sus diferentes variantes), tinea *cruris* (12 casos), tinea *manuum* (9 casos), querion de Celso en áreas diferentes al cuero cabelludo (7 casos) y onicomycosis (5 casos). El dermatofito más frecuentemente aislado fue *Microsporum canis* (405 ocasiones), seguido por *Trichophyton mentagrophytes* (145), *Microsporum gypseum* (40), *Trichophyton violaceum* (33), *Trichophyton rubrum* y *Trichophyton tonsurans* (ambos con 25), *Epidermophyton floccosum* (15), *Trichophyton verrucosum* (7), y en casos aislados *Microsporum fulvum*, *Microsporum audouinii*, *Trichophyton soudanense* y *Trichophyton raubitschekii*.

Discusión y conclusiones. Las micosis cutáneas siguen siendo hoy en día un importante reto para el dermatólogo, siendo fundamental su correcto diagnóstico etiológico para llevar a cabo un mejor tratamiento. La cada día mayor población inmigrante puede provocar un cambio en la etiología de éstas. Asimismo, es fundamental una fluida relación entre pediatra y dermatólogo para evitar los cada día más numerosos casos de tinea incógnita. No hemos recibido ningún tipo de subvención.