

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

*XXXV Reunión de la Sección Gallega de la AEDV.  
Guitiriz, Lugo, 13 de mayo de 2006*

*XXXVI Reunión de la Sección Gallega de la AEDV.  
Sanxenxo, 12 de mayo de 2007*

*XXXVII Reunión de la Sección Gallega de la AEDV.  
Ferrol, 31 de mayo de 2007*

---

**RESÚMENES**

---

# XXXV REUNIÓN DE LA SECCIÓN GALLEGA DE LA AEDV

## Guitiriz, Lugo, 13 de mayo de 2006

### 1. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR COSMÉTICOS: NOVEDADES

V. Fernández Redondo, A. Ramírez Santos y J. Toribio  
*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

La incidencia de la dermatitis alérgica de contacto por cosméticos no es conocida aunque se estima alrededor del 1-3 % de todos los eczemas de contacto. Los productos implicados en el cuidado e higiene de piel y cabello son los causantes del mayor número de reacciones. Las fragancias, conservantes, aditivos y los tintes capilares constituyen los sensibilizantes más frecuentes. De otra parte, la presencia entre otros, de vitaminas o filtros solares incorporados a cremas o champús y con reconocida capacidad sensibilizante, obliga a estudios exhaustivos con la individualización de los componentes del cosmético.

La incorporación de nuevas sustancias con capacidad alérgica ha favorecido estudios multicéntricos con el fin de adecuar las baterías para estudio mediante pruebas epicutáneas. El Lyral es uno de estos alérgenos no detectable con las baterías habituales. Recientemente hemos realizado en la Unidad de Alergia de Contacto un estudio prospectivo en 78 pacientes consecutivos con Lyral (Trolab®) con positividad exclusivamente en una mujer de 43 años, administrativa y afecta de una dermatitis crónica y fisurada en pulpejos de tres dedos de ambas manos. Así mismo presentaba una reacción positiva para la mezcla de fragancias y el bálsamo de Perú. Consideramos como fuente de exposición la aplicación constante de colonia con el fin de controlar una hiperhidrosis molesta para el desarrollo de su trabajo. Diferentes expertos sugieren la necesidad de un segundo marcador de sensibilidad a fragancias a incorporar en las baterías estándar.

### 2. DERMATITIS DE CONTACTO POR DAIVONEX CREMA®

A. Ramírez-Santos, M. Cabanillas, J. Concheiro, V. Fernández-Redondo, M. Ginarte y J. Toribio  
*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Facultad de Medicina. España.*

**Introducción.** Daivonex® cuyo principio activo es el calcipotriol se presenta en crema, pomada y loción y es utilizado para el tratamiento tópico de la psoriasis y otros trastornos de la proliferación epidérmica. En general es bien tolerado, sin embargo se han descrito reacciones cutáneas adversas, la mayoría de tipo irritativo y en menor proporción dermatitis alérgicas.

**Caso clínico.** Varón de 40 años que consulta por psoriasis generalizada desde la infancia, tratada con fototerapia y tratamientos tópicos. Fue instaurado tratamiento con calcipotriol crema y corticoides tópicos con evolución desfavorable. El paciente relacionó este empeoramiento con la aplicación de Daivonex® con mejoría parcial al suspenderlo. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar (GEIDCAC), vehículos y emulgentes, corticoides (Chemotéchnique), así como el producto propio Daivonex crema® obteniéndose positividad con eritema, edema y vesiculación exclusivamente para este último a las 48 y 96 horas, manteniéndose a los 7 días. Los componentes individualizados aportados por el fabricante con excepción del calcipotriol fueron

negativos a las 48 y 96 horas. El ROAT aplicado en antebrazo derecho fue positivo mientras que con la «base» en antebrazo izquierdo fue negativo.

**Discusión.** Se han descrito dermatitis alérgicas de contacto en relación con calcipotriol crema y pomada aunque éstas son difíciles de verificar, ya que tanto el calcipotriol como algunos de los vehículos son irritantes. El *patch-test* se debe realizar con 2 µg/ml de calcipotriol en isopropanol tamponado con citrato. En el caso que se presenta no se pudo individualizar el componente activo, a pesar de nuestros requerimientos, porque no fue aportado por el fabricante. La negatividad para los productos que componen la crema base y el mantenimiento de las lesiones a los 7 días de haber realizado el *patch-test* y ROAT apoyan la posibilidad de una dermatitis alérgica de contacto por calcipotriol.

### 3. DERMATITIS LIQUENOIDE POR OLANZAPINA

R. Fernández-Torres, M. Almagro, I. Castiñeiras, C. Paredes, S. Paradelo, C. Martínez, M.T. Yebra-Pimentel y E. Fonseca  
*Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.*

**Introducción.** las erupciones liquenoides por ciertos fármacos pueden simular liquen plano idiopático y otras dermatosis. La lista de medicamentos que las pueden inducir es larga y se incrementa de forma constante.

**Caso clínico.** Mujer de 73 años diagnosticada de síndrome depresivo y trastorno psicótico en tratamiento con olanzapina, biperideno, escitalopram y dihidroergocristina-piracetam, que refiere edema en extremidades inferiores y prurito de un mes de evolución. En la exploración se observaron áreas eritemato-ede-matosas induradas en zonas acrales de miembros, lesiones necróticas en los dedos de los pies y lesiones liquenoides en la mucosa oral. Se tomaron biopsias de diversas localizaciones y en todas se observó la misma imagen, consistente en una dermatitis liquenoide y necrosis queratinocítica. El resto de las exploraciones complementarias fueron normales y se descartaron otras causas de las manifestaciones cutáneas. Se inició tratamiento con corticoides tópicos con mejoría parcial, pero el cuadro sólo desapareció al suspender la olanzapina y sustituirla por risperidona. No se observaron nuevas recidivas.

**Comentario.** Olanzapina es un fármaco neuroléptico usado en el manejo de la esquizofrenia y trastorno bipolar, especialmente en la fase maníaca. Los efectos secundarios más frecuentes son la somnolencia y el aumento de peso. Se han descrito diversas manifestaciones cutáneas pero, que conozcamos, éste es el primer caso de dermatitis liquenoide inducida por este fármaco.

### 4. ERITEMA FIJO MEDICAMENTOSO POR PIROXICAM

B. Fernández-Jorge, J.J. Goday-Buján, M. Fernández-Rodríguez, M. Almagro y E. Fonseca  
*Servicios de Dermatología y Alergología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.*

**Introducción.** El eritema fijo medicamentoso (EFM) es una toxicodermia caracterizada por una o varias lesiones eritematosas

bien delimitadas, que se inician a las pocas horas de la ingesta del fármaco y que típicamente recidivan en la misma localización al reintroducir el agente responsable. Las sulfonamidas, las tetraciclinas, la fenolftaleína y los analgésicos (particularmente los antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) son los fármacos más frecuentemente implicados. Presentamos un nuevo caso de EFM con lesiones múltiples por piroxicam, una molécula pocas veces descrita como agente causal de esta entidad.

**Caso clínico.** Varón de 26 años, sin antecedentes de interés. En los últimos meses había presentado tres brotes de lesiones cutáneas dolorosas, que involucionaban por sí solas en varios días, localizadas en lengua, pene, cara anterior de piernas y dorso de manos y dedos. El paciente refería tomar eventualmente piroxicam y ácido acetilsalicílico por dolores musculares. En la exploración se observaron lesiones eritemato-edematosas, redondeadas y bien delimitadas, con ampollas tensas o erosiones, en las localizaciones anteriormente referidas. Se sospechó EFM y se procedió a la suspensión de los fármacos y al inicio de corticoterapia tópica y sistémica, con resolución de las lesiones en pocos días. El test con parches pertenecientes a la batería de antiinflamatorios descartó la implicación del ácido salicílico, pero mostró una positividad intensa para piroxicam en las zonas de piel afecta.

**Discusión.** Los oxicams son un grupo de AINE de semivida larga, muy utilizados en las enfermedades osteoarticulares. La urticaria, las reacciones de fotosensibilidad, el síndrome de Stevens-Johnson o el síndrome de Lyell son los efectos adversos cutáneos más mencionados en la literatura. El EFM por piroxicam es raro, aunque hay algunos casos descritos, la mayoría con lesiones únicas. El test con parches es útil para su diagnóstico, pero debe realizarse sobre lesiones residuales.

## 5. TOXICODERMIA POR BROMURO DE TIOTROPIO

L. Pérez-Pérez, M. Cabanillas, M. Loureiro, C. Peteiro, M.<sup>a</sup>M. Pereiro-Ferreiros y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** Las dermatitis liquenoides comprenden un amplio grupo de entidades clínica e histológicamente similares al liquen plano. Numerosos fármacos se han descrito como causantes de este tipo de erupciones, mediante mecanismos que todavía no han sido claramente establecidos.

**Caso clínico.** Un paciente de 75 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a tratamiento con bromuro de tiotropio (Spiriva<sup>®</sup>), consultó en Urgencias de Dermatología por un cuadro de lesiones pruriginosas de aproximadamente un mes y medio de evolución en dorso de manos, escote y cara. El paciente no refería otros antecedentes de interés, no se encontraba a tratamiento con otros fármacos ni refería haberlos ingerido de forma ocasional en las semanas previas al inicio de las lesiones. El estudio histopatológico fue compatible con una dermatitis liquenoide. El cuadro mejoró progresivamente tras la suspensión del fármaco sospechoso y la instauración de tratamiento con corticoides tópicos.

**Comentario.** El bromuro de tiotropio es un anticolinérgico sintético cuaternario de larga duración, recientemente aprobado para el tratamiento de la EPOC. Presenta un amplio margen terapéutico y escasos efectos secundarios, de los cuales el más frecuente es la sequedad de boca. En la literatura especializada no existen hasta el momento antecedentes de erupciones liquenoides relacionadas con la administración de este fármaco. En nuestro caso, la asociación temporal con el fármaco sospechoso (el único que tomaba el paciente), los hallazgos clínicos e histopatológicos y la resolución de las lesiones tras la suspensión del bromuro de tiotropio refuerzan la asociación causal con el mismo.

## 6. ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁTICA

O. Suárez-Amor, I. Rodríguez-Blanco, D. Sánchez-Aguilar, M.<sup>a</sup>M. Pereiro-Ferreiros, C. Peteiro y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio de etiología desconocida caracterizado por la presencia de granulomas que afectan primariamente al tracto gastrointestinal. Las manifestaciones cutáneas de la enfermedad aparecen en un 20 % de los pacientes. La única forma específica de afectación cutánea es la infiltración dérmica por granulomas sarcoideos similares a los presentes en el tracto gastrointestinal, cuando dicha afectación está separada del tubo digestivo por tejido sano hablamos de enfermedad de Crohn metastática o cutánea (ECC).

**Descripción del caso.** Presentamos el caso de una mujer de 30 años diagnosticada 5 años antes de enfermedad inflamatoria intestinal con afectación colorrectal y en tratamiento con ácido aminosalicílico rectal, que desarrolló, sin relación con los brotes de su cuadro intestinal, lesiones eritematosas y sensibles al tacto, en mejilla derecha y de forma simétrica en ambas regiones escapulares y cara superoexterna de brazos. El estudio histopatológico demostró la presencia de granulomas epitelioides en dermis. Las tinciones (Ziehl-Neelsen, PAS) y los cultivos específicos (Lowenstein, Sabouraud) para microorganismos así como el examen con microscopio de luz polarizada no aportaron ningún hallazgo patológico. Las pruebas complementarias realizadas que incluyeron un hemograma, bioquímica sérica con función renal y hepática, enzima convertidora de la angiotensina, calcio en orina de 24 h, exploración oftalmológica, radiografía de tórax y pruebas de función respiratoria sólo detectaron una discreta anemia, leve hipergammaglobulinemia y un título de anticuerpos antinucleares 1/320 con patrón homogéneo. El tratamiento con dosis bajas de prednisona vía oral llevó a la curación de las lesiones, permaneciendo únicamente una discreta cicatriz deprimida en mejilla derecha.

**Discusión.** La ECC es una entidad rara, con distintas manifestaciones clínicas, siendo la afectación facial infrecuente. Todos los casos presentan afectación colo-rectal que suele preceder a la ECC, sin que parezca existir una correlación entre la actividad de las lesiones cutáneas y los síntomas digestivos. Aunque el tratamiento de la enfermedad gastrointestinal ha sido eficaz en la ECC, en general no se halla una relación consistente y aunque muchas lesiones finalmente se resuelven su curso puede ser prolongado.

## 7. NEVUS AZUL CON SATELITOSIS

M. Loureiro, O. Suárez-Amor, I. Rodríguez-Blanco, J. Concheiro, J. Labandeira y J. Toribio

*Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela. España.*

La presencia de lesiones pigmentadas con satelitosis, sobre todo si la lesión principal tiene morfología irregular, nos debe hacer pensar en un tumor maligno como el melanoma. Sin embargo, no todas las lesiones con estas características se corresponden con este diagnóstico como ocurre en el caso que describimos a continuación. Se trata de una mujer de 41 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que refiere la presencia de lesiones pigmentadas en cuero cabelludo desde la infancia, asintomáticas y ocasionalmente mínimo sangrado al peinarse. En la exploración física dermatológica presenta en región parietal derecha un tumor de morfología cupuliforme, de 13 x 10 mm de diámetro, simétrico, homogéneo y de coloración azul negruzco. A su alrededor presenta 3 lesiones satélite de similares características pero

de menor tamaño. Se realiza exéresis de todas las lesiones y estudio anatomopatológico que descarta la presencia de malignidad, llegándose al diagnóstico histopatológico de nevus azul celular con satelitosis.

El nevus azul celular con satelitosis es una entidad que clínicamente puede simular un melanoma maligno. Sin embargo, la histopatología nos permite llegar a un diagnóstico correcto ante la ausencia de criterios anatomopatológicos de malignidad (atipia celular, actividad mitótica, pleomorfismo nuclear, etc.).

## 8. LIQUEN PLANO CON AFECTACIÓN ESOFÁGICA

F. Valdés y A. Caparrini<sup>a</sup>

*Unidad de Dermatología y <sup>a</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.*

**Introducción.** El liquen plano es una patología inflamatoria muy pruriginosa que afecta a piel y mucosas y que constituye el 1,5-5% de los pacientes en consultas externas dermatológicas. La forma erosiva es la que produce más síntomas. Los pacientes con liquen plano oral suelen tener en el 15-20% de los casos lesiones cutáneas. También puede afectar otras mucosas como la vaginal o vulvar y de forma excepcional localizarse a nivel esofágico.

**Caso clínico.** Paciente de 68 años de edad con antecedentes de colecistectomía por litiasis biliar que acude al Servicio de Urgencias por lesiones en mucosa oral erosivas y dolorosas aportando resultado de un estudio endoscópico con el diagnóstico de esofagitis ulcerada. En la exploración presentaba placas blanquecinas mal delimitadas en mucosa yugal, gingival y lingual con erosiones en su interior. Una biopsia de las mismas confirmó el diagnóstico de liquen plano.

**Discusión.** El liquen plano con afectación esofágica es una patología muy infrecuente con muy pocos casos descritos en la literatura. Afecta de forma predominante a mujeres adultas y cursa con disfagia y odinofagia pudiendo llegar a producir estenosis esofágicas.

**Conclusión.** Es importante recoger en la anamnesis posibles síntomas digestivos en los pacientes que presenten lesiones de liquen plano para poder descartar de esta forma afectación esofágica.

## 9. TUBERCULOSIS CUTÁNEA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS ATÍPICOS

J. Concheiro, L. Pérez-Pérez, V. Fernández-Redondo, D. Sánchez-Aguilar, M. Ginarte Val y J. Toribio

*Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** La tuberculosis cutánea, entidad relativamente frecuente, y que representa el 1,5% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, se caracteriza por su gran variabilidad en sus formas de presentación. A continuación describimos dos casos con ciertas peculiaridades.

**Descripción de los casos. Caso 1.** Una mujer de 82 años de edad ingresa en nuestro servicio por presentar una lesión localizada a nivel de región submamaria derecha, de características ulcerosas, fondo fibrinoso, exudación ocasional y bordes festoneados moderadamente infiltrados. Tras la realización de los estudios pertinentes se diagnóstica de lupus vulgar de localización atípica. **Caso 2.** Un varón de 72 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2 y mal control metabólico, refiere, principalmente a nivel de extremidades inferiores, lesiones nodulares con tendencia a la

ulceración y con periodos de mejoría espontánea, de largo tiempo de evolución. Ante clínica e histopatología compatibles, y prueba de Mantoux fuertemente positiva, se cataloga de eritema indurado de Bazin. En ambos casos la respuesta al tratamiento antituberculoso fue satisfactoria.

**Discusión.** La tuberculosis cutánea se considera una entidad con un espectro clínico muy heterogéneo. Relatamos dos casos con ciertos hechos diferenciales dentro de su subtipo correspondiente. En el primero de ellos, tanto su morfología, como su localización, no representan el patrón típico de la variedad mencionada, destacando en el segundo de los mismos el hecho de presentarse la enfermedad en un varón de edad avanzada. La instauración de fármacos antituberculosos produjo la resolución de la clínica cutánea en ambas situaciones, reforzando de esta manera las hipótesis diagnósticas iniciales.

## 10. ABSCESO CUTÁNEO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS DISEMINADA

M.J. Seoane Pose y H. Vázquez Veiga

*Hospital de Conxo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. España.*

**Introducción.** La tuberculosis cutánea es una manifestación de la tuberculosis que pocas veces aparece como el primer hallazgo de una tuberculosis diseminada.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 54 años de edad que acude a la consulta por un absceso cutáneo indoloro en región frontoparietal izquierda que previamente había sido tratado con antibióticos y antiinflamatorios. Junto con la historia clínica, cultivo del exudado, radiografía de tórax y tomografía computarizada craneal se realizó el diagnóstico de tuberculosis pulmonar con absceso cutáneo y osteomielitis subyacente. Se pautó tratamiento antituberculoso durante 10 meses con buena respuesta al mismo.

**Conclusiones.** Ante un absceso cutáneo indoloro debería sospecharse una etiología tuberculosa, lo que evitaría un retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento.

## 11. REACCIÓN LIQUENOIDE EN RELACIÓN CON FIEBRE Q

E. Mayo-Pampín, E. Rosón, C. de la Torre, S. Molinos<sup>a</sup> y M.J. Cruces Prado

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** La fiebre Q es una zoonosis endémica en la Península Ibérica producida por *Coxiella burnetti* que a diferencia de otras rickettsiosis se transmite por vía aérea y carece del exantema típico.

**Caso clínico.** Varón de 73 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por presentar un cuadro febril de un mes de evolución y lesiones pruriginosas. La exploración general resultó anodina. Desde el punto de vista dermatológico destacaban pápulas violáceas agrupadas en cara, cuello y dorso de manos. Tras realizar una batería de pruebas diagnósticas se concluyó el diagnóstico de fiebre Q. Una biopsia de las lesiones cutáneas mostró un patrón histológico compatible con reacción liquenoide. Se inició tratamiento con doxiciclina y se produjo involución tanto de la clínica general como dermatológica.

**Discusión.** Un pequeño porcentaje de pacientes con fiebre Q se presentan con lesiones cutáneas asociadas ninguna de ellas específica, siendo lo más frecuente un exantema inespecífico. Presentamos un caso de reacción liquenoide que evoluciona de forma paralela a un episodio de fiebre Q.

## 12. CASUÍSTICA DE SÍFILIS PRECOZ ACTIVA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA-CHJC DE LA CORUÑA (2003-2006)

M. Mazaira, R. Fernández, I. Castiñeiras, M.C. Martínez, S. Paradela, B. Fernández, J. Rodríguez-Lozano, W. Martínez y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** En los años ochenta, con la pandemia de sida, hubo una concienciación sobre las prácticas sexuales de riesgo, que llevó a una disminución de la casuística de la lúes y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Actualmente, con la terapia antirretroviral de alta eficacia (TARGA), la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha convertido en una infección crónica más. La falsa seguridad sobre esta infección se ha citado como causa de la relajación en las prácticas sexuales y del aumento de incidencia de la lúes. Estudios recientes apoyan la participación del colectivo inmigrante y homosexual en el resurgir de esta enfermedad, cuyas manifestaciones precoces habían desaparecido casi por completo de los hospitales generales de España.

**Material y métodos.** Hemos recopilado en los casos de lúes precoz activa de nuestro servicio, datos demográficos y variables epidemiológicas tales como lesión inicial, vía de contagio, ITS asociadas y otros factores de riesgo.

**Resultados.** Se recuperaron datos de 15 casos de sífilis precoz activa en el periodo estudiado. Todos ellos eran varones y el contagio se produjo por transmisión sexual. La edad osciló entre 19 y 71 años (edad media 39). El 46 % eran homosexuales. El 37,5 % de los pacientes heterosexuales adquirieron la infección por contacto con prostitutas. Cinco casos presentaron sífilis primaria, todos ellos con chancro localizado en el glande. Diez casos fueron diagnosticados de sífilis secundaria. El 40 % de los pacientes tenían infección por VIH. Dos casos tenían infección por virus de la hepatitis C (VHC) (ambos ex adictos a drogas por vía parenteral) y cuatro casos otras ITS (gonococia, condilomas acuminados, pediculosis pubis, etc.). Ninguno de los casos conservados se produjo en inmigrantes.

**Discusión y conclusiones.** Hemos constatado en nuestro servicio un aumento de los casos de lúes, que estaría en relación con prácticas sexuales de riesgo. El colectivo inmigrante no ha contribuido en nuestra serie de casos, quizás por la marginalidad y la poca demanda sanitaria. Ante lesiones ano-genitales y rashes aparentemente banales, debemos mantener un alto índice de sospecha para que casos de sífilis no pasen desapercibidos.

## 13. ENFERMEDAD DE HANSEN

I. Castiñeiras, M. Almagro, M.M. Vereja, M.T. Yebra-Pimentel<sup>a</sup>, J. Cuevas<sup>b</sup>, B. Fernández Jorge y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Guadalajara. España.*

**Introducción.** La lepra (enfermedad de Hansen) es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*. La transmisión se produce fundamentalmente por vía aérea, cuando existe un contacto estrecho y frecuente con el enfermo. Afecta predominantemente la piel y el sistema nervioso periférico, y si no se trata a tiempo puede provocar deformidades, parálisis y discapacidades permanentes. Es más frecuente en Asia, África y América Latina. En los países desarrollados, muchos de los casos de lepra afectan a personas que han emigrado de países en los que la enfermedad es muy frecuente.

**Caso clínico.** Varón brasileño de 46 años sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por presentar una lesión en abdomen de 10 años de evolución. En la exploración física se apreciaba una única placa, hipocrómica, de morfología anular, con disminución de la sensibilidad térmica a dicho nivel. Presentaba, además, engrosamiento de los nervios cubitales. Con la sospecha de enfermedad de Hansen se realiza estudio microbiológico e histológico que confirmaron el diagnóstico.

**Discusión.** En los últimos años se produjo un importante descenso en el número de casos de lepra en todo el mundo, al que contribuyen la mayor concienciación social, el diagnóstico precoz y una mejor cobertura terapéutica. Sin embargo, la lepra sigue presente en 114 países y constituye un importante problema de salud en países como Brasil, India, Angola, Madagascar, Mozambique y Tanzania. En los países desarrollados, muchos de los casos de lepra afectan a inmigrantes procedentes de países en los que la enfermedad es endémica, por lo que en este grupo de pacientes que atendemos cada vez con más frecuencia en Galicia, debemos considerar la lepra en el diagnóstico diferencial de manifestaciones cutáneas compatibles con otras entidades frecuentes en nuestro medio, y explorar la sensibilidad térmica y dolorosa de dichas lesiones.

## 14. ACNÉ MECÁNICO EN VIOLINISTA PROFESIONAL

I. Rodríguez-Blanco, O. Suárez-Amor, A. Ramírez-Santos, M. Loureiro, M. Ginarte Val y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** El acné mecánico o acné friccional es una dermatosis consistente en la aparición de lesiones de acné en zonas sometidas a roce o presión constante. En algunas ocasiones el cuadro puede aparecer por un estímulo sobre la piel en relación con el oficio desempeñado por el paciente, por lo que se trataría de una dermatosis profesional.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 37 años de edad, músico profesional, sin antecedentes de interés, que consultó por la aparición de lesiones cutáneas en región lateral izquierda del cuello, coincidiendo con la zona de contacto con la viola. Además, refería lesiones de acné ocasionales en cara y espalda. En la exploración dermatológica se evidenció en la región submandibular izquierda un área de liqenificación de coloración pardusca, con presencia de pequeños quistes y comedones. En región facial y espalda alta se observó algún comedón y alguna pápulo-pústula aislada. Se solicitaron pruebas epicutáneas con la serie estándar del GEIDC (Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto), y se parcheó además la serie de plásticos y colas así como maderas y líquenes, siendo los resultados negativos. Se realizó el diagnóstico clínico de acné friccional en relación con el contacto con la viola y el estudio histopatológico confirmó la hipótesis diagnóstica. La paciente se trató con una crema protectora, observándose una evidente mejoría tras un período vacacional en que no estuvo en contacto con el instrumento.

**Discusión.** El término acné mecánico fue acuñado en 1975 por Mills y Kligman para referirse a una erupción papulopustulosa desencadenada por estímulos mecánicos continuos sobre la piel. Esta circunstancia está bien descrita en músicos, concretamente en aquellos que tocan el violín o la viola, e incluye fenómenos como la liqenificación, formación de pápulas, pústulas e incluso pequeños quistes en la región izquierda del cuello que contacta con el instrumento; debido a que el mecanismo de esta dermatosis parece ser la presión y oclusión constantes, se ha incluido dentro del acné mecánico. Como tratamiento se ha propuesto, en primer lugar, la eliminación del estímulo desencadenante, lo cual puede ser difícil en casos como el nuestro, en

que esto supondría una suspensión de una actividad de tipo profesional, o al menos la utilización de medidas protectoras, así como antibióticos o incluso retinoides.

### 15. ACROANGIODERMATITIS EN MUÑÓN DE AMPUTACIÓN

G. Peón Currás<sup>a</sup>, J. Pérez Valcárcel<sup>b</sup> y M.<sup>a</sup>E. Sánchez Arca<sup>b</sup>

Servicios <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Comarcal de Monforte. Lugo. España.

*Planteamiento.* Se expone el caso clínico y se revisan los problemas cutáneos en amputados.

*Historia clínica.* Paciente de 46 años que sufre una amputación supracondílea de etiología traumática en 1999, portando desde entonces prótesis de succión que cambia anualmente. En el año 2002 observa la aparición de manchas violáceas a nivel de la piel del muñón por lo que es remitido a nuestro servicio. Se le realiza una biopsia cutánea que confirma el diagnóstico.

*Discusión.* La acroangiodermatitis es una hiperplasia vascular reactiva a insuficiencia venosa crónica y a otros problemas circulatorios, como en nuestro caso, la redistribución vascular en muñón de amputación. Se expone el caso haciendo referencia a diagnósticos diferenciales y revisando la patología cutánea descrita en amputados.

*Conclusiones.* La acroangiodermatitis es una entidad que debemos tener presente en el diagnóstico diferencial de lesiones vasculares adquiridas.

### 16. ANGIOHISTIOCITOMA DE CÉLULAS MULTINUCLEADAS

M. Cabanillas, A. Ramírez-Santos, L. Pérez-Pérez,  
M. Vázquez, C. Peteiro y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario.  
Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.

*Introducción.* El angiohistiocitoma de células multinucleadas (AHCM) es una infrecuente proliferación vascular benigna de etiología desconocida.

*Caso clínico.* Presentamos el caso de una mujer de 72 años con antecedentes de insuficiencia venosa crónica que presentaba en ambos muslos lesiones elevadas, cupuliformes, asintomáticas, de coloración rojo-vinosa, confluyentes, de 5 años de evolución. El estudio histopatológico mostró una hiperplasia de los vasos dérmicos con depósitos de mucina en dermis papilar y un infiltrado fibrohistiocitario con células multinucleadas de bordes angulados, que resultaron positivas para factor XIIIa y CD 68.

*Discusión.* El angiohistiocitoma de células multinucleadas fue descrito por Smith y Wilson-Jones en 1985. Desde entonces, se han descrito más de 50 casos de esta entidad, con un marcado predominio femenino. Se incluye en el espectro de proliferaciones dendrocitarias factor XIIIa+ con angiogénesis asociada, como los dermatofibromas y angiofibromas, con los cuales es preciso realizar el diagnóstico diferencial. Algunos autores lo consideran una variante de dermatofibroma y, al igual que en otras proliferaciones dendrocitarias dérmicas, es difícil determinar si se trata de un proceso reactivo o neoplásico. El rasgo histopatológico más característico, aunque no patognomónico, es la presencia de células gigantes multinucleadas (CGM) de bordes angulados que expresan vimentina, entremezcladas en un infiltrado fibrohistiocitario factor XIIIa+. La positividad del factor XIIIa en las CGM que aparece en nuestro caso, aunque poco frecuente, ha sido previamente descrito, y apoya un origen dendro-cítico de las mismas. La presencia de depósitos de mucina en dermis papilar que aparece en nuestra paciente está probablemente relacionada con la dermatopatía de estasis que presentaba.

### 17. CUERO CABELLUDO LIPEDEMATOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.M. Vereza<sup>a</sup>, I. Castiñeiras<sup>a</sup>, C. Martínez<sup>a</sup>, R. Fernández<sup>a</sup>,  
R. Álvarez<sup>b</sup>, J.M. Castro<sup>c</sup> y E. Fonseca<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Anatomía Patológica y <sup>c</sup>Radiología.  
Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña. España.

Corbleet describió en 1935 el caso de una paciente que presentaba un incremento del tejido graso subcutáneo localizado en cuero cabelludo pero sin causar alopecia. Desde entonces sólo se han referido otros cinco casos en la literatura. Todos ellos son mujeres de mediana edad, sin una clara preferencia por el color de su piel y patogenia aún desconocida.

*Historia clínica.* Mujer de 55 años, atendida en el Servicio de Dermatología en el año 2002, que refería un engrosamiento en zona occipital desde hacía 7-10 años, que se ha ido extendiendo a todo el cuero cabelludo paulatinamente en los 4 años de evolución sin causar alopecia. La exploración no mostraba ningún dato relevante salvo la palpación, que revelaba un aumento en el grosor del cuero cabelludo dando una sensación esponjosa o gelatinosa, blanda, mal delimitada, que no causaba dolor. El resto de la exploración cutánea era normal. Como antecedentes personales destacaba la existencia de un hipotiroidismo subclínico secundario a tiroiditis de Hashimoto y la exéresis de un carcinoma hializante de células claras de glándula salivar menor en 1998. La biopsia cutánea de zona occipital mostraba un incremento del tejido graso subcutáneo que se podía objetivar en la resonancia magnética y en la tomografía axial computarizada cerebral, siendo el grosor en algunas zonas de 22 mm.

*Discusión.* El término «cuero cabelludo lipedematoso» fue empleado por Lee para distinguirlo de aquellos otros casos de engrosamiento del tejido graso subcutáneo que cursaban con alopecia y que aparecen en la literatura como alopecia lipedematosa. Ambos cuadros predominan en mujeres, pero el último aparece con más frecuencia en pacientes de color. En ninguno de los dos casos se ha podido objetivar la causa responsable, pero Fair et al han sugerido que el edema localizado con degeneración del tejido adiposo puede producir esos cambios como sucede en el lipedema de las piernas, opinión que no comparten otros autores que opinan que se trata de una hiperplasia del tejido graso subcutáneo. El diagnóstico diferencial debe plantearse con la *cutis gyrata* y los lipomas del cuero cabelludo.

### 18. ENFERMEDAD DE GROVER ASOCIADA CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

B. González-Sixto, E. Rosón, C. de la Torre, C. Posada  
y M. Cruces

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra.  
España.

*Introducción.* La enfermedad de Grover, también denominada dermatosis acantolítica transitoria, se caracteriza por la presencia de una erupción papulovesiculosa polimorfa. La patogenia permanece desconocida aunque se ha relacionado con calor excesivo, sudoración, fármacos, agentes infecciosos e inmunosupresión así como con distintas neoplasias. Presentamos el caso de un varón con enfermedad de Grover e insuficiencia renal crónica que se resolvió después de ser sometido a trasplante renal.

*Caso clínico.* Varón de 62 años que es remitido a nuestro Servicio para valoración de lesiones en tronco de 2-3 meses de evolución. Entre los antecedentes personales del paciente destacaba tuberculosis pleural en la infancia, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e insuficiencia renal crónica. Por este motivo realizaba diálisis peritoneal y estaba incluido en lista de espera para trasplante renal. En la exploración física dermatológica observamos en tronco lesiones papulosas con discreta descamación en

superficie. Se realizó biopsia de una de las lesiones, objetivándose una dermatitis vesiculosa intraepidérmica con discreta disqueratosis. Se estableció el diagnóstico de enfermedad de Grover. El paciente fue sometido a trasplante renal con resolución completa de las lesiones.

**Discusión.** La insuficiencia renal crónica se asocia con múltiples manifestaciones cutáneas entre las que se incluye prurito, dermatosis perforantes, calcifilaxia, porfiria cutánea tarda y pseudoporfiria. En la literatura revisada hemos encontrado cinco casos de enfermedad de Grover en pacientes con insuficiencia renal crónica, uno de ellos al igual que nuestro caso se resolvió después de ser trasplantado. Creemos necesario incluir la enfermedad de Grover en el diagnóstico diferencial de las enfermedades dermatológicas asociadas a insuficiencia renal crónica.

## 19. PIGMENTACIÓN MACULAR ERUPTIVA IDIOPÁTICA

A. Conde-Taboada, M.T Abalde, C. de la Torre, E. Mayo, B. González, R. Pardavila, C. Posada y M. Cruces

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** La pigmentación macular eruptiva idiopática es una entidad rara que se caracteriza por la aparición de máculas pigmentadas de predominio en tronco en pacientes en edad pediátrica.

**Caso clínico.** Varón de 10 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por la aparición de lesiones asintomáticas en tronco de forma gradual en los últimos meses. No refería ingesta previa de medicaciones y negaba la presencia de lesiones inflamatorias anteriores. En la exploración física se observaban máculas ovaladas no confluentes de entre 10 y 20 mm de diámetro, de color homogéneo pardo; no existía descamación ni zonas con inflamación. El signo de Darier era negativo. Se realizó una biopsia de piel, observándose hiperpigmentación en la capa basal y melanófagos en dermis papilar.

**Discusión.** La pigmentación macular eruptiva idiopática fue descrita como entidad independiente por Degos y colaboradores en 1978. Se caracteriza por lesiones parduzcas asintomáticas, que aparecen en niños y adolescentes, en algunos casos con tendencia a la resolución espontánea. Histológicamente presenta hiperpigmentación de la capa basal y abundantes melanófagos en dermis. Para realizar este diagnóstico se requiere además la ausencia de lesiones inflamatorias previas así como descartar la ingesta de fármacos como desencadenante. Es controvertida la diferenciación de esta entidad con la dermatosis cenicienta, e incluso hay autores que las consideran la misma entidad nosológica.

## 20. PIDERMA GRANULOMATOSO SUPERFICIAL

M.C. Martínez-González, E. Carro<sup>a</sup>, W. Martínez, M.M. Vereá, S. Paradelá y E. Fonseca

*Servicios de Dermatología y "Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Planteamiento del tema.** Presentamos un caso de una variedad peculiar del pioderma gangrenoso.

**Historia clínica.** Varón de 76 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, que acude en marzo de 2004 por una lesión ulcerada en hombro derecho de 2 cm de diámetro, que él refería de 2 meses de evolución. No era dolorosa y no había mejorado con antibióticos orales. Se interpretó como basalioma plano ulcerado y se derivó al paciente al Servicio Cirugía Plástica para exéresis. Allí fue seguido durante un año y dos meses, pe-

riodo durante el cual se realizó exéresis en dos ocasiones, con sendas recidivas. Los resultados histopatológicos no fueron concordantes con basalioma. Ante la falta de mejoría, se remitió de nuevo al paciente al Servicio de Dermatología, un año y 8 meses tras el inicio de la lesión. En la exploración física se observó una lesión ulcerosa superficial, de 3 x 5 cm, de borde irregular, serpiginoso, elevado y brillante, con cierto tono violáceo. El fondo de la úlcera era limpio y de aspecto granujiento. La lesión no era dolorosa. El paciente negó viajes a países tropicales, así como cínica general o por aparatos. Se planteó el diagnóstico de pioderma gangrenoso (PG) y como diagnóstico diferencial enfermedades granulomatosas, infecciosas y no infecciosas. Se realizaron cultivos de bacterias, hongos y micobacterias, que no ofrecieron datos relevantes y dos nuevas biopsias, donde se evidenció tejido inflamatorio con formación de granulomas. Con la evolución clínica y los hallazgos histopatológicos se realizó el diagnóstico de pioderma granulomatoso superficial (PGS). Se efectuó una batería completa de pruebas complementarias para descartar enfermedad sistémica que incluyó: analítica de sangre y orina (donde únicamente se evidenció una banda monoclonal IgG lambda de significado incierto), Mantoux y radiografía de tórax, así como estudio digestivo, que no evidenciaron enfermedad. La mejoría del paciente fue progresiva desde octubre de 2005 con curas locales en dos fases: primeramente con antibiótico local y gasas y en una segunda con corticoide y gentamicina tópica en oclusión. Actualmente se encuentra en estado totalmente residual.

**Discusión y conclusiones.** El PGS o pioderma gangrenoso vegetante es una variedad poco frecuente de PG de comportamiento benigno, con evolución indolente, no doloroso y formación de granulomas en la histopatología. No suele haber enfermedad sistémica asociada y suele responder a tratamiento tópico.

## 21. RELACIÓN ENTRE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल Y BROTES DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO. ESTUDIO ECOLÓGICO EN GALICIA (1997-2005)

I. García-Doval, E. Mayo-Pampín, A. Conde-Taboada, B. González-Sixto, R. Pardavila-Riveiro, J. Nogueira<sup>a</sup> y M. Cruces

*Servicios de Dermatología y "Documentación Clínica. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** Varios casos clínicos han sugerido el papel de la vacuna de la gripe como inductora de brotes de penfigoide ampolloso. Incluso se ha recomendado evitarla en pacientes con enfermedades ampollasas. En nuestro medio, los pacientes con brotes de penfigoide ampolloso ingresan con frecuencia en el hospital. La vacuna antigripal se dirige principalmente a los mayores de 65 años.

**Objetivo.** Comparar la tasa de ingresos por penfigoide ampolloso entre los periodos de vacunación antigripal y el resto del año.

**Método.** Estudio ecológico en Galicia, utilizando como resultado la tasa de ingresos por penfigoide ampolloso en todos los hospitales gallegos (1997-2005) y restringiendo el estudio a los mayores de 65 años. Mediante regresión de Poisson se controlaron los resultados por la edad media de los ingresos y porcentaje de cobertura vacunal en cada año.

**Resultado.** Durante los periodos relacionados con la vacunación (aproximadamente 10 semanas anuales, comenzando con la campaña antigripal y hasta 15 días después de su finalización) se produjeron 29 ingresos. En el resto del año, 158. El cociente de tasas de incidencia entre periodos de vacunación y el resto del año fue de 0,85 (IC 95 %: 0,57 a 1,27, p = 0,43).

**Conclusión.** Los resultados no apoyan la hipótesis de que la vacunación antigripal sea un desencadenante.

## 22. LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO CON LESIONES TIPO NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA

W. Martínez, E. Carro<sup>a</sup>, B. Fernández, S. Paradelo, C.M. Martínez, I. Castiñeiras, M. Mazaira, R. Fernández, J. Rodríguez-Lozano, J. del Pozo, T. Yebra<sup>a</sup> y E. Fonseca

*Servicios de Dermatología y "Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** El lupus eritematoso cutáneo (LEC) tiene a veces presentaciones «atípicas» que hacen difícil su sospecha y diagnóstico. Una forma muy rara es el LEC similar a la necrólisis epidérmica tóxica (NET) y de la que nosotros presentamos un nuevo caso.

**Caso clínico.** Mujer de 75 años que en 2000 recibe radioterapia esterotáxica por neurinoma acústico. En abril de 2004 inicia tratamiento con carbamacepina por neuralgia del trigémino. En agosto de 2004 presenta una discreta erupción papular eritematosa en zona alta del tronco, que se biopsia con sospecha de erupción liquenoide por fármacos y cuya histología fue compatible. Sin retirar la carbamacepina y con corticoterapia tópica tiene mejoría hasta finales de octubre de 2004, en que hay un rápido agravamiento, incluso con afectación de mucosa oral. Consultada por especialista de alergología, se realiza un diagnóstico de eritema multiforme mayor secundario a gabapentina, que tomaba desde el 5 de octubre en sustitución de la carbamacepina. Con su suspensión y corticoterapia oral ceden las lesiones, pero recurren al bajar la dosis diaria de prednisona oral de 15 mg/día. Retorna a nuestra consulta en enero de 2005, estando con prednisona a 5 mg/día, por un rash máculo-papular eritematoso, con cierta fotodistribución y mínimo componente erosivo. Se realiza biopsia cutánea con diagnóstico diferencial entre toxicodermia y lupus eritematoso y se continúa con descenso a supresión de prednisona en 2 semanas. La biopsia fue compatible con LE, iniciándose hidroxycloloquina oral a 400 mg/día, pero el 18 de febrero es necesario su ingreso por extensión de la erupción con componente ampolloso y áreas denucladas en el tronco. Se le realiza otra biopsia con sospecha de lupus eritematoso y a descartar NET, que muestra una dermatitis de interfase con gran número de queratinocitos necróticos. Tratada con prednisona oral a 1 mg/kg/día, las lesiones remiten y es dada de alta a las tres semanas, manteniéndose desde entonces asintomática con 15 mg/día de prednisona. En septiembre de 2005 surgen varias placas eritematosas discoides en la frente.

**Discusión.** El lupus eritematoso con presentación cutánea que imita a la NET es una forma específica ampollosa y excepcional de LEC. A Guilliam se debe la descripción del primer caso. Desde entonces, apenas se recogen en la literatura una decena de nuevos casos. Muchos de ellos asientan sobre pacientes con lupus eritematoso subagudo, pero nuestro caso se inicia como una forma aguda y es destacable que posteriormente desarrolla lesiones de lupus eritematoso discoide clásico. Es necesario una buena anamnesis y correlación clínico-histológica para no confundirlo con toxicodermias y especialmente con la NET.

## 23. EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA SIMPLE Y TETRACICLINA: UN EJEMPLO DE ENSAYO CLÍNICO DE PACIENTE ÚNICO EN DERMATOLOGÍA

R. Pardavila Riveiro, I. García-Doval, M.T. Abalde, R. Oliveira<sup>a</sup>, C. Feal, C. de la Torre, A. Conde-Taboada, E. Mayo-Pampín, B. González-Sixto, A. Flórez, E. Rosón y M.J. Cruces

*Servicios de Dermatología y "Farmacia. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** El ensayo clínico de paciente único es una forma de prueba terapéutica consistente en la administración de placebo o tratamiento en periodos sucesivos con una valoración a ciegas de la respuesta, que puede ser muy útil en dermatología.

**Caso clínico.** Varón de 56 años que acude a la consulta por formación de heridas y ampollas con traumatismos mínimos de un año de evolución. A la exploración física se apreciaban ampollas tensas localizadas simétricamente en muslos, tronco y extremidades superiores. Se llegó al diagnóstico de una forma peculiar de epidermolisis ampollosa simple. Ante la incertidumbre terapéutica decidimos realizar un ensayo clínico de paciente único para valorar la eficacia de la tetraciclina para controlar su sintomatología.

**Discusión.** Describimos un caso clínico de epidermolisis ampollosa simple, singular por su inicio en la sexta década y su asociación con síndrome nefrótico y polineuropatía desmielinizante. Un ensayo clínico de paciente único nos permitió establecer la utilidad del tratamiento con tetraciclina para disminuir el número de nuevas ampollas. Este ensayo permite al paciente escoger la mejor opción terapéutica y evitar un tratamiento prolongado en el caso de que sea ineficaz, por lo que puede ser útil frecuentemente.

## 24. TRATAMIENTO DE LAS TELANGIECTASIAS EN LA ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER

B. Fernández-Jorge, J. del Pozo, J. Rodríguez-Lozano, S. Paradelo, I. Castiñeiras, C. Martínez-Gómez, M. Mazaira, R. Fernández-Torres y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.*

**Introducción.** La telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) o enfermedad de Rendu-Osler-Weber es un trastorno autosómico dominante caracterizado por la asociación de epistaxis, telangiectasias mucocutáneas y malformaciones arteriovenosas viscerales. Las telangiectasias mucocutáneas son su signo más característico y, aunque tradicionalmente se han considerado meramente como un problema estético, pueden ocasionar hemorragias repetitivas, que dificultan las relaciones sociales de estos pacientes.

**Pacientes y métodos.** Mediante un sistema de luz intensa (IPL) asociado con un láser Nd-YAG de pulso largo (Photoderm-Vasculight, Lumenis) se trataron las telangiectasias cutáneas y labiales de tres pacientes. Las lesiones labiales y cutáneas incipientes se trataron con el sistema IPL, mientras que las lesiones cutáneas más gruesas o persistentes precisaron de láser Nd-YAG de pulso largo o de la combinación de ambas modalidades terapéuticas.

**Resultados.** Todos los pacientes experimentaron una reducción en la frecuencia y cuantía de los episodios hemorrágicos, así como una importante mejoría estética, con desaparición de las lesiones y sin efectos secundarios adversos, tales como púrpura, hipo/hiperpigmentaciones o cicatrices. Además, los tratamientos se realizaron de forma ambulatoria y sin anestesia, siendo bien tolerados por los enfermos. No se objetivaron recidivas durante un periodo de seguimiento de 24 meses.

**Discusión.** En la actualidad, el láser se ha convertido en la primera opción terapéutica en el tratamiento de las telangiectasias cutáneas. Aunque se han utilizado diversos tipos de láser en la THH para disminuir o eliminar las telangiectasias (el Nd-YAG, el láser de argón, *tunable dye lasers*, etc.), la combinación de un sistema IPL con un láser de Nd-YAG todavía no ha sido descrita y aporta ventajas sobre los demás sistemas. El IPL es útil en el tratamiento de las lesiones labiales y cutáneas superficiales presentes en la THH de corta evolución, como es el caso de nuestra tercera paciente. El Nd-YAG debe reservarse, por el riesgo de cicatrización anormal, para las lesiones más profundas o antiguas (primera y segunda paciente). Debido a nuestros resultados satisfactorios, creemos que el IPL asociado al láser de pulso largo Nd-YAG es una opción terapéutica segura y eficaz en el tratamiento de las lesiones cutáneas y labiales de los enfermos de THH, que permite mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**25. ADENOMATOSIS EROSIVA DEL PEZÓN  
(PÓSTER)**

B. Monteagudo, C. de las Heras, C. Aguilera<sup>a</sup>,  
M.<sup>a</sup>M. Used-Aznar<sup>b</sup>, J.A. García-Rego<sup>b</sup> y J.M.<sup>a</sup> Cacharrón

*Servicios de Dermatología, <sup>a</sup>Radiología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos.  
Ferrol. España.*

El pezón y la areola pueden afectarse por diversos procesos inflamatorios o neoplásicos. La adenomatosis erosiva del pezón, también denominada adenoma papilar o papilomatosis florida

del pezón, es una neoplasia benigna que suele ocurrir en mujeres en la quinta década de la vida. Suele tratarse de una lesión unilateral con erosión, enrojecimiento o ulceración a nivel del pezón. Presentamos dos pacientes, un varón y una mujer, vistos en los últimos 4 meses en nuestro Servicio por secreción sero-sanguinolenta a nivel de un pezón. El estudio histopatológico confirmó la sospecha diagnóstica de adenomatosis erosiva del pezón. Se trata de un tumor benigno, y la extirpación quirúrgica simple de la lesión es curativa. La posible evolución a un adenocarcinoma de mama ha sido discutida y estudiada en distintos trabajos.

# XXXVI REUNIÓN DE LA SECCIÓN GALLEGA DE LA AEDV

## Sanxenxo, 12 de mayo de 2007

### 1. CRIPTOCOCOSIS CUTÁNEA PRIMARIA EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO

C. Posada, R. Pardavila, C. de la Torre, B. González Sixto, A. García Cruz, I. García Doval, C. Feal, E. Rosón, T. Rodríguez Granados, M. Abalde, A. Flórez, V. Pulían y M. Cruces

*Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** La criptococosis cutánea es, de forma más frecuente, secundaria a enfermedad diseminada en pacientes inmunodeprimidos. La forma primaria es una forma más rara que puede afectar también a pacientes inmunocompetentes y con pronóstico más favorable.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 66 años con antecedentes hace 2 años de adenocarcinoma de recto con metástasis hepáticas, tratado con cirugía y quimioterapia. En su evolución, tres meses antes de su actual consulta, se descubre metástasis cerebral única por lo que recibió radioterapia holocraneal y radiocirugía, iniciándose tratamiento con fenitoína y dexametasona en pauta descendente. El paciente nos es remitido para evaluación de lesiones en miembro superior derecho. Sin antecedentes de traumatismo previo refiere la aparición de una lesión eritematosa en palma de mano con posterior ulceración. De forma subsiguiente nota la presencia de lesiones nodulares eritematosas y levemente pruriginosas con disposición lineal. El paciente recibió tratamiento antibiótico con mejoría de la lesión ulcerada y persistencia de nódulos que mostraron tendencia al reblandecimiento sin ulceración. Se realizó biopsia de la lesión palmar y punción aspiración de uno de los nódulos, que mostró una dermatitis con hiperplasia epidérmica y patrón mixto granulomatoso y supurativo con necrosis y presencia de abundantes estructuras micóticas. El cultivo confirmó la existencia de *Cryptococcus neoformans*. No se evidenció enfermedad extracutánea. El tratamiento con flucanazol oral condujo a la curación del cuadro en menos de un mes.

**Discusión.** Presentamos un nuevo caso de criptococosis cutánea primaria en un paciente con tratamiento corticoideo sistémico y neoplasia metastásica de base con una respuesta excelente a flucanazol.

### 2. TUMOR BASOMELANOCÍTICO MALIGNO: PRESENTACIÓN DE UN NUEVO CASO

R. Pardavila, C. de la Torre, T. Rodríguez-Granados, B. González-Sixto, C. Posada, A. García-Cruz, I. García-Doval, C. Feal, E. Rosón, M. Abalde, A. Flórez y M. Cruces

*Complejo hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** Se denominan tumores bifásicos aquellos que presentan una íntima mezcla de 2 tipos celulares diferentes, en contraste con los tumores de colisión que son aquellos que resultan de la combinación de neoplasias originalmente separadas. Los tumores bifásicos con componentes epiteliales y melanocíticos son raros.

**Caso clínico.** Varón de 78 años al que previamente se había realizado exéresis de carcinoma basocelular en la frente. En la primera revisión tras la cirugía se observan nuevas lesiones loca-

lizadas en área facial, que habían crecido, sugestivas clínicamente de carcinomas basocelulares. Se realizó exéresis y estudio anatomopatológico de las mismas, encontrándose localizada en mejilla izquierda una tumoración de tipo carcinoma basocelular, con áreas indiferenciadas de alto grado y con presencia de células pigmentarias. Sus características histológicas e inmunofenotípicas sugirieron el diagnóstico del recientemente descrito tumor basomelanocítico maligno.

**Discusión.** El tumor basomelanocítico maligno es una entidad relativamente reciente descrita por Erickson et al en 2004. La apariencia clínica en los pocos casos descritos hasta la fecha es la de un carcinoma basocelular, observándose en el estudio histopatológico una mezcla de 2 componentes (queratinocitos y melanocitos) fenotípicamente distintos aunque arquitecturalmente inseparables, presentando algunas células simultáneamente marcadores de ambos linajes. Esto permite diferenciarlo de los tumores de colisión en los que ambos componentes estarían distintamente separados. Las características de los melanocitos presentes en estas lesiones nos permiten además diferenciarlas de una colonización melanocítica de la neoplasia epitelial. Parece ser que estos tumores son expresión de una diferenciación dual a lo largo de líneas melanocíticas y epiteliales, producida por mutaciones genómicas aleatorias según la mayoría de los autores, sin embargo, Rodríguez et al, van más allá y plantean la hipótesis de un origen común de melanocitos y queratinocitos desde el ectodermo.

### 3. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA QUINACRINA COMO TRATAMIENTO DEL LUPUS CUTÁNEO: SERIE DE CASOS

B. González-Sixto, I. García-Doval, R. Oliveira<sup>a</sup>, E. Mayo, R. Pardavila, C. Posada, C. de la Torre, T. Rodríguez, C. Feal, E. Rosón, M.T. Abalde, A. Flórez, A. García-Cruz y M. Cruces

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Farmacia. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

Los antimaláricos de primera elección en el lupus cutáneo son la hidroxicloroquina y la cloroquina. La quinacrina es poco utilizada fundamentalmente por no estar comercializada y por la ausencia de información sobre su utilización. Es eficaz en combinación con otros antimaláricos y en monoterapia. Como estructuralmente es distinta, presenta una ventaja sobre los anteriores al no haberse demostrado toxicidad retiniana con su uso. Se utiliza en las siguientes situaciones: a) cuando existe una mala respuesta al tratamiento con hidroxicloroquina y cloroquina, pudiendo asociarse con cualquiera de ellos al potenciar los efectos terapéuticos sin aumentar el riesgo de toxicidad retiniana; b) cuando existen alteraciones oculares previas al tratamiento con antimaláricos o bien se presentan tras el tratamiento con los mismos en situaciones en las que no hay alternativas terapéuticas con mejor relación beneficio-riesgo. Presentamos una serie de 9 casos de pacientes con lupus cutáneo que han recibido tratamiento con quinacrina en monoterapia o combinada con otros antimaláricos y resumimos los aspectos prácticos de este tratamiento.

#### 4. SÍNDROME DE HOWEL-EVANS

M.C. Martínez-González, J. García-Silva, A. Brage<sup>a</sup>, S. Paradelo, R. Fernández-Torres, J. Manuel Barja y E. Fonseca  
*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** El síndrome de Howel-Evans es una genodermatosis autosómica dominante muy infrecuente, caracterizada por queratodermia palmo-plantar focal no epidermolítica de desarrollo tardío. Estos pacientes tienen antecedentes familiares de cáncer esofágico y/o queratodermia y alcanzan un riesgo personal de desarrollo de dicho cáncer de un 95 % a lo largo de su vida, con una edad media diagnóstica del mismo de 45 años. La alteración genética se ha localizado en la zona 17q25.

**Caso clínico.** Mujer de 48 años ingresada por estenosis esofágica, en relación con cirugía por cáncer esofágico a la edad de 42 años. Presentaba callosidades palmo-plantares de larga evolución. Refería que una hermana había fallecido a los 28 años por un carcinoma esofágico y que su padre, hermano e hijos tenían las mismas alteraciones palmo-plantares. En la exploración se observaba queratodermia palmo-plantar amarillenta en áreas de presión, leucoqueratosis oral en empedrado, ausencia de alteraciones ungueales, hiperqueratosis folicular y adelgazamiento de las cejas. Su hermano e hijos presentaban las mismas alteraciones cutáneas. Con el diagnóstico de síndrome de Howel-Evans se inició tratamiento queratolítico tópico y se programaron estudios endoscópicos periódicos a los familiares para la detección precoz de cáncer de esófago o lesiones precancerosas.

**Discusión.** Presentamos una familia española con síndrome de Howel-Evans o tilosis palmo-plantar asociada a cáncer de esófago, cuya valoración dermatológica fue determinante para su correcto diagnóstico y manejo.

#### 5. ESCLEROSIS SISTÉMICA Y SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

R. Fernández-Torres, J. del Pozo, I. Castiñeiras, M. Mazaira, M. Almagro y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad generalizada del tejido conectivo caracterizada por inflamación y fibrosis de múltiples órganos incluyendo piel, articulaciones, tracto gastrointestinal, pulmón y riñones. Se han descrito multitud de asociaciones entre la ES y otras enfermedades. Presentamos el caso de un paciente con ES asociada a un síndrome mielodisplásico, una asociación raramente descrita.

**Caso clínico.** Paciente varón de 87 años que desde hace 2 años presenta induración simétrica de la piel que comenzó en la parte distal de las extremidades y se fue extendiendo al tronco. Entre sus antecedentes personales destaca hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome mielodisplásico diagnosticado 6 meses antes, por lo que estaba siendo tratado con enalapril, famotidina y piroxicam. El paciente refería fenómeno de Raynaud y, desde hacía meses, disnea y disfagia para sólidos. En la exploración física se observaban máculas telangiectásicas rojo-violáceas en mejillas y cuello, piel engrosada en extremidades, áreas hiper e hipopigmentadas en tronco, esclerodactilia y microstomía. En los exámenes de laboratorio se observaba anemia macrocítica, elevación de la velocidad de sedimentación globular, factor reumatoide y  $\beta_2$ -microglobulina. Los ANA eran positivos con patrón moteado. En la tomografía computarizada torácica no había alteraciones y las pruebas de función pulmonar mostraban un patrón moderadamente restrictivo. En las radiografías de las manos se observaba condrocalcionosis del fibrocartilago de la muñeca derecha. Se le realizó una biopsia cutánea con hallazgos compatibles con esclerodermia. Debido a la edad del paciente decidimos

instaurar tratamiento rehabilitador evitando otras medidas agresivas.

**Discusión.** Presentamos el caso de un paciente de edad avanzada con síndrome mielodisplásico que desarrolló ES de forma brusca. Aunque los mecanismos patogénicos exactos de la ES no se conocen, está descrito que el síndrome mielodisplásico puede ser una causa de microquimerismo, el cual está relacionado con el desarrollo de enfermedades autoinmunes, entre ellas la ES.

#### 6. TUBERCULOSIS CUTÁNEA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 15 AÑOS

B. Monteagudo, J.F. García-Rodríguez, C. de las Heras, J. Labandeira, A. Ramírez y J.M. Cacharrón

*Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. España.*

**Introducción.** La tuberculosis cutánea ha resurgido, y el lupus vulgar es la forma más frecuente en Europa. El objetivo de este estudio es conocer los hallazgos clínicos y epidemiológicos más destacados de la tuberculosis cutánea en el área sanitaria de Ferrol.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma prospectiva 1.139 pacientes con el diagnóstico de tuberculosis vistos en el área sanitaria de Ferrol en un período de 15 años. Todos los pacientes fueron estudiados en busca de afectación cutánea.

**Resultados.** De los 1.139 pacientes, se diagnosticaron 26 tuberculosis cutáneas verdaderas (2,2%). El escrofuloderma fue la forma más frecuente, y se detectó en 18 pacientes, seguida de lupus vulgar en 4. En los 18 pacientes con escrofuloderma apareció en 13 linfadenitis tuberculosa (72,2%), 6 tuberculosis pulmonar (33,3%), 6 tuberculosis ósea (33,3%) y 1 tuberculosis intestinal (5,5%).

**Conclusión.** El escrofuloderma es la forma clínica más frecuente, seguido del lupus vulgar. Debe descartarse afectación interna en la tuberculosis cutánea, sobre todo en el escrofuloderma.

#### 7. MASTOCITOSIS ANETODÉRMICA

R. Rodríguez-Lojo, J. del Pozo, M.T. Yebra-Pimentel<sup>a</sup>, M.M. Vereá, M. Almagro, J. Barja y E. Fonseca

*Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** La mastocitosis representa un amplio espectro de enfermedades en las que la proliferación de mastocitos puede afectar a diversos órganos, entre ellos la piel. A nivel cutáneo existen varias formas de expresión clínica, siendo las más frecuentes la urticaria pigmentosa, mastocitoma solitario, mastocitosis cutánea difusa y telangiectasia macular eruptiva persistente. Una forma excepcional de presentación de las mastocitosis es la variante anetodérmica de la cual presentamos un caso.

**Caso clínico.** Varón de 26 años, sin antecedentes médicos de interés, con numerosas lesiones anetodérmicas localizadas en tronco y extremidades superiores, de cuatro años de evolución. Se realizó estudio histológico que mostraba un importante infiltrado polimorfo perianexial y perivascular, con mastocitos en la dermis más alta, mientras que a nivel epidérmico apenas se apreciaban alteraciones relevantes. Con el diagnóstico probable de mastocitosis se realizó fricción de dichas lesiones que provocaba la aparición de edema y eritema (signo de Darier). Los parámetros analíticos estaban dentro de la normalidad, al igual que la serie ósea, la biopsia de médula ósea, la triptasa en sangre y la n-metil histamina en orina. Las lesiones cutáneas presentaron notable mejoría tras varias sesiones de terapia con PUVA.

**Discusión.** Los mecanismos implicados en la patogenia de la mastocitosis todavía no son conocidos con exactitud, aunque se cree que podría haber un desequilibrio entre la proliferación y la apoptosis de los mastocitos, incluso una mutación del gen c-kit.

Es sabido que toda una serie de mediadores liberados tras la degranulación de mastocitos provocaría, de modo más o menos directo, una alteración de las fibras de colágeno y elásticas, que justificaría la aparición de lesiones de aspecto laxo; si bien es cierto que estas lesiones anetodérmicas raramente son descritas en pacientes con mastocitosis. El tratamiento con PUVA descrito el las mastocitosis no había sido realizado previamente en estas formas anetodérmicas.

## 8. SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A FÁRMACOS Y VIRUS HERPES

M. Almagro, J. del Pozo, J.M. Barja, S. Paradelo, C. Martínez, I. Castiñeiras y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.*

**Introducción.** El síndrome de hipersensibilidad a fármacos (SHF) es una toxicodermia grave caracterizada por la tríada clínica de fiebre, exantema y afectación de órganos internos. Se desconoce su fisiopatología, pero recientemente se han implicado diversos virus herpes, aunque sobre todo virus herpes 6 (VHH-6).

**Casos clínicos.** *Caso 1.* Varón de 17 años en tratamiento con fenitoína, que presenta cuadro agudo caracterizado por fiebre, exantema morbiliforme, adenopatías y afectación hepática y renal severas. La serología demuestra una primoinfección por el virus de Epstein-Barr (VEB). El cuadro cede tras suspensión de fenitoína e instauración de corticoides sistémicos. *Caso 2.* Mujer de 57 años en tratamiento con ibuprofeno, que presenta cuadro consistente en fiebre, exantema morbiliforme, conjuntivitis y hepatitis aguda. En la analítica se objetiva un patrón serológico compatible con reactivación de VEB y citomegalovirus (CMV). Tras tratamiento esteroideo y suspensión de ibuprofeno ceden todas las manifestaciones. El estudio histológico de las lesiones cutáneas en ambos casos muestra hallazgos compatibles con una toxicodermia.

**Discusión.** La fisiopatología del SHF es desconocida, pero multifactorial. En los últimos años se han comunicado múltiples casos en los que se detecta reactivación de herpes virus, sobre todo VHH-6 y con menor frecuencia, virus herpes humano 7, VEB y CMV, que aparece en la fase tardía de la evolución. Se desconoce la causa de la reactivación viral y el papel que desempeñan los virus, pero existen múltiples evidencias de que la interacción virus-fármaco influye en la fisiopatología del SHF, así como en las manifestaciones clínicas y en la afectación orgánica. En nuestros casos hemos podido detectar la participación de VEB y CMV.

## 9. FIEBRE POR MORDEDURA DE RATA

J.M. Barja, M. Almagro, L. Castelo<sup>a</sup>, E. Sánchez<sup>a</sup>, D. Velasco<sup>b</sup>, F. Peña<sup>b</sup> y E. Fonseca

*Servicios de Dermatología, <sup>a</sup>Enfermedades Infecciosas y <sup>b</sup>Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.*

**Introducción.** La fiebre por mordedura de rata es una infección zoonótica con una clínica caracterizada por fiebre, lesiones cutáneas y poliartalgias migratorias. Se describen tres síndromes clínicos: la infección por *Streptobacillus moniliformis* que predomina en América y Europa, la enfermedad causada por *Spirillum minus* (Sodoku) que ocurre en Asia, y la forma inducida por la ingestión de agua o alimentos contaminados, llamada fiebre de Haverhill. Aunque es una infección de incidencia mundial, es muy rara en España.

**Caso clínico.** Se presenta el caso de un varón de 50 años que acude a nuestro hospital por fiebre alta, lesiones cutáneas y poliartalgias migratorias de diez días de evolución. Había sufrido una mordedura de rata salvaje 15 días antes del inicio de las manifestaciones clínicas. El examen físico demostró lesiones cutá-

neas de localización acral, que afectaban a cabeza, manos y pies caracterizadas por lesiones purpúricas y necróticas acompañadas de pápulas eritematosas y de pústulas hemorrágicas. Los estudios de laboratorio revelaron leucocitosis con neutrofilia y el resto de estudios bioquímicos, serológicos y radiológicos eran normales. En cultivos de sangre y de piel se aisló un bacilo gram-negativo, identificado como *Streptobacillus moniliformis*. El paciente se trató con cefotaxima consiguiéndose la remisión de las manifestaciones sistémicas y cutáneas.

**Discusión.** La fiebre por mordedura de rata se incluye en el diagnóstico diferencial de las enfermedades caracterizadas por fiebre, lesiones cutáneas y poliartalgias. Sin embargo, al ser una enfermedad excepcional en nuestro medio, se precisa realizar una detallada historia clínica para obtener el antecedente epidemiológico de contacto con roedores que permita elegir la mejor opción terapéutica e informar al microbiólogo de la posibilidad de este diagnóstico.

## 10. PORFIRIA CUTÁNEA TARDA Y HEMOCROMATOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Sánchez-Aguilar, A. Ramírez-Santos, J. García Gavín, M. Loureiro, M. Pereiro Jr. y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

Presentamos el caso de una paciente de 31 años de edad intervenida 6 años antes de un quiste de ovario y tratada con anticonceptivos orales hasta tres meses antes de la consulta. Refería de un año de evolución lesiones en manos que relacionaba con mínimos traumatismos. A la exploración se podía observar en dorso de ambas manos lesiones hiperpigmentadas maculosas, eritemato-violáceas, no se apreciaban lesiones de contenido líquido, en región malar presentaba una discreta hipertrichosis. En las pruebas complementarias se objetivó una elevación de la GGT, Fe, y de porfirinas en orina. La serología para virus de la hepatitis B y C resultó negativa. El estudio molecular de hemocromatosis para las mutaciones más frecuentes mostró un resultado heterocigoto para C282Y. La porfiria cutánea tarda, tanto la forma familiar como esporádica, se caracteriza clínicamente por fotosensibilidad y fragilidad cutánea, lesiones ampollosas, hiperpigmentación e hipertrichosis. Se han descrito diversos agentes desencadenantes: anticonceptivos, enolismo, sobrecarga de hierro como la hemocromatosis e infecciones por virus hepatotropos. La hemocromatosis es una enfermedad multisistémica que llega a producir insuficiencia hepática y se relaciona con mutaciones en el gen HFE siendo las más frecuentes la 282Y (en poblaciones europeas) y la H63D (distribución universal). La porfiria cutánea tarda puede ser por tanto, un marcador importante para estos pacientes y es conveniente realizar el estudio genético en ellos para detectar de forma temprana posibles hemocromatosis subclínicas.

## 11. VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA ESENCIAL

M. Cabanillas, J. Concheiro, J. García Gavín, L. Pérez Pérez, D. Sánchez-Aguilar, M. Ginarte y J. Toribio

*Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** La vasculitis crioglobulinémica es una forma de vasculitis sistémica mediada por inmunocomplejos con afectación de vasos de pequeño y mediano calibre.

**Descripción del caso.** Varón de 15 años de edad que ingresa en nuestro servicio para estudio de un cuadro de 1 año de evolución de brotes de lesiones eritematovioláceas con áreas erosivas en extremidades inferiores, sin clínica sistémica acompañante ni antecedentes

de introducción previa de fármacos o cuadros virales anteriores o simultáneos. La biopsia de una de las lesiones mostró la presencia de una vasculitis leucocitoclástica con trombos hialinos intravasculares. La inmunofluorescencia directa resultó positiva para IgG y C3 en vasos dérmicos. Los estudios analíticos e inmunológicos demostraron unas crioglobulinas positivas con criocrito > 1%, y las serologías para virus de la hepatitis B (VHB) y de la C (VHC) resultaron negativas. La evolución clínica fue favorable con tratamiento sintomático aunque presentando recidivas de menor intensidad.

**Discusión.** Las crioglobulinas son inmunoglobulinas circulantes que precipitan de forma reversible a causa del frío. En los síndromes crioglobulinémicos pueden afectarse distintos órganos, pero la mayoría de los pacientes presentan un cuadro crónico de púrpura palpable, artralgias y fatiga. Las manifestaciones cutáneas son especialmente útiles en el diagnóstico de esta entidad. La púrpura palpable en extremidades inferiores representa la manifestación más común de la vasculitis crioglobulinémica, en ocasiones asociada a ulceraciones o gangrenas digitales. La livedo reticularis o la urticaria por frío son otras posibles manifestaciones cutáneas. La asociación con VHC es especialmente frecuente en la crioglobulinemia mixta (75-90%).

## 12. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO DE ORIGEN PROFESIONAL EN DOS MUJERES JÓVENES

M. Loureiro, J. Concheiro, D. González Vilas, M.J. Seoane, V. Fernández-Redondo y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** Se define como dermatosis profesional toda afectación de la piel, mucosas o anexos, directa o indirectamente causada, condicionada, mantenida o agravada por todo aquello que sea utilizado en la actividad profesional o exista en el ambiente de trabajo (X Congreso ILA, 1983). Las dermatitis de contacto alérgicas profesionales se incluyen en España dentro de las dermatosis profesionales.

**Casos clínicos. Caso 1.** Mujer de 30 años de edad, encargada de la Boutique Purificación García, refiere brotes de lesiones cutáneas, muy pruriginosas, en pliegues de extremidades superiores, cintura y zona posterior del cuello. Se exacerba con el calor y la sudoración y la paciente delimita sus síntomas con ciertas prendas de su uniforme. La exploración dermatológica ponía de manifiesto signos de dermatitis atópica (párpados, perioral) y de posible dermatitis de contacto por prendas textiles. Las pruebas alérgicas de contacto con la serie Standard, ampliada, del GEIDCAC fueron negativas. La serie específica con alérgenos presentes en prendas de ropa mostraron una positividad para 10 tintes textiles, siendo especialmente llamativa para Disperse Blue 106 y Disperse Blue 124. **Caso 2.** Mujer de 28 años, con antecedentes personales de alergia a sales de níquel, ex peluquera, y actualmente operaria de FINSA. Refería desde hace un año, coincidiendo con un cambio en la cadena de producción, aparición de lesiones papulosas y pruriginosas en dorso de manos con progresión al dorso de antebrazos. Forma parte de su trabajo la alimentación de bobinas en crudo para tratar el papel, y a su unidad este llega impregnado con dos tipos de colas (resina-formol y melamina-formol). Su examen dermatológico mostraba un eczema en remisión, de aspecto numular, en dorso de mano izquierda, especialmente en primer dedo. Las pruebas alérgicas de contacto con la serie Standard, ampliada, del GEIDCAC mostraron positividad para el níquel, mercurio y quaternium. La batería específica de plásticos y colas (Chemotecnique) demostraron sensibilización con relevancia presente para la melanina-urea formaldehído y la metanamina.

**Comentarios.** Las dermatitis por prendas de vestir no son frecuentes, aunque los materiales empleados en su fabricación pueden ser irritantes y alérgicos. Su morfología clínica es variada

siendo los tintes textiles, azoicos, los colorantes más implicados. La identificación de colorantes textiles es un problema complejo siendo técnica de elección la cromatografía en capa fina. Las resinas de melamina-formaldehído (resinas aminoplásticas) se emplean como adhesivos, polvo de moldeo, enlaminados y conglomerados en la industria de la madera y del papel. Su capacidad de sensibilización es escasa. La carencia de protección adecuada y la presencia previa de dermatitis alérgica de contacto por níquel pudieron facilitar la presencia de esta reacción.

## 13. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA

L. Pérez-Pérez, M. Cabanillas, V. Fernández-Redondo, J. Labandeira y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** Los opioides son la base del tratamiento del dolor crónico moderado y severo. Recientemente se ha desarrollado la vía transdérmica como una alternativa segura y eficaz a la administración de opioides orales. La buprenorfina transdérmica es generalmente bien tolerada, aunque con relativa frecuencia se observan reacciones locales leves.

**Caso clínico.** Una paciente de 81 años había empleado Transtec® 35 µg/h parches durante dos semanas (Grünenthal, Madrid) para tratar su dolor óseo. Acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital para valoración dermatológica de varias lesiones pruriginosas en la espalda, donde se podían observar 5 placas rectangulares, eritematosas, con intensa vesiculación. Algunas estaban parcialmente cubiertas por costras melicéricas. Las lesiones se resolvieron tras tratamiento tópico con ácido fusídico y dexametasona valerato. Las pruebas epicutáneas revelaron una intensa positividad a las 48 y 96 horas para Transtec® 35 µg/h parches «tal cual» y buprenorfina tópica a distintas concentraciones.

**Comentarios.** Desde la introducción en el mercado de la buprenorfina transdérmica se han descrito escasas reacciones adversas, la mayoría de ellas locales y de carácter leve. Los efectos secundarios sistémicos son similares a los producidos tras la administración oral, aunque de menor intensidad. La dermatitis de contacto alérgica es un hallazgo raramente descrito, aunque probablemente en aumento debido al cada vez más difundido empleo de la buprenorfina transdérmica.

## 14. METÁSTASIS CUTÁNEAS EN EL CARCINOMA DE MAMA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

D. González Vilas, L. Pérez Pérez, J. Labandeira, C. Peteiro y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** La afectación metastásica cutánea derivada de neoplasias malignas es un hecho no demasiado raro en la práctica clínica, aunque puede pasar fácilmente desapercibido. Dentro de la patología maligna causante de las mismas, el cáncer de mama es una de las entidades que con mayor frecuencia metastatiza en piel.

**Descripción de los casos. Caso 1.** Mujer de 72 años de edad diagnosticada de carcinoma de mama estadio IV hace un año, consulta por múltiples lesiones eritematosas en región lateral de cuello, zona axilar y submamaria derecha cuya biopsia se informó como carcinoma metastásico mamario. **Caso 2.** Mujer de 79 años diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama con afectación ganglionar hace 12 años, es remitida por la aparición de dos lesiones nodulares en la zona de la cicatriz posmastectomía. La biopsia confirmó la presencia de carcinoma metastásico. **Caso 3.** Paciente de 61 años diagnosticada hace

14 años de carcinoma ductal infiltrante con afectación ganglionar. No datos de metástasis a distancia hasta que a los tres años posteriores al diagnóstico se objetivaron primeras metástasis cutáneas. A partir de entonces aparecieron nuevas metástasis que afectaron otros órganos. *Discusión.* Las metástasis cutáneas ocurren en un 0,7-9% de todos los pacientes con cáncer, siendo en ocasiones el primer signo de enfermedad diseminada. Uno de los tumores que con mayor frecuencia metastatiza en piel es el cáncer de mama. A modo de resaltar algunos aspectos del comportamiento de esta entidad, presentamos algunas características de estos tres casos vistos en nuestro servicio.

## 15. ENFERMEDAD DE CROHN Y MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

J. Concheiro, M. Cabanillas, M. Pereiro Jr., D. Sánchez-Aguilar y J. Toribio.

*Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

*Introducción.* La enfermedad de Crohn, junto con la colitis ulcerosa, forma parte de la denominada enfermedad inflamatoria intestinal. Se caracteriza por presentar una clínica fundamentalmente digestiva, que puede abarcar desde la boca hasta el ano. Asimismo, no es infrecuente que presente manifestaciones a nivel de otros órganos de la economía, siendo la piel uno de los más frecuentemente afectados.

*Caso clínico.* Mujer de 16 años de edad. Presenta psoriasis vulgar desde la infancia. Refiere un cuadro de diarrea sanguinolenta y adelgazamiento de 3 meses de evolución. En los días previos a su ingreso hospitalario comienza con un brote de lesiones localizadas fundamentalmente a nivel de cara anterior de ambas piernas, consistentes en nódulos, cubiertos por piel eritematosa, y dolorosos a la presión. Coincidentes con los mismos, comienza a los pocos días con un nuevo brote de lesiones, distribuidas fundamentalmente en extremidades y área facial, que se describen como pústulas de predominio folicular. El estudio microbiológico de las mismas fue negativo para hongos y bacterias. El estudio histopatológico de las primeras revela un engrosamiento de los septos interlobulillares, sin datos francos de vasculitis. El análisis histológico de las segundas nos revela un infiltrado neutrofílico preferentemente perifolicular. Por todo ello llegamos al diagnóstico de eritema nodoso y foliculitis neutrofílica estéril asociados a enfermedad de Crohn.

*Discusión.* Hasta al 44% de los pacientes con enfermedad de Crohn presentan manifestaciones cutáneas. Se suelen dividir en cinco subtipos: 1) enfermedad de Crohn metastásica, 2) contigua, 3) oral, 4) cambios cutáneos debidos a alteraciones nutricionales y 5) manifestaciones cutáneas «asociadas», siendo el eritema nodoso la expresión más frecuente entre estas últimas. La foliculitis neutrofílica estéril, otra manifestación asociada, tampoco es exclusiva de la enfermedad de Crohn, relacionándose con múltiples enfermedades sistémicas. Ambas entidades se asocian con relativa frecuencia a la enfermedad de Crohn de manera independiente, aunque es excepcional su aparición simultánea.

## 16. TUNGIASIS; ECTOPARASITOSIS EMERGENTE A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A. Ramírez-Santos, M. Loureiro, C. Peteiro, M. Ginarte y J. Toribio

*Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

*Introducción.* La tungiasis es una infección cutánea causada por la pulga *Tunga penetrans* endémica en zonas tropicales y cuya

incidencia está aumentando en el mundo occidental fundamentalmente en turistas, inmigrantes, militares y niños adoptados. En la mayoría de los casos el antecedente de viaje a estas zonas y el conocimiento de las lesiones clínicas son suficientes para llegar al diagnóstico.

*Casos clínicos.* Se presentan dos casos vistos recientemente en nuestro servicio en dos turistas que habían visitado Brasil y presentaban varias lesiones en pies que fueron extirpadas quirúrgicamente. En los cortes histológicos se apreciaban diversas estructuras del parásito (huevos, anillos traqueales y exoesqueleto) que apoyaban el diagnóstico de sospecha clínica.

*Discusión.* La tungiasis se considera una parasitosis emergente en nuestro medio que el dermatólogo debe sospechar ante la presencia de lesiones en pies, hiperqueratósicas, blanquecinas, bien delimitadas y con un punto central necrótico, sobre todo si se trata de pacientes que han caminado descalzos por suelos arenosos de zonas endémicas.

## 17. CARCINOMA BASOCELULAR DE VULVA

J. García Gavin, A. Ramírez Santos, D. González Vilas, M.ªD. Sánchez-Aguilar, M.ªM. Pereiro Ferreiros y J. Toribio  
*Servicio de Dermatología. CHUS. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

*Introducción.* El carcinoma basocelular de vulva es una presentación atípica de esta entidad neoplásica que conviene considerar en el diagnóstico diferencial de las lesiones persistentes de esta localización.

*Caso clínico.* Mujer de 85 años de edad, monja, que acude a la consulta para valoración de lesión en labio mayor de vulva, de 3 años de evolución que ha crecido progresivamente, con sangrado ocasional y dolor en los últimos meses. Tras estudio histopatológico se confirma el diagnóstico de carcinoma basocelular de vulva, se descarta patología neoplásica concomitante realizándose una vulvectomía total en el Servicio de Ginecología. Actualmente la paciente no presenta evidencia de recidiva local.

*Discusión.* El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo más frecuente, si bien la localización de vulva es poco frecuente, representa el 2-3% de los tumores que asientan en esta localización y menos del 1% del total de los basocelulares; el riesgo de recidiva local y la posible asociación con otras neoplasias obliga a un diagnóstico cuidadoso, que en muchas ocasiones se dificulta por la reticencia de las pacientes a consultar. Con el diagnóstico de sospecha es obligada la biopsia, y una vez confirmado es conveniente realizar un estudio de extensión y patología concomitante. El tratamiento puede ser conservador, mediante escisión simple, si bien el elevado riesgo de recidiva motiva en muchas ocasiones intervenciones más agresivas (hemivulvectomía o vulvectomía).

## 18. CARCINOMA MUCINOSO CUTÁNEO

S. Paradelo, M. Almagro, I. Castiñeiras, C. Martínez, M. Mazaira, R. Fernández-Torres y E. Fonseca  
*Servicio de Dermatología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. España.*

*Planteamiento del tema.* El carcinoma mucinoso ecrico es un tumor aneural infrecuente derivado de las glándulas sudoríparas que suele aparecer en la sexta-séptima década de la vida y se localiza generalmente en el párpado y región periorbitaria. El principal diagnóstico diferencial es el carcinoma mucinoso cutáneo metastásico de origen mamario y digestivo, y la invasión directa de la piel a partir de una neoplasia subyacente.

*Historia clínica.* Paciente de 83 años que consulta por la presencia de lesiones cutáneas en hemitórax derecho de tres años de evolución. Había sido diagnosticada 10 años antes de carcinoma

mucinoso ecrrino axilar localizado exclusivamente en la piel que fue tratado mediante exéresis quirúrgica. Seis años después, presentó una recidiva que fue reextirpada y tratada con radioterapia local. Los estudios de extensión y la mamografía fueron negativos. Desde entonces, comenzó con la aparición progresiva de lesiones cutáneas diseminadas por el hombro y la región deltoidea que se extendieron desde la mama derecha hasta la región infraescapular del mismo lado.

**Discusión.** A la exploración se observaban múltiples lesiones exofíticas agrupadas formando una placa con marcada infiltración cutánea, ulceración de la zona supraclavicular, adenopatías axilares derechas y linfedema en el miembro superior ipsilateral. En la tomografía axial computarizada cervico-tóraco-abdominal se objetivó una diseminación cutánea extensa con infiltración de los ganglios axilares ipsilaterales y dudosa participación pulmonar, y la mamografía nuevamente no mostró signos de patología mamaria intrínseca. Se realizó una biopsia cutánea en la que se observó un tumor dérmico que invadía los vasos linfáticos constituido por islotes de células flotando en lagos de mucina extracelular, positiva con azul Alcian. En las células tumorales se apreciaban datos de atipia nuclear y ocasionales luces intracitoplasmáticas. El estudio inmunohistoquímico demostró que el tumor era negativo para CK20 y receptores de estrógenos y progesterona, y positivo para CK7, CEA, EMA, GCDPF-15 y c-erB-2. Se estableció el diagnóstico de carcinoma mucinoso de probable origen ecrrino o mamario, y se realizó tratamiento paliativo con láser CO<sub>2</sub> después de que el Servicio de Oncología desestimase otras opciones terapéuticas.

**Conclusión.** Se trata de un caso de carcinoma mucinoso cutáneo metastásico que plantea la dificultad de establecer el origen del tumor primario. El estudio inmunohistoquímico permitió descartar un origen gastrointestinal. La evolución durante 10 años de las lesiones, así como la ausencia de afectación intrínseca de la mama en las pruebas de imagen realizadas repetidamente, no apoyan el origen mamario. Tampoco se detectó la presencia de un componente *in situ* o células mioepiteliales que sugiriesen el origen cutáneo, y la invasión de ganglios regionales es excepcional en el carcinoma mucinoso primario ecrrino. Sin embargo, algunos autores han descrito un comportamiento más agresivo en aquellos tumores que asientan en la proximidad de cadenas ganglionares, como los de la axila o la vulva. Finalmente, teniendo en cuenta la localización de las lesiones, tampoco puede excluirse totalmente su origen a partir de un ducto lactífero intradérmico o una mama accesoria axilar.

## 19. ULCERACIONES EN CODOS Y PABELLONES AURICULARES

J. del Pozo, M. Almagro, M.T. Yebra-Pimentel, B. Fernández-Jorge, R. Fernández-Torres, M.M. Vereca y E. Fonseca

*Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** La pravastatina es un fármaco hipolipemiante que inhibe de forma competitiva la enzima llave en la síntesis del colesterol. El efecto adverso más importante relacionado con este fármaco es la miopatía, pero se han descrito diversas reacciones cutáneas relacionadas con la pravastatina como angioedema, eczemas generalizados, exantemas (1-10%), eritema multiforme, síndrome de Steven-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, dermatomiositis, episodios de *flushing*, erupciones liquenoides, lupus eritematoso, fotosensibilidad, urticaria, vasculitis, ginecomastia, porfiria cutánea tarda y estomatitis.

**Caso clínico.** Un varón de 70 años acudió a nuestra consulta por presentar ulceraciones y necrosis de los pabellones auriculares y úlceras en ambos codos de 3 años de evolución. Tras la realiza-

ción de varios tratamientos tópicos el paciente no experimentó mejoría alguna. Dentro de sus antecedentes personales destacaba un carcinoma epidermoide de lengua intervenido en 1984 sin tratamientos coadyuvantes, e hipercolesterolemia de varios años de evolución tratada con pravastatina a dosis de 20 mg/día. Se realizaron dos biopsias cutáneas que no revelaron cambios específicos. El estudio analítico mostró síntomas de miopatía severa sin otras alteraciones. Tras el alta y tres meses después de suspender la pravastatina, se resolvió la miopatía, cicatrizaron las lesiones de los pabellones residuales con importantes defectos de tejido residuales y cerraron las úlceras de los codos. Dieciocho meses tras este hecho no ha habido recidiva de ninguna de las lesiones referidas.

**Discusión.** Las ulceraciones cutáneas y la necrosis no son efectos adversos relacionados de forma previa con la pravastatina. En nuestro paciente la resolución de la miopatía y las ulceraciones tras suspender el tratamiento, sugieren una implicación directa del fármaco con las lesiones cutáneas. El mecanismo de acción de este efecto adverso de la pravastatina sin embargo es desconocido.

## 20. MILLIA EN PLACA POSFOTODERMATITIS. TRATAMIENTO CON LÁSER CO<sub>2</sub>

M. Mazaira, J. del Pozo, J. Rodríguez-Lozano, B. Fernández-Jorge, I. Castiñeiras, S. Paradelo, M.C. Martínez y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** Los millia son pequeños quistes epidérmicos que clínicamente se presentan como pápulas subepidérmicas de 1-2 mm de color blanco amarillento. Son bastante frecuentes y pueden aparecer en todas las edades de la vida. Estas lesiones pueden ser primarias sobre todo en la cara o secundarias a otros procesos en que tras una pérdida de continuidad de la epidermis haya un proceso de reepitelización tales como enfermedades ampollas, ulceraciones superficiales, traumatismos o procedimientos estéticos. También pueden presentarse en regiones de atrofia inducida por la aplicación tópica de corticoides.

**Caso clínico.** Mujer de 30 años, profesora, sin animales domésticos, que vive en medio urbano. Entre sus antecedentes destaca alergia al ketoprofeno y dermatitis atópica. Consulta por pápulas milimétricas, semitranslúcidas y amarillentas agrupadas en placas en nuca y nalga. Un año antes había desarrollado una dermatitis fotoalérgica tras la aplicación tópica de ketoprofeno (Fastum gel). Se decidió tratamiento con láser de CO<sub>2</sub> en modo superpulsado a 2 W/cm<sup>2</sup>. Se realizó un primer pase eliminando los detritus con una gasa húmeda, con la ayuda de una pinza se eliminaron todos los quistes y posteriormente se realizó un segundo pase con los mismos parámetros. El resultado estético fue excelente con desaparición de las lesiones que no han vuelto a aparecer hasta la actualidad.

**Discusión.** El tratamiento habitual del quiste de millium único o en pequeño número de lesiones es la incisión con un bisturí o aguja, haciendo una incisión intraepidérmica y extrayendo el contenido. En los casos múltiples se han descrito tratamientos con extractores de comedones, e incluso con electrocirugía. En la cara cuando existen lesiones múltiples el tratamiento con retinoides tópicos permite reducir de forma eficaz el número y facilita su resección. Nosotros pensamos que el tratamiento con láser CO<sub>2</sub> es una buena alternativa terapéutica cuando el número de lesiones es elevado porque nos permite tratar un gran número de lesiones en pocos minutos, y aunque conlleva riesgos como la formación de cicatrices, con una técnica y unos cuidados postoperatorios adecuados, éstos se minimizan para obtener un buen resultado estético.

## 21. DERMATOSIS Y PIEL NEGRA

F. Valdés-Tascón

*Unidad de Dermatología, Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.*

Los procesos de migración en la zona norte de Lugo han implicado principalmente la llegada de personas de raza negra procedentes de Cabo Verde. Estos pacientes ponen de manifiesto la dificultad del diagnóstico de alguna de las patologías presentadas debido a las características étnicas y sociales de este grupo poblacional. Se presenta la experiencia hospitalaria dermatológica en el Área Sanitaria del Hospital da Costa desde 1998 hasta la actualidad a este respecto. Paralelamente se comentan las características de la piel negra y los datos más significativos de las dermatosis más relevantes en la piel de color.

## 22. NUEVA OPCIÓN DE TRATAMIENTO PARA HIDROCISTOMAS ECRINOS MÚLTIPLES

H. Vázquez-Veiga, M.J. Seoane-Pose, M.T. Fernández-Blanco, E. Boado-Rial, R. Gómez-Figueira y J.M. Suárez-Peñaranda<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. Hospital de Conxo y <sup>a</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. España.*

**Introducción.** Los hidrocistomas ecrinos múltiples (HEM) son considerados dilataciones quísticas de los conductos ecrinos por

retención de sus secreciones. Más frecuentes en mujeres de mediana edad, se manifiestan o empeoran durante el verano o con el calor. Como tratamiento se ha sugerido el uso del láser de CO<sub>2</sub>, electrodesecación, ácido glicólico al 25 %, sales de aluminio, antisudorales sistémicos como diltiacen, clonidina, oxibutinina, entre otros, sin resultados satisfactorios.

**Caso clínico.** Una paciente de 41 años acude a nuestra consulta por presentar pequeñas lesiones quísticas, traslúcidas, duras, en frente, sienes, nariz, mejillas, labio superior y mentón, que empeoraban en verano, desde tres años atrás. Había sido diagnosticada y tratada de rosácea sin mejoría. Con el diagnóstico clínico de HEM, se realizó confirmación histológica. Tratada con diltiacen, clonidina y antisudorales tópicos no mejoró, por lo que en el siguiente verano se realizó tratamiento con toxina botulínica A.

**Discusión.** Los tratamientos clásicos de los HEM son decepcionantes. Nosotros hemos tratado a una paciente afecta de esta entidad con toxina botulínica A con un resultado excelente, siendo esta técnica de fácil realización, sin riesgos de cicatrices y postoperatorio sencillo. La duración de seis meses del efecto de la toxina, hace que una sola infiltración en primavera, sea suficiente para estar todo el año libre de lesiones.

**Conclusiones.** Los HEM son lesiones quísticas infrecuentes en la consulta habitual y con el caso de una mujer de 41 años con esta enfermedad y respuesta satisfactoria al tratamiento con toxina botulínica A, se confirma la publicación de Blugerman et al en 2003.

# XXXVII REUNIÓN DE LA SECCIÓN GALLEGA DE LA AEDV

## Ferrol, 31 de mayo de 2007

### 1. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A DIETILTIOUREA POR UN TRAJE DE PESCA DE NEOPRENO

M.C. Martínez-González, J. Goday-Buján, M. Almagro, R. Rodríguez-Lojo, J. Barja y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

La dietiltiourea, como otros compuestos del grupo de las tioureas, se usa frecuentemente en la industria de las gomas y en la fabricación de neopreno. Estos compuestos pueden producir tanto dermatitis alérgica de contacto (DAC) como fotodermatitis alérgica de contacto. El número de casos publicados de DAC es relativamente bajo y se compone de series cortas o casos aislados.

**Caso clínico.** Varón de 41 años aficionado a la pesca, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por erupción cutánea generalizada que precisó ingreso hospitalario. El cuadro había comenzado de forma brusca al finalizar un día de pesca en el que llevaba un traje de aguas de neopreno. En el momento del ingreso se evidenciaba una erupción cutánea eritematosa, exudativa y con abundantes lesiones de rascamiento en el tronco, las palmas y las extremidades inferiores, donde presentaba impetiginización. Fue valorado por el Servicio de Dermatología que sugirió el diagnóstico de DAC a neopreno, por los datos de la anamnesis y la clínica del paciente, que evidenciaba lesiones cutáneas expresamente en las zonas que habían estado en contacto estrecho con el traje de neopreno y tenían cierto aspecto purpúrico en algunas áreas. El paciente fue tratado con amoxicilina-clavulánico, antihistamínicos y prednisona vía oral (al inicio 40 mg/día), así como corticoides tópicos, con mejoría rápida. En las pruebas epicutáneas estándar y batería de gomas, se encontró positividad únicamente para la dietiltiourea (++), tanto a las 48 como a las 96 horas, siendo el resultado claramente relevante, dada la presencia habitual de estos compuestos en el neopreno. Tras evitar el uso de prendas de neopreno y gomas, el paciente permanece asintomático. Las tioureas no están incluidas en la batería estándar del GEIDC (Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto). En estos casos debe utilizarse una batería especial de gomas, que contenga compuestos de tiourea para llegar al diagnóstico etiológico de la enfermedad y evitar que los casos de DAC por tioureas queden sin diagnosticar. Aportamos un nuevo caso de DAC no ocupacional a dietiltiourea, por uso de un traje de aguas de neopreno y revisamos la bibliografía de los pocos casos publicados.

### 2. NECROSIS CUTÁNEA POR *FUSARIUM*

J. Rodríguez-Lozano, I. Castiñeiras, M. Almagro, M. Mazaira, R. Fernández-Torres, J. Barja, R. Rodríguez-Lojo y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** La fusariosis es una micosis que afecta fundamentalmente a pacientes inmunosuprimidos.

**Historia clínica.** Mujer de 72 años, que ingresa por lesiones ampollas y necróticas que comenzaron en mama derecha, no dolorosas, que se fueron generalizando, afectando sobre todo a

áreas de extensión. Antecedentes patológicos sin interés. Exploración física: ampollas vacías desecadas, sin datos de sobreinfección, en región deltoidea derecha y muslo derecho. Nikolsky negativo. No afectación de mucosas. Extensa lesión necrótica en mama derecha. En miembros inferiores placas eritematosas no calientes sin borde definido. Pruebas complementarias: hemograma normal. Bioquímica: urea 139, Cr 1,90. Urianálisis normal. Hormonas: PTH 183. Ac anti-piel: anti sustancia intercelular positivo 1/80; anti membrana basal negativo. Serologías virus hepatitis B (VHB) y C (VHC), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) negativas. Proteinograma normal. P reumáticas normal. Complemento normal. ANA y ANCA negativos. Ag del criptococo negativo. Cultivo de biopsia cutánea: se aíslan abundantes colonias de *Fusarium* sp. Estudio de coagulación normal. Cultivo para virus herpes simple (VHS) negativo. Cultivo de micobacterias negativo. Biopsia: necrosis de la epidermis con microtrombos de fibrina. Abundantes hongos en forma de hifas septadas, que invaden epidermis y dermis, inmunohistoquímica negativa para *Aspergillus*. Mantoux negativo. Radiografía de tórax normal. Radiografía de partes blandas: no se observan calcificaciones. Se decide tratamiento con itraconazol, con resolución completa del cuadro en 2 meses.

**Discusión.** Las causas de necrosis cutánea son muy diversas, por lo que es necesario realizar un estudio etiológico amplio. El papel de *Fusarium* puede ser discutido, pero la existencia de elementos fúngicos en dermis, junto con la respuesta al tratamiento apoyan su papel etiológico. Aunque no se ha objetivado ninguna causa de inmunosupresión, la inmunosenescencia podría desempeñar un papel.

### 3. MICETOMA

F. Valdés

*Unidad de Dermatología. Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.*

El micetoma es una infección crónica causada por diversas especies de hongos o actinomicetos que produce destrucción de la piel, tejidos blandos y huesos. Se presenta el caso de una mujer de 40 años de edad de nacionalidad caboverdiana que, tras una inoculación accidental en la planta derecha, comenzó con un aumento en el grosor de dicho pie acompañado de la formación de nódulos y fístulas por las que drenaba un material purulento con granos oscuros en su interior. Se confirmó microbiológicamente el origen de la infección aislándose *Madurella mycetomatis*. El micetoma es más frecuente en climas tropicales y subtropicales en personas que caminan descalzas y tienen una higiene deficiente. Dado que los traumatismos favorecen su inoculación la mayor parte de casos descritos se presentan en el pie, aunque puede afectarse cualquier parte del cuerpo. Suele ser de carácter indoloro y de curso progresivo pudiendo ocasionar una gran deformidad de la extremidad afecta. La afectación ósea origina cuadros de periostitis, osteomielitis y artritis. El diagnóstico diferencial debe plantearse con cuadros de osteomielitis bacteriana o tuberculosa o con la elefantiasis. La escasa respuesta de estos casos a los tratamientos antifúngicos lleva a muchos de estos pacientes a la cirugía radical como último recurso terapéutico. Se

revisan, entre otros aspectos, las características de esta enfermedad, tan poco frecuente en nuestro medio, así como las posibilidades terapéuticas que se pueden ofertar a este tipo de pacientes.

#### 4. QUERATODERMIA PALMOPLANTAR EPIDERMOLÍTICA

L. Pérez-Pérez, S. Calviño, J. González-Carrero<sup>a</sup>, F. Allegue, J.M. Fabeiro, J.L. Caeiro y A. Zulaica

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. España.*

**Introducción.** Las queratodermias palmoplantares constituyen un conjunto de entidades hereditarias y adquiridas que cursan con hiperqueratosis y pueden acompañarse de lesiones en otras áreas. Los antecedentes familiares y los hallazgos histopatológicos pueden resultar de gran ayuda para establecer el diagnóstico final de estos procesos. Describimos un caso de queratodermia palmo-plantar difusa cuyo estudio histológico reveló la presencia de hiperqueratosis epidermolítica.

**Caso clínico.** Una paciente de 42 años, ex toxicómana, consultó por lesiones hiperqueratósicas en palmas y plantas que presentaba desde la infancia. Según refería, su padre y otros familiares de la rama paterna presentaban lesiones similares. Había realizado tratamiento con emolientes sin haber apreciado mejoría significativa. En la exploración dermatológica destacaba la presencia de una marcada hiperqueratosis que afectaba palmas y plantas de forma difusa y simétrica, muy bien delimitada, con un ligero halo eritematoso periférico acompañante. La paciente refería haber presentado fisuras en alguna ocasión. El cabello, los dientes y las uñas eran de aspecto normal. Se realizó una biopsia de piel de planta, cuyo estudio mostró la presencia de hiperqueratosis orto-queratósica con degeneración vacuolar de los queratinocitos de los estratos espinoso y granular. La paciente inició tratamiento tópico con queratolíticos, reservándose los retinoides orales como alternativa terapéutica en función de la evolución.

**Comentarios.** La queratodermia palmoplantar epidermolítica o síndrome de Vörner es un cuadro infrecuente que muestra un patrón de herencia autosómico dominante. Se ha demostrado que esta entidad se debe a mutaciones producidas en los genes de la queratina 9, localizados en el brazo largo del cromosoma 17. Debuta en la infancia, con hiperqueratosis difusa en palmas y plantas, muy bien delimitada y con un reborde eritematoso característico. Los pacientes pueden presentar otras anomalías en dorso de dedos y uñas. En el estudio histológico se observa una hiperqueratosis epidermolítica característica, que no aparece en los casos de queratodermia palmoplantar difusa de tipo Unna-Thost. Queratolíticos, derivados tópicos de la vitamina D y retinoides son las principales alternativas terapéuticas, aunque la mejoría observada en muchos casos es poco satisfactoria.

#### 5. PÉNFIGO VULGAR CON FIBROSIS SUBMUCOSA ORAL Y MICROSTOMÍA SUBSECUENTE

R. Pardavila, I. García-Doval, C. de la Torre y M. Cruces

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** La afectación oral del pénfigo consiste en erosiones que curan sin dejar cicatriz.

**Caso clínico.** Paciente de 64 años a seguimiento en consulta de autoinmunes por pénfigo vulgar crónico de 14 años de evolución con afectación de mucosa oral, nasal y conjuntival. En revisiones sucesivas la paciente refiere dificultad para la apertura de la cavidad bucal observándose en la exploración un engrosamiento de los pilares del paladar que le provocaban microstomía. Se realizaron biopsias que fueron informadas de fibromas submucosos.

Se decidió tratamiento con inyecciones intralesionales de corticoides sin mejoría.

**Discusión.** Presentamos el caso de una paciente con pénfigo vulgar con afectación oral que presenta como complicación la presencia de fibromas submucosos en los pilares del paladar que le provocaban dificultad para la apertura de la cavidad bucal con microstomía. Hasta nuestro conocimiento sólo se ha publicado un caso similar en el año 1971 pero con lesiones localizadas en mucosa bucal que también dificultaban la movilidad de la mandíbula. En este caso respondieron bien al tratamiento con corticoides orales.

#### 6. MASTOCITOSIS SISTÉMICA ASOCIADA A LINFOMA NO HODGKINIANO ESPLÉNICO VELLOSO

R. Fernández-Torres, M.M. Vereá, P. Torres, M. Noya, A. Álvarez, M. Mazaira, J. García-Silva, M. Almagro y E. Fonseca

*Departamentos de Dermatología, Hematología y Anatomía Patológica. Hospital Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** El desarrollo de enfermedades hematológicas durante el curso de una mastocitosis sistémica (MS) es un hecho bien conocido, siendo sobre todo neoplasias de estirpe mielóide. El desarrollo de linfomas no hodgkinianos (LNH) ha sido descrito previamente en relación con MS pero esta asociación es rara y no bien establecida. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de MS que posteriormente desarrolla un LNH esplénico vellosa (LELV).

**Caso clínico.** Mujer de 65 años con lesiones papulares pruriginosas de coloración violácea, de 10 años de evolución, predominando en brazos y muslos, compatibles clínicamente con urticaria pigmentosa y confirmado por biopsia cutánea. En el aspirado de médula se observan mastocitos atípicos de gran tamaño, hipogranulares y en la biopsia hay celularidad disminuida, con presencia de algunos cúmulos linfoides y aumento focal de mastocitos alargados, indicativo de MS. A los 3 años en un control se observa linfocitosis, anemia, elevación de  $\beta_2$ -microglobulina y hepatoesplenomegalia. En el frotis sanguíneo los linfocitos presentan prolongaciones citoplasmáticas que sugerían tricoleucocitos variantes y un fenotipo de linfocitos B maduros con CD5 y CD23 negativo y expresión fuerte de CD22, FMC7 y CD20, hallazgos compatibles con el diagnóstico LELV. Ante el diagnóstico de mastocitosis sistémica y LELV se inicia tratamiento con clorambucil, con mejoría de las lesiones cutáneas del tronco.

**Discusión.** La MS asociada a una enfermedad clonal hematológica distinta a la estirpe de los mastocitos (MS-AHNMD) es una entidad recientemente descrita. En la mayoría de casos la MS se asocia a neoplasias mieloides como síndromes mieloproliferativos o mielodisplásicos. De todos ellos la asociación más frecuentemente descrita es con la leucemia mielomonocítica crónica. En el 2% de casos se asocia a enfermedades linfoides como la leucemia linfocítica aguda o LNH. Los pacientes con mastocitosis y enfermedad hematológica asociada deben ser tratados según el tipo de neoplasia asociada que es la que va a determinar el pronóstico.

#### 7. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

B. Monteagudo, M. Cabanillas, A. Vilar, F. Malo, M.M. Used-Aznar, J.A. García-Rego, C. de las Heras y J.M. Cacharrón

*Área Sanitaria de Ferrol. España.*

El carcinoma de células de Merkel (MCC) es un raro tumor cutáneo maligno de origen neuroendocrino, de mal pronóstico y evolución rápida, descrito por Toker en 1972. Suele presentarse como

una lesión nodular eritematosa de rápido crecimiento en personas mayores de 65 años. También se han descrito formas de presentación atípicas como mínima ulceración en la punta nasal, nódulos subcutáneos a nivel inguinal, tejido de granulación en un dedo de un pie o una placa extensa de coloración vinosa en región frontal. Aportamos dos nuevos casos de MCC vistos recientemente en nuestro Servicio. El MCC es un tumor infrecuente, con una incidencia anual cercana a los 0,4 casos por 100.000 habitantes. Es más frecuente en áreas fotoexpuestas como cabeza (fundamentalmente párpados y mejillas) y cuello, seguido de extremidades, glúteos y tronco. También se han descrito casos en mucosas, incluido labio inferior, mucosa oral, genital y región anal.

## 8. QUEILITIS ACTÍNICA CRÓNICA: REVISIÓN DE 43 CASOS TRATADOS CON LASER CO<sub>2</sub>

I. Castiñeiras, J. del Pozo, R. Fernández-Torres, M. Mazaira, R. Rodríguez-Lojo, J. Barja y E. Fonseca

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** La queilitis actínica es una lesión epitelial premaligna que afecta principalmente el bermellón del labio inferior. Las opciones de tratamiento empleadas para este proceso incluyen métodos invasivos y no invasivos. El tratamiento con láser CO<sub>2</sub> constituye una modalidad terapéutica eficaz y bien tolerada por los pacientes que permite obtener excelentes resultados terapéuticos, funcionales y cosméticos.

**Pacientes y métodos.** Se evalúan los resultados obtenidos en 43 pacientes con queilitis actínicas tratados con láser CO<sub>2</sub> en nuestro hospital en el período comprendido entre el año 2002 y 2006. En todos los pacientes incluidos en el estudio el período de seguimiento posterior al tratamiento fue superior a un año.

**Resultados.** Después de un período medio de seguimiento de 29,4 meses (13-60 meses), 3 de los 43 pacientes tratados presentaron recurrencia local de la lesión. Dos pacientes desarrollaron un carcinoma epidermoide en el área tratada 12 y 20 meses después del tratamiento con láser CO<sub>2</sub>. Dos pacientes presentaron una cicatriz residual, en ambos casos mínima, con un resultado funcional y cosmético aceptable. En todos los casos el tratamiento fue bien tolerado y tuvo buena aceptación por parte de los pacientes.

**Conclusión.** El tratamiento con láser CO<sub>2</sub> con un adecuado seguimiento posterior constituye una opción terapéutica eficaz para el tratamiento de pacientes con queilitis actínicas.

## 9. SARCOIDOSIS SUBCUTÁNEA EN PACIENTE TRATADA CON PEGINTERFERÓN ALFA Y RIBAVIRINA POR HEPATITIS C CRÓNICA

R. Rodríguez-Lojo, M. Almagro, M.T. Yebra-Pimentel<sup>a</sup>, W. Martínez, B. Fernández-Jorge, J.M. Barja y E. Fonseca

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida. En los últimos años se han descrito varios casos de reacciones granulomatosas con patrón sarcoide en pacientes con hepatitis C que reciben tratamiento con peginterferón alfa y ribavirina. Algunos de ellos afectan sólo a la piel, pero otros tienen participación extracutánea. Presentamos un caso de sarcoidosis subcutánea desarrollada durante el tratamiento combinado de hepatitis crónica por virus C.

**Caso clínico.** Mujer de 60 años con hepatitis C crónica, que seis meses después del inicio de tratamiento con interferón (IFN) alfa pegilado y ribavirina presenta nódulos subcutáneos, dolorosos, en extremidades. Con anterioridad, había sido diagnosticada de episodios recurrentes de vasculitis nodular. El estudio histológico mostraba múltiples granulomas no caseificantes en el tejido

celular subcutáneo, sugestivos de sarcoidosis subcutánea. El estudio de extensión descartó la existencia de afectación sistémica. Las lesiones cutáneas desaparecieron espontáneamente tras la interrupción del tratamiento.

**Discusión.** Las lesiones cutáneas asociadas a infección por virus hepatitis C (VHC) son diversas. Se han descrito diferentes tipos de paniculitis, entre ellos la vasculitis nodular. Además existen varios casos de sarcoidosis cutánea o sistémica en pacientes tratados con peginterferón alfa y ribavirina. Es posible que el estímulo antigénico del VHC y la respuesta inmunitaria inducida por IFN contribuyan a la formación de granulomas sarcoideos. La evolución es favorable si se suspende el tratamiento.

## 10. NECROSIS CUTÁNEA COMO COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO CON TERLIPRESINA

C. Posada, C. Feal, V. Álvarez<sup>a</sup>, M. Álvarez<sup>b</sup> y M.J. Cruces

*Servicios de Dermatología, <sup>a</sup>Digestivo y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

La terlipresina es un agente vasoconstrictor aprobado en el tratamiento de la hemorragia aguda por varices esofágicas. Se ha descrito su uso durante los últimos años en el síndrome hepatorenal, donde parece una alternativa eficaz y segura previa al trasplante. Presentamos el caso de un varón de 39 años de edad con cirrosis enólica ingresado en el Servicio de Digestivo por ascitis y episodio de hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera gástrica que remitió tras tratamiento endoscópico. No presentaba varices esofágicas ni encefalopatía y el cultivo de líquido ascítico fue normal. La analítica mostró una anemia secundaria severa y leucocitosis sin foco infeccioso. Desarrolló además un cuadro de insuficiencia renal en relación con síndrome hepatorenal por lo que se inició tratamiento con terlipresina. A las 48 horas de su instauración, el paciente comenzó con dolor y frialdad en partes distales de las cuatro extremidades y posterior desarrollo de grandes áreas de necrosis cutánea en ambos miembros inferiores. A pesar de la suspensión de la terlipresina, las lesiones no revirtieron y el paciente murió días más tarde. La terlipresina es un análogo de la vasopresina con similar efecto vasoconstrictor que ésta y otros análogos pero menor incidencia de complicaciones isquémicas. La mayoría son limitadas, sobre todo a nivel abdominal. Pero también se han descrito otros cuadros serios, entre ellos necrosis cutánea. Un estudio demostró una mayor sensibilidad de la piel al efecto vasoconstrictor de este fármaco. En conclusión, presentamos un caso de necrosis cutánea masiva de miembros inferiores en paciente a tratamiento con terlipresina. Aunque rara, debemos tener en consideración la posibilidad de complicaciones isquémicas periféricas.

## 11. CONCORDANCIA ENTRE OBSERVADORES EN LA SEMIOLOGÍA UNGUEAL

I. García-Doval<sup>a</sup>, M. Ginarte<sup>b</sup>, F. Cabo<sup>c</sup>, J. Labandeira<sup>b</sup>, B. Monteagudo<sup>d</sup>, M. Cabanillas<sup>d</sup>, J. Álvarez<sup>e</sup>, A. Flórez<sup>a</sup>, M.X. Rodríguez<sup>e</sup>, F. Allegue<sup>f</sup>, A. Zulaica<sup>f</sup>, C. de la Torre<sup>a</sup>, E. Rosón<sup>a</sup>, J. del Pozo<sup>g</sup>, M. Almagro<sup>g</sup> y M.T. Abalde<sup>h</sup>

*Servicios de Dermatología. <sup>a</sup>Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>b</sup>Complejo Universitario de Santiago. <sup>c</sup>Complejo Hospitalario de Ourense. <sup>d</sup>Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol. España. <sup>e</sup>Departamento de Estadística. Universidad de Santiago. España. <sup>f</sup>Servicios de Dermatología. <sup>g</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>h</sup>Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** La onicomiosis es una patología muy prevalente. Para su confirmación diagnóstica se emplean técnicas complementarias como el examen directo, cultivo o la anatomía patológica, que o bien son laboriosas u obligan a revisiones en la

consulta. Su rendimiento diagnóstico no es óptimo. Nuestra intención es crear una regla de diagnóstico clínico para onicomiosis. Para ello hemos realizado un primer estudio con el objetivo de determinar la concordancia entre observadores de la semiología ungueal.

**Material y métodos.** Estudio transversal de diagnóstico, en el que dos dermatólogos, de forma independiente, han determinado la presencia o ausencia de 10 antecedentes en la historia clínica y 14 signos en la exploración física en 51 pacientes con patología ungueal que incluye el diagnóstico diferencial de onicomiosis.

**Resultados.** Todos los puntos de la anamnesis mostraron concordancia aceptable ( $\kappa > 0,5$ ): diagnóstico previo de insuficiencia arterial, presencia de traumatismos laborales o deportivos y localización de inicio de la lesión. La concordancia fue excelente ( $> 0,8$ ) para los antecedentes de diabetes, inmunodepresión, tabaquismo, uso de vestuarios públicos o piscinas y empeoramiento en el último año. Los signos clínicos muestran menor concordancia. Esta es excelente ( $\kappa = 0,8$ ) para la presencia de afectación de uñas de la mano por el mismo cuadro, buena ( $\kappa = 0,6$ ) para la descamación plantar, deformidad del pie que provoque roce, hiperqueratosis subungueal y presencia de tiña pedis interdigital. Es moderada ( $\kappa = 0,5$ ) para la presencia de paquioniquia, onicolisis, características del raspado y destrucción ungueal total. La concordancia es mala ( $\kappa < 0,4$ ) para la presencia de estrías longitudinales o transversales (líneas de Beau), traquioniquia y cambio en la coloración. El piqueteado es demasiado infrecuente como para poder conocer su concordancia en este estudio.

**Discusión.** La concordancia entre observadores para los signos de la patología ungueal es globalmente aceptable. Los observadores no muestran acuerdo en algunos signos, como la presencia de estrías longitudinales o transversales (líneas de Beau), traquioniquia y cambio en la coloración. El piqueteado ungueal es poco frecuente. Por ello, estos últimos signos serán poco útiles para una regla de diagnóstico clínico de onicomiosis.

*Estudio financiado por la Consellería de Sanidade (PS07/19). Xunta de Galicia.*

## 12. PITIRIASIS RUBRA PILARIS POSINFECCIOSA

L. Pérez-Varela, M. Almagro, F. Piñeyro, J.M. Barja, R. Rodríguez, J. Pombo<sup>a</sup>, M.M. Vereá y E. Fonseca

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

*Pitiriasis rubra pilaris* (PRP) tras virosis sistémica, con resolución espontánea después de la resolución del cuadro vírico. Varón de 10 años de edad que tras una virosis sistémica presenta lesiones papulosas formando placas en codos y rodillas, así como queratodermia palmo-plantar con coloración anaranjada. Ante la sospecha clínica de pitiriasis rubra pilaris, se realiza biopsia en piel pre-rotuliana, con hallazgos histopatológicos compatibles con la misma. Las manifestaciones cutáneas desaparecen progresivamente tras la resolución de la virosis. La PRP es una dermatosis pápulo-escamosa infrecuente de causa desconocida. Se considera separada de la psoriasis desde 1857. Existen formas que se presentan durante la infancia o la juventud, y otras durante la edad adulta. Se identifican 5 tipos más, un sexto asociado al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) dependiendo de la distribución, edad de aparición, duración y participación cutánea. Su etiología no ha sido aclarada, aunque parece que existe una disfunción en la queratinización o en el metabolismo de la vitamina A. Se han descrito casos desencadenados por pequeños traumatismos cutáneos, exposición a radiación ultravioleta e infecciones. También ha sido planteada la etiología autoinmune, por haber casos con asociación a otras enfermedades autoinmunes como miastenia gravis, enfermedad celíaca, miositis, artritis reumatoide e hipotiroidismo. El diagnóstico es fundamentalmen-

te clínico, apoyado en la histopatología, y el principal diagnóstico diferencial es la psoriasis. Aunque la mayoría de los casos de PRP siguen un curso crónico y requieren tratamiento prolongado, los casos que aparecen tras infección vírica, como el nuestro, suelen tener resolución espontánea tras la desaparición del desencadenante.

## 13. ¿LUPUS VULGAR HIPEQUERATÓSICO O TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS?

J.M. Barja, J. García Silva, R. Rodríguez, F. Piñeyro, L. Pérez, R. Álvarez<sup>a</sup> y E. Fonseca

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.*

**Introducción.** La tuberculosis verrucosa cutis es una manifestación cutánea de la infección por *M. tuberculosis* provocada por la inoculación exógena del bacilo tuberculoso, en un paciente que ha contactado previamente con el germen y que tiene buena respuesta inmunitaria contra el mismo. El lupus vulgar es una forma de tuberculosis que se suele producir por diseminación endógena en un paciente previamente infectado.

**Caso clínico.** Paciente de 56 años de edad, que trabajó en el campo hasta 4 años antes, con antecedentes de etilismo. Consultó por cuadro de dolor lumbar refractario a tratamiento antiinflamatorio de un mes de evolución, siendo diagnosticado tras radiografía de columna lumbar y resonancia magnética nuclear de espondilodiscitis D11-D12, de probable etiología tuberculosa. La radiografía de tórax mostró tractos fibrocicatriciales en LSI y el Mantoux fue de 10 mm. Se intervino quirúrgicamente al paciente practicándose laminectomía y artrodesis y se enviaron muestras para estudio histológico y microbiológico, donde se objetivó la presencia de granulomas con necrosis caseosa y se aisló *M. tuberculosis*. Se realizó interconsulta a dermatología por una placa verrucosa que presentaba el paciente en su codo izquierdo, asintomática, de un año de evolución. La biopsia cutánea demostró la presencia de hiperqueratosis, hipergranulosis, acantosis y papilomatosis en la epidermis y de granulomas y células gigantes en la dermis. No pudieron demostrarse BAAR con la tinción de Ziehl-Neelsen. La lesión desapareció tras la administración del tratamiento tuberculostático.

**Discusión.** Presentamos el caso de un paciente con enfermedad de Pott que presenta una placa hiperqueratósica en el codo compatible clínicamente con tuberculosis verrucosa cutis y con lupus vulgar hiperqueratósico. Ambas entidades tienen una histología similar. La mínima afectación radiográfica en nuestro paciente hace más probable el diagnóstico de lupus vulgar, por diseminación hemática desde un foco pulmonar subclínico latente, que metastatizó en la piel y a nivel vertebral, aunque no se puede descartar que el paciente haya sufrido una siembra de bacilos a la vértebra desde la lesión cutánea, hecho que ha sido reportado en la literatura médica.

## 14. DERMATITIS HIPOZINQUÉMICA ADQUIRIDA

F. Piñeyro, S. Paradela, M. Almagro, M.T. Yebra-Pimentel<sup>a</sup>, L. Pérez, J. Barja, R. Rodríguez, M. Mazaira y E. Fonseca

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de La Coruña. España.*

**Introducción.** El déficit de zinc se manifiesta por la tríada clínica compuesta por alopecia, diarrea y manifestaciones cutáneas. Puede ser hereditario o adquirido, en cuyo caso las causas más frecuentes son un aporte dietético insuficiente y los cuadros de malabsorción, acompañado de un incremento de pérdidas digestivas o situaciones hipercatabólicas.

**Historia clínica.** Varón de 58 años con antecedentes de etilismo crónico, gastrectomía y duodenopancreatectomía cefálica que presenta lesiones cutáneas eritemato-escamosas en zonas acras y periorificiales. El estudio anatomopatológico mostró cambios compatibles con dermatitis carencial. Los niveles de zinc en suero fueron 6,6  $\mu\text{M/l}$  (niveles normales: 13-22). Las lesiones desaparecieron al iniciar tratamiento sustitutivo con suplementos orales de zinc.

**Discusión.** Ante un paciente con lesiones cutáneas de curso crónico que podrían atribuirse a dermatosis habituales, la distribución acral y periorificial en un paciente con factores predisponentes debe sugerirnos un cuadro carencial que se confirmará mediante la determinación de los niveles séricos.

### 15. FIBROMAS BLANDOS INDUCIDOS POR FRICCIÓN: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

M. Cabanillas<sup>a</sup>, F. Allegue<sup>b</sup>, B. Monteagudo<sup>a</sup>, L. Pérez<sup>b</sup>, C. de las Heras<sup>a</sup>, A. Zulaica<sup>b</sup> y J.M. Cacharrón<sup>a</sup>

*Servicios de Dermatología. <sup>a</sup>Complejo Hospitalario Arquitecto Marcede (Ferrol). España. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. España.*

**Introducción.** Los fibromas blandos son las neoplasias fibrosas cutáneas más frecuentes, afectando a prácticamente el 50 % de individuos. Las localizaciones más frecuentes son cuello, axilas e ingles. Pese a su elevada prevalencia, apenas existen referencias en la literatura especializada en relación con su etiopatogenia. Aportamos dos casos que manifiestan un papel evidente de la fricción mecánica en el desarrollo de estas lesiones.

**Material y métodos.** Presentamos dos casos. El primero corresponde a un varón de 79 años con antecedentes personales de fractura de cadera izquierda en la infancia con osteólisis del extremo proximal del fémur (por la cual requería muleta para caminar desde entonces) que había desarrollado de forma lenta e insidiosa en la zona de contacto con la muleta (axila izquierda) una placa hiperpigmentada, engrosada, con superficie aterciopelada, clínica e histológicamente compatible con acantosis nigricans, con multitud de fibromas blandos asociados. Llamaba la atención la ausencia completa de estas lesiones en la axila contralateral, así como en otras localizaciones corporales. El segundo caso corresponde con una mujer de 49 años, que refería aparición lenta y progresiva, tras comenzar a trabajar varios años antes en un matadero avícola, de placas hiperpigmentadas de superficie aterciopelada, recubiertas de gran número de fibromas blandos, de distribución lineal en espalda, costados y hombros, dispuestas de forma nítida y evidente en las zonas de contacto con las tiras del sujetador. La paciente refería episodios repetidos de inflamación local en relación con el roce mecánico de la ropa interior durante su trabajo.

**Discusión.** La etiopatogenia de los fibromas blandos ha despertado escaso interés en la literatura especializada. Diversos estudios han sugerido un posible papel de estas lesiones como marcadores de resistencia a insulina, alteraciones del metabolismo hidrocárbono y lipídico y riesgo aterogénico. En otros se ha sugerido una posible asociación con poliposis colónica. A pesar de que las localizaciones habituales de presentación de estas lesiones invitan a considerar el papel de la fricción local como un posible promotor de las mismas, no hemos encontrado en la literatura referencias en torno a dicha relación. Nuestros dos casos aportan una marcada evidencia clínica de la importancia de las fuerzas de fricción en el desarrollo de las lesiones en ambos pacientes, y plantean la cuestión de si realmente es el roce mecánico más que

las alteraciones metabólicas el que induce la aparición de estas lesiones en pacientes obesos.

### 16. LEUCEMIA CUTIS: UNA PRESENTACIÓN PECULIAR

A. García Cruz, C. Feal Cortizas, R. Pardavila Carpintero y M. Cruces

*Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** La leucemia linfática crónica (LLC) es la leucemia más frecuente en países occidentales y su incidencia va en aumento. La presencia de lesiones cutáneas en la LLC no es rara, sobre todo a expensas de lesiones inespecíficas. Las lesiones específicas, por infiltración neoplásica de la piel (leucemia cutis), aparecen en un 4-20 % de los casos de LLC, siendo las pápulas y nódulos la presentación más típica y la cabeza y cuello la localización más frecuente.

**Caso clínico.** Varón de 73 años con LLC-células B estadio II de Rai en tratamiento con clorambucilo que presenta úlcera en prepucio de 2 meses de evolución en contexto de progresión de la neoplasia hematológica. El diagnóstico diferencial incluye úlceras de etiología infecciosa y carcinoma epidermoide, ambas frecuentes en pacientes con neoplasias hematológicas. El estudio histológico reveló infiltración por linfoma B de bajo grado de tipo LLC.

**Comentario.** Presentamos un caso de leucemia cutis (LC) de presentación atípica. A diferencia de las LC aparecidas en el seno de una leucemia aguda que reflejan mayor agresividad de la enfermedad, la LC en LLC no parece implicar peor pronóstico. Sin embargo, en nuestro caso, la infiltración cutánea por la LLC fue paralela a una progresión de la enfermedad.

### 17. PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO

M. Mazaira, R.M. Fernández Torres, I. Castiñeiras, S. Paradelo de la Morena, O. Robles, M.T. Yebra-Pimentel<sup>a</sup> y E. Fonseca

*Departamentos de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.*

**Introducción.** Presentamos una variante liquenoide de pénfigo paraneoplásico (PPN) en un paciente con linfoma no Hodgkiniano (LNH) tratado previamente con rituximab.

**Caso clínico.** Varón de 60 años, con LNH folicular con transformación a LNH de alto grado de tres años de evolución, presentaba una erupción liquenoide poco pruriginosa desde hace 10 semanas, con estomatitis intensa y afectación ocular, sin otra clínica por aparatos salvo disfagia para sólidos y líquidos. En la exploración física estaba afebril y mantenía constantes. Presentaba regular estado general aunque no impresionaba de gravedad. Tenía hepatomegalia y no se palpaban adenopatías. El tratamiento para el LNH incluyó 8 ciclos de rituximab y CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona), 2 ciclos de ESHAP (etopósido, metilprednisolona, altas dosis de citarabina y cisplatino), trasplante hematopoyético autólogo y dos ciclos de RICE (rituximab, ifosfamida, carboplatino y etopósido), el último de ellos 6 semanas antes del inicio. La analítica objetivó una pancitopenia progresiva con aumento de LDH, sin eosinofilia, las serologías para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de la hepatitis B (VHB), y de la C (VHC) fueron negativas, así como la inmunofluorescencia directa (IFD) el cultivo de las lesiones orales para virus herpes simple (VHS) y virus varicela zóster (VVZ). El estudio histopatológico reveló dermatitis de interfase con infiltrado inflamatorio liquenoide, degeneración vacuolar de la basal, disqueratinocitos y acantólisis suprabasal. La

IFD de tejido perilesional mostró un intenso depósito de fibrina, IgG, IgA y C3 en los espacios intercelulares, así como depósito de C3 y fibrina a lo largo de la membrana basal. La inmunofluorescencia indirecta (IFI) detectó anticuerpos circulantes contra la sustancia intercelular pero no contra la membrana basal. Además se detectaron anticuerpos circulantes contra el epitelio de vejiga de rata. El diagnóstico fue pénfigo paraneoplásico y se inició tratamiento con prednisona a 1 mg/kg/día con escasa mejoría de las lesiones mucocutáneas. Un mes más tarde, inició pauta MINE (mitoxantrona, mesna, ifosfamida y etopósido) sin mejoría del cuadro mucocutáneo ni de la neoplasia subyacente. El paciente falleció tres meses después del inicio del PPN, debido a la aplasia medular causada por la terapia y a una sepsis por *S. epidermidis* e infección por VHH-1.

**Discusión.** El PPN, descrito por primera vez en 1990, tiene un mal pronóstico cuando se asocia a neoplasias malignas. Sólo representa una de las variantes cutáneas del síndrome paraneoplásico autoinmune multiorgánico (SPAM). El SPAM junto a la oclusión de las vías respiratorias de menor calibre y al depósito de autoanticuerpos en diferentes órganos, puede manifestarse al menos como cinco variantes mucocutáneas clínico-inmunopatológicas diferentes (similar a pénfigo, a penfigoide ampollar, a eritema multiforme, a enfermedad injerto contra huésped y a liquen). Rituximab, un agente deplector de células B usado en el tratamiento de linfomas de células B, puede alterar el perfil de anticuerpos así como el fenotipo del PPN.

## 18. SÍNDROME DE SNEDDON: A PROPÓSITO DE UN CASO

D. González Vilas, L. Rodríguez Pazos, A. Toreaa, M. Ariasa, D. Sánchez-Aguilar y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*  
*aServicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** El síndrome de Sneddon es una enfermedad fundamentalmente neurocutánea, que consiste en la presentación de accidentes cerebrovasculares de predominio isquémico junto a una marcada lévedo reticular. Desde que Sneddon en 1965 fuera el primer autor en publicar seis casos, en la actualidad vemos que el número de casos publicados apenas llega a los doscientos. Esta patología afecta principalmente a mujeres de edad media que suelen iniciar este cuadro clínico con una intensa lévedo reticular, de años de evolución, tras la cual experimentan la clínica neurológica.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 48 años de edad, con antecedentes de dos abortos previos, que acude a urgencias por cuadro de crisis comicial. En la exploración física destaca la presencia de llamativa lévedo reticular por lo que el Servicio de Neurología solicita interconsulta. La exploración neurológica es normal, destacando únicamente déficit atencional. Se realizan varias pruebas complementarias, a destacar: presencia de lesiones de hiperseñal en la resonancia magnética nuclear en ambos hemisferios cerebrales, angiografía cerebral con afectación de pequeños vasos corticales, anticuerpos antifosfolípido (aPL) y ANA negativos y biopsia cutánea con presencia de engrosamiento de las paredes de los vasos dermo-hipodérmicos. Con la sospecha clínica inicial, y pruebas complementarias que apoyaban la misma, se diagnosticó a la paciente de síndrome de Sneddon.

**Discusión.** Con este caso queremos resaltar cómo la expresividad cutánea de esta enfermedad, puede ayudarnos a diagnosticar una enfermedad tan grave y fatalmente progresiva como el síndrome de Sneddon. Aunque son muchos los autores que la han

relacionado con el síndrome antifosfolípido, por la presencia relativamente frecuente de los aPL, otros muchos, como en nuestro caso, vemos que son repetidamente negativos; por lo tanto la etiopatogenia de esta enfermedad sigue siendo toda una incógnita. Finalmente queremos incidir en la gran utilidad que tuvo la biopsia cutánea en nuestro caso, que nos ayudó a confirmar el cuadro, y hoy día se está mostrando como una importante ayuda para el diagnóstico de esta patología.

## 19. FENÓMENOS AUTOINMUNES EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA CON INTERFERÓN

J. García Gavín, S. Gómez Bernal, D. González Vilas, D. Sánchez-Aguilar y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** La presencia de lesiones de vitíligo y la evidencia analítica de fenómenos autoinmunes en el tratamiento del melanoma de alto riesgo con interferón alfa-2b, se evidencian como marcadores de buena respuesta terapéutica, asociándose a un aumento tanto del intervalo libre de enfermedad como de la supervivencia global.

**Caso clínico.** Mujer, de 67 años edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial y bronquitis crónica, diagnosticada de melanoma nodular en pierna izquierda, ulcerado, nivel V de Clark, índice de Breslow de 4,9 mm, con adenopatías inguinales confirmadas por punción-aspiración con aguja fina (PAAF). Las pruebas de imagen realizadas (tomografía axial computarizada [TAC] tóraco-abdomino-pélvica) y la tomografía por emisión de positrones (PET) no muestran alteraciones. Tras extirpación quirúrgica de la lesión y linfadenectomía inguinal, se inicia tratamiento con interferón (INF) alfa-2b, siguiendo la pauta de Kirkwood, con buena tolerancia. A los 4 meses de tratamiento aparecen lesiones de vitíligo en las cicatrices de ambas cirugías (en pierna y a nivel inguinal), así como marcado aumento de anticuerpos antitiroideos (anti-tiroperoxidasa y anti-tiroglobulina). Actualmente, casi dos años después del diagnóstico, la paciente se encuentra bien, clínicamente estable, y sin evidencia de enfermedad tumoral.

**Discusión.** La terapia adyuvante con INF alfa-2b ha demostrado aumentar el intervalo libre de enfermedad en el tratamiento del melanoma de alto riesgo (estadios IIB, IIC y III). Dada la elevada tasa de efectos secundarios e intolerancia, a lo largo de su experiencia de uso se ha tratado de buscar marcadores de respuesta, tanto clínicos como analíticos, que animen a continuar el tratamiento aun en casos de intolerancia al mismo. La aparición de lesiones de vitíligo en pacientes diagnosticados de melanoma se interpreta como un fenómeno de autoinmunidad hacia antígenos asociados a melanoma (MAAS), presentes tanto en células tumorales como normales. Tradicionalmente, esto ha sido considerado un dato de buen pronóstico. Por otro lado, el propio tratamiento con inmunoterapia induce fenómenos autoinmunes colaterales con repercusión clínica y analítica. Estudios recientes han demostrado que, tanto la aparición de lesiones de vitíligo como la alteración de marcadores analíticos de autoinmunidad, en pacientes tratados con INF alfa 2b son marcadores de buena respuesta al tratamiento, evidenciándose un aumento, tanto del intervalo libre de enfermedad como de la supervivencia global. La búsqueda concienzuda de estas manifestaciones es obligada para ratificar la esperanza en el tratamiento con inmunoterapia, ofreciendo al paciente un motivo más para tolerar los múltiples efectos secundarios del tratamiento.

## 20. TOXICODERMIA POR BEVALIZUMAB

L. Rodríguez Pazos, A. Ramírez Santos, S. Gómez Bernal, M. Ginarte y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** Los nuevos tratamientos contra el cáncer están suponiendo una gran revolución terapéutica, con supervivencias prolongadas e incluso curaciones en estadios que hasta hace poco conllevaban muy mal pronóstico. En estos casos, la aparición de una toxicodermia plantea el dilema de si retirar un fármaco que está salvando la vida del paciente.

**Caso clínico.** Una mujer de 39 años diagnosticada de un carcinoma de mama con metastásis hepáticas y derrame pleural maligno inicia tratamiento con paclitaxel y bevalizumab (agente antiangiogénico). Un mes después del inicio del tratamiento desarrolló un cuadro cutáneo con placas eritematovioláceas de superficie lisa en ambas manos cuya máxima intensidad se alcanzaba a los dos días tras la infusión. El cuadro se repetía en sucesivas exposiciones, haciéndose progresivamente más intenso y afectando a mayor superficie corporal. Tras descartar clínica e histológicamente que se tratara de una reacción adversa potencialmente grave y dado que la paciente presentaba una clara mejoría de su patología de base se decidió continuar con el tratamiento.

**Comentario.** Los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular se han introducido últimamente como tratamiento de las fases avanzadas de diversos tipos de cáncer. Es de esperar que su uso vaya en aumento en los próximos años. Por tanto, debemos de reconocer sus efectos adversos a nivel cutáneo e identificar los potencialmente graves para retirar de inmediato el fármaco causal. En el resto de casos debemos valorar los beneficios-riesgos de la continuación o no de la medicación y tomar la decisión más adecuada para cada caso.

## 21. SÍNDROME DE BABOON EN ADULTO

M. Loureiro, J. García Gavín, J. Concheiro, M.<sup>a</sup>M. Pereiro, V. Fernández-Redondo y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** El síndrome de Baboon, descrito por primera vez por Anderssen en 1984, se define como una dermatitis de contacto sistémica caracterizada por una erupción pruriginosa de distribución patognomónica en pliegues, zonas de flexión y glúteos. El agente implicado más frecuentemente es el mercurio, aunque también se ha descrito este síndrome con níquel, pseudoefedrina, diferentes antibióticos e inmunoglobulinas entre otros. Las lesiones frecuentemente tienen lugar en pacientes con una sensibilización al mercurio tras la inhalación de vapor del mismo procedente de un termómetro roto. Esta sensibilización previa sería posible por el uso generalizado del mercurocromo como antiséptico tópico y del tiomersal como conservante en vacunas.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 37 años de edad, que acudió a consulta de urgencias de nuestro servicio por un cuadro cutáneo pruriginoso de 5 días de evolución, consistente en una erupción máculo-papulosa eritematosa localizada en grandes pliegues, glúteos y flexuras. El paciente relacionaba el cuadro con la rotura de un termómetro de mercurio, que había ocurrido la noche previa al inicio de las lesiones. Además el paciente refería alergia al mercurocromo cuando lo usaba como antiséptico tópico. Había sido tratado con corticoides tópicos y cetirizina oral sin mejoría de las lesiones. Ante la clínica que presentaba el paciente, el antecedente de la rotura del termómetro y la posible alergia al mercurocromo se diagnosticó de síndrome de Baboon. Se instauró tratamiento con prednisona oral a dosis de 0,5 mg/kg/día y se continuó con cetirizina oral con resolución total de las lesiones en menos de una semana.

**Conclusión.** Presentamos un nuevo caso de síndrome de Baboon en relación con rotura de termómetro de mercurocromo, con una clínica cutánea muy florida, antecedentes de sensibilización al mercurio cromo y además se trataba de un paciente adulto, cuando este cuadro es mucho más frecuente en niños.

## 22. TINEA CAPITIS POR *T. VIOLACEUM*

A. Ramírez Santos, J. Concheiro, M. Loureiro, M.<sup>a</sup>M. Pereiro, M. Pereiro Jr. y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** La tinea capitis es una dermatosis infecciosa muy común entre los niños españoles durante la primera mitad del siglo XX, con frecuentes brotes epidémicos. Su incidencia fue disminuyendo a lo largo del siglo pasado gracias a los tratamientos antifúngicos orales y a la mejoría de las condiciones higiénico-sanitarias. En los últimos veinte años, sin embargo, se ha producido un aumento en el número de casos y un cambio en los agentes infecciosos.

**Caso clínico.** Un niño de 2 años de origen etíope, adoptado, consultaba por *molluscum* en cara y cuello y descamación asintomática en cuero cabelludo de varios meses de evolución. En la exploración presentaba pequeñas áreas alopecicas sin fluorescencia con luz de Wood. El examen directo del pelo demostró parasitismo endothrix y el cultivo fue positivo para *Trichophyton violaceum*. Se inició tratamiento con griseofulvina oral a dosis de 10 mg/kg de peso e itraconazol tópico con resolución del cuadro clínico a las 10 semanas.

**Discusión.** *Trichophyton violaceum* es un dermatofito infrecuente implicado en tiñas de cuero cabelludo y en menor proporción en tiñas corporales y ungüeales. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas (parches alopecicos, descamación, inflamación, supuración). Su crecimiento es lento en medios convencionales, donde las colonias adquieren su coloración violácea característica que le da nombre al agente patógeno. En los últimos años se ha observado un incremento en la incidencia de tineas capitis producidas por este agente, la mayoría de ellas en niños procedentes del norte de África. Es importante por tanto ser conscientes de esta posibilidad y de la existencia de portadores asintomáticos que pueden ser también transmisores del patógeno.

## 23. ENFERMEDAD DE DARIER: DIAGNÓSTICO TARDÍO

S. Gómez Bernal, D. González Vilas, J. García Gavín, V. Fernández-Redondo y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** La enfermedad de Darier es una genodermatosis de herencia autosómica dominante cuyas lesiones más típicas son pápulas queratósicas confluyentes en placas en áreas seboreicas; también afecta a las uñas en forma de estrías longitudinales y muescas en V, así como a la mucosa oral, con pápulas planas. La histología muestra acantólisis y disqueratosis. La alteración de la barrera cutánea predispone a infecciones.

**Caso clínico.** Mujer de 50 años, cocinera del Hospital, valorada en urgencias por presentar lesiones en cara compatibles con herpes simple diseminado. Refería desde hacía más de 10 años lesiones dermatológicas valoradas en ocasiones por especialistas. En la exploración dermatológica llamaba la atención una erupción de pápulas planas en dorso de manos y distrofia ungueal con escotaduras en V. Con la sospecha clínica de enfermedad de Darier se realiza biopsia que confirma el diagnóstico.

**Discusión.** La enfermedad de Darier es un trastorno raro, producido por mutaciones en el gen ATP2A2 que codifica la bomba de calcio del retículo sarcoplásmico. El patrón de herencia es autosómico dominante con penetrancia completa y expresividad variable. Se caracteriza por la presencia de pápulas y placas queratósicas y costrosas en áreas seboreicas, pápulas planas en dorso de manos y pápulas queratósicas palmoplantares. Aparecen también estrías longitudinales y muescas en V en las uñas. Menos frecuentes son las pápulas planas en mucosa oral. La edad media al diagnóstico es de 17 años, aunque hay casos de diagnóstico más tardío. Los síntomas predominantes son el prurito y el mal olor, que empeora con el calor y el roce. El curso clínico es crónico, con exacerbaciones y remisiones parciales. El estudio histológico muestra acantólisis con hendiduras suprabasales, y disqueratosis con gránulos y cuerpos redondos. El tratamiento consiste en evitar desencadenantes, uso de antimicrobianos y emolientes queratolíticos. También se usan corticoides y retinoides tópicos. Aunque son más eficaces los retinoides orales, su uso está limitado por la toxicidad y las recidivas al suspenderlos. Se ha utilizado cirugía, dermoabrasión y extirpación con láser CO<sub>2</sub> o erbio YAG para lesiones grandes localizadas.

## 24. CELULITIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO

J. Concheiro, M. Loureiro, A. Ramírez Santos, L. Rodríguez Pazos, D. Sánchez-Aguilar y J. Toribio

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** La erisipela/celulitis se trata de un proceso agudo consistente en una inflamación de origen infeccioso que afecta a dermis y tejido celular subcutáneo (celulitis), o preferentemente a dermis (erisipela). Su diagnóstico suele ser fundamentalmente

clínico, en base a unos hallazgos más o menos típicos como son la presencia de una placa de coloración eritematosa, de límites bien definidos en el caso de la erisipela y más difusos en la celulitis, caliente al tacto y dolorosa a la presión o incluso de manera espontánea. Suele acompañarse de fiebre y aumento del recuento leucocitario en el hemograma, aunque estos hallazgos no son constantes. No suele estar indicada la realización de biopsia para estudio histopatológico y su tratamiento será fundamentalmente antibiótico, junto con diversas medidas locales.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, a partir de un total de 122 pacientes ingresados en el Servicio de Dermatología del Hospital Gil Casares durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2006. Se analizaron un total de 52 variables. Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 14.0 y 15.0. La significación se valoró con la «t» de Student, Anova *oneway* y correlación de Pearson según estuvo indicado en cada caso.

**Resultados y discusión.** Las erisipelas/celulitis constituyen el 8,6% de todos los casos ingresados durante el periodo estudiado, sin predilección de sexos (proporción mujer:hombre 1,06). La edad media se sitúa en 58,93 años. La estancia hospitalaria media es de 10,20 días, y se observa que esta aumenta con la edad, el valor de la velocidad de sedimentación globular (VSG) al ingreso, la presencia de hemocultivos positivos, la determinación del agente causal, si el germen causante es un estreptococo, si el paciente presenta una úlcera o si se desarrolla un absceso cutáneo. Las lesiones se localizan en las extremidades inferiores en el 76,22% de los casos. Se observa obesidad y/o sobrepeso en el 42,6% de los casos y el 33,6% de los pacientes presentaban tinea pedis. El tratamiento más utilizado fue la cloxacilina y la complicación más frecuente el desarrollo de absceso cutáneo. Se comentan nuestros hallazgos en relación con la bibliografía.