

RESÚMENES COMUNICACIONES LIBRES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

I Reunión de la Sección Murciana de la AEDV.

Murcia, 24 de junio de 2006

II Reunión de la Sección Murciana de la AEDV,

25 de noviembre de 2006

III Reunión de la Sección Murciana de la AEDV.

Cartagena, 26 de mayo de 2007

IV Reunión de la Sección Murciana de la AEDV.

Lorca, 27 de junio de 2007

V Reunión de la Sección Murciana de la AEDV.

San Pedro del Pinatar, junio de 2008

RESÚMENES

I REUNIÓN DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

Murcia, 24 de junio de 2006

1. FOLICULITIS EOSINOFÍLICA

A. Ramírez, C. Brufau, A. Hernández Gil, N. Marín, C. Soria, F. Martínez^a y G. Ortuño^b

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

Presentamos el caso de un varón de 34 años, infectado por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH positivo), y estadio C3 de su enfermedad, que debuta con lesiones pruriginosas en tronco y extremidades superiores. Había iniciado la terapia antirretroviral 2 semanas antes. El cuadro mejoraba parcialmente con corticoides orales y recidivaba al cesar este tratamiento. La biopsia informó de un infiltrado folicular compuesto por linfocitos, neutrófilos y abundantes eosinófilos. En el hemograma destacaba una leucopenia con eosinofilia relativa. Dada la extensión de las lesiones decidimos realizar tratamiento oral con isotretinoína 0,5 mg/kg/día y levoceterizina 20 mg/día. El paciente no inició la toma de isotretinoína y sólo usó levoceterizina oral, con intensa mejoría del cuadro a las 4 semanas de iniciar el tratamiento. La foliculitis eosinofílica en pacientes infectados por VIH es una entidad clínica que algunos autores quieren diferenciar de la foliculitis pustulosa eosinofílica de Ofuji. Aparece en aquellos pacientes que tienen cifras de CD4+ por debajo de 300/mm³, por lo que debe considerarse un marcador de riesgo para infecciones oportunistas; además se ha descrito en pacientes respondedores a la terapia antirretroviral. Dentro del tratamiento las opciones más aceptadas son la corticoterapia tópica y la fototerapia UVB. También se han descrito efectividad del tacrolimus tópico, isotretinoína, metronidazol, itraconazol, permectrina y dapsona.

2. DOS CASOS CLÍNICOS

J. Ruffin, J. Pereda, E. Abbad, A. López Ávila, M.D. Ruiz Martínez, S. Ortiz Reina y A. Isaac

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospitales S. María del Rosell y General Básico de la Defensa. Cartagena. España.

Histiocitosis congénita autoinvolutiva. Varón de 4 meses de edad, con fractura de clavícula en el parto. Presenta desde el nacimiento lesiones papulosas, asintomáticas rojizas, en zona lumbar izquierda, de 0,5 a 2 cm. Estudios analíticos y radiografías normales. Estudio anatomopatológico de lesión cutánea: infiltrado histiocitario en la dermis. Marcadores: S 100 y CD1 positivos. Se diagnostica de histiocitosis congénita autoinvolutiva de células de Langerhans. Dentro de las histiocitosis de células de Langerhans esta forma autolimitada se define por la ausencia habitual de afección sistémica, el buen estado general y con la desaparición de las lesiones en 3 a 6 meses sin incidencias. No obstante se han descrito casos con afección ósea y pulmonar.

Placas atróficas subparpebrales. Mujer de 30 años de edad con antecedentes de dermatitis atópica que consulta por lesión infra-parpebral hipopigmentada, atrófica, con fondo violáceo que se desarrolla tras meses asintomática. Biopsia de la lesión: atrofia epidérmica, degeneración de colágeno dérmico, infiltrado linfocítico. Se diagnostica de liquen esceroatrófico. Analítica sin hallazgos. Terapia con pimecrolimus sin cambios. Las lesiones de

liquen esceroatrófico se localizan menos frecuentemente en párpados, y afectan más a mujeres de edad media, en zona genital. En un 5 % pueden desarrollar carcinoma vulvar por lo que requieren control anual.

3. TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA: PRESENTACIÓN DE DOS FAMILIAS

A. Clemente Ruiz de Almirón

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

Introducción. La telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) o enfermedad de Rendu-Osler-Weber es un trastorno autosómico dominante poco frecuente caracterizado por la presencia de telangiectasias cutáneas, epistaxis de repetición y/o malformaciones arteriovenosas distribuidas por distintos órganos del cuerpo. Aportamos dos nuevas familias con este trastorno.

Caso clínico. El primer caso es el de una mujer de 74 años con epistaxis de repetición y síndrome anémico desde la adolescencia y presencia de múltiples telangiectasias en piel y mucosas. Su padre, dos hermanos y dos de sus hijos tenían la misma clínica, y no había signos de hemorragias a otros niveles. El segundo caso es el de una mujer de 65 años con epistaxis frecuentes y telangiectasias mucocutáneas escasas, pero con intensa afectación digestiva. Todos sus hijos presentaban un cuadro clínico compatible, con distintos grados de afectación.

Discusión. Aunque la THH es una enfermedad potencialmente mortal si se da alguna de sus complicaciones más graves, el pronóstico de la misma suele ser excelente, como podemos comprobar en estas dos familias. A pesar de ello existe una gran variabilidad en la afectación clínica, incluso dentro de una misma familia, de ahí la importancia de un seguimiento en estos pacientes.

4. VARÓN DE 72 AÑOS CON EROSIONES Y AMPOLLAS DISEMINADAS

P. Mercader, J.M. Rodenas, A. Spreafico, A. Gorostiza y A. Peña

Sección de Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Las enfermedades ampollas constituyen un espectro de enfermedades, con diferentes manifestaciones clínicas a nivel cutáneo y mucoso. Para el diagnóstico de las diferentes enfermedades ampollas es imprescindible una buena correlación clinicopatológica y el empleo de diferentes técnicas específicas como la inmunofluorescencia directa y la inmunofluorescencia indirecta. El manejo terapéutico de estos pacientes es en ocasiones muy difícil y se puede necesitar nuevos inmunosupresores como el micofenolato mofetil o los anticuerpos monoclonales en casos refractarios o de mala evolución.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón con erosiones y ampollas en extremidades superiores, inferiores, cara y cuello

con una importante afectación de las mucosas. El paciente recibió tratamiento con diversos inmunosupresores, sin lograr un control completo de sus lesiones y presentando diversos efectos secundarios. Los diferentes diagnósticos diferenciales y la evolución del paciente se comentarán en la exposición.

5. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE POSMENOPÁUSICA. SIETE CASOS

A. Hernández-Gil Bordallo, J. Hernández-Gil Sánchez, C. Brufau Redondo, C. Soria Martínez, N. Marín Corbalán y A. Ramírez Andreo

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. La alopecia frontal fibrosante postmenopáusica (AFFP) es un proceso conocido desde 1994 tras las primeras descripciones de Kossard. Desde entonces se han publicado pocos casos de esta entidad, aunque probablemente es más frecuente de lo que parece. De causa desconocida, es considerada actualmente como una variante especial de liquen plano pilar. Aparece en mujeres y clínicamente se caracteriza por la presencia de una banda de alopecia que tiende a ser cicatricial en estadios avanzados y que se extiende desde una región parietal a la otra, afectando a la frente, cuya línea de implantación pilosa cada vez es más alta, dando una imagen clínica característica. La hiperqueratosis foliular y el eritema perifollicular, también son considerados característicos de la AFFP.

Material y método. Describimos 7 casos de AFFP, dos de ellos biopsiados y uno familiar (madre e hija) y comparamos distintos parámetros con los previamente descritos en la bibliografía.

Conclusiones. Es posible que la AFFP sea un proceso infravalorado, siendo muchos los casos diagnosticados como alopecia androgenética femenina con patrón masculino. A pesar del nombre, un porcentaje significativo de casos tienen un comienzo en etapas premenopáusicas. Los estudios histológicos de lesiones aún incipientes demuestran un patrón liquenoide, mientras que las biopsias de zonas más evolucionadas demuestran alopecia cicatricial desde el punto de vista histológico. A pesar de ser considerada una forma peculiar de liquen plano pilar, pocas veces se asocia a lesiones de liquen plano cutáneo o mucoso. Habría que considerar en algunos casos el carácter familiar de esta entidad.

6. NÓDULOS MAMARIOS EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ADENOCARCINOMA DE MAMA

J. Frías Iniesta, E. Romero Barba^a, A. Piñero Madrona^a, J. Martínez Escribano, P. Sánchez-Pedreño, R. Corbalán Vélez y A. Clemente Valenciano

Servicios de Dermatología y Cirugía General. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Mujer con antecedentes de artritis reumatoide, menarquia a los 13 años, seis gestaciones, la primera a los 22 años con lactancia y menopausia a los 48 años sin terapia hormonal sustitutiva. En agosto de 1998 se realizó biopsia con arpón de microcalcificaciones halladas en mamografía de control, que se informaron de carcinoma intraductal con afectación del margen quirúrgico. Se reintervino en octubre del mismo año realizándose cuadrantectomía inferio-interna de la mama derecha y linfadenectomía axilar homolateral, cuya anatomía patológica informo de esteatonecrosis con ausencia de restos tumorales, sin metástasis ganglionares (0/25). El tumor se clasificó como TisN0M0. Los receptores es-

trogénicos fueron positivos (más del 50%), el Ki67 se cuantificó entre 25-50%. Posteriormente recibió radioterapia sobre la mama derecha con una dosis total de 50 Gy dividida en 25 sesiones de 2 Gy entre noviembre y diciembre de 1998. Además se instauró tratamiento con antiestrógenos (raloxifeno). Se realizaron controles periódicos sin evidencia de enfermedad, hasta que en enero de 2006 la paciente consultó por una lesión nodular infraareolar en la mama derecha que había aumentado de tamaño en las últimas semanas a raíz de haber sufrido un traumatismo en esa zona con formación de hematoma. A la exploración la paciente presentaba una tumoración mamelonada y parcialmente ulcerada, que afectaba a cuadrantes inferiores y externos de la mama derecha, móvil, adherida a planos, no dolorosa, con ausencia de adenopatías palpables en la axila homolateral y el hueco supraclavicular. La mama y axila izquierda no mostraban hallazgos significativos. Se realizó biopsia de la lesión que informaba de neoplasia indiferenciada. Con sospecha clínica de metástasis de adenocarcinoma se intervino en marzo de 2006, realizándose mastectomía derecha con inclusión de la fascia muscular. La anatomía patológica informó de angiosarcoma posradioterapia grado 3 que afecta a dermis y parénquima mamario. En el análisis inmunohistoquímico el CO31 resultó positivo, mientras que el CD 34 y CD 117 fueron negativos. A los 2 meses en tomografía axial computarizada de control se detectó imagen nodular en lóbulo superior de pulmón izquierdo, que se puncionó resultando positivo para metástasis, con lo que se programó para resección. Durante la intervención se detectaron 3 masas extrapulmonares, por lo que se decidió abortar la cirugía e iniciar tratamiento oncológico.

7. MELANOMA FAMILIAR Y MÚLTIPLE, PREDISPOSICIÓN GENÉTICA

C. de Torre, I. Tovar, J. Martínez-Escribano, R. Corbalán, A. Clemente Valenciano, P. Sánchez-Pedreño y J. Frías Iniesta

Servicio de Dermatología y Unidad de Investigación. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

La exposición solar es el factor medioambiental mejor asociado con el desarrollo del melanoma, siendo los rayos ultravioletas el agente mutagénico. Se estima que un 90% de las mutaciones detectadas en este tipo de cáncer son mutaciones esporádicas, mientras que el 10% restante son mutaciones germinales que predispondrían al desarrollo del melanoma. El análisis del genoma de pacientes con melanoma familiar ha permitido determinar la existencia de algunas de estas mutaciones en un gen asociado con el metabolismo de la melanina (*MC1R*) y en dos genes implicados en el control del ciclo celular (*CDKN2A* y *CDK4*), desconociéndose la mayoría de ellas por el momento. La presencia de determinadas variantes alélicas del gen *MC1R* se ha relacionado con mayor riesgo de desarrollar melanoma (2 a 4 veces superior al de la población general), no estando todas ellas asociadas con el fenotipo de piel clara. Este riesgo es aún mayor (35 a 70 veces superior) en el caso de las mutaciones encontradas en los genes *CDKN2A* y *CDK4*. La información asociada al gen *CDK4* es escasa por haberse descrito solamente en tres familias, sin embargo los extensos estudios de *CDKN2A*, gen que codifica para dos proteínas distintas (p16/INK4a y p14/ARF), han revelado una elevada penetrancia genética que se incrementa notablemente (del 50 al 80%) cuando las mutaciones en este gen aparecen simultáneamente con las variantes alélicas de *MC1R*. Actualmente estamos desarrollando un proyecto para estudiar la frecuencia de mutaciones en los genes descritos previamente en pacientes con melanoma familiar y múltiple de la Región de Murcia.

8. RELACIÓN ENTRE EL CARCINOMA ESPINOCELULAR CUTÁNEO Y EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

R. Corbalán Vélez^a, J.A. Ruiz Maciá^b, C. Brufau Redondo^c, J. Frías Iniesta^a, P. Sánchez Pedreño^a y J. Martínez Escribano^a

^aServicio Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). España. ^cServicio de Dermatología. Hospital General Reina Sofía. Murcia. España.

La relación entre los VPH de tipo mucoso (VPH-muc) y el carcinoma de cérvix o los carcinomas espinocelulares (CE) de la región ano-genital es cada vez más evidente. Sin embargo, la relación del VPH con el resto de CE es más controvertida. Recientes publicaciones relacionan los VPH de tipo epidermodisplasia verruciforme (VPH-EV) con el CE cutáneo extra-genital, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, aunque también en inmunocompetentes. Revisamos diversos estudios al respecto, así como los mecanismos oncogénicos de los VPH-muc y los VPH-EV y las posibles implicaciones en la práctica clínica.

9. MODIFICACIÓN DEL COLGAJO NASOLABIAL DE TRANSPOSICIÓN EN LA RECONSTRUCCIÓN TOTAL DEL ALA NASAL

J.M. Ródenas, P. Mercader, A. Peña, A. Spreafico y M.A. Gorostiza

Sección de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Presentamos un caso de carcinoma espinocelular en ala nasal recidivado tras intervención. El tumor invadía cartílago nasal, por lo que precisó extirpación de la pared lateral nasal en todo su espesor. Para la reconstrucción de este defecto empleamos una modificación del colgajo nasolabial de transposición. Se trata de una técnica sencilla, con excelente resultado estético, que puede evitar el empleo de métodos más complejos (por ejemplo, colgajo de pedículo subcutáneo medio frontal).

10. CUERO CABELLUDO LIPEDEMATOSO

T. Martínez Menchón, M.J. Abad Rizo y P. Lemberg^a

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital de Hellín. Albacete. España.

Introducción. El cuero cabelludo lipedematoso y la alopecia lipedematosa son dos entidades raras que afectan fundamentalmente a mujeres de raza negra en las que se produce un aumento del tejido celular subcutáneo.

Caso clínico. Mujer marroquí de 53 años sin antecedentes patológicos de interés que consulta porque desde hace 3 meses nota un engrosamiento difuso del cuero cabelludo. El cuadro clínico era más perceptible a la palpación, ya que se detectaba un tacto algodonoso que afectaba difusamente a todo el cuero cabelludo desde la línea de implantación hasta el área occipital. El cuero cabelludo podía ser presionado hacia las estructuras óseas pero volvía inmediatamente a recuperar su forma original cuando cesaba la presión. Se acompañaba de síntomas subjetivos del tipo cefalea, fotofobia y dificultad en los movimientos laterales del cuello. Se le practicó una tomografía axial computarizada cervical y craneal que demostró un aumento importante del tejido celular subcutáneo (12 mm a nivel parietal) sin afectación del resto de estructuras estudiadas. El estudio anatomopatológico de la biopsia fusiforme practicada demostró un marcado aumento del tejido celular subcutáneo con linfangiectasias en dermis superficial y elastolisis. No se demostró depósito de mucina. Todos los hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico de cuero cabelludo lipedematoso.

Conclusión. Desde que Combleet describió por primera vez esta entidad en 1935 sólo se han recogido 13 casos en la literatura anglosajona. Se caracteriza por un engrosamiento del cuero cabelludo que adquiere una consistencia algodonosa. En ocasiones se asocia a alopecia de cuero cabelludo. Es más frecuente en mujeres de raza negra y puede asociarse a síntomas subjetivos: picor, parestesias y dolor. El hallazgo principal es un aumento de grosor del cuero cabelludo 0,9-1,5 cm (valores medios normales: 0,5-0,6). Histológicamente se caracteriza por el aumento de grosor del tejido celular subcutáneo asociado a linfangiectasias. No existe tratamiento para esta entidad.

II REUNIÓN DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

25 de noviembre de 2006

1. ¿QUIÉN Y POR QUÉ SE CONSULTA AL DERMATÓLOGO? ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL ÁREA III DE SALUD MURCIANA

B. Pérez Suárez y C. Teruel Cerezuela

Dermatólogos. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia. España.

El conocimiento de las características poblacionales así como de las patologías que con más frecuencia demandan asistencia dermatológica, permite diseñar eficazmente programas preventivos, desarrollar técnicas diagnósticas y terapéuticas específicas y optimizar recursos humanos y económicos, entre otros. La mayoría de los estudios de este tipo han sido realizados en países con latitudes y poblaciones diferentes a la nuestra, cuyos datos extrapolados no coinciden exactamente con los españoles. Para intentar paliar esta carencia, se ha llevado a cabo un estudio en un área del litoral mediterráneo español. Se trata de un estudio descriptivo prospectivo, con un periodo de inclusión de 12 meses consecutivos, en el que se han recogido las características de la población que acudía por primera vez al dermatólogo, así como sus motivos de consulta, tiempo de evolución del proceso, tratamiento y necesidad de revisión. Los datos obtenidos se comparan con los de otros estudios.

2. DOS CASOS DE INTOLERANCIA A AINE CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE EVOLUCIÓN ATÍPICA

J. Pardo, L. Contreras^a, J. Ruffin, E. Abad^b, J. Pereda^b y Á. López

Servicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora del Rosell. Cartagena. ^a*Servicio de Alergología. Hospital Nuestra Señora del Rosell. Cartagena.* ^b*Servicio de Dermatología. Hospital General Básico de la Defensa. Cartagena. España.*

Se presentan dos casos de intolerancia a antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de características y curso atípicos, con discusión posterior de los mecanismos fisiopatogénicos posiblemente involucrados. El primero corresponde a una paciente de 30 años de edad con antecedentes de rinitis alérgica por ácaros y pólenes con inmunoterapia previa durante los años 2000-2002. A partir del año 2000 la paciente presenta un cuadro de urticaria localizada en los lugares de aplicación de la inmunoterapia en brazos, con la toma de diversos AINE como el naproxeno, el celecoxib o el paracetamol. El segundo caso corresponde a una paciente de 50 años de edad con antecedentes de intolerancia a AINE que desarrolla una urticaria crónica de evolución tórpida y mal control farmacológico. En una de las determinaciones analíticas realizadas se objetivan unos altos niveles de anticuerpos antimicrosomales. Tras el tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas no sólo desaparece la urticaria, sino que varias pruebas de provocación oral a los AINE anteriormente no tolerados muestran en ese momento una perfecta tolerancia.

3. MELANONIQUIA LONGITUDINAL ADQUIRIDA CON PIGMENTACIÓN PERIUNGUEAL

A. Ramírez-Andreo, C. Brufau, C. Soria, N. Marín, M.^aD. Ruiz y A. Hernández-Gil

Hospital Universitario General Reina Sofía. Murcia. España.

Paciente de 34 años y gestación de 18 semanas que consulta por melanoniquia longitudinal de 1 mes de evolución. La imagen dermatoscópica muestra un patrón de líneas homogéneas paralelas y pigmentación de la piel periungueal, con la sospecha de melanoma lentiginoso acral y signo de Hutchinson realizamos biopsia punch de la piel periungueal.

4. ESTUDIO SOBRE LA ELASTOSIS SOLAR ASOCIADA A CARCINOMAS ESPINOCELULARES CUTÁNEOS

R. Corbalán Vélez^a, J.A. Ruiz Maciá^b, C. Brufau Redondo^c, J. Frías Iniesta^a, P. Sánchez-Pedreño^a, J. Martínez Escribano^a y A. Clemente Valenciano^a

^a*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.* ^b*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante).* ^c*Servicio de Dermatología. Hospital General Reina Sofía. Murcia. España.*

El hallazgo de elastosis solar (degeneración basófila del colágeno) se podría considerar como un signo histológico del daño solar crónico. Hemos analizado 229 carcinomas espinocelulares (CE) para valorar si existía elastosis solar y si ésta se extendía hasta dermis reticular superficial, media o profunda. En la mayoría de las CE se objetivó una importante elastosis solar: 182 CE, un 82%, presentaban elastosis solar hasta dermis reticular media (87 CE) o profunda (95 CE). Sólo hubo 6 lesiones (2,7%) en que no se observó elastosis solar. En algunos CE la elastosis solar era tan intensa que se extendía hasta tejido celular subcutáneo o afectaba a la pared de venas y/o arteriolas. Por otra parte, existía relación significativa entre la observación de elastosis solar a más profundidad y una edad mayor así como con el sexo femenino. En la mayoría de los CE se observa elastosis solar, lo que podría traducir un intenso daño solar crónico. Casi todos estos CE se asociarían a inmunodepresión (sistémica o localizada), basándonos en los importantes efectos inmunosupresores que producen las radiaciones solares, la edad avanzada o ambas.

5. TELEMEDICINA Y DERMATOLOGÍA

J. Frías Iniesta, J. Martínez Cadenas, R. Corbalán Vélez, J.A. Martínez Escribano y P. Sánchez-Pedreño Guillén

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. La Telemedicina es el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para ofrecer o gestionar información o servicios médicos. Las consultas dermatológicas suponen el 7-10% del total de las de atención primaria. La fiabilidad diagnóstica del teledermatólogo es superior a la del médico de atención primaria, y el coste de la teledermatología es inferior al de la consulta con-

vencional. Estos datos, unidos a la accesibilidad y la inmediatez que proporciona la red y la posibilidad de digitalizar y por tanto de transmitir cualquier tipo de información, hacen que la patología dermatológica, absolutamente visual, sea una candidata ideal para aplicar esta nueva tecnología. Sobre estas bases se plantea la realización de un proyecto piloto para implantar la tele dermatología en el área 1 de la CAM.

Material, métodos y ámbito de aplicación. Tipo de Tele dermatología: diferida; material: dos ordenadores y dos cámaras fotográficas para los centros de salud, y un ordenador portátil para el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA); programa informático: realizado en Visual Basic. Bases de datos Sql Server; personal y ámbito de aplicación: dos centros de Atención Primaria: uno alejado del centro HUVA, y otro de la zona de referencia de HUVA. Todos los facultativos que deseen participar, y por lo tanto toda su población asistencial. Los facultativos especialistas de Dermatología del HUVA.

Protocolo de trabajo y circuito asistencial. El número inicial de pacientes sería 10-15 a la semana por cada centro. Cada centro tendría asignado un día, con una duración estimada de actividad asistencial de 2 horas. Desde atención primaria se remite un formulario con la historia clínica y 2 fotografías. En 48-72 horas se remite una impresión diagnóstica y tratamiento, se recomienda su remisión al especialista de zona o se cita al paciente directamente en Dermatología HUVA. En una segunda fase, y una vez revisado en atención primaria, se remite un nuevo formulario con

la evaluación posconsulta, el grado de utilidad, y satisfacción y si se ha evitado la consulta convencional. Por parte del Servicio de Dermatología se cierra la teleconsulta especificando si ha habido concordancia diagnóstica y el grado de utilidad.

Objetivos. Valorar si el número de casos disminuye el número de primeras visitas, tanto en Dermatología de atención especializada de zona como hospitalaria. Determinar el número de casos en que se evita la remisión al especialista de zona o al hospitalario. Determinar la concordancia diagnóstica entre especialista y no especialista. Determinar si en aquellos casos graves o urgentes se disminuye el tiempo en que es visto por el especialista. Valorar si los médicos de Atención Primaria consideran si ha existido beneficio docente y/o clínico-terapéutico. Valorar el grado de satisfacción del usuario y del médico de atención primaria.

6. ERUPCIÓN PRURIGINOSA EN PACIENTE CON DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA

M^aD. Ruiz, A. Ramírez, C. Brufau, C. Soria, N. Marín y A. Hernández-Gil

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Paciente de 26 años que ingresa por descompensación hiperglucémica, fiebre y erupción cutánea generalizada. Mejora la erupción con tratamiento hipoglucemiante, hipolipemiantes y dieta hipocalórica.

III REUNIÓN DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

Cartagena, 26 de mayo de 2007

1. NEVUS SPILUS GIGANTE SEGMENTARIO

A. López Ávila, J. Pardo Sánchez, J. Ruffín Villoslada, F. Allegue Gallego y J. García Solano^a

Sección de Dermatología y "Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. España.

Se presenta una mujer de 30 años de edad con una mancha café con leche desde el nacimiento de grandes dimensiones y distribución segmentaria en hemotórax izquierdo, mitad izquierda de parte superior de espalda y abdomen, así como en brazo izquierdo. Posteriormente, han ido apareciendo múltiples nevos melano-cíticos sobre dicha mancha, varios de ellos displásicos. Se discute el diagnóstico diferencial con la neurofibromatosis segmentaria tipo V, así como otros síndromes con manchas café con leche o lentiginos segmentarias.

2. SINUS CUTÁNEOS DE ORIGEN DENTAL

A. López Ávila, B. Ramos Medina^a, J. Ruffín Villoslada, J. Pardo Sánchez y F. Allegue Gallego

Sección de Dermatología y "Sección de Cirugía Maxilofacial. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. España.

Presentamos dos pacientes jóvenes con tumefacciones supurativas en ramas mandibulares por sendas fístulas dentales. Se comenta la necesidad de tener presente esta entidad en el diagnóstico diferencial de dichas tumoraciones, así como necesidad de estudio radiológico por ortopantomografía.

3. CARCINOMAS CUTÁNEOS FACIALES EVOLUCIONADOS. A PROPOSITO DE NUEVE CASOS

Los progresos en cirugía reconstructiva han permitido un incremento en las indicaciones para la reconstrucción facial. Aunque los carcinomas cutáneos, especialmente los de localización facial, se detectan cada vez de forma más temprana, el profesional dedicado a su tratamiento deberá encarar varias veces en su vida casos muy evolucionados. Aunque es bastante raro encontrar carcinomas faciales espinocelulares de larga evolución, los carcinomas basocelulares pueden alcanzar proporciones considerables por su bajo riesgo metastásico. En estas situaciones nunca es fácil resolver el dilema entre un tratamiento conservador o la realización de un procedimiento quirúrgico inevitablemente mayor, dependiendo de la experiencia y sentido común del cirujano. Muchas veces será la incomodidad de la familia del paciente la que le presionará para aceptar el tratamiento. El objetivo del procedimiento quirúrgico deberá ser tanto curativo como estético, aunque también cabrán tratamientos paliativos. Una inmensa mayoría de casos podrán resolverse mediante el uso de los distintos colgajos regionales disponibles en cirugía facial. Los colgajos vascularizados microquirúrgicos son la última opción, una vez «exhaustos» todos los colgajos regionales. Se presentan nueve casos clínicos de pacientes con carcinomas cutáneos faciales evolucionados intervenidos en el Hospital Santa María del Rosell de Cartagena, en colaboración entre los Servicios de Derma-

tología y Cirugía Maxilofacial, discutiendo nuestros resultados y los conceptos esenciales en el manejo de los mismos.

4. ACROQUERATOSIS PARANEOPLÁSICA

B. Pérez-Suárez, C. Teruel, J. Pardo y M. Remezal^a

Dermatología, Hospital Rafael Méndez e "Isermed, Laboratorio de Anatomía Patológica. España.

Un paciente varón de 68 años fue remitido a consultas externas de Dermatología para valorar unas lesiones levemente urentes de 3 meses de evolución. Dichas lesiones adoptaban una disposición simétrica, con inicio en manos y posterior afectación de rodillas y pabellones auriculares. Clínicamente eran placas eritematosas, levemente descamativas, con alguna zona de pseudovesículas de contenido hemorrágico; también se constató oncodistrofia proximal. El paciente refería como antecedentes personales destacables enolismo crónico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y una intervención dos años antes por un pólipos laríngeo. Se realizaron dos biopsias cutáneas que resultaron ser compatibles con el diagnóstico de presunción de acroqueratosis paraneoplásica o síndrome de Bazex.

5. COLISIÓN TUMORAL: 2 CASOS INUSUALES

J. Frías, J. Martínez, R. Corbalán, T. Martínez, A. Clemente y J. Sola

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. Los dermatofibromas (DF) son neoplasias comunes que hasta en un 80% de los casos inducen una respuesta proliferativa epidérmica. Se asocian con frecuencia a acantosis e hiperpigmentación de la basal, con escasa frecuencia a proliferaciones basalioides (PB) y carcinomas basocelulares (CB), y de forma excepcional a neoplasias pigmentarias (NP).

Caso 1. Paciente de 60 años que desde hacía 20 presentaba una neoformación cutánea de curso lento e indolente en miembros inferiores. Desde hacía 7 años comenzó a sobre elevarse. La extirpación quirúrgica mostró la presencia de un CB coincidente con un DF. El estudio anatomopatológico muestra un infiltrado fusocelular que asienta sobre un estroma esclerodermiforme, en algunas localizaciones de patrón arremolinado, en el que las células fusiformes se disponían entre las fibras de colágeno. El infiltrado es más denso en las crestas y papilas, en las que se aprecian estructuras basalioides, entrelazadas, con hendiduras de la interfase. Se establece el diagnóstico de dermatofibroma y carcinoma basocelular superficial.

Caso 2. Paciente de 34 años que desde hacía 7 presentaba una neoformación cutánea de aspecto cicatricial, sobre hombro derecho. Durante el último año nota una pigmentación puntiforme. La extirpación quirúrgica muestra un nevus melanocítico de la unión, de patrón predominantemente lentiginoso asentado sobre un DF. El resultado anatomopatológico muestra un infiltrado fusocelular que afecta a dermis media y superficial, junto con un aumento de los melanocitos que adoptan un patrón lentiginoso

de forma predominante, aunque también forman tecas. Se establece el diagnóstico de dermatofibroma y nevus melanocítico de patrón lentiginoso.

Discusión. Los DF inducen cambios reactivos en la epidermis suprayacente que pueden afectar tanto a los queratinocitos como a melanocitos. En el primer caso la literatura es prolija, siendo de especial interés la asociación con PB que van desde hiperplasias de células basales con diferenciación folicular hasta auténticos CB, estableciéndose un difícil diagnóstico diferencial entre ambos procesos. Aunque en términos generales se admite que en la mayoría de los casos la PB es de carácter reactivo, la presencia de una infiltración profunda de la PB y la positividad para p53 orientarían hacia CB. Aunque los melanocitos basales próximos al DF expresan una mayor positividad para p-S-100, Mel-5 y tirosinasa, son escasas las referencias en cuanto a los cambios pigmentarios. Se han publicado dos series, con 3 hiperplasias lentiginosas y 14 neoformaciones pigmentarias: 13 nevus de distinta localización y 1 melanoma *in situ*. Antes de diagnosticar esta colisión tumoral es preciso descartar la presencia de nevus desmoplásico, nevus azul amelanótico y melanoma desmoplásico.

6. DERMATITIS DE CONTACTO POR SENSIBILIZACIÓN A ACEITES ESENCIALES

M. Ramírez Herández, B. Sánchez Sierra, J.A. Martínez Escribano, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, P. Sánchez-Pedreño Guillén, A.M. Clemente Valenciano y J.F. Frías Iniesta

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Presentamos el caso de una mujer que acudió a nuestro servicio por presentar lesiones descamativas, pruriginosas y recurrentes en el pulpejo del primer dedo de la mano derecha y que relacionaba tras el contacto con las cuentas de un rosario fabricado con maderas tropicales. Las pruebas epicutáneas de la serie estándar resultaron positivas para el Bálsamo del Perú (++) a las 48 y a las 96 horas. El Bálsamo del Perú es un producto natural que se obtiene a partir de resinas del tronco de un árbol tropical (*Myroxylon pereirae*). Es habitual encontrar resultados positivos en las pruebas epicutáneas para el Bálsamo del Perú en pacientes sensibilizados a otras plantas. El alérgeno implicado en la sensibilización es el éster dimetilalílico del ácido cafénico, el cual presenta radicales comunes con el Bálsamo del Perú. Por tanto, en el caso de nuestra paciente, el origen de la sensibilización al Bálsamo del Perú podía ser secundario a la reactividad cruzada que existe habitualmente entre el Bálsamo del Perú y otros productos obtenidos a partir de otros árboles tropicales.

7. ENFERMEDAD DE CROHN SIMULANDO UN SÍNDROME SAPHO

P. Mercader, E. Torrella^a, J. Gálvez^b, J.M. Ródenas, F. Muñoz y A. Peña

Servicios de Dermatología, ^aAparato Digestivo y ^bReumatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. La enfermedad de Crohn es parte del espectro de la enfermedad inflamatoria intestinal. Se caracteriza por la afectación segmentaria del intestino delgado y grueso y suele presentarse con síntomas intestinales, sin embargo las manifestaciones extraintestinales pueden ser la primera manifestación de la enfermedad. El caso que presentamos es un enfermo con enfermedad de Crohn que fue diagnosticado inicialmente como un síndrome SAPHO.

Caso clínico. Un hombre de 17 años acudió a consulta por unos nódulos inflamatorios en la cara que fueron diagnosticados como un acné quístico. Cuatro meses después presentó dolor en la ca-

dera derecha, con signos de sacroileítis en la resonancia magnética y un año después dolor mandibular severo con signos de osteomielitis en la tomografía axial computarizada ósea. El paciente fue diagnosticado de síndrome SAPHO y tratado durante dos años con pamidronato y antiinflamatorios no esteroideos. Dos años después de la primera visita el paciente acudió de nuevo a consulta por presentar una placa ulcerada en su cara y un engrosamiento difuso de sus encías. Las biopsias realizadas en ambas localizaciones mostraban un infiltrado mixto con neutrófilos, células plasmáticas y granulomas no caseificantes. Aunque nuestro paciente no tenía síntomas intestinales estos signos eran sugestivos de una enfermedad de Crohn, que se confirmó mediante una exploración con cápsula endoscópica.

Discusión. La presencia de osteomielitis aséptica junto a lesiones de acné es muy sugestiva de un síndrome SAPHO, sin embargo en nuestro caso la presencia de granulomas en la biopsia y la afectación de las mucosas, permitió orientar el diagnóstico hacia una enfermedad de Crohn.

8. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA AL DESARROLLO DE MELANOMA EN LA REGIÓN DE MURCIA

C. de Torre, J.A. Campillo, J. Frías Iniesta, P. Mercader, P. Sánchez-Pedreño, Á. López-Ávila, N. Marín, I. Tovar y J. Martínez Escribano

Servicios de Dermatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Hospital Morales Meseguer. Hospital Nuestra Señora del Rosell/Naval. Hospital Reina Sofía y Unidad de Investigación del Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

El análisis genético de grupos familiares en los que el melanoma presenta una elevada incidencia entre sus miembros ha revelado la existencia de algunas alteraciones en su secuencia de ADN que se transmiten de generación en generación. Estas mutaciones, denominadas germinales, trasladan a algunos de los descendientes una mayor predisposición al desarrollo del melanoma. Los genes en los que, hasta el momento, se han encontrado estas mutaciones son dos genes implicados en el control del ciclo celular (*CDKN2A* y *CDK4*) y un gen implicado en el metabolismo de la melanina (*MCR1*). Algunos de los polimorfismos de este último gen están asociados con un fenotipo de riesgo (color de ojos claros, pelo rubio o pelirrojo y un tipo de piel fotosensible). En el estudio sobre la predisposición genética al desarrollo del melanoma entre pacientes con melanoma múltiple o melanomas familiares de la Región de Murcia, hemos analizado la secuencia de estos tres genes en 50 participantes. Todos ellos pertenecen a familias con dos o más miembros que han desarrollado melanoma o que ellos mismos han desarrollado dos o más tumores primarios. De los 50 participantes, 9 de ellos han desarrollado melanomas múltiples mientras que las 41 personas restantes pertenecen a 15 familias distintas, de las cuales 22 no han desarrollado la enfermedad en el momento del estudio. Se observa un elevado porcentaje de participantes con polimorfismos de riesgo en el gen *MCR1* (64%). En tres de los casos se detectaron dos mutaciones diferentes en el mismo individuo. Es notable la falta de asociación entre la presencia de polimorfismos de este gen y un fenotipo de riesgo, pero el actual tamaño muestral del estudio no nos permite confirmar significativamente esta hipótesis. Solamente un 20% de los participantes con mutaciones que provocan una pérdida de función en el receptor de la melanocortina tiene el pelo rubio o pelirrojo y los ojos claros. Sin embargo, un 70% de estos poseen un tipo de piel fotosensible (fototipo I-II). El análisis del exón 2 del gen *CDK4* no ha revelado la presencia de ninguna mutación entre los participantes analizados, pero destacamos la identificación de tres familias en las que se ha detectado la presencia de una mutación de alto riesgo del gen de *CDKN2A*. El número de portadores de esta mutación

(g.301G > T) en cada familia es muy elevado (los 5 participantes analizados de la familia a, 2 de 3 en la familia b y 5 de 10 en la familia c). Se estima que el riesgo asociado al desarrollo de un melanoma es entre 30 y 70 veces superior al resto de la población en este caso, por lo que se les ha situado dentro de un grupo de alto riesgo para la detección precoz de posibles lesiones melanocíticas. En 5 de ellos se ha detectado además la existencia de polimorfismos de riesgo en el gen *MC1R*, lo que potencia el riesgo asociado mencionado anteriormente.

9. LESIONES VERRUGOSAS EN LA CAVIDAD ORAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

M.D. Ruiz^a, A. Ramírez^a, A. Hernández-Gil^a, C. Bufrau^a, N. Marín^a, C. Soria^a, I. Arcas^b, J. Moya^c, M. Pérez Guillermo^c y M. Egea^d

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. ^dDepartamento de Genética de la Universidad Politécnica de Cartagena. España.

Caso clínico. Se presenta el caso de una niña de 6 años que es remitida a nuestra consulta para estudio por presencia de lesiones verrugosas, asintomáticas, a nivel de boca, de dos años de evolución. Se comentan los posibles diagnósticos diferenciales y los métodos diagnósticos empleados. Asimismo se realiza una reseña a otros dos casos que están actualmente pendientes de completar estudio.

10. NECROSIS GRASA SUBCUTÁNEA DEL RECIÉN NACIDO

T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, P. Sánchez-Pedreño, J. Martínez Escribano, A. Clemente Valenciano, B. Ferri Níguez^a y J. Frías Iniesta

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia. España.

La necrosis grasa subcutánea es una forma rara de paniculitis neonatal que se observa en las primeras semanas de vida. Varios factores etiológicos han sido asociados con este proceso: trauma obstétrico, hipotermia por cirugía cardíaca, alteración de los lípidos séricos, etc.; se caracteriza por la aparición de nódulos o placas eritematosas que afectan a muslos, espalda, hombros y mejillas. Histológicamente se corresponde con una paniculitis lobulillar sin vasculitis. Se observa necrosis grasa asociada a un denso infiltrado inflamatorio (histiocitos, linfocitos, eosinófilos y células gigantes multinucleadas), destacando la aparición de cristales radiados intracelulares grasos en adipocitos e histiocitos. Aunque el pronóstico de la entidad es muy bueno puede asociarse a hipercalcemia que tiene importante repercusión en el recién nacido. Revisamos los últimos casos de esta entidad diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca.

11. NÓDULO LABIAL ULCERADO EN VARÓN DE 12 AÑOS

J.M. Ródenas, A. Nieto^a, P. Mercader, A. Peña, F. Muñoz, M.A. Gorostiza y A. Spreafico

Sección de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Presentamos como caso para diagnóstico un varón de 12 años con una lesión indurada y ulcerada en hemilabio superior izquierdo de 3 meses de evolución.

12. PACIENTE CON NÓDULOS EN EXTREMIDADES INFERIORES, INFILTRADO EN PLACA DE TÓRAX Y EOSINOFILIA PERIFÉRICA

S. Álvarez Ruiz, D. Martínez Sánchez, J.A. Ruiz Macia, F. López García y C. Payá Llorens

Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica, Medicina Interna y Neumología. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. España.

Describimos el caso de un paciente varón de 76 años que en julio del 2005 ingresa en el hospital por mal estado general, febrícula, artralgias y lesiones nodulares eritematosas en miembros inferiores. En las pruebas complementarias realizadas al ingreso destacaba en la placa de tórax infiltrados pulmonares subpleurales acompañados de adenopatías y una eosinofilia del 27,3 % en sangre periférica. Después de numerosos estudios se llega al diagnóstico de un tipo de linfoma T que afecta a piel y a pulmón. Se describen los resultados y la evolución del paciente destacando la importancia de la clínica cutánea en el diagnóstico final del cuadro.

13. FACOMATOSIS «SPILOROSEA»: DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. Pardo, J. García Solano^a, F.J. Ruffin, F. Allegue, J. Pereda^b, E. Abbad^b y Á. López-Ávila

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital General Básico de la Defensa. España.

Presentamos un nuevo caso de facomatosis «spilorosea» o facomatosis pigmentovascular tipo IIIa. Se trata de un paciente varón con un extenso nevus «spilus» congénito sobre la mitad izquierda del polo cefálico que se extiende ipsilateralmente por el cuello y por el cuadrante superior izquierdo del tórax. Además el paciente presenta un nevus telangiectásico dorsal izquierdo y una leve hemiatrofia de los miembros superior e inferior izquierdos. Tras la descripción del caso se procederá a revisar la clasificación y características de este complejo grupo de facomatosis y los mecanismos fisiopatológicos propuestos.

14. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS FRECUENTES Y COMPLICADOS. CASOS INTERACTIVOS

A. Hernández-Gil, J. Hernández-Gil, C. Brufau, C. Soria, N. Marín, A. Ramírez y M.D. Ruiz

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

No por frecuentes, muchas patologías son de tratamiento sencillo. Por el contrario, muchas de ellas representan verdaderos problemas terapéuticos hasta para el dermatólogo más experimentado. Presentamos varios casos clínicos que, por la dificultad en su manejo, constituyen un importante reto dentro de la terapia dermatológica. Los casos son interactivos, para que los participantes en la Reunión aporten y discutan su experiencia en el tratamiento de estas patologías.

IV REUNIÓN DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

Lorca, 27 de junio de 2007

1. LESIONES VESICULOAMPOLLOSAS DE DISTRIBUCIÓN LINEAL EN UNA RECIÉN NACIDA

T. Martínez Menchón, A.R. Corbalán Vélez, J. Martínez Escribano, P. Sánchez-Pedreño Guillén, A. Clemente Valenciano, M.I. Oviedo Ramírez^a y J. Frías Iniesta

Servicio de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. La incontinencia pigmenti es una genodermatosis infrecuente con carácter multisistémico que sigue un patrón de herencia dominante ligado a X. Recientemente se ha encontrado que las mutaciones del gen NEMO localizado en Xq28 causan la expresión de la enfermedad, siendo una única mutación la responsable del 80 % de los casos. En la mayoría de los pacientes no se detectan familiares afectados por lo que se trata de mutaciones esporádicas.

Caso clínico. Recién nacida mujer con lesiones vesículo-ampollosas de distribución lineal en ambos miembros inferiores desde el nacimiento. Se le practicó una biopsia cutánea en la que se observaba una dermatitis espongiótica eosinofílica con vesículas intraepidérmicas rellenas de eosinófilos. La historia clínica reveló la existencia de otros familiares afectados en varias generaciones. Hasta el momento no se han detectado en la paciente otras manifestaciones extracutáneas.

Conclusión. Las manifestaciones cutáneas son el síntoma más precoz del síndrome de Bloch-Sulzberger. Se definen 4 estadios: vesicular, verrucoso, hiperpigmentado y a veces hipopigmentado. Además, puede asociar manifestaciones oculares, dentarias, neurológicas, musculoesqueléticas y cardiovasculares. Por ello, es necesario un abordaje multidisciplinario de este síndrome.

2. NÓDULOS Y PÁPULAS FACIALES EN INMIGRANTE

A. Ramírez-Andreo, A. Hernández-Gil, C. Brufau, M.D. Ruiz, N. Marín, C. Soria y A. Martínez^a

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

Paciente de 26 años, procedente de Gambia que consulta por lesiones de 7-8 meses de evolución, tanto en cara como extremidades. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. A la exploración observamos nódulos de 1-5 cm de diámetro y consistencia firme en extremidades, confluentes a nivel pretibial, así como pápulas faciales de 4-6 mm de diámetro. Realizamos biopsias punch de 6 mm de una de las lesiones cefálicas y otra de antebrazo derecho.

3. PROLIFERACIÓN PLASMOCITARIA MONOCLONAL SIMULANDO CARCINOMA DE MAMA ERISIPELOIDE

R. Corbalán Vélez, M.^aT. Martínez Menchón, P. Sánchez-Pedreño, Á. Bas^a, J. Martínez Escribano y J.F. Frías Iniesta

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

El carcinoma «en coraza» o «erisipeloides» es un cuadro cutáneo producido por la afectación linfática de un carcinoma subyacente, siendo el más frecuente el carcinoma de mama. Presentamos

el caso clínico de una mujer de 84 años que nos consultó por unas lesiones eritematosas, infiltradas, en zona mamaria derecha, clínicamente compatibles con un carcinoma de mama «erisipeloides». La ecografía y mamografía mamarias mostraban cambios compatibles con un carcinoma inflamatorio de mama. Se realizaron 2 biopsias cutáneas, en las que se observaba una proliferación monoclonal de células plasmáticas. En el estudio realizado (tomografía axial computarizada corporal total, biopsia de un ganglio axilar homolateral, proteinograma y análisis de orina de 24 horas) no hemos encontrado afectación extracutánea. Presentamos un caso infrecuente de proliferación plasmocitaria de tipo monoclonal. Por otro lado, cualquier tumoración que infiltre y/o obstruya los conductos linfáticos podría provocar un cuadro clínico de metástasis «erisipeloides».

4. SÍNDROME DE LA BOCA URENTE

El síndrome de la boca urente (SBU) se refiere a la sensación de dolor, ardor o escozor localizada en la lengua o en otra zona de la cavidad oral, sin causa orgánica objetivable en el examen físico. La sensación de boca urente puede aparecer en algunas enfermedades cutáneas o sistémicas, que habrá que descartar antes de establecer el diagnóstico de síndrome de boca urente, ya que el término SBU se refiere exclusivamente a las formas idiopáticas y se encuadra dentro de los trastornos sensitivos (o sensoriales) cutáneos. En la mayoría de los casos, los pacientes con boca urente presentan alteraciones psíquicas o psiquiátricas acompañantes. Por este motivo el SBU se ha incluido clásicamente entre las psicodermatosis. En el momento actual no está claro si los factores psíquicos son su causa, su consecuencia, o si simplemente se exacerbaban mutuamente. Existen estudios recientes que proponen una etiología neurológica, ya sea de tipo neuropático o en relación con el sentido del gusto.

5. LESIÓN TUMORAL EN ESPALDA

B. Pérez Suárez, C. Teruel Cerezuela y M. Remezal Solano^a

Servicio de Dermatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. España. ^aInsermed, Anatomía Patológica. Murcia. España.

Una mujer de 74 años acudió a consultas externas de Dermatología por presentar una lesión intensamente pruriginosa de 4 meses de evolución. Como únicos antecedentes personales refería tratamiento con enalapril por presión arterial elevada y una intervención en la espalda por un neurofibroma nueve años antes. La paciente negaba clínica general acompañante así como cualquier otro tipo de sintomatología. En la exploración física se objetivó una masa tumoral de color rosado, lisa, consistencia firme, que se disponía a lo largo de la cicatriz quirúrgica, alcanzando un tamaño de 25 x 15 cm. Además, se evidenciaron múltiples neurofibromas en el tronco pero ninguna mancha café con leche. Tampoco se encontraron adenopatías palpables. Se realizaron dos tomas de biopsia, así como analítica sanguínea y tomografía axial computarizada (TAC) torácica. Las biopsias mostraron una masa subepidérmica a base de células grandes atípicas con numerosas mitosis y positividad para S-100 y ENA. La analítica resultó ser normal y la TAC evidenció una masa que desde piel infiltraba tejidos grasos pero con respeto muscular y óseo.

6. TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS. APORTACIÓN DE UN CASO

F.J. Allegue Gallego, J. Pardo, F.L.J. Rufin Villaoslada,
J. García Solano^a y A. López Ávila

*Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica.
Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. España.*

Introducción. Las tuberculosis cutáneas constituyen una pequeña proporción de las tuberculosis extrapulmonares. Sus formas clínicas más frecuentes son el escofuloderma, lupus vulgaris y la tuberculosis verrucosa cutánea. Esta última suele presentarse en pacientes con buena respuesta de inmunidad celular, constituyendo una forma paucibacilar causada por una reinfección exógena en sujetos previamente sensibilizados.

Caso clínico. Mujer, raza amarilla, 31 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que desde antes de su venida a Espa-

ña, hace 2 años, presenta lesión en dorso de primer dedo de mano izquierda, que lentamente ha ido aumentando en extensión y se ha hecho algo más excrecente. A la exploración presenta, sobre zona referida, placa indurada con borde algo más sobreelevado, de unos 3 cm de diámetro; también se aprecian xerosis y descamación leve en palmas y plantas. Con sospecha clínica de granuloma anular vs tinea incógnita se toma cultivo micológico y biopsia. El cultivo se informa negativo y la biopsia se informa de tuberculosis verrucosa con PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inicia pauta de OMS, experimentando mejoría clínica progresiva.

Conclusión. Aportamos un caso de tuberculosis cutánea en población inmigrante. Repasamos el diagnóstico diferencial y su tratamiento. Sugerimos que sería interesante conocer, mediante nuevos estudios, la incidencia y prevalencia de las formas cutáneas de tuberculosis en nuestro medio y su posible variación ante la afluencia de población inmigrante.

V REUNIÓN DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

San Pedro del Pinatar, junio de 2008

1. DERMATOSIS CRÓNICA DEL CUERO CABELLUDO. CASO CLÍNICO

A. Ramírez Andreo, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Hernández-Gil Bordallo, C. Brufau Redondo, M.D. Ruiz Martínez, N. Marín Corbalán y C. Soria Martínez

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Paciente de 83 años que acudió a la consulta por lesiones pruriginosas en cuero cabelludo que presentaba desde hacía más de un año. A la exploración presentaba múltiples queratosis actínicas, así como varias placas desepitelizadas de hasta 3 cm de diámetro y alguna pústula. En la evolución una de las lesiones se exulceró hasta llegar a plano óseo.

2. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA AL DESARROLLO DE MELANOMA EN LA REGIÓN DE MURCIA

C. de Torre, P. Mercader, M.^ªT. Martínez-Menchón, R. Corbalán, P. Sánchez Pedreño, A. Clemente, J. Frías Iniesta, J.C. García Borrón y J. Martínez-Escribano

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

El análisis genético de grupos familiares en los que el melanoma presenta una elevada incidencia entre sus miembros ha revelado la existencia de algunas alteraciones en su secuencia de ADN que se transmiten de generación en generación. Estas mutaciones, denominadas germinales, trasladan a algunos de los descendientes una mayor predisposición al desarrollo del melanoma. Los genes en los que, hasta el momento, se han encontrado estas mutaciones son dos genes implicados en el control del ciclo celular (*CDKN2A* y *CDK4*) y un gen implicado en el metabolismo de la melanina (*MCR1*). Algunos de los polimorfismos de este último gen están asociados con un fenotipo de riesgo de desarrollo de melanoma (pelo rubio o pelirrojo y un tipo de piel fotosensible). En el estudio sobre la predisposición genética al desarrollo del melanoma en pacientes con melanoma múltiple o melanomas familiares de la Región de Murcia, hemos analizado la secuencia de estos tres genes en 87 participantes; 73 pertenecen a 27 familias distintas junto a 14 participantes que han desarrollado melanomas múltiples pero no tienen familiares afectados. De entre los genes de mayor riesgo, el análisis del exón 2 del gen *CDK4* no ha revelado la presencia de ninguna mutación entre los participantes analizados, pero destacamos la identificación de tres mutaciones diferentes (g.301G > T), (g.176T > G) y (358delG) en el gen de *CDKN2A* en seis de las familias estudiadas. Aunque tenemos un tamaño muestral reducido, nuestros datos sugieren que las variables que podrían sugerir la presencia de estas mutaciones en familias de la Región serían: más de dos familiares de primer grado afectados, uno de ellos con melanomas múltiples, y una edad media de diagnóstico del primer melanoma menor de 40 años. Por otro lado destacamos la identificación de un elevado porcentaje de participantes con polimorfismos en el gen *MC1R* (80%), dos de ellas no descritas previamente y que hemos caracteriza-

do funcionalmente. De estos polimorfismos de *MC1R*, aquellos que provocan una pérdida de función se encuentran en el 34% de los participantes y estos polimorfismos se asocian significativamente (razón de verosimilitud = 21,67; p = 0,001) con el fototipo de piel sensible. Sin embargo, solamente el 14% de los pacientes con melanoma poseen un fenotipo de riesgo identificable (pelo rubio o pelirrojo y un tipo de piel fotosensible [I-II]). Como conclusión, la predisposición genética al desarrollo del melanoma en las familias estudiadas se debe a la presencia de mutaciones de riesgo en *CDKN2A* (20% de las familias participantes) y a polimorfismos de genes que se asocian con un tipo de piel fotosensible (64% de los participantes).

3. PRIMERA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE MOHS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

J. Hernández-Gil Sánchez, C. Soria Martínez, A. Hernández-Gil Bordallo, G. Ortuño Pacheco^a, A. Ramírez Andreo, N. Marín Corbalán, M.D. Ruiz Martínez y C. Brufau Redondo

Servicio de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. La técnica de Mohs es un procedimiento quirúrgico en el que se evalúan intraoperatoriamente todos los bordes quirúrgicos de las piezas extirpadas para conseguir la máxima seguridad de erradicación tumoral, consiguiendo la resolución del proceso en un solo acto quirúrgico.

Caso clínico. Mujer de 82 años, con antecedente hace siete años de carcinoma basocelular en cara lateral de raíz nasal extirpado con cirugía convencional y reconstrucción de la zona mediante colgajo en isla de pedículo inferior. El estudio histológico de la pieza quirúrgica se informó como carcinoma basocelular esclerodermiforme con márgenes libres. A los siete años de la intervención se evidenció tanto clínica como histológicamente la recidiva tumoral en el extremo superior del colgajo. El tumor presentaba bordes mal delimitados y se extendía hacia raíz nasal y canto interno de ojo izquierdo. Se propuso la reintervención del tumor mediante cirugía de Mohs. Ésta, se llevó a cabo en régimen de CMA y se precisaron tres estadios para conseguir límites libres de tumor. El defecto resultante fue reconstruido mediante un colgajo glabellar.

Discusión. La cirugía de Mohs, descrita por Frederic E. Mohs en 1930, se ha convertido en la técnica de primera elección en la extirpación de tumores cutáneos recidivados o en aquellos con alto riesgo de recidiva. La técnica se basa en dos principios básicos; el estudio en fresco de la pieza intraoperatoria y la realización de cortes horizontales que incluyan la totalidad de los márgenes de extirpación. De esta forma conseguimos analizar el 100% de dichos márgenes en un mismo acto quirúrgico, disminuyendo así el porcentaje de recidivas obtenido con la cirugía convencional. Presentamos nuestra primera experiencia con la técnica en el Hospital General Universitario Reina Sofía, en un caso complejo en el que la cirugía convencional no hubiera ofrecido las mismas garantías de erradicación tumoral.

4. DERMATITIS DE CONTACTO PROTEÍNICAS POR GAMBAS

P. Mercader García, J.M. Rodenas López, F. Muñoz y A. Peña
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. La dermatitis de contacto proteínica (DCP) es una reacción alérgica mediada por IgE ante diferentes alérgenos de origen proteínico que entran en contacto con la piel y que se manifiesta clínicamente como un eczema. Este cuadro se produce fundamentalmente en manipuladores de alimentos, en los que además de la exposición al alérgeno hay unos factores irritativos (humedad o roce) o alteraciones de la barrera epidérmica (atopia) que facilitan el paso de las proteínas a través de la epidermis.

Caso clínico. Mujer de 20 años que presentaba lesiones eczematosas en ambas muñecas que relacionaba con el contacto con gambas. Las lesiones comenzaron a las dos semanas de empezar a trabajar en un restaurante y duraban varios días. Se realizó un *prick-prick* con una gamba que fue intensamente positivo. Las pruebas epicutáneas con la batería estándar y la IgE específica para el marisco fueron negativas.

Discusión. En el estudio de los pacientes con sospecha de una DCP, es imprescindible el uso del *prick test* para llegar al diagnóstico. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con la urticaria de contacto y con las dermatitis de contacto por otros productos. El tratamiento se puede hacer utilizando guantes de protección (hasta los codos), pero la mayoría de los pacientes debe de cambiar de puesto de trabajo. Al tener estas implicaciones, estos pacientes deben ser remitidos a sus mutuas para su valoración.

5. ¿PUEDE EL DERMATÓLOGO AYUDAR AL DIAGNÓSTICO DE DETERMINADAS INMUNODEFICIENCIAS INFANTILES?

T. Martínez Menchón, R. Corbalán Velez, J. Martínez Escribano, P. Sánchez-Pedreño Guillén, A. Clemente Valenciano, A. Galera Miñarro^a y J. Frías Iniesta

Servicios de Dermatología y "Oncohematología Infantil. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

El síndrome de pelo plateado agrupa algunos raros desórdenes recesivos que presentan, como común denominador, la despigmentación del pelo que toma un tono gris metálico. Son diferenciadas tres entidades: síndrome de Chediak-Higashi, síndrome de Griscelli y síndrome de Elejalde. El síndrome de Chediak-Higashi presenta alteraciones cutáneas, oculares, neurológicas y hematológicas, cuya característica patognomónica es la presencia de gránulos lisosómicos gigantes en el citoplasma de los granulocitos, asociado a inmunodeficiencia por trastorno de la fagocitosis; en el síndrome de Griscelli también existe inmunodeficiencia y puede presentar compromiso neurológico, no existiendo las inclusiones citoplasmáticas típicas del síndrome de Chediak-Higashi; el síndrome de Elejalde tiene como característica principal el compromiso neurológico temprano con convulsiones y retardo psicomotor no asociado a inmunodeficiencia, presenta melanosomas anormales en melanocitos y queratinocitos, con ausencia de inclusiones en granulocitos. Presentamos los dos últimos casos de síndrome del cabello plateado realizado en nuestro servicio y haremos un diagnóstico diferencial entre estas entidades.

6. LEUCEMIA CUTIS: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

A. López Ávila, J. Ruffín Villoslada, F. Allegue Gallego, J. Pardo Sánchez, F. Allegue Gallego, J. Pereda Hernández y J. García Solano^a

Sección de Dermatología y "Servicio de Anatomía Patológica. HSMR-HGBD. España.

Presentamos una mujer de 77 años ingresada en Hematología por deterioro del estado general con pancitopenia. Se diagnosticó una LAM y presentó aftas vulvares durante el ingreso, motivo de la consulta a Dermatología. El estudio histológico de las úlceras mostró un infiltrado específico. Se comenta el diagnóstico diferencial y la presentación clínica tan inusual de la leucemia cutis como úlcera genital.

7. TUMOR CUTÁNEO DE DIFÍCIL TRATAMIENTO

J. Frías Iniesta, T. Martínez Menchón, J. Martínez Escribano, R. Corbalán Velez, P. Sánchez-Pedreño Guillén y A. Clemente Valenciano

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Paciente de 71 años de edad, diagnosticado de psoriasis hace 20 años, siendo leve hasta hace 12 y moderada/grave desde entonces, y de glomerulonefritis membranosa idiopática con evolución a insuficiencia renal crónica hace 25 años. Desde 1989 presenta queratoacantomas aislados en cara y fundamentalmente en extremidades superiores, la mayoría resueltos con tratamiento quirúrgico. Durante los últimos diez años se incrementa el número de queratoacantomas, así como la frecuencia de aparición de los mismos, llegando a tener hasta 10 lesiones en el 2003, cuya distribución predominante continúa afectando a miembros superiores y cara. Casi de forma paralela se incrementa la gravedad de la psoriasis, requiriendo terapia con etretinato que hubo que suspender a los 2 años de iniciada por deterioro de la función renal, sin que además dicha terapia disminuyera la aparición de nuevos queratoacantomas. Durante los últimos años se han tratado más de 20 queratoacantomas en tercio distal de MMSS, tanto en localizaciones nuevas como en los bordes de las cicatrices de extirpaciones previas, la mayoría con diferentes técnicas quirúrgicas, sin embargo el edema secundario a la insuficiencia renal producía dehisencias de puntos o desprendimientos de injertos, motivo por el que se inició tratamiento con radioterapia, sin que esta técnica controlara las lesiones existentes, que llegaron a adquirir tamaños superiores a 8 cm de diámetro, adquiriendo una morfología de queratoacantoma centrífugo *marginatum*. La imposibilidad de administrar radioterapia por haber recibido con anterioridad la dosis máxima recomendable, la dificultad de la cirugía por la gran cantidad de tejido cicatricial existente debido a las múltiples intervenciones quirúrgicas y a la gran dificultad de cicatrización por el edema secundario a la insuficiencia renal, obligó a plantearse otras modalidades terapéuticas como los corticoides intralesionales que fueron descartados por el posible rebrote psoriásico, y el etretinato, metotrexate y 5-FU intralesionales o 5-FU tóxico contraindicados por el Servicio de Nefrología. Se inició tratamiento con imiquimod y terapia fotodinámica, ambas sin respuesta, por lo que se recurrió a viejas técnicas como la crioterapia, controlando el cuadro clínico.