

**RESÚMENES DE LAS  
COMUNICACIONES LIBRES  
PRESENTADAS EN LAS REUNIONES  
DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE  
LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE  
DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA**

*XXII Reunión del Grupo Español de Fotobiología.  
Toledo, 15-16 de febrero de 2007*

*III Reunión del Grupo de Linfomas de la AEDV.  
Barcelona, 14 de junio de 2008  
Grupo de Trabajo de Psoriasis*

*IV Reunión del Grupo de Dermatología y Psiquiatría  
de la Academia Española de Dermatología y Venereología.  
Zaragoza, 22 y 23 de febrero de 2008*

*XIX Reunión del Grupo Español de Cosmética y Terapéutica.  
San Sebastián, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2007*

*Resúmenes del Grupo de Tricología de la Academia Española  
de Dermatología y Venereología*

*XX Reunión del Grupo de Dermatología Quirúrgica,  
Láser y Oncología Cutánea de la AEDV.  
León, 16 y 17 de noviembre de 2007*

---

**RESÚMENES**

---

# XXII REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE FOTOBIOLOGÍA

## Toledo, 15-16 de febrero de 2007

### 1. GRANULOMA ANULAR GENERALIZADO. TRATAMIENTO CON PUVA

I. Belinchón Romero, J.F. Silvestre Salvador,  
A. Lucas Costa, M. Pérez Crespo e I. Ballester Nortes  
*Sección Dermatología Hospital General Universitario  
de Alicante. España.*

El granuloma anular es una dermatosis frecuente y de etiología desconocida, de la que existen varios tipos clínicos: localizado, generalizado, subcutáneo, perforante, papular y lineal. Se ha descrito, especialmente en su forma diseminada, en asociación con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), linfoma no Hodgkiniano, morfea, hepatitis C crónica, tiroiditis autoinmune, sarcoidosis y diabetes mellitus, entre otras. Clínicamente se caracteriza por la presencia de pápulas eritematosas que tienden a confluir formando placas anulares. Pertenecen al grupo de dermatosis inflamatorias granulomatosas, cuyo marcador histopatológico es el granuloma en empalizada. A menudo es asintomático y no siempre precisa tratamiento. Las terapias no son del todo satisfactorias, así para las formas localizadas se puede recomendar el uso de corticoides tópicos o intralesionales e incluso crioterapia. Para las formas diseminadas los tratamientos son bastante diversos y muchas veces con resultados poco satisfactorios. Conviene mencionar los fármacos antimaláricos, los retinoides sistémicos y últimamente también se ha descrito cierto éxito en el empleo de fármacos biológicos, en concreto con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa. Además es conocido el valor del tratamiento con luz para esta patología, y dada la escasa casuística hallada en la literatura consideramos de interés presentar nuestra experiencia en el tratamiento mediante PUVA del granuloma anular generalizado. Presentamos 4 casos de granuloma anular generalizado que han sido tratados con PUVA en la Unidad de Fototerapia-Psoriasis del Hospital General Universitario de Alicante desde abril de 2005 hasta la actualidad. Se trata de 4 mujeres, con edades comprendidas entre los 43 y los 66 años de edad. Dos de ellas eran diabéticas. Los resultados han sido: en dos casos se ha producido una respuesta completa, con desaparición de las lesiones, en los otros dos fracasó el tratamiento. Es de destacar que estas dos últimas pacientes eran diabéticas. En una de las pacientes diabéticas fue necesaria la suspensión prematura de la fotoquimioterapia cuando sólo había recibido una dosis de 52,5 J/cm<sup>2</sup> junto a 20 mg de psoraleno por cada sesión, ya que presentó un empeoramiento de las lesiones en forma de pápulas color piel en el tercio superior del tronco y en extremidades.

### 2. TERAPIA FOTODINÁMICA EN QUERATOSIS ACTÍNICAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 100 PACIENTES TRATADOS Y DE LOS RESULTADOS CLÍNICOS OBTENIDOS

S. Vidal, S. González, Jose Funes<sup>a</sup>, L. Luelmo, C. Arjona, J.A. Páez y J. Lirón  
*Servicio de Dermatología. Hospital Central de la Defensa. Madrid.  
"Facultad de Medicina, Universidad San Pablo CEU. Madrid.  
España.*

Las queratosis actínicas (QA) representan una de las consultas más frecuentes en las clínicas de dermatología. Aparecen como

consecuencia de exposición solar acumulada, en pacientes a partir de la década de los cuarenta años. La incidencia aumenta con la edad, por lo que con el aumento de la esperanza de vida, la población afectada crece inexorablemente. Dado que pueden evolucionar a carcinoma espinocelular entre el 5 y el 20 %, la decisión más adecuada es tratar todas las lesiones y, si es posible, el área donde asientan pues suelen emerger sobre campos de cancerización. La terapia fotodinámica (TFD) constituye el tratamiento de primera elección para tratar las QA y el campo de cancerización. Para estudiar los parámetros que definen el perfil del paciente con QA que acude a recibir tratamiento con TFD en nuestro hospital, analizamos: *a)* la edad, sexo, fototipo, y el fotoenvejecimiento; *b)* localización de la lesión, extensión e intensidad de las lesiones; *c)* antecedentes dermatológicos y de quemaduras solares; *d)* número de consultas/años de los tratamientos anteriores recibidos y si son plurimedicados; *e)* número de sesiones y resultados del tratamiento. Durante los años 2006 y 2007, en 100 pacientes tratados de QA con TFD, realizamos un estudio descriptivo y un análisis de las variables y resultados obtenidos. Tomamos los pacientes que acuden a nuestras consultas externas y de estos aquellos pacientes susceptibles de recibir TFD debido a la extensión de sus queratosis actínicas, a la intensidad y a ser el principal motivo de consulta durante más de 5 ocasiones. Del estudio observamos que: las queratosis actínicas numerosas y extensas, que precisan tratamiento con TFD, constituyen un problema sanitario en pacientes de avanzada edad (80 % mayores de 70 años) con fototipos bajos, grados altos de fotoenvejecimiento y preferentemente varones. La gran mayoría de los pacientes se encuentran recibiendo tratamientos para otras patologías, y se ven obligados a consultar por las QA en reiteradas ocasiones durante muchos años para recibir tratamientos tipo crioterapia o imiquimod, entre otros. Por ello es necesario hacer frente al problema de las lesiones precancerosas/cancerosas *in situ* en pacientes de edad avanzada, un problema nuevo que hasta hace poco no se contemplaba, ya que ocurría en personas con escasa presencia social. Así, no se abordaba el problema en su totalidad, limitándose los tratamientos existentes a tratar algunas zonas concretas del tegumento. Con la aplicación de dos sesiones de media y unos resultados buenos o muy buenos del 94 %, la TFD se revela en nuestro medio como un método de tratamiento de las QA eficaz y seguro, ya que enfoca de forma amplia el problema de los campos de cancerización, aspecto de principal importancia según el perfil de los pacientes estudiados.

### 3. FUNCIONAMIENTO Y APORTACIONES DE LA UNIDAD DE FOTOBIOLOGÍA DEL NINEWELLS HOSPITAL AND MEDICAL SCHOOL, DUNDEE (ESCOCIA)

L. Pérez-Pérez, L. Berroeta<sup>a</sup> y A. Zulaica  
*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. España. "Photobiology Unit., Ninewells Hospital and Medical School. Dundee, Scotland.*

La Unidad de Fotobiología (UF) del *Ninewells Hospital and Medical School* (Dundee, Escocia) es hoy en día un punto de referencia a nivel mundial en fotoinvestigación. En ella trabaja de

forma coordinada un amplio equipo de especialistas encabezado por el Profesor James Ferguson, que estudian y tratan pacientes procedentes de todo el territorio escocés y remitidos desde otros centros. La labor de la UF gira en torno a dos grandes ejes: la fotoinvestigación y la fototerapia. La primera se inicia en una consulta que se realiza habitualmente dos días por semana, siguiendo un formulario de historia específico. Para investigación disponen de 3 monocromadores, 1 simulador solar y un laboratorio de calibración. El área de tratamiento de la UF atiende a una media diaria de 130 pacientes los días de mayor actividad y dispone de cabinas de UVA, UVB, UVB de banda estrecha, UVA para manos y pies, dos cabinas de UVA-1 y una máquina de rayos Grenz. La UF ha contribuido sustancialmente al desarrollo de dos importantes iniciativas: un sistema de fototerapia domiciliar y una red clínica de fotobiología. La primera ha resultado ser un tratamiento seguro para los pacientes y asequible para el sistema sanitario. *Photonet* <http://www.photonet.scot.nhs.uk> es una red clínica diseñada en el año 2002 con la finalidad de unificar protocolos y métodos en los 30 centros que administran fototerapia en Escocia. Constituye una fuente fundamental de información y comunicación entre especialistas y proporciona protocolos de tratamiento y dosimetría. El diseño e implantación de sistemas de similares características podría mejorar las condiciones de la fototerapia en nuestro país.

#### 4. PROPUESTA DE CREACIÓN DE UNA RED TEMÁTICA DE FOTOTERAPIA/FOTOBIOLOGÍA DEL GEF

J.M. Carrascosa

*Servei de Dermatologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. España.*

A pesar de su reconocida eficacia, la fototerapia es probablemente un recurso terapéutico infrutilizado en dermatología. Además de cuestiones logísticas, intervienen consideraciones tales como el desconocimiento por parte de la población e incluso por parte de los propios dermatólogos, así como la falta de protocolos comunes. El Grupo Español de Fotobiología (GEF) puede contribuir a un mejor y más uniforme empleo de la fototerapia llevando a cabo acciones divulgativas y organizativas. Se propone la creación de una red temática en fotodermatología (fototerapia/fotodermatología) circunscrita al ámbito español soportada a través de una página web. La referencia es el portal de Photonet, una estructura compleja y multidisciplinaria integrada en el sistema nacional de salud británico cuya misión es la de servir como instrumento para garantizar que los usuarios reciben un tratamiento estandarizado en cualquiera de los puntos del sistema público. Los contenidos de la web del GEF deberán incluir información dirigida tanto a la población general/pacientes como a los profesionales. Los objetivos primarios con respecto a la población general pasan por incrementar el conocimiento de la fotodermatología/fototerapia entre los pacientes y favorecer el acceso al tratamiento a través de un mapa de centros. Con respecto al colectivo dermatológico, el objetivo principal pasa por impulsar la comunicación entre los centros de tratamiento y favorecer la estandarización de protocolos. Asimismo, y como objetivos secundarios, se plantean favorecer la formación de dermatólogos/residentes, promover la formación de personal auxiliar especializado y prestigiar la fotodermatología como subespecialidad.

Las dudas y cuestiones que plantea el proyecto son numerosas, sin contar con las que pueden aparecer en el curso de su desarrollo e incluyen, entre otras, la complejidad del sistema sanitario español y la financiación y mantenimiento de la web. Por el contrario, el GEF puede aportar como valor añadido su carácter multidisciplinario y el enorme potencial de sus miembros.

#### 5. PROTOCOLOS DE CALIBRACIÓN ESPECTRORRADIOMÉTRICA

J. Aguilera<sup>a</sup>, D. Campos<sup>b</sup>, R. Abdala<sup>b</sup>, M.V. de Gálvez<sup>a</sup>, C. Sánchez-Roldán<sup>a</sup>, F.L. Figueroa<sup>b</sup> y E. Herrera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Medicina y Dermatología. <sup>b</sup>Departamento Ecología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga. España.

Cualquier laboratorio dedicado a la investigación de la radiación lumínica, así como dedicado a la aplicación práctica o terapéutica de dicha radiación ha de contar con un sistema adecuado para la realización de medidas tanto radiométricas como espectrorradiométricas de las diferentes fuentes de iluminación. En este sentido, la calibración de los equipos de medidas ha de ser una de las actividades fundamentales en cada unidad para garantizar la correcta medida de los equipos de iluminación con los que trabaja. En este trabajo se establecen los protocolos para la calibración de los equipos de medida espectrorradiométrica de los laboratorios de fotobiología dermatológica y del departamento de Ecología de las Facultades de Medicina y Ciencias de la Universidad de Málaga. El protocolo de calibración conlleva principalmente varios procesos: 1. comparar el equipo a calibrar con otros de referencia. 2. Realizar controles de calidad de los patrones. 3. Medida de la deriva cromática de los espectrorradiómetros. 4. Verificación en el laboratorio. Una vez calibrado el equipo en el centro de referencia, lo ideal es mantener el control de calidad de dicha calibración de forma periódica. Por tanto: *a)* es necesaria la caracterización constante de las diferentes fuentes de iluminación, *b)* es necesaria la calibración de los sensores de banda ancha respecto a medidas espectrorradiométricas para cada dispositivo de iluminación de forma independiente, *c)* es necesaria la calibración tanto absoluta como de deriva cromática de forma rutinaria y *d)* calibrar los equipos en centro de referencia al menos con 1 ó 2 años de periodicidad.

#### 6. DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE URTICARIA SOLAR

I. Allende, J. Gardeazabal, S. Lázaro, Z. Martínez Lagrán y S. Pérez-Barrio

*Hospital de Cruces. Vizcaya. España.*

*Caso clínico.* Mujer de 43 años sin antecedentes de interés que consultaba por un cuadro dermatológico de 14 meses de evolución. Aportaba, analítica normal incluyendo C3-C4, IgE, ANA y protoporfirinas. Describía un cuadro compatible con urticaria solar que pudimos comprobar al indicarle que se expusiera al sol natural durante 30 min tras los cuales regresó presentando lesiones habonosas pruriginosas en zonas habitualmente no fotoexpuestas. Para confirmar el diagnóstico realizamos fototest con fuentes de luz UVB, UVA y luz visible en dos ocasiones separadas temporalmente siendo los resultados negativos para todas las fuentes de luz utilizadas.

*Discusión.* El diagnóstico de la urticaria solar se basa en la historia clínica del paciente y en la inducción de lesiones mediante el fototest. Generalmente el diagnóstico es sencillo dado que el aspecto y la evolución de las lesiones son muy característicos. Sin embargo, en algunos pacientes pueden surgir factores que dificulten el diagnóstico. En las series publicadas de urticaria solar se han descrito algunos casos aislados de pacientes con urticaria solar y fototest repetidamente negativo utilizando diferentes espectros de luz (cerca de un 4 % de todos los pacientes). Probablemente, estos resultados se justifiquen porque estos pacientes precisan la irradiación con el espectro solar total para la inducción de las lesiones y no con espectros parciales. Como conclusión nos parece interesante recordar que, en algunos pacientes con urticaria solar, la obtención de resultados negativos al realizar el fototest no excluye el diagnóstico. En estos casos únicamente es posible reproducir las lesiones mediante la exposición a luz solar natural.

## 7. TERAPIA FOTODINÁMICA: NUEVAS PERSPECTIVAS EN DERMATOLOGÍA. ACNÉ Y FOTOREJUVENECIMIENTO

R. del Río, J.A. Pujol y J.L. Cisneros  
*DermaClinic. Barcelona. España.*

Hoy en día existe un consenso claro en las indicaciones principales de la terapia fotodinámica (TFD). Sin embargo aún se considera una técnica prometedora en otras aplicaciones y con distinto protocolo al convencional en patología de la glándula sebácea (acné, dermatitis seborreica) y en fotorejuvenecimiento. El principal efecto de la TFD en el acné es bactericida, actuando también a través de la destrucción de la unidad pilosebacea. En general, la TFD puede usarse en todos los tipos de acné aunque es más efectiva en los papulo-pustulosos, y en cualquier área. El tratamiento produce discomfort, dolor y quemazón durante la sesión. Los días posteriores aparece eritema y exfoliación. En algún caso puede aparecer exacerbación del acné con papulopústulas por destrucción masiva bacteriana y de las glándulas sebáceas (acné reactivo). Nuestra experiencia personal es con dos fuentes de luz, un equipo de emisión de LED de luz roja y azul intercambiables (Omnilux blue/revive, Photo Therapeutics Ltd, Manchester, UK) y un equipo de IPL de banda ancha con filtros de corte de 515 en adelante (Lumenis One, Lumenis Ltd., Yokneam, Israel). Hemos comprobado una mayor eficiencia con luz azul en casos con predominio de lesiones inflamatorias de carácter leve y moderado. En casos quísticos o con lesiones inflamatorias severas combinamos con luz roja para obtener una mayor penetración. En general se consiguen buenos-excelentes resultados en el acné inflamatorio y quístico, y menos prometedores en el comedoniario. Otras indicaciones de la TFD son: seborrea, hiperplasia sebácea, rosácea, rinofima, foliculitis, hidrosadenitis y pre y poscirugía de Mohs. La posibilidad de combinar la TFD con la IPL como fuente de luz se ha denominado fotorejuvenecimiento fotodinámico. Los resultados con TFD-IPL son superiores a la IPL por separado (ambas técnicas aumentan la síntesis de colágeno tipo I pero más la TFD-IPL) y permite realizar menos sesiones. Los efectos secundarios son mínimos y no duraderos. La TFD se puede combinar con radiofrecuencia para tratar el fotoenvejecimiento a todos los niveles de profundidad. Nuestra experiencia incluye más de 200 pacientes tratados con TFD-IPL y TFD-LEDs (diodos de luz azul/roja) pudiéndose combinar con otras técnicas dermocosméticas.

## 8. ECZEMA ALÉRGICO DE CONTACTO A FILTRO SOLAR (DELIAL®)

S. Urrutia Hernando, L. Bagazgoitia Sáez de Vicuña  
y P. Jaén Olasolo  
*Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.  
España.*

Paciente de 74 años, que refiere a las 24 horas de aplicarse un fotoprotector (Delial® 20 leche solar), placas eritematovesiculosas muy pruriginosas en espalda, que se fueron extendiendo al resto de la superficie corporal donde se aplicó el fotoprotector (respetaba cara, miembros inferiores, axilas y palmas de manos), por lo que acude a urgencias. Pruebas epicutáneas estándar (*True test Martí Tor*) + batería específica de corticoides + batería específica de filtros solares + propio (Delial®). Batería estándar: positivo las 48 y 96 h: gomas negras, bálsamo de Perú, mezcla carbas, perfumes (contenidos en Delial®), resina de p-tert-butilfenol, colofonia, budesonida (estándar y batería de corticoides). Delial® positivo a las 48 y 96 h. Batería específica de filtros solares: positivo a las 48 y 96 h: octocrylene (contenido en Delial®), 2-hydroxi-4-methoxybenzophenone (benzophenona 3), 2-hydroxi-4-methoxy-4-methyl-benzophenone (benzophenona 10), 2-ethylhexyl 4 methoxycinnamate (Octal Methoxy cinnamate

parsol Mcx), 3-(4-methylbenzylidene) camphor, Octyldimethyl PABA. El octocrylene (2-ethylhexyl 2-cyano-3, 3-diphenylacrylate) es un líquido soluble en aceite que posee una buena absorción de radiación UV-B y además una absorción adicional en el espectro UV-A II de onda corta. La absorción (250-360 nm) máxima se produce a 303 nm. Su débil olor propio permite usarlo en una amplia variedad de aplicaciones cosméticas. Se usa tanto para protección antisolar como para proteger productos.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de eczema de contacto a un filtro solar (Delial®), filtro muy demandado por la población española; al realizar las pruebas epicutáneas tenía positividad al filtro utilizado y entre las positividades en la batería específica de filtros solares destacaba el octocrylene y fragancias, que estaban incluidas en la composición del filtro solar. La hipersensibilidad de contacto y fotosensibilidad es excepcional por octocrylene, aunque hay algunas publicaciones recientes sobre esta posibilidad. Este paciente además tenía múltiples sensibilizaciones, como las fragancias, que dificultaban conocer exactamente el sensibilizante que le provocó el eczema de contacto.

## 9. PACIENTE CON ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED EN TRATAMIENTO CON PUVA-BAÑO

M.V. Hoffner, A. Carrizosa Esquivel, A. Pulpillo Ruiz<sup>a</sup>,  
A. Herrera Saval y F.M. Camacho

*Departamento de Dermatología. Hospital Universitario  
Virgen Macarena. Sevilla. España. "Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Historia clínica.** Mujer de 48 años diagnosticada de linfoma no hodgkiniano tipo folicular, estadio IV-A en abril de 1996, en seguimiento por el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. En octubre de 2004 fue sometida a un trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico no mieloablatoivo de hermano HLA idéntico, estando en la actualidad en remisión completa. En septiembre de 2005 presentó un cuadro de enfermedad injerto contra huésped (EICH) con rebrote en noviembre de 2006 en forma de poliartritis en miembros inferiores y manos. A pesar de realizar múltiples tratamientos orales y tópicos (Cell-Cept, Deflazacort, Acitretino, Elidel pomada, Ebastel, Rapamune) persisten las lesiones cutáneas, por lo que el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen (HUV) del Rocío la remitió en junio del 2007 a la Unidad de Fotobiología del Departamento del HUV Macarena para valorar el tratamiento con PUVA-Baño. La paciente está recibiendo 2 sesiones semanales, con mejoría evidente de su cuadro cutáneo.

**Discusión.** La EICH aguda y crónica es una complicación que puede afectar hasta al 50% de los pacientes que reciben un trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico o un trasplante de médula ósea. Hay dos formas clínicas de EICH cutánea crónica: liquenoide y esclerodérmiforme. El tratamiento de esta afección incluye inmunosupresores sistémicos que aumentan el riesgo de infecciones oportunistas. Con frecuencia se describen resistencias a los inmunosupresores o recaídas después de suspenderlos. A pesar de recibir un tratamiento agresivo, la tasa de mortalidad entre los pacientes con EICH crónica es del 20-40%. Una opción terapéutica tópica es la radiación ultravioleta que actúa como inmunomodulador. La PUVA oral ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la EICH crónica y aguda, si bien tiene el inconveniente de poder presentar efectos secundarios como náuseas, vómitos y reacciones fototóxicas.

**Conclusiones.** La fotoquimioterapia con PUVA-Baño proporciona una alternativa terapéutica segura y eficaz para el tratamiento de la EICH cutánea crónica y debe ser incluida en el protocolo de opciones terapéuticas para EICH crónica.

# III REUNIÓN DEL GRUPO DE LINFOMAS DE LA AEDV

## Barcelona, 14 de junio de 2008

### 1. IMPLICACIÓN DE LA INTERLEUCINA 10 EN LA PROGRESIÓN DE LOS PACIENTES CON MICOSIS FUNGOIDE EN ESTADIOS INICIALES

R. Izu<sup>a</sup>, M.D. Boyano<sup>b</sup>, E. Acebo<sup>c</sup>, A. Asumendi<sup>b</sup>, G. Pérez-Yarza<sup>b</sup>, T. López-Mitxelena<sup>b</sup> y J.L. Díaz Pérez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Basurto. <sup>b</sup>Departamento de Biología Celular y Ciencias Morfológicas de la UPV. <sup>c</sup>Hospital de Cruces. Bilbao. España.

En estadios iniciales de micosis fungoide (MF) predominan los linfocitos T4 reactivos, cuyo patrón de secreción de citocinas es del tipo TH1 (IL-2 e IFN- $\gamma$ ) frente a los linfocitos tumorales que promueven la secreción de citocinas TH2 (IL-4, IL-5 e IL-10). Esto explicaría el epidermotropismo propio de las lesiones iniciales de MF en parche o placa poco infiltrada, ya que el IFN- $\gamma$  aumenta los niveles de ICAM-1 y por lo tanto la migración transepidérmica de los linfocitos. En lesiones más infiltradas (placa o tumor) predominan los linfocitos tumorales de patrón secretor TH2, disminuirían los niveles de ICAM-1 y se perdería el epidermotropismo inicial característico. Por lo tanto, el patrón de producción de citocinas, tanto en suero como en las lesiones cutáneas de linfoma, debería variar en relación con el estadiaje de la enfermedad: en estadios iniciales los niveles de IL-2 e ICAM-1 serían altos y por el contrario en fases avanzadas deberíamos encontrar niveles altos de IL-4 e IL-10. Además la concentración sérica de RIL-2s, especialmente en el síndrome de Sézary, está significativamente elevada y se correlaciona con diversas variables clínicas y parece tener valor pronóstico. También existen estudios que indican el valor pronóstico de los niveles de LDH en estos pacientes. Algunos pacientes con micosis fungoide nunca evolucionan hacia estadios más avanzados, mientras que otros presentan una enfermedad rápidamente evolutiva o especialmente agresiva. Si pudiéramos encontrar algún marcador de mal pronóstico en estadios iniciales, podríamos tratar de una manera diferente a estos pacientes, alargando su supervivencia. En nuestro trabajo hemos determinado los niveles séricos de IL-10 e ICAM-1s en 79 pacientes con linfomas cutáneos de células T (LCCT) durante 4 años de seguimiento y los hemos analizado junto a los niveles del receptor soluble de la IL-2 (RIL-2s). Además hemos analizado la expresión de citocinas en el ARN mensajero obtenido a partir de biopsias de un subgrupo de 10 de los 79 pacientes. Como resultados principales no hemos podido confirmar el valor pronóstico de los niveles séricos de LDH y hemos observado en los pacientes con SS un incremento de los niveles séricos de la  $\beta$ -2 microglobulina. Además los niveles séricos elevados de IL-10 pueden ser considerados como un marcador temprano de progresión tumoral, ya que se asocian en los pacientes con MF en estadio I, a la expresión de la cadena del TCR y a un mayor número de células de Sézary circulantes, y que la expresión de las citocinas supresoras TH2 (IL-10, IL-4 e IL-5) en las lesiones cutáneas se asocian a la progresión maligna en pacientes con MF.

### 2. EL BEXAROTENO ACTIVA, EN LÍNEAS DE LCCT, LA RUTA DE SEÑALIZACIÓN ATM/P53/P73

N. Nieto-Rementería<sup>a</sup>, R. Izu<sup>b</sup>, A. Apraiz<sup>a</sup>, G. Pérez-Yarza<sup>a</sup>, M.D. Boyano<sup>a</sup>, J.L. Díaz-Pérez<sup>c</sup>, E. Acebo<sup>c</sup> y A. Asumendi<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Biología Celular y Ciencias Morfológicas de la UPV. <sup>b</sup>Hospital de Basurto. <sup>c</sup>Hospital de Cruces<sup>3</sup>. Bilbao. España.

El bexaroteno (LGD1069, Targetrin<sup>®</sup>) es el primer retinoide sintético aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para su uso en el tratamiento de linfomas cutáneos de células T (LCCT). Sin embargo, poco se conoce todavía sobre las vías moleculares de señalización. El conocimiento sobre la actuación del fármaco es fundamental para entender la variabilidad de la respuesta entre pacientes y poder así dirigir los tratamientos a los casos más receptivos. En estudios previos realizados en líneas establecidas de LCCT con diferentes sensibilidades al fármaco (HH muy sensible, Hut-78 sensibilidad media y la línea resistente MJ – positiva al HTLV-1), hemos observado que el bexaroteno induce apoptosis y –sobre todo–, inhibe el ciclo celular (inhibiendo notablemente la proliferación clonogénica) en las líneas sensibles. La activación intracelular de algunas rutas de señalización tienen un efecto supresor de tumores actuando a estos dos niveles (apoptosis/proliferación), entre ellos la ruta ATM/p53/p73, objeto de este estudio. Tras examinar la expresión de p53 en líneas de LCCT, observamos que el bexaroteno no induce cambios en la fosforilación de la proteína en la Ser-46 (implicada en la activación apoptótica). Sin embargo, en Hut-78 se aprecia un incremento notable de la fosforilación de p53 en la Ser-15, la cual interviene en la unión de la proteína a promotores de genes que inhiben el ciclo celular. La expresión total de p53 no varía tras el tratamiento en ninguna de las líneas estudiadas. Tampoco varía la ruta PI3K ni MDM2, de los cuales depende la degradación de p53, sugiriendo que, en estas líneas, la modulación de la proteína mediada por bexaroteno, depende principalmente de su fosforilación. En este sentido, nuestros resultados indican claramente que tras la incubación con bexaroteno, ATM se autofosforila en el residuo Ser1981 y que los dímeros ATM inactivos se disocian a monómeros ATM activos, responsables de la fosforilación de proteínas entre las que se incluye la familia de p53. Otro miembro de la familia, la proteína p73, capaz de promover rutas supresoras de tumores de manera independiente a p53, se encuentra sobreexpresado tras los tratamientos en células HH y Hut-78. En la línea resistente MJ, sin embargo, no se aprecian cambios ni en la expresión de p73 ni en la fosforilación de p53. Los resultados expuestos proporcionan evidencias sobre la acción anti-neoplásica del bexaroteno en LCCT a través de la activación de la ruta supresora de tumores ATM/p53/p73. Además, explica nuestros anteriores resultados sobre el efecto del fármaco en proteínas reguladoras del ciclo celular (p21, ciclinas...) así como en la activación de bax –proteínas todas ellas reguladas por p53/p73.

### 3. LINFOMA T/NK NASAL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

L. Martínez Casimiro, M.L. García-Melgares Linares, V. Zaragoza Ninet, E. Roche Gamón, A. Pérez Ferriols y V. Alegre de Miguel

*Consorcio Hospital General de Valencia. España.*

El linfoma T/NK nasal, previamente conocido como granuloma letal de la línea media, es un linfoma no hodgkiniano raro asociado con el virus Epstein Barr. Presentamos 3 casos de linfoma T/NK nasal vistos en nuestro hospital. Las tres pacientes eran mujeres. Dos de las pacientes comenzaron con clínica de una masa destructiva centroracial y la tercera desarrolló placas y nódulos eritemato-violáceos en ambas piernas y mama. Las tres pacientes fallecieron en poco tiempo como resultado de la enfermedad a pesar del tratamiento. Una de las pacientes era VIH positiva y presentó un curso más agresivo. Las biopsias mostraron un infiltrado difuso de linfocitos atípicos positivos para CD3 y CD56. El linfoma T/NK nasal se desarrolla en la cavidad nasal y senos paranasales. Los pacientes muestran clínica de obstrucción nasal o destrucción facial extensa, y a veces con nódulos cutáneos. El pronóstico es muy malo independientemente del tratamiento empleado. Los hallazgos histopatológicos incluyen una proliferación difusa de linfocitos atípicos positivos para CD2, CD56 y CD3 citoplásmico con un patrón angiocéntrico afectando la dermis y el tejido celular subcutáneo, junto con necrosis. Este es un linfoma muy raro y más en pacientes infectados por VIH, en los cuales presenta un peor pronóstico.

### 4. PROCESO LINFOPROLIFERATIVO CLONAL CD8 POSITIVO EN PLACA ÚNICA

L. Leal, I. Bielsa, M.<sup>a</sup>T. Fernández-Figueras, J. Bassas-Vila, J. L. Mate, C. Rodríguez y C. Ferrándiz

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. España.*

Presentamos el caso de un varón de 33 años que consultó por una placa violácea en la cadera derecha de aproximadamente 5 años de evolución, de crecimiento lento. En la exploración mostraba una única placa ovalada de bordes bien delimitados que medía 4 x 8 cm de diámetro. Era de coloración anaranjada con centro violáceo. La superficie era descamativa y estaba infiltrada al tacto. En el punch-biopsia se observó una epidermis atrófica y la presencia de un infiltrado denso en banda con exocitosis focal a epidermis. Estaba constituido por linfocitos moderadamente atípicos. No se observaban imágenes claras de epidermotropismo. En el estudio inmunofenotípico estas células correspondían a linfocitos T CD3+, CD8+, CD5+, CD4-, CD7-, CD56-, CD4-, CD30-. El estudio de reordenación del receptor  $\alpha\beta$  de la célula T demostró que se trataba de una población clonal. El paciente no mostró alteraciones analíticas ni en las pruebas de imagen. En este caso, tanto la reticulosis pagetoide (enfermedad de Woringer Kolopp), como el linfoma epidermotropo CD8+ quedarían descartados dado el aspecto microscópico y los datos clínicos, respectivamente. Las características clinicopatológicas de esta lesión podrían corresponder a los que se denominan micosis fungoides en placa única CD8+. Una entidad rara, cuyo comportamiento biológico, relativamente indolente plantea la posibilidad de que en realidad no se trate de una variante de micosis fungoides.

### 5. COEXISTENCIA DE MICOSIS FUNGOIDE CON UN TRASTORNO LINFOPROLIFERATIVO DE CÉLULAS B EN EL MISMO PACIENTE. PRESENTACIÓN DE SIETE CASOS

E. Roche Gamón, P. Hernández Bel, A. Pérez Ferriols, I. Febrer Bosch y V. Alegre de Miguel

*Hospital General de Valencia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La coexistencia en un mismo paciente de una micosis fungoide (MF) y otra neoplasia maligna de células B, de células plasmáticas, linfoma no hodgkiniano (LNH) o enfermedad de Hodking (EH) es infrecuente. La mayoría de descripciones se refieren a un solo caso, y las series más amplias incluyen 6 y 11 casos. Cuando dos linfomas distintos ocurren secuencialmente, o de forma metacrónica, el segundo se conoce como linfoma secundario y cuando ocurren simultáneamente también se conocen como linfomas sincrónicos. Los objetivos del estudio son detectar a los pacientes con MF asociados con neoplasias malignas de células B, LNH o EH, estudiar sus características y la interrelación entre ambas neoplasias linfoproliferativas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo que analiza un total de 183 pacientes con MF estudiados en el Hospital General de Valencia durante el período comprendido entre 1988 y la actualidad.

**Resultados.** Un total de siete pacientes con MF presentaron una neoplasia maligna de células de B (dos LNH, dos síndrome mielodisplásico tipo citopenia refractaria con displasia multilineal, dos una gammapatía monoclonal de significado incierto y uno una leucemia mielomonocítica crónica). No se encontró ningún caso de EH. En cuatro de los casos la MF precedió a la neoplasia maligna de células B, en un caso el LNH precedió a la MF, en un caso el diagnóstico fue simultáneo (detectándose el segundo trastorno linfoproliferativo en el estudio de extensión de la MF). La latencia entre ambas neoplasias osciló entre uno y 30 años. Dos de los cuatro casos, en los que la MF precedió a la neoplasia de células B, habían sido tratados con inmunosupresores para su MF, y otro tenía infección crónica por virus de la hepatitis C. Los dos casos con evolución sincrónica tenían algún tipo de autoinmunidad.

**Conclusiones.** La asociación de neoplasias malignas de células B con MF no es tan infrecuente como indica la literatura, siendo el LNH la asociación más frecuente. La coexistencia de EH con MF sí parece infrecuente. El mecanismo patogénico es desconocido. Entre las hipótesis figuran el tratamiento inmunosupresor de la primera neoplasia o una disregulación inmune (procesos autoinmunes o estímulos inmunes crónicos inducidos por infecciones o patologías de base inmune crónicas).

### 6. PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS CUTÁNEOS CD30+. EXPERIENCIA EN CANARIAS

B. Hernández-Machín<sup>a</sup>, J. Bastida<sup>b</sup>, C. Febles<sup>c</sup>, T. Montenegro<sup>a</sup>, J.C. Rivero<sup>b</sup>, E. Piqué<sup>d</sup> y R.F. de Misa<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>b</sup>Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>c</sup>Hospital Universitario N<sup>o</sup>S<sup>a</sup> de La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. <sup>d</sup>Hospital General de Lanzarote. España.

**Introducción.** Los procesos linfoproliferativos CD30+ cutáneos primarios (PLCD30+) constituyen el segundo grupo más frecuente de LCCT (30%). Incluyen el linfoma anaplásico de células grandes CD30+ (LACG) y la papulosis linfomatoide (LP). Es probable que estas entidades representen los extremos de un espectro. Los criterios histológicos no son suficientes para diferenciar de forma definitiva ambas entidades. La clínica resulta crucial para establecer el diagnóstico definitivo y, por lo tanto,

elegir el tratamiento adecuado. Muy recientemente se ha sugerido que mediante el estudio de la expresión de MUM1 se puede discriminar entre LACG y PL. Sin embargo, un trabajo posterior no ha podido confirmar estos resultados. Hemos analizado la expresión de MUM1 en 20 pacientes con PLCD30+ registrados en la Red Canaria del Linfoma Cutáneo.

**Pacientes y métodos.** Se incluyeron 20 pacientes con PLCD30+ diagnosticados según los criterios de la clasificación WHO-EORTC. Mediante un anticuerpo monoclonal frente a MUM1 (DAKO<sup>TM</sup>), estudiamos cortes de tejidos fijados en formol y embebidos en parafina.

**Resultados.** La proporción ♂/♀ fue de 0,43; la edad al diagnóstico: 46 años; el intervalo hasta el diagnóstico: 24,2 meses. En los pacientes con PL predominaron las lesiones generalizadas (77%) y en el 54% de ellos se observaron más de 10 lesiones. Entre los enfermos con LAGC las lesiones fueron localizadas en el 72% de ellos, siendo únicas en el 57% de los casos. El infiltrado neoplásico expresó, en todos los casos, positividad para los antígenos CD3, CD4 y CD30. CD8 y CD56 fueron positivos en el 17,6% y 6% de los casos, respectivamente. Se detectaron marcadores citotóxicos en el 56% de los pacientes. En todos los casos se evidenció una importante expresión de MUM1 (positividad en más del 50% de las células tumorales).

**Conclusiones.** Recientemente Kempf et al han propuesto que la expresión del antígeno MUM1 puede constituir un parámetro válido para discriminar entre LACG y LP. En su estudio, 13/15 de las muestras de PL expresaron de forma muy significativa de MUM1. Sólo 2/10 muestras de LACG evidenciaron dicha positividad. Por otra parte, Wasco et al detectaron expresión importante de MUM1 en 5/5 de los pacientes con LACG y en 12/16 casos con PL. Nuestros resultados apoyan los de Wasco et al, identificando una positividad significativa de MUM1 tanto en las muestras de PL como en las de LACG. Por lo tanto, la expresión de MUM1 no sirve para diferenciar entre las variantes de PLCD30+.

## 7. APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE PCR BIOMED-2 EN EL ESTUDIO DE CLONALIDAD DE LOS LINFOMAS CUTÁNEOS

F. Gallardo

*Servicio de Dermatología, Hospital del Mar, IMAS, Barcelona. España.*

La demostración de una proliferación linfoide monoclonal T o B dominante en un infiltrado cutáneo atípico es un hallazgo que puede apoyar el diagnóstico de linfoma cutáneo, especialmente en aquellos casos en los que los aspectos morfológicos e inmunofenotípicos no son concluyentes. Permite asimismo la identificación de estirpe linfoide B o T en casos con marcadores fenotípicos que plantean dudas respecto al origen celular de la neoplasia. La técnica de la PCR del gen TCR $\gamma$  es la más utilizada en el estudio de clonalidad T debido a su limitado repertorio de genes combinables en el reordenamiento, consiguiendo una sensibilidad de 70-90% en la detección de clonalidad. El estudio de clonalidad B inicialmente se realiza mediante el análisis del reordenamiento de la region framework (FR) III del segmento VH del gen IgH. Con este método pueden detectarse en un 50-70% de los casos la presencia de clonalidad. El proyecto europeo BIOMED-2 Concerted Action BMH4-CT98-3936 propone unos protocolos estandarizados de amplificación por PCR con una selección de cebadores (primers) específicos dirigidos a diferentes loci de los genes del TCR e IgH. La aplicación de dicho protocolo permite conseguir una mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica. En este proyecto, en las neoplasias linfoides de células T, se incluye también protocolos para el estudio del gen TCR $\beta$  lo cual permite aumentar la sensibilidad de la detección de clona-

lidad. El locus TCR $\delta$  también puede ser de utilidad en caso de neoplasias de células inmaduras o precursoras o bien de células T $\gamma\delta$ +. El proyecto BIOMED-2 aconseja asimismo en proliferaciones linfoides B, el estudio adicional de otros segmentos del gen IgH (FR I, FR II). En determinadas circunstancias también puede tener utilidad el análisis de los reordenamientos de los genes Ig $\lambda$  e Ig $\kappa$  así como el estudio de los reordenamientos incompletos DJ del IgH o  $\kappa$  de (*kappa deleting element*), fragmentos poco afectados por las hipermutaciones somáticas, que suelen afectar el segmento V<sub>H</sub>, responsables del fallo de la hibridación de los primers en el estudio de los genes completos VDJ. Recientemente, con el objetivo de conseguir una mejor discriminación de los fragmentos de PCR amplificados se han diseñado nuevos sistemas automatizados de lectura evitando la interpretación subjetiva de los geles de electroforesis. El sistema GeneScan (GS) permite distinguir entre los productos amplificados aun cuando sólo se diferencien en un par de bases, detectando una misma clona en distintas muestras o tejidos sin necesidad de realizar una secuenciación. El proyecto BIOMED-2 aconseja el empleo del sistema GS en el análisis de fragmentos de PCR, sin embargo, ocasionalmente también recomienda confirmar los resultados mediante la lectura con el sistema heterodúplex.

## 8. TÉCNICAS DE HIBRIDACIÓN IN SITU EN EL ESTUDIO DE LOS PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS CUTÁNEOS

B. Espinet y R. Salgado

*Laboratori de Citogenètica i Biologia Molecular. Servei de Patologia. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

La clasificación de los linfomas según la WHO (*World Health Organization Classification for Hematologic Malignancies*) se basa no sólo en las características histológicas y clínicas, sino que también tiene en cuenta los datos inmunológicos y citogenéticos (Jaffe et al, 2001). La aplicación de la citogenética convencional al estudio de los linfomas en general ha sido, es y será básica para el hallazgo de alteraciones genéticas recurrentes. Sin embargo, el estudio citogenético de los linfomas cutáneos presenta, en muchas ocasiones, problemas debido a la dificultad de obtener células en división. Por ello, la utilización de las técnicas de hibridación *in situ* fluorescente (FISH) con sondas específicas para la detección de ganancias, pérdidas y translocaciones cromosómicas recurrentes tiene una elevada utilidad, ya que nos permite el análisis sobre muestras fijadas o incluidas en parafina. Paralelamente a las técnicas rutinarias aplicadas en los laboratorios de genética: citogenética convencional, FISH y técnicas de biología molecular (PCR), es muy interesante poder estudiar los casos peculiares con cariotipos complejos que nos van a permitir definir nuevas alteraciones que pueden tener una importancia diagnóstica y/o pronóstica. Para realizar este tipo de estudio se aplican técnicas especiales como son las técnicas de FISH multicolor (Spectral Karyotyping, Multicolor FISH) (Schröck et al, 1996), hibridación genómica comparada (CGH) (Kallioniemi et al, 1992) o array-CGH (Pinkel et al, 1998). Un paso más adelante lo constituyen los estudios con plataformas de arrays de hibridación genómica comparada, los cuales permiten definir con mucha más sensibilidad las ganancias y pérdidas de material genético. En los linfomas cutáneos, las técnicas de FISH se han aplicado ampliamente. Un ejemplo lo constituyen los linfomas B cutáneos, los cuales se han estudiado con las sondas de FISH para la detección de translocaciones características de sus contrapartidas nodales. Así, se ha estudiado la presencia de la translocación t(14;18)(q32;q21) BCL2/IGH en linfomas primarios cutáneos tipo centrofoliolar (Streubel et al, 2006) y las translocaciones que afectan al gen MALT1 (t(11;18)(q21;q21) API2/MALT1 y t(14;18)(q32;q21) MALT1/IGH) en linfomas prima-

rios cutáneos tipo marginal (Espinet et al, 2004; Gallardo et al, 2006). Por otra parte, las técnicas hibridación genómica comparada y de microarrays de hibridación genómica comparada (array-HGC) también han sido aplicadas al estudio de los linfomas cutáneos, tanto B como T, especialmente en los linfomas primarios cutáneos de célula grande (leg-type vs. No leg-type) (Dijkman et al, 2005) y en micosis fungoides tumorales (Prochazkova, 2007), así como en pacientes con Síndrome de Sézary (Vermeer et al, 2008), con el hallazgo de distintos marcadores genéticos característicos de cada entidad.

## 9. REGISTRO ESPAÑOL DE PACIENTES CON LINFOMA CUTÁNEO

M.T. Estrach<sup>a</sup>, M. Herrera<sup>b</sup>, P. Ortiz<sup>b</sup> y O. Servitje<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>c</sup>Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España.

Los linfomas cutáneos (LC) son un grupo muy heterogéneo de neoplasias linfoides, hecho que supone la necesidad de disponer de un registro común de pacientes con el fin de potenciar líneas de investigación a partir de un registro epidemiológico a nivel estatal; y asimismo realizar estudios epidemiológicos, con un tamaño de muestra suficiente. Se presenta el Registro Español de Pacientes con Linfoma Cutáneo (RELC), cuyo promotor es el Grupo de Linfomas Cutáneos de la Academia Española de Dermatología y Venereología y el Comité científico formado por Teresa Estrach del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Pablo Ortiz del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid y Octavio Servitje del Hospital Universitario de Bellvitge de Barcelona. Los objetivos básicos del registro son:

- 1) *Objetivos principales:* a) describir y caracterizar la población afectada de LC en España y b) Determinar la incidencia y prevalencia de LC en España.
- 2) *Objetivos secundarios:* estudio de factores clínico-epidemiológicos.

El registro permitirá a los Servicios de Dermatología y Oncología de diferentes centros hospitalarios de España incluir a pacientes diagnosticados de LC prevalentes e incidentes de los que se disponga consentimiento informado para ser incluidos en el citado registro. El registro de los datos se realizará mediante un aplicativo web que tendrá una parte común a todos los investigadores y una parte privada donde cada hospital podrá incorporar variables exclusivas para dicho centro. Cada investigador accederá al aplicativo mediante un usuario y una contraseña unipersonales. Se presentó un ejemplo de introducción de un caso en el registro.

## 10. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO T DE CÉLULAS PLEOMÓRFICAS CD4 DE PEQUEÑO Y MEDIANO TAMAÑO

M. Herrera Sánchez, P.L. Ortiz Romero, M.S. Rodríguez, J.L. Rodríguez Peralto y Francisco Vanaclocha

*Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.*

Los linfomas cutáneos primarios T de células CD4+ pequeñas y medianas, están actualmente incluidos en el subtipo provisional de linfomas T periféricos (PTL) junto a otras entidades. Para intentar delimitar las características de este subtipo, el grupo de trabajo de linfomas de la EORTC hizo una llamada para reunir linfomas definidos por un predominio de células pleomórficas de pequeño, mediano tamaño, sin historia clínica previa de manchas o placas de micosis fungoide (MF). Las muestras podían presentar células grandes en un porcentaje no superior al 30 % y en principio no había restricción fenotípica CD4 o CD8. Presentamos las características clínicas, histopatológicas e inmunofenotípicas de los 5 casos presentados por nuestro grupo, así como las conclusiones preliminares del grupo de trabajo de la EORTC, tras el análisis conjunto de los linfomas pleomórficos de célula pequeña y mediana, recibidos desde los diferentes grupos europeos celebrados en París en noviembre de 2007.



# GRUPO DE TRABAJO DE PSORIASIS

## 1. NOVEDADES

L. Puig Sanz

*Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*

En el apartado novedades cabe destacar por una parte la reciente publicación de un artículo del grupo del Profesor Chimenti, en Roma, que efectúa una revisión de 230 pacientes tratados durante 48 semanas o más con efalizumab, etanercept, infliximab o adalimumab. En esta serie se observa un incremento de peso a lo largo del tratamiento en cerca de la mitad de los pacientes tratados con bloqueadores del TNF, que afecta en mayor medida a los pacientes delgados y que tiende a ser menos intenso (incremento < 5 % en casi el 80 %) en los tratados con infliximab; en los pacientes tratados con etanercept que ganaron peso, el aumento se mantuvo, mientras que en los pacientes tratados con anticuerpos anti-TNF se produjo una disminución a partir de la semana 48. Dentro de las novedades terapéuticas se revisan los fármacos en desarrollo, que incluyen anticuerpos anti-IL12/IL40 (ustekinumab y ABT-874), otros monoclonales (Cimzia, Humax-IL15, AIN-457, ILV-094) y diversas moléculas pequeñas (voclosporina, varios inhibidores de JAK3, lestaurtinib, un inhibidor de la cinasa p38, apremilast –inhibidor de la fosfodiesterasa 4), un inhibidor de la fosforilasa de nucleósidos de purina y un agonista del receptor de la adenosina 3. Especial mención merece ustekinumab por su avanzado estado de desarrollo (acaba de recibir la recomendación del comité de la *Food and Drug Administration* [FDA] para su aprobación); los resultados de los 2 estudios de fase III publicados indican que puede conseguirse una respuesta PASI-75 en aproximadamente el 70-80 % de los pacientes a partir de la semana 16 y una respuesta PASI-90 en por lo menos un 50 %, dependiendo de la dosis. La respuesta se mantiene hasta la semana 76 tanto en a la dosis de 45 mg como a la de 90 mg (cada 12 semanas), mientras que al cabo de 6 meses de suspender el tratamiento la mejoría se reduce a la mitad (mediana). Por lo que respecta a los pacientes con una respuesta subóptima (20 %) a la dosis alta (90 mg/12 semanas), el aumento de la frecuencia de la administración (cada 8 semanas) permite mejorar la respuesta. Estos resultados permiten augurar un próximo aumento de las

expectativas y el umbral de exigencia en cuanto a eficacia en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave, manteniendo un excelente nivel de seguridad.

## 2. REACCIÓN PSORIASIFORME INDUCIDA POR LOS FÁRMACOS ANTI-TNF- $\alpha$

M. Ferrán Farrés

*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar – IMAS. Barcelona. España.*

Los fármacos anti-TNF- $\alpha$  han supuesto una revolución en el tratamiento de diferentes enfermedades inflamatorias mediadas inmunológicamente, entre las cuales se incluye la psoriasis. Paradójicamente, se ha descrito la aparición de lesiones psoriasiformes y pustulosas en pacientes tratados con estos fármacos biológicos, tanto en infliximab, adalimumab como en etanercept. Esta reacción puede aparecer *de novo* en pacientes sin antecedentes personales ni familiares de psoriasis o representar una exacerbación de una psoriasis conocida. Suele afectar palmas y plantas, en forma de una pustulosis estéril, y puede acompañarse de lesiones psoriáticas en placas en otras zonas del cuerpo y de afectación de los pliegues, del cuero cabelludo o ungües. La evolución y respuestas al tratamiento son muy variables. Se han propuesto diferentes hipótesis para explicar la aparición de estas reacciones psoriasiformes. Se ha sugerido que podrían tratarse de una forma atípica de pustulosis generalizada exantemática aguda, de una erupción reactiva a una infección, de un mal diagnóstico inicial de una artritis/espondilitis psoriásica o de una asociación de enfermedades. Asimismo, se ha propuesto que la neutralización del TNF- $\alpha$  por los anti-TNF- $\alpha$  estimularía la producción aberrante de IFN- $\alpha$  por las células dendríticas plasmacitoides, que en individuos susceptibles induciría al desarrollo de lesiones psoriasiformes. En conclusión, las reacciones paradójicas de los fármacos anti-TNF- $\alpha$  han abierto un nuevo interrogante en el mecanismo de acción de estas nuevas terapias. Un mejor conocimiento de los mismos es necesario para poder prever los individuos susceptibles a este tipo de reacciones y poder decidir el mejor tratamiento para cada uno de ellos.

# IV REUNIÓN DEL GRUPO DE DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

## Zaragoza, 22 y 23 de febrero de 2008

### 1. JEAN PAUL MARAT O LAS CONSECUENCIAS DE UNA DERMATOSIS PRURIGINOSA

M. Casado Jiménez, R.N. Díaz Díaz, V. de Diego Polo, J. García Macarrón, M. Feito Rodríguez y M.M. Moratinos Martínez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

Jean Paul Marat (1743-1793) fue una de las figuras más destacadas durante la Revolución Francesa. Es conocido por todos su espíritu sanguinario. Además de su actividad política, liderando el partido jacobino, era médico. Padecía una dermatosis de origen incierto y sobre la cual se ha especulado ampliamente en la literatura. Dicha dermatosis era tan intensamente pruriginosa que impedía a Marat llevar una vida cotidiana normal. De hecho, su muerte a manos de Carlota de Corday, simpatizante del partido girondino, sucedió mientras tomaba un baño con el que trataba de aliviar dicho prurito. El sufrimiento de los pacientes con dermatosis muy pruriginosas, y más en una época en la que no existían remedios como los actuales antihistamínicos, altera su comportamiento físico y psíquico, por lo que nos podríamos preguntar si la forma de actuar de Marat, y por lo tanto sus consecuencias, habría sido diferente de no haber padecido dicha dermatosis.

### 2. DERMATITIS ARTEFACTA

M.I. Jiménez Covarrubias, J.M. Castaño Prieto, L. Tomás Aragonés, F. de Lara Pasquín, A. Cantarero García y S.E. Marrón Moya

*Servicio de Dermatología. Hospital Ernest LLuch. Calatayud. España.*

**Introducción.** La dermatitis artefacta es una patología facticia, consecuentemente, autoprovocada por el paciente, y su etiología tiene un claro componente psiquiátrico. El paciente causa sus lesiones movido por el deseo de satisfacer una necesidad psicológica interna. No suelen reconocer estos hechos en la primera visita al especialista, pero si durante el proceso asistencial se establece una buena relación terapéutica entre médico y paciente, finalmente lo reconocerá. Está más extendida en mujeres en un ratio de 20/1 a favor de las mujeres y generalmente inicia su aparición al final de la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta. Traumas psicológicos y/o abusos sufridos en los primeros años de vida pueden estar frecuentemente implicados en la aparición de esta enfermedad. Las lesiones suelen observarse en áreas corporales accesibles al paciente, tales como la cara, brazos, tórax y piernas. En casos extremos, la gravedad de las lesiones autoprovocadas pueden conducir a la muerte del paciente. Esta enfermedad cutánea sin embargo, está relacionada con trastornos psiquiátricos; los más frecuentes son el trastorno límite de la personalidad, la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la dismorfofobia, la fobia social, el síndrome de estrés posttraumático y la psicosis hipocondríaca monosintomática. Consecuentemente, hay que hacer un diagnóstico psiquiátrico. Una vez que este está hecho, a los pacientes se les debe preservar

de la realización de pruebas y test innecesarios que encarecen los costes sanitarios. La mayoría de los pacientes tienen alguna motivación inconsciente, sin embargo no hay síntomas alucinatorios. A pesar de ello merece la pena distinguir entre excoriaciones neuróticas y síndrome de Münchausen, trastorno alucinatorio y por supuesto la simulación. El síndrome de Münchausen es una forma de dermatitis artefacta en la que puede manifestarse a través de dolor abdominal agudo, hemorragias, síntomas reumatólogicos, lesiones cutáneas, etc. Para que el tratamiento aplicado sea efectivo, se requiere una estrecha colaboración entre dermatólogos y psiquiatras; ambos tienen que trabajar estrechamente en la monitorización del proceso y la erradicación de las quejas existentes e intercambiar puntos de vista acerca de los progresos del paciente. Es importante crear una relación empática entre médico y paciente, así como una atención dermatológica exigente como los primeros pasos para el tratamiento, para después gradualmente conseguir cambios en la conducta de los pacientes.

**Caso clínico.** Mujer de 23 años de edad con antecedentes personales –de interés para el caso– de crisis epilépticas a los 18 meses de vida, realizando tratamiento profiláctico con anti-convulsivantes durante años. En la exploración mental se detectó una alteración del desarrollo psicológico y un fracaso escolar. Cambio de conducta en los últimos meses, con alteraciones afectivas (bajo estado de ánimo, apatía, disminución del apetito e insomnio), junto con alteraciones del pensamiento (con ideación obsesivoide y pensamientos peculiares), y conductas de llamada de atención. Se inició tratamiento con fluoxetina y se continuó con alprazolam con lo que mejoró el sueño, presentando mejoría clínica anímica y mejor adaptación a las actividades diarias. En los últimos meses viene presentando compulsiones a quitarse granos de una forma incontrolable en la espalda, por lo que se añadió risperidona 1 ml/día. Se han realizado pruebas de capacidad intelectual, encontrando un mejor rendimiento en el WAIS, CI total de 83, por posible influencia del aprendizaje, (ya se le había realizado previamente), con respecto a las matrices progresivas de Raven, se encuentra en el percentil 10 y el 25. Diagnosticada de episodio depresivo moderado y alteraciones conductuales en el contexto de un retraso mental leve. A los 4 meses, a pesar de realizar el tratamiento previamente descrito, se presenta con lesiones erosivo cicatrizales de aspecto artefacto en cara, que no se controlan con el tratamiento prescrito. Se cambia el tratamiento a olanzapina, dosis baja, y en 3 meses se consigue que deje de autolesionarse.

### 3. DERMATITIS ARTEFACTA FEMENINA

A. Rodríguez Pichardo, B. García Bravo y F. Camacho Martínez

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

La bibliografía sobre dermatitis artefacta de la mama es escasa y mayoritariamente está referida a casos anecdóticos, existiendo series con muy pocos pacientes. Al revisar la casuística de dermatitis artefacta de nuestro Servicio entre los años 1976 y 2006, se recogen 201 pacientes con este diagnóstico, de ellos 152 son

mujeres y 49 varones; la edad media es de 30,5 años. De las 152 mujeres, 26 (17,1 %) presentaban lesiones de dermatitis artefacta en mama; 10 como localización única y 16 compartiendo localizaciones en otras zonas del cuerpo (cara: 6 casos, brazos: 5 casos y abdomen: 3 casos). En cuanto a las formas clínicas, excoriación-erosión la presentaban 9 pacientes (34,61 %), úlceras 9 pacientes (34,61 %) y quemaduras 5 pacientes (19,23 %). Es llamativo el alto porcentaje de quemaduras en la dermatitis artefacta de la mama ya que en la casuística general, el número es inferior (9 %).

Es de destacar que en los antecedentes de estas pacientes se han detectado dos casos en los que la dermatitis artefacta apareció tras la muerte de un hijo en un accidente de tráfico y después del fallecimiento de dos hijos en un incendio. Otra de las pacientes nos fue remitida por una consulta de Oncología, ya que el cuadro había aparecido tras la muerte de una hermana por cáncer de mama. La mama tiene una gran importancia sexual, cosmética y funcional y habitualmente es de las zonas de la anatomía femenina más cuidada, por ello llama la atención la aparición de lesiones autoprovocadas y habitualmente con formas muy dolorosas, como son las úlceras y las quemaduras químicas.

#### 4. ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA, ESTADO DE ÁNIMO Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ACNÉ TRATADOS CON ISOTRETINOINO ORAL

C.D. Albendea Calleja, M. Urdaz Hernández, L. Tomás Aragonés, <sup>a</sup>M. Navarro Lucía, A. Gómez Peligros y S.E. Marrón Moya

*Servicio de Dermatología. Hospital Ernest LLuch. Calatayud. <sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España.*

**Introducción.** En nuestra práctica clínica diaria, uno de los objetivos principales debe ser mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Para conseguir este objetivo debemos tratar al paciente con los mejores fármacos disponibles, no olvidando su bienestar psicológico y la percepción de satisfacción. Para conseguir un mayor bienestar psicológico de nuestros pacientes es necesario: 1.º) evaluar y confirmar los resultados con ellos, 2.º) darle la oportunidad de expresar sus sentimientos y 3.º) recibir el tratamiento más indicado en cada caso. Es bien conocido que ansiedad y depresión son los síntomas emocionales más frecuentes en nuestros pacientes, así como que el acné condiciona una peor calidad de vida de la persona que lo padece.

**Material y método.** El estudio se desarrolló entre junio de 2005 y septiembre de 2007. El *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y los cuestionarios de calidad de vida se cumplimentaron antes de iniciar el tratamiento y una vez finalizado. El cuestionario de satisfacción de pacientes se cumplimentó al finalizar el tratamiento. El estudio se realizó en un grupo de 163 pacientes diagnosticados de acné y tratados en el Servicio de Dermatología de nuestro hospital. A todos los pacientes se les realizó analítica sanguínea antes de iniciar el tratamiento y a los 50 días después de iniciado, para evaluar posibles alteraciones.

**Tratamiento.** Utilizamos isotretinoino oral, en dosis ajustada a peso, con una dosis total acumulada de 120 mg/kg administrado durante 6 meses.

**Instrumentos de evaluación.** 1.º) cuestionario sociodemográfico, 2.º) formulario para reflejar la evolución clínica, 3.º) el HADS, 4.º) el *Short-Form 36*, 5.º) el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), 6.º) cuestionario de satisfacción para pacientes.

**Resultados.** En cuanto a los datos sociodemográficos, en lo referente al sexo, el 55 % fueron hombres. El rango de edad de la muestra oscilaba entre los 15 y los 33 años, con una media de 20,55 años. El 50 % de los pacientes trabajaba por cuenta ajena y el 44,9 % eran estudiantes. En lo referente al nivel educativo, de-

cir que el 59,2 % tenían estudios secundarios. En cuanto a los datos clínicos basales podemos decir que el tiempo medio de la muestra en aparición del acné y en su diagnóstico fueron de 46,5 y 19,3 meses respectivamente. El grado de severidad del acné con el tratamiento evolucionó de la evaluación basal en la que el 75,5 % eran Grado III hasta obtener –al finalizar el tratamiento– un 95 % de la muestra con grado 0 de gravedad de su acné. La sintomatología ansiosa evolucionó del 23,7 % en el momento basal al 3,06 % en la visita final. La sintomatología depresiva evolucionó del 3,06 % en el momento basal al 1,03 % en la visita final. Con SF-36 se detectó una mejoría significativa  $p < 0,001$  en las siguientes dimensiones: Rol físico, Vitalidad, Función social y Salud Mental. Se obtuvieron altos porcentajes de satisfacción: con la mejoría sintomática, el 88,3 %, con el tratamiento el 87,7 % y atendiendo al incremento de actividad diaria el 85,3 % una vez finalizado el tratamiento.

**Conclusiones.** 1.ª) en la evaluación basal, el 75 % de los pacientes incluidos se clasificaron como Grado III. En el final del estudio, el 95 % no presentaban lesiones, Grado 0. 2.ª) Más del 65 % de los pacientes del estudio había recibido tratamientos previos para su acné sin haber obtenido resultados satisfactorios. 3.ª) Alrededor del 15 % de los pacientes sufrieron algún tipo de sintomatología adversa como consecuencia del tratamiento. En el 56 % de los casos se observó queilitis en diferentes grados. No se observaron efectos adversos graves. 4.ª) Se observó un importante descenso en el impacto negativo que producía el acné en la calidad de vida de los pacientes. Por otra parte, se observó un significativo incremento en la percepción de salud de los pacientes. 5.ª) Al final del estudio, alrededor del 95 % de los pacientes manifestaron su preferencia por isotretinoino oral para el tratamiento de su acné. 6.ª) Una vez que el tratamiento concluyó, el 65 % de los pacientes refirieron mejoría en su salud física, mental y psicológica, así como en su vida social. 7.ª) Alrededor del 95 % de los participantes referían tener predisposición a repetir el tratamiento en caso de ser necesario en un futuro. 8.ª) Los pacientes en los que la severidad de su acné disminuyó con el tratamiento, referían un mayor grado de satisfacción con la mejoría de los síntomas. 9.ª) Los pacientes predispuestos a repetir el tratamiento en un futuro, si fuera necesario, referían una mejor salud percibida y un menor impacto en su calidad de vida al finalizar el tratamiento. 10.ª) Al finalizar el tratamiento, los pacientes cuya calidad de vida había mejorado, correlacionaban con un estadio clínico menos severo y al mismo tiempo, una mayor predisposición a repetir el tratamiento con Isotretinoino oral si fuera necesario en un futuro.

#### 5. DELIRIO DE PARASITACIÓN: EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE LA OLANZAPINA

M.ª J. Tribó<sup>a</sup>, M. Turroja<sup>a</sup>, S. Ros<sup>b</sup>, A. Toll<sup>a</sup>, A. Bulbena<sup>b</sup> y R.M. Pujol<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Psiquiatría. Hospital del Mar. IMIM. IMAS. Barcelona. España.*

**Introducción.** El delirio de parasitación se caracteriza por la creencia fija de que la persona está infectada con parásitos o pequeñas criaturas vivas, aunque no exista evidencia médica de ello. Los pacientes refieren picor, describen la presencia de animales en o debajo de su piel y el insomnio resulta también una queja habitual. Intentan hacer todo lo posible para conseguir deshacerse de los animales rascándose la piel y/o usando desinfectantes o pesticidas, pudiendo existir un solapamiento con las excoriaciones neuróticas, el prurigo nodular y las dermatosis artefactas. La clave diagnóstica, después de descartar infestación y causa orgánica, nos la da la práctica ausencia de daño cutáneo y la aportación de especímenes.

**Objetivos.** Evaluar eficacia y seguridad de olanzapina en pacientes con delirio de parasitación.

**Metodología.** Se describe una serie de 12 pacientes diagnosticados de delirio de parasitación. Todos ellos han sido tratados con olanzapina, a dosis flexible entre 2,5 y 10 mg/día. Antes de iniciar tratamiento los pacientes han sido evaluados según protocolo dermatológico (análisis estándar, estudio anatomopatológico y examen microscópico de las muestras aportadas por el paciente).

**Resultados.** Hemos obtenido remisión total de la sintomatología en 8 de los 12 casos. Tres de ellos presentaron respuesta parcial y en uno se desconocen datos por abandono de seguimiento.

**Conclusiones.** El tratamiento habitualmente utilizado por los dermatólogos y referenciado en todos los textos ha sido el pimocido, a pesar de no existir estudios que lo comparen con otros antipsicóticos. La frecuente aparición de síntomas extrapiramidales y ocasionalmente discinesia tardía tras su uso prolongado ha aconsejado la utilización de antipsicóticos de segunda generación (risperidona, olanzapina y quetiapina). En nuestra serie hemos obtenido con olanzapina una muy buena tolerancia, así como una buena respuesta terapéutica.

## 6. INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DEL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES CON DELIRIO DE PARASITACIÓN

M. Turroja<sup>a</sup>, M.J. Tribó<sup>a</sup>, S. Ros<sup>b</sup>, A. Toll<sup>a</sup>, A. Bulbena<sup>b</sup> y R.M. Pujol<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Psiquiatría.*

*Hospital del Mar IMIM-IMAS. Barcelona. España.*

**Introducción.** Los pacientes con delirio de parasitación se caracterizan por una preocupación y convencimiento de que su piel está infectada por insectos, gusanos u otros parásitos. Este trastorno psiquiátrico relativamente raro se presenta más a menudo como una psicosis, en la cual no existen otras patologías secundarias a una enfermedad psiquiátrica adicional.

**Objetivo.** Estudiar la asociación del diagnóstico clínico de delirio de parasitación con el trastorno psiquiátrico correspondiente.

**Metodología.** Se recogió una muestra de 12 pacientes con delirio de parasitación que eran monitorizados en el Servicio de Dermatología y de Psiquiatría del Hospital del Mar. Todos ellos fueron valorados, antes de iniciar el tratamiento con olanzapina y transcurridos 12 meses de su administración, mediante la subescala positiva del cuestionario PANSS (Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia). Además, 7 de los pacientes completaron el inventario de personalidad MCMI-II (Inventario Clínico Multiaxial de Millon).

**Resultados.** Antes de empezar el tratamiento, los valores de la escala PANSS sobre los síntomas positivos oscilaban entre los 17 y los 32 puntos, registrándose una mejoría destacable a los 12 meses. En cuanto a la administración del MCM-II, se obtuvieron los resultados de 6 pacientes, ya que el inventario del séptimo sujeto quedó invalidado por presentar demasiadas preguntas en blanco. Las características de personalidad más elevadas que se detectaron con mayor frecuencia fueron la esquizoide y la paranoide. En cuanto a los síndromes registrados destacaban los pensamientos psicóticos y el delirio psicótico.

**Conclusiones.** La subescala administrada de la PANSS mostró la presencia de síntomas sobreañadidos al estado mental normal; así como también se registraron alteraciones en el espectro psicótico mediante el MCMI-II. El diagnóstico clínico quedó corroborado mediante los instrumentos psicológicos utilizados, poniendo de manifiesto la asociación de esta patología con el trastorno psiquiátrico correspondiente.

## 7. EXCORIACIÓN NEURÓTICA

E. Garabito Solovera, S. Blanco Barrios, A. Romo Melgar, G. Fernández Blasco y P. Unamuno Pérez

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Salamanca. España.*

Presentamos un paciente varón de 65 años de edad con antecedente traumático en la juventud que provoca una fractura del mazo facial derecho que conlleva enucleación de ese ojo y como secuela una importante deformidad facial y anestesia casi completa de esa zona. Consultó en marzo de 2007 por lesiones ulceradas, en hemicara derecha, asintomáticas de aspecto terebrante que plantearon diversos diagnósticos diferenciales y tratamientos distintos. Realizamos una evaluación dermatológica completa, descartando causas no psíquicas del proceso. Evaluamos los aspectos psicológicos, estudiando posibles trastornos psiquiátricos comórbidos. Comentaremos su evolución y tratamiento.

## 8. ESTUDIO DE LOS FACTORES PSICOPATOLÓGICOS EN LA ALOPECIA AREATA

E. Miranda Camarero, C.D. Albendea Calleja,

L. Tomás Aragonés, F.J. Aganzo López,

J.M. Grima Barbero y S.E. Marrón Moya

*Servicio de Dermatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. España.*

**Introducción.** La etiología de la alopecia areata no está muy clara, es una enfermedad de distribución mundial. En la génesis de la alopecia areata se han incriminado factores inmunológicos (aumento del cociente CD4/CD8), factores genético-hereditarios (mayor frecuencia de algunos tipos de HLA de clase II, presencia de antecedentes familiares de la enfermedad) y factores psicológicos (acontecimientos vitales estresantes, alta comorbilidad psiquiátrica, rasgos de personalidad y estrés intra psíquico). Es interesante un enfoque holístico en su manejo.

**Material y método.** El objetivo central del presente proyecto es estudiar la hipótesis que relaciona alopecia areata y psicopatología.

**Muestra.** El estudio fue realizado sobre una muestra de 36 pacientes con alopecia areata.

**Instrumento de medida.** Utilizamos el SCL-90-R (Derogatis) Universidad Johns Hopkins. Aparece en 1977 como modificación del inicial SCL-90. No reuniendo las características de un instrumento diagnóstico, la aplicación mayor de este instrumento reside en su utilización en estudios comunitarios de detección de patología psiquiátrica menor, o para la valoración de cambios sintomáticos generales. El cuestionario se describe con nueve factores o subescalas (dimensiones sintomáticas): Somatización, Obsesión-compulsión, Hipersensibilidad, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Tiene para completar la exploración además tres índices globales: Índice somático general, Total de síntomas positivos e Índice de distrés de síntomas positivos. En el estudio hemos utilizado la adaptación española realizada por González de Rivera en 1989. Se pasó también una ficha de recogida de datos sociodemográficos.

**Resultados.** Datos sociodemográficos. En lo referente al sexo, el 61,1 % fueron mujeres. El rango de edad de la muestra oscilaba entre los 16 y los 80 años, con una media de 47,25 años. El 66,6 % de los pacientes estaban casados. En lo referente a la ocupación de los pacientes el 33,3 % trabajaba en el sector servicios y el 30,6 eran amas de casa. El 63,9 % de la muestra estaba en activo. Referían tratamiento psiquiátrico previo el 5,6 % –ninguno refería tratamiento psicológico previo y el 80,6 % de la muestra referían algún tipo de acontecimiento vital estresante durante el año previo a la visita. De las dimensiones somáticas en la que

mayor puntuación se obtiene en somatización con un 67,7% y en la que menos en depresión y ansiedad fóbica, ambas con un 22,2%. De los tres índices globales el que más puntúa es el índice global de gravedad con un 38,9% y el que menos el índice de síntomas positivos con un 8,3%.

**Conclusiones.** Coincidimos con Tan, Gupta y Koo en la presencia de comorbilidad depresiva que en nuestra muestra alcanza el 22,2%. Coincidimos con «Tan» en la importancia de los AVE, si bien nuestros datos no son linealmente comparables, ya que él refiere 9,8% previos al episodio y nosotros obtenemos el 80,6% durante el año previo a la visita. Coincidimos con «Koo» en la comorbilidad existente entre alopecia areata y depresión (22%), trastorno de ansiedad generalizada (33,3%), fobia social (22,2%) Trastorno paranoide de la personalidad (36,1%). Coincidimos además con «Koo y Colon» en afirmar con nuestros datos el importante riesgo de desarrollo de comorbilidad psiquiátrica en la evolución de la alopecia areata, en adición a lo anteriormente dicho puntuaciones en psicoticismo del 33,3%, hostilidad (27,8%), sensibilidad interpersonal (36,1%), obsesión-compulsión (30,6%) y somatización (66,7%).

## 9. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO AL TINTE DEL CALZADO SIMULANDO UNA DERMATITIS FACTICIA

J. López Davia, C. Laguna Argente, P. Hernández Bel, J. de la Cuadra Oyanguren y J.J. Vilata Corell

*Consortio Hospital General Universitario. Valencia. España.*

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente de 71 años que acudió a nuestra consulta por brotes de lesiones ampollas recurrentes de un mes de evolución, que afectaban siempre a las caras laterales del pie derecho. A la exploración se observó dos ampollas flácidas en las caras laterales sobre una base eritematosa junto a un eritema lineal en el dorso del pie. También tenía lesiones residuales. No presentaba lesiones en otras partes del cuerpo. Se realizaron los siguientes diagnósticos diferenciales: dermatitis artefacta, eczema de contacto y toxicodermia. Se suspendieron todas las medicaciones (cimetaprida, domperidona y diazepam) pero las ampollas continuaban apareciendo. En cuanto al eczema de contacto nos pareció extraño que fuera unilateral. La paciente estaba en tratamiento por un síndrome ansioso depresivo desde hace muchos años y tenía diversos problemas familiares, insistimos en lo extraño que nos parecía que las lesiones ocurrieran siempre en el lado derecho y el izquierdo estuviera siempre libre de lesiones. Curiosamente en la siguiente visita se presentó con eritema y vesiculación en el pie izquierdo de varias horas de evolución y con lesiones a distancia en el escote, sin que hubiera lesiones por primera vez en pie derecho. Pensamos en una dermatosis facticia pero le realizamos una biopsia. La biopsia mostró características de eczema agudo. Preguntamos si relacionaba las lesiones con algo y nos comentó que le parecía que tenían relación con unos zapatos que había llevado al tinte hacía 2 meses. Examinamos los zapatos y observamos que en el zapato derecho la tinte había manchado las caras laterales internas coincidiendo donde aparecían las ampollas. La paciente se colocó ese zapato en el pie izquierdo y al cabo de unas horas aparecieron las lesiones en pie izquierdo y escote que antes habíamos comentado. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar y la batería de calzado que mostró positividad para 4-aminoazobenceno, sin reactividad cruzada con la parafenilendiamina. Se parchearon goma y cuero tintado del zapato, siendo la reacción positiva. Por tanto, el diagnóstico definitivo fue de dermatitis de contacto por tinte del calzado. La paciente no ha vuelto a tener lesiones tras abandonar el uso de los zapatos tintados.

**Comentario.** La dermatitis de contacto por calzado es típicamente bilateral afectando al dorso de los pies, por tanto la presenta-

ción atípica de nuestra paciente retrasó el diagnóstico y nos llevó a considerar otros diagnósticos, como la dermatitis facticia. Otros diagnósticos diferenciales de la dermatitis de contacto por calzado son el eczema numular, tiña pedis, eczema dishidrótico, dermatitis de contacto por medicamentos tópicos. El 4-aminoazobenceno es un intermediario en la producción de colorantes diazo, que se emplea en la industria textil y del calzado. Es frecuente la reactividad cruzada con colorantes del grupo paraamino aunque esto no se encontró en nuestro caso. En nuestro hospital desde el año 2000 se recogen 82 casos de dermatitis por calzado estando el aminoazobenceno solamente implicado en 2 casos. Entre los diagnósticos previos que fueron erróneos encontramos eczema dishidrótico, neurodermitis, liquen simple crónico, psoriasis o como en nuestro caso dermatitis facticia. Presentamos este caso ya que la clínica atípica nos hizo sospechar erróneamente una dermatitis artefacta. Queremos incidir en la necesidad de descartar las posibles orgánicas antes de diagnosticar una dermatitis artefacta.

## 10. ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE SUCESOS ADVERSOS VITALES RELACIONADOS CON EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD EN DOS FRECUENTES CUADROS: VITÍLIGO Y PSORIASIS

M. Rodríguez-Martín, M. Sáez-Rodríguez, S. González, N. Pérez, C. Rodríguez, R. Sánchez, E. Fagundo, F. Guimerá, D. Díaz<sup>a</sup>, A. Noda y M. García-Bustinduy

*Servicio de Dermatología y <sup>a</sup>Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. España.*

En numerosos trabajos se han descrito periodos de remisión y exacerbación del vitíligo y psoriasis en relación con factores precipitantes. Además de observaciones anecdóticas y series de casos sin controles sanos, se han realizado estudios controlados por edad y sexo, donde se han analizado los sucesos adversos vitales como precipitantes de la enfermedad en relación con el apoyo social de los pacientes y características de la personalidad como la alexitimia. Como desencadenantes se han descrito estrés emocional, toma de medicamentos, infecciones, traumatismo previo en la zona de la lesión (fenómeno de Köebner), etc. Se ha postulado que estos factores precipitantes pueden conducir a un estado de aumento de los niveles de catecolaminas séricas, aumentando secundariamente el estrés oxidativo del organismo, incluida la piel, lo que podría provocar, unido a los bajos niveles de catalasa observados en la epidermis de los pacientes afectados, a una vacuolización celular y apoptosis de las células. Otras teorías acerca de cómo los sucesos estresantes pueden influir en el curso del vitíligo han sido propuestas por Poole et al. Este autor sugiere que el estrés puede originar un aumento en los niveles de catecolaminas que causan una alteración directa sobre la pigmentación, o bien aumentar los niveles circulantes de ACTH, lo cual conlleva un aumento de corticoides. Además, los queratinocitos epidérmicos poseen la capacidad de sintetizar catecolaminas de novo o mediante el reciclaje de 5-8 tetrahidrobiopterina mediante enzimas como tirosina hidroxilasa, fenilalanina hidroxilasa o triptófano monooxigenasa. Los queratinocitos expresan  $\beta_2$  adrenoreceptores en alta densidad, aún mayor en células no diferenciadas en comparación con las maduras. En múltiples estudios se ha demostrado que el nivel de norepinefrina en muestras de epidermis es superior en pacientes afectados por vitíligo que en controles sanos. Todos estos cambios neuroendocrinos a nivel sistémico o en el entorno epidérmico precisarían una predisposición genética individual para desencadenar una dermatosis secundaria. Esta predisposición genética influenciada por el ambiente constituye el paradigma de diátesis-estrés. Todo ello se ve apoyado por estudios presentes en la literatura, en pacientes en los que se lleva

a cabo tratamiento psicoterápico mediante terapias cognitivas. Los resultados mostraron que los pacientes con psicoterapia tuvieron grandes beneficios a nivel de calidad de vida y técnicas de afrontamiento de la enfermedad. Además se observó una mejoría clínica del cuadro en relación con el grupo sin psicoterapia. Los estudios realizados en pacientes psoriásicos, muestran una frecuencia de sucesos adversos vitales descritos como desencadenantes de la enfermedad o empeoramiento de la misma del 40-80%. Hemos realizado un estudio acerca de las condiciones desencadenantes del cuadro o exacerbación del mismo en pacientes afectados de dos dermatosis claramente influenciadas por factores estresantes vitales: psoriasis y vitíligo. Se expone un análisis exhaustivo de las subcategorías de sucesos adversos hallados, así como las diferencias encontradas entre ambas dermatosis.

### 11. NEURODERMITIS. ¿PUNTO DE CONTACTO ENTRE PIEL Y PSIQUE?

R. Martín Brufau<sup>a</sup>, J. Corbalán Berná<sup>a</sup>, R.Limiñana Gras<sup>a</sup>, C. Brufau Redondo<sup>b</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>b</sup>, R. Corbalán Velez<sup>c</sup> y A. de Concepción Salesa<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Personalidad, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. España. Servicios de Dermatología, <sup>b</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía y <sup>c</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

La neurodermitis o liquen simple crónico es una dermatosis inflamatoria localizada, de evolución crónica, muy pruriginosa, que surge como respuesta de la piel al rascado continuo. Hemos realizado un estudio con pacientes afectados de neurodermitis con el fin de conocer si el estilo de personalidad del paciente podría estar relacionado con el desarrollo de esta dermatosis. Se han incluido 40 pacientes con neurodermitis activa, reclutados a lo largo de un año y medio en el Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. A todos los pacientes se les pasó el test de Millon, que determina los estilos de personalidad, además de un test sobre percepción de salud y un cuestionario con datos demográficos. Se comprueba que los pacientes de nuestro estudio presentan diferencias significativas respecto a la población general en relación con algunos factores de personalidad. Se comentan estos hallazgos y la posible influencia sobre la aparición de la neurodermitis.

### 12. PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON PRÚRIGO NODULAR

S. Ros Abarca, E.Serra, L.L. Puig, F. Corella, J. Dalmau, E. Roé, E. Vilarrasa, A. Barata y A. Alomar

Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

El objetivo del trabajo fue describir y analizar los rasgos de personalidad, las características sociodemográficas, detectar la presencia de psicopatología así como la afectación en la calidad de vida de los pacientes con prurigo nodular. La muestra de 10 pacientes que acudieron a Consultas externas del Servicio de Dermatología del Hospital de Sant Pau con diagnóstico de prurigo nodular. Se les administró Cuestionario de datos sociodemográficos, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQ-R), Cuestionario de Psicopatología de Goldberg (GHQ-60), Inventario de Depresión de Beck (BDI-21) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI E-R), Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (SCL-90-R) así como el Skindex-29 para valorar la calidad de vida de estos pacientes. La media de edad de la muestra fue de 45 años (32-66). En los resul-

tados de las pruebas administradas un 90% de la muestra obtuvo puntuaciones psicopatológicas en el GHQ, un 80% mostraron clínica depresiva en el BDI, un 90% manifestaron ansiedad rasgo y ansiedad estado valorada por el STAI. Los perfiles de personalidad obtenidos nos muestran que el 80% de los pacientes puntúan bajo en la escala de Extraversión (E) y Psicoticismo (P) y obtienen puntuaciones muy altas en la escala de Emotividad-Neuroticismo (N). En el SCL-90-R se obtienen puntuaciones altas en las escalas de Somatización, Sensitividad Interpersonal, Depresión y Ansiedad así como puntuaciones ligeramente elevadas en la escala de Hostilidad. Los resultados obtenidos en el Skindex abogan por una alta afectación de la calidad de vida.

**Discusión.** Detectamos en la mayoría de los pacientes la existencia de un estado intratensivo que conlleva a una expresión de inestabilidad emocional y según la reactividad individual a expresiones psicopatológicas tanto encuadrables en sintomatología y cuadros clínicos ansiosos como también depresivos. Podemos deducir sin descartar que el propio sufrimiento somático pueda favorecer que los rasgos basales, los fundamentos caracteriales, han favorecido la conducta de descarga de tensión de estos pacientes expresado en su caso por las autolesiones. Estas autolesiones generan una conducta reiterativa promovida por la propia sintomatología dermatológica reiterando a su vez su conducta autoerosionante. Así pues es la expresión somática, es decir, las excoriaciones las que mantendrán su conducta patológica que a su vez estuvo facilitada en un principio por los rasgos caracteriales. La descarga no se realiza como posiblemente sería más frecuente hacia su ámbito externo ya fuese familiar o social, por lo tanto con expresión de agresividad hacia el medio. Problemamente, este hecho puede estar vinculado a nivel causa-efecto al predominio en estos pacientes de una conducta introvertida o si se prefiere a que son pacientes que no tienen facilitada una relación extrovertida con el medio externo.

### 13. FLUOXETINA EN EL CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y/O DEPRESIVA: SU UTILIDAD EN DERMATOLOGÍA

C. Barriendo Ortilles, M. González Gómez, L. Tomás Aragonés, M.P. Blázquez Girón, J.L. Gascón Brumos y S.E. Marrón Moya  
Servicio de Dermatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. España.

**Introducción.** El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad en el manejo de la ansiedad y/o depresión en pacientes con enfermedad cutánea tratados con fluoxetina.

**Material y método. Muestra.** 1.º) Tenemos una muestra de *screening* de 500 pacientes de primera visita atendidos en las consultas externas de Dermatología del Hospital de Calatayud «Ernest Lluch Martín». 2.º) Tenemos una muestra de estudio de 144 pacientes a los que se trató con fluoxetina 20 mg/día durante 6 meses. **Criterios de inclusión.** 1.º) Paciente con enfermedad cutánea, 2.º) pacientes de ambos sexos de edades entre 18 y 65 años, 3.º) paciente con ansiedad y/o depresión clínica medido mediante HADS, 4.º) no contraindicaciones para el uso de fluoxetina. **Instrumentos** HADS – Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala tiene por objetivo – a modo de *screening* – localizar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o, en medios ambulatorios comunitarios o de Atención Primaria, así como determinar la gravedad de los mismos. El contenido del HADS está referido más a los aspectos psicológicos que físicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de los síntomas somáticos resulta de interés porque evita equívocos de atribución cuando se aplica a pacientes que sufren de enfermedades físicas. Las ventajas de esta escala son que es muy corta y muy

fácil de rellenar por parte de los pacientes, además de que ofrece una información separada de ansiedad y depresión. Consta de 14 preguntas. *Duración total del trabajo de campo.* Doce meses de trabajo de campo (6 meses de inclusión más 6 meses de seguimiento para cada paciente).

*Metodología.* Cada paciente que cumpla los criterios de inclusión deberá acudir a 4 visitas: visita 1-basal (día 0), visita 2 (1 mes), visita 3 (3 meses), visita 4 (4 mes) y visita 5-final (6 meses) o a los 3 meses si se finaliza entonces. Recogida de información estandarizada en el cuaderno de recogida de datos (CRD).

*Resultados. Grupo Screening.* Las mujeres representaban el 65,8 % de los pacientes. La media de edad de la muestra fue de 41,7 años. El grupo de edad más numeroso fue el de 18-30 años con el 27,2 % de la muestra. El 62,2 % de los pacientes eran casados, el 33,2 % trabajaban en el sector servicios y el 21 % eran amas de casa. Tratamiento psicológico referían haber realizado el 2,4 % y psiquiátrico el 8,0 %. Referían así mismo el 28,2 % de los pacientes acontecimientos vitales estresantes durante el último año antes de la visita. La puntuación media del HADS-A fue de 7,6 y la del HADS-D fue de 4,3. *Grupo de tratamiento con fluoxetina.* En este grupo se obtuvieron los siguientes resultados de media en las puntuaciones de las visita: basal, 1 mes, 3 meses, 4 meses y 6 meses: HADS-A 12,1; 9; 7,3; 6,4; 5,9 respectivamente y en HADS-D 5,8; 5,2; 4,4; 4,2; 4,0 respectivamente. Para comprobar la efectividad de la Fluoxetina en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Se ha realizado la Prueba de Friedman (para muestras dependientes o relacionadas) en la que se ha obtenido un nivel crítico  $p = 0,000$ , tanto para ansiedad como para depresión, con lo que se puede afirmar que las reducciones obtenidas en ambos casos son significativas y debidas al uso de fluoxetina.

*Conclusiones.* Se confirma que fluoxetina es útil en el control de la sintomatología ansiosa y/o depresiva en el enfermo dermatológico. Se observa una reducción más rápida de la ansiedad que de la depresión a lo largo del tratamiento.

#### 14. DERMATOSIS FACTICIA VS PÚRPURA PSICÓGENA

P. Hernández Bel, V. Zaragoza Ninet, J. López Dávila, L. Martínez Casimiro, J.L. Sánchez Carazo y J.J. Vilata Corell

*Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.*

*Caso clínico.* Mujer de 17 años que acudió a consulta por presentar lesiones contusiformes dolorosas de coloración violácea en diferentes estadios evolutivos de predominio en miembros inferiores, a nivel de muslos y piernas, así como una lesión a distancia en brazo de 1 semana de evolución. Concomitantemente, asociaba artralgiás generalizadas y sensación distérmica. Negaba traumatismos previos. Las exploraciones complementarias realizadas: hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, proteinograma y autoanticuerpos no mostraban hallazgos relevantes. No refería ningún antecedente patológico de interés, pero ante la presencia de nuevas lesiones se realizó una anamnesis más exhaustiva. Destacaba un estado de ánimo ansioso-depresivo ante la reciente separación de sus padres y la ruptura con su novio. Finalmente, admitió que la semana previa había realizado una sesión de presoterapia para reafirmar glúteos y muslos, y desde entonces habían aparecido diversos brotes de lesiones dolorosas, algunas de ellas estaban localizadas a cierta distancia de la zona tratada. Se realizó un test intradérmico con hemáties lavados y disueltos de la paciente, apareciendo un nuevo hematoma en la zona de punción, estableciéndose el diagnóstico definitivo de púrpura psicógena. La paciente presentó una

buena evolución clínica con resolución completa del cuadro en pocas semanas.

#### 15. EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL ENFERMO DERMATOLÓGICO

M. González Gómez, E. Miranda Camarero, L. Tomás Aragonés, A. Cantarero García, A. Bes Franco y S.E. Marrón Moya

*Servicio de Dermatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. España.*

*Introducción.* El objetivo central del trabajo es estudiar la hipótesis que tradicionalmente relaciona las enfermedades cutáneas con los trastornos de ansiedad y depresión: a) evaluar la comorbilidad entre las enfermedades cutáneas y los trastornos de ansiedad y depresión. b) Documentar la relación entre el sufrimiento psíquico (ansiedad/depresión) y la gravedad de la lesión dermatológica (leve/moderada/grave). c) Describir la asociación entre la ansiedad y la depresión, y la valoración subjetiva de incapacidad para relacionarse que causa la enfermedad cutánea.

*Material y método. Tipo de estudio:* el trabajo está diseñado como un estudio transversal y de encuesta. *Muestra:* Tenemos una muestra de 4.000 pacientes de primera visita atendidos en las consultas externas de Dermatología del Hospital de Calatayud «Ernest Lluch Martín». Estos pacientes son remitidos al Hospital desde los diferentes Centros de Salud del Sector por sus Médicos de Atención Primaria. La muestra fue recogida entre los años 2001 y 2003 Los criterios de inclusión fueron: Ser codificado como primera visita y estar en el rango de edad entre 18 y 65 años. *Instrumentos:* HADS – Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (Zigmond y Snaith, 1983); Ficha de recogida de datos socio-demográficos. En esta ficha se recogieron datos referentes a: sexo, edad, procedencia, estado civil, profesión, y una valoración de la incapacidad en su vida de relación producida por la enfermedad cutánea. Esta medición de incapacidad fue tomada mediante un termómetro de 0 a 10 en el que 0 significa ninguna incapacidad y 10 incapacidad máxima para su vida de relación. Así mismo, el dermatólogo anotaba el diagnóstico clínico del paciente y una valoración de la gravedad de su cuadro cutáneo con una escala de tres ítems: leve, moderado o grave.

*Resultados.* El 59,8 % de la muestra eran mujeres. La edad media fue de 42,20 años. El 57 % estaban casados. Trabajaban en el sector servicios el 25,8 %, siendo el 24,8 % amas de casa. Puntuaban caso clínico en ansiedad el 17,2 % y el 7,8 % en depresión. Correlacionaba ansiedad alta con el grupo de enfermedades del pelo y con depresión el grupo de pacientes con cáncer cutáneo.

*Conclusiones.* La comorbilidad entre las enfermedades cutáneas y los trastornos de ansiedad y depresión en nuestra muestra es de un 25 %. El porcentaje de ansiedad y depresión en la población normal es de entre un 15 y un 20 %. En pacientes con enfermedades médicas, el porcentaje es de entre el 30 y el 40 %. Nuestra muestra refleja un porcentaje algo inferior. Observamos que a mayor gravedad de la lesión dermatológica, mayor depresión. Los pacientes con cáncer cutáneo eran los que puntuaban más alto en depresión. Las enfermedades cutáneas visibles y poco estéticas, como por ejemplo, las alteraciones del pelo y el acné, correlacionan con puntuaciones altas en ansiedad y son a su vez las que mayor valoración subjetiva de incapacidad para relacionarse causan. Estos datos se obtienen de la tabulación de los primeros 4.000 HADS realizados estando pendientes de tabular los restantes hasta el año 2007. Este estudio pretende ser un *screening* que dé pie a posteriores investigaciones, así como a elaborar programas específicos de tratamientos complementarios.

## 16. EFALIZUMAB Y PSORIASIS

S. Díez-Moreno<sup>a</sup>, C. Rodríguez-Cerdeira<sup>a</sup>, A. Guerra<sup>b</sup> y J.J. Vilata<sup>c</sup>  
<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. CHUVI. Hospital do Meixoeiro y Universidad de Vigo. Vigo. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Doce de Octubre. Madrid. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General. Valencia. España.

Se trata de describir cualitativamente y cuantitativamente cómo el tratamiento continuado con *efalizumab* impacta en los desordenes emocionales (ansiedad y depresión), en la satisfacción con la imagen y en la calidad de vida del paciente. El parámetro principal de valoración será el impacto de la calidad de vida y cómo se modifica con el tratamiento, valorado, básicamente, a los tres, seis y doce meses de tratamiento. Otro parámetro a utilizar será la posible diferencia existente entre ambas determinaciones, expresada en términos de calidad de vida y en la valoración por el propio sujeto de la extensión e intensidad de la psoriasis y su desorden emocional. Adicionalmente, se registrarán variables de uso de consumo de recursos de estos pacientes bajo un tratamiento continuado con *efalizumab* con la intención de estimar el coste global del tratamiento.

## 17. TRICOTILOMANÍA: APORTACIÓN DE UN CASO

C. Delgado Mucientes, M. Lamoca Martín, L. Sánchez Velicia, A.A. Garrido Ríos, H. Álvarez Garrido, L. Pericet Fernández, A. Miranda Sivelo, C. Sanz Muñoz y A. Miranda Romero  
Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Facultad de Medicina de Valladolid. España.

**Introducción.** El impulso irresistible de arrancarse cabellos, junto a la sensación de alivio tras realizar esa acción se denomina tricotilomanía. Este trastorno del control de impulsos conduce a una pérdida notable del cabello. Las formas de comienzo precoz, en la infancia o adolescencia, generalmente afectan al cuero cabelludo, son episódicas y el pronóstico que presentan es bueno.

**Caso clínico.** Se trata de una paciente de 16 años, con antecedentes personales de dermatitis atópica, que consulta por episodios de pérdida de pelo de 4 meses de evolución, localizados en el cuero cabelludo. En la exploración dermatológica se podía observar una placa alopecica frontoparietal de 7x12 cm de tamaño de bordes lineales sin eritema y atrofia, con una repoblación del 90 %, formada por pelo terminal negro de distintas longitudes. Los episodios de pérdida de pelo coincidían con periodos de exámenes escolares. La analítica de sangre, serologías, estudio inmunológico y tiroideo, se encontraban dentro de la normalidad. Las características clínicas y la evolución de la placa alopecica, nos hicieron sospechar una tricotilomanía, que confirmamos con el estudio histopatológico. La paciente fue remitida a psiquiatría infanto-juvenil para realizar evaluación psicopatológica y tratamiento.

**Discusión.** La tricotilomanía es un trastorno del control de los impulsos y como tal aparece en las clasificaciones psiquiátricas actuales, si bien, en múltiples ocasiones es inicialmente diagnosticada o sospechada por el dermatólogo mediante una anamnesis clínica y exploración metódica. No obstante en algunas ocasiones es preciso realizar una biopsia para descartar otras dermatosis. Para que el tratamiento resulte satisfactorio es necesaria la atención conjunta del dermatólogo y del psiquiatra.

## 18. TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS AMBULATORIOS

F. de Lara Pasquín, M.I. Jiménez Covarrubias, R. Torrijo Solana, L. Tomás Aragonés, J.L. Gascón Brumos y S.E. Marrón Moya  
Servicio de Dermatología. Hospital Ernest Lluch. Catalunya. España.

**Introducción.** En la aplicación del protocolo de Psicodermatología, se les pide a los pacientes que cumplimenten el *Hospital*

*Anxiety and Depression Scale* (HADS) en su primera visita al dermatólogo. Aquellos que puntúan por encima del punto de corte para depresión y/o ansiedad, son preguntados para contrastar los resultados obtenidos. En el caso de que los pacientes confirmen su malestar, se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento psicológico en formato grupal, además del tratamiento dermatológico estándar. Cuando hay suficientes pacientes para formar un grupo, se les reúne para informarles de las fechas, duración, objetivos y contenidos de las sesiones.

**Material y método.** Se realiza una sesión previa de evaluación, doce sesiones semanales de noventa minutos, y una sesión final de evaluación. A los pacientes se les pide que cumplimenten cuestionarios de medida de ansiedad, depresión, rasgos de personalidad, y calidad de vida. Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales para la reducción de la sintomatología ansiosa y/o depresiva.

**Resultados.** Presentamos los resultados obtenidos de la tabulación de datos obtenidos con el primer grupo realizado con 11 pacientes a los que se les evaluó con: 1. *Beck Anxiety Inventory* (BAI). 2. *Goldberg General Health Questionnaire* (GHQ-28). 3. *Eysenk Personality Questionnaire* (EPQ-R). 4. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) *Zigmond and Snaith*. 5. *Beck Depression Inventory* (BDI). 6. *Rosenberg Self-Esteem Scale* (SES). 7. *Symptom Checklist* (Luis Santiago).

**Conclusiones.** Muchos pacientes con enfermedades cutáneas presentan asociadas alteraciones psicológicas. El objeto del presente estudio es evaluar la efectividad de la terapia grupal en pacientes dermatológicos, con sintomatología ansiosa y/o depresiva, un conjunto de sesiones cuya finalidad fue ayudarles a conocer las características de sus enfermedades y ofrecerles estrategias para el manejo de la sintomatología ansiosa y/o depresiva. Hemos observado que la terapia grupal ha sido bien aceptada, ha favorecido la reducción de la sintomatología ansiosa y/o depresiva y ha ayudado a los pacientes a elaborar mejores estrategias de afrontamiento frente a su enfermedad cutánea. En muchas ocasiones, también ayuda a mejorar la enfermedad cutánea. La Terapia Grupal es coste-efectiva y ofrece a los pacientes una atención holística.

## 19. ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA DE PACIENTES CON VITÍLIGO Y DIFERENCIAS OBSERVADAS CON OTRAS ETNIAS Y ENTORNOS SOCIOCULTURALES

M. Rodríguez-Martín, S. González, M. Sáez-Rodríguez, N. Pérez, C. Rodríguez, E. Fagundo, D. Díaz<sup>a</sup>, R. Sánchez, F. Guimerá, A. Noda y M. García-Bustinduy

Servicios de Dermatología y Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. España.

Aunque el vitíligo no suele causar ninguna clínica sistémica en relación con las lesiones cutáneas, puede originar un gran número de alteraciones en la vida social del individuo. Salzer et al observaron en sus estudios en pacientes con vitíligo, que el 75 % de los mismos creía que su afectación física era intolerable de forma moderada o severa. Los pacientes con vitíligo padecen de un bajo concepto de autoimagen corporal, baja autoestima y en múltiples estudios se ha observado que se encuentran invalidados por su enfermedad cutánea. Muchos pacientes experimentan un importante *distress*, entendido éste como una incorrecta adaptación a una situación estresante, en relación con actividades sociales cotidianas o bien por las reacciones negativas de otras personas hacia su enfermedad. Todo ello origina, tal y como se ha demostrado en múltiples estudios acerca de calidad de vida en vitíligo, que los pacientes sufran efectos negativos derivados de su enfermedad en relaciones interpersonales, relaciones sexuales, experimenten sentimientos de estigmatización o discriminación. La elevada fre-



cuencia de comorbilidad psiquiátrica ya observada en pacientes afectados de vitiligo, unida con los datos de impacto sobre la calidad de vida hallados en la literatura constituyen una evidencia del efecto negativo que produce esta enfermedad sobre la psique y calidad de vida de los pacientes. Se presenta un análisis exhaustivo de los resultados del test de calidad de vida DLQI en una muestra de 180 pacientes con vitiligo en relación con diversas variables clínicas y socio demográficas, así como una discusión acerca de las diferencias observadas en pacientes afectados de la misma enfermedad en otras etnias y condiciones socio-culturales diferentes a las presentes en la muestra.

## 20. ALOPECIA AREATA Y CALIDAD DE VIDA

J.M. Castaño Prieto, C. Barriando Ortilles, L. Tomás Aragonés, A. Gómez Peligros, M.P. Blázquez Girón y S.E. Marrón Moya  
*Servicio de Dermatología. Hospital Ernest LLuch. Catalunya. España.*

**Introducción.** La etiología de la alopecia areata no está muy clara. Es una enfermedad de distribución mundial. En la génesis de la alopecia areata se han incriminado factores inmunológicos (aumento del cociente CD4/CD8), factores genético-hereditarios (mayor frecuencia de algunos tipos de HLA de clase II, presencia de antecedentes familiares de la enfermedad) y factores psicológicos (acontecimientos vitales estresantes, alta comorbilidad psiquiátrica, rasgos de personalidad y estrés intra psíquico). Desde el punto de vista físico la alopecia areata no es discapacitante, pero desde el punto de vista emocional, crea un importante malestar psico-social. El WHOQOL-BREF evalúa la calidad de vida de los pacientes. Esta escala está compuesta por varias preguntas divididas en cuatro áreas (salud física, psicológica, social y de relaciones personales y entorno). Atendiendo a estudios japoneses, la mayor contribución en la mejora de la calidad de vida está en las áreas físicas, sin embargo el área social tiene la menor relevancia. Esta enfermedad tiene disponibles diferentes tratamientos dependientes de la edad del paciente y de la extensión de la alopecia. (corticoides intralesionales, corticoides sistémicos, antralina, DNCB, PUVA, ciclosporina, tacrolimus). El pronóstico de la alopecia areata debe ser en general optimista, a pesar de que no existe un único tratamiento efectivo.

**Material y método.** Sesenta y seis pacientes ambulatorios del Servicio de Dermatología del Hospital Ernest Lluch de Catalunya han participado en este estudio. De ellos veintidós eran mujeres y catorce hombres, de edades comprendidas entre los dieciocho y los sesenta y cinco años con alopecia areata en placa única o múltiple. Una vez que los pacientes fueron diagnosticados de alopecia areata, se cumplimentó una encuesta epidemiológica y los pacientes fueron preguntados para cumplimentar el instrumento de evaluación, versión abreviada del WHOQOL-100. Este instrumento de evaluación de la calidad de vida, evalúa cuatro áreas o dominios: salud física, psicológica, social y de relaciones sociales y entorno.

**Resultados.** En el grupo de mujeres se observa un descenso de la salud física y psicológica conforme aumenta la edad, observándose una puntuación baja en todos los grupos de edad. En lo referente a las relaciones sociales, observamos un ligero incremento en el grupo de edad entre 41-59 años que después descendió; siendo este grupo en el que hubo menos diferencias entre las distintas puntuaciones. En el área de entorno, se observó una valoración negativa conforme se incrementaba la edad de las mujeres. El dominio con mayor puntuación fue el entorno y el menor las relaciones sociales. En el grupo de hombres, se observa, que los de mayor edad, son en los que más decrecen las puntuaciones. El descenso en la salud física y psicológica es más acentuado conforme aumenta la edad. A diferencia de los dos do-

minios anteriores, un incremento en las puntuaciones en relaciones sociales se observa conforme aumenta la edad. Se observa además un incremento en las puntuaciones del área entorno en todos los grupos de edad evaluados. En este estudio observamos dos dominios que incrementan sus puntuaciones conforme aumenta la edad: relaciones sociales y entorno. Había puntuaciones más altas en todas las áreas en los hombres que en las mujeres. Desde un punto de vista global se observó una disminución de las puntuaciones en salud física conforme incrementaba la edad. Disminuían las puntuaciones en salud psicológica también con la edad. El área con menor descenso fue la de las relaciones sociales, considerado entre los diferentes grupos de edad. Se observó un descenso mínimo en las puntuaciones conforme los pacientes eran de mayor edad.

**Conclusiones.** En el rango de edad entre 41-59 años, ambos, mujeres y hombres, coinciden en obtener las puntuaciones más altas en el área de salud física. Con respecto a los demás grupos de edad, observamos diferencias, en el grupo de edad entre 18-40 años –el 79,57 % de las mujeres evalúan el área ambiental como la más alta– así como el 70,83 % de los hombres. Es el área de salud física más afectada. Para finalizar, en el rango de los mayores de 60 años, también hay diferencias con respecto al género, en este sentido diremos que el 55,63 % de las mujeres puntúan más alto el área de entorno, mientras que los hombres puntúan más alto el área de las relaciones sociales. El dominio peor evaluado tanto en hombres como mujeres mayores de 60 años es: la salud psicológica, existiendo diferencias considerables en los otros dominios. Para el grupo de edad entre 18-40 años, el entorno es el peor evaluado con una media de 59,50 para hombres, siendo el 59,5 % de las mujeres que evalúan con puntuación más baja el área de las relaciones sociales.

## 21. DERMATITIS ARTEFACTA DE PRESENTACIÓN FACIAL

J. Concheiro, V. Fernández-Redondo y J. Toribio

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

**Introducción.** La dermatitis artefacta, también denominada dermatitis facticia, se trata de un síndrome psicocutáneo en el que los pacientes presentan lesiones cutáneas autoprovocadas con el objetivo de satisfacer una necesidad psíquica de la que pueden no ser conscientes. A continuación describiremos un caso.

**Caso clínico.** Mujer de 34 años de edad. Trabajadora en fábrica conservera. Refiere inicio súbito de múltiples lesiones no pruginosas en área facial consistentes en erosiones de morfología oval, algunas de ellas de aspecto geométrico, de entre 2 y 3 cm de diámetro mayor, recubiertas en ocasiones por costras serohemáticas. Niega su participación en la formación de las mismas. No hay otra clínica acompañante. El estudio analítico incluyendo ANA fue negativo. El estudio histopatológico revela ulceración y zonas con pérdida de epidermis. Dados estos hallazgos se llega al diagnóstico de dermatitis artefacta.

**Discusión.** La dermatitis artefacta se trata de una patología rara que motiva del 0,05 % al 0,5 % de las consultas dermatológicas, siendo de predominio fundamentalmente femenino. Se trata de una entidad de difícil diagnóstico que suele asentar en pacientes con trastornos límites de la personalidad, aunque en ocasiones se trata de una respuesta desadaptativa a una situación aguda de estrés psicosocial. Su tratamiento puede ser decepcionante y su evolución crónica, siendo necesario incidir tanto en aspectos dermatológicos, con el fin de mejorar las lesiones cutáneas, como psiquiátricos, con el objetivo de resolver el trastorno psicopatológico de base.

## 22. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA

M. Urdaz Hernández, M.I. Jiménez Covarrubias,  
L. Tomás Aragonés, A. Cantarero García,  
A. Bes Franco y S.E. Marrón Moya

*Servicio de Dermatología. Hospital Ernest LLuch.  
Calatayud. España.*

**Introducción.** El propósito de este estudio es observar y evaluar la relación existente entre alopecia y ansiedad: *a)* evaluar la comorbilidad entre alopecia y ansiedad; *b)* documentar la relación existente entre alopecia y respuestas de ansiedad: respuestas cognitivas, fisiológicas, psicológicas y motoras; *c)* describir las situaciones estresantes responsables de la ansiedad observada en nuestra muestra.

**Material y método. Participantes.** La muestra de estudio está formada por 60 pacientes ambulatorios de primera visita que acuden a nuestro Hospital. Todos ellos diagnosticados de alopecia; 7 de alopecia areata, 10 de alopecia difusa y 43 de alopecia androgenética. Criterios de inclusión. 1.º Ser paciente de primera visita, 2.º de 18 años o mayor y 3.º haber sido diagnosticado de alopecia. Instrumentos. ISRA (Inventario de Situaciones y Res-

puestas de Ansiedad) (Tobal y Cano 1994) y ficha de recogida de datos sociodemográficos.

**Resultados.** En este estudio presentamos los datos obtenidos de la evaluación de los 60 pacientes.

**Conclusiones.** 1.ª La distribución en función del género es similar en nuestra muestra, 2.ª La mayoría son jóvenes y solteros, 3.ª Los grupos mayoritarios trabajaban en el Sector Servicios o son estudiantes, 4.ª Las tres cuartas partes partes de nuestra muestra fue diagnosticada como alopecia androgenética, 5.ª El 50 % de los pacientes puntuaron alto en ansiedad (cognitiva, fisiológica, motora y en ansiedad total), 6.ª Sentirse evaluado por otros y los estresores diarios fueron las situaciones en las que los pacientes puntuaban más alto en ansiedad. 7.ª Las situaciones fóbicas generaron menor ansiedad frente a otras situaciones en nuestra muestra, 8.ª La distribución en cuanto a género en los pacientes que puntuaban alto en ansiedad fue muy similar, 9.ª Los pacientes sin ansiedad fueron preferentemente hombres, 10.ª No se encontraron diferencias significativas entre ansiedad y las diferentes formas de alopecia, probablemente debido al número bajo de pacientes y 11.ª Próximamente vamos a realizar un estudio similar en el que se evalué a los pacientes antes y después del tratamiento.

# XIX REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE COSMÉTICA Y TERAPÉUTICA

San Sebastián, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2007

## 1. LESIONES ANTIESTÉTICAS EN MIEMBROS SUPERIORES TRAS EL EMPLEO DE CREMA DESPIGMENTANTE CON FINES ESTÉTICOS

J. García Gavín, V. Fernández-Redondo, A. Ramírez Santos y J. Toribio

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

El ácido kójico es un derivado fúngico empleado en el ámbito de la dermatología cosmética como despigmentante por sus efectos inhibidores sobre la melanogénesis. Si bien tradicionalmente los productos en los que esta sustancia funciona como principio activo han presentado un buen perfil de seguridad, en la literatura se evidencian casos que ponen de relevancia su capacidad sensibilizante en el contexto de la alergia de contacto. Presentamos el caso de una paciente que acude a consulta con lesiones residuales de gran tamaño en extremidades superiores con características morfológicas que hacen sospechar un fenómeno alérgico de contacto. Tras el estudio, se diagnostica una dermatitis alérgica de contacto del usuario al ácido kojico con relevancia presente, pues reconoce haber estado empleando este producto indiscriminadamente durante largo tiempo para el tratamiento de sus lesiones pigmentadas cutáneas. Este caso pone de manifiesto cómo el empleo indiscriminado con fines cosméticos de determinados productos pueden acarrear graves consecuencias sobre el usuario.

## 2. RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES AMPOLLOSAS AUTOINMUNES

C. López-Obregón, M. López-Núñez, A. Tuneu, J. Zubizarreta, A. López-Pestaña, C. Lobo<sup>a</sup>, P. Eguino y B. Aseginolaza

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia. España.*

Las enfermedades ampollas autoinmunes son procesos crónicos y con frecuencia graves que pueden resultar difíciles de tratar. Los corticoides y los inmunosupresores sistémicos han sido hasta ahora la estrategia terapéutica habitual, aunque la falta de respuesta y la iatrogenia que provocan en algunas ocasiones, limitan su uso. Rituximab, anticuerpo monoclonal anti-CD20 empleado en el tratamiento de linfomas B, se ha introducido recientemente como tratamiento alternativo de diversas enfermedades autoinmunes. Su administración provoca una depleción de linfocitos B, disminuyendo la producción de autoanticuerpos. Presentamos cinco casos de enfermedades ampollas autoinmunes resistentes a los tratamientos convencionales tratados con rituximab.

*Casos clínicos.* Se exponen los siguientes casos: dos pénfigos vulgares, un pénfigo foliáceo, un pénfigo paraneoplásico y un penfigoide ampolloso, tratados con rituximab. Los pacientes habían recibido corticoides en monoterapia o en combinación con inmunosupresores e inmunoglobulinas endovenosas, presentando respuesta parcial y/o efectos secundarios que limitaron su uso. Los cuatro casos de pénfigo respondieron favorablemente a rituximab cuatro dosis semanales de 375 mg/m<sup>2</sup>. El pénfigo para-

neoplásico continuó con rituximab cada tres meses por su linfoma. El resto de los pénfigos recibieron dosis de mantenimiento a intervalos variables, entre 4-17 meses, para evitar recidivas, y en algunos casos por presentar recaídas de su proceso. El penfigoide ampolloso, por el contrario, no respondió al tratamiento. No se observaron efectos secundarios graves en ningún caso.

*Discusión.* Hasta la fecha se han publicado más de 30 casos de enfermedades ampollas autoinmunes tratadas con rituximab con buena evolución, aunque los periodos de seguimiento son cortos. En nuestro servicio tenemos una experiencia de tres años con rituximab en el tratamiento de las dermatosis ampollas autoinmunes. Este fármaco nos ha permitido controlar la enfermedad y reducir o suspender la dosis de inmunosupresores. Quedaría por establecer si son necesarias o no dosis de mantenimiento y con qué periodicidad se deberían administrar. En nuestro caso todos los pacientes recibieron dosis adicionales de rituximab. Si atendemos a su eficacia y baja toxicidad, el rituximab se puede considerar como alternativa terapéutica en enfermedades ampollas autoinmunes resistentes a los tratamientos convencionales, e incluso debería valorarse su empleo como fármaco de primera elección.

## 3. SERIE DE 42 PACIENTES CON HIPERHIDROSIS PALMAR TRATADOS CON TOXINA BOTULÍNICA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

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

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

La hiperhidrosis focal primaria es un trastorno de las glándulas ecricas que resulta en la producción de sudor excesivo en las palmas de las manos, axilas y plantas de los pies fundamentalmente. Los factores emocionales son los más frecuentemente asociados encontrándose también el calor y el ejercicio entre sus desencadenantes. No representa una amenaza para la vida pero es origen de problemas educacionales, ocupacionales así como psicológicos y sociales. Si atendemos al sexo, la prevalencia es mayor en las mujeres y en relación a la raza predomina en asiáticos y judíos sefardíes. Se han utilizado múltiples terapias con resultados variables (cloruro de aluminio y anticolinérgicos tópicos, iontoforesis, toxina botulínica y simpatectomía torácica). La toxina botulínica A produce un efecto clínico dosis dependiente, progresivo, que se inicia normalmente las primeras 48-72 horas, alcanzando el máximo a las 4 semanas aproximadamente, con una duración media de 4 a 8 meses. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la hiperhidrosis palmar con toxina botulínica en 42 pacientes (34 mujeres y 8 hombres). La respuesta fue medida con la escala de severidad de la hiperhidrosis presentando la mayoría una mejoría importante, con efectos secundarios leves. Consideramos que la toxina botulínica es un

tratamiento eficaz y seguro para las hiperhidrosis palmares moderadas a severas.

#### **4. SERIE DE 62 PACIENTES CON HIPERHIDROSIS AXILAR TRATADOS CON TOXINA BOTULÍNICA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)**

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

*Servicio Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba). España.*

La hiperhidrosis focal primaria es un trastorno de las glándulas ecrinas que resulta en la producción de sudor excesivo en las palmas de las manos, axilas y plantas de los pies fundamentalmente. Los factores emocionales son los más frecuentemente asociados encontrándose también el calor y el ejercicio entre sus desencadenantes. No representa una amenaza para la vida pero es origen de problemas educacionales, ocupacionales así como psicológicos y sociales. Si atendemos al sexo, la prevalencia es mayor en las mujeres y en relación a la raza predomina en asiáticos y judíos sefardíes. Se han utilizado múltiples terapias con resultados variables (cloruro de aluminio y anticolinérgicos tópicos, toxina botulínica). La toxina botulínica A produce un efecto clínico dosis dependiente, progresivo, que se inicia normalmente las primeras 48-72 horas, alcanzando el máximo a las 4 semanas aproximadamente, con una duración media de 4 a 8 meses. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la hiperhidrosis axilar con toxina botulínica en 62 pacientes. La respuesta al tratamiento fue medida con la escala de severidad de la hiperhidrosis y resultó satisfactoria en la práctica totalidad de los pacientes. Estos referían que la hiperhidrosis nunca o solo a veces interfería en sus actividades diarias a los 3 a 4 meses de la aplicación del tratamiento. Consideramos que la toxina botulínica es un tratamiento eficaz, seguro y bien tolerado por los pacientes en hiperhidrosis axilar que no responde a otras terapias.

#### **5. UTILIDAD DEL TEGADERM® EN LA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA PARA LA HIPERHIDROSIS**

M. Galán, G. Garnacho, R. Salido, M.V. Amorrích, F. Gómez, R. Jiménez y J.C. Moreno

*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.*

La toxina botulínica es un producto que se obtiene del bacilo anaerobio *Clostridium botulinum*, que en el campo médico se emplea en el tratamiento de ciertos problemas neurológicos, hiperhidrosis y arrugas de expresión. Su uso en la hiperhidrosis ha supuesto una alternativa terapéutica importante a estos pacientes, muchos de ellos con importante repercusión social y laboral, que se acompaña de una enorme satisfacción de los mismos por su gran efectividad y la escasez de efectos secundarios.

*Material y métodos:* Desde el año 2005 hemos tenido la oportunidad de tratar 62 pacientes afectados de hiperhidrosis axilar importante con toxina botulínica, con muy buenos resultados. Curiosamente de lo que más se quejaban los pacientes era de la dificultad para hacer desaparecer el trazado realizado mediante el lápiz dermográfico en las axilas para realizar la infiltración, y que se acompañaba en ocasiones de manchado de la ropa. Empleamos el apósito «Tegaderm®» para realizar la cuadrícula de infiltración, aplicándolo posteriormente sobre la axila de la paciente, tras lo cual se realiza la infiltración de la toxina. Pre-

viamente se le aplica crema EMLA en la zona durante aproximadamente 2 horas para conseguir cierta anestesia de dicha localización.

*Discusión y conclusiones:* Mediante el empleo de esta «perla terapéutica» hemos conseguido aumentar aún más la satisfacción de los pacientes a los que aplicamos dicha terapia, dado que, a los grandes resultados aportados por la toxina botulínica en el tratamiento de su problema hemos añadido una disminución de los «efectos colaterales» de dicha actuación.

#### **6. NECROBIOSIS LIPOÍDICA TRATADA CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO**

C. Pimentel Villasmil y M.J. Rodríguez Salido

*Unidad de Dermatología Cosmética y Láser Cutáneo Hospital Rambla. Santa Cruz de Tenerife. España.*

La necrobiosis lipóidica (NL) se define como un proceso que cursa con necrosis del colágeno y presencia de granulomas en empalizada, asociado con frecuencia a enfermedades sistémicas, especialmente diabetes mellitus. En la actualidad no existe ningún tratamiento que haya demostrado ser eficaz y su manejo estético es difícil y en la mayoría de los casos poco satisfactorio.

*Caso clínico:* Mujer de 23 años, fototipo III, diabética insulino-dependiente desde los 14 años, que presentaba en el tercio distal de ambas piernas placas con bordes rojo-parduscos y áreas centrales pardo-amarillentas, atróficas, con telangiectasias de 3 años de evolución. La paciente refería que las lesiones habían aparecido en relación a episodios de descompensación de su diabetes. Había consultado con varios especialistas que no le daban solución a su problema estético y como opción de tratamiento le habían indicado corticoides tópicos, pentoxifilina y posteriormente tacrolimus tópico que utilizó durante varios meses sin mejoría. Dado que predominaba el componente telangiectásico decidimos utilizar el láser de colorante pulsado (V-Beam, Candela) como opción terapéutica.

*Discusión:* El tratamiento de la NL es en general empírico y poco satisfactorio. Como alternativa terapéutica de primera línea se utilizan los corticoides tópicos potentes. Otros tratamientos van dirigidos a aumentar la fibrinólisis o a disminuir la agregación plaquetaria, así como la síntesis de tromboxano A<sub>2</sub>, y con ello disminuir la microangiopatía y la trombosis vascular existentes en las lesiones. En las personas con diabetes mellitus el control de los niveles de glucosa sanguínea no suele tener un efecto significativo en la evolución de la NL. No existen estudios rigurosos, con un número suficiente de pacientes, que demuestren la efectividad de ningún tratamiento.

*Conclusiones:* El láser de colorante pulsado es una alternativa a tener en cuenta en pacientes que quieren mejorar el aspecto de las lesiones cuando existe eritema y telangiectasias asociadas. Cabe destacar que mediante esta opción terapéutica también se ayuda a prevenir la ulceración y probable sangrado asociado al trauma continuo de las lesiones. Para la presentación de este trabajo no contamos con ninguna subvención económica ni tenemos conflicto de intereses con ninguna casa comercial.

#### **7. ECZEMA HERPÉTICUM PRECIPITADO POR UVB DE BANDA ESTRECHA EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA GRAVE**

L. Bagazgoitia<sup>a</sup>, S. Beà, J.L. Santiago, S. Aboín, C. García-Millán y P. Jaén

*<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá de Henares. España.*

El eczema *herpeticum* (EH), también llamado erupción variceliforme de Kaposi, ocurre más frecuentemente en pacientes con

algún tipo de dermatosis subyacente, típicamente dermatitis atópica (DA). Se ha relacionado con aumento de la IgE sérica y un mal control de la dermatitis atópica, en probable relación con dosis insuficientes de corticoides. Por el contrario no está clara la relación con el tratamiento con altas dosis de corticoides. Presentamos el caso de un paciente transplantado renal con insuficiencia renal grave e intensa xerosis cutánea en relación con su patología de base que desarrolló un eczema herpeticum tras una sesión con UVB de banda estrecha. La lesión herpética inicial fue probablemente precipitada por la fototerapia, mientras que la extensión de la misma a otras zonas de cara y tronco podría deberse al tratamiento inmunosupresor que recibía el paciente. De cualquier modo, al igual que lo descrito en la DA, esta extensión podría estar relacionada con la falta de integridad de la barrera epitelial y un control insuficiente de los síntomas cutáneos. Parece que los pacientes con insuficiencia renal grave, con marcada xerosis cutánea podrían tener mayor riesgo de desarrollar EH. Por esta razón es importante interrogar a estos pacientes acerca de antecedente de herpes simples previamente al tratamiento con fototerapia, pudiéndose indicar así tratamiento profiláctico con antivirales.

#### 8. VITÍLIGO: ANÁLISIS DE LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS Y SATISFACCIÓN CON LOS RESULTADOS EN 180 PACIENTES DE UNA COHORTE ESPAÑOLA

M. Rodríguez-Martín, M. Sáez-Rodríguez, M. García-Bustínduy, F. Guimerá Martín-Neda, R. Sánchez-González, E. Fagundo, S. González, C. Rodríguez, N. Pérez, D. Díaz y A. Noda

*Hospital Universitario de Canarias. España.*

Los objetivos de los tratamientos del vitíligo son la repigmentación y la estabilización del proceso de despigmentación. Aunque todavía no existe una panacea terapéutica para el vitíligo, se dispone de múltiples opciones que suelen dar resultados satisfactorios en gran parte de los pacientes.

**Material y métodos.** Se han recogido los tratamientos realizados por 180 pacientes hasta el momento del reclutamiento, así como la puntuación otorgada a los mismos del 0 al 10. Se han desglosado los distintos ítems del DLQI, ofreciendo en este caso la media otorgada al ítem 10, que recoge las molestias relacionadas con el tratamiento que experimentan los pacientes.

**Resultados.** Un 68,88 % (n = 124) de los pacientes analizados habían realizado algún tratamiento para el vitíligo en algún momento de su vida. En cuanto al tipo de tratamiento previo realizado, el más frecuente fue el uso de inmunomoduladores tópicos (36,29 %), seguido por el uso de PUVA (27,41 %). Los tratamientos menos usados fueron el aloe vera (1 paciente), despigmentantes tópicos (1 paciente) y la fenilalanina-UVA (1 paciente).

#### 9. INTENSA REACCIÓN POR IMIQUIMOD TÓPICO

M. García-Bustínduy, F.J. Guimerá, M. Rodríguez Martín, N. Pérez-Robayna, M. Sidro, S. González, C. Rodríguez, M. Sáez, R. Sánchez y A. Noda

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.*

Imiquimod es un modificador de la respuesta inmune con eficacia reconocida para el tratamiento de carcinomas basocelulares superficiales, queratosis actínicas y enfermedad de Bowen, con diferentes protocolos establecidos en virtud de estudios multicéntricos. Este agente estimula la producción de citoquinas que tienen como dianas, tanto la inmunidad innata como la celular. Se incrementa la producción de interferón (IFN) alfa, gamma e

interleucina (IL) 12, entre otros, inhibiendo la generación de IL4 e IL5. Por ello se inhibe la respuesta tipo Th2 favoreciéndose la Th1. Así mismo, este fármaco estimula la migración de las células de Langerhans a los ganglios linfáticos, aumentando la presentación de antígenos, contribuyendo a la modulación de la respuesta inmune. Varios estudios han podido constatar la elevación que las imidazoquinoleínas ocasionan en la expresión de IL6, una citoquina producida por queratinocitos que estimula la síntesis de proteínas de fase aguda, el crecimiento de células B, la citotoxicidad de las células *natural killer* y regula el crecimiento de los propios queratinocitos. Juega, así mismo, un papel regulador del *Toll-like* receptor 7. Todo ello origina la inflamación que con frecuencia observamos en los pacientes tratados en el área de aplicación del fármaco. Sin embargo, esta reacción resulta desmesurada en algunos casos como el que presentamos. **Caso clínico.** Paciente de 71 años, fototipo 2, campesino de profesión, en seguimiento por parte de nuestro Servicio desde 1985 por diversos carcinomas baso y espinocelulares que han sido tratados mediante cirugía y radioterapia superficial. Así mismo queratosis actínicas que han recibido terapia con 5-fluorouracilo, ácido tricloroacético al 30 %, retinoides tópicos y electrocoagulación. Desde 2005 el enfermo ha sido tratado con imiquimod de algunas lesiones y, destacamos la impresionante reacción sucedida a las dos semanas de tratamiento de un carcinoma basocelular en mejilla izquierda que se acompañó de síndrome gripal. El tratamiento con la imidazoquinoleína se suspendió. La intensa reacción costrosa cedió y no se han producido recidivas en esa zona en los últimos dos años.

**Discusión.** Aunque diversos trabajos publicados indican los ritmos y períodos de tratamiento para las diferentes lesiones mediante imiquimod. En este estudio, de 84 pacientes tratados con el fármaco sólo 5 (6 %) presentaron reacciones consideradas severas en el lugar de aplicación. Las diferentes reacciones de los pacientes hacen precisa su modificación en casos concretos como el que mostramos y, necesario «dejar la puerta abierta» a revisiones a lo largo de las seis semanas de terapia por el «susto» que, en algunos casos se puede producir.

#### 10. SARCOIDOSIS CUTÁNEA LIQUENOIDE TRATADA CON TACRÓLIMUS TÓPICO

S. Vaño-Galvan, S. Aboín, S. Beà, L. Pérez-Carmona, A. Harto y P. Jaén

*Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** La sarcoidosis cutánea puede presentar problemas terapéuticos. Los corticoides tópicos e intralesionales se consideran clásicamente como el tratamiento de elección de la sarcoidosis cutánea localizada, pero existen formas resistentes que requieren un tratamiento alternativo. Describimos un caso de sarcoidosis cutánea clínicamente de tipo liquenoide que no respondió al tratamiento con corticoides tópicos, presentando una gran respuesta a tacrólimus tópico.

**Caso clínico.** Mujer de 33 años con cuadro de 9 meses de evolución de lesiones asintomáticas en forma de pápulas no foliculares de 1-2 mm de diámetro, de color violáceo, infiltradas, con aspecto liquenoide, localizadas en ambos codos y rodillas, sin otros hallazgos cutáneos. Se había aplicado una crema de fluciclonolona dos veces al día durante 3 meses sin mejoría alguna. El análisis histológico reveló un infiltrado dérmico de tipo granulomatoso no caseificante, sin eosinófilos ni mucina. La radiografía de tórax, examen oftalmológico, así como la analítica, incluyendo la enzima convertidora de angiotensina, fueron normales. El cultivo de hongos y la prueba de la tuberculina fueron asimismo negativos. Basados en los datos clínicos e histológicos se realizó un diagnóstico de sarcoidosis cutánea de tipo liquenoide y se inició tratamiento con tacrólimus tópico 2 veces al día. Este tratamiento

ocasionó una rápida respuesta con la práctica resolución de las lesiones tras 2 meses.

**Discusión.** La respuesta favorable de la sarcoidosis cutánea al tacrólimus tópico ha sido descrita en contadas publicaciones. Nuestro caso representa el primer caso de sarcoidosis cutánea de tipo liquenoide que responde satisfactoriamente al tacrólimus tópico. Basados en nuestra experiencia, creemos que el tacrólimus tópico puede ser una alternativa eficaz a los corticoides tópicos en casos de sarcoidosis cutánea localizada.

### **11. LIQUEN PLANO EROSIVO PLANTAR. TRATAMIENTO SATISFACTORIO CON TERAPIA FOTODINÁMICA Y LUZ MONOCROMÁTICA EXCIMER UVB DE LONGITUD DE ONDA 308 NM**

S. Aboín González, C. García Millán, M. Fernández Guarino, J.L. Santiago Sánchez-Mateos, A. Harto Castaño y P. Jaén Olasolo

*Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** El liquen plano es una enfermedad inflamatoria idiopática, de probable origen autoinmunitario que afecta a la piel, uñas y/o superficies mucosas. Dentro del amplio espectro de manifestaciones clínicas se encuentran las lesiones erosivas y ulceradas, que pueden localizarse en superficies mucosas (oral y/o genital) y en otras localizaciones como palmas y plantas. Estas lesiones se caracterizan por ser dolorosas, invalidantes y habitualmente resistentes al tratamiento.

**Caso clínico.** Mujer de 90 años con antecedentes personales de cirrosis hepática secundaria a infección por virus hepatitis C, hepatocarcinoma en lóbulo hepático izquierdo, hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca. En agosto de 2005 fue diagnosticada de liquen plano pilaris en cuero cabelludo y liquen plano en superficie cutánea y genitales. Estas lesiones fueron controladas con corticoides tópicos de manera satisfactoria. 6 meses después comienza con lesiones ulcerativas superficiales en ambos talones, muy dolorosas, que le dificultaban la deambulacion. Ante la resistencia de estas lesiones ulceradas a diversos tratamientos tópicos y sistémicos y la grave afectación de la calidad de vida se decide tratar con terapia fotodinámica (TFD) (fotosensibilizante MAL, luz roja, dosis 37 j/cm<sup>2</sup> y tiempo de iluminación 7 minutos 24 segundos) con buena respuesta clínica. No obstante, dada la mala tolerancia por el dolor, sólo se realizan 2 sesiones. Posteriormente fue tratada con luz monocromática excimer con longitud de onda UVB:308 ± 1 (lámpara DEKA®), la cual posee una intensidad máxima de irradiación de 50 mw/cm<sup>2</sup>, realizándose 13 sesiones con una dosis acumulada de 34,50 j/cm<sup>2</sup>. La mejoría de las lesiones ulcerativas fue espectacular, recidivando las mismas al suspender el tratamiento.

**Discusión.** Las lesiones de liquen plano erosivo son muy dolorosas e invalidantes. Aunque pueden presentar cierta mejoría con diversos tratamientos tópicos (corticoides, tacrolimus, ciclosporina) y sistémicos (corticoides, ciclosporina, retinoides, azatioprina, PUVA, fotoquimioterapia extracorpórea), estos son generalmente paliativos y no curativos, recidivando ante la suspensión de los mismos. Se precisan nuevas modalidades de tratamiento que amplíen el arsenal terapéutico, como pueden ser la TFD y la luz monocromática excimer de UVB 308 nm. La TFD, por efectos inmunomoduladores se puede emplear en patología inflamatoria crónica resistente a tratamientos habituales y podría ser una opción de tratamiento exitoso en casos de liquen erosivo invalidante, aunque presenta la desventaja de la mala tolerancia por el dolor. La luz monocromática excimer con longitud de onda UVB 308 nm, muy próxima al espectro de UVB de banda estrecha, produce un efecto inmunomodulador local con disminución de linfocitos T en epidermis y dermis. Permite focalizar altas

fluencias de energía en pequeñas áreas de tratamiento, respetando la piel circundante y favoreciendo una rápida curación con una menor dosis acumulada. Se ha utilizado con éxito en dermatitis crónica: psoriasis, vitiligo, eczemas, alopecia areata y en casos aislados de liquen plano.

### **12. TRATAMIENTO LÁSER DE TELANGIECTASIAS CUTÁNEAS EN LA ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER**

J. Santiago Sánchez-Mateos, P. Boixeda de Miquel, S. Aboín González, L. Pérez Carmona, L. Bagazgoitia Sáez de Vicuña y P. Jaén Olasolo

*Hospital Ramón y Cajal (Madrid). Universidad de Alcalá de Henares. España.*

**Introducción.** La enfermedad de Rendu-Osler-Weber es un trastorno de la pared vascular con herencia autosómica dominante que se caracteriza por la aparición de múltiples telangiectasias en piel, mucosas externas y mucosas de los tractos gastrointestinal y genitourinario. La afectación cutánea cursa de modo asintomático y comienza a manifestarse en la infancia, aumentando el número y tamaño de las lesiones a partir de la adolescencia.

**Material y métodos.** Realizamos tratamiento combinado con láser-dye (595 nm) y Nd-YAG (1054 nm) de la afectación cutánea a nivel facial en varios pacientes diagnosticados de enfermedad de Rendu-Osler-Weber.

**Resultados.** Se obtuvo una respuesta cosméticamente aceptable, con buena tolerancia terapéutica, después de una única sesión.

**Discusión.** La afectación cutánea de la enfermedad de Rendu-Osler-Weber suele cursar de modo asintomático, iniciándose a una edad precoz y empeorando a partir de la adolescencia. Junto con los problemas derivados de la tendencia al sangrado (anemia crónica, epistaxis, hemorragia digestiva, hematuria...), estos pacientes toleran mal la afectación del territorio facial y demandan nuevos tratamientos. Atendiendo a esta nueva necesidad, proponemos la combinación del láser-dye con un segundo pase de Nd-YAG como una alternativa con buena tolerancia y excelentes resultados cosméticos.

### **13. HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA: TRATAMIENTO CON LÁSER**

L. Pérez Carmona<sup>a</sup>, P. Boixeda<sup>a</sup>, P. Herranz<sup>b</sup>, L. Bagazgoitia<sup>a</sup>, S. Vañó<sup>a</sup>, M. Fernández-Guarino<sup>a</sup> y P. Jaén<sup>a</sup>

*Servicios de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid. <sup>b</sup>Hospital La Paz. Madrid. España.*

**Introducción.** La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE) es una entidad infrecuente, de curso crónico y benigno, que suele afectar a mujeres jóvenes con predilección por cabeza y cuello. Clínicamente se caracteriza por la aparición de pápulas y nódulos rojo-violáceos, cuya histología muestra proliferación de vasos capilares, tapizados por células endoteliales prominentes, y un infiltrado inflamatorio denso con predominio de linfocitos y eosinófilos. Se han utilizado múltiples tratamientos (cirugía, electrocoagulación, radioterapia, corticoides locales y sistémicos, metotrexate, vimblastina, acitretino, isotretinoína, etc.), en general con resultados poco satisfactorios. Los láseres de CO<sub>2</sub> y de argón han dado buenos resultados pero implican una destrucción tisular, con la posibilidad de desarrollar cicatrices visibles. Se presentan cuatro casos de HALE con buena respuesta a un tratamiento con láser de colorante pulsado (LCP) o con LCP seguido de láser de Neodimio YAG (Nd:YAG).

**Descripción de los casos.** Se trata de cuatro mujeres, de 22, 34, 38 y 67 años, con lesiones de HALE confirmadas mediante estudio histológico, afectando a pabellones auriculares o a región

malar. En tres de las pacientes se realizó tratamiento secuencial con LCP 595 nm seguido de láser Nd:YAG 1064 nm. En el caso restante se utilizó únicamente LCP. Los resultados fueron satisfactorios en todos los casos, con reducción importante de las lesiones.

**Conclusión.** El tratamiento con láser de la HALE ha dado buenos resultados. Presentamos un caso de HALE con buena respuesta al tratamiento con LCP múltiples pases. Este láser, que preserva la epidermis, se ha mostrado efectivo en varios casos descritos, con la ventaja de producir menos secuelas que los láseres de CO<sub>2</sub> o de argón. Sin embargo, al actuar superficialmente, no destruye estructuras profundas. En los tres casos restantes hemos utilizado secuencialmente LCP seguido de Nd:YAG. Tras el impacto con LCP, se produce un desplazamiento betacromático en el espectro de absorción de la oxihemoglobina, con la creación de methemoglobina que aumenta exponencialmente la absorción por el láser Nd:YAG requiriéndose dosis mucho menores de éste para producir un efecto térmico en profundidad.

#### 14. LIQUEN PLANO UNGUEAL TRATADO CON ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA INTRAMUSCULAR

A. Jaén Larriou, J.A. Sánchez Gaviño, L. García Fernández y N. Pastor Tomás

*Servicio de Dermatología. Hospital General de Elda. Alicante. España.*

**Introducción.** El liquen plano ungueal (LPU) se considera una entidad poco frecuente. Se pueden distinguir tres formas clínicas; LP típico, atrofia idiopática de las uñas y distrofia de las 20 uñas (traquioniquia). Puede aparecer a cualquier edad, siendo más común entre los 50-60 años y parece ser más frecuente en varones.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 32 años con rinoconjuntivitis alérgica, sin antecedentes familiares ni personales de psoriasis y como medicación habitual tomaba anticonceptivos orales. Refería presentar alteraciones ungueales de dos años de evolución. A la exploración presentaba estriación longitudinal además de onicólisis en las uñas del 5º dedo de la mano derecha y los dedos 4º y 5º de la izquierda. A nivel de los pies observamos onicólisis y leve hiperqueratosis en los dos primeros dedos. Se tomaron muestras de manos y pies para cultivo micológico que fueron negativos. En la revisión las lesiones habían progresado, apareciendo fisuras en la mayoría de las uñas de las manos, adelgazamiento de las mismas y pterigium en primer dedo de mano izquierda con lo que realizamos diagnóstico clínico de liquen plano ungueal. No presentaba lesiones cutáneas ni afectación de mucosas. Decidimos tratamiento con acetónido de triamcinolona (AT) intramuscular a dosis de 0,5 mg/kg/mes durante 3-6 meses según evolución. A los 3 meses la paciente presentaba franca mejoría con desaparición del pterigium, sólo persistían algunas fisuras por lo que continuamos el tratamiento hasta completar 5 meses alcanzando la desaparición completa de las lesiones. Cuatro meses después de finalizar el tratamiento no ha presentado recidiva.

**Discusión.** Como tratamiento del LPU se han empleado los corticoides orales, intralesionales e intramusculares con pocos efectos adversos pero con riesgo de recidivas que suelen responder bien cuando se tratan. No se ha observado relación entre las recaídas y la aparición de lesiones de LP en otras localizaciones. El 25 % de los pacientes con LPU presentan lesiones de LP en piel y mucosas antes y/o después de la afectación de las uñas pero no se relaciona con la severidad o presencia de daño ungueal.

**Conclusiones.** El tratamiento con AT intramuscular puede ser una buena opción terapéutica para el LPU aunque serían necesarios más estudios al respecto.

#### 15. TRATAMIENTO DE MÚLTIPLES QUERATOSIS ACTÍNICAS CON METILAMINOLEVULINATO Y LUZ ROJA: RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y CORRELACIÓN CON LA FOTOGRAFÍA DE FLUORESCENCIA

M. Fernández-Guarino<sup>a</sup>, J.L. Santiago Sánchez-Mateos, L. Bagazgoitia, S. Bea, A. Harto, M. Sánchez-Ronco<sup>b</sup> y P. Jaén

<sup>a</sup>*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

<sup>b</sup>*Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.*

**Introducción.** Las queratosis actínicas (QA) son unas de las dermatosis más frecuentes en la práctica diaria. Su diagnóstico es clínico y existe la tendencia a tratar todas ya que es impredecible saber cual puede llegar a transformarse en un carcinoma escamoso. La terapia fotodinámica (TFD) es una de las opciones de tratamiento cuando las QA son múltiples. Objetivo Evaluar los resultados de la TFD en el tratamiento de múltiples QA según localizaciones y su relación con la imagen de fluorescencia.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de los pacientes tratados con TFD por múltiples QA en nuestro Hospital en los últimos 2 años. El criterio de inclusión es la presencia de más de cinco QA no hipertróficas. Se describe la edad, sexo y localización de las lesiones. Se analiza el número de sesiones que precisa cada paciente y el tiempo que permanece sin precisar otro tratamiento para las QA, bien sea TFD o cualquier otro (periodo de remisión). Se clasifica el grado de mejoría en repuesta parcial (empeoramiento o curación de hasta un 50 % de las lesiones) y repuesta completa (curación del 51 al 100 % de las lesiones). Mediante fotografía de fluorescencia realizada con una cámara Olympus C5060 acoplada a un flash ultravioleta se realizan fotografías antes y después de la primera sesión de TFD. Dicha fluorescencia se mide en relación al área tratada, y se divide en tres grupos, de baja, media y alta, en función si se detecta hasta el 30 %, del 31 al 70 % y del 71 al 100 %, de la zona ocluida respectivamente. La evaluación de la mejoría clínica y de la fluorescencia se realiza por la historia clínica y las fotografías del paciente por dos dermatólogos independientes. Se realiza análisis estadístico de los resultados mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Todos los pacientes se tratan usando los mismos parámetros. Metilaminolevulinato en crema (MAL, Metvix<sup>®</sup>) ocluido tres horas, seguido de una fuente de luz roja de 630 nm (Anklite<sup>®</sup>), durante 7,5 minutos a 37 J/cm<sup>2</sup>. Se realizan dos sesiones separadas tres semanas. Se revisa a los pacientes cada 3 meses.

**Resultados.** Se obtiene una muestra de 57 pacientes que se resumen junto a los resultados en las tablas correspondientes.

**Discusión.** Los estudios hasta ahora publicados en la literatura del tratamiento de pacientes con múltiples QA con MAL y luz roja son prospectivos, aleatorizados y con un diseño controlado y cerrado. El objetivo principal de nuestro estudio es diferente, ya que describe de forma retrospectiva lo que ocurre al aplicar la TFD para QA en la práctica clínica. Por ello, hemos evaluado a los pacientes no por número total de lesiones, sino por lesiones en cada localización, buscando con ello un enfoque más práctico. La mayoría de los pacientes son añosos y habían recibido tratamiento previo para sus QA, casi siempre crioterapia. Esto pone de manifiesto como la TFD no suele ser la primera opción a pesar de su accesibilidad en nuestro servicio y como se reserva para pacientes con múltiples QA. El porcentaje de respuesta completa del grupo es de 73,1 %, similar o discretamente inferior a otros estudios. Si comparamos estos resultados con los de la crioterapia, son bastante similares (68 %-72 %). El periodo medio que el paciente no requiere otro tratamiento es de 6,9 meses. Los estudios previos nos ofrecen periodos de seguimiento más cortos, de

3 meses elegidos de forma aleatoria. Es posible que los peores resultados obtenidos también se deban a seguir a los pacientes durante más tiempo. Así, si se les hubiera evaluado a los 3 o a los 6 meses, probablemente la respuesta clínica en ese momento era mejor, ya que de media, hasta los 6,9 meses no se ha decidido aplicar otro tratamiento. Es decir, antes no se decidió tratar, probablemente porque el paciente no lo necesitaba. La cara es la zona donde los resultados son superiores en respuesta, todas son respuestas superiores al 50 % ( $p = 0,000$ ) y en periodo de remisión ( $p = 0,032$ ), de 7,9 meses. La fluorescencia previa varía de forma significativa según las tres localizaciones.

## 16. TRATAMIENTO DE UN QUELOIDE DEL LÓBULO DE LA OREJA CON IMIQUIMOD TRAS ESCISIÓN QUIRÚRGICA

J. Rodero, J.M. Vives y P. Zaballos

*Servicio de Dermatología. Hospital de Santa Tecla. Tarragona. España.*

**Introducción.** Las cicatrices hipertróficas y los queloides resultan del depósito excesivo de colágeno. Los queloides tienden a ocurrir en pacientes jóvenes tras diferentes tipos de traumatismos, lesiones, infecciones o pueden desarrollarse espontáneamente. Describimos el caso de un paciente que presentaba un queloide detrás del lóbulo de la oreja izquierda que fue tratado con cirugía escisional seguida de la aplicación tópica de imiquimod.

**Material y método.** Paciente varón de 43 años que presentaba un queloide detrás de lóbulo de la oreja izquierda tras sufrir una herida retro-auricular hace 3 años. Presentaba una lesión tumoral de  $3,5 \times 2 \times 2$  cm de tamaño, ligeramente dolorosa a la presión. Se planteó al paciente la escisión quirúrgica del queloide seguida de la aplicación de imiquimod crema al 5 % una vez al día durante 3 meses. Al cabo de 2 meses de finalizar el tratamiento no existía ningún signo de recurrencia del queloide y la piel a nivel del lóbulo tenía un aspecto normal.

**Discusión.** El tratamiento de los queloides sigue siendo hoy en día un reto terapéutico. Se precisan de nuevos tratamientos que permitan reducir el índice de recurrencias (50 %) de los queloides extirpados. Últimamente se están publicando estudios en los que se evalúa la eficacia de la aplicación tópica de imiquimod al 5 % en la prevención de la recurrencia de los queloides extirpados mediante shave. Donde se está teniendo más éxito es en los queloides que aparecen en las zonas con menos tensión como es en el lóbulo de la oreja.

**Conclusión.** La aplicación de imiquimod tópico según la literatura puede prevenir con eficacia y seguridad la recurrencia de los queloides extirpados mediante escisión quirúrgica. Nosotros hemos presentado un caso con un resultado cosmético excelente, pero de todas maneras hasta el año de seguimiento según la literatura no podemos decir que no pueda recurrir el queloide.

## 17. LIQUEN ESCLEROSO Y ATRÓFICO VULVAR TRATADO CON TERAPIA FOTODINÁMICA

S. Beà Ardébol<sup>a</sup>, M. Fernández Guarino, C. García Millán, S. Vañó, A. Harto y P. Jaén

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Universidad Alcalá de Henares. Madrid. España.*

El liquen escleroso es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta sobre todo a la región anogenital, si bien puede afectar a cualquier región cutánea. Del total de pacientes con liquen escleroso genital un 15-20 % presentan además afectación extragenital. Estos pacientes requieren un seguimiento a largo plazo, debido al mayor riesgo de desarrollar un carcino-

ma epidermoide. Describimos una paciente de 68 años con liquen escleroso y atrófico vulvar, en seguimiento por nuestro servicio desde hace 5 años. En este periodo había recibido tratamiento con corticoides tópicos potentes, tacrolimus tópico al 0,1 % y ciclos de corticoides orales con una pobre respuesta. La exploración dermatológica mostraba genitales atróficos, con una piel fina, con zonas hipopigmentadas y placas eritematosa con erosiones por rascado. Decidimos probar con terapia fotodinámica (TFD). Se aplicó ácido metilaminolevulínico tópico (Metvix<sup>®</sup>) en oclusión en la vulva. Dos horas después captamos fluorescencia con una cámara (Olympus C-5060) conectada a flashes ultravioleta. Realizamos terapia fotodinámica con Láser Dye Pulsado (PDL) 595 nm (Vbeam, Candela<sup>®</sup>) a dosis subpurpúricas (7 mm, 6 ms, 9 J/cm<sup>2</sup>). Realizamos dos ciclos separados por un intervalo de un mes. Durante las sesiones la paciente refirió un intenso dolor, lo que nos obligó a aplicar anestesia local con mepivacaína al 2 %. Unas semanas más tarde observamos una importante mejoría de las lesiones y la desaparición del prurito. La paciente permaneció asintomática durante 4 meses. La TFD resulta efectiva para el tratamiento del liquen escleroso y atrófico vulvar que no ha respondido a los tratamientos convencionales.

## 18. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE BUENA RESPUESTA A TACROLIMUS TÓPICO EN UN PACIENTE CON GRANULOMA FACIAL

N. Pérez Robayna<sup>a</sup>, M. Sáez Rodríguez<sup>a</sup>, S. González Hernández<sup>a</sup>, M. Sidro Sarto<sup>a</sup>, M. Rodríguez Martín<sup>a</sup>, E. Facundo González<sup>a</sup>, F. Guimerá Martín-Neda<sup>a</sup>, M. García Bustinduy<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup>J. González de Mes<sup>b</sup> y C. Rodríguez García<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.*

Presentamos el caso de un varón de 89 años de edad sin antecedentes personales de interés. Acude a nuestro Servicio para valoración de una lesión cutánea localizada en dorso nasal de 6 meses de evolución aproximadamente, asintomática. A la exploración física observamos, en dorso nasal, la presencia de una placa ovalada, bien delimitada, de aproximadamente  $2,5 \times 1,5$  cm de tamaño, de coloración eritemato-amarillenta y superficie lisa algo brillante. Se realizó toma de biopsia de la lesión que llevó finalmente al diagnóstico de granuloma facial. Dada la edad del paciente y su deseo de no someterse a técnicas invasivas para su tratamiento, tras consultar la literatura publicada se decidió iniciar tratamiento de la lesión con pomada de tacrolimus al 0,1 % 2 veces al día, observándose, tras 2 meses remisión de la misma, permaniendo únicamente una leve coloración rojiza en los bordes. El paciente no refirió ningún efecto adverso durante el tratamiento y después de 6 meses no hemos observado signos de recidiva. El granuloma facial (GF) es un raro trastorno cutáneo inflamatorio que afecta sobre todo a varones de raza blanca y edad media, localizándose principalmente en áreas fotoexpuestas, fundamentalmente la cara. En cuanto a su etiopatogenia, aunque permanece incierta, existen numerosos argumentos que sugieren que se trata de una forma localizada y crónica de vasculitis cutánea. Respecto al tratamiento, el GF suele ser bastante resistente al mismo. Se han sugerido múltiples modalidades médicas y quirúrgicas pero ninguna ha demostrado eficacia sólida. El mecanismo que podría explicar la eficacia del tacrolimus tópico en esta enfermedad, además de que ha demostrado ser eficaz en otras enfermedades inflamatorias, es que disminuye la producción de interleuquina-5 por lo que hay una reducción del número de eosinófilos en las lesiones cutáneas.



## 19. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN EL USO DE INTERFERÓN BETA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

S. González Hernández, R. Sánchez, N. Pérez Robayna, M. Sidro Sarto, C. Rodríguez, M. Rodríguez Martín, M. García Bustínduy, M. Sáez, F. Guimerá, A. Martín Herrera<sup>a</sup>, H. Álvarez-Argüelles<sup>a</sup> y A. Noda Cabrera

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción.** El interferón beta-1b se utiliza en el tratamiento de la esclerosis múltiple desde 1993 con la finalidad de disminuir el número de exacerbaciones en los pacientes que padecen esta enfermedad crónica desmielinizante. Los efectos secundarios más frecuentes como consecuencia del uso de este fármaco incluye inflamación local en la zona de inyección, fiebre y dolores musculares entre otros, pero en los últimos años se han descrito otro tipo de manifestaciones cutáneas de mayor severidad como son paniculitis, dermatitis granulomatosas o necrosis cutáneas.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de dos pacientes afectados de esclerosis múltiple y en tratamiento con interferón beta-1b que han presentado distintos cuadros cutáneos en la zona de inyección tras años de uso del fármaco. **Caso 1.** Paciente varón de 36 años que presentó en muslos y brazos placas induradas de 2-3 cm aproximadamente, eritemato-violáceas dolorosas a la palpación. **Caso 2.** Paciente mujer de 32 años que presentó en abdomen y raíz de miembros inferiores lesiones ulceradas de aspecto necrótico y dolorosas de 0,5 a 2 cm. En ambos casos se tomó biopsia para estudio anatomopatológico.

**Discusión.** Los hallazgos histológicos hallados en este tipo de lesiones son muy variados, yendo desde paniculitis de tipo lobulillar a trombosis focal de pequeños vasos. En la actualidad hay grupos que defienden, en el caso de lesiones ulceradas, la existencia de un efecto vasoespástico del interferón o la producción de mediadores endógenos, siendo la trombosis de los vasos dérmicos un importante factor etiológico.

## 20. DERMATITIS DE CONTACTO POR PRODUCTOS DE QUIROMASAJE

E. Serra Baldrich y A. Alomar<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Unidad de Alergia Cutánea. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.*

La dermatitis por contacto debida a productos de uso tópico en el ámbito del quiromasaje puede ocurrir en usuarios y en profesionales, campo que está poco reconocido en medicina ocupacional. Presentamos dos casos de carácter profesional y uno referido a un usuario. Los alérgenos implicados con mayor frecuencia son los aceites esenciales (lavanda, árbol del té, albahaca, neroli...) y algunos conservantes como el quaternium 15 y la clorometilisotiazolinona (kathon CG). El uso de productos naturales cada vez está más extendido en nuestro medio, y con ello se incrementa el número de casos de sensibilizaciones, que, en los profesionales suelen ser múltiples. Se discute esta fuente de sensibilizaciones.

## 21. ÚLCERAS VASCULÍTICAS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE. TRATAMIENTO CON FACTOR DE CRECIMIENTO DERIVADO DE LAS PLAQUETAS

P. Eguino Gorrochategui, P. Eguino, A. Tuneu, J. Zubizarreta, M.J. Etxeberria<sup>a</sup>, A. López-Pestaña, B. Aseginolaza, C. López-Obregón y M. López-Núñez

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>DUE Quirófano Traumatología. Hospital Donostia. San Sebastián. España.*

**Introducción.** Los factores de crecimiento son un tipo de mediadores biológicos que regulan acontecimientos claves en la

reparación de tejidos, actuando en las diferentes fases de la cicatrización tales como: la proliferación celular, la quimiotaxis, la diferenciación celular y la síntesis de la matriz extracelular. Los factores de crecimiento derivados de las plaquetas (PDGF) favorecen la quimiotaxis de fibroblastos, macrófagos y células de músculo liso; estimulan la mitosis de células del tejido conectivo, la angiogénesis y la contracción de la herida e inhiben la agregación de las plaquetas.

**Caso clínico.** Mujer de 66 años afecta de una artritis reumatoide seropositiva agresiva desde los 30 años, en tratamiento con metotrexate, deflazacort y diferentes antiinflamatorios. Fue vista en nuestro servicio a principios de los 90 mientras tomaba D-penicilamina por lesiones eritematosas en tronco compatibles con lupus eritematoso inducido por drogas, que se resolvió al suspender este tratamiento. En el 2003 presentó una úlcera en la cara externa de la pierna izquierda, etiquetada en principio de pioderma gangrenoso (biopsia compatible). Dado que acababa de empezar un tratamiento con Infliximab para su artritis reumatoide –tratamiento que persiste hasta la actualidad– no se prescribió otra terapéutica. A pesar de este tratamiento, la úlcera apenas se modificaba. A principios de 2006, apareció una nueva úlcera por encima de la anterior. Se tomó biopsia siendo compatible con una úlcera vasculítica en el contexto de su artritis reumatoide. Se añadió pentoxifilina, sin ninguna mejoría evidente. Por ello, tras consentimiento informado, se le propuso realizar un tratamiento de prueba con factores de crecimiento derivados de las plaquetas 2 veces/semana. A los 4 meses se apreció una epitelización completa de la úlcera más reciente, y una disminución importante del tamaño de la más antigua (ésta no había reducido el tamaño en los últimos 2 años). En la actualidad y tras 1 año de tratamiento, la úlcera de menor tamaño ha cerrado completamente y la más antigua está casi totalmente epitelizada.

**Discusión.** El plasma rico en factores de crecimiento permite tratar con éxito lesiones de todo tipo, ya que estimula la regeneración de diversos tejidos. Además, es fácil de obtener, no genera problemas de rechazo y se puede aplicar repetidamente. Los Dres Anitua y colaboradores son pioneros en esta técnica, estudiando en principio su aplicación al área de la cirugía oral y maxilofacial. Hoy en día, se utilizan en múltiples campos de la medicina (traumatología, cirugía vascular, oftalmología, rejuvenecimiento cutáneo...) constituyendo un importante avance terapéutico. Pensamos que su uso en úlceras crónicas, patología frecuente, persistente y de elevado coste, debería valorarse. Para ello sería necesaria la realización previa de estudios o ensayos clínicos bien diseñados.

## 22. LÁSER VASCULAR EN PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA

J. Martínez-Amo Gámez<sup>a</sup> y P. Boixeda<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Virgen de la Salud. <sup>b</sup>Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.*

La púrpura trombocitopénica (PT) es, en principio, una contraindicación clásica para el tratamiento con laserterapia de las manifestaciones cutáneas producidas por esta enfermedad. Presentamos un caso de un paciente afecto de PT con múltiple afectación cutánea en forma de angiomias múltiples que fue tratado con éxito con la combinación de láser Nd-YAG más láser de colorante pulsado (PDL) con la técnica multiplex en la misma sesión. Presentamos este caso debido a lo interesante que se presenta el futuro a la hora de plantear la posibilidad de tratar una enfermedad con lo que hasta ahora, se pensaba una contraindicación para la misma. Debiendo realizarse estudios más amplios para su correcta protocolización.

# RESÚMENES DEL GRUPO DE TRICOLOGÍA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGÍA

## 1. CANICIE DIFUSA PRECOZ

J.C. Moreno, F. Gómez, R. Jiménez, M. Galán,  
M.V. Amorrinch, G. Garnacho y R. Salido

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

La canicie suele aparecer como consecuencia del envejecimiento y se debe a una pérdida en la actividad, no en el número, de los melanocitos. Puede aparecer, además de en el envejecimiento, de forma prematura formando parte de cuadros autoinmunes como anemia perniciosa, vitiligo, progeria, síndrome de Down y en algunas alteraciones metabólicas poco frecuentes como déficit de prolidasa o de biotina. Recientemente se han descrito casos asociados, en mujeres, a disminución de la densidad mineral ósea en el contexto de una enfermedad de Graves, así como en enfermedad celíaca. Algunas enfermedades poco frecuentes como: piebaldismo, Waardemburg, Chediak-Higashi, Gracielli etc. pueden presentar canicie o cabellos plateados entre su sintomatología sindrómica.

*Caso clínico.* Presentamos el caso de un niño de 11 años que en el último año nota la aparición progresiva, de forma saltada, de cabellos canos. El paciente es obeso pero tiene un desarrollo normal. Como único antecedente refiere una anemia ferropénica que ha controlado con la toma de hierro. La analítica practicada, tanto de rutina como para descartar enfermedad tiroidea, ha sido normal. No se refieren casos familiares de canicie ni de otras enfermedades autoinmunes. A la exploración solo se aprecia una canicie difusa que afecta a todo el cabello. El resto de los pelos son normales. No lesiones cutáneas. Empíricamente había sido sometido a tratamiento con biotina sin resultado. Actualmente realiza tratamiento con L-fenilalanina pero lleva muy escaso tiempo tratándose. Se presenta el caso para conocer la experiencia de de los miembros del grupo en esta patología poco frecuente.

## 2. AUTOTRASPLANTE DE PELO: LA IMPORTANCIA DE LA LÍNEA FRONTAL

F. Buttafarro

*Centro de Cirugía Dermatológica Estética – Torino. Italia.*

La calvicie ha angustiado a la humanidad desde la noche de los tiempos y desde ese mismo periodo, han aparecido en el mercado curas milagrosas innumerables para mejorar o sanar este problema. En frente a la inexorable caída del pelo la comunidad de los calvos ha sido siempre pronta a intentar cualquier cura, ensayar lo inverosímil, gastar capitales en la esperanza de un resultado mínimo. Hoy, por suerte, se pueden obtener buenos resultados gracias al uso de modernas técnicas quirúrgicas. Naturalmente quien está dispuesto a hacer una intervención de auto trasplante de pelo tiene que conocer las reglas que permiten obtener un resultado estético satisfactorio. Entre estas es fundamental la experiencia en proyectar y en realizar la línea de injerto frontal. La línea frontal representa en efecto la firma del cirujano sobre el paciente, y su proyecto y realización tendrán que obedecer a criterios irrenunciables de experiencia, técnica, esmero, seriedad y sentido artístico. No es suficiente llevar a cabo una intervención utilizando mini y micro trasplantes, es necesario que los mismos sean preparados con cuidado, que sean trasplantados respetando la línea de emergencia del pelo pero sobre todo hay que tener

gusto estético en el mimar el aspecto natural del pelo. En esta comunicación son expresados los criterios fundamentales y los ejemplos para poder encarar con éxito esta intervención que sólo aparentemente puede parecer simple y de fácil realización.

## 3. ALOPECIA IRREVERSIBLE POR BUSULFAN EN UNA NIÑA DE 7 AÑOS

M. Pérez-Crespo, I. Betlloch, A. Lucas, I. Ballester  
y M. Niveiro<sup>a</sup>

*Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital  
General Universitario de Alicante. España.*

*Introducción.* La alopecia producida por quimioterápicos es típicamente reversible, aunque pueden persistir algunas alteraciones como cambios en la textura o en el color del cabello. Busulfán es un quimioterápico que se utiliza frecuentemente en los pacientes que van a recibir un trasplante de médula ósea y en la mitad de los casos puede producir una alopecia parcial o total. Presentamos el caso clínico de una niña de 7 años que sufrió una alopecia permanente tras la administración de quimioterapia con busulfán.

*Material y métodos (caso clínico).* Niña de 7 años que consultó alopecia de dos años de evolución. Como antecedentes personales de interés presentaba un síndrome de Blackfan-Diamond tratado con corticoides durante varios años sin respuesta. En 2004, y tras preparación con varios ciclos de busulfán, recibió un trasplante de médula ósea procedente de su hermano menor. La familia había comenzado a notar la falta de cabello coincidiendo con la administración de busulfán. La paciente no había sufrido ningún síntoma ni signo sugerente de enfermedad injerto contra huésped. A la exploración física se observaba una alopecia difusa en cuero cabelludo, de aspecto no cicatricial. No existían signos inflamatorios ni descamación en el cuero cabelludo. No se apreciaban distrofias pilosas. El vello corporal se encontraba respetado. La analítica general y la radiografía de tórax eran normales. En el examen anatomopatológico se evidenció una disminución en la densidad de los folículos pilosos, así como una ausencia de infiltrado inflamatorio y de cambios cicatrizales.

*Discusión.* Debido a la relación temporal existente entre el inicio de la alopecia y la administración del quimioterápico deducimos que la causa de la misma fue el fármaco. El posible mecanismo de toxicidad del busulfán podría radicar en un daño directo sobre el folículo como sugieren los hallazgos clinicopatológicos. Por otro lado, no hemos encontrado ningún otro caso similar en un paciente de edad pediátrica en la literatura, por lo que consideramos este caso de gran interés.

## 4. TRICORREXIS NODOSA CIRCUNSCRITA

M<sup>o</sup>R. González, B. Blaya, Z. Martínez de Lagrán,  
E. Acebo y J.L. Días-Pérez

*Servicio Dermatológico. Hospital de Cruces.  
Baracaldo-Bizkaia. España.*

*Introducción.* La tricorrexis nodosa (TN) es una displasia pilosa en la que hay un aumento de la fragilidad capilar y constituye un motivo de consulta frecuente en la práctica diaria. Se reconoce clínicamente porque al observar los cabellos rotos, en el extremo

distal, aparecen una «bolitas» o «motas de polvo». Se presenta un caso de TN adquirida circunscrita, distal.

**Caso clínico.** Paciente varón de 24 años de edad, sin antecedentes familiares de interés y personales de sensibilización a los ácaros del polvo y polen de gramíneas, que consultaba porque desde hacía 3 años en la región frontal derecha, observaba un «mechón» de pelos que se rompía con facilidad. El enfermo negaba traumatismos repetidos en dicha zona aunque refería estudiar con una fuente de luz muy próxima a la cabeza. A la exploración física destacaba una placa bien delimitada en la zona frontoparietal derecha con cabellos más cortos y con extremos distales en «mota de polvo». La exploración de los tallos del pelo afectos con microscopía óptica y con luz polarizada demostraron las fracturas transversales típicas de la TN. Se recomendó al paciente evitar traumatismos repetidos y se ha observado una discreta mejoría.

**Conclusión.** Se presenta un caso de tricorrexia nodosa adquirida, circunscrita y distal en un paciente sin patología dermatológica subyacente.

## 5. EFLUVIO TELÓGENO SECUNDARIO A VALPROICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Vilarrasa, M.P. García Muret y A. Alomar

*L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España.*

**Introducción.** El effluvio telógeno (ET) agudo es la pérdida brusca de cabellos en fase telógena. Entre las causas frecuentes se encuentran los fármacos, entre ellos el ácido valproico (AV). Presentamos una alopecia aguda en una niña coincidiendo con el inicio de tratamiento con AV. A propósito de este caso revisamos los posibles mecanismos patogénicos y tratamiento.

**Caso clínico.** Niña de 13 años consulta por caída del pelo de un mes de evolución. Presentaba epilepsia desde los 12 años en tratamiento con AV. La densidad del cabello estaba muy disminuida y el pull test muy positivo. La analítica era normal. Se orientó el caso como un ET secundario a AV cambiando el fármaco por topiramato. En la visita de control, la paciente refería clara mejoría y el pull test resultó normal.

**Discusión.** El ET es un efecto secundario conocido del AV (12-28 %). La relación es dosis-dependiente y se cree que existe una correlación con los niveles séricos. El mecanismo por el cual el AV provoca la caída del cabello no está claro. Podría ser por efecto tóxico directo, mecanismo autoinmune o disminución de zinc. Antes de establecer el diagnóstico de ET secundario al fármaco es imprescindible excluir otras causas. Múltiples fármacos se han asociado con la caída del pelo como diltiazem, famotidina, fluconazol, haloperidol e ibuprofeno.

**Conclusión.** El AV es un fármaco muy usado en neurología y psiquiatría. No supone un efecto secundario vital pero es frecuente y una causa importante de falta de cumplimiento. El tratamiento es la retirada del fármaco, pero en ciertas ocasiones no será posible y será necesario disminuir o introducir suplementos vitamínicos o tópicos.

## 6. ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DEL ACNÉ QUELOIDEO

M. Ferrán, M.E. Parera, M. Yébenes, A.M. Padrón y R.M. Pujol

*Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital del Mar-IMAS. Barcelona. España.*

**Introducción.** El acné queloideo es una dermatosis crónica inflamatoria y cicatrizante localizada en la zona occipital de adultos jóvenes, predominantemente de raza negra. La etiopatogenia no está clara y el tratamiento suele ser poco eficaz.

**Pacientes y métodos.** Presentamos un estudio retrospectivo de los casos de acné queloideo visitados en el servicio de Dermatología del Hospital del Mar (Barcelona) entre los años 2000 y

2006. Se analizaron variables epidemiológicas de edad, género y raza, y se recogieron los antecedentes familiares. Se estudiaron las manifestaciones clínicas que presentaban en el momento del diagnóstico, así como la asociación de acné facial, foliculitis de la barba, hidrosadenitis o cicatrices queloideas. En aquellos casos en los que se realizó cultivo de frotis o biopsia y estudio histológico, se analizó el resultado obtenido.

**Resultados.** Encontramos 13 casos de acné queloideo, observándose exclusivamente en hombres y predominantemente en edades jóvenes y raza negra o suramericana. Se manifestaban con una primera fase inflamatoria pápulo-pustulosa que evolucionaba a una fase cicatricial, con cicatrices perifoliculares puntiformes excepcionalmente confluentes. Ocasionalmente existían antecedentes familiares de acné queloideo. Los cultivos de los frotis (11) y biopsia (1) han sido positivos en un 80 % de los casos realizados. El estudio histológico (10 casos) ha evidenciado en fases iniciales, cambios de foliculitis y perifoliculitis con reacción granulomatosa a cuerpo extraño, y más tardíamente, cambios cicatriciales. Ocasionalmente se observaba colonización bacteriana.

**Conclusión.** El acné queloideo es una dermatosis poco frecuente pero con un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. Es importante identificarla en su fase inflamatoria para poder tratarla precozmente y evitar el desarrollo de cicatrices queloideas de difícil resolución.

## 7. TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA FEMENINA MENOPÁUSICA

J.L. Cisneros y R. del Río

*DermaClinic. Barcelona. España.*

**Introducción.** Durante el periodo perimenopáusico y menopáusico se puede desarrollar una pérdida de pelo debido a predisposición genética y también debido a alteraciones en el metabolismo de los andrógenos a nivel del folículo piloso así como cambios hormonales sistémicos. Finasteride afecta a la actividad de la 5 alfa reductasa tipo II e inhibe la producción de dehidrotosterona.

**Material y métodos.** Se ha tratado 10 mujeres con alopecia androgenética femenina en periodo menopausico con finasteride 2,5 mg 21 días al mes y acetato de ciproterona 50 mg 7 días al mes por vía oral y minoxidil 4 % más loción capilar con serenoa serrulata (plactocel) más ketoconazol y serenoa en champú por vía tópica. La duración del tratamiento ha sido de 1 año. La valoración de los casos ha sido objetivada por 2 dermatólogos con visita bimensual y al final del protocolo y mediante iconografía en todas las visitas.

**Resultados.** Hemos apreciado una mejoría notable según los estadios de Ludwig.

**Discusión.** Existen múltiples tratamientos para la alopecia androgenética femenina. La combinación que proponemos en este estudio se ha mostrado eficaz y sin efectos adversos reseñables.

**Conclusión.** Las mujeres con alopecia androgenética femenina en periodo menopáusico pueden beneficiarse de la suma de efectos que aporta finasteride oral a los tratamientos ya conocidos.

## 8. HETEROCROMÍA DEL CABELLO. MECHÓN NEGRO

C. Serrano Falcón, M.A. Fernández Pugnaire, J. Linares Solano y S. Serrano Ortega

*Granada. España.*

**Introducción.** La heterocromia del cuero cabelludo es la presencia de mechones de diferente color al resto de cabello.

*Caso clínico.* Se presenta el caso de un niño de 12 años de edad que consulta por un mechón de cabello negro localizado en zona parietal derecha que presenta desde nacimiento. No ha producido ningún síntoma. No hay antecedentes familiares de patología similar ni de otras malformaciones. A la exploración sólo se aprecia un mechón de cabello de un color mucho más oscuro que el resto con una piel subyacente de aspecto normal. Bioquímica y hematología sin alteraciones. A petición de la familia realizamos extirpación y cierre por aproximación de bordes no encontrando ninguna alteración morfológica en el estudio anatomopatológico.

*Discusión.* La heterocromia en el color del cabello puede ser fisiológica o patológica, y deberse a distintos mecanismos como alteraciones genéticas en la migración de los melanocitos (piebaldismo), enfermedades genéticas que afectan a la pigmentación (esclerosis tuberosa), enfermedades inflamatorias (vitíligo, herpes zóster, alopecia areata), nevus melanocíticos, y alteraciones nutricionales (déficit de hierro). El mosaicismo pigmentario es otra posibilidad. Comprende un grupo amplio de alteraciones segmentadas de la pigmentación, siguiendo normalmente un patrón de distribución (líneas de Blaschko o «en ajedrez»), causado por alteraciones genéticas muy heterogéneas.

*Conclusiones.* Presentamos un nuevo caso de heterocromia congénita en el cabello de un niño sano. Con todas las pruebas realizadas negativas. Creemos se trata de una heterocromia aislada en relación con un mosaicismo. Estos casos seguramente por su escasa relevancia clínica y cosmética estén infradiagnosticados.

## 9. ¿TENÍA LA DUQUESA DE URBINO UNA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE?

S. Serrano Ortega, C. Serrano Falcón y A. Buendía Eisman  
*Granada. España.*

A lo largo de la historia del arte, los pintores han intentado, con mayor o menor fortuna, reflejar en sus lienzos la belleza y las imperfecciones de la figura humana. Son muchas las enfermedades cutáneas que se encuentran retratadas en las obras de arte. En ausencia de pruebas complementarias que confirmen el diagnóstico sólo nos queda la atenta observación para establecer la sospecha. En la sala 7 de la Galería de los Uffizi, dedicada a los primeros tiempos del Renacimiento, se encuentra el cuadro que Piero Della Francesca pintó a los duques de Urbino y que representa a Federico de Montefeltro, Duque de Urbino, y a su esposa, Battista Sforza. Nos llamó la atención el aspecto de la duquesa con un retroceso de la línea de implantación fronto-temporal del cabello que recuerda a la alopecia frontal fibrosante postmenopausica. Batista Sforza nació en enero de 1446, hija de Alejandro Sforza, señor de Pesaro y murió, a los 26 años, el 6 de julio de 1472. La obra se realizó después de 1469, año en que Pietro Della Francesca se trasladó a Urbino donde hizo otras obras como la Flagelación, la Virgen de Senigallia, la Virgen con el niño y el doble retrato de Federico de Montefeltro y Batista Sforza. Pero ¿Tenía la duquesa una alopecia frontal fibrosante? A favor de ello habla el aspecto general del cuadro y de un busto que se encuentra en el museo del Barguello, también en Florencia. En contra la edad, unos 26 años, ya que el cuadro se pintó, posiblemente, después de la muerte de la duquesa.

# XX REUNIÓN DEL GRUPO DE DERMATOLOGÍA QUIRÚRGICA, LÁSER Y ONCOLOGÍA CUTÁNEA DE LA AEDV

## León, 16 y 17 de noviembre de 2007

### 1. CARCINOMA EPIDERMÓIDE ¿UNA PROBLEMÁTICA MINUSVALORADA?

R.J. Bosch, I. Alcaráz, A. Alcaide, N. López, M.V. Barrera, E. Camacho y E. Herrera

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

**Introducción.** El carcinoma epidermoide (CE) ocupa un importante espacio dentro del cáncer cutaneomucoso, con una prevalencia superior al melanoma y con una capacidad metastatizante fundamentalmente linfática no despreciable. Presentamos nuestra casuística de CE en seis años, destacando la necesidad de aplicar protocolos de actuación precisos en las lesiones de alto riesgo según sus características clínicopatológicas.

**Casos clínicos.** Revisamos los CE atendidos en el servicio de dermatología de nuestro hospital entre los años 2000 a 2005. En todos los años ocupan el segundo lugar en prevalencia, detrás del carcinoma basocelular, pero doblando prácticamente al melanoma. El 27,2% de los 710 CE tratados podían considerarse de alto riesgo, presentando recidiva o metástasis en el 2,4%. El tamaño considerable de algunas lesiones ha requerido intervenciones agresivas con las secuelas correspondientes y con frecuencia ha sido necesaria la utilización de radioterapia coadyuvante.

**Comentario.** La alta prevalencia de CE, a menudo de un tamaño considerable cuando llega a nuestros servicios, plantea problemas terapéuticos a menudo complejos. Creemos necesario retomar esta patología destacando los criterios de alto riesgo y las bases que sustentan la conducta a desarrollar en estos casos según los datos clínicos e histopatológicos. Conviene, también, profundizar en los estudios dirigidos a aclarar el valor de las alteraciones genéticas del CE (p53, p16 y otras), el posible interés de la técnica de ganglio centinela y la conveniencia o no de linfadenectomía o de radioterapia profiláctica.

### 2. CARCINOMA VERRUCOSO SOBRE POROQUERATOSIS DE MIBELLI EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

J. Guijarro, A. Lucas, J. Mataix, M. Pérez, I. Belinchón, J. Bañuls e I. Betlloch

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.*

**Introducción.** La poroqueratosis es un trastorno de la queratinización de etiología desconocida, que se presenta clínicamente de varias formas. Histológicamente se caracteriza por la presencia de una laminilla cornóide (columna de células paraqueratósicas a través de todo el estrato córneo). La exposición a la luz UV y la inmunosupresión son factores patogénicos importantes. Ocasionalmente se ha descrito su transformación maligna (6-11%).

**Caso clínico.** Varón de 27 años, trasplantado renal en 1997 y en tratamiento con ciclosporina, micofenolato, prednisona... durante años; actualmente en programa de hemodiálisis debido a rechazo crónico. Presenta una placa de varios centímetros de tamaño y borde hiperqueratósico en dorso de mano izquierda, cuya biopsia confirma la sospecha clínica de poroqueratosis (de

Mibelli). En el margen de la placa desarrolla una zona papilomatosa muy sugestiva de verruga vírica. La zona papilomatosa crece de forma exagerada con una hiperqueratosis exoftítica masiva (cuerno cutáneo). La lesión se extirpa para descartar un carcinoma espinocelular; el diagnóstico es un carcinoma.

### 3. NEUROFIBROMA PLEXIFORME RECIDIVANTE TRATADO CON CIRUGÍA DE MOHS

M. Lamoca, M.I. Atallah, T. Alonso, P. Sánchez y M.A. Rodríguez

*Complejo Asistencial de León. España.*

**Introducción.** Los neurofibromas son tumores benignos de origen neural. Aunque en la mayoría de los casos aparecen como lesiones solitarias, el 10% aparecen asociados a la enfermedad de Von Recklinghausen. Pueden ser cutáneos, subcutáneos o plexiformes.

El neurofibroma plexiforme es la variante menos frecuente (15%). Se consideran diagnósticos de neurofibromatosis, aunque existe algún caso descrito fuera del contexto de la enfermedad. A veces son de gran tamaño y con capacidad de malignización. **Caso clínico.** Paciente de 64 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presentaba una lesión nodular, localizada en la región frontal izquierda, de crecimiento lento y progresivo de un año de evolución. La lesión fue extirpada y en el estudio histopatológico se observó en dermis profunda y tejido celular subcutáneo, una proliferación de grandes fascículos nerviosos dispuestos en diversas direcciones, entrelazados y compuestos por células fusiformes con nucleolo elongado. Entre ellas existían numerosos agregados linfocitarios y algunos mastocitos dispersos. Con técnicas de inmunohistoquímica se observó intensa positividad para la proteína S-100 y positividad focal para EMA en la vaina perineural residual. Con estos hallazgos se realizó el diagnóstico de neurofibroma plexiforme. El paciente presentó cuatro recidivas en los cuatro años posteriores con diagnóstico histopatológico similar en todas las ocasiones. Ante este comportamiento recidivante se decide realizar una nueva extirpación, mediante la técnica de cirugía de Mohs. Durante la intervención observamos como la tumoración erosionaba la tabla externa del frontal. El aspecto histopatológico, en esta ocasión, varió, observándose mayor densidad celular con hiper cromasia nuclear, una actividad mitótica de 8-10 mitosis por campo y un índice proliferativo de hasta el 20%; por lo que realizamos el diagnóstico de neurofibrosarcoma.

### 4. COLGAJOS PALPEBRALES EN RECONSTRUCCIÓN ONCOLÓGICA

P. Redondo, G. Ruiz-Carrillo, M. Pretel y L. Aguado

*Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. España.*

**Introducción.** La piel palpebral constituye un excelente remanente útil para reconstruir defectos cutáneos adyacentes.

Presentamos 3 pacientes en los que se utilizaron colgajos de la piel palpebral tras exéresis de carcinomas basocelulares perioculares.

*Pacientes.* Mujer de 56 años con carcinoma basocelular lineal junto a la línea de implantación de pestañas de parpado inferior. Tras extirpación de la lesión bajo cirugía controlada al microscopio se reconstruye el defecto con colgajo de transposición de la piel del parpado superior. Mujer de 49 años con carcinoma basocelular recidivante subcutáneo en lateral nasal. Tras exéresis tumoral hasta plano óseo, se cierra el defecto con colgajo de avance de la piel del parpado inferior. Mujer de 64 años con carcinoma basocelular recidivante en sien derecha intervenido previamente en 6 ocasiones, con recidivas posteriores. Tras extirpación bajo cirugía controlada al microscopio, incluyendo el periostio periorbitario, se cierra el defecto con colgajos locales. A las 2 semanas persiste un área supraciliar con hueso expuesto que se cierra con un colgajo de transposición de la piel del parpado inferior.

*Discusión.* La piel de los párpados es laxa, distensible, abundante con la edad y generalmente muy bien vascularizada. El uso de la piel palpebral en la reconstrucción de defectos cutáneos adyacentes representa una excelente opción terapéutica, infravalorada por la «teóricamente compleja» localización anatómica. Los resultados cosméticos son excelentes y un diseño adecuado minimiza los posibles efectos secundarios (entropión o defectos en la apertura-cierre ocular).

## 5. MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA (2002-07)

V. Sanmartín, X. Sòria, M. Baradad, R.M. Egado, J.M. Casanova y R.M. Martí

*Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.*

*Introducción.* El melanoma acral (MLA) tiene una epidemiología, una clínica y una biología distinta del resto de melanomas, representando del 3-15% de ellos. Todavía no se conoce su etiopatogenia, pero no parece estar influenciado por los factores de riesgo típicos como piel blanca, cabello y ojos claros o exposición solar aumentada. De hecho, es el melanoma más frecuente en la raza negra y amarilla. Se han postulado como posibles causas los traumatismos y los productos químicos agrarios pero sin llegarse a encontrar diferencias significativas. Recientemente, se ha descrito un patrón de mutaciones característico próximo al de los melanomas lentiginosos (mucosas, léntigo maligno) y que difiere al de los otros tipos.

*Material y métodos.* Presentamos una revisión de los pacientes con melanoma acral del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida desde 2002 hasta agosto de 2007. Se comparan los datos demográficos, clínicos e histológicos de los mismos con los de otras series de MLA.

*Resultado.* De un total de 135 melanomas diagnosticados, 15 (11%) presentaban una clínica e histopatología compatible con melanoma acral. De estos, solamente 1 (7%) se encontraba en la mano y el resto en los pies. La mediana de edad fue de 68 años y el *ratio* varón/mujer de 1/1,86. Ninguno de ellos refirió exposición a UV artificial, dos recordaban un traumatismo sobre la zona y otro afirmaba la existencia previa de un nevus. El grosor de Breslow medio fue de 3,42 mm. Siete (47%) tenían un nivel de Clark IV y 5 (33%) un nivel V. Seis (40%) presentaban ulceración y uno tenía enfermedad locorregional. La distribución por estadios fue. 1/IA, 3/IB, 3/IIA, 4/IIB, 3/II/C, 1/IIIC. Durante este tiempo una paciente desarrolló metástasis a distancia y falleció.

## 6. REACCIONES FOTOTÓXICAS INTENSAS TRAS TERAPIA FOTODINÁMICA EN PIRÁMIDE NASAL

A. Toll, M.E. Parera, C. Abad, M. Vélez y R.M. Pujol

*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

*Introducción.* La terapia fotodinámica (TFD) con ácido 5-amino-levulínico (ALA) o ácido metilaminolevulínico (MAL) es un tratamiento efectivo en queratosis actínicas, enfermedad de Bowen y epitelomas basocelulares superficiales y nodulares delgados. Dado que tanto el ALA como el MAL se metabolizan preferentemente en las células tumorales, las reacciones fototóxicas que ocasiona la TFD en la piel perilesional son generalmente leves.

*Casos clínicos.* Cuatro pacientes (50-85 años) con queratosis actínicas y epitelomas basocelulares superficiales en pirámide nasal recibieron TFD-MAL (x3 horas) e irradiación con Aktilite®. Los pacientes refirieron dolor intenso durante la irradiación y se objetivó una reacción fototóxica importante que sobrepasaba los márgenes clínicamente afectos. Retrospectivamente se objetivó que la señal de fluorescencia sobrepasaba los márgenes clínicos en todos los pacientes. Aplicamos MAL (x3 horas) en 5 individuos (20-47 años) sin lesiones cutáneas en pirámide nasal (grupo control) y demostramos la captación de señal de fluorescencia en todos ellos.

*Discusión.* La gran densidad de glándulas sebáceas en pirámide nasal puede ser la causa de las intensas reacciones de toxicidad descritas. Recomendamos ocluir la piel perilesional antes de irradiar con luz en esta localización. Deben realizarse estudios que demuestren la utilidad de aprovechar la señal de fluorescencia tras aplicación de MAL para delimitar los márgenes antes de procedimientos quirúrgicos (vg Mohs) en pirámide nasal.

## 7. CIRUGÍA DE MOHS EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR PERSISTENTE POSRADIOTERAPIA

M. Alegre<sup>a</sup>, J.R. Garcés<sup>a</sup>, D. Barco<sup>a</sup>, P. Isern<sup>b</sup> y A. Alomar<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Radioterapia. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.*

*Introducción.* La radioterapia constituye una alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento del cáncer cutáneo. Puede ser el tratamiento de elección en determinadas situaciones como en pacientes con contraindicación quirúrgica, pacientes de edad muy avanzada con tumores de gran tamaño y lesiones múltiples localizadas en un área determinada. En determinados tumores la irradiación no consigue erradicar completamente el tumor, en cuyos casos la persistencia tumoral puede quedar enmascarada bajo la fibrosis radioinducida siendo la recurrencia clínica tardía y de comportamiento más agresivo.

*Casos clínicos.* Presentamos 4 casos ilustrativos de carcinoma basocelular persistente tras el tratamiento con radioterapia con especial agresividad local que requirieron varias etapas de cirugía de Mohs y reconstrucciones complejas. Los cuatro casos corresponden a carcinomas basocelulares localizados dos de ellos en canto externo ocular y los otros dos en cuero cabelludo y sien derecha. La recidiva clínica posterior a la radioterapia fue a los 2, 5, 8 y 5 años respectivamente. La recidiva tumoral en la mayoría de los casos se localizaba por debajo de la fibrosis dérmica secundaria a la radioterapia, lo cual explica el diagnóstico tardío y la recurrencia más agresiva.

*Discusión.* Los carcinomas basocelulares localmente agresivos deben intentar extirparse quirúrgicamente en su totalidad y reservar la radioterapia únicamente para casos muy seleccionados en los que la cirugía no esté indicada por edad del paciente y enfermedades o medicación concomitante.

## 8. RECONSTRUCCIÓN PARCIAL DEL PABELLÓN AURICULAR MEDIANTE COLGAJO PEDICULADO RETROAURICULAR

N. Blázquez Sánchez, J. Repiso Jiménez,  
I. Fernández Canedo, M. Frieyro Elicegui,  
M. Aguilar Bernier y M. González Carrascosa

FALTA

**Introducción.** Cerca de un 5% de los carcinomas cutáneos se localizan en el pabellón auricular. En estos casos, el tratamiento oncológico conlleva con frecuencia la necesidad de una cirugía reparadora complicada, ya que la reconstrucción exacta de la forma y relieve auricular resulta muy difícil debido a la complejidad arquitectural y la escasez de piel en dicha localización. Entre las numerosas técnicas quirúrgicas existentes, el *colgajo pediculado de avance retroauricular* constituye una alternativa segura y relativamente sencilla, a considerar en reparaciones de defectos marginales de espesor total que ocupan más de un cuarto de la circunferencia del pabellón auricular.

**Caso clínico.** Varón de 80 años de edad, que consultó por presentar una placa tumoral de 1,5 cm en pabellón auricular derecho, ocupando la parte media de hélix y antehélix, y extendiéndose hasta la concha auricular. El estudio histológico de la biopsia reveló un carcinoma basocelular de tipo infiltrativo. Tras la extirpación quirúrgica del tumor, se realizó una reconstrucción en dos tiempos con un colgajo retroauricular.

**Discusión.** Se comenta la técnica quirúrgica y resultados postoperatorios en el caso presentado, discutiendo posteriormente las principales indicaciones y complicaciones a tener en cuenta.

## 9. CIERRE DE DEFECTOS PARAMEDIALES DEL LABIO SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Fernández Casado, A. Toll y R.M. Pujol

*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Introducción.** Los defectos quirúrgicos faciales constituyen en cirugía dermatológica un reto terapéutico frecuente. El labio superior constituye una subunidad cosmética facial de reducido tamaño en la cual defectos de mediano tamaño dificultan la obtención de un resultado estético y funcional aceptable. Presentamos dos casos quirúrgicos en los que la reconstrucción de defectos en dicha subunidad mediante colgajo de avance triangular con pedículo subcutáneo lateral combinado con colgajo de avance con incisión subnasal medial permitió obtener un resultado óptimo con mínimos efectos secundarios.

**Casos clínicos.** El primer caso se trata de un varón de años derivado para realizar exéresis de un carcinoma basocelular morfeiforme en región paramedial izquierda del labio superior de 12 mm de diámetro. Se realizó exéresis geográfica obteniendo un defecto circular de aproximadamente 2 cm de diámetro. El segundo caso se trata de un varón de años que presentaba un carcinoma basocelular de 14 mm de diámetro en la misma región, en el que tras la exéresis geográfica se obtuvo un defecto circular de 2,5cm. En ambos casos se diseñó un colgajo de avance medial realizando la incisión a nivel del surco nasogeniano. El defecto restante se cerró mediante un colgajo triangular con pedículo subcutáneo lateral. Los resultados estéticos definitivos han sido satisfactorios.

**Discusión.** El cierre de defectos en labio superior que no afecten al *filtrum* supone un reto en cirugía dermatológica para el que se han diseñado diferentes técnicas de reconstrucción. El reducido tamaño de esta subunidad estética y las características particulares de la piel a este nivel son determinantes a la hora de elegir el procedimiento quirúrgico idóneo. El uso de injertos cutáneos de piel total se ve limitado por el carácter piloso de la zona. Los

colgajos de transposición desde la zona malar atraviesan dos subunidades estéticas, alteran la morfología del surco nasogeniano y con ellos se obtiene un resultado estético deficiente. El uso de un colgajo de avance triangular con pedículo subcutáneo lateral permite el cierre de defectos de pequeño tamaño, utilizando piel de la misma subunidad estética y con resultados estéticos francamente satisfactorios. Sin embargo, su uso se ve limitado cuando los defectos son de un tamaño mediano-grande. En estas circunstancias, el diseño de un colgajo en V-T genera una elevación de la comisura labial y un resultado estético menos deseado. Proponemos en estos casos el cierre parcial del defecto inicial mediante un avance medial con incisión a nivel del surco nasogeniano, utilizando un colgajo de avance con pedículo subcutáneo lateral de menor tamaño para cerrar el defecto restante. Los resultados obtenidos son satisfactorios.

## 10. SUTURA DERMOHIPODÉRMICA PARALELA

J. Hernández-Gil, F.M. Almazán, A. Clemente y S. Serrano

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

**Introducción.** El objetivo fundamental de la cirugía oncológica dermatológica es la eliminación completa del tumor maligno. Secundariamente, plantea al dermatólogo el desafío de mantener la estética corporal evitando en lo posible las huellas quirúrgicas. Para contribuir en este aspecto presentamos la sutura dermohipodérmica paralela (SDHP).

**Material y método.** *Material:* dos hilos de sutura (nylon o polipropileno, con una medida de grosor de diferencia entre ambos, que variará en función de la localización de la herida quirúrgica), portaagujas, pinzas, hemostatos (condicionales). *Método:* realizamos dos suturas continuas en diferentes planos del eje vertical de la herida. La primera y más profunda soportará la tensión de la misma, y la segunda, más superficial, pretende tan solo la coaptación de ambos bordes quirúrgicos. La revisión de la herida se realiza a los 3 días para el control de las complicaciones a corto plazo, y a las 2 semanas para la retirada de puntos.

**Discusión.** La SDHP es una variante de la sutura intradérmica clásica con la que pretendemos superar sus limitaciones y aumentar, de esta forma, su aplicabilidad. Entre sus ventajas destaca la posibilidad de utilizarla en zonas de alta tensión sin necesidad de dejar material de sutura extraño en el interior de la herida una vez haya cicatrizado, evitando de este modo las complicaciones que surgen en algunos pacientes. Además, por su configuración, ejerce una tensión homogénea en varios planos y en toda la extensión de la herida sin necesidad de sutura externa alguna. Los resultados estéticos obtenidos con la SDHP son comparables a los que proporciona la sutura intradérmica.

## 11. TRES «PERLAS QUIRÚRGICAS» EN INSTRUMENTAL, SUTURA Y TÉCNICA

R. Ibáñez, C. Ortega, F.J. Miquel, R. Tamarit y J.I. Marí

*Hospital Ribera. Alzira. España.*

**Introducción.** Presentamos en tres apartados: a) instrumental (cómo improvisar erinas de tracción, b) sutura (se explica la sutura subcutánea continua y su indicación en zonas conflictivas de cierre quirúrgico) y c) técnica habitual en el tratamiento de las verrugas vulgares en nuestro servicio.

**Conclusiones.** Pretendemos con estas mínimas aportaciones «refrescar» conocimientos a los dermatólogos más veteranos y ayudar a los más jóvenes en su práctica diaria puesto que en nuestra experiencia estos pequeños detalles nos han aportado excelentes resultados.

## 12. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS NASALES DE ESPESOR TOTAL

R. Miñano, R. Echarri<sup>a</sup>, A. Hernández Núñez, D. Martínez, M. Huerta y J.M. Borbujo

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Otorrinolaringología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.*

**Introducción.** El desarrollo de la reparación en tres capas (mucosa, estructural y piel) ha traído importantes mejoras estéticas y funcionales en la reconstrucción quirúrgica nasal. Presentamos 2 pacientes con un defecto nasal de espesor total secundario a cirugía oncológica y comentamos las técnicas quirúrgicas utilizadas para su reconstrucción.

**Casos clínicos. Paciente 1.** Mujer de 92 años de edad con los antecedentes personales de cirugía de cataratas. Acudió a nuestro servicio por presentar un tumor localizado en ala nasal derecha de 25 mm, de dos meses de evolución, que afectaba todo el espesor de la piel. El estudio anatomopatológico de la lesión confirmó un carcinoma epidermoide bien diferenciado. Se realizó extirpación quirúrgica de la lesión dejando un defecto de espesor total, que requirió una reconstrucción en tres capas realizado en un solo acto quirúrgico, mediante colgajo nasogeniano invertido para el recubrimiento mucoso, injerto de cartílago auricular para el soporte estructural y un colgajo glabellar ampliado para el recubrimiento cutáneo. **Paciente 2.** Varón de 80 años con los antecedentes personales de cardiopatía isquémica. Acudió por presentar una neoformación de 12 mm localizada en punta nasal de un mes de evolución. En informe anatomopatológico previo a la cirugía demostró un carcinoma de células de Merckel. Se realizó extirpación de la lesión y biopsia selectiva del ganglio centinela en ambas regiones cervicales, observándose infiltración neoplásica en ambas. Se realizó reconstrucción diferida mediante colgajo paramedial frontal. El paciente no dió su consentimiento para la realización de linfadenectomía cervical.

**Discusión.** Para la reconstrucción ideal de defectos nasales totales es necesario realizar una reconstrucción en tres capas que incluya una reparación de la mucosa, aportando una capa vascularizada que servirá de soporte estructural a los injertos de cartílago u óseos, manteniendo la función ventilatoria. La capa media está compuesta por injertos estructurales (óseos y/o cartílago) que impedirá la retracción y servirá para configurar el contorno de las diferentes subunidades estéticas. Por último se realizará, siempre que sea posible, el recubrimiento cutáneo siguiendo el principio de las subunidades estéticas.

## 13. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DERMATOLÓGICA EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS

S. Paradela, S. Pita<sup>a</sup>, C. Peña, B. Fernández, J. García, M. Mazaira y E. Fonseca

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Estadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (A Coruña). España.*

**Objetivo.** Determinar la patología atendida en una unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA) dermatológica en pacientes  $\geq 85$  años, la morbilidad quirúrgica y las variables asociadas a la misma.

**Material y métodos.** Estudio observacional, se incluyeron todos los pacientes  $\geq 85$  años intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (Servicio Dermatología). Período 2003-2005. Variables estudiadas: año de cirugía, edad, sexo, exposición al tabaco-alcohol, enfermedades concomitantes, tratamiento anticoagulante, antiagregante, profilaxis antibiótica, número de lesiones, localización, diagnóstico anatomopatológico, área cutánea extirpada, técnica quirúrgica, tipo de plastia, duración, orden de la intervención en la sesión quirúrgica, hilo de sutura,

existencia o no de complicaciones y requerimiento de ingreso. Análisis estadístico: Estudio descriptivo y de regresión logística para predecir complicaciones.

**Resultados.** La localización más frecuente de las lesiones fue cabeza-cuello (82,7 %). Los tumores más frecuentes fueron carcinoma basocelular (45,1 %), epidermoide (38,7 %) y melanoma (8,3 %). La mediana del tamaño de la lesión fue 4 cm<sup>2</sup>. La técnica quirúrgica más frecuente fue la exéresis (94,1 %) con cierre directo (55,6 %), realizándose plastias en el 31,3 % de los casos e injertos en el 6,4 %. No hubo mortalidad asociada a la cirugía. Presentaron complicaciones el 7,9 %, siendo las más frecuentes la necrosis (42,9 %) y la celulitis (19,9 %). Las variables que determinaron el riesgo de complicaciones fueron la realización de injerto (OR = 8,1) y el área de la lesión (OR = 1,1).

**Conclusiones.** La CMA dermatológica es muy segura en pacientes muy ancianos y la edad no debería ser considerada una contraindicación para su realización. El tamaño de la lesión y la utilización de injerto fueron las variables que ejercieron un efecto independiente para predecir complicaciones. La duración de la intervención se identifica en los modelos como variable asociada a complicación.

## 14. RECONSTRUCCIÓN NASAL SUBTOTAL CON MALLA DE TITANIO

A. Pérez-Bustillo, T. Alonso-Alonso, P. Sánchez-Sambucety y M.A. Rodríguez-Prieto  
*Complejo Asistencial de León. España.*

**Introducción.** Con frecuencia el cáncer cutáneo no melanoma se localiza en la pirámide nasal. En ocasiones, tras su extirpación, los defectos son extensos siendo necesarias para su reparación técnicas reconstructivas complejas.

**Casos clínicos.** Presentamos dos pacientes con lesiones tumorales en pirámide nasal en las que fue necesario extirpar la mucosa, las estructuras cartilaginosas, incluido el septum y la piel adyacente para la eliminación de los tumores. La reconstrucción incluyó la restauración del forro nasal, el soporte cartilaginoso, así como la cubierta externa, utilizando como soporte una malla de titanio. Los resultados funcionales y estéticos fueron buenos.

**Discusión.** Para la sustitución del soporte óseo se han utilizado distintos materiales, tanto autólogos como aloplásticos. Dentro de éstos, el titanio ha ofrecido buenos resultados, debido a su flexibilidad y biocompatibilidad, con escasas complicaciones. Sin embargo, presentamos los dos primeros casos en los que la malla de titanio ha sido utilizada para sustituir la estructura cartilaginosa.

## 15. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CARCINOMAS BASOCELULARES CENTROFACIALES AGRESIVOS

G. Ruiz-Carrillo, P. Redondo, M. Pretel y L. Aguado  
*Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. España.*

**Introducción.** La pirámide nasal constituye una unidad anatómica esencial en la fisonomía facial. Con frecuencia en esta localización asientan tumores cutáneos agresivos con capacidad infiltrante del cartílago y la mucosa subyacente. Presentamos dos pacientes con carcinomas basocelulares recidivantes en nariz tratados con cirugía controlada al microscopio y reconstruidos con colgajos locales y epítesis.

**Pacientes.** Varón de 74 años con antecedente de carcinoma basocelular centrofacial de más de 25 años de evolución, intervenido previamente en otros centros en más de 20 ocasiones. Varón de 57 años de edad con carcinoma basocelular infiltrante destructivo en pirámide nasal y mejilla izquierda, que acude a consulta



sin tratamientos previos. Por motivos familiares el tratamiento quirúrgico se retrasa un año.

**Discusión.** Aunque existen nuevas terapias emergentes para tratar el cáncer cutáneo no melanoma, en la región facial es fundamental realizar un estudio histológico y un seguimiento que garantice la curación postratamiento. En caso contrario algunos tumores, en determinadas localizaciones como la descrita, pueden escaparse del control regular y requerir en el futuro un tratamiento quirúrgico más agresivo para garantizar la curación oncológica. A pesar del tratamiento con cirugía controlada al microscopio, en la reconstrucción inmediata de los tumores extensos o recidivantes que obligan a extirpar totalmente la pirámide nasal, es aconsejable limitar en la medida de lo posible el desplazamiento de tejidos y aplicar provisionalmente una epítesis de cara para prevenir en los meses posteriores una posible recidiva. En estos casos es aconsejable retrasar una posible reconstrucción definitiva al menos 12 meses.

## 16. LÁSER DE COLORANTE PULSADO VS TERAPIA FOTODINÁMICA CON METILAMINOLEVULINATO Y LÁSER DE COLORANTE PULSADO EN EL TRATAMIENTO DEL PSORIASIS UNGUEAL

M. Fernández-Guarino<sup>a</sup>, A. Harto<sup>a</sup>, M. Sánchez-Ronco<sup>b</sup>, S. Aboín<sup>a</sup>, C. García-Millán<sup>a</sup> y P. Jaén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>b</sup>Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. España.

**Introducción.** La afectación ungueal se produce hasta en un 80% de los pacientes con psoriasis en algún momento de su vida. El tratamiento de la psoriasis ungueal (PsU) es difícil, sólo el 19,3% de los pacientes con PsU muestra mejoría durante los tratamientos habituales y el 77,7% desean tener un tratamiento eficaz. El uso de terapia sistémica para el manejo de la PsU únicamente no está justificado. Así, si la afectación sistémica no es importante, se maneja con tratamientos tópicos (corticoides, calcipotriol, tazaroteno, ciclosporina, antralina, 5-fluorouracilo). Tanto la terapia fotodinámica (TFD) como el láser de colorante pulsado (LCP)<sup>3</sup> han demostrado ser eficaces en el tratamiento del psoriasis en placas. Por otro lado, en estudios en animales, el ácido 5-aminolevulínico ocluido con parches bioadhesivos, ha demostrado penetrar en la superficie ungueal.

**Objetivos.** Valorar si la TFD y el LCP son eficaces en el tratamiento de la PsU y compararlos. Si existe mejoría, valorar si es mayor en la matriz, lecho o no hay diferencias.

**Material y métodos.** Se lleva a cabo un estudio abierto y prospectivo durante 18 meses. Se selecciona a los pacientes que acuden a consulta de dermatología demandando tratamiento para su PsU. Se excluye a los pacientes que reciben o han recibido terapia sistémica o fototerapia para su psoriasis. Los que han recibido tratamiento tópico previo para su PsU se espacian al menos tres meses desde el último tratamiento. Se aplica una sesión mensual hasta un total de seis sesiones. Se seleccionan las uñas afectadas. De forma aleatoria, se tratan las uñas de una mano siempre con TFD y las de la otra con LCP. La mano tratada con TFD se ocluye con metilaminolevulinato (MAL, Metvix<sup>®</sup>) durante 3 horas cubierta con un parche hidrocoloide (Askina<sup>®</sup>). Posteriormente, se tratan todas las uñas con LCP a dosis subpurpúricas (7 mm, 6 ms, 9 J/cm<sup>2</sup>), aplicando 3 pulsos en cada uña. Previo al tratamiento, a los 3 meses y a los 6 meses, se cuantifica con el NAPSI la afectación ungueal, desglosado para cada uña y dividido en matriz y lecho. Así el máximo de puntuación por uña para matriz o lecho es de 4, y para cada uña de 8 (la suma de ambos). Se recopilan los datos en Excel<sup>®</sup> y se contrastan con la prueba de Mann Withney. Definimos una variable llamada gradiente que es

la diferencia entre el NAPSI basal y a los 6 meses (para matriz, para lecho y total). Se registran los efectos adversos.

**Resultados.** Se seleccionó a 14 pacientes, 8 varones y 6 mujeres, con una edad media de 44 años y un PASI medio de 9,29. Se trataron un total de 121 uñas, 61 con TFD y 60 con LCP. **Uñas tratadas con LCP:** los porcentajes más altos alcanzados en matriz y lecho son: matriz: 40% de 2 en basal; 30% de 1 en 3 meses y 48,6% de 0 a los 6 meses. Lecho: 38,3% de 2 en basal; igual de 0 que de 2 a los 3 meses y 55% de 0 a los 6. Uniendo las puntuaciones del basal, a 3 meses y 6 meses que se obtienen para matriz y lecho, obtenemos tres medidas únicas: napsi\_basal; napsi\_3m y napsi\_6m. Vemos cómo van moviéndose los porcentajes de afectaciones altas en el basal a casi 0 a los 6 meses. Esto indica la mejoría con el procedimiento. **Uñas tratadas con TFD:** los porcentajes más altos alcanzados en matriz y lecho son: matriz: 34,4% de 2 en basal; 41% de 1 en 3 meses y 47% de 0 a los 6 meses. Lecho: 36,1% de 2 en basal; 37,7% de 1 a los 3 meses y 44,3% de 0 a los 6 meses. Uniendo las puntuaciones del basal, a 3 meses y 6 meses que se obtienen para matriz y lecho, obtenemos tres medidas únicas: napsi\_basal; napsi\_3m y napsi\_6m. Vemos cómo van moviéndose los porcentajes de afectaciones altas en el basal a casi 0 a los 6 meses. Esto indica la mejoría con el procedimiento. **Comparación TFD vs LCP:** mediante la prueba de Mann Whitney, vemos que no hay diferencias entre los procedimientos PDL y PDT en la variable gradiente,  $p = 0,335$ . Tampoco hay diferencias en media entre los procedimientos PDL y PDT para las variables napsi\_basal ( $p = 0,632$ ), napsi\_3m ( $p = 0,084$ ), y napsi\_6m ( $p = 0,535$ ). No existen diferencias estadísticamente significativas entre el gradiente Matriz ( $p = 0,425$ ) y el gradiente Lecho ( $= 0,835$ ) entre ambos tratamientos. Ningún paciente presentó efectos adversos.

**Discusión.** Seleccionamos 6 meses como tiempo de tratamiento por ser el tiempo en que tarda en renovarse una uña por completo. El elegir un tratamiento para cada mano de un mismo paciente hace la muestra homogénea y supone la independencia de cada uña respecto de la otra. Se selecciona el NAPSI por ser hasta el momento la única medida objetiva de afectación de la PsU y por estar desglosado en matriz y lecho, lo que permite según los resultados obtenidos orientar al paciente por su afectación predominante.

**Conclusiones.** El LCP es eficaz y bien tolerado en el tratamiento de la PsU. Mejora las afectaciones tanto de la matriz como del lecho. La aplicación de MAL tópico no aumenta la eficacia del tratamiento.

## 17. ENFERMEDAD DE BOWEN TRATADA CON LÁSER DE DIÓXIDO DE CARBONO. SERIE DE 44 PACIENTES

M.C. Martínez-González, J. del Pozo, S. Paradelo, B. Fernández-Jorge, C. Peña, R. Fernández-Torres y E. Fonseca  
Servicio de Dermatología del Hospital Juan Canalejo. La Coruña. España.

**Introducción.** La enfermedad de Bowen es una forma común de carcinoma escamoso intraepidérmico (*in situ*) de la piel y las mucosas. El tratamiento con destrucción epidérmica mediante cualquier método es esencial para prevenir el desarrollo de un carcinoma escamoso invasivo.

**Objetivos.** Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la enfermedad de Bowen mediante vaporización epidérmica con láser CO<sub>2</sub>, e intentar identificar factores que pudieron tener influencia en los resultados.

**Material y métodos.** 44 pacientes con enfermedad de Bowen diagnosticados entre en año 2003 y 2006, fueron tratados con vaporización epidérmica mediante láser CO<sub>2</sub> en modo superpulso, focalizado a 2W/cm<sup>2</sup>. Los pacientes tenían una edad com-

prendida 37 y 89 años (media de 76,2 años  $\pm$  22,2), 11 eran hombres (25 %) y 33 mujeres (75 %). El 90,9 % de los pacientes tenían una única lesión. El tamaño de las lesiones oscilaba entre 1 y 4 cm de diámetro. El seguimiento de los pacientes fue desde 8 a 52 meses tras el tratamiento (media 18,8 meses  $\pm$  21,2).

**Resultados.** El 86,3 % de los pacientes precisaron una única sesión de tratamiento. Se consiguieron respuestas «muy buenas» (respuesta clínica total con una única sesión de tratamiento) en 38 pacientes (86,3 % del total) y sólo 3 pacientes con dichos resultados tuvieron recurrencia de la lesión (7,9 % del grupo con respuesta «muy buena»). En 5 pacientes (11,3 %) hubo respuesta «buena» (respuesta clínica parcial desde la primera sesión, con respuesta clínica total tras más de una sesión de tratamiento) sin recurrencias clínicas en ninguno de estos pacientes durante el seguimiento. En un paciente (2,2 % del total) se observó una respuesta «pobre» (sin ninguna mejoría clínica tras la primera sesión de tratamiento).

**Discusión y conclusión.** En nuestra experiencia, el tratamiento con láser CO<sub>2</sub> en modo superpulsado para la enfermedad de Bowen, es un método efectivo, eficiente, seguro, funcional y con buen resultado estético; que proporciona la misma tasa de recurrencias que otras modalidades de tratamiento más agresivas o caras. Analizamos también posibles factores determinantes en la consecución de un mejor o peor resultado en nuestros pacientes.

## 18. TRATAMIENTO CON LÁSER DE PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA PERIOCLAR

J.L. Santiago Sánchez-Mateos

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

La tecnología láser puede ser útil en determinados pacientes con lesiones cutáneas perioculares. Presentamos nuestra experiencia con láser CO<sub>2</sub>, láser de colorante pulsado y láser de Nd:YAG en pacientes con patologías dermatológicas perioculares. Entre ellas destacan las lesiones vasculares (malformaciones capilares, malformaciones venosas y malformaciones linfáticas), lesiones tumorales benignas (siringomas, tricopiteliomas) y lesiones víricas (molluscum, verrugas planas) entre otras patologías. Los sistemas de protección son importantes para evitar lesiones oculares por los distintos tipos de láser. En nuestros pacientes utilizamos protección intraocular con lentilla metálica y anestesia tópica. Asimismo presentamos los efectos secundarios (edema palpebral, púrpura, hematomas, etc) que aparecen con frecuencia en esta zona anatómica.

## 19. RINOFIMA TRATADO CON LASER DE CO<sub>2</sub>

L. Sempau, A. Pérez, M. Lamoca, O. Suárez y M.A. Rodríguez-Prieto

Complejo Asistencial de León. León. España.

**Introducción.** El rinofima, considerado el estadio IV de la rosácea, constituye una deformación de la pirámide nasal debida a la hipertrofia de las glándulas sebáceas y tejido conectivo. Su tratamiento consiste en eliminar el tejido sobrante para dar a la pirá-

me nasal su aspecto previo. En su tratamiento se han empleado distintas técnicas: dermoabrasión, cirugía convencional, criocirugía, electrocirugía y diversos tipos de láser.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 53 años con antecedentes de acné y rosácea. A la exploración se observan múltiples cicatrices en ambas mejillas y una pirámide nasal gruesa y abollonada secundarias a lo anterior. Se realizó tratamiento con bisturí eléctrico eliminándose los mamelones sobrantes para perfilar la pirámide nasal. Posteriormente se hacen varios pases de láser de CO<sub>2</sub> en forma pulsada (7w).

**Discusión.** Aunque es sin duda un problema estético, el rinofima puede, en ocasiones, tener repercusiones funcionales como la obstrucción de la vía aérea alta. La eliminación del tejido sobrante se puede realizar por los diferentes medios ya citados, sin embargo, hoy sabemos que se requiere un control preciso de la profundidad para conservar restos de glándula sebácea que van a ser responsables de la reepitelización nasal. El láser de CO<sub>2</sub> es una de las técnicas de elección puesto que controlamos el tiempo de relajación térmico del tejido y se acompaña de un buen efecto hemostático.

## 20. MANCHAS EN VINO DE OPORTO RESISTENTES TRATADAS CON LÁSER SECUENCIAL DE COLORANTE PULSADO Y NEODIMIO-YAG

S. Vano-Galván, P. Boixeda, L. Pérez-Carmona, E. Martín, M. Roncero y P. Jaén

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Introducción.** La mancha en vino de Oporto (MVO) es una malformación vascular capilar que puede producir una desfiguración cosmética severa. El láser de colorante pulsado (PDL) es considerado su tratamiento de elección, aunque un 25-50 % de los pacientes será resistente al tratamiento. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de las MVO resistentes con el nuevo láser (Synergy-Multiplex<sup>®</sup>) que combina PDL y Nd-YAG usados secuencialmente en el mismo equipo.

**Material y método.** Se presentan pacientes con MVO que no habían mostrado aclaramiento significativo con PDL (MVO resistentes), y que fueron sometidos a tratamiento con un láser (Synergy-Multiplex<sup>®</sup>) que combina un pulso de PDL-595 nm (7-10 mm, 8-10 J/cm<sup>2</sup>, 2-10 mseg) con otro de Nd:YAG-1064 nm (15-20 mseg, 30-60 J/cm<sup>2</sup>), asociado a un sistema de enfriamiento epidérmico de aire frío. Se compara intensidad del eritema y volumen de lesión antes y después de varios pases con este láser.

**Resultado.** Todos los pacientes con MVO resistentes tratados con láser Synergy-Multiplex<sup>®</sup> presentan un aclaramiento del 25-50 % de las lesiones con reducción moderada del volumen. Muestran mayor respuesta las lesiones con coloración más oscura, sobre-elevadas y con componente hipertrófico.

**Conclusión.** La combinación secuencial de dos longitudes de onda de 595nm y de 1064 nm, se presenta como una posibilidad terapéutica con resultados aceptables en el tratamiento de las manchas en vino de Oporto resistentes al láser de colorante pulsado.