

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

Reunión de la Sección Andaluza de la AEDV
Sevilla, 13 y 14 de marzo de 2009

RESÚMENES

REUNIÓN DE LA SECCIÓN ANDALUZA DE LA AEDV

Sevilla, 13 y 14 de marzo de 2009

1. TINEA CAPITIS INFLAMATORIA EN UN ADULTO SIMULANDO DERMATOSIS PUSTULOSA EROSIVA DEL CUERO CABELLUDO

R. Salido, M.V. Amorrinch, G. Garnacho, M.A. Álvarez, R. Jiménez Puya, M. Galán, A. Vélez, J.C. Moreno

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La alopecia inflamatoria se define como aquel grupo de enfermedades inflamatorias que producen una pérdida transitoria o definitiva de pelo. En el diagnóstico diferencial deben incluirse, por su importancia y rareza en la edad adulta, la tiña inflamatoria y la dermatosis pustulosa erosiva de cuero cabelludo, entidades que, al ser clínicamente muy similares, van a requerir un diagnóstico seguro para establecer un tratamiento precoz.

Caso clínico. Mujer de 88 años, inmunocompetente, que ingresó por desarrollar erosiones eritemato-costrosas, dolorosas y supurativas que afectaban a casi toda la extensión del cuero cabelludo. Las primeras lesiones aparecieron hacía 2 meses, y experimentaron un empeoramiento progresivo, acompañando en su evolución fiebre de 38,5°C y afectación del estado general. El examen micológico directo fue negativo, aislándose una *Pseudomonas aeruginosa* en un cultivo bacteriano obtenido de la secreción purulenta. El estudio analítico no mostró ninguna alteración por lo que, en un principio, se planteó el diagnóstico de dermatosis pustulosa erosiva de cuero cabelludo con impetiginización bacteriana secundaria, pautándose corticosteroides y antibióticos sistémicos. Para completar el estudio, se realizaron una biopsia cutánea –que resultó inespecífica– y un cultivo micológico. Ante la falta de respuesta terapéutica, una biopsia inconcluyente y a la espera de los resultados del cultivo para hongos, se inició tratamiento empírico con itraconazol 200 mg/24 h –incluyendo en el diagnóstico diferencial una tiña inflamatoria de cuero cabelludo–. Las lesiones mejoraron significativamente. Posteriormente se confirmó el diagnóstico al identificarse colonias de *Microsporum canis* en el cultivo.

Discusión. La *tinea capitis* inflamatoria es una infección del cuero cabelludo producida por diversos dermatofitos de los géneros *Microsporum* y *Trichophyton*. Los agentes etiológicos más frecuentemente aislados son hongos zoofílicos, siendo la primera causa el *Microsporum canis*. Aunque la tiña del cuero cabelludo es prácticamente patrimonio de la edad infantil, puede observarse en adultos, especialmente en mujeres postmenopáusicas. El diagnóstico de tiña inflamatoria de cuero cabelludo en un adulto no siempre resulta fácil. La semejanza clínica con otras entidades –como la dermatosis pustulosa erosiva–, junto con la dificultad que presentan en ocasiones los dermatofitos en su crecimiento en los cultivos, hace que diversos autores se hayan planteado la posibilidad de realizar un tratamiento empírico con griseofulvina antes de establecer el diagnóstico definitivo de dermatosis pustulosa erosiva de cuero cabelludo.

2. VERRUGAS ANOGENITALES INFANTILES

M. Linares, C. Fernández^a, M. Salado, E. Alarcón, D. del Ojo, J. González, A. Martínez, M. Salamanca y J. Calap

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. ^aServicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción. La presencia de verrugas anogenitales (VAG) en niños es una situación controvertida, ya que casi siempre existen dudas sobre su vía de transmisión y epidemiología. Las vías de acceso del virus del papiloma humano (VPH) al área anogenital infantil pueden ser tres. La vía perinatal, la transmisión por auto o heteroinoculación a partir de verrugas vulgares en las manos de los propios niños, familiares o cuidadores y en tercer lugar a partir de contacto con genitales de los adultos, en los que los serotipos responsables serían los de tipo mucoso. Además, existe la controvertida posibilidad de transmisión indirecta a través de fómites.

Material y métodos. Se presentan 2 pacientes: una niña de 6 y un niño de 7 años con VAG. A ambos pacientes se les realizó anamnesis detallada y exploración física dirigida con el fin de excluir posibles signos de abuso sexual encontrándose en uno de ellos lesiones similares a nivel de mucosa nasal. A su vez se obtuvo información sobre los antecedentes maternos de infección por VPH y sobre la existencia de verrugas vulgares previas en los propios niños o sus familiares. Los padres fueron informados inicialmente sobre las posibles vías de transmisión del VPH y la importancia de excluir un abuso sexual. Se tomaron muestras para tipificación de VPH mediante técnicas de hibridación in situ y reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Resultados. En ambos casos se demostró la presencia de DNA de HPV serotipo 2. Posteriormente, se efectuó tratamiento mediante imiquimod tópico con excelente evolución y resolución de las lesiones. En ninguno de los casos existió sospecha de abuso.

Discusión. El principal problema es si la presencia de VPH en las VAG indicaría o no la existencia de abuso sexual. Los estudios existentes refieren resultados contradictorios.

Conclusiones. La presencia de VAG en niños supone un importante trastorno tanto para el médico como para el paciente y sus familiares ya que existe la posibilidad de un abuso sexual oculto. La determinación del serotipo de HPV es un arma diagnóstica que sirve para orientar adecuadamente a estos pacientes en este delicado entorno.

3. TUBERCULOSIS CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM BOVIS

M.R. Andrades, J.J. Pereyra, L. Rodríguez, E. Rubio, T. Zulueta^a y J. Conejo-Mir

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

Introducción. El 1-2% de los pacientes con tuberculosis tiene lesiones cutáneas. De ellas sólo el 1-3% están ocasionadas por *Mycobacterium bovis*. Las peculiaridades de este agente etiológico confiere algunas diferencias en el manejo de esta entidad.

Caso clínico. Varón de 38 años de edad que consultó por una lesión en dorso de la mano derecha de 7 meses de evolución. En los antecedentes personales destacaba su afición a la caza mayor y menor, su trabajo en una estación depuradora de aguas residuales en los últimos tres años y anteriormente en un matadero. En la exploración física se apreció una placa de unos 2 cm de diámetro sobre la articulación metacarpofalángica del segundo dedo de la mano derecha, de coloración rosada y superficie queratósica. La exploración general fue normal. El estudio histológico demostró la presencia de hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa e inflamación granulomatosa no necrosante. En el cultivo microbiológico se aisló *Mycobacterium bovis*. La prueba de Mantoux resultó positiva con una induración de 20 mm. La radiografía de tórax fue normal. Con el diagnóstico de tuberculosis cutánea por *Mycobacterium bovis* se inició tratamiento con rifampicina 600 mg/24 h, etambutol 1200 mg/24 h y azitromicina 500 mg/24 h.

Conclusiones. *Mycobacterium bovis* es un microorganismo que afecta fundamentalmente al ganado. Se deben sospechar lesiones en humanos ante lesiones en áreas expuestas de pacientes con actividades de riesgo. La infección por *Mycobacterium bovis* presenta diferencias notables respecto a la de *Mycobacterium tuberculosis*. Las lesiones cutáneas habitualmente son poco bacilíferas por lo que el crecimiento en los medios de cultivo es muy lento. Si a esto sumamos la baja sensibilidad que ofrecen las técnicas de identificación se explica la dificultad que supone en ocasiones el aislamiento e identificación de este microorganismo. El tratamiento con fármacos tuberculostáticos de primera línea es de elección, resaltando la resistencia intrínseca de *M bovis* a la pirazinamida.

4. NOCARDIOSIS LINFOCUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Noguera, C. Martínez, B. Espadafor, F. Benavente, E. García, M. Paniza^a, E. Torres^b y V. García

Servicio de Dermatología. ^aAnatomía Patológica y ^bMicrobiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La nocardiosis es una enfermedad inflamatoria mixta supurativa y granulomatosa, producida por un grupo de actinomicetos aerobios, filamentosos, patógenos para el ser humano, de distribución universal como saprofitos en sustancias de descomposición. Los órganos que más frecuentemente afectan son: pulmón, piel y cerebro. Suele encontrarse en pacientes con déficit de la inmunidad celular, diabetes, cirrosis, uso de corticoterapia oral, alcoholismo... El número de casos está creciendo, posiblemente debido a un aumento de pacientes inmunodeprimidos y a la mejora de las técnicas de laboratorio.

Material y métodos. Paciente de 73 años, con antecedentes personales de accidente isquémico transitorio en 2005 y reducción del flujo de la carótida interna derecha de un 30 %, acude a nuestro servicio de urgencias por presentar desde hace una semana, una lesión dolorosa en antebrazo derecho. En el momento de la exploración, se aprecia una úlcera sobre un fondo inflamatorio, indurado y un cordón linfagítico ascendente. Le pautamos amoxicilina-clavulánico 875/125 un comprimido cada ocho horas y lo revisamos a la semana, apreciándose múltiples nódulos ulcerados, de nueva aparición, siguiendo el trayecto linfagítico junto con un edema indurado de todo el miembro superior. Realizamos biopsia-punch y cultivo de bacterias, micobacterias y hongos, además hemograma, bioquímica y radiografía de tórax. Nuestro estudio complementario incluyó: beta 2 microglobulina, proteinograma e inmunoglobulinas, serologías VIH, VHB, VHC, VEB, CMV, marcadores tumorales, TAC tóraco-abdominal y subpoblaciones linfocitarias.

Resultados. En el cultivo crecieron colonias blancas, rugosas, de superficie aterciopelada, que corresponden a *Nocardia* spp. Fue

tratado con trimetropin-sulfametoxazol durante 3 meses, con remisión total del cuadro. A los cinco meses continuaba asintomático. **Conclusión.** Ante un paciente con una lesión compatible con linfangitis nodular, hemos de hacer un diagnóstico diferencial entre varios cuadros que producen un patrón esporotricoide, entre ellos la nocardiosis, que debe ser siempre sospechada, ante una infección cutánea superficial, con traumatismo o picadura asociada, que no responden a tratamiento antibiótico habitual.

5. PÉNFIGO FOLIÁCEO

J.C. Armario Hita, C. Carranza Romero, M. Pico Valimaña y J.M. Fernández Vozmediano

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

Introducción. El pénfigo foliáceo (PF) es una forma superficial de pénfigo que incluye cuatro grupos, el PF idiopático, PF inducido por fármacos, pénfigo eritematoso y PF endémico. Se producen por la formación de autoanticuerpos dirigidos frente a la desmogleína I. Sus manifestaciones clínicas suelen ser sólo cutáneas, en forma de elementos ampollosos o pustulosos que desaparecen con celeridad dejando lesiones exulceradas, exudativas o costrosas y que pueden afectar cualquier parte de la superficie cutánea, sobre todo cara, parte alta del tórax, cuello, espada y extremidades. Desde el punto de vista histológico se caracteriza por ampolla acantolítica situada en la capa granulosa e inmunofluorescencia directa positiva para IgG a nivel subcórneo. El tratamiento se basa en la utilización de corticoterapia tópica y sistémica o inmunosupresores y antipalúdicos en los casos resistentes.

Caso clínico. Paciente mujer de 39 años sin antecedentes de interés que acude a consulta por presentar desde hacía una semana una erupción de lesiones erosivas superficiales poco pruriginosas, de morfología circinadas y borde descamativo. Seguían una distribución difusa, aunque con mayor intensidad a nivel de raíz de miembros superiores e inferiores y tercio superior de espalda. En el estudio complementario se observó un ligero aumento de VSG con resto de la analítica normal, incluyendo negatividad para los anticuerpos antinucleares. Los estudios de imagen realizados se encontraban dentro de la normalidad. El estudio dermatopatológico mostró hiperplasia epidérmica psoriasisiforme, hiperqueratosis e infiltrado dérmico superficial y profundo, con intensa exocitosis, y focos aislados de costras epidérmicas compatibles con ampollas regeneradas. La inmunofluorescencia directa identificó la presencia de ampollas subcórneas, con presencia de depósitos de IgG y C3 superficiales. Con todos estos datos se llegó al diagnóstico de pénfigo foliáceo. Se instauró tratamiento con corticoterapia oral y tópica con lo que se consiguió la resolución completa del proceso sin recidiva tras 3 años de seguimiento.

Conclusión. Presentamos una forma poco frecuente de pénfigo superficial en el que es poco probable observar ampollas activas y que se presenta como una dermatitis eritemato-descamativa. En estos casos la sospecha clínica es imprescindible para permitir el diagnóstico adecuado y el tratamiento precoz.

6. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULA B GRANDE DE LAS PIERNAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

J.M. Rojo, M.L. Martínez, C. Begines, J.M. Conde^a, F.J. Martín y J. Escudero

Servicio de Dermatología y de ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

Introducción. El linfoma cutáneo primario de célula B grande de las piernas es una entidad clínico-patológica considerada en sí misma de comportamiento intermedio.

Material y método. Presentamos el caso de un varón de 66 años que presenta placas y nódulos infiltrados al tacto en la pierna izquierda, de cinco meses de evolución, sin otra sintomatología asociada.

Resultados. El estudio histológico de las lesiones muestra un proceso linfoproliferativo, altamente característico de linfoma de piernas de células B. La inmunohistoquímica mostró un CD 30 positivo y CD8 negativo, evidenció un infiltrado dérmico difuso, no epidermotropo, constituido por linfocitos grandes de aspecto blástico (CD79a+, CD20+, bcl-2+, CD10-, CD43- y bcl-6-) y linfocitos pequeños acompañantes (CD7+, CD5+, CD3+, CD43+ y bcl-2+). Se realizó el diagnóstico de linfoma cutáneo primario de célula B grande localizado en las piernas.

Discusión. El linfoma de célula B grande de las piernas se define como un linfoma cutáneo primario localizado y confinado a las piernas, que se presenta como nódulos eritemato-violáceos, suele afectar a personas de edad avanzada. Su pronóstico es menos favorable (supervivencia a los 5 años del 58 %) que el de los linfomas cutáneos primarios difusos de cabeza y tronco (supervivencia a los 5 años del 95 %). Se han realizado diferentes estudios para intentar diferenciar el linfoma cutáneo de célula grande B de las piernas del de otras localizaciones. Hasta el momento sólo se han hallado diferencias en la expresión de moléculas de adhesión tales como ICAM-1, LFA-1 y VLA-4. Un estudio realizado mediante «microarrays» de cDNA en linfomas difusos de célula B nodales ha determinado la existencia de dos subgrupos de expresión génica diferente: uno similar al de las células del linfoma centrolifoliar y otro comparable al de células B activadas. Estos dos subgrupos se corresponden además con dos grupos pronósticos diferentes. Este hecho hace pensar que los linfomas difusos de células B son un grupo heterogéneo más por sus características moleculares que por su localización o características clínicas.

Conclusiones. Estos dos subgrupos se corresponden además con dos grupos pronósticos diferentes. Este hecho hace pensar que los linfomas difusos de células B son un grupo heterogéneo más por sus características moleculares que por su localización y formas clínicas, nos parece una patología infrecuente pero que debe tenerse en cuenta para la realización de un diagnóstico precoz que lleve a una terapia oportuna.

7. LINFOMA DE CÉLULAS T SUBCUTÁNEO TIPO PANICULITIS γ - Δ : A PROPÓSITO DE UN CASO

G.M. Garnacho, M.V. Amorrinch, R. Salido, M.A. Álvarez, M. Galán, A. Vélez, J.C. Moreno y C. Pérez-Seoane^a

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

Introducción. El linfoma de células T subcutáneo tipo paniculitis γ - δ es una variante muy rara de linfoma T periférico, reconocida como tal desde hace solo una década. Se caracteriza por su complejidad clínica, patológica e inmunohistoquímica, requiriendo habitualmente un manejo multidisciplinar.

Material y método. Varón de 88 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que desde hacía dos meses presentaba en antebrazo izquierdo varios nódulos asintomáticos, discretamente eritematosos, de crecimiento rápido y sin tendencia a ulcerarse. No se palpaban adenopatías locorreregionales. El paciente no refería otra sintomatología sistémica asociada.

Resultados. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico de los nódulos reveló que se trataba de un linfoma de células T subcutáneo tipo paniculitis γ - δ . El estudio de extensión inicial no demostró afectación interna (estadio TIIIb N0 M0). Se inició tratamiento con ciclos de clorambucilo y prednisona, pero las lesiones recidivaron y además se detectaron nódulos intracraneales, falleciendo finalmente el paciente.

Discusión. El linfoma de células T subcutáneo tipo paniculitis γ - δ fue descrito por primera vez en 1991 como una nueva variante de linfoma T periférico con características clínico patológicas que podían imitar cualquier variante de paniculitis benigna. Sin embargo, se trata de un tumor muy agresivo, con mal pronóstico y escasa supervivencia.

Conclusiones. Hemos presentado un caso de un raro subtipo de linfoma T periférico de reciente clasificación, del que apenas existen referencias en la literatura. Pero su conocimiento es importante, ya que puede simular entidades tan frecuentes en la práctica diaria como las paniculitis.

8. LEUCEMIA CUTIS ALEUCÉMICA DE LARGA EVOLUCIÓN

J.J. Pereyra-Rodríguez, A. Molina Ruiz, R. Corbí Llopis, A. Pulpillo Ruiz, R. Cabrera Pérez^a y J. Conejo-Mir

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. La Leucemia Cutis es una entidad infrecuente caracterizada por la infiltración cutánea por leucocitos neoplásicos (mieloides o linfoides). La mayoría de los casos debutan tras el diagnóstico de leucemia sistémica. En menos del 10 % de ellos la infiltración cutánea puede ocurrir antes de la afectación de médula ósea, sangre periférica o síntomas sistémicos. Presentamos el caso de una paciente con Leucemia Cutis aleucémica que tras 7 años de tratamiento y seguimiento desarrolló afectación de médula ósea.

Caso clínico. Mujer 58 años diagnosticada en julio de 2001 de Leucemia Cutis Mieloide sin afectación de otros órganos. Recibió tratamiento con 3 ciclos de idarubicina, etopósido y tioguanina, quedando en remisión completa. Durante su seguimiento, la paciente sufrió recaída de su proceso en febrero de 2003, enero de 2005, noviembre de 2006 y abril de 2007, con remisión completa tras quimioterapia. Acude de nuevo en marzo de 2008 por la presencia de lesiones en abdomen de tres meses de evolución. La biopsia cutánea confirmó la recaída de la Leucemia Cutis y el estudio de médula ósea (MO) realizado en este momento concluyó la existencia de una Leucemia Mieloide Aguda. Se instauró tratamiento con Citarabina 100 mg sc/24h, 7 días y se realizó protocolo para alotransplante de progenitores hematopoyéticos.

Conclusiones. La Leucemia Cutis, aún en su forma aleucémica, representa una manifestación local de una enfermedad sistémica y, en general, confiere un mal pronóstico. Los casos publicados previamente de Leucemia Cutis aleucémica presentan un corto periodo de tiempo hasta la afectación de la médula ósea, a diferencia de nuestra paciente. El tratamiento quimioterápico intenso inicial puede proporcionar largos periodos de remisión y prolongar la supervivencia. Sugerimos que ante el hallazgo de una LC aleucémica debe valorarse un régimen terapéutico quimioterápico precoz.

9. MICOSIS FUNGOIDE EN ADOLESCENTES: REVISIÓN CASUÍSTICA

M.V. Hoffner, M. Alés Fernández, A. Carrizosa Esquivel, A. Rodríguez Pichardo, B. García-Bravo, J.J. Ríos Martín^a y F.M. Camacho

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

Introducción. La incidencia de micosis fungoide en la adolescencia y en adultos jóvenes se estima entre un 0,5 % y 5 % de los casos. Clínicamente suelen presentarse en forma de placas hipopigmentadas o eritematodescarnativas localizadas en tronco y

nalgas resistentes a tratamiento desde la infancia o adolescencia. Habitualmente se llega al diagnóstico histopatológico de linfoma cutáneo después de muchos años y de varias biopsias cutáneas inespecíficas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo que comprende de enero de 2000 hasta enero de 2009. Se han recogido pacientes con diagnóstico histológico de micosis fungoide en la adolescencia o primeros años de la edad adulta, pero con inicio de sintomatología en la infancia o adolescencia. Se investigaron el sexo, edad de inicio de lesiones, edad al diagnóstico de micosis fungoide, estadio, localización y tipo de lesiones, inmunofenotipo, tratamiento y evolución.

Resultados. Se han estudiado pacientes adolescentes con diagnóstico de micosis fungoide, la mayoría en estadio de placa, y lesiones localizadas principalmente en nalgas y tronco posterior. Los tratamientos más utilizados han sido corticoides tópicos y fototerapia, y con habitual buena respuesta.

Discusión. El linfoma cutáneo de células T suele aparecer en la cuarta o quinta décadas de vida; sin embargo estadios precoces de la micosis fungoide suelen ser frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes. La confirmación histológica es fundamental, ya que suelen permanecer en seguimiento durante años por dermatosis crónicas descamativas inespecíficas que no responden a tratamiento, y en la mayoría fueron necesarias más de una biopsia cutánea para llegar al diagnóstico definitivo. Los pacientes con enfermedad limitada a la piel, sin afectación extracutánea suelen tener un pronóstico favorable, siendo peor en estadios más avanzados con afectación linfática, visceral o síndrome de Sézary.

10. MASTOCITOSIS SISTÉMICA ASOCIADA A VIH

R. Barabash, M.D. Conejo-Mir, R. Andrades, A. Pulpillo, T. Zulueta^a y J. Conejo-Mir

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

Introducción. La mastocitosis es una enfermedad causada por un desorden clonal en los mastocitos y/o en sus células precursoras. Las manifestaciones clínicas dependen de la infiltración en los diferentes tejidos incluida la piel. La mastocitosis tiene una incidencia del 0,1-0,8 %. La forma sistémica supone tan sólo una mínima parte de este total y se define por unos criterios diagnósticos emitidos por la Organización Mundial de la Salud en 2001. Sólo existe un caso publicado de mastocitosis cutánea asociada al VIH y no hay ninguna referencia en la bibliografía que relacione la enfermedad sistémica por mastocitos con la infección por VIH.

Caso clínico. Varón de 45 años de edad con infección VIH estadio A2 en tratamiento antirretroviral e infección crónica por VHC. Consulta por lesiones de dos años de evolución en plantas y en dorso de falanges de primeros dedos de ambos pies. Son nodulares, violáceas y duras a la palpación. Son pruriginosas y las más grandes le producen sangrado con el roce. Además presenta lesiones máculopapulosas de color pardo rojizo, distribuidas por tronco y miembros, de diez o más años de evolución. Signo de Darier positivo. El estudio histopatológico de la biopsia cutánea realizada confirmó el diagnóstico de mastocitosis cutánea y en el estudio de médula ósea y de ganglio linfático se demostró infiltración marcada por mastocitos e intensa positividad por c-kit en ganglio y piel.

Comentarios. Presentamos este caso de mastocitosis sistémica asociada a VIH por la llamativa expresividad clínica que tiene desde el punto de vista cutáneo y por la extremada infrecuencia del mismo. El hecho de que hasta la fecha no se haya publicado ningún caso similar pone de manifiesto la excepcionalidad de la asociación del VIH con la mastocitosis sistémica.

11. ÚLCERA ISQUIÁTICA TEREBRANTE EN PACIENTE PARAPLÉJICA: ¿HAY SOLUCIÓN?

F. Russo, S. Salas^a, J. Delgado, S. del Canto y A. Collado

Servicio de Dermatología. ^aServicio de Cirugía. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción. Las úlceras de decúbito son un problema de enorme importancia en pacientes parapléjicos por las consecuencias médicas y sociales que implican.

Material y métodos. Presentamos el caso de una mujer parapléjica con una úlcera de decúbito en zona isquiática de años de evolución. La falta de sensibilidad de la paciente trajo como consecuencia la exposición al exterior de cabeza de fémur e importantes infecciones sobreañadidas.

Resultados. Realizamos un colgajo miocutáneo de glúteo mayor en isla con cierre V-Y con buenos resultados a largo plazo.

Conclusión. El colgajo miocutáneo de glúteo mayor es una buena alternativa para pacientes con úlceras isquiáticas de decúbito con exposición ósea.

12. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE CON PSORIASIS. RESULTADOS PRELIMINARES

T. Ojeda, D. Moreno-Ramírez, L. Ferrándiz, A. Carrizosa y F.M. Camacho

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

Introducción. Durante la última década la relación entre el llamado síndrome metabólico y la incidencia y gravedad de la psoriasis ha sido motivo de debate. Sin embargo, la evidencia disponible sobre dicha relación se basa en estudios transversales procedentes de registros de enfermedades crónicas, con escasez de estudios longitudinales casos-control que demuestren dicha asociación en contextos concretos.

Objetivo. Evaluación de la incidencia de factores de riesgo cardiovascular (obesidad y tabaquismo principalmente) en el paciente con psoriasis.

Material y método. Estudio longitudinal prospectivo caso-control desarrollado entre los meses de junio de 2008 y febrero de 2009 en el Servicio de Dermatología del Área Hospitalaria Virgen Macarena (AHVM) como parte del estudio multicéntrico sobre las bases genéticas de la psoriasis (IMID-Kit). Durante el período de estudio se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con psoriasis en placas atendidos en la Unidad de Psoriasis sin criterios de exclusión para el ensayo IMID-Kit (n = 110). El grupo control quedó constituido por pacientes de 18 a 65 años sin antecedentes familiares de psoriasis atendidos en el Departamento de Dermatología del AHVM por cualquier proceso dermatológicos excepto psoriasis (n = 102). En cada uno de los grupos se estudiaron variables demográficas (edad, sexo), epidemiológicas (peso, talla, factores de riesgo cardiovascular) y clínicas, si bien éstas sólo en los pacientes del grupo de casos (tipo de psoriasis, PASI, tratamiento). Los datos fueron explotados mediante el paquete estadístico SPSS® 15.0.

Resultados. Los grupos de estudio no presentaron diferencia significativa en cuanto a la edad media con una edad media del grupo de pacientes de 43,88 años vs. 47,94 años en el grupo control. La distribución por sexos demostró un predominio masculino en el grupo de casos (60,00 % vs. 40,00 %), y una proporción inversa en el grupo de controles (43,30 % hombres vs. 56,70 % mujeres). El índice de masa corporal (IMC) medio de la población de estudio fue de 27,06, sin diferencias significativas en cuanto al IMC de casos y controles (26,87 vs. 26,86). El porcentaje de pacientes con sobrepeso fue superior en el grupo de

pacientes con psoriasis que en el grupo control (65,82 % vs. 58,33 %). El PASI medio del grupo de casos fue de 5,92, con PASI medio superior en el grupo de pacientes con sobrepeso (6,84 vs. 5,56). La frecuencia de tabaquismo activo fue superior en el grupo de casos que en el de controles (41,25 % vs. 28,33 %), mientras que el porcentaje de sujetos que nunca habían fumado fue superior en el grupo de controles (50,00 % vs. 31,25 %). El PASI medio de los paciente fumadores activos fue también superior al de los no fumadores (7,40 vs. 5,78). El PASI medio entre los pacientes que no habían fumado nunca fue inferior a los que tenían antecedentes de tabaquismo o eran fumadores activos (3,90 vs. 7,54). La frecuencia de tabaquismo activo fue mayor en pacientes con psoriasis grave que leve (42,38 % vs. 38,10 %). La frecuencia de bebedores importantes fue superior en el grupo de casos (7,59 % vs. 1,67 %), mientras que el porcentaje de abstemios fue superior en el grupo de controles (50,00 % vs. 34,18 %). No se demostraron diferencias destacables en cuanto a la prevalencia de HTA, dislipemia y cardiopatía isquémica en los dos grupos.

Conclusiones. Los resultados preliminares de este estudio analítico permiten plantear hipótesis sobre la tendencia del paciente con psoriasis a presentar obesidad y tabaquismo activo, ambos factores de riesgo cardiovascular, y su relación con la gravedad de la enfermedad. La confirmación de estas asociaciones precisa de estudios analíticos basados en series amplias de pacientes con psoriasis y controles comparables.

13. ERITEMA NECROLÍTICO MIGRATORIO

C. Carranza Romero, J.C. Armario Hita
y J.M. Fernández Vozmediano

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

Introducción. El eritema necrolítico migratorio es un marcador precoz de enfermedad neoplásica, que se observada en pacientes que presentan una tumoración de células α 2 glucagón de los islotes pancreáticos. Se suele presentar como pápulas eritematosas que confluyen y se diseminan de manera superficial, estando localizado con mayor frecuencia en la región periorificial de la cara, en áreas intertriginosas y en zonas pretibiales.

Caso clínico. Mujer de 73 años con antecedentes de DM tipo 2 en tratamiento con insulina. Consultó por presentar lesiones dérmicas eritemato-descamativas circinadas y asintomáticas con carácter migratorio que se localizaban de forma predominante en región abdominal. El estudio anatomopatológico mostró focos de paraqueratosis y áreas de necrosis epidérmica superficial con cierto hábito confluyente y presencia de hendiduras superficiales como consecuencia de la necrosis superficial. Destacaba una marcada palidez de queratinocitos medios y superficiales sin imágenes de apoptosis salpicada. Todo ello era compatible con eritema necrolítico migratorio. Los controles analíticos mostraban una elevación de glucagón y cromogranina A, resultando normales el resto de parámetros analíticos. En los estudios de imagen se pudo observar una imagen pseudonodular de 1,5 cm localizado en la confluencia del cuerpo con la cola del páncreas. Con todo esto, se llegó al diagnóstico de glucagonoma. La paciente rechazó la cirugía, iniciando tratamiento con somatostatina subcutánea con regresión de las lesiones dérmicas y mejoría clínica.

Discusión. El eritema necrolítico migratorio es una enfermedad poco habitual. La presencia de eritemas figurados en un paciente debe hacernos pensar en esta entidad por la importancia del diagnóstico precoz del tumor pancreático asociado.

14. SÍNDROME DE MUIR-TORRE

M.I. Soriano, S. Arias, P. Aceituno, F.M. Almazán, A. Clemente, M.T. Gutiérrez y R. Naranjo

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

Introducción. El Síndrome de Muir-Torre es un trastorno infrecuente de herencia autosómica dominante. Se caracteriza por la presencia de al menos una tumoración cutánea sebácea y un proceso neoplásico maligno visceral (carcinoma de colon, procesos hematológicos, carcinoma vesical).

Caso clínico. Mujer de 84 años que acude al servicio de urgencias por cuadro compatible con abdomen agudo. Se realiza biopsia intraoperatoria con diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado de apéndice. En la misma intervención se halla infiltrado de centrocitos y centroblastos en íleon cuyas células tumorales son CD 20+, bcl 6+ y bcl2-. La anatomía patológica informa de linfoma B folicular grado 3. Meses después acude a nuestro Servicio de Dermatología con lesión en ala nasal derecha de 8 meses de evolución que se intervino y correspondía a un carcinoma sebáceo.

Discusión. El síndrome de Muir-Torre es una entidad rara caracterizada por la presencia de tumores cutáneos sebáceos y neoplasias malignas viscerales. La anomalía genética se relaciona con la presencia de mutaciones en alguno de los genes reparadores de la cadena de ADN. Los criterios para su diagnóstico son la existencia de al menos una malignidad visceral, y un tumor epitelial sebáceo: adenoma, epiteloma o carcinoma. Es importante el conocimiento de este síndrome en dermatología ya que hasta un 41 % de los pacientes con neoplasias sebáceas cutáneas desarrollan o son portadores de malignidades viscerales.

15. OXALOSIS Y LIVEDO RETICULARIS

E. Jorquera, M.C. Suárez, F. Fernández-Girón^a, D. Chinchón^b, M.C. Vázquez-Bayo e I. de Alba

Servicios Dermatología M-Q y V, ^aNefrología, ^bAnatomía Patológica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 59 años con Insuficiencia Renal Crónica que desarrolla de forma brusca alteraciones cutáneas localizadas en extremidades inferiores a modo de elementos cutáneos de color rojo violáceo de disposición lineal y que eran muy dolorosos a la palpación. La impresión diagnóstica fue la de una livedo reticularis racemosa y se efectuó una biopsia cutánea. La biopsia mostraba a nivel de capas medias de arteriolas de dermis reticular e hipodermis, depósitos de un material de aspecto parduzco que eran intensamente birrefringentes bajo luz polarizada. Se efectuó el diagnóstico de vasculopatía por depósitos de oxalato.

Revisando la historia clínica se encuentra que padeció desde los 40 años de episodios repetidos de litiasis renal que afectan a ambos riñones que le conducen con los años a la Insuficiencia Renal por pielonefritis e hidronefrosis. Se encuentra un estudio antiguo que demuestra la existencia de una franca oxaluria en orina de 24 horas y se detecta en sangre la existencia de niveles de oxalato elevados. Se realizan estudios para descartar otros orígenes de la livedo, sobre todo en relación a una posible calcifilaxis que son todos negativos o se encuentran en los límites de la normalidad.

La evolución clínica de la paciente es tormentosa desarrollando nuevos elementos cutáneos en extremidades inferiores, superiores y nalgas con la aparición de necrosis. Una nueva biopsia vuelve a demostrar la existencia de depósitos de cristales de oxalato y una arteriografía demuestra la alteración en los vasos más distales sin encontrar calcificaciones. La paciente fallece a los 3 meses a consecuencia de una isquemia mesentérica aguda.

Con el diagnóstico de Hiperoxaluria Primaria tipo 1 de presentación tardía se planteará la descripción de la enfermedad, las posibilidades terapéuticas y los diagnósticos diferenciales.

16. TRATAMIENTO TÓPICO CON IMIQUIMOD CREMA AL 5 % DE QUELOIDES AURICULARES

M.A. Álvarez, V. Amorrinch, G. Garnacho, R. Salido y J.C. Moreno

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

Introducción. La formación de queloides auriculares constituye una patología emergente debido al incremento de prácticas como el piercing entre la población. Existen diferentes hipótesis en cuanto a su etiopatogénesis, pero ninguna es capaz de explicar de un modo completo los mecanismos implicados. Como consecuencia, no existe ningún tratamiento claramente eficaz y el manejo de esta patología requiere el empleo de diversas estrategias. En los últimos años han surgido nuevas propuestas terapéuticas. Nuestro objetivo es comprobar si la aplicación de imiquimod crema al 5 % constituye una alternativa terapéutica válida.

Material y métodos. Se presenta el caso de una mujer de 22 años con lesiones queloides en hélix izquierdo y lóbulo auricular derecho. Había sido tratada previamente con corticoides intralesionales, sin obtenerse remisión. Se realizó exéresis quirúrgica de las lesiones e inyección de acetato de triamcinolona intraoperatoria. Posteriormente se llevó a cabo la aplicación de imiquimod crema al 5 % una vez al día durante 8 semanas, junto con presión sobre la cicatriz.

Resultados. La cicatrización se produjo adecuadamente, sin aparición de queloide a los 13 meses de finalizar el tratamiento.

Discusión. Estos datos indican que el tratamiento con imiquimod crema al 5 % es una opción terapéutica a tener en cuenta. En la literatura revisada se plantean diversas explicaciones sobre su mecanismo de acción. Dado que el imiquimod induce la producción de interferón α , posee efecto inmunomodulador, actuando sobre la fase inflamatoria del proceso de cicatrización. También tiene propiedades antiangiogénicas y se ha demostrado que disminuye la síntesis de colágeno y glucosaminoglicanos, lo que reduciría el exceso de remodelación. Además, estudios recientes han demostrado que la aplicación de imiquimod crema al 5 % altera la expresión de genes relacionados con la apoptosis, produciendo una reducción en la celularidad necesaria para la transformación adecuada del tejido de granulación en cicatriz definitiva.

17. CAMBIANDO LA CARA DEL RENDU-OSLER-WEBER

L. Martínez-Pilar, S. Martínez, E. Samaniego, E. Gómez, A. Hiraldo, J. Segura, T. Martín y V. Crespo

Servicio de Dermatología. CH Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción. La enfermedad de Rendu-Osler-Weber o Teleangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH), es una rara enfermedad de transmisión autosómica dominante, caracterizada por la dilatación de capilares distribuidos aleatoriamente por piel y mucosas, principalmente en cara, mucosas oral, mucosa nasal y manos, así como malformaciones arteriovenosas localizadas en órganos y tejidos, provocando en el paciente alteraciones estéticas, y funcionales, protagonizadas por las epistaxis de repetición y otras hemorragias que suelen presentar y que deterioran su calidad de vida. La láserterapia es un arma terapéutica eficaz y segura en el tratamiento de las lesiones vasculares cutáneas en general, por lo cual no debe de ser una excepción en estos pacientes.

Material y métodos. Seleccionamos un total de seis pacientes diagnosticados de Rendu-Osler-Weber. Los pacientes son trata-

dos de manera ambulatoria en sucesivas sesiones utilizando un láser de colorante pulsado de 595 nm (V-Beam, Candela®) utilizando en todo momento frecuencias purpúricas.

Resultados. En todos los casos se ha conseguido la desaparición de las lesiones tras la realización de 1/2 sesiones en las lesiones faciales y 2/3 sesiones en manos. No identificándose complicaciones ni efectos secundarios durante su seguimiento hasta la fecha.

Discusión. La láserterapia se presenta como la primera alternativa terapéutica para el tratamiento de las lesiones cutáneas y mucosas de los pacientes diagnosticados de THH.

Conclusiones. El tratamiento de las lesiones cutáneas de la enfermedad de Rendu-Osler-Weber con láser de colorante pulsado es un método eficaz, eficiente y seguro. El grado de satisfacción manifestado por los pacientes tratados es máximo, definiendo una mejora en su calidad de vida. El dermatólogo como médico especialista en los procesos cutáneos y su tratamiento debe conocer las posibilidades terapéuticas que la láserterapia ofrece a los pacientes diagnosticados de Rendu-Osler-Weber.

18. ELASTOSIS SERPINGINOSA PERFORANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

H. Husein, F. Almazán, J. Abad, A. Clemente, S. Arias, P. Aceituno, M.I. Soriano y R. Naranjo

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

Introducción. La Elastosis Perforante Serpiginosa (EPS) es una dermatosis poco frecuente que se incluye dentro de las Enfermedades Perforantes. Caracterizada por pápulas-placas queratósicas anulares, serpiginosas que crecen progresivamente y con curación central. Hay eliminación de fibras elásticas por eliminación trasepidérmica. Se ha asociado a diferentes enfermedades y/o síndromes genéticos; y también secundaria a tratamientos con D-penicilamina. Pueden existir resoluciones espontáneas.

Caso clínico. Mujer de 48 años de edad con lesiones en cuello y cara posterior de la raíz del miembro superior derecho, de 8 meses de evolución. Refería lesiones similares y en la misma localización hace 10 años, y que desaparecieron espontáneamente a los pocos meses. Eran asintomáticas, salvo prurito ocasional. Entre los antecedentes personales destacaba una enfermedad de Wilson diagnosticada a los 14 años y en tratamiento desde entonces con D-Penicilamina, excepto los últimos 2 años, en los que, debido a los efectos secundarios, ésta fue sustituida por Trientina (quelante del cobre). La biopsia reveló la presencia de fibras elásticas en dermis superior a nivel de papilas dérmicas con eliminación trasepidérmica de las mismas confirmada por la tinción de Orceína.

Comentario. En 1972, Rosen describió el primer caso inducido por D-penicilamina. Se han propuesto tres categorías para clasificar las dermatosis inducidas por D-penicilamina: dermatosis ampollas; reacciones agudas de hipersensibilidad y dermatosis degenerativas [4] (dentro de las cuales estaría la EPS o el cutis laxa. La clínica es variable, y confirma el diagnóstico la necrobiosis de los haces elásticos que son eliminados a través de la epidermis. Se han propuesto diferentes tratamientos: retinoides, corticoides, láser, PUVA, aunque pueden resolverse espontáneamente.

19. CARCINOMA ESPINOCELULAR METASTÁSICO CON DESENLACE FATAL

M.D. Jiménez Sánchez, A. Rodríguez Pichardo, D. Moreno Ramírez y F.M. Camacho

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

Introducción. La poiquilodermia vascular atrófica (PVA) es una forma especial de micosis fungoide en la que las áreas afecta-

das muestran grados variables de atrofia con abundantes telangiectasias y pigmentación irregular. La asociación de linfoma cutáneo y carcinoma espinocelular es poco frecuente, aunque se han descrito algunos casos. En 1984, Olsen describió la frecuencia de segunda neoplasia en pacientes con linfoma de células T, estimando la incidencia en 2,4 veces superior a la población general.

Caso clínico. Varón de 48 años, en seguimiento por una PVA de larga evolución y varios carcinomas espinocelulares (CEC) localizados siempre en miembro superior derecho, que desarrolló metástasis ganglionares axilares ipsilaterales por lo que fue sometido a un vaciamiento ganglionar. Al mes de la intervención, el paciente consultó por inflamación de la región axilar, que la biopsia confirmó de carcinomatosis. Con el diagnóstico de carcinomatosis, fue sometido a tratamiento con radioterapia sin respuesta clínica y con empeoramiento de su estado general. Durante su ingreso desarrolló un gran linfedema del miembro superior derecho, dolor neuropático de difícil control, hipercalcemia paraneoplásica, sobreinfección bacteriana de la carcinomatosis, y finalmente se identificó una masa en mediastino que provocaba atelectasia del pulmón derecho y que desencadenó su fallecimiento.

Conclusión. Carcinoma espinocelular agresivo metastático con hipercalcemia paraneoplásica en un paciente con antecedente de poiquilodermia vascular atrófica. La agresividad del cuadro se vio favorecida por la inmunosupresión que suponía su enfermedad de base. La hipercalcemia maligna, como síndrome paraneoplásico de CEC, es excepcional.

20. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA INCIDENCIA DE RECIDIVA EN CARCINOMAS BASOCELULARES NODULARES PRIMARIOS TRATADOS CON TERAPIA FOTODINÁMICA MEDIANTE 5-METILAMINOLEVULINATO

M. Aguilar, M. de Troya, R. Fúnez^a, M. González-Carrascosa y F.J. del Boz

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. España.

Introducción. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección para el carcinoma basocelular nodular primario. Nuevas modalidades terapéuticas como la terapia fotodinámica han mostrado también su eficacia inicial en el tratamiento de este tipo de tumores. Sin embargo su nivel de efectividad a largo plazo podría actuar limitando su uso.

Objetivo. Evaluar de manera retrospectiva la efectividad del tratamiento de la terapia fotodinámica con metilaminolevulinato (M-ALA) tras un año, en términos de recidiva. Además, se analizó el diámetro y espesor del tumor para detectar una posible relación entre estos factores y la recidiva tras el tratamiento con terapia fotodinámica.

Métodos. Análisis retrospectivo de 29 carcinomas basocelulares nodulares primarios correspondientes a 29 pacientes. Los tumores fueron tratados previamente mediante «curettage» el mismo día del tratamiento y sometidos a iluminación 3 horas después de aplicar la crema con M-ALA.

Resultados. En total, se evidenció una tasa acumulada de recidiva al año en 8/29 lesiones (27,58 %). El diámetro y el espesor tumoral no estuvieron relacionados de forma significativa con el fallo del tratamiento.

Conclusiones. A pesar de ser una opción terapéutica efectiva en el tratamiento del carcinoma basocelular nodular primario, la terapia fotodinámica con M-ALA, mostró en nuestro estudio una eficacia sensiblemente disminuida, por ello creemos que debería considerarse como primera opción terapéutica principalmente en

aquellos casos en los que la alternativa quirúrgica pueda proporcionar resultados subóptimos.

21. CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN PARAFINA: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

N. Blázquez Sánchez, M. Frieyro Elicegui, R. Fúnez Liébana^a, M.I. Fernández Canedo y M. de Troya Martín

Área de Dermatología y de ^aAnatomía Patológica. Hospital Costa del Sol, Marbella. Málaga. España.

Introducción. La cirugía micrográfica de Mohs se considera el tratamiento de elección del cáncer cutáneo no melanoma de alto riesgo. Sin embargo, esta cirugía cuenta con limitaciones técnicas, como son el difícil procesamiento y/o interpretación de los cortes histológicos en fresco en aquellos tumores que infiltran tejido celular subcutáneo o de determinadas estirpes celulares (como el dermatofibrosarcoma, carcinoma de células de Merkel o el léntigo maligno). En estos casos, la *cirugía micrográfica de Mohs en parafina* (Mohs en diferido o slow-Mohs) constituye la mejor alternativa terapéutica.

Objetivo. Analizar la actividad quirúrgica de cirugía micrográfica de Mohs diferida en el Área de Dermatología del Hospital Costa del Sol.

Pacientes y métodos. Pacientes intervenidos mediante cirugía micrográfica de Mohs en parafina en el área de dermatología del hospital costa del sol desde Junio 2006 a Diciembre de 2008. Se describen las características clínicas (edad, sexo, localización, tamaño del tumor, tipo histológico) y quirúrgicas (número de estadíos, tamaño del defecto, tipo de reconstrucción, márgenes afectos) de la serie.

Resultados. Se intervinieron con 34 pacientes (hombre/mujer = 1,2:1), con una media de edad de 57 años y un total de 36 tumores cutáneos. El 94 % fueron tumores primarios y 6 % recurrencias. La distribución del tipo de tumores fue la siguiente: 14 carcinomas basocelulares, 9 dermatofibrosarcomas, 6 carcinomas espinocelulares, 6 léntigos malignos melanomas y 1 carcinoma anexial microquístico. En todos los casos la cirugía concluyó con márgenes libres. El tamaño medio del defecto quirúrgico fue de 4 cm, realizándose la reconstrucción quirúrgica en el 14 % de los casos mediante cierre directo, y en un 39 % mediante injerto y colgajo local, respectivamente. En el 64 % de los casos el tratamiento se realizó en 2 tiempos quirúrgicos.

Conclusiones. La cirugía micrográfica de Mohs en diferido permite la extirpación tumoral con análisis de la totalidad de los márgenes quirúrgicos. Constituye, por tanto, una alternativa terapéutica que ofrece considerables ventajas sobre la cirugía convencional, en especial en todos aquellos tumores de alto riesgo difícilmente procesables mediante la técnica de Mohs en fresco.

22. ANÁLISIS DE LAS VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SOPORTE INFORMÁTICO Y DE GESTIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA DIRAYA EN DERMATOLOGÍA

M. Linares, E. Alarcón, M. Salado, D. del Ojo, J. González, A. Martínez, M. Salamanca y J. Calap

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción. Diraya es el sistema informático que el Sistema Sanitario Público Andaluz utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria. Sus tres principales objetivos son: 1. Integrar toda la información de cada usuario en una

Historia de Salud única, 2. Facilitar la accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario y 3. Lograr que toda la información relevante esté estructurada. Dentro de los componentes básicos de Diraya está en primer lugar la Base de Datos de Usuarios, cuya función principal es dotar a cada ciudadano de un Número Único de Historia de Salud de Andalucía, al que se vincula toda su información sanitaria. En segundo lugar, el Módulo de Acceso Centralizado de Operadores que es la puerta de entrada a Diraya y permite la identificación de usuarios. Todo esto se completa en tercer lugar con el Módulo de Estructura, que incluye los Servicios y Unidades Funcionales, así como las ubicaciones físicas, de Atención Primaria y Especializada. Los 4 ámbitos donde se une todo este entramado en la actividad diaria se refleja en el área de admisiones, citas, receta XXI e historia clínica.

Material y métodos. Se realiza un análisis somero de las diferentes alternativas que ofrece Diraya para el Dermatólogo.

Resultados. Se exponen las principales herramientas de Diraya desde el punto de vista dermatológico con especial atención a la historia de salud y las herramientas disponibles como vademecum, hojas de prescripción, generador de informes, cuestionarios de exploración, codificación diagnóstica y de procedimientos y de procesos entre otros.

Discusión. Diraya ofrece múltiples posibilidades como la accesibilidad y posibilidad de protocolización. Sin embargo, desde el punto de vista del dermatólogo, existen múltiples carencias relacionadas con el proceso de aprendizaje, codificación diagnóstica y las escasas posibilidades de explotación de la base de datos.

Conclusiones. Es preciso actualizar la información de la que se dispone en Diraya mediante la creación de comisiones conjuntas en la que participen Dermatólogos y administración con objeto de facilitar el uso y el aprovechamiento de los datos.

23. SÍNDROME PHACES: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 4 CASOS

M.D. Conejo-Mir, R. Barabash, A. Molina, J. Bernabeu-Wittel, M. Rubio^a, J. Domínguez y J. Conejo-Mir

Servicios de Dermatología y ^aPediatría. Comité Multidisciplinar de Anomalías Vasculares. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes. El síndrome PHACES es una rara entidad que asocia un hemangioma segmentario craneo-facial con malformaciones cerebrales de la fosa posterior; anomalías arteriales cerebrovasculares, cardiovasculares y oculares, así como defectos del cierre del rafe medio. El objetivo de este estudio es analizar las manifestaciones clínicas, malformaciones asociadas y tratamiento en relación con este síndrome.

Material y método. Estudio retrospectivo de 4 casos de síndrome PHACES atendidos en nuestro Servicio en el último año.

Resultados. De los 4 casos, 3 fueron niñas y 1 niño. Las edades de los pacientes fueron 45 días, 4 semanas, 4 meses y 7 años de edad. Todos ellos fueron sometidos a despistaje de malformaciones asociadas, detectándose en 3 de ellos malformaciones vasculares cerebrales, en 2 cardiopatía estructural, en 2 malformaciones cerebrales de fosa posterior y en uno microftalmía. No se encontraron defectos esternales y/o del rafe supraumbilical. Un caso recibió tratamiento con dos ciclos de metilprednisolona intravenosa (30 mg/kg/día, 3 días al mes) y prednisona oral (4 mg/kg/día), con respuesta favorable; dos casos recibieron tratamiento inicial con prednisona oral (1-3 mg/kg/día) seguido de propranolol oral (0,5 mg/kg/día) en pauta ascendente hasta 2 mg/kg/día, consiguiéndose tanto la detención del crecimiento tumoral como regresión de la lesión, con muy buena tolerancia. El caso de 7 años ha sido tratado con láser de colorante pulsado en las lesiones residuales.

Discusión. Comparados con la literatura, nuestros pacientes presentaron sobre todo anomalías cerebrovasculares y cardiovasculares asociadas, no encontrándose defectos del cierre del rafe medio. La mayor prevalencia del sexo femenino concuerda con lo descrito previamente en la literatura. Tanto la paciente tratada con esteroides sistémicos como los dos casos tratados con Propranolol oral a 2 mg/kg/día presentaron una respuesta muy favorable y una buena tolerancia.

Conclusiones. 1. Ante un hemangioma cervicofacial segmentario es necesario realizar un estudio diagnóstico completo para descartar la presencia de malformaciones asociadas al síndrome PHACES. 2. El abordaje multidisciplinar del paciente por parte de un equipo de expertos: dermatólogo, cirujano pediátrico y pediatra, favorece una intervención precoz y mejora el pronóstico. 3. El propranolol constituye una nueva alternativa terapéutica prometedora.

24. URTICARIA VASCULITIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 12 CASOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

F.G. Moreno-Suárez, A. Pulpillo Ruiz, J. Bernabeu-Wittel, T. Zulueta Dorado^a, E. Pérez Vega, B. Lasanta Melero y J. Conejo-Mir

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

Introducción. La urticaria vasculitis (UV) es un subtipo de vasculitis de pequeño vaso caracterizado clínicamente por lesiones urticariales e histológicamente por vasculitis leucocitoclástica. Se puede tratar de una enfermedad con entidad propia o formar parte de la sintomatología de algunas enfermedades sistémicas. **Objetivo.** Descripción de las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes con urticaria vasculitis, confirmada histológicamente, que han sido atendidos en el Servicio de Dermatología de nuestro hospital.

Material y método. Se trata de un estudio retrospectivo de los casos de urticaria vasculitis atendidos en nuestras consultas desde el mes de enero de 1998 hasta el mes de diciembre de 2008, considerando como criterio clínico las lesiones urticariales e histológico los hallazgos de vasculitis leucocitoclástica. A su vez se revisaron las pruebas de laboratorio, historias clínicas y la asociación de urticaria vasculitis a otras enfermedades sistémicas.

Resultados. Se incluyeron 12 pacientes (83,33 % mujeres y 16,16 % hombres). La edad media de presentación fue de 44,45 años. 6 de los 12 pacientes (50 %) asociaban enfermedades sistémicas entre las que se incluyen 2 pacientes (16,16 %) con lupus eritematoso sistémico, 1 paciente (8,33 %) con enfermedad mixta del tejido conectivo, 1 paciente (8,33 %) paciente con artritis reumatoide, 1 paciente (8,33 %) con fiebre mediterránea familiar y 1 paciente (8,33 %) con artritis crónica juvenil. 5 pacientes (41,66 %) mostraban hipocomplementemia. 8 de los 12 pacientes (66,66 %) tenían lesiones que duraban más de 24 horas, 3 de los 12 (25 %) presentaban dolor o quemazón en las lesiones. 6 de los 12 pacientes (50 %) tenían lesiones que se resolvían con hiperpigmentación residual. El modo de presentación de UV fue de forma aislada en 5 de los 12 pacientes (41,66 %), en el contexto de enfermedades sistémicas en 6 pacientes (50 %) y precediendo a una enfermedad sistémica en 1 paciente (8,33 %). En cuanto a la terapéutica empleada 3 de los 12 pacientes (25 %) estaban siendo tratados con bolos de rituximab y ciclofosfamida, 1 paciente (8,33 %) con dapsona, 1 paciente (8,33 %) con indometacina y 7 pacientes (58,33 %) de los 12 habían respondido satisfactoriamente a corticoides y antihistamínicos.

Discusión. La urticaria vasculitis comprende un espectro clínico que va desde afectación cutánea localizada a enfermedades sistémicas. La UV puede ser una manifestación del lupus eritematoso sistémico o ser marcador de otra enfermedad subyacente como el síndrome de Sjögren, infecciones víricas como la hepatitis B o

mononucleosis o síndromes paraneoplásicos. Puede formar parte del síndrome de hipocomplementemia urticaria vasculitis. En nuestro estudio la asociación con enfermedades sistémicas se da en un 50% de los casos, hecho que concuerda con lo encontrado en la literatura. Destaca la asociación de fiebre mediterránea familiar y UV en una de nuestras pacientes, habiendo encontrado sólo 2 casos publicados. La prevalencia del sexo femenino es otro dato coincidente con estudios previos. Clínicamente la urticaria vasculitis se distingue de la urticaria por lesiones dolorosas, de más de 24 horas de duración y por la hiperpigmentación residual. Histológicamente en la UV se caracteriza por necrosis fibrinoide, leucocitoclasia y hemorragia en dermis. Uno de los datos de laboratorio a tener en cuenta son los niveles de complemento ya que niveles bajos del mismo se asocia a mayor sintomatología sistémica como artralgias, fiebre, dolor abdominal o enfermedad pulmonar. Coincidiendo con los datos descritos en la literatura encontramos un 100% de pacientes con hipocomplementemia que presentan asociación con enfermedades sistémicas. En nuestro caso ninguno de los pacientes tenía síndrome de urticaria vasculitis hipocomplementemia. La terapéutica empleada en la urticaria vasculitis es amplia aunque no existe un fármaco de elección para el tratamiento de la misma, los corticoides orales son los que producen mayor eficacia en la mayoría de los pacientes. Tal y como muestran nuestros resultados, en algunos casos hubo que complementar con inmunosupresores o terapia biológica, no sólo para controlar las lesiones de urticaria vasculitis sino para tratar la enfermedad sistémica subyacente.

Conclusión. La urticaria vasculitis se trata de una entidad clínico patológica de escasa incidencia y prevalencia que puede constituir una entidad propia «per se» o puede traducir una enfermedad sistémica subyacente que requerirá un estudio diagnóstico más extenso, de ahí la importancia del dermatólogo a la hora de revelar este aspecto. Los pacientes que asocian hipocomplementemia son más proclives a mostrar sintomatología sistémica o a asociar enfermedad sistémica, entrañando un peor pronóstico.

25. LUPUS VULGAR DE SESENTA AÑOS DE EVOLUCIÓN

J. Neila, L. Ferrándiz, D. Moreno-Ramírez y F.M. Camacho
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. El lupus vulgar es una de las formas más frecuentes de tuberculosis cutánea. Se trata generalmente de una reinfección cutánea en pacientes previamente sensibilizados, por inoculación directa del *Mycobacterium tuberculosis*, o por diseminación hematogena o linfática desde un foco extracutáneo. En 90% de los casos se localiza en cabeza o cuello y es más frecuente en mujeres. Puesto que la forma de presentación clínica puede ser muy variable, en algunos casos se producen retrasos en el diagnóstico con el consiguiente aumento de la morbilidad. En el diagnóstico diferencial se incluyen sarcoidosis, lupus eritematoso discoide crónico, infecciones fúngicas, leishmaniasis, o carcinoma espinocelular entre otros.

Caso clínico. Mujer de 68 años que acudió a la «Consulta de lesiones vasculares», desde su Hospital de referencia, para tratamiento con láser de una lesión diagnosticada de malformación vascular capilar. El diagnóstico había sido confirmado por estudio anatomopatológico previamente, habiendo recibido posteriormente tratamiento con láser de colorante pulsado con discreta mejoría. La paciente refería que tenía la lesión desde los siete años, y que había ido creciendo de forma centrífuga progresivamente. A la exploración destacaba una mácula rosada de aspecto poiquilodérmico que ocupaba la práctica totalidad de la mejilla izquierda. En vista de la evolución, poco habitual de una malformación vascular capilar, se repitió el estudio anatomopatológico a fin de aclarar el diagnóstico. En éste se objetivaron granulomas con necrosis central, confirmando la presencia de *Mycobacte-*

rium tuberculosis complex en el cultivo microbiológico. La paciente no presentaba clínica sistémica, el Mantoux fue negativo y en la radiografía de tórax no se evidenciaron signos de afectación pulmonar.

Conclusiones. Caso de lupus vulgar de larga evolución. A pesar de que la prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio es baja, fenómenos como la creciente inmigración, el incremento de cepas resistentes, la epidemia VIH, y el uso cada vez más frecuente de terapias inmunosupresoras son responsables de un aumento de la tuberculosis en los últimos años.

26. DERMATOMIOSITIS Y VASCULOPATÍA LIVEDOIDE GENERALIZADA: PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA

F. Vélchez, E. Camacho, I. Alcaraz, N. López, M.A. Gallardo, M.V. Mendiola y E. Herrera

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

Introducción. La presencia de úlceras cutáneas en pacientes adultos con dermatomiositis es excepcional y cuando aparecen, se relacionan con una enfermedad más agresiva o una neoplasia interna. Los casos asociados a neoplasias en adultos varían del 15-40% de los casos, según las series.

Caso clínico. Varón de 72 años que consultó por lesiones cutáneas de 2 meses de evolución consistentes en placas poiquilodérmicas en tronco, y miembros superiores e inferiores, así como distrofia cuticular y telangiectasias en los pliegues ungueales. Además presentaba lesiones ulcerosas y dolorosas distribuidas por el tronco y extremidades, que curaban dejando cicatrices blanco-marfileñas de aspecto atrófico. Durante el seguimiento desarrolló síntomas y signos de una miopatía inflamatoria proximal. En el estudio realizado se evidenció la presencia de un cáncer microcítico de pulmón y el estudio histológico de las úlceras mostró trombos de fibrina en ausencia de infiltrado inflamatorio. Con estos hallazgos fue diagnosticado de dermatomiositis paraneoplásica con vasculopatía livedoide asociada. El paciente falleció antes del inicio de la quimioterapia.

Conclusión. Presentamos un caso de dermatomiositis asociada a vasculopatía livedoide extensa como primera manifestación de un cáncer microcítico de pulmón, con desenlace fatal.

27. COLAGENOPATÍAS INDUCIDAS POR DROGAS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

B. Moyano, I. Alcaraz, I.N. López, R.J. Bosch, M.A. Gallardo, M. Mendiola y E. Herrera

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

Introducción. Las enfermedades autoinmunitarias del tejido conectivo con manifestaciones en la piel a menudo presentan características clínicas heterogéneas y superpuestas. En su patogenia se reconoce el papel de factores genéticos, ambientales y farmacológicos. La exposición a algunos fármacos se ha asociado con el desarrollo de un cuadro clínico similar al del lupus eritematoso sistémico, sin embargo, también sabemos que algunos fármacos pueden ser responsables del desarrollo de un lupus eritematoso cutáneo subagudo, cuya principal manifestación clínica será la lesión cutánea y, por tanto, será el dermatólogo el responsable último de su reconocimiento y diagnóstico. En relación con la esclerodermia, aunque su etiopatogenia permanece sin aclarar, postula que el contacto durante meses o años con factores tóxicos naturales o sintéticos pudiera estar implicado en el desarrollo del cuadro típico o de los síndromes pseudoesclerodermiformes.

Casos clínicos. Presentamos dos nuevos casos de colagenosis inducidas por tóxicos y fármacos que afectan a: 1. Varón de 40 años, adicto a cocaína que manifestó lesiones de esclerodermia con afectación limitada y un cuadro sistémico compatible con síndrome de CREST. 2. Mujer de 64 años con antecedentes de adenocarcinoma de colon en tratamiento con 5-fluorouracilo que desarrolló un cuadro de lupus eritematoso cutáneo.

Discusión. Discutimos la importancia de las asociaciones encontradas y aportamos una revisión de los casos similares publicados en la literatura.

28. AMILOIDOSIS CUTÁNEA NODULAR PRIMARIA

D.L. Jiménez y D. Muñoz

Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

Introducción. La amiloidosis se caracteriza por un depósito de sustancia amiloide (proteína anómala), en una o más zonas corporales, pero que puede afectar a todos los órganos. La forma cutánea nodular primaria es la menos frecuente de las amiloidosis, apareciendo porque en la piel existe un clon de células plasmáticas que fabrican cadenas ligeras de inmunoglobulinas que degeneran a sustancia amiloide de tipo AL (cadenas ligeras de inmunoglobulinas lambda y/o kappa), funcionando por tanto, como un plasmocitoma extramedular. Esta forma de amiloidosis es más frecuente en los hombres, y suele presentarse alrededor de los 65 años.

Caso clínico. Varón de 55 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Presenta placas y nódulos de color marrón-rojizo, indurados y bien delimitados, asintomáticos, en miembros inferiores y región glútea, de 5-6 años de evolución. Se le realiza un estudio analítico completo que es normal, salvo discreto aumento de ganmaglobulinas de cadena kappa, sin monoclonalidad. Biopsia de médula ósea sin alteraciones. En biopsia cutánea aparece discreta acantosis. Dermis con depósito amorfo, eosinófilo y rojo congo positivo, con birrefringencia al verde manzana (con luz polarizada), que se distribuye en dermis papilar y reticular, interesando focalmente hipodermis, contorneando fascículos de nervio periférico, y depositándose en la pared de algunos vasos. Infiltrado inflamatorio perivasculoso y en áreas marginales al depósito amiloide (de tipo AL), rico en células plasmáticas, y con células gigantes tipo cuerpo extraño dispersas. El paciente ha evolucionado sin presentar ninguna afectación sistémica, pero con la aparición progresiva de nuevas lesiones, algunas de las cuales se han extirpado por expreso deseo del enfermo.

Conclusión. Aunque la evolución de la Amiloidosis Cutánea Nodular Primaria suele ser benigna en un 50-70% de los casos, hay que seguir al paciente estrechamente porque puede llegar a desarrollar lesiones con afectación hepática (50%), cardíaca (25-30%), renal (20%), del sistema nervioso periférico, intestinal y articular (15%). El tratamiento con corticoides tópicos potentes, ácido retinóico, tricloroacético, dermoabrasión, laserterapia, y crioterapia es poco efectivo. La cirugía solo sirve para eliminar las lesiones que molesten más.

29. PLACAS ESCLERODERMIFORMES EN UN PACIENTE CIRRÓTICO

C. Martínez, P. Noguerras, F. Benavente, B. Espadafor, J. Tercedor, A. Martín^a y V. García

Servicio de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. Las reacciones esclerodermiformes o pseudoesclerodermias se caracterizan por cuadros de esclerosis cutánea su-

perponibles a los de la esclerodermia. Son múltiples las causas que pueden inducir una esclerosis cutánea adquirida: enfermedades metabólicas e inmunológicas, enfermedades genéticas, exposiciones ambientales o profesionales, fármacos... Presentamos un caso de reacción esclerodermiforme tras administración de fitomenadiona (Vitamina K₁) vía intramuscular. Hasta la fecha pocos casos publicados.

Material y métodos. Varón de 72 años, con antecedentes de cirrosis hepática enólica, que acude a consulta por lesiones induradas, pruriginosas e hiperpigmentadas en regiones lumbosacra, glúteas y superolaterales de ambos muslos. Había recibido durante cuatro años tratamiento con dos viales de 10 mg de fitomenadiona bisemanales en excipiente oleoso, administrados por vía intramuscular.

Resultados. Pseudoesclerodermia progresiva de catorce meses de evolución con tendencia a la autorresolución muy lentamente. Biopsia-punch compatible e intradermorreacción positiva.

Discusión. Las reacciones adversas cutáneas inducidas por la vitamina K, aunque son excepcionales se han registrado repetidamente en la literatura. Adoptan un aspecto clínico, una morfología patológica y un curso pronóstico característico. Las reacciones por hipersensibilidad inducidas por la vitamina K existen, y son lo suficientemente aparatosas como para prestarle atención.

Conclusión. El estudio de un caso de reacción esclerodermiforme por administración de vitamina K intramuscular en un paciente con enfermedad hepática, nos permite revisar las reacciones cutáneas adversas producidas por fitomenadiona.

30. ETANERCEPT COMO TRATAMIENTO DEL PIODERMA GANGRENOSO REFRACTARIO: SERIE DE DOS CASOS

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

Servicio de Dermatología. H. Univ. Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea ulcerativa crónica, recurrente y poco frecuente. Aproximadamente la mitad de los casos se asocian a una enfermedad sistémica subyacente, y en la actualidad se cree que existe una alteración inmunológica involucrada en su patogenia. Aunque el papel de las citocinas no está del todo establecido, el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) puede facilitar la inducción y mantenimiento de la enfermedad. El tratamiento se realiza con corticoides tópicos y sistémicos, y otros agentes como la ciclosporina. Etanercept es un inmunomodulador con actividad anti-TNF.

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad de etanercept en el tratamiento del pioderma gangrenoso.

Material y métodos. Hemos realizado un análisis retrospectivo de 2 pacientes con pioderma gangrenoso refractario a corticoides (tópicos, intralesionales y orales) y ciclosporina que recibieron tratamiento con etanercept a dosis de 50 mg, 2 veces por semana.

Resultados. Ambos pacientes con pioderma gangrenoso mostraron una buena respuesta al tratamiento con etanercept, con mejoría de las lesiones ulcerosas, disminución marcada del dolor y posterior cierre completo en uno de ellos. El otro paciente sufrió un rebrote intenso al disminuir la dosis a la mitad. Etanercept fue bien tolerado, sin evidencia de efectos secundarios.

Conclusión. Etanercept puede ser una opción terapéutica alternativa en pacientes con pioderma gangrenoso refractario, pero son necesarios más estudios que evalúen esta eficacia.

31. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS DE NEVUS MELANOCÍTICOS VULVARES ASOCIADOS A LIQUEN ESCLEROATRÓFICO EN LA INFANCIA

A. Hiraldo, E. Samaniego, E. Gómez-Moyano, J.M. Segura, A. Vera, A. Sanz^a y V. Crespo

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

Introducción. El diagnóstico de los nevos vulvares en mujeres jóvenes es un desafío tanto clínica como histológicamente. La dificultad diagnóstica aumenta aún más cuando los nevus se asocian con liquen escleroatrófico (LEA). En dos series se recogen estas asociaciones y establecen los criterios, en la mayor parte de las veces sutiles, que permiten la diferenciación con melanomas.

Material y método. Presentamos dos casos de nevos localizados en la horquilla posterior de la vulva asociados a LEA en dos niñas de 9 y 6 años de edad. La primera tenía el nevus desde el nacimiento y coincidiendo con la aparición de lesiones de LEA creció rápidamente y se hizo irregular. La segunda presentaba ya un LEA sobre el que se desarrolló en el curso de 6 meses un nevus intensamente negruzco de bordes algo irregulares. En ambos casos se realizó biopsia de la lesión.

Resultados. En el estudio histopatológico se observaba una intensa proliferación melanocítica, a nivel de la unión dermoepidérmica, de distribución irregular formando teclas mal definidas que tendían a fusionarse, con abundante pigmento melánico. En el primer caso era evidente la maduración en profundidad en el componente dérmico. En el segundo, como peculiaridad, se visualizaban algunas células balonzadas. En ambos casos, las células melanocíticas eran uniformes en forma y tamaño y no presentaban atipia nuclear. No se evidenciaron mitosis en cortes seriados. No se observaba infiltración pagetoide del epitelio mucoso.

Conclusión. Es importante conocer las peculiaridades histológicas de los nevos genitales y en particular los asociados a liquen escleroatrófico dada su fácil confusión con melanomas.

Discusión. Se han publicado 4 casos de melanomas sobre liquen escleroatrófico en la infancia. Uno de ellos es indiscutible por la presencia de metástasis en el ganglio centinela. Los otros tres han sido objetos de crítica por diferentes autores que dudan de la malignidad de los casos que se describen.

32. DETECCIÓN DE RETÍCULO PIGMENTADO EN IMÁGENES DERMATOSCÓPICAS DIGITALES HACIENDO USO DE TÉCNICAS BASADAS EN ANÁLISIS DE TEXTURAS

M. Linares, R. Grosso^a, E. Alarcón, M. Salado, D. del Ojo, J. González, A. Martínez, M. Salamanca y J. Calap

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ^aIngeniero de Telecomunicaciones. Cádiz. España.

Introducción. El desarrollo de nuevas técnicas de digitalización de imágenes y métodos de análisis automatizado para el diagnóstico ha supuesto una revolución en medicina. Este hecho ha afectado de forma notable a aquellas ramas de carácter más visual incluyendo a la dermatoscopia. Existen pocas alternativas fiables para la detección de retículo pigmentado en imágenes dermatoscópicas digitales (DRP-IDD) en la actualidad.

Material y métodos. Se presenta un estudio para la DRP-IDD mediante un método estadístico que utiliza como base para la clasificación de texturas. La matriz empleada fue la Neighbourhood gray-level dependence matrix (NGLDM). Dicha matriz, contiene información acerca de la dependencia espacial de los píxeles de una imagen en su vecindad. La hipótesis de trabajo fue

comprobar si un sistema automatizado de diagnóstico de clasificación de texturas mediante la matriz NGLDM es capaz de realizar DRP-IDD. Para esto se trabajó con 14 imágenes digitales obtenidas mediante captura de video (Fotofinder[®]) con retículo pigmentado evidente diagnosticado por un dermatólogo experimentado. Se analizaron un total de 416 bloques de tamaño 64 × 64, pertenecientes a las 14 imágenes dermatoscópicas, de dimensiones 767 × 576.

Resultados. La valoración de sensibilidad y especificidad de la DRP-IDD para todos los bloques ponderados fue la siguiente: Sensibilidad = 0,8372, Especificidad = 0,7457 y Valor predictivo positivo = 0,8421.

Discusión. Existen escasas comunicaciones en la literatura acerca del uso de algoritmos para la DRP-IDD con resultados muy similares a nuestro estudio.

Conclusiones. El método NGLDM es una herramienta prometedora para la DRP-IDD. Precisamos mejorar la técnica mediante uso de fuentes de imagen digital de mayor calidad, participación de mayor número de dermatólogos en el estudio así como de randomización para aumentar la potencia estadística.

33. MELANOSIS ATÍPICA DEL PIE

J. Quintana, T. Rodríguez Cañas, J. Domínguez, P. Mozo, M. Antonia Ronco, T. Zulueta^a y J. Conejo-Mir

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

Introducción. La Amelanosis Atípica del Pie (A.M.O.F-Atypical Melanosis of the Foot) fue descrita por primera vez por T. Nogita en 1994 en tres pacientes japoneses que presentaban máculas pigmentadas plantares de años de evolución. A la dermatoscopia se apreciaba un «patrón paralelo de la cresta» sin signos histológicos que sugirieran melanoma.

Caso clínico. Mujer de 57 años con una lesión plantar derecha de 12 años de evolución, asintomática, de crecimiento lento pero progresivo. A la exploración se apreciaba una mácula pigmentada, que ocupaba la totalidad del talón todo el talón, con un patrón paralelo de la cresta a la dermatoscopia. La paciente fue controlada dermatoscópica e histológicamente durante años. En los múltiples estudios histológicos realizados no se encontraron signos de melanoma.

Conclusión. Se trata probablemente del primer caso español de A.M.O.F, entidad que puede ser considerada como una primera fase de crecimiento radial de un melanoma acral, con un desarrollo más larvado. Posiblemente, en un futuro, el uso de estudios moleculares por amplificación de oncogenes, ayudarán al diagnóstico de estas lesiones.

34. IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA SOBRE LA FOTOPROTECCIÓN

E. Gómez, S. Martínez, A. Hiraldo, J.M. Segura, E. Samaniego, T. Martín, A. Vera, L. Martínez, F. Fajardo, A. Crespo, A. Ojeda, A. Sanz^a y V. Crespo

Servicio de Dermatología. ^aServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. España.

Introducción. La exposición solar es el factor de riesgo modificable más importante para el desarrollo de melanoma. Las campañas de fotoprotección educan a la población sobre los peligros de la sobreexposición solar, pero pueden no traducirse en cambios en el comportamiento, y esto es particularmente alarmante en pacientes de alto riesgo. Una mejor comprensión de los factores que influyen en este hecho puede aportar información para realizar guías específicas de intervención.

Objetivos. 1. Evaluar el impacto del diagnóstico de melanoma en los conocimientos y hábitos sobre fotoprotección, 2. analizar que

factores pueden influir de forma negativa o positiva en el cambio de hábitos de fotoprotección.

Métodos. Usando un cuestionario anónimo, 65 pacientes con reciente diagnóstico de melanoma (años 2006-2007) fueron interrogados sobre los conocimientos, hábitos y actitudes sobre fotoprotección antes y después del diagnóstico y sobre los sentimientos de miedo y culpabilidad tras el diagnóstico. Se concedió una puntuación a cada ítem referido a los hábitos de fotoprotección y se dividió a los pacientes en tres categorías según la puntuación obtenida.

Resultados y discusión. El 72 % de los pacientes presentaba hábitos de fotoprotección deficientes antes del diagnóstico, a pesar de que un 69 % había recibido consejos de fotoprotección. El 66 % de los pacientes optimizó su conducta tras el diagnóstico. El número de pacientes que creen que el bronceado es saludable apenas se modificó después del diagnóstico (69 % prediagnóstico a 61 % postdiagnóstico). Tras el diagnóstico un 38,5 % de pacientes nunca usaba fotoprotector en un día soleado, y de aquellos que lo usaban más de la mitad tan sólo lo aplicaban en la cara y no en el resto de áreas fotoexpuestas. Además un 20 % de pacientes continúa exponiéndose al sol en la franja horaria de 12-16 horas. Y un 37 % no renueva la aplicación del fotoprotector. Es llamativo el hecho de que se mantengan estas conductas a pesar de que el 98 % de los pacientes referían haber sido informados sobre los cuidados frente al sol tras el diagnóstico. El subgrupo de pacientes que mejoró presentaba una puntuación media basal menor que el subgrupo que no mejoró ($p = 0,009$). Las mujeres optimizaron su conducta tres veces más que los hombres ($p = 0,037$). En nuestros pacientes la edad., la localización tumoral, la agresividad terapéutica, el sentimiento de miedo y culpa y la creencia de que el bronceado es saludable no tuvieron influencia significativa en la modificación de conducta.

Conclusión. El diagnóstico de melanoma lleva consigo un aumento en los conocimientos y un cambio favorable en los hábitos de fotoprotección. A pesar de ello, las medidas de fotoprotección no son lo suficientemente adecuadas. Debemos evaluar las barreras hacia la fotoprotección óptima pues en ellas está la clave para diseñar programas educativos específicos.

35. MELANOMA, ALTITUD Y RADIACIÓN ULTRAVIOLETA EN LA PROVINCIA DE GRANADA

P. Aceituno^a, A. Buendía^a, F.J. Olmo^b, J.J. Jiménez^c y S. Serrano^a

^aÁrea de Dermatología. ^cDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. ^bDepartamento de Física Aplicada. Facultad de Ciencias. Universidad de Granada. España.

Introducción. La radiación ultravioleta (UV) es el principal factor de riesgo ambiental modificable en el desarrollo del melanoma cutáneo. Muchas de las poblaciones de nuestra provincia están situadas a gran altitud, recibiendo elevadas dosis de radiación UV. Nuestro objetivo es analizar una posible asociación melanoma-altitud y medir la dosis eritemática diaria a diferentes altitudes.

Material y métodos. Realizamos un estudio Ecológico, en el que se trató de relacionar la prevalencia de melanoma, la altitud y la dosis eritemática diaria. El periodo de estudio comprendió los últimos 25 años (1982-2007). Calculamos la prevalencia de melanoma con aquellos pacientes diagnosticados clínica e histológicamente de melanoma, procedentes del Hospital Clínico Universitario «San Cecilio». Debían tener su lugar de residencia en la provincia de Granada. Calculamos la prevalencia de melanoma a intervalos de 100 m de altitud y medimos la radiación UV con piranómetros situados a 0, 680, 1.200, 2.100 y 3.398 m de altitud.

Resultados. La prevalencia de melanoma más alta está situada en el intervalo comprendido entre los 1400-1499 m a.s.l. (intervalo con núcleos de población situados a mayor altitud) con 2,36 por

1.000 habitantes IC al 95 % (0,64-6,03) por 1000 habitantes. A partir de los 700 m de altura, la dosis eritemática diaria aumenta de forma exponencial a medida que ascendemos en altitud.

Conclusiones. En la provincia de Granada la prevalencia de melanoma tiende a aumentar con la altitud, siendo más intenso a partir de los 700 m a.s.l. Son necesarios más estudios que tengan en cuenta otros factores y marcadores de riesgo de melanoma (exposición solar individual, patrón de exposición, fototipo) y el tipo histológico de melanoma para poder confirmar esta posible asociación positiva melanoma-altitud.

Fuentes de financiación. La campaña de medida de radiación UV «VELETA-2002» ha sido financiada por el Ministerio de Educación y Ciencia de España. REN2000-0903/CLI.

36. BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA RADIOGUIADA MEDIANTE GAMMACÁMARA PORTÁTIL

D. Moreno-Ramírez^a, P.A. de la Riva-Pérez^b, T. Cambil^b, J. Castro^b y F.M. Camacho^a

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

^bServicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. Junto con el espesor de Breslow del tumor primario, el estatus ganglionar representa el factor pronóstico más importante en el paciente con melanoma. La publicación de los resultados del MSLT de Morton y cols. en 2006 confirmaron el papel de la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC) como una técnica estándar en el estadiaje del paciente con melanoma. Sin embargo, la BSGC no ha demostrado beneficio en términos de supervivencia frente a la observación clínica y linfadenectomía terapéutica. Por tratarse de una técnica exclusiva de estadiaje, la validez, seguridad y morbilidad como técnica quirúrgica deben ser optimizadas.

Objetivo. Descripción metodológica de la BSGC radioguiada mediante gammacámara portátil y discusión sobre los beneficios esperados de esta en cuanto a validez y seguridad.

Material y método. Serie observacional de pacientes sometidos a biopsia de ganglio centinela radioguiada mediante gammacámara portátil. Un total de 5 pacientes fueron sometidos a esta modificación de la técnica habitual de BSGC entre noviembre de 2008 y enero de 2009. Veinticuatro horas antes de la intervención se procedió a la inyección de 2-3mCi de ^{99m}Tc nanocoloide en 4 puntos alrededor de la cicatriz de exéresis del melanoma primario con estudio dinámico y estático en diferentes proyecciones de la/s región/es ganglionares de drenaje linfático esperado. En el prequirúrgico inmediato, mediante la gammacámara portátil (*sentinella*®), se tomaron imágenes de la localización exacta con el paciente en posición quirúrgica para localizar el abordaje más adecuado. Se procedió a la disección radioguiada por la gammacámara portátil hasta la identificación y disección del ganglio centinela. Una vez extraído el ganglio centinela se tomaron imágenes del campo quirúrgico para la detección de ganglios centinela no identificados, y de los ganglios *ex vivo*.

Resultados. 5 pacientes, 2 hombre y 3 mujeres, de edad media 63,2 años (rango 51-67 años), con melanomas primarios con espesor de Breslow medio de 2,18 mm (rango 0,93-4,50 mm) localizados en miembro inferior (n = 3), miembro superior (n = 1) y espalda (n = 1) fueron incluidos en esta serie piloto. Los territorios ganglionares estudiados fueron la axila (n = 3) y la región inguinal (n = 3). El número medio de ganglios centinelas identificados fue de 1,8 (rango 1-3). El número total de ganglios identificados mediante linfoescintigrafía previa fue de 9, los cuales fueron todos identificados y extraídos mediante biopsia radioguiada con gammacámara portátil (sensibilidad = 1). El rastreo postdisección de la región ganglionar no demostró imágenes

compatibles con ganglios centinela. El estudio anatomopatológico no demostró micrometástasis en los ganglios centinela biopsiados. La duración media de las intervenciones, incluyendo exclusivamente la detección y disección radioguiada, toma de imágenes *in vivo* y *ex vivo* y cierre de la región/es ganglionar/es, fue de 39,00 minutos (25-80 minutos). La longitud media de las incisiones fue de 6,16 cm (5,00-8,00 cm), sin hematoma ni seroma en ninguno de los pacientes incluidos.

Conclusiones. La BSGC radioguiada puede reducir la morbilidad quirúrgica de la BSGC, así como mejorar la validez de la detección del ganglio centinela. Sin embargo, estas ventajas potenciales deben ser demostradas en ensayos controlados aleatorizados frente a la técnica convencional mediante azul vital y sonda acústica.

37. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA PARA LA DETERMINACIÓN PREOPERATORIA DEL ESPESOR TUMORAL EN EL MELANOMA

I. Fernández Canedo, F. Rivas Ruiz^a, R. Fúnez Liébana^b, G. Blanco Eguren^c, N. Blázquez Sánchez y M. de Troya Martín
Servicio de Dermatología. ^aUnidad de Investigación. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. En el melanoma, el espesor tumoral continúa siendo el marcador que nos indica qué márgenes quirúrgicos deben aplicarse en cada caso. Aunque la histología se considera el gold standard para su determinación, en las dos últimas décadas han surgido algunos métodos diagnósticos no invasivos, como la ecografía cutánea de alta resolución. Diversos estudios corroboran

su utilidad en la estimación preoperatoria del espesor tumoral, con el fin de ahorrar tiempos quirúrgicos.

Objetivo. Evaluar la precisión de la ecografía cutánea para determinar el espesor tumoral preoperatorio en el melanoma.

Material y métodos. Estudio transversal retrospectivo descriptivo de 79 pacientes consecutivos atendidos en el Hospital Costa del Sol durante el periodo 2006-2008, con diagnóstico histológico de melanoma, a los que se había realizado una eco cutánea preoperatoria. Se utilizó un ecógrafo de 15 Mhz (Toshiba Aplio XG) que calculó el grosor tumoral mediante un programa informático. Todos los tumores fueron extirpados de acuerdo con la guía internacional para el tratamiento del melanoma. Los cristales fueron revisados por un patólogo que examinó el índice de Breslow, la ulceración, la regresión, el infiltrado inflamatorio, y la presencia de nevus. Se evaluó el grado de concordancia entre ambas pruebas para determinar el espesor tumoral, así como la eficacia de la ecografía para diferenciar melanomas de bajo (≤ 1 mm) y alto riesgo (> 1 mm).

Resultados. El coeficiente de correlación entre los valores en mm de la ecografía y el gold standard fue de 0,523. La sensibilidad y especificidad para diferenciar tumores de bajo (≤ 1 mm) y alto riesgo (> 1 mm) fue de un 80 y 82 % respectivamente, con un valor predictivo positivo del 94 % y un valor predictivo negativo del 53 %.

Conclusiones. Aunque nuestros resultados indican que la eco cutánea tiene un grado de correlación moderado con el gold standard, podemos concluir que es una herramienta eficaz para diferenciar los melanomas de bajo riesgo (≤ 1 mm). Respecto a los melanomas de alto riesgo (> 1 mm) los hallazgos encontrados animan a la combinación con otros métodos diagnósticos no invasivos, como la dermatoscopia o la microscopia confocal para aumentar su precisión diagnóstica.

