

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

VI Reunión de la Sección Balear de la AEDV
Palma de Mallorca, 23 de enero de 2009

RESÚMENES

VI REUNIÓN DE LA SECCIÓN BALEAR DE LA AEDV

Palma de Mallorca, 23 de enero de 2009

1. FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA

J. Gutiérrez de la Peña, A. Montis Suau y C. Marqués Cardell
Palma de Mallorca. España.

Introducción. La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad infecciosa aguda, que pertenece al grupo de las rickettsiosis humanas. Es endémica en el área mediterránea, transmitida por la picadura de la garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*).

Caso clínico. Presentamos a un varón de 80 años de edad, con antecedentes patológicos de cardiopatía, de hipertensión arterial, de hipertrofia prostática benigna y de carcinomas basocelulares en la cara. Consulta en septiembre pues desde hace seis días presenta fiebre alta, una pústula inflamatoria costrosa en el brazo izquierdo y un exantema pápulo-nodular en el tronco y en la parte proximal de las extremidades. Se acompaña de anorexia, pérdida de peso, astenia y obnubilación. En la analítica se detecta neutrofilia, linfopenia y plaquetopenia. Positividad de los anticuerpos IgG contra *Rickettsia conorii* a título de 1/160 (normal 1/40). Es tratado con ciprofloxacino 500 mg/12 h/7 d, con rápida mejoría.

Discusión. Esta infección se debe a la *Rickettsia conorii*, parásito Gram-intracelular obligado, endémico en el área mediterránea en los meses de verano. La triada clínica clásica es fiebre alta, la mancha negra (*tache noir*) y el exantema pápulo-nodular. La inoculación cutánea ocasiona vasculitis generalizada e infiltración de polimorfonucleares, linfocitos e histiocitos. Tratamiento: Doxiciclina 100 mg/12 h/8 d o Ciprofloxacino 500 mg/12 h/8 d.

Conclusiones. Repasamos las características clínicas, de laboratorio y el tratamiento de esta patología infecciosa característica. Destacamos su buena respuesta al tratamiento antibiótico.

2. METOTREXATO: PUESTA AL DÍA

A. Montis Suau, J. Gutiérrez de la Peña, M.C. Montis Palos y G. Perelló Ginard

Palma de Mallorca. España.

El metotrexato (MTX) es un antagonista del ácido fólico que frena la proliferación celular y es antiinflamatorio. El MTX tiene 50 años de antigüedad, y todavía es objeto de controversias en la práctica clínica. Las indicaciones no oncológicas principales son el psoriasis grave y la artritis reumatoide. Para el uso del MTX se deben seguir las normas internacionales que se actualizan periódicamente. Debido a que la absorción gastrointestinal varía mucho de un paciente a otro, va adquiriendo preferencia la vía subcutánea (metojet). Conviene averiguar si el paciente bebe más de 60 mm de alcohol al día (etilismo enmascarado). El MTX a largo plazo es hepatotóxico; si el paciente ha sido bien seleccionado no es necesaria la biopsia hepática previa al inicio del tratamiento. Es tema de controversia si se debe realizar la biopsia al tener una dosis acumulada de 1,5 g o de 3,5 g. La monitorización del protopéptido del procolágeno tipo III aminoterminal no es fiable para valorar la evolución de la histopatología hepática. El MTX debe darse siempre con ácido fólico; se

sugiere una inyección subcutánea de MTX un día por semana y los restantes días ácido fólico oral. El MTX interacciona principalmente con los AINES y con las sulfamidas; es aceptable la toma conjunta de MTX con dosis bajas de acetilsalicílico para patología circulatoria (100 mg). La asociación de MTX con etanercept es mucho más efectiva que la monoterapia con MTX en las formas recalcitrantes de psoriasis y de artritis reumatoide. El MTX subcutáneo a la dosis de 15 mg. semanales durante 12 semanas consigue el blanqueo del 80 % de los pacientes con psoriasis severo. Su coeficiente beneficio riesgo no es aceptable en comparación con los nuevos fármacos, pero el coeficiente beneficio precio es excelente, es por ello que sigue siendo una terapéutica de primera línea y bajo coste para las formas graves de psoriasis.

3. TRATAMIENTO DE LOS HEMANGIOMAS INFANTILES CON PROPRANOLOL

A. Martín-Santiago, J. Hervás^a, J. del Pozo, C. Mir^a, T. Alabau, N. Izquierdo y J. Escalas

Servicios de Dermatología y ^aPediatría. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción. El hemangioma infantil es un tumor frecuente que involuciona espontáneamente y a menudo no requiere ninguna terapia. La ulceración es la complicación más frecuente. Además, algunos hemangiomas ocasionan un compromiso funcional (p. ej., vía aérea, visión) o estético severos. Durante décadas el tratamiento sistémico de elección de los hemangiomas problemáticos han sido los corticoides y como alternativa se han utilizado la vincristina o el interferón. Tras las recientes publicaciones demostrando la eficacia y buena tolerancia del propranolol, es previsible que este fármaco se convierta en el tratamiento sistémico de primera línea de los hemangiomas infantiles.

Casos clínicos. Presentamos la experiencia en nuestro hospital de varios casos de hemangiomas ulcerados y subglóticos (uno de ellos tratado previamente con esteroides y láser) en pacientes con edades comprendidas entre 3 y 6 meses. Tras la administración de propranolol 2 mg/kg/día se evidenció una respuesta rápida de los hemangiomas con disminución del volumen, reducción del componente superficial y profundo, cierre total de las úlceras a las 3 semanas y apertura de la vía aérea, que se ha mantenido y progresado durante los 30-90 días de seguimiento actual. No se han producido efectos indeseables.

Comentario. La eficacia y buena tolerancia del propranolol en los hemangiomas infantiles es espectacular y prometedora. Como posibles mecanismos de acción del propranolol se han propuesto la vasoconstricción, la inducción de la apoptosis de las células endoteliales y efectos sobre los factores angiogénicos VEGF y beta-FGF. Su utilización como betabloqueante desde hace más de 40 años en prematuros y niños con problemas cardíacos avala su seguridad a corto y largo plazo. Sin embargo es necesario establecer la dosis óptima, duración y modo de actuación del propranolol en esta nueva indicación. Con este fin se está llevando a cabo un estudio multicéntrico, randomizado doble ciego como futura guía de aplicación de este tratamiento.

4. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGÍA ASÍNCRONA EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER: PRIMEROS RESULTADOS

R. Taberner, C. Nadal, A. Vila, A. Llambrich e I. Torné

Servicio de Dermatología. Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca. España.

Introducción. El aumento de la demanda asistencial en los últimos años y las nuevas tecnologías han facilitado el desarrollo de la tele dermatología en su vertiente más asistencial.

Objetivos. Pretendemos analizar las ventajas e inconvenientes que nos hemos encontrado al implementar una consulta de tele dermatología en su variante asíncrona.

Material y métodos. Se trata de un proyecto en fase de pilotaje entre el servicio de dermatología del Hospital Son Llätzer y dos centros de atención primaria de Mallorca. Se ha realizado un estudio prospectivo de concordancia no aleatorizado.

Resultados. Desde diciembre de 2005 hasta agosto de 2007 se realizaron 148 teleconsultas, 90 mujeres (60,8%), y 58 hombres (39,2%), de edades comprendidas entre 9 y 96 años (con una media de 54 años). Agrupando los diagnósticos en categorías, la distribución fue: 47 (39,2%) tumores benignos, 37 (30,8%) patología inflamatoria y de anejos, 15 (12,5%) patología infecciosa, 13 (10,8%) tumores premalignos y 8 (6,7%) tumores malignos. En los diagnósticos agrupados, la concordancia fue de 58,4% (IC 95% 48 – 69%) ($p = 0,000$) para atención primaria y de 95,4% (IC 95% 91-99%) ($p = 0,000$) para tele dermatología.

Conclusiones. La principal ventaja de la tele dermatología asíncrona es la mejoría en la calidad del cribaje, detectando aquellas lesiones malignas o sospechosas. Sin embargo, precisamos estudios metodológicamente comparables a mayor escala para evaluar también inconvenientes (limitación de la técnica fotográfica, valoración de otras lesiones, aspectos legales, motivación de los profesionales, etc.).

5. DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA POR AGUA DE PISCINA BROMADA

F. Mestre-Bauzá, A. Bauzá-Alonso y N. Izquierdo-Hercé

Servicio de Dermatología. H.U. Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción. Una de las aplicaciones del bromo está la desinfección del agua de las piscinas y de los spas. Se comercializa en forma de pastillas, cuya composición es: 1-bromo, 3-cloro, 5,5-dimetilhidantoína que al disolverse en agua da lugar al ácido hipobromoso (desinfectante) y ácido hipocloroso. Desde 1983 se vienen notificando casos de lesiones cutáneas en usuarios de piscinas y spas desinfectadas con bromo.

Caso clínico. Paciente de 33 años, monitora de natación. En contacto con agua bromada desde hace 8 meses. Refiere lesiones

cutáneas (no las hemos podido objetivar) intensamente pruriginosas, generalizadas, únicamente, al introducirse en agua bromada. Tolerancia el agua desinfectada con cloro. Se realizan pruebas epicutáneas. Se prueba la batería estándar del GEIDAC, halobrom (1-bromo, 3-cloro, 5,5-dimetilhidantoína) al 0,5%, 1% y 2% en solución acuosa. Se observa prueba irritativa al 2%, siendo negativas el resto de diluciones. Presenta positividad a liral, mezcla fragancias, tiomersal y resina de paratert-butilfenolformaldehído (sin relevancia actual).

Comentario. Nuestra paciente presenta una dermatitis de contacto irritativa como la mayoría de los pacientes publicados en la literatura. Se han descrito cuatro casos de dermatitis de contacto alérgica a 1bromo 3cloro, 5,5-dimetil hidantoína. Al igual que nuestra paciente, todos los casos descritos toleran el agua con cloro.

6. PÁPULAS BLANQUECINAS PALMARES RECURRENTES. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Vila, I. Torné y F. Terrasa^a

Unidad de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca. España.

Introducción. La queratodermia acuagénica (QA) es un trastorno infrecuente que aparece en mujeres jóvenes como pápulas blancas translúcidas con poros dilatados, que aparecen tras el contacto durante pocos minutos con el agua y remiten tras el secado.

Casos clínicos. Se trata de 2 mujeres de 45 y 28 años, sin antecedentes personales de interés que consultan por unas pápulas palmares blanquecinas de 2 años y 1 mes de evolución, respectivamente, que se hacen más evidentes tras sudar y sumergir las manos en agua. A la exploración física se aprecian unas palmas sudorosas y numerosas pápulas blancas de 1-2 mm dispersas en el primer caso y pápulas blanquecinas, confluentes, con numerosos poros milimétricos en su superficie en el segundo caso. El estudio histopatológico en el primer caso revela una piel acral con hiperortokeratosis compacta y una dilatación de los ostiums ecinos intraepidérmicos. En el segundo caso, tras mojarse las manos durante un minuto observamos un aumento de las lesiones, que forman una placa blanca, edematosa, con pliegues pronunciados. En ambos casos se instaura tratamiento con cloruro de aluminio al 20% produciéndose una mejoría del cuadro al cabo de varias semanas.

Discusión. La QA es un trastorno adquirido e idiopático, probablemente relacionado con una alteración de la capa córnea o en las glándulas sudoríparas. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la queratodermia punctata y con las acroqueratodermias marginales, en las cuales las lesiones no se desencadenan o empeoran con el agua y tienen un carácter permanente. Probablemente sea un trastorno infradiagnosticado por su presentación clínica transitoria y su tendencia a la remisión espontánea.