

# **RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN CATALANA DE LA AEDV**

Reunión Ordinaria de la Sección Catalana de la AEDV  
y Sociedad Catalana de Dermatología  
*Barcelona, 29 de enero de 2009*

Reunión Ordinaria de la Sección Catalana de la AEDV  
y Sociedad Catalana de Dermatología  
*Barcelona, 26 de febrero de 2009*

Primera Reunión de Dermatología Oncológica de la Sección Catalana  
de la AEDV y Sociedad Catalana de Dermatología  
*Barcelona, 30 de abril de 2009*

Jornada de la Dermatología Catalana 2009  
*Barcelona, 29 de mayo de 2009*

Reunión Ordinaria de la Sección Catalana de la AEDV  
y Sociedad Catalana de Dermatología  
*Barcelona, 17 de septiembre de 2009*

Reunión Ordinaria de la Sección Catalana de la AEDV  
y Sociedad Catalana de Dermatología  
*Barcelona, 29 de octubre de 2009*

---

**RESÚMENES**

---



# REUNIÓN ORDINARIA DE LA SECCIÓN CATALANA DE LA AEDV Y SOCIEDAD CATALANA DE DERMATOLOGÍA

## Barcelona, 29 de enero de 2009

### 1. PLACA ERITEMATOSA PULSÁTIL EN LA PUNTA NASAL

D. Barco<sup>a</sup>, E. Baselga<sup>a</sup>, E. Llistosella<sup>b</sup>, E. Vilarrasa<sup>a</sup>,  
A. López-Ferrera<sup>a</sup> y Agustín Alomar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Josep Trueta. Girona. España.

**Introducción.** Las metástasis cutáneas son una forma de presentación infrecuente de las neoplasias internas. Aunque el aspecto clínico de las mismas es muy variable, es extremadamente extraño que simulen lesiones vasculares, tanto clínica como histológicamente.

**Material y método/caso clínico.** Hombre de 47 años con antecedentes de bocio multinodular que consulta por una placa eritematosa pulsátil en la punta nasal de un año y medio de evolución sugestiva de una malformación arteriovenosa. El estudio angiográfico muestra una lesión ricamente irrigada compatible con una malformación arteriovenosa. Durante el estudio por imagen de la lesión se observa una lesión osteolítica intracraneal que al ser extirpada revela la presencia de metástasis de un carcinoma folicular de tiroides. El estudio de extensión muestra imágenes nodulares pulmonares y la exéresis de la lesión nasal tras su embolización angiográfica demuestra también metástasis de carcinoma folicular. En la actualidad el paciente sigue tratamiento supresivo con yodo radioactivo tras la realización de una tiroidectomía total.

**Discusión.** La presencia de metástasis cutáneas provenientes de un carcinoma de tiroides primario es un hallazgo raro. La estirpe de neoplasia primaria más frecuentemente implicada en estos casos corresponde a la folicular. La presentación clínica de una lesión metastásica en forma de placa eritematosa pulsátil con aspecto clínico y estudio angiográfico compatibles con malformación arteriovenosa es excepcional. Pese a que la presencia de metástasis suele ser un signo de mal pronóstico de la evolución de una neoplasia, su diagnóstico precoz puede suponer un manejo temprano de la diseminación de la enfermedad primaria y mejorar el pronóstico del paciente. Asimismo, la presencia de una lesión vascular pulsátil sugiere plantearse el diagnóstico diferencial entre una malformación arteriovenosa, una neoplasia vascular y metástasis a distancia de un tumor primario.

#### Bibliografía

1. Quinn TR, Duncan LM, Zembowicz A, Faquin WC. Cutaneous metastases of follicular thyroid carcinoma: a report of four cases and a review of the literature. *Am J Dermatopathol*. 2005;27(4):306-12.
2. De Simoni I, Iacovelli P, Lunghi F, Peris K, Chimenti S. «Clown nose» as a first manifestation of lung carcinoma. *Acta Derm Venereol*. 1997;77(5):406-7.

### 2. COLGAJO DE TRANSPOSICIÓN DE PEDÍCULO EN ISLOTE PARA LA CORRECCIÓN DE UN DEFECTO DE LA PUNTA NASAL

M.E. Martínez Escala, A. Fernández, A. Toll y R.M. Pujol  
Servei de Dermatologia. Hospital del Mar. IMAS. España.

**Introducción.** Existen diferentes tipos de corrección de los defectos de la punta nasal, para ello se debe tener en cuenta tres puntos clave: la punta nasal tiene forma convexa que no permite realizar cierres por segunda intención, las subunidades nasales se han de respetar para un mejor resultado funcional y cosmético, y en tercer lugar, la vascularización de la nariz, que en su mayor parte está proporcionada por la arteria angular. Como opciones existen la corrección en forma de huso vertical y su variante con el triángulo de burrow, injertos nasales, plastia de transposición de avance-rotación, plastia de transposición simple, transposición bilobulada, colgajo glabellar prolongado o pannasal, colgajo en cometa (V-Y), doble colgajo de pedículo subcutáneo.

**Caso clínico.** Paciente de 74 años, fototipo III, que presenta un carcinoma basocelular en punta nasal de 3 x 2 cm, mal delimitado y carcinoma basocelular de 0,5 cm de diámetro en dorso de la nariz. Para la exéresis del mismo planteamos una plastia de transposición simple (melolabial), pero la presencia de una segunda lesión adyacente dificultaba la corrección del defecto con esta técnica. En el contexto de nuestro paciente, a parte de la lesión en la punta nasal, también presentaba una lesión nodular adyacente al defecto que requería exéresis, ocasionaba que la plastia de transposición melolabial implicase un defecto secundario mayor y dificultaba para el cierre en su totalidad, a parte de una sobre elevación del pedículo en la zona del pliegue nasofacial, provocando un resultado poco cosmético. Observando la experiencia de los autores Campbell y Ramsey (*JAAD*. 2008;(58):434-6), se realizó la técnica de colgajo de transposición de pedículo en islote, para la corrección del defecto mayor y huso vertical para la corrección del defecto del dorso de la nariz. El desarrollo de dicha técnica nos permitió un resultado óptimo funcional, con mínima retracción (elevación) en ala nasal izquierda, y un resultado estético adecuado.

**Conclusión.** Planteamos la técnica de colgajo de transposición de pedículo en islote para el cierre de defecto de la punta nasal como una de las mejores opciones quirúrgicas debido a que proporciona una mínima tensión del colgajo, no genera orejas de perro y respeta pliegues anatómicos.

#### Bibliografía

- Campbell LB, Ramsey ML. Transposition island pedicle flaps in the reconstruction of nasal and perinasal defects. *JAAD*. 2008;(58):434-6.
- Braun M, Cook J. The island pedicle flaps. *Dermatol Surg*. 2005; 31:995-1005.

# REUNIÓN ORDINARIA DE LA SECCIÓN CATALANA DE LA AEDV Y SOCIEDAD CATALANA DE DERMATOLOGÍA

## Barcelona, 26 de febrero de 2009

### 1. PLACAS ERITEMATODESCAMATIVAS Y PÚSTULAS LOCALIZADAS EN PLIEGUES

G. Márquez Balbás, M. Iglesias Sancho, L. Galvany Rossell, E. Dilmé Carreras, J. Sola Ortigosa y P. Umbert Millet  
*Servicio Dermatología. Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona. España.*

La pustulosis amicrobiana de las flexuras (PAF) es una entidad poco frecuente caracterizada por erupciones formadas por pústulas estériles, de curso recidivante, afectando a los grandes pliegues cutáneos, cuero cabelludo y áreas periorificiales como el conducto auditivo externo mayormente. Se han descrito pocos casos en la literatura, la mayoría de ellos en mujeres y todos ellos asociados a alguna alteración inmunológica, siendo el lupus eritematoso (LE) el más frecuente.

Presentamos un nuevo caso de esta enfermedad, en una mujer que como única alteración inmunológica presentaba una elevación de la IgE.

*Agradecimientos.* Antonio Guilabert, José Manuel Mascaró-Galy. Servicio Dermatología. Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

### 2. LINFOMA T ANGIOINMUNOBLÁSTICO CON LESIONES CUTÁNEAS: A PROPÓSITO DE UN CASO CON RASH MORBILIFORME, EDEMA FACIAL Y LESIONES LIVEDOIDES

C. Muniesa, Y. Fortuño, J. González-Rupérez y O. Servitje<sup>a</sup>  
*Servicios de Dermatología. Hospital de Viladecans. <sup>a</sup>Hospital de Bellvitge. Barcelona. España.*

*Introducción.* El linfoma T angioinmunoblástico (LTAI) es un linfoma de células T periférico poco frecuente. Suele afectar a personas de más de 60 años y cursa con adenopatías generalizadas, hepato-esplenomegalia, fiebre, síndrome tóxico, anemia, aumentos de la VSG y de la LDH e hipergammaglobulinemia. En más de la mitad de los casos el LTAI presenta lesiones cutáneas. Las lesiones cutáneas son muy inespecíficas y generalmente suele ser en forma de un rash morbiliforme. Otras lesiones observadas pueden ser placas infiltradas, lesiones urticariales, lesiones purpúricas livedoides y edema. El diagnóstico se realiza mediante la biopsia ganglionar observándose un borramiento de la estructura del ganglio con aumento de las vénulas postcapilares y un infiltrado celular difuso pleomórfico constituido por células linfoides de pequeño y mediano tamaño, inmunoblastos, células plasmáticas, dendríticas y eosinófilos. Hasta en el 75% de los casos existe reordenamiento clonal del RCT. El LTAI tiene mal pronóstico con una mortalidad del 50-72% y una supervivencia media de 11 a 30 meses.

*Material y métodos.* Presentamos 1 caso de LTAI con lesiones cutáneas.

*Resultados.* Se trata de una mujer de 52 años que presenta un rash morbiliforme generalizado coincidiendo con la ingesta de ampicilina, 15 días antes, por un cuadro infeccioso de vías respiratorias altas. Se retira la ampicilina y se pautan corticoides orales. El rash desaparece pero al dejar el tratamiento, aparece unas lesiones eritematoedematosas confluentes de aspecto urticarial generalizadas y con un importante edema facial. La paciente presenta entonces un marcado síndrome tóxico, sudoración nocturna, fiebre de predomi-

nio vespertino y adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, occipitales, axilares e inguinales. Un TAC toraco-abdominal muestra mazacotes adenopáticos supra e infraclaviculares sugestivos de proceso linfoproliferativo. A las pocas semanas la paciente presenta lesiones livedoides en los antebrazos y las rodillas. La biopsia cutánea muestra un infiltrado perivascular y perianexial de linfocitos atípicos. Se practica una biopsia ganglionar que confirma el diagnóstico de LTAI. El reordenamiento del RCT mediante PCR es positivo y se detecta la misma clona en la piel y en el ganglio. Se realiza tratamiento con 6 ciclos de quimioterapia (CHOP) y la paciente sigue sin lesiones tras 6 meses de seguimiento.

*Conclusiones.* En el diagnóstico diferencial de un rash morbiliforme, aunque poco frecuente, se debe incluir también el linfoma. Especialmente si el rash es persistente, recidivante y/o se acompaña de clínica sistémica como un síndrome tóxico, fiebre o la presencia de adenopatías.

### 3. AMILOIDOSIS NODULAR

L. Leal, M. Ribera, O. Rosiñol, C. Rodríguez, R.M. Guinovart y C. Ferrándiz

*Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica.*

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

*Introducción.* Las amiloidosis son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por el depósito extracelular de proteínas (sustancia amiloide). En la amiloidosis nodular, una forma exclusivamente cutánea de amiloidosis, las cadenas ligeras de las inmunoglobulinas actúan como precursoras de estos depósitos.

*Descripción de los casos.* Presentamos tres casos de amiloidosis nodular. Las tres eran mujeres, de 71, 82 y 85 años respectivamente, que presentaban múltiples nódulos amarrados de aspecto translúcido. En un caso estaban localizados en el tronco, en otro en las extremidades inferiores y en el tercero en la región genital. Los hallazgos histológicos eran superponibles. Se observaban depósitos de material amorfo tanto en la dermis superficial como la profunda, con especial disposición vascular. El material se teñía con rojo congo y dicha tinción era resistente al tratamiento con permangato. En todos los casos se descartó la amiloidosis sistémica mediante biopsia de la grasa abdominal o rectal. Respecto a posibles asociaciones clínicas, la primera paciente estaba diagnosticada de un síndrome de Sjögren primario. La segunda no tenía antecedentes médicos relevantes y en el estudio realizado se detectó una positividad de los anticuerpos antinucleares con una especificidad anticentrómero, sin traducción clínica. La tercera presentaba una paraproteína en sangre y orina, así como un porcentaje anómalo de células plasmáticas en la médula ósea por lo que se diagnosticó de un mieloma múltiple.

*Conclusiones.* La amiloidosis nodular se caracteriza por lesiones cutáneas clínicas e histológicamente indistinguibles de las de la amiloidosis sistémica, pero sin datos objetivos de afectación multiorgánica. Sin embargo, se ha descrito la evolución a una amiloidosis sistémica en aproximadamente el 7% de los casos. Además, en la literatura hay recogidos aproximadamente unos 15 casos de asociación de amiloidosis nodular y síndrome de Sjögren. Por tanto, es fundamental el seguimiento a largo plazo de estos pacientes por el riesgo de progresión a amiloidosis sistémica y la asociación a otras enfermedades.

# PRIMERA REUNIÓN DE DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA DE LA SECCIÓN CATALANA DE LA AEDV Y SOCIEDAD CATALANA DE DERMATOLOGÍA

## Barcelona, 30 de abril de 2009

### 1. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA

E. Dilmé Carreras, M. Iglesias Sancho, L. Galvany Rosell, G. Márquez Balbás, J. Sola Ortigosa, P. Umbert Millet

*Hospital Universitari Sagrat Cor. España.*

Mujer de 79 años con antecedentes de carcinoma intraductal in situ de mama intervenido quirúrgicamente, miocardiopatía dilatada, bloqueo de rama derecha, y dislipemia. Tratada con tamoxifeno, acenocumarol, carvedilol, IECA, espirololactona, pravastatina.

Presenta una lesión eritematodescamativa de 5 años de evolución localizada a nivel perianal y en labio mayor vulvar izquierdo. Es puriginosa, sangra con traumatismos mínimos y ha experimentado crecimiento importante durante el último año.

El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico nos confirma el diagnóstico de Enfermedad de Paget extramamaria. Procedemos al estudio de extensión y se descarta presencia de neoplasia asociada.

Se trata con radioterapia local dado la edad avanzada de la paciente y el tamaño y localización tumoral. Recibe una dosis total de 60 Gy. Se realiza seguimiento clínico y mediante la aplicación de 5-FU tópico sin mostrar recidivas durante 1 año y 9 meses.

### 2. COMITÉ DE TUMORES CUTÁNEOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA

L. Abal<sup>a</sup>, R. Aguayo<sup>a</sup>, V. Sanmartín<sup>a</sup>, X. Soria<sup>a</sup>, M. Baradad<sup>a</sup>, R.M. Martí<sup>a</sup>, V. Palomar<sup>b</sup>, M. Mira<sup>c</sup>, E. Ortega<sup>d</sup>, R.M. Egido<sup>e</sup>, R. Ventín<sup>f</sup> y J.M. Casanova<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Dermatología, <sup>b</sup>Otorrinolaringología, <sup>c</sup>Oncología radioterápica, <sup>d</sup>Oncología clínica, <sup>e</sup>Anatomía patológica y <sup>f</sup>Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. España.

**Introducción.** Para el manejo de los carcinomas difíciles y de otras neoplasias cutáneas, con frecuencia se requiere el concurso de un equipo de expertos multidisciplinar agrupados en comité de tumores. Presentamos los resultados del nuestro desde su creación, en noviembre de 2002, hasta marzo de 2009.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de las actas de las reuniones del comité.

**Resultados.** Se evaluaron un total de 357 pacientes, 228 hombres (64 %) y 129 mujeres (36 %). 117 (34 %) eran portadores de un carcinoma escamoso, 110 (31 %) de un carcinoma basocelular 91 (26 %) de un melanoma y 29 (8 %) de otros tumores. La mayoría (70 %) se localizaban en la cabeza y el cuello, el 14 % en el tronco y 15 % en las extremidades. En la mayoría de ocasiones el tratamiento propuesto fue la cirugía (68 %), en el 15 % se optó por la radioterapia y en el 6 % por una miscelánea, mientras que se decidió abstención terapéutica o tratamiento paliativo en un 6 % y 4 %, respectivamente.

**Conclusiones.** En nuestro comité de tumores cutáneos, los varones, las lesiones en cabeza-cuello y el tratamiento quirúrgico, representan 2/3 partes de sus distribuciones respectivas. Por otro

lado, la proporción carcinoma basocelular/carcinoma escamoso es 1/1. Su principal objetivo es la toma de decisiones consensuadas, lo que posibilita la mejor opción terapéutica para pacientes con tumores difíciles, y una mejor formación para los miembros del comité.

### 3. MELANOMA ACRAL: UN SIMULADOR LETAL

R.M. Guinovart, I. Bielsa, A. Boada, C. Rodríguez, L. Leal, M. Ribera, J.M. Carrascosa y C. Ferrándiz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. España.*

**Introducción.** El melanoma de localización acral es poco frecuente. Tiene una gran variabilidad clínica y, en numerosas ocasiones, supone un reto diagnóstico.

**Casos clínicos.** Se presentan cinco casos clínicos de melanoma acral, tres fueron hombres y dos mujeres. Tres de los casos presentaron la lesión en el talón y los otros dos en el lecho ungueal del primer dedo del pie. El tiempo medio entre la primera consulta y el diagnóstico definitivo fue de un año. Dos de los pacientes fallecieron como consecuencia de la diseminación del melanoma.

**Discusión.** La dificultad diagnóstica del melanoma acral supone un retraso en el diagnóstico lo que influye directamente en su pronóstico. Por ello, es necesario realizar una biopsia en las lesiones que nos planteen dudas diagnósticas o en las que los tratamientos realizados no hayan sido efectivos.

**Conclusión.** Tanto los profesionales de la salud implicados (enfermería, médicos y podólogos) como la población general deberían estar sensibilizados sobre la existencia de este tumor con el fin de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz y mejorar así el pronóstico.

### 4. ENFERMEDAD DE PAGET VULVAR TRATADA CON IMIQUIMOD TÓPICO

E. Vilarrasa<sup>a</sup>, M. Alegre<sup>a</sup>, J.R. Garcés<sup>a</sup>, A. López<sup>a</sup>, V. Ruiz<sup>a</sup>, A. Gallardo<sup>b</sup> y A. Alomar<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*

**Introducción.** La enfermedad de Paget extramamaria (EPE) se considera un adenocarcinoma intraepitelial derivado de las glándulas sudoríparas apocrinas. Hasta el 15 % de los casos pueden ser metástasis epidermotropas de un carcinoma subyacente o distante, que debe ser descartado. La EP vulvar (EPV) es la más frecuente de las EPE. La exéresis quirúrgica, y concretamente, la cirugía de Mohs, son los tratamientos estándares de ésta, aunque presentan tasas de recurrencia del 15-60 %, comportando, en ocasiones, secuelas muy limitantes. Recientemente, se han descrito remisiones completas tras tratamientos no invasivos como el imiquimod tópico.

**Caso clínico.** Mujer de 62 años, diabética, con una historia de 6 años de evolución de prurito vulvar que había sido tratada con corticoides y antifúngicos tópicos sin mejoría, que presentaba una placa eritematosa de 6 × 5 cm, bordes mal definidos, con zonas blanquecinas y erosiones superficiales, afectando ambos labios mayores y parte de la mucosa vulvar contigua. La biopsia confirmó una EPE. Las exploraciones complementarias pertinentes descartaron un adenocarcinoma uro-genital o colónico asociado. Se inició imiquimod al 5 % en crema 3 veces por semana durante 6 semanas. A las 3 semanas, se produjo una inflamación local intensa y un síndrome pseudo-gripal que remitió con tratamiento sintomático, consiguiendo, al finalizar, la remisión clínica confirmada por biopsia. 8 meses después, a pesar de que la paciente permanecía asintomática, se decidió aplicar metil5-aminolevulinato tópico en la zona y observar el campo bajo luz ultravioleta para descartar la presencia de enfermedad subclínica, que mostró una zona de captación difusa en mucosa genital y otra más intensa y bien delimitada, de 5 mm, en labio mayor derecho. La biopsia de esta última corroboró la presencia de EP, mientras que la otra zona fue normal. En estos momentos la paciente está realizando una segunda tanda de tratamiento con imiquimod.

**Discusión.** La EPV se caracteriza por presentar frecuentes recurrencias locales independientemente del tratamiento realizado. La fotodinamia se presenta como una herramienta útil y no invasiva para delimitar y diagnosticar precozmente las recidivas. La relevancia de nuestro caso radica en que es el primero en una EPV primaria. Sin embargo, son necesarios estudios con más pacientes, prospectivos y comparativos para establecer la verdadera efectividad e indicaciones del imiquimod tópico en esta patología.

**Conclusión.** Imiquimod al 5 % tópico puede ser un tratamiento adecuado para la EPE recurrente y primaria debido a su comodidad de aplicación, su menor morbi-mortalidad y sus mejores resultados en conservación de la funcionalidad y estéticos.

## 5. HEMANGIOENDOTELIOMA RETIFORME MÚLTIPLE

L. Canal, E. Masferrer, R. Penin<sup>a</sup>, L. Pastor<sup>b</sup> y A. Jueglà  
*Servei de Dermatologia. <sup>a</sup>Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. <sup>b</sup>Servei de Dermatologia. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.*

**Introducción.** El hemangioendotelioma retiforme es una neoplasia vascular de bajo grado, infrecuente, que se manifiesta habitualmente como lesión única, siendo muy rara la presentación múltiple.

**Caso clínico.** Paciente de 46 años que presenta múltiples placas eritematosas en extremidades inferiores de 5 años de evolución. Se realizaron tres biopsias estableciéndose el diagnóstico de hemangioendotelioma retiforme. Las lesiones habían permanecido estables en los últimos años. Dado el número y extensión de las lesiones y la estabilidad del cuadro, se desestimó la cirugía y la radioterapia y se decidió abstención terapéutica con seguimiento clínico.

**Discusión.** El tratamiento de elección del hemangioendotelioma retiforme es la cirugía amplia por su alta tendencia a recidivar; sin estar definido el manejo en los casos de múltiples lesiones debido al reducido número de pacientes afectos.

**Conclusión.** Es de esperar que en el futuro la descripción de nuevos casos múltiples así como el tratamiento aplicado y la evolución de los pacientes permita establecer la mejor opción terapéutica.

## 6. EDEMA Y LESIÓN PRETIBIAL EN PACIENTE DE 69 AÑOS

M. Serra, P. Bassas, C. Ferrándiz-Pulido, H. Hilari, J. Mollet, D. Bodet, R. Bartralot, B. Ferrer<sup>a</sup> y V. García-Patos  
*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.*

**Introducción.** Las neoplasias anexas son tumores infrecuentes que pueden tener mal pronóstico y una presentación clínica poco sugestiva de malignidad.

**Caso clínico.** Un paciente de 69 años acudió a nuestra consulta por edema progresivo de la pierna izquierda y zona genital de 6 meses de evolución. En la exploración física se apreciaba extensión del edema a zona inguinal izquierda e inferior del abdomen. Destacaba una placa hiperqueratósica, de aspecto verrucoso de 5 cm de diámetro en zona pretibial izquierda de 1 año de evolución que había sido interpretada histológicamente como una queratosis seborreica. En la palpación se apreciaba una adenopatía en territorio inguinal izquierdo. El estudio anatomopatológico de la lesión pretibial reveló una lesión tumoral formada por nidos de células con elevado pleomorfismo, figuras de mitosis y diferenciación ductal con formación de luces intracitoplasmáticas, destacando la presencia de perlas córneas. La histología de la adenopatía inguinal confirmó el diagnóstico de porocarcinoma con diseminación ganglionar. La TC y el PET mostraron adenopatías inguinales e ilíacas izquierdas sin afectación de otros órganos. Se inició tratamiento quimioterápico con docetaxel-CDDP con disminución del edema realizándose exéresis del tumor primario y linfadenectomía ilíaca e inguinal izquierdas por indicación del Servicio de Oncología de nuestro centro.

**Discusión.** El porocarcinoma es una neoplasia infrecuente con origen en la porción intraepidérmica del conducto excretor de la glándula ecrina. Típicamente aparece en personas de edad avanzada, siendo la pierna su localización más común. El porocarcinoma no tiene una forma de presentación típica, lo cual dificulta la realización de un diagnóstico clínico. El diagnóstico es histológico visualizándose diferenciación ductal junto a un patrón de crecimiento invasivo y/o pleomorfismo celular. De manera inusual puede darse diferenciación escamosa en este tipo de tumores, siendo importante hacer el diagnóstico diferencial histológico con el carcinoma escamoso.

**Conclusión.** El porocarcinoma es un tumor con un curso agresivo; el 20 % de pacientes presenta recidiva local, el 20 % diseminación ganglionar y un 11 % diseminación metastásica. El tratamiento en casos de enfermedad localizada es la exéresis con márgenes amplios. En casos de enfermedad diseminada no existe un tratamiento estándar.

## 7. RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO COMPLETO DE ALA NASAL MEDIANTE PLASTIA MELOLABIAL EN BISAGRA: ANÁLISIS DE DOS CASOS

I. Gil Faure, E. Rozas Muñoz y A. Toll Abelló  
*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Introducción.** La reconstrucción de los defectos totales del ala nasal representa un reto para el cirujano dermatológico. Es importante conseguir una buena simetría de los principales surcos que definen la parte más distal de la nariz, así como asegurar una correcta función fonatoria, respiratoria y olfativa. La plastia melolabial en bisagra se presenta como una alternativa apropiada en dos pacientes con un defecto completo de ala nasal secundario a la extirpación de sendos carcinomas basocelulares mediante cirugía micrográfica de Möhs.

*Caso clínico.* Se presentan dos pacientes con defectos de grosor completo del ala nasal secundarios a la extirpación de sendos carcinomas basocelulares. En ambos casos se realiza una reconstrucción a partir de piel procedente del surco melolabial. Se realizan dos incisiones paralelas al surco nasogeniano elevándose un colgajo de pedículo proximal que se repliega sobre sí mismo para formar una nueva ala nasal. Parte de la epidermis de la zona donante forma una cobertura interna que realiza las funciones de mucosa intranasal. El cierre del defecto secundario es directo.

*Discusión.* Los defectos completos del ala nasal pueden reconstruirse mediante plastias de transposición desde la parte más alta de la mejilla, plastias por importación en dos tiempos o mediante un injerto completo, entre otros. La plastia en bisagra aporta ven-

tajas: 1. La piel transferida es redundante y permite una movilización sencilla. 2. El aspecto y grosor es similar a la del ala nasal. 3. Al replegar el colgajo sobre sí mismo para formar el ala, las suturas quedan alejadas del borde libre del ala nasal evitándose deformidades. 4. Las suturas finales del cierre del defecto secundario quedan ocultas en el surco nasogeniano. Como inconvenientes destacan: 1. Posibilidad de retracción y colapso del ala con la inspiración si la piel transferida es muy delgada. 2. Desplazamiento lateral del ala. 3. Asimetrías en los surcos nasogenianos finales. 4. Necrosis por isquemia del colgajo.

*Conclusión.* La plastia en bisagra melolabial es una técnica adecuada para la reconstrucción completa del ala nasal susceptible de ser realizada en un solo tiempo y que permite conseguir buenos resultados estéticos y funcionales.

# JORNADA DE LA DERMATOLOGÍA CATALANA 2009

## Barcelona, 29 de mayo de 2009

### 1. ANGIOSARCOMA DE CUERO CABELLUDO Y HEMONEUMOTÓRAX

Y. Fortuño<sup>a</sup>, C. Muniesa<sup>a</sup>, J. González<sup>a</sup>, R. Savall<sup>a</sup> y R. Penín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Viladecans.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. Barcelona. España.

**Introducción.** El angiosarcoma cutáneo es un tumor maligno vascular de alto grado con gran tendencia a recurrencias locales y metástasis a distancia sobre todo a nivel pulmonar. En la variante de angiosarcoma del cuero cabelludo del paciente anciano se ha descrito una tendencia peculiar a la presentación de hemo/neumotórax espontáneo como primera manifestación de metástasis pulmonares.

**Caso clínico.** Paciente varón de 77 años que ingresa por hemo-neumotórax izquierdo espontáneo. Durante el ingreso se realiza interconsulta a dermatología por la presencia de una masa tumoral a nivel de cuero cabelludo. El paciente presentaba una lesión tumoral de gran tamaño a nivel frontoparietooccipital izquierdo, eritematoviolácea infiltrada, con áreas necróticas. Se practica biopsia cutánea confirmándose el diagnóstico de angiosarcoma. En la radiografía de tórax post-drenaje no se observan hallazgos anormales. Tras la resolución del hemo-neumotórax con drenaje se practica TAC toráco-abdominal. En el TAC torácico se observan pequeños nódulos subpleurales bilaterales. El paciente se remite a oncología para completar estudio e iniciar tratamiento.

**Discusión.** Los angiosarcomas representan un 2-3% de todos los sarcomas. El 60% son cutáneos o subcutáneos. El subtipo más frecuente es la variante de cabeza y cuello de personas mayores. En un estudio de revisión de necropsias de 95 pacientes con angiosarcoma, se observó que aquellos con angiosarcoma localizado en cuero cabelludo presentaban una alta prevalencia de complicaciones por metástasis pulmonares. Además exclusivamente sólo presentaron neumotórax espontáneo aquellos pacientes con angiosarcoma primariamente localizado en cuero cabelludo.

**Conclusión.** Ante un paciente con un hemo/neumotórax y una lesión cutánea tumoral sospechar de un angiosarcoma.

#### Bibliografía

1. Sakurai H, et al. Simultaneous bilateral spontaneous pneumothorax secondary to metastatic angiosarcoma of the scalp: report of a case. *Surg Today*. 2006;36:919-22.
2. Jones DR, et al. Thoracoscopic resection of bilateral metastatic sarcomas causing spontaneous pneumothorax. *Chest*. 1994;106:1274-6.

### 2. FIEBRE, RINOCONJUNTIVITIS, DIARREA Y EXANTEMA EN UN PACIENTE INMIGRANTE

C. Rodríguez, I. Bielsa, M. Ribera, L. Leal, R.M. Guinovart y C. Ferrándiz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. España.

**Introducción.** El diagnóstico diferencial del exantema febril es amplio. Cuando éste es maculopapular, de distribución central y la sintomatología sistémica es sugestiva, debe sospecharse la etiología viral.

**Caso clínico.** Se trata de un paciente varón de 20 años de origen magrebí, con esquema de vacunación desconocido y conductas sexuales de riesgo. Consultó por fiebre de 39 °C de 4 días de evolución acompañada de tos seca, odinofagia, rinorrea, diarrea y un exantema morbiliforme de distribución central no pruriginoso. A la exploración destacaba también una conjuntivitis con hiposfagma bilateral, enantema orofaríngeo y adenopatías laterocervicales y axilares móviles y no dolorosas. En la analítica de Urgencias llamaba la atención una linfopenia. Como principal diagnóstico diferencial se planteó una primoinfección por VIH; no obstante, se solicitaron serologías para descartar otras infecciones víricas, entre ellas el sarampión. El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento sintomático, remitiendo tanto el cuadro sistémico como la erupción cutánea. Tanto los anticuerpos como la determinación de la carga viral del VIH fueron negativos. Posteriormente recibimos el resto de resultados de las serologías víricas, siendo positiva la IgM anti-sarampión, lo cual permitió establecer el diagnóstico de sarampión en un paciente adulto inmunocompetente.

**Conclusión.** El sarampión es una infección viral altamente contagiosa producida por un virus de la familia de los Paramyxovirus. Clínicamente cursa con fiebre alta, tos, rinorrea, conjuntivitis y una erupción morbiliforme de progresión cefalocaudal. Las manchas de Koplik, consideradas como un signo patognomónico de esta enfermedad, sólo son visibles hasta el 2.º-3.º día de exantema. La vacunación hace muy infrecuente esta infección en nuestro medio, por lo que estamos poco familiarizados con su clínica. No obstante, no hay que olvidar esta enfermedad dentro del diagnóstico diferencial de los exantemas febriles, especialmente en pacientes inmigrantes que han podido no ser vacunados.

### 3. GRANULOMA FACIAL EXTRAFACIAL EN CUERO CABELLUDO

M. Casals, A. Sáez<sup>a</sup>, N. Fernández-Chico, J. Romani, M. Yébenes, M. Pifarré, M. Sabat y J. Luelmo

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

**Introducción.** El granuloma facial es un trastorno cutáneo idiopático poco frecuente, de posible base autoinmune, que afecta a la cara y la pirámide nasal, aunque se han descrito algunos casos aislados de localización extrafacial en el tronco, las extremidades o el cuero cabelludo.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un paciente varón de 60 años, sin antecedentes de interés, que presentaba una placa eritematosa infiltrada en vértex de cuero cabelludo, de crecimiento progresivo, de 8 x 4 cm y unos 5 meses de evolución, con prurito moderado y discreto sangrado ocasional. La histología mostró cambios compatibles con granuloma facial y los cultivos practicados para hongos y bacterias resultaron negativos. Actualmente sigue tratamiento con hidroxycloquina, 200 mg cada 12 horas, a la espera de nueva visita de control.

**Discusión.** El granuloma facial predomina en varones de raza blanca y de mediana edad. La presentación habitual es una placa solitaria asintomática o levemente pruriginosa, de superficie lisa y color rojo o pardo. No suele asociarse a enfermedad sistémica.

La histología es básica para establecer el diagnóstico y se caracteriza por presentar en dermis un infiltrado inflamatorio mixto compuesto por neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas y numerosos eosinófilos, separado de la epidermis por una banda de envoltura colágena (Zona de Grenz). En algún caso asocia hallazgos de vasculitis leucocitoclástica e incluso fibrosis intensa en lesiones antiguas. El diagnóstico diferencial incluye el linfoma, pseudolinfoma, sarcoidosis, lupus eritematoso, lues, erupción solar polimorfa, erupción fija pigmentaria y enfermedades granulomatosas como la rosácea o la lepra. Se trata de una entidad resistente al tratamiento y se han ensayado diversas opciones terapéuticas incluyendo corticoides intralesionales, tacrólimus tópico, antimetabólicos, dapsona, clofazimina, PUVA tópica, escisión quirúrgica, criocirugía, dermoabrasión, electrocauterio, laser de CO<sub>2</sub>, laser de argón y laser de colorante pulsado, todas ellas con resultado diverso. La evolución de la enfermedad es crónica y en ocasiones puede resolverse de forma espontánea.

**Conclusión.** El granuloma facial es una entidad poco frecuente de causa desconocida y difícil tratamiento, que en casos excepcionales, como el nuestro, puede asentar fuera del área facial.

#### 4. LESIONES ANETODÉRMICAS SECUNDARIAS A PROCESO INFECCIOSO

P. Turégano Fuentes<sup>a</sup>, J.A. Pujol Montcusí<sup>a</sup>, M. Simó Esqué<sup>a</sup>, L. Pastor Jané<sup>a</sup>, J.F. García Fontgivell<sup>b</sup>, J.M. López-Duplá<sup>c</sup> y F. Gómez Bertomeu<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Sección de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica.

<sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>d</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Joan XXIII. Tarragona. España.

**Planteamiento del tema.** Paciente ecuatoriana de 34 años que acude por lesiones de aspecto anetodérmico en tronco y extremidades, supuestamente de 1 año de evolución.

**Material y métodos.** En el examen histológico de evidencia una dermatitis granulomatosa con patrón de distribución perivascular y perianexial, sugestiva de proceso infeccioso.

**Resultados y/o discusión.** Se realizan estudios complementarios confirmándose que se trata de un proceso infeccioso.

**Conclusiones.** Se concluye que muy probablemente la paciente presenta una recidiva de un cuadro previo.

#### 5. MELANONQUIA, LESIONES EROSIVAS Y RASH CUTÁNEO EN UNA PACIENTE CON POLICITEMIA VERA

P. Serrano-Grau, P. Zaballo, J.M. Vives, J. Rodero, N. Guionnet<sup>a</sup> y A. Peró<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Dermatología, <sup>b</sup>Anatomía patológica y <sup>c</sup>Hematología. Hospital Sant Pau y Santa Tecla. Tarragona. España.

Presentamos el caso de una mujer de 70 sin alergias medicamentosas conocidas con los siguientes antecedentes patológicos: policiemia vera y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En tratamiento con: hidroxurea desde hacía 10 años, salmeterol, fluticasona y bromuro de ipratropio inhalados. Consulta a nuestro servicio para valorar la aparición de unas lesiones cutáneas pruriginosas de unos 15 días de evolución. A la exploración física se observaban máculas y placas eritemato violáceas en párpados, manos, codos y erosiones en las extremidades inferiores. En algunas uñas también se observaba melanoniquia longitudinal que la paciente refería que le había aparecido hacía unos 5 años. La paciente no refería ninguna otra sintomatología, ni cambios en su medicación habitual.

Bajo la sospecha clínica de toxicodermia inducida por hidroxurea realizamos biopsia de una de las lesiones del dorso de las

manos donde se observaba vacuolización focal de la capa basal, queratinocitos necróticos con un infiltrado inflamatorio perivascular y melanófagos en dermis. La erupción cutánea sugería una dermatomiositis por lo que también solicitamos los enzimas musculares y la aldolasa que fueron normales, los ANA negativos y el EMG normal.

La clínica cutánea, excepto la melanoniquia, se resolvió en pocos meses al cambiar la hidroxurea por ciclofosfamida.

La hidroxurea es un fármaco que puede producir varios efectos adversos cutáneos, entre ellos la melanoniquia, úlceras en piernas y una erupción dermatomiositis-like. Nosotros hemos presentado el caso de una paciente que presentaba estos 3 efectos adversos a la vez.

#### 6. NÓDULOS CUTÁNEOS COMO MANIFESTACIÓN DE CRIPTOCOCOSIS

V. Ruiz, M.A. Barnadas, L. Matas, J.M. Llobet, S. Bagué, D. Barco, E. Vilarrasa, A. López y A. Alomar

Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

**Planteamiento.** Presentamos un caso clínico de Criptococosis sistémica, con manifestaciones cutáneas en forma de nódulos pretibiales que sugerían como diagnóstico Eritema Nodoso. La biopsia cutánea permitió realizar el diagnóstico temprano de Criptococosis, iniciándose el tratamiento específico de forma inmediata. Paciente mujer de 39 años, trasplantada renal en tratamiento inmunosupresor, que refería clínica de cefalea holocraneal progresiva y mal estado general de 15 días de evolución, a la que se asociaba 1 pico febril puntual de 38 °C y dolor gemelar bilateral progresivo que ocasionaba impotencia funcional de extremidades inferiores. A la exploración física, destacaba la presencia de 3 nódulos subcutáneos eritematosos a nivel pretibial de pierna izquierda, no objetivados previamente por la paciente, que sugerían el diagnóstico de Eritema Nodoso. Dado el contexto de inmunosupresión, se practica biopsia cutánea que visualiza, con tinción H-E, gran cantidad de estructuras sugestivas de esporas de Criptococo, que ocupaban dermis reticular e hipodermis. La tinta china resultó positiva en una segunda muestra cutánea y negativa en muestra de LCR, por lo que, con la sospecha diagnóstica de Criptococosis se inicia tratamiento antifúngico específico con Amfotericina B liposomal 300 mg/d + 5-fluocitosina 1.800 mg/d. Posteriormente, el cultivo cutáneo, de LCR y hemocultivos confirmaron el diagnóstico de Criptococosis.

**Discusión.** La Criptococosis sistémica es una micosis de distribución universal, que afecta más frecuentemente a pacientes inmunodeprimidos y cuyo mecanismo de infección es por vía respiratoria a través de la inhalación de esporas desecadas presentes en el suelo. Criptococo Neoformans es la especie más frecuentemente encontrada en humanos. Tras los pulmones y el SNC, la piel es el tercer órgano afectado en frecuencia; las lesiones cutáneas son variables, carentes de especificidad y se localizan más frecuentemente a nivel de cabeza y cuello. El diagnóstico definitivo es microbiológico, mediante la demostración de cultivo positivo de las muestras seleccionadas. Por otra parte, la criptococosis cutánea primaria es una entidad controvertida, que presenta como criterios diagnósticos la identificación de Criptococo en la biopsia o cultivo cutáneo y la ausencia de enfermedad diseminada, haya o no historia de trauma local previo. Las lesiones cutáneas son variables e inespecíficas. Podrá requerir tratamiento médico, quirúrgico o la combinación de ambas.

**Conclusiones.** Ante la aparición de lesiones cutáneas en el contexto de un paciente inmunodeprimido, debe plantearse una infección micótica, aunque estas lesiones sean inespecíficas.

## 7. OCRONOSIS EXÓGENA SECUNDARIA A HIDROQUINONA

M.E. Martínez-Escala, I. Gil Faure, S. Segura, J. Lloreta<sup>a</sup>, J.E. Herrero, S. Puig<sup>b</sup> y R.M. Pujol

*Servei de Dermatologia i Patologia. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona. <sup>b</sup>Servei de Dermatologia. Hospital Clínic. Barcelona. España.*

**Introducción.** El concepto de ocronosis define un grupo de entidades caracterizadas por la presencia de depósitos de pigmento en tejidos ricos en fibras de colágena, como consecuencia de un trastorno metabólico hereditario (ocronosis endógena [alcaptonuria]) o adquirido por causas exógenas. Las ocronosis exógenas son un grupo de procesos secundarios a la aplicación tópica de un agente externo, habitualmente de hidroquinona, aunque también se ha descrito secundaria a resorcinol, fenol, mercurio y ácido pírico, o incluso tras la administración oral de antipalúdicos. Si bien pueden compartir unas características clínicas e histológicas con la ocronosis endógena, las formas exógenas son adquiridas y no se asocian con sintomatología sistémica. Su patogenia es desconocida, aunque se ha postulado la participación de diversos factores, como un efecto de la exposición solar, la inhibición local de la enzima oxidasa del ácido homogentísico, o bien la activación de la tirosinasa melanocitaria.

**Caso clínico.** Mujer de 64 años, fototipo IV, que consulta por máculas hiperpigmentadas con piqueteado azul-grisáceo, localizadas en ambas zonas malares y dorso de nariz, de años de evolución, donde se aplicaba de forma diaria hidroquinona. La biopsia practicada evidenció la presencia de depósitos de una sustancia amarillo-marrón en forma de plátano en la dermis superficial, sin respuesta inflamatoria acompañante. Se practicó estudio de microscopia electrónica y de microscopia confocal.

**Discusión.** Los pacientes afectados de ocronosis exógena son, en su mayoría, fototipos altos. Clínicamente se manifiesta como una hiperpigmentación asintomática de la cara, laterales y posterior del cuello, espalda y superficie extensora de las extremidades. Se han descrito hasta 3 estadios clínicos. Histológicamente se caracteriza por la presencia de fibras en forma de plátano de color amarillo-marrón en dermis, y en estadios más avanzados puede haber la presencia de granulomas con células multinucleadas. Puede plantearse el diagnóstico diferencial con el melasma. El tratamiento consiste, principalmente, en evitar el agente externo causante, además del uso de ácido retinoico, dermabrasión o bien el láser Q-switched ruby, con respuestas variadas según los artículos publicados.

**Conclusión.** La ocronosis exógena es una enfermedad de depósito ocasionada principalmente por la aplicación tópica de forma prolongada de hidroquinona, aunque también puede ser debido por otros agentes. Se manifiesta, en su mayoría, en pacientes con fototipos altos, como en el caso que presentamos, debido al frecuente uso de despigmentantes en esta población. Por ahora no se ha descrito tratamiento efectivo.

## 8. PÁPULAS ERITEMATOSAS EN EL PENE

A. Álvarez-Abella, E. Masferrer i Niubò, L. Canal de la Iglesia y A. Jucglà Serra

*Servei de Dermatologia. Hospital Universitari de Bellvitge. España.*

**Introducción.** La instilación de *Bacillus-Calmette-Guérin* (BCG) intravesical es una opción terapéutica en la neoplasia urotelial vesical. Las complicaciones más frecuentes son cistitis, hematuria o febrícula y, ocasionalmente, se da lugar a lesiones granulomatosas a distancia e incluso, diseminación miliar con compromiso vital.

**Caso clínico.** Paciente que durante el tratamiento con BCG por neoplasia superficial de vejiga recidivante, desarrolla una clínica

de fiebre, mal estado general y síndrome tóxico, acompañado de la aparición de unas pápulas eritemato-amarillentas asintomáticas en el glande. La biopsia cutánea muestra una dermatitis granulomatosa que, junto con la radiografía de tórax donde se observa un patrón miliar, sugiere el diagnóstico de diseminación miliar por BCG, por lo que se inicia tratamiento con rifampicina y etambutol durante 9 meses con buena respuesta.

**Discusión.** La afectación del glande tras instilación endovesical de BCG es una complicación poco habitual. Las manifestaciones clínicas que causa no son características, aunque la más típica es la presencia de pápulas eritemato-amarillentas en el glande. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, que surge de la suma del antecedente de tratamiento con BCG y la presencia de granulomas tuberculosos en la biopsia cutánea. Se trata pues de una entidad clínica todavía no bien definida, considerada por algunos autores como una forma de tuberculosis primaria y por otros, una tuberculide.

### Bibliografía

Aires NB, Santi CG, Nico MM. Tuberculid of the Glans Penis. *Acta Derm Venereol.* 2006;86(6):552-3.

Yusuke H, Yoshinori H, Kenichi M, Akio H. Granulomatous balanoposthitis after intravesical Bacillus-Calmette-Guerin instillation therapy. *Int J Urol.* 2006;13(10):1361-3.

## 9. PITIRIASIS LIQUENOIDE EN UN NIÑO: TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA

H. Hilari, G. Aparicio, M. Serra, C. Ferrándiz, P. Bassas, D. Bodet, J. Mollet, A. Vicente<sup>a</sup>, C. Rovira<sup>a</sup> y V. García-Patos

*Hospital Universitari de la Vall d'Hebron de Barcelona. <sup>a</sup>Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. España.*

**Introducción.** La pitiriasis liquenoide es una enfermedad papulo-descamativa de etiología desconocida frecuente en la edad pediátrica, que cursa en forma de brotes recurrentes. Existe una forma aguda y otra crónica que pueden plantear retos diagnósticos y terapéuticos.

**Historia clínica.** Presentamos el caso de un varón de 6 años de edad con una erupción polimorfa generalizada de más de un mes de evolución, cuyo diagnóstico clínico e histopatológico fue de pitiriasis liquenoide et varioliforme aguda (PLEVA). Se decidió inicio de tratamiento con fototerapia UVB de banda estrecha ante la escasa respuesta a la antibioterapia y corticoides tópicos. El paciente presentó resolución completa de las lesiones.

**Discusión.** Todos los tratamientos para las pitiriasis liquenoides se basan principalmente en series de casos no controlados, casos clínicos y anecdóticos. Planteamos las diferentes opciones terapéuticas y revisamos la indicación de fototerapia en edad infantil.

**Conclusión.** Consideramos que la fototerapia es una buena opción terapéutica para las pitiriasis liquenoides en la infancia, dada su eficacia y escasos efectos secundarios.

## 10. REACCIÓN CUTÁNEA POST-INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILOS DE CALMETTE-GUERIN

V. Sanmartín<sup>a</sup>, L. Abal<sup>a</sup>, R. Aguayo<sup>a</sup>, J.M. Gili<sup>b</sup>, T. Puig<sup>c</sup>, R. Egido<sup>d</sup>, R.M. Martí<sup>a</sup>, X. Soria<sup>a</sup>, M. Baradad<sup>a</sup> y J.M. Casanova<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Urología. <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.*

**Introducción.** La inmunoterapia con bacilos de Calmette-Guérin (BCG) ha producido una reducción en la recidiva y la mortalidad de los tumores vesicales. Menos de un 5% de los pacientes trata-

dos padecen efectos secundarios severos. Presentamos el primer caso de tuberculosis cutánea diseminada por vía hematológica después de un tratamiento intravesical con BCG.

**Caso clínico.** Varón de 62 años en tratamiento desde hacía 3 meses con instilaciones de BCG por un tumor urotelial papilar de alto grado. Acudió a consultas externas de Dermatología por la aparición de una lesión cutánea en la espalda violácea, caliente e indurada al tacto que no mejoraba con amoxicilina-clavulánico. La biopsia mostró una inflamación dérmica con marcada plasmocitosis pero sin llegar a observarse granulomas claros. La PCR fue positiva para *M. tuberculosis* complex por lo que se instauró tratamiento con triple terapia antituberculosa con gran mejoría de la lesión a las 3 semanas. Por todo ello, pensamos que puede tratarse de una infección cutánea por BCG.

**Discusión.** La terapia con BCG intravesical produce frecuentemente complicaciones locales como cistitis, fiebre y mal estar general que se deben a una buena respuesta inmunológica. Solamente en un 5% de los casos los efectos secundarios son graves. En una revisión reciente se clasifican las complicaciones en tempranas (< 3 meses) y tardías (> 1 año), siendo en estas últimas típica la inflamación localizada formando granulomas en hueso, árbol vascular o aparato genitourinario. Debido a la dificultad en la detección de micobacterias algunos autores creen que las lesiones podrían estar causadas por una reacción de hipersensibilidad, aunque otros lo niegan por la rápida respuesta al tratamiento antituberculoso. Existe un caso reportado de tuberculosis cutánea en una mano y varios casos en genitales externos post-instilación de BCG que parecen deberse a una inoculación directa del bacilo.

**Conclusión.** Creemos que es importante recordar el potencial infeccioso/reactivo de la terapia con BCG para poder realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz.

## 11. SÍFILIS MALIGNA. UN NUEVO CASO

L. Galvany Rossell<sup>a</sup>, G. Márquez Balbás<sup>a</sup>, E. Dilmé Carreras<sup>a</sup>, J. Sola-Ortigosa<sup>a</sup>, M. Sánchez-Regaña<sup>a</sup>, R. Argelich Ibáñez<sup>b</sup> y P. Umbert Millet<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.

Paciente varón de 30 años, con antecedentes patológicos de leucopenia en estudio, que consulta a nuestro servicio por síndrome febril y rash cutáneo de una semana de evolución. Natural de Irlanda, homosexual con relaciones esporádicas con preservativo (sexo oral sin protección). A la exploración física presentaba un exantema macular en tronco, lesiones úlcero-necróticas redondas en tronco y extremidades, alguna mácula aislada en palmas y plantas, adenopatías inguinales, eritema conjuntival y descamación fina en zona de la barba. No se hallaron úlceras en genitales ni lesiones en mucosa oral. Se tomaron dos biopsias cutáneas. La serología confirmó el diagnóstico de sospecha de secundarismo sífilítico con RNA-VIH positivo. Ante un nuevo caso de sífilis maligna, se revisa dicha enfermedad.

## 12. ÚLCERAS CRÓNICAS EN EXTREMIDADES INFERIORES

S. Nogués Siuraneta, J.M. Mascaró Galy y E. Martín Ortega  
Hospital Clínic de Barcelona. España.

**Caso clínico.** Paciente de 60 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, con antecedentes de osteoporosis y artrosis. Derivada para valoración de úlceras en extremidades inferiores de 3 años de evolución, que habían sido

intervenidas en 2 ocasiones por la presencia de carcinoma escamoso. Dada la recidiva de las lesiones y la aparición de nuevas úlceras se solicitaba valoración por el comité de cáncer cutáneo no melanoma de nuestro centro. A la exploración física se observaban múltiples úlceras con costra hemorrágica y centro exudativo de bordes irregulares que afectaban tobillo y rodilla izquierda, también había pápulas eritematosas en región pretibial. Dada la presencia de múltiples lesiones y la reaparición de las lesiones extirpadas previamente se decidió repetir la biopsia de una de ellas, donde se objetivó un proceso inflamatorio granulomatoso necrosante, sugestivo de una infección por micobacterias. Se distinguían también escasos bacilos ácido-alcohol resistentes de aspecto atigrado con la tinción de Ziehl-Neelsen. Reinterrogando a la paciente refería haber estado frecuentando un club de natación hacía 3-4 años, que había dejado después de la aparición de las úlceras. No presentaba factores de riesgo de inmunosupresión, aun así se realizó analítica sanguínea para descartar infección por VIH. Se inició tratamiento con claritromicina y minociclina ante la sospecha de infección por *M. marinum*, así como también se recomendó el uso de calor local varias veces al día. Dos meses más tarde las lesiones estaban completamente epitelizadas, aun así se continuó con el tratamiento durante 1 mes más. Durante el tratamiento se obtuvo el resultado microbiológico que fue positivo para *M. marinum*.

**Discusión.** El *Micobacterium marinum* es la micobacteria atípica que con más frecuencia afecta a la piel. La infección se adquiere como resultado de la inoculación directa del microorganismo a través de heridas o erosiones en contacto con agua contaminada. Se debe pensar en este diagnóstico ante la presencia de úlceras o nódulos resistentes al tratamiento, sobre todo cuando existe el antecedente de contacto con agua. Las formas clínicas más habituales son la nodular y la diseminada, siendo la nodular la más frecuente (65%). El diagnóstico se confirma mediante estudio microbiológico. Los fármacos y la duración del tratamiento no están bien establecidas, pero se utilizan las tetraciclinas, los macrólidos y la rifampicina ± etambutol, entre otros.

## 13. UN CASO CURIOSO DE ESTRÍAS DEL EMBARAZO EN UNA MUJER SUBSAHARIANA

A. Azón, C. Grau y C. Giusti

Hospital Sant Joan. Reus. España.

**Introducción.** Las estrías son roturas de las fibras de tejido conectivo presente en la dermis. Son muchas las causas de su aparición entre ellas el embarazo es una de las más frecuentes. La clínica sin embargo nos puede ayudar al diagnóstico de estrías de otro origen.

**Caso clínico.** Una mujer senegalesa de 35 años nos consultó para valorar el tratamiento de unas estrías aparecidas 3 años atrás durante el embarazo de su segundo hijo. Al explorar la paciente el tipo de estrías y su extensión no correspondían a unas estrías clásicas del embarazo. En un principio no había antecedentes a destacar, pero forzando el interrogatorio, la paciente admitió el uso de productos para blanquearse la piel en su país, durante más de 15 años. La mayoría eran corticoides de alta potencia e hidroquinona.

**Discusión.** El uso de productos blanqueadores es una práctica muy extendida en muchos países de África y Europa. La mayoría son mujeres de raza negra y el uso de los productos puede durar muchos años. Los productos más usados son hidroquinona, corticoides, mercuriales, extractos de plantas, etc. Estos pacientes se arriesgan a problemas serios por desconocimiento de los efectos secundarios a largo plazo. La llegada de inmigrantes africanos hace que nos podamos encontrar con casos problemáticos por culpa del mal uso de estos medicamentos.

# REUNIÓN ORDINARIA DE LA SECCIÓN CATALANA DE LA AEDV Y SOCIEDAD CATALANA DE DERMATOLOGÍA

## Barcelona, 17 de septiembre de 2009

### 1. SÍNDROME DE LAS UÑAS AMARILLAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Morell, J. Bassas-Vila, I. Bielsa, M.J. Fuente, C. Rodríguez y C. Ferrándiz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. España.*

**Introducción.** La coloración amarilla de las uñas presenta un amplio abanico en el diagnóstico diferencial, pero si la discromía afecta a las veinte uñas y se asocia a otras alteraciones, sobretodo respiratorias, debemos sospechar el síndrome de las uñas amarillas.

**Caso clínico.** Se trata de un paciente de 75 años que estuvo ingresado para estudio de una ascitis quillosa. Como antecedentes destacaban un derrame pleural, EPOC, sinusitis crónica y edemas en las extremidades inferiores de larga evolución. Presentaba discromía amarillenta de las veinte uñas, enlentecimiento del crecimiento, pérdida de cutícula y engrosamiento de la lámina ungueal de más de veinte años de evolución que habían estado tratadas como onicomicosis, sin mejoría clínica.

**Discusión.** La patogenia del síndrome de las uñas amarillas no es muy conocida pero se sabe que podría ser debido a una disfunción en el drenaje linfático, esto conlleva diferentes manifestaciones clínicas como el linfedema, las alteraciones pleuropulmonares y las digestivas. El diagnóstico es clínico, con un mínimo de dos criterios, siendo las alteraciones ungueales imprescindibles.

**Conclusión.** Aunque es rara y poco conocida, esta entidad forma parte del diagnóstico diferencial de la discromía amarillenta de las uñas. Nuestro caso cumple todos los criterios que definen este síndrome.

### 2. NEOPLASIA HEMATODÉRMICA CD4+/CD56+ (WHO/EORTC 2008)

M.E. Martínez Escala<sup>a</sup>, F. Gallardo<sup>a</sup>, A. Ferrer<sup>c</sup>, L. Florensa<sup>c</sup>, A. Álvarez<sup>b</sup>, C. Besses<sup>b</sup>, M. García<sup>c</sup>, C. Barranco<sup>c</sup>, S. Serrano<sup>c</sup> y R.M. Pujol<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servei de Dermatologia. <sup>b</sup>Servei d'Hematologia. <sup>c</sup>Servei de Patologia. Hospital del Mar: IMAS. Barcelona. España.*

**Introducción.** La neoplasia hematodérmica CD4+/CD56+ fue descrita por primera vez como entidad en la Clasificación de 2005 de la WHO/EORTC. Se trata de una leucemia/linfoma de

células dendríticas plasmocitoides (y, en menor frecuencia, de células mieloides) que co-expresa CD4 y CD56. La afectación cutánea es frecuente y ocasionalmente puede ser la primera manifestación de la enfermedad.

**Caso clínico.** Se trata de un varón de 73 años, diagnosticado de síndrome mielodisplásico tipo citopenia refractaria multilinea, y gammapatía monoclonal IgM Kappa de significado incierto desde el año 2006. El paciente consultó por múltiples nódulos y placas eritematosas, algunas de aspecto purpúrico, distribuidas en cuero cabelludo y tronco de dos meses de evolución, y que progresaban en medida y número, sin síndrome constitucional, ni síntomas B asociados. Se practicó biopsia de la piel donde se observó un infiltrado nodular monomorfo inersticial, perianexial y perivascular, sin angiotropismo ni epidermotropismo. En el estudio de inmunohistoquímica se observó que las células neoplásicas expresaban los antígenos CD4, CD56, CD123, siendo negativos los marcadores de poblaciones B, T, moléculas citotóxicas y VEB. No se detectaron alteraciones en el estudio de citogenética y la biología molecular no detectó clonalidad de TCR beta ni gamma, ni de los reordenamientos de las cadenas pesadas de las inmunoglobulinas. Se orientó el caso como neoplasia hematodérmica CD4+/CD56+ y se practicó estudio de extensión donde se observó afectación ganglionar cervical, un 40 % de infiltración de células dendríticas a médula ósea así como un 12 % de células en LCR. Por otro lado, en sangre periférica, el porcentaje de la clona que se detectó en piel sólo correspondía a un 1,5 % del total de la celularidad, a parte se observaban abundantes monoblastos y con la citometría de flujo se determinó que pertenecían a una población diferente. El diagnóstico final fue de leucemia aguda monoblástica y neoplasia hematodérmica.

**Discusión.** La neoplasia hematodérmica CD4+/CD56+ se trata de un proceso hematológico clínicamente muy agresivo con una alta incidencia de afectación cutánea y un riesgo de diseminación leucémica. Histológicamente son procesos linfoproliferativos sin epidermotropismo, con infiltrado en dermis de células atípicas de tamaño mediano, monomorfas y abundantes mitosis. Estas células expresan característicamente los antígenos CD4, CD56, CD123. Se asocia frecuentemente a síndromes mielodisplásicos o leucemias mielogénicas que pueden dificultar su diagnóstico por la co-expresión de otros marcadores que pertenecen a linajes diferentes. Es de mal pronóstico y el tratamiento con poliquimioterapia se asocia a recidivas. Hasta el día de hoy, sólo se ha obtenido remisiones completas con el trasplante de médula ósea.

# REUNIÓN ORDINARIA DE LA SECCIÓN CATALANA DE LA AEDV Y SOCIEDAD CATALANA DE DERMATOLOGÍA

## Barcelona, 29 de octubre de 2009

### 1. PIGMENTACIÓN DE LA LENGUA EN UNA PACIENTE JOVEN

R.M. Guinovart, I. Bielsa, J.M. Carrascosa, L. Morell  
y C. Ferrándiz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias  
i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona. España.*

**Introducción.** La pigmentación de las mucosas puede ser consecuencia de varios procesos, algunos de ellos con implicación exclusivamente cutánea y otros como consecuencia de enfermedades sistémicas.

**Caso clínico.** Paciente de 31 años no fumadora, fototipo IV, con antecedente de primoinfección por citomegalovirus hace 4 meses. Consultó por un cambio de coloración asintomática en la lengua de 4 meses de evolución, sin otra sintomatología acompañante. En la exploración física se constató una pigmentación azul-negrucosa en la lengua, así como una pigmentación menos evidente en la mucosa yugal y el labio inferior. En el resto de la piel no se observaron cambios relevantes. Se solicitaron unos análisis en los que se evidenció un cortisol disminuido con una ACTH elevada, alteraciones sugestivas de enfermedad de Addison que se confirmó después de realizar el test de Synacthen.

**Discusión.** La enfermedad de Addison es la insuficiencia de las glándulas suprarrenales secundaria a la destrucción de las mismas por múltiples procesos ya sean inflamatorios, metastáticos, vasculares o degenerativos. En nuestro medio la etiología más frecuente es la adrenalitis autoinmune aislada o formando parte del síndrome poliglandular 1 o 2. La afectación cutánea en la insuficiencia suprarrenal es prácticamente constante y precoz. Casi siempre se manifiesta como una exageración de la pigmentación fisiológica, con aumento en las zonas fotoexpuestas y sometidas a fricción o en las cicatrices. En pacientes con fototipos oscuros, como en nuestro caso, la hiperpigmentación cutánea puede no ser evidente, siendo entonces la pigmentación de las mucosas la que nos dará la clave del diagnóstico.

**Conclusión.** Ante una pigmentación de las mucosas es necesario plantearse un amplio diagnóstico diferencial incluyendo enfermedades sistémicas como la enfermedad de Addison.

### 2. PIDERMA GANGRENOSO

S. Martín, L. Canal, A. Álvarez y A. Juglà

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge.  
Barcelona. España.*

**Introducción.** El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica poco frecuente, que se caracteriza por la aparición de úlceras cutáneas dolorosas de bordes violáceos y socavados. La localización más frecuente son las extremidades inferiores, aunque puede afectar otras localizaciones e incluso aparecer infiltrados neutrofílicos estériles en órganos internos. Se asocia a patología sistémica en un 50-70% de los casos, siendo las más frecuentes la enfermedad inflamatoria intestinal, la artritis y los trastornos hematológicos. La histología, caracterizada por necrosis dermo-epidérmica e infiltrado neutrofílico, no es específica

de este proceso. El tratamiento más utilizado son los corticoides con o sin la adyuvancia de fármacos inmunosupresores, principalmente la ciclosporina.

**Caso clínico.** Mujer de 55 años con múltiples úlceras abdominales dolorosas de bordes violáceos, base purulenta y eritema circundante que fue remitida a nuestro centro para diagnóstico y tratamiento. La paciente había sido tratada durante dos meses con antibióticos, antifúngicos y desbridamiento quirúrgico bajo la orientación de celulitis, sin mejoría de sus lesiones. Ante la sospecha diagnóstica de pioderma gangrenoso realizamos estudios para descartar enfermedad asociada e iniciamos prednisona a dosis de 1 mg/kg al día con muy buena respuesta y rápida reepitelización de las úlceras, permitiendo la disminución progresiva del tratamiento corticoideo sin presentar recurrencias en los controles posteriores.

**Discusión.** El pioderma gangrenoso es una causa de úlcera cutánea poco frecuente sin ninguna prueba específica para su diagnóstico, siendo este de exclusión. Por tanto, es de suma importancia sospechar esta patología ante una clínica e histología compatibles y descartar otros procesos que cursan con ulceración cutánea.

**Conclusión.** Se debe tener en cuenta la posibilidad de pioderma gangrenoso como diagnóstico diferencial de úlcera cutánea, para evitar como en el caso comentado la demora en el inicio de un tratamiento adecuado.

### 3. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS PECULIARES DE TUMEFACCIÓN BLANDA Y CIRCUNSCRITA DEL CUERO CABELLUDO

I. Gil, M. Gilaberte, G. Martín-Ezquerro, C. Barranco,  
J. Capellades y R.M. Pujol Vallverdú

*Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Caso 1.** Mujer de 55 años que consulta en nuestro servicio por la aparición progresiva en los últimos tres años de una zona abultada en el cuero cabelludo occipital con prurito ocasional. A la E/F se objetiva un cuero cabelludo con eritema y telangiectasias en zona parieto-occipital que presenta un tacto blando sin alopecia asociada. El cultivo fúngico es negativo. La RMN craneal evidencia un incremento del grosor del cuero cabelludo (10 mm). La biopsia excisional de piel revela un tejido celular subcutáneo de grosor superior al esperado que parece invadir la dermis reticular con anejos y folículos preservados sin inflamación ni fibrosis. Además se objetivan múltiples vasos linfáticos dilatados dérmicos.

**Caso 2.** Mujer de 34 años obesa que consulta por una tumefacción dolorosa, blanda y progresiva de 5 años de evolución en cuero cabelludo occipital. A la E/F el cuero cabelludo aparece blando y engrosado sin alteraciones cutáneas ni alopecia asociadas. La biopsia excisional revela una epidermis acantótica, una dermis con infiltrados limfocitarios discretos perivasculares y ocasionales vasos linfáticos dilatados con un incremento del grosor del tejido celular subcutáneo que parece «empujar» la dermis hacia la superficie sin inflamación ni fibrosis. En el TAC y la RMN craneales se objetiva un cuero cabelludo de grosor

superior al normal (10 mm). Ante los hallazgos clínicos, anatomopatológicos y de imagen, ambas pacientes son diagnosticadas de cuero cabelludo lipedematoso (CCL). Esta entidad, por primera vez descrita en 1935 por Cornbleet se caracteriza por un engrosamiento blando (algodonoso) y progresivo del cuero cabelludo a expensas de un incremento en el tejido celular subcutáneo. Afecta a mujeres de edad media avanzada, sobretodo en la zona del vértex craneal. Cuando se asocia a cambios alopécicos se utiliza el nombre de alopecia lipedematososa. El incremento del tejido celular subcutáneo se hace patente en la biopsia y debe ser confirmado por pruebas de imagen. El tratamiento de esta entidad es habitualmente decepcionante y aunque se han ensayado corticoesteroides, éstos no resultan efectivos. En conclusión, presentamos dos casos de CCL para resaltar esta entidad poco conocida y escasamente reportada en la literatura médica.

cos se utiliza el nombre de alopecia lipedematososa. El incremento del tejido celular subcutáneo se hace patente en la biopsia y debe ser confirmado por pruebas de imagen. El tratamiento de esta entidad es habitualmente decepcionante y aunque se han ensayado corticoesteroides, éstos no resultan efectivos. En conclusión, presentamos dos casos de CCL para resaltar esta entidad poco conocida y escasamente reportada en la literatura médica.