

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

VI Reunión de la Sección Murciana de la AEDV
Murcia, 7 de marzo de 2009

VII Reunión de la Sección Murciana de la AEDV
Murcia, 7 de noviembre de 2009

RESÚMENES

VI REUNIÓN DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

Murcia, 7 de marzo de 2009

1. LESIONES PIGMENTADAS DEL APARATO UNGUEAL

J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, A. Hernández-Gil Bordallo, M.D. Ruiz Martínez, C. Soria Martínez, N. Marín Corbalán y C. Brufau Redondo
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. Las lesiones pigmentadas del aparato ungueal son un motivo relativamente frecuente de consulta dermatológica, que provocan inquietud en los pacientes y respeto en el dermatólogo. Debido a su complejidad, es necesario establecer un correcto diagnóstico diferencial entre todas las patologías que las pueden producir.

Caso clínico. Presentamos varios casos clínicos de lesiones pigmentadas del aparato ungueal, estudiados clínica, dermoscópica e histológicamente. Estudiamos las diferentes técnicas diagnósticas y terapéuticas en esta compleja localización.

Discusión. Las dificultades diagnósticas y terapéuticas, así como la evolución en ocasiones incierta de las lesiones en esta localización, obligan a un estudio pormenorizado individual. Aun así disponemos de métodos diagnósticos que permiten una mejor orientación clínica y establecer criterios de actuación en cada caso.

2. LUPUS VS. LUPUS: REFLEXIONES ACERCA DE LA PCR Y DEL CULTIVO PARA «MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS»: A PROPÓSITO DE UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

J. Pardo, J. García-Solano^a, J. Ruffin, F. Allegue, J. Pereda y A. López

Servicio de Dermatología. ^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. España.

Introducción. La reacción en cadena de la polimerasa (*polymerase chain reaction*, PCR) y el cultivo en los medios adecuados son pruebas diagnósticas fundamentales para el diagnóstico de las infecciones cutáneas producidas por *Mycobacterium tuberculosis*. Sin embargo, es necesaria una correcta correlación clínico-patológica y un seguimiento de los pacientes para poder detectar los casos de falsos positivos o falsos negativos.

Caso clínico. Mujer de 50 años de edad con lesión en zona mandibular de 5 años de evolución, en forma de placa granulomatosa eritemato-edematosa, supurativa, dolorosa, de lento crecimiento. Una PCR y un cultivo positivos para *M. tuberculosis* determinaron un tratamiento tuberculostático que no fue eficaz después de varios meses, lo que propició una revisión clínico-patológica del caso y una reorientación del diagnóstico.

Discusión. Este caso ilustra la dificultad en catalogar procesos cuando las diversas pruebas complementarias orientan a distintas etiologías. A pesar de su elevada sensibilidad y especificidad, pueden existir casos de falsos positivos en el cultivo para *M. tuberculosis*.

Conclusión. Es necesario realizar una correcta correlación clínico-coevolutiva, de la histopatología y del resto de pruebas complementarias, en dermatosis que no respondan al tratamiento inicial.

3. ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO CON P16 EN ENFERMEDAD DE BOWEN Y QUERATOSIS ACTÍNICA BOWENOIDE

R. Corbalán-Velez^a, J.A. Ruiz-Macía^b, C. Brufau^c, I. Oviedo^d, T. Martínez-Menchón^a, J. Frías-Iniesta^a, E. Martínez-Barba^d, P. Sánchez-Pedreño^a, J. Martínez-Escribano^a y A. Clemente-Valenciano^a

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

Introducción. La proteína p16 es una proteína supresora tumoral. Según estudios previos la tinción inmunohistoquímica con p16 es positiva en la mayoría de Enfermedad de Bowen (EB).

Material y método. Hemos realizado tinción inmunohistoquímica para p16 en 15 EB y en 15 queratosis actínicas bowenoides (QAB).

Resultados. La tinción con p16 fue positiva en 13 EB (86,6%) y en 12 QAB (80%); en las EB se observaba positividad en todas las capas de la epidermis mientras que en las QAB la positividad predominaba en el tercio inferior de la epidermis. Tanto en las EB como en las QAB observamos invasión de estructuras anexiales normales.

Conclusiones. La tinción con p16 es positiva en la mayoría de EB y QAB. En los casos en que es positiva, nos podría ayudar a diferenciar la EB de la QAB; también facilitaría la observación de si una EB o una QAB invade estructuras anexiales normales o si existe microinvasión en dermis. Serían necesarios más estudios para determinar las causas de esta positividad en las EB y en las QAB, ya que se han descrito alteraciones en la p16 debidas a la radiación ultravioleta y al efecto de determinados papilomavirus (VPH), entre otros.

4. DERMATITIS DE CONTACTO POR DIMETILFUMARATO EN MURCIA

P. Mercader, J.F. Silvestre^a, A.M. Giménez-Arnau^b, J.M. Rodenos, A. Peña, F. Muñoz y B. Pérez-Suárez

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario José MO Morales Meseguer. Murcia. ^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Alicante. ^bServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción. El dimetilfumarato es un ester del ácido fumárico que está siendo utilizado como antiséptico por la industria asiática. Su uso en muebles se ha relacionado con brotes de eccema de contacto en el norte de Europa. Recientemente se han visto casos de eccema en nuestro país relacionado no solo con su uso en muebles, sino también en el calzado.

Material y métodos. En los pacientes con eccema de contacto clínicamente sugestivos de estar relacionados con el dimetilfumarato se realizaban pruebas epicutáneas con diferentes diluciones de dimetilfumarato y con trozos del calzado sospechoso. En algunos casos se enviaron muestras para analizar a laboratorios de referencia.

Resultados. En nuestro hospital hemos encontrado dos casos de dermatitis por dimetilfumarato relacionados con sofás y seis casos relacionados con calzado. Los resultados de las pruebas epicutáneas y del análisis del calzado demuestran la implicación causal del dimetilfumarato en estos casos.

Discusión. El dimetilfumarato es un irritante potente, que además ha demostrado tener capacidad de sensibilización, su uso en el calzado ha provocado un brote epidémico de dermatitis de contacto a nivel nacional. Aunque su uso como antiséptico está prohibido en España, se deben establecer los adecuados controles para evitar que productos contaminados con esta sustancia estén a la venta.

5. EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES DE UN FETO ARLEQUÍN

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

Servicio de Dermatología y ^aUCI Neonatal. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. Las ictiosis constituyen un grupo heterogéneo de genodermatosis caracterizadas por un trastorno de la queratinización. De todas ellas la forma más severa es la ictiosis arlequín. Se trata de un proceso de herencia autosómica recesiva, aunque la mayoría de los casos son esporádicos debido a mutaciones de novo en el gen ASCA12. Por lo general el pronóstico de estos pacientes suele ser fatal por complicaciones de prematuridad, insuficiencia respiratoria, sepsis, hipotermia y/o deshidratación hipernatrémica.

Caso clínico. Recién nacido prematuro que al nacimiento presentaba una membrana dura, similar a una armadura que inmovilizaba al paciente. Presentaba ectropion, eclabion, desarrollo rudimentario de pabellones auriculares así como afectación intensa de extremidades con contracturas en flexión. Describimos la evolución del paciente, las complicaciones durante el tratamiento hasta el desenlace fatal del mismo.

Conclusión. La ictiosis arlequín es un proceso dermatológico severo cuyo pronóstico depende de la valoración precoz del paciente, inicio temprano de tratamiento sistémico con acitretino y de los cuidados tópicos de la piel. Siempre deben ser descartados otros síndromes complejos que incluyan entre sus manifestaciones la posibilidad de presentarse al nacimiento como un feto arlequín.

6. PIODERMA GANGRENOSO MÚLTIPLE: RESPUESTA SATISFATORIA A INFLIXIMAB

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

Servicio de Dermatología. H.G.U. Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis crónica e infrecuente en la consulta de Dermatología, englobada dentro del grupo del dermatosis neutrofilicas. Se reconocen 4 variantes clínicas: clásica-ulcerativa, pustulosa, ampollosa y vege-

tante o superficial. Su frecuente asociación a otros procesos sistémicos como la enfermedad inflamatoria intestinal, artritis y discrasias hematológicas hace que nuestra especialidad adquiera gran relevancia en el diagnóstico precoz del cuadro y en la búsqueda de dichas asociaciones.

Caso clínico. Paciente diagnosticado de PG y que al ser atendido en nuestro Servicio, presentaba en cara, tronco y extremidades entre 50-60 placas exulceradas, de hasta 5 cm de diámetro y muy dolorosas. Presentaba hábito cushingoide por el uso crónico de corticoides sistémicos. Las lesiones habían remitido previamente con ciclosporina oral, sin embargo la toxicidad renal obligó a retirarla, con reaparición.

7. PIODERMA GANGRENOSO MÚLTIPLE: RESPUESTA SATISFATORIA A INFLIXIMAB

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

Servicio de Dermatología. H.G.U. Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis crónica e infrecuente en la consulta de Dermatología, englobada dentro del grupo del dermatosis neutrofilicas. Se reconocen 4 variantes clínicas: clásica-ulcerativa, pustulosa, ampollosa y vegetante o superficial. Su frecuente asociación a otros procesos sistémicos como la enfermedad inflamatoria intestinal, artritis y discrasias hematológicas hace que nuestra especialidad adquiera gran relevancia en el diagnóstico precoz del cuadro y en la búsqueda de dichas asociaciones.

Caso clínico. Paciente diagnosticado de PG y que al ser atendido en nuestro Servicio, presentaba en cara, tronco y extremidades entre 50-60 placas exulceradas, de hasta 5 cm de diámetro y muy dolorosas. Presentaba hábito cushingoide por el uso crónico de corticoides sistémicos. Las lesiones habían remitido previamente con ciclosporina oral, sin embargo la toxicidad renal obligó a retirarla, con reaparición de las lesiones. Durante su ingreso se decidió iniciar tratamiento con infliximab 5 mg/kg/iv (0, 2, 6 semanas, mantenimiento cada 8 semanas) con reepitelización del 90 % de las lesiones a los 6 meses. Durante este periodo tuvo exacerbaciones que controlamos con corticoterapia sistémica adyuvante. la colonoscopia, hemograma, análisis de orina, inmunoglobulinas y estudios de autoinmunidad descartaron patología sistémica concomitante. Su reciente ingreso por una artritis séptica en la rodilla derecha ha obligado suspender el infliximab. Hasta ese momento el paciente estaba asintomático.

Discusión. Presentamos en caso de un pioderma gangrenoso múltiple con intolerancia al tratamiento sistémico con corticoides orales y ciclosporina, en remisión casi total durante el tratamiento con infliximab (5mg/kg/iv). En la ficha técnica está descrita la mayor incidencia de infecciones durante el tratamiento, así pues, consideramos una probable relación causal entre la artritis séptica que presenta el paciente y el infliximab.

Conclusión. El PG sigue siendo un reto terapéutico para los dermatólogos, siendo fundamental descartar enfermedades sistémicas asociadas. El uso de fármacos anti-TNF se postula como una opción terapéutica prometedora. El infliximab es un tratamiento efectivo, no exento de efectos secundarios, en el PG.

VII REUNIÓN DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

Murcia, 7 de noviembre de 2009

1. VARÓN CON LESIONES PALMOPLANTARES Y GENITALES

B. Pérez-Suárez, P. Mercader, M.A. Gorostiza, F. Muñoz, J.M. Ródenas y M.D. Peña

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

Introducción. El Síndrome de Reiter vien definido por la triada clásica de uretritis, dermatitis y conjuntivitis.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón caucásico de 35 años de edad, cuyo único antecedente personal de interés era una dermatitis seborreica facial y de cuero cabelludo, sin tratamiento actualmente, y sin otros antecedentes médicos personales o familiares relevantes. Consultó por la aparición de lesiones ligeramente pruriginosas palmoplantares y en genitales de dos semanas de evolución. A la exploración se evidenciaron placas numulares eritematosas, con descamación periférica, de 0,5 a 1 cm de diámetro, y cierta tendencia a confluir. Se disponían de manera simétrica, transgrediendo los bordes de las palmas y las plantas, y afectando escroto, pene y pubis. Las adenopatías inguinales y axilares no eran palpables y el estado general, a excepción de artralgias en codos y manos, estaba conservado. El paciente negaba ingesta previa de fármacos, comportamientos sexuales de riesgo, uretrorrea y otras lesiones cutáneas; únicamente refería una gastroenteritis aguda 2 semanas antes de la aparición del cuadro. Se solicitaron analíticas y serologías.

Discusión. Tras haber descartado una lúes, y con un HLA B 27++, se realizó el diagnóstico de S. de Reiter. Se inició tratamiento con AINEs, antibiótico vo y corticoides tópicos, con buena respuesta.

Conclusión. Hemos presentado un caso inusual de S. de Reiter incompleto desencadenado por una infección digestiva, con unas llamativa clínica cutánea.

2. LEIOMIOMAS FAMILIARES

J. Ruffin, A. López Ávila, J. Pereda, J. Pardo, F. Allegue y J. García Solano

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. España.

Paciente varón de 27 años con lesiones papulosas de años de evolución localizadas en región dorsal derecha. La biopsia demostró leiomiomas cutáneos múltiples. El paciente tenía antecedentes familiares en una hermana con leiomiomas uterinos. Estudios complementarios no mostraron patología renal. Se concluye con el diagnóstico de Leiomiomas familiares. Se descartó Síndrome de Reed.

3. QUISTE DERMOIDE OCCIPITAL ASOCIADO A MALFORMACIÓN DE ARNOLD CHIARI TIPO I

A. Ramírez Andreo, M.J. López Poveda^a, J. Hernández Gil Sánchez, C. Soria, C. Brufau, N. Marín, M.D. Ruiz y A. Hernández Gil Bordallo

Servicio de Dermatología. H.G.U. Reina Sofía. ^aServicio de Anatomía Patológica. H.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia. España.

Introducción. La malformación de Arnold Chiari tipo I es una malformación del sistema nervioso central en el que las amígdalas

cerebelosas se sitúan por debajo del *foramen magnum*. El espectro clínico incluye los casos asintomáticos hasta la hidrocefalia y siringomielia. La aparición del quiste dermoide es debida a la retención de epitelio estratificado a lo largo de las líneas de fusión embrionarias. Puede estar presente en el nacimiento o aparecer a lo largo de la infancia. Su localización en línea media obliga a descartar comunicaciones y/o malformaciones del sistema nervioso central (SNC).

Caso clínico. Paciente de 9 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que es derivado a Dermatología por presentar una placa alopecica congénita en cuero cabelludo. A la exploración presentaba en vértex una pápula cupuliforme anaranjada, de 8 mm de diámetro y otra placa costrosa de aproximadamente 9 mm de diámetro. Se solicita RMN craneal para descartar conexión con SNC y se descubre una malformación de Arnold Chiari I. Se derivó a Neurocirugía para exéresis de la lesión cutánea y valoración neurológica. La histología informó de quiste dermoide con extensión extradural.

Discusión. Presentamos la asociación de una malformación de Arnold Chiari I con un quiste dermoide de cuero cabelludo y con extensión extradural. Hasta el momento el paciente no presenta síntomas neurológicos.

Conclusión. Las lesiones de línea media en polo cefálico pueden ser marcadores de defectos intracraneales y conectar con el SNC, siendo necesarias las pruebas de imagen para descartar estas asociaciones, antes de cualquier técnica terapéutica-diagnóstica invasiva.

4. INFILTRACIÓN CUTÁNEA METASTÁSICA EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

A. Clemente-Ruiz de Almirón, A. Sánchez Salinas^a, T. Martínez-Menchón, R. Corbalán-Vélez, P. Sánchez-Pedreño, J. Martínez-Escribano, A.M. Clemente Valenciano, J.E. Hernández-Barceló^b y J.F. Frías-Iniesta

Servicio de Dermatología. ^aServicio de Hematología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. España.

Introducción. Existen cuatro variantes de neoplasias malignas de células plasmáticas: el mieloma múltiple, el plasmocitoma extramedular sin mieloma, el plasmocitoma solitario de hueso, y la leucemia de células plasmáticas. La afectación cutánea específica puede aparecer en cualquiera de estos procesos, pero es extremadamente infrecuente. Presentamos un caso de mieloma múltiple con afectación cutánea metastásica.

Caso clínico. Mujer de 63 años de edad, con antecedentes de cáncer de mama familiar y que había sido sometida a dos mastectomías radicales hacía 8 y 11 años por dos carcinomas intraductales de mama, que es diagnosticada de mieloma múltiple IgG kappa estadio IIIB en Septiembre 08. Por este motivo recibió varios ciclos de quimioterapia, con progresión de la enfermedad, motivo por el que en Junio 09 se realiza trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, tras acondicionamiento con melafalán. Dos meses después ingresa debido a una hemorragia digestiva alta, y durante su estancia aparecen de forma eruptiva en 48 horas múltiples lesiones de 4-8 mm de diámetro, infiltradas

al tacto, de color rosado, en brazo derecho. Con sospecha de metástasis cutáneas se realiza biopsia de una de las lesiones. El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de una infiltración cutánea por células malignas del mieloma múltiple.

Comentario. La afectación cutánea metastásica en pacientes con mieloma múltiple es un proceso muy infrecuente, sobre todo si no existen lesiones óseas subyacentes que justifiquen una extensión directa de la neoplasia. Su aparición constituye un signo de muy mal pronóstico, indicando progresión de la enfermedad, y se asocia a una muy baja supervivencia.

5. LESIÓN NODULAR SUBCUTÁNEA EN REGIÓN LUMBAR DERECHA: CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

J. Hemández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, M.D. Ruiz Martínez, C. Soria Martínez, N. Marín Corbalán, C. Brufau Redondo, P. Blasco Muñoz^a, F. Martínez Díaz^a y A. Hemández-Gil Bordallo

Servicio de Dermatología. ^aServicio de Anatomía Patológica. HGU Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El carcinoma de células de Merkel es un tumor cutáneo agresivo que aparece generalmente en pacientes de edad avanzada y suele localizarse en cabeza y cuello. Clínicamente se manifiesta como una placa roja o eritematosa, habitualmente de superficie nodular y generalmente de pequeño tamaño.

Caso clínico. Paciente de 71 años, ingresado a cargo de Neurología por ACV isquémico en enero de 2009. Nos avisan para valorar lesión asintomática en región lumbar derecha de 6 meses de evolución. A la exploración se apreciaba lesión nodular subcutánea de 4 cm de diámetro, más palpable que visible, de consistencia elástica, bordes netos y desplazable sobre planos profundos. En superficie destacaba leve eritema persistente desde su inicio, pero no de características inflamatorias. La biopsia incisional de la misma y el estudio inmunohistoquímico confirmó el diagnós-

tico de carcinoma de células de Merkel. Posteriormente se realizó ampliación de márgenes tumorales y biopsia selectiva de ganglio centinela que fue positiva para un ganglio situado en la cadena ganglionar inguinal. Tras estos resultados se procedió al vaciamiento ganglionar inguinal con posterior radioterapia tanto del lecho tumoral como de la región ganglionar afecta. Actualmente el paciente se encuentra en régimen quimioterápico y con revisiones posteriores normales. Se comentará el caso clínico, de aspecto y localización poco habituales, la cada vez mayor utilización de la técnica del ganglio centinela en pacientes con este tipo de tumores, y se discutirá el protocolo diagnóstico y terapéutico de los mismos.

6. EMPLEO DE COLGAJO PARAESCAPULAR EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDROSADENITIS AXILAR

F. Muñoz, J.M. Ródenas, P. Mercader, B. Suárez y A. Peña

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario José M.^a Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad cutánea crónica, que cursa con episodios de inflamación e infección recurrente en las glándulas sudoríparas apocrinas, y que produce un gran impacto emocional en la vida de los pacientes. No hay ningún tratamiento que sea efectivo en el 100% de los casos y la corrección quirúrgica puede ser muy compleja.

Caso clínico. Mujer de 30 años, con episodios recurrentes de hidrosadenitis en axilas. Las lesiones habían recibido tratamiento con isotretinoína, anticonceptivos orales y antibióticos, sin mejorar. En el momento de acudir a consulta presentaba cicatrices retractiles y episodios supurativos en ambas axilas. Se decidió hacer un tratamiento quirúrgico mediante un colgajo paraescapular.

Conclusión. Está técnica es efectiva para el tratamiento de este tipo de lesiones, aunque presenta un grado elevado de complejidad técnica.