

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

Reunión de la Sección Territorial Valenciana  
de la Academia Española  
de Dermatología y Venereología  
*Calpe, 17 y 18 de octubre de 2008*

Reunión de la Sección Territorial Valenciana  
de la Academia Española  
de Dermatología y Venereología  
*Valencia, 12 de diciembre de 2009*

RESÚMENES



# REUNIÓN DE LA SECCIÓN TERRITORIAL VALENCIANA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

## Calpe, 17 y 18 de octubre de 2008

### 1. CARCINOMA ANEXIAL MICROQUÍSTICO: LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

A. Martorell Calatayud, C. Requena Caballero, R. Botella Estrada, B. Echeverría García, O. Sanmartín Jiménez, B. Llombart Cussac, C. Serra Guillen, E. Nagore Enguñados, F. Messeguer Badía y C. Guillén Barona

*Servicio de Dermatología. IVO. Valencia. España.*

**Introducción.** El carcinoma anexial microquístico (CAM) es una tumoración anexial muy poco frecuente que presenta una elevada tendencia a la recidiva local. Un limitado número de estudios preliminares indican que el uso de la cirugía micrográfica de Mohs (CMM) en el tratamiento de esta tumoración asocia tasas de curación más favorables que la exéresis quirúrgica amplia estándar.

**Objetivos.** Presentar los datos clínicos e histológicos de 6 pacientes consecutivos con CAM tratados mediante CMM.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias medico-quirúrgicas de 6 pacientes consecutivos tratados en nuestro servicio mediante CMM en los últimos 5 años.

**Resultados.** El 100% de los casos se localizaron en la cara y todos ellos fueron tumores primarios. Un 70% de los casos fueron erróneamente diagnosticados inicialmente como carcinoma basocelular. La invasión perineural no se observó en ninguno de los 6 casos. No se detectó recurrencia en ninguno de los casos tratados mediante CMM tras un periodo de seguimiento que varió entre los 6 meses y los 5 años.

**Conclusiones.** El CAM es una tumoración de localización fundamentalmente facial que tiene tendencia a localizarse en el hemilado izquierdo. El carácter primario de la tumoración se asocia con una baja frecuencia de infiltración perineural. La ausencia de recidiva en el seguimiento a largo plazo en nuestra serie apoya la consideración de la CMM como el tratamiento de elección del CAM. Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

### 2. PANICULITIS PANCREÁTICA EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

B. Echeverría, O. Sanmartín, C. Requena, B. Llombart, R. Botella, E. Nagore, C. Serra Guillén, A. Martorell, F. Messeguer y C.A. Guillén

*Servicio de Dermatología. IVO. Valencia. España.*

Las paniculitis son un grupo heterogéneo de trastornos inflamatorios que afectan al tejido celular subcutáneo y son de etiología diversa pero de similar presentación clínica. Histopatológicamente puede ayudar a orientar la causa subyacente el hecho de que la afectación sea predominantemente lobulillar o septal, de que se encuentre o no vasculitis asociada así como el infiltrado celular acompañante. La paniculitis pancreática se suele asociar a patología pancreática, sobre todo pancreatitis y adenocarcinoma de páncreas exocrino, procesos en los que el aumento de la lipasa subsecuente origina una paniculitis preferentemente lobulillar sin vasculitis.

Se presenta el caso de una paciente mujer de 76 años con lesiones en miembros inferiores de paniculitis pancreática confirma-

da histopatológicamente, con niveles elevados de lipasa y CA 19,9, y cuyo estudio de imagen mostró una lesión a nivel del cuerpo gástrico y otra en el lóbulo hepático derecho de 11 cm siendo el páncreas totalmente normal. Salvo la paniculitis y asintomatología originada por una anemia microcítica la paciente no presentaba ninguna otra sintomatología. La biopsia de las lesiones viscerales fue de adenocarcinoma gástrico y metástasis hepática del mismo. Las lesiones cutáneas mejoraron parcialmente con tratamiento corticoideo vía oral y con quimioterapia, y sufrieron un empeoramiento paralelo a la subida de los valores de CA 19,9 así como de la lipasa en sangre. Se presenta por tanto un caso de paniculitis pancreática secundaria posiblemente a la lipasa secretada por un adenocarcinoma gástrico y sin patología pancreática a destacar.

### 3. ERUPCIÓN FOLICULAR COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED

N. Martí, V. López, R.L. Godoy, I. Reig, J.M. Martín y E. Jordá

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

La enfermedad injerto contra huésped (EICH) crónica se divide clásicamente en las formas liquenoide y esclerodermoide. La variante folicular ha sido descrita como una manifestación rara tanto del EICH agudo como del crónico.

Presentamos el caso de un varón de 25 años con un linfoma no Hodgkin de células T periférico (CD8+) que en el día +120 después del trasplante alogénico de células madre, desarrolló una erupción papular liquenoide eritemato-violácea de predominio folicular en el tronco y extremidades proximales.

El estudio histológico de una pápula folicular de la espalda demostró aumento de la capa granular, daño en las células de la capa basal y focos de infiltrado linfocítico liquenoide así como una densa y difusa esclerosis de la dermis.

### 4. QUERATODERMIA PALMOPLANTAR EN UN PACIENTE CON PERIODONTITIS

V. López Castillo, N. Martí Fajardo, R.L. Godoy Castelló, L. Gámez Pérez, I. Pinazo Canales, E. Jordá Cuevas

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

Presentamos el caso de un varón de 41 años seguido en nuestro servicio por presentar desde los primeros meses de vida placas hiperqueratósicas, bien delimitadas, simétricas en palmas y plantas extendiéndose a lo largo de las caras laterales de los pies y de las manos. Además, presentaba placas psoriasiformes, eritematosas, bien delimitadas localizadas simétricamente en codos y rodillas. El paciente refería también pérdida gradual de los dientes a los 4 años. Se realizó una biopsia cutánea de una de las lesiones que junto con la clínica del paciente nos llevó al diagnóstico. Se instauró tratamiento con acitretino con mejoría de las lesiones cutáneas.

## 5. HISTIOCITOSIS X: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Godoy Castelló, N. Martí Fajardo, J. Bertó Miret<sup>a</sup>, V. López Castillo y E. Jordá Cuevas

*Hospital Clínico de Valencia. <sup>a</sup>Hospital Marina Alta. España.*

**Introducción.** La histiocitosis X o de células de Langerhans es una enfermedad producida por la proliferación clonal de histiocitos activados que invaden diversos tejidos. Comprende un grupo de trastornos bien conocidos, como son: E de Litterer-Siwe, E de Hand-Schüller-Christian, el Granuloma Eosinófilo y E de Hashimoto-Pritzker.

**Caso clínico.** Lactante de 14 meses sin A familiares ni personales de interés, salvo la presencia de lesiones cutáneas diagnosticadas de dermatitis seborréica en pubis, ingles, axilas, región retroauricular y cuero cabellado, a modo de falsa tiña, desde el nacimiento. 3 meses antes del ingreso, presentó TCE en región pariet-occipital, momento a partir del cual, apareció un nódulo en dicha zona, sugestivo de cefalohematoma. Ante el progresivo empeoramiento del mismo, se realizó Rx y TAC craneal, en donde se vio una imagen nódulo-quística que producía una osteolisis en hueso subyacente. Dadas las lesiones cutáneas citadas y las imágenes radiológicas se decide ingreso por sospecha de E de Litterer-Siwe.

**Resultado.** A la exploración física destacan las lesiones cutáneas mencionadas, así como adenopatías laterocervicales dchas. Se le realizaron analíticas con hemograma, bioquímica básica y coagulación, en donde tan sólo destaca una leve anemia, Rx Tórax y TAC torácico con patrón intersticial micronodular difuso, ECO abdominal normal, Serie ósea sin otros hallazgos líticos, Aspirado de médula ósea normal, Biopsia de lesión cutánea sugestiva de Histiocitosis de células de Langerhans. Ante el resultado, se está instaurando tratamiento con bolos iv de vinblastina y prednisona oral con poca respuesta clínica y radiológica.

**Discusión.** La enfermedad de Litterer-Siwe se considera la forma sistémica aguda de la histiocitosis de células de Langerhans. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las cutáneas junto con las óseas. Las primeras pueden ser muy variables, pero dada su tendencia a la aparición en pliegues, se confunden frecuentemente con dermatitis seborréica y en menor medida, con eczema o intertrigo. Así pues, ante un lactante con este tipo de lesiones, que no responden al tratamiento correcto, deberemos pensar en esta enfermedad, ya que presenta una elevada morbimortalidad.

## 6. TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA SEVERA DEL ADULTO CON MOFETIL MICOFENOLATO: NUESTRA EXPERIENCIA EN 8 PACIENTES

I. Ballester, J.F. Silvestre, M. Pérez-Crespo, A. Lucas, L. Cuesta y F. Toledo

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

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a un 2-17 % de la población. Los corticoides e inmunomoduladores tópicos con frecuencia controlan las formas leves. Sin embargo, las formas severas suelen necesitar la utilización de corticoides orales o inmunosupresores como la Azatioprina y la Ciclosporina que tienen importantes efectos secundarios que pueden limitar su uso a largo plazo.

El Mofetil Micofenolato es un inmunosupresor utilizado en personas transplantadas que actúa selectivamente sobre los linfocitos suprimiendo la síntesis de novo de purinas. Aunque no está aprobada por la FDA para el tratamiento de la dermatitis atópica se ha demostrado en diferentes publicaciones su eficacia y con menos efectos adversos a largo plazo que con los corticoides orales o que con la Ciclosporina.

Presentamos nuestra experiencia en 8 pacientes con formas severas de dermatitis atópica. Obtuvimos respuesta a las 4 semanas

en 7 de los 8 pacientes. Se obtuvo una mejoría clínica mantenida en 5 pacientes y no se obtuvo respuesta en 3. No encontramos efectos adversos importantes.

Concluimos que el MF puede ser una opción eficaz en pacientes seleccionados con una monitorización estrecha del riesgo de infecciones. Sin embargo son necesarios más estudios randomizados a largo plazo con mayor número de pacientes.

### Bibliografía

Murray ML, Cohen JB. Mycophenolate mofetil therapy for moderate to severe atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol.* 2006; 32:23-7.

## 7. PACIENTE CON ENFERMEDAD AMPOLLOSA DE DIFÍCIL MANEJO

E. Cutillas, N. Coll, A. Jiménez, L. Tomás, J. Atienza y A. Marquina

*Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.*

**Introducción.** La epidermolisis ampollosa adquirida es una enfermedad ampollosa subepidérmica rara, adquirida, secundaria a la existencia de autoanticuerpos frente al colágeno tipo VII, componente fundamental de las fibrillas de anclaje de la unión dermoepidérmica. Los pacientes pueden presentar una alteración mecanoampollosa con características muy parecidas a las de los pacientes con epidermolisis ampollosa distrófica, o clínica similar al penfigoide ampolloso.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 72 años con antecedentes de insuficiencia renal grave, diabetes mellitus y cirrosis hepática de origen enólico diagnosticado de penfigoide ampolloso en tratamiento con corticoides orales. Debido al mal control de la enfermedad, nos replanteamos de nuevo el diagnóstico. La nueva biopsia con inmunofluorescencia directa reveló tras el procesado con cloruro sódico 1M positividad en el lado dérmico de la ampolla. Durante este periodo se probaron diversas modalidades terapéuticas con escasa respuesta o con importantes efectos adversos en el paciente.

**Discusión.** Presentamos un caso de epidermolisis ampollosa adquirida con escasa respuesta a los diferentes tratamientos y se revisa la bibliografía sobre el nivel de evidencia de cada opción terapéutica. Se valorarán las opiniones que nos aporten los asistentes a la reunión.

## 8. PASADO Y PRESENTE DE LAS DERMATITIS DE CONTACTO POR COSMÉTICOS

J. de la Cuadra Oyanguren, C. Laguna, E. Roche, M. Rodríguez y V. Alegre

*Sección de Alergia cutánea. Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General de Valencia. España.*

**Introducción.** Las dermatitis alérgicas de contacto (DAC) por cosméticos representan el 9,2 % de las DAC que se diagnostican en los Servicios de Dermatología de nuestro país (1). El diagnóstico y el pronóstico de las DAC por cosméticos se han beneficiado de las disposiciones legales de estos últimos años, que obligan a listar en el etiquetado de cada producto la composición con los ingredientes, por orden decreciente de importancia ponderal.

**Material.** Entre Enero de 2000 y Diciembre de 2006 hemos diagnosticado 202 pacientes, 170 mujeres y 32 varones, de DAC por productos cosméticos. En 20 casos la DAC era de origen profesional (12 peluqueras y 8 esteticistas) y los productos cosméticos implicados fueron tintes capilares y uñas acrílicas. En 182 casos se trataba de usuarios, y los productos cosméticos implicados fueron geles de baño y champúes, cremas emolientes, tintes capilares y tatuajes de henna negra, barras de labios, toallitas limpiadoras, lacas de uñas y filtros solares, principalmente.

**Discusión.** Observamos, al comparar estos datos con nuestra experiencia en DAC por cosméticos en los años 70-90, que viejos alérgenos (acrilatos y PPDA) han aparecido en nuevas fuentes de sensibilización (uñas acrílicas y tatuajes de henna). Cambios que han venido condicionados, sin duda, por modas sociales.

#### **Bibliografía**

1. García Bravo B, Conde-Salazar L, de la Cuadra J, et al. Estudio epidemiológico de la dermatitis alérgica de contacto en España (2001). *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95(1):14-24.

**Palabras clave.** Dermatitis de contacto, cosméticos, uñas acrílicas, tatuajes de henna.

### **9. SARCOIDOSIS CUTÁNEA**

L. Cuesta, I. Ballester, F. Toledo, M. Pérez, R. Botella e I. Betlloch

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

Se trata de una mujer de 36 años, que acude a nuestra consulta por presentar desde hace 4 meses pápulas anaranjadas en caras extensoras de rodilla derecha (alrededor de una cicatriz) y codo derecho, así como en borde bermellón de labio y cola de ceja, lugares donde se había realizado un tatuaje cosmético. La biopsia de la rodilla mostró la presencia de granulomas de células epiteliales, con escasos linfocitos alrededor y sin caseificación central; las tinciones para hongos y micobacterias resultaron negativas. En la biopsia de la ceja se halló pigmento procedente del tatuaje alrededor y dentro del granuloma. Las pruebas complementarias, que incluían radiografía de tórax, Mantoux, hemograma, bioquímica, ECA y analítica de orina (que incluía niveles de calcio) resultaron normales o negativos. El diagnóstico fue de sarcoidosis cutánea.

Planteamos, con este caso, si el hallazgo de material extraño en la biopsia es o no compatible con el diagnóstico de sarcoidosis, cuestión discutida desde hace años. Dado que la patogenia de la sarcoidosis no está bien aclarada, creemos que no podemos descartar el papel inductor que puede haber jugado el pigmento del tatuaje en la génesis del granuloma.

### **10. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS**

R. Rojo España, A. Mateu Puchades, A. Zayas Gavilá, A. Fuertes Prosper, A. Prats Mañez y A. Marquina Vila

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.*

La Pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) es una erupción aguda febril caracterizada por la aparición de numerosas pústulas pequeñas estériles la mayoría no foliculares sobre una superficie eritemato edematosa. Se inicia en cara y zonas de intertrigo con diseminación en un intervalo corto de tiempo. A nivel sistémico, puede asociar alteraciones analíticas como eosinofilia, disfunción renal transitoria y más raramente alteración de la función hepática.

En su etiología se han implicado múltiples factores, sin duda el más frecuente es, la administración de un fármaco. Según la bibliografía el 90 % de las PEAG son secundarias a la administración de un medicamento, siendo los más frecuentemente implicados los antibióticos, en concreto los betalactámicos. Otros agentes etiológicos relacionados son la exposición al mercurio y las infecciones víricas por enterovirus y adenovirus entre otros. Como esta entidad se identifica cada vez con más frecuencia, es constante el aumento de fármacos y sustancias implicadas en su aparición.

Las lesiones suelen durar 1-2 semanas tras la retirada/resolución del agente causal dejando una descamación superficial residual. En el estudio histológico el dato más frecuentes la existencia de una pústula subcórnea o intraepidérmica.

Aportamos tres cuadros clínicos compatibles con PEAG, exponiendo en cada caso sus peculiaridades etiológicas, clínicas y evolutivas.

### **11. LINFOMA CUTÁNEO DIFUSO DE CELULAS B GRANDES**

Moreno-Presmanes, F. Valcuende-Cavero, G. Pérez Pastor y R. Lázaro-Santander<sup>a</sup>

*Hospital de la Plana. Vila-real. Castellò. España.*

Presentamos el caso de un varón de 49 años, sin antecedentes de interés, que consulta por placa infiltrada en costado izquierdo de 2 años de evolución.

Realizamos biopsia de la misma, donde se apreciaba un infiltrado monomorfo (linfocitos atípicos de medio y gran tamaño) que afectaba a dermis y tejido celular subcutáneo, con un patrón de crecimiento nodular y difuso.

Las células fueron CD20+, CD79a+ y Bcl-2+. La facción proliferativa detectada por la tinción Ki67 fue del 60 %.

Se instauró tratamiento con radioterapia, con remisión completa de la clínica tras una dosis de 30-36 Gy.

### **12. ESTUDIO DE MUTACIONES EN CDKN2A Y CDK4 EN PACIENTES CON MELANOMA FAMILIAR EN EL ÁREA MEDITERRÁNEA**

E. Nagore<sup>a</sup>, Z. García-Casado<sup>b</sup>, C. de Torre<sup>d</sup>, J. Martínez-Escribano<sup>c</sup>, J. Bañuls<sup>e</sup>, V. Oliver<sup>f</sup>, R. Botella-Estrada<sup>a</sup>, M.I. Pinazo<sup>g</sup>, E. Gimeno<sup>h</sup>, F. Valcuende<sup>i</sup>, M. Moragón<sup>j</sup>, J.A. López<sup>b</sup> y C. Guillén<sup>a</sup>

*Servicio de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Unidad de Biología Molecular. Instituto Valenciano de Oncología. Servicios de <sup>c</sup>Dermatología y <sup>d</sup>Biología Molecular. Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. <sup>e</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. <sup>g</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>h</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. <sup>i</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Plana de Villarreal. <sup>j</sup>Hospital Universitario San Juan de Alicante. España.*

Se realizó un estudio de mutaciones en los genes CDKN2A y CDK4 por secuenciación directa en 62 pacientes índice con una historia familiar de melanoma. Se consideró como tal cuando existía al menos un familiar de primer o segundo grado diagnosticado previamente de melanoma cutáneo.

Identificamos un total de 15 (24,2 %) mutaciones en línea germinal en CDKN2A y 5 casos (8,0 %) con el polimorfismo A148T. De las 14 mutaciones, 13 se localizaban en el exon 2 (G101T × 7, 358DelG × 2, V59G × 3, N71S × 1, D153N × 1) y 1 mutación en el exon 1 beta: G122R.

La presencia de mutaciones se asoció al número de familiares con melanoma, a la presencia de melanomas múltiples, así como al número de nevos melanocíticos comunes. Además, se observó una tendencia a presentar segundos tumores y antecedentes familiares de cáncer distinto al melanoma.

De forma interesante, la paciente con la mutación en el exon 1 beta mutation presentó el mayor número de familiares con melanoma con un historial familiar que mostraba una alta penetrancia de la mutación. Además, uno de los pacientes con la mutación G101T tenía además un familiar de segundo grado con cáncer de páncreas.

# REUNIÓN DE LA SECCIÓN TERRITORIAL VALENCIANA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

## Valencia, 12 de diciembre de 2009

### 1. USO DE CIDOFOVIR TÓPICO PARA TRATAMIENTO DE VERRUGAS VULGARES RECALCITRANTES

T. Díaz Corpas<sup>a</sup>, A. Mateu Puchades<sup>a</sup>, E. Gras Colomer<sup>b</sup>, J.D. Atienza Cuesta<sup>a</sup>, M.N. Coll Puigserver<sup>a</sup>, R. Rojo España<sup>a</sup>, A. Marquina Vila<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Dr. Peset. España.

**Introducción.** Las verrugas vulgares son una patología muy frecuente. La mayoría de las ocasiones se resuelven por métodos terapéuticos habituales o espontáneamente. Sin embargo, y a pesar de la supuesta banalidad de la patología, en ocasiones nos encontramos ante circunstancias clínicas difíciles de resolver por la extensión o resistencia a las modalidades terapéuticas utilizadas.

**Casos clínicos.** Presentamos dos casos clínicos: El primero, se trata de un varón de 43 años, pluripatológico, VIH positivo con insuficiencia renal terminal en tratamiento con hemodiálisis que presentaba multitud de verrugas vulgares en mucosa oral rebeldes a múltiples tratamientos que impedían la deglución por lo que empeoraban su estado basal. El segundo caso, se trata de un varón de 47 años inmunocompetente con múltiples verrugas planas en la zona de la barba que había sido tratado en infinidad de ocasiones con los métodos tradicionales sin conseguir resultados. En ambos casos, decidimos tratamiento con el uso de cidofovir tópico.

**Discusión.** El cidofovir es un nucleótido análogo de la deoxicitidina monofosfato que tiene actividad frente a un amplio abanico de virus DNA. Está aprobado su uso intravenoso para el tratamiento de la retinitis por CMV en pacientes VIH. Existen múltiples referencias bibliográficas de su uso tópico e intralesional en otras patologías víricas, incluidas las infecciones por HPV con buenos resultados. Sin embargo, su elevado precio y la falta de estudios en humanos que demuestren efectos adversos y nos den información acerca de su absorción y biodisponibilidad en su forma tópica, hacen de su empleo algo todavía infrecuente en la práctica clínica habitual, pese a sus resultados extraordinariamente satisfactorios. Durante la exposición, expondremos nuestra experiencia, las incidencias que nos encontramos durante su uso y los resultados obtenidos.

### 2. ALOPECIA ANDROGENÉTICA FEMENINA (FAGA): ¿DISPONEMOS DE UN TRATAMIENTO EFICAZ Y DURADERO? CONTROVERSIA

J.M. Latasa<sup>a</sup>, G. Pitarch<sup>a</sup>, J.M. Sánchez<sup>a</sup>, J. Bonillo<sup>b</sup>, C. Guillén<sup>b</sup>, C. Pelufo<sup>b</sup>, C. Guillén-Serra<sup>b</sup> y J.M. Vera<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Clínica Latasa. Castellón. <sup>b</sup>Clínicas Dermatológicas. Valencia. <sup>c</sup>Citopat. Castellón. España.

**Introducción.** Se estima que aproximadamente siete millones de mujeres españolas padecen de alopecia androgenética femenina (FAGA), siendo ésta la alteración estética de mayor prevalencia y que más afecta a su calidad de vida. Un grupo notable de pacientes no responde al tratamiento médico, pero es llamativo el desconocimiento y/o poca relevancia que existe entre los derma-

tólogos acerca de las opciones quirúrgicas de tratamiento de la FAGA.

**Material y método.** Ocho mujeres (edades entre 24-60 años) con FAGA tratadas mediante microtrasplante folicular. Objetivo principal: evaluar la eficacia del microtrasplante folicular en el tratamiento de la FAGA; se valorará mediante el conteo de número de cabellos y densidad folicular mediante microscopia de epiluminiscencia (Trichoscan®) a los 6 y 12 meses. Objetivos secundarios: evaluar el grado de satisfacción del tratamiento, la calidad de la información recibida por dermatólogos y médicos en general, y los efectos adversos del procedimiento; se valorará mediante encuesta anónima.

**Resultados.** En la zona receptora de los implantes se obtiene una densidad media de 61 cabellos/cm<sup>2</sup> (36-90), y una densidad media de 57,8 folículos pilosos/cm<sup>2</sup> (36-70).

**Discusión.** El tratamiento quirúrgico de la FAGA con microtrasplante folicular permite aumentar de forma significativa el número de folículos pilosos en las áreas receptoras. Estos folículos pilosos permanecen a medio y largo plazo, proporcionando una mejoría estética y psicológica notable.

**Conclusión.** El microtrasplante folicular es una alternativa eficaz y duradera en el tratamiento de la FAGA.

### 3. MICOSIS FUNGOIDE A TIPO PÚRPURA PIGMENTARIA VS. DERMATOSIS PURPÚRICA PIGMENTARIA

B. Echeverría, O. Sanmartín, E. Nagore, R. Botella-Estrada, B. Llombart, C. Requena, C. Serra-Guillén, A. Martorell, V. Traves<sup>a</sup>, F. Messeguer y C. Guillén

Servicio de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología (IVO). España.

Un varón de 47 años acudió a la consulta para la valoración de unas máculas, purpúricas, bien delimitadas, no descamativas y que no blanqueaban a la presión, localizadas en las axilas, en el abdomen y en el dorso de ambos pies. Las lesiones habían aparecido de forma progresiva en los últimos 8 años y habían sido diagnosticadas de dermatosis purpúrica pigmentaria. Ante la clínica descrita se realizaron tres biopsias. Estas mostraron un infiltrado de linfocitos T monoclonales en la dermis papilar con ligera degeneración vacuolar de la capa basal, cierto epidermotropismo y algún pequeño absceso de Patrier. Además, acompañando a este infiltrado se observaron hematíes extravasados. Con estos hallazgos se diagnosticó de «Micosis Fungoide like purpura pigmentaria» y se instauró tratamiento con PUVA.

La Micosis Fungoide (MF) a tipo púrpura pigmentaria es una variante muy poco frecuente de este linfoma cutáneo. En muchas ocasiones es difícil diferenciarla de las dermatosis purpúricas pigmentarias de comportamiento benigno. Para ello, algunos autores han sugerido el uso de criterios clínicos que orientan hacia la MF, como la mayor extensión y duración de las lesiones, la morfología reticular y las pruebas de parche negativas, y otros abogan por el uso de criterios anatomopatológicos como la presencia de linfocitos atípicos, el epidermotropismo y la monoclonalidad del infiltrado. Con independencia de estos criterios (que ninguno de ellos es definitorio de la MF) en los casos dudosos

será la correlación clínico-patológica la que orientará el diagnóstico definitivo.

#### 4. VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA UNILATERAL POR ZUCLOPENTIXOL

M. Pérez-Crespo<sup>a</sup>, R. Alfonso<sup>a</sup>, M. Moragón<sup>a</sup>, J. Onrubia<sup>b</sup>, J. Miralles<sup>a</sup> y A. Sevilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de San Juan. Alicante. España.

Hombre de 63 años que durante un ingreso hospitalario por hiponatremia e insuficiencia cardíaca presentó lesiones purpúricas no palpables en miembro inferior derecho. El paciente refería dolor en esa pierna y se observaban escasas pústulas en la zona anterior de la rodilla. Se planteó el diagnóstico diferencial de herpes zóster, aunque el test de Tzank resultó negativo, y de vasculitis leucocitoclástica. Se realizó una biopsia cutánea que fue concordante con ésta última. El paciente estaba recibiendo diversos fármacos, aunque las lesiones habían aparecido 24 horas después de la última inyección de Clopixol<sup>®</sup> (Zuclopentixol), fármaco que se administraba intramuscular en la nalga derecha. Tras la retirada del fármaco y tratamiento sintomático el paciente mejoró rápidamente de sus lesiones.

Existe un único caso reportado con anterioridad de vasculitis leucocitoclástica unilateral, según nuestro conocimiento. En ese caso los autores explican el fenómeno por la elevación que el paciente realizaba de la pierna no afecta debido a una infección. Por otro lado el agente que probablemente causó el cuadro, el zuclopentixol, pertenece a la familia de los neurolepticos, los cuales han sido notificados como causa de vasculitis leucocitoclástica en numerosas ocasiones.

##### Bibliografía

- Schattner A, Cohen J. Curious cutaneous vasculitis. *Rheumatol Int.* 2008;28:1281-2.  
Duggal MK, Singh A, Arunabh, Lolis JD, Guzik HJ. Olanzapine-induced vasculitis. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2005; 3:21-4.

#### 5. SÍNDROME DE MUIR-TORRE: CASO CLÍNICO

M. Armengot, E. Gimeno, M.J. Roca<sup>a</sup>, M. Velasco, E. Quecedo, F. Millán, V. Pont y R. Carmena

Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

**Introducción.** El síndrome de Muir-Torre (MTS) se define por los siguientes criterios: presencia de al menos un tumor cutáneo sebáceo y un tumor visceral maligno, o bien múltiples queratoacantomas, malignidad visceral e historia familiar de MTS. Presentamos un caso de esta infrecuente entidad y revisamos la actitud a tomar ante un paciente en el que se diagnostica un tumor cutáneo relacionado con este síndrome.

**Caso clínico.** Mujer 52 años con mutación del MSH2 conocida en el seno de una familia con historia de cáncer colorrectal hereditario no polipósico (síndrome de Lynch). Acude por aparición de pápulas amarillentas en alas nasales, labio superior y supraescapulares. El diagnóstico histopatológico tras exéresis quirúrgica fue adenoma sebáceo.

**Discusión.** Las neoplasias sebáceas son unos raros tumores anaxiales que pueden asociarse a síndromes complejos, como el MTS, que se considera una variante del síndrome de Lynch. Presenta una herencia autosómica dominante, se debe a la mutación de genes reparadores de errores de emparejamiento del DNA (MSH2, MLH1, MSH6) y se asocia al desarrollo de malignidad visceral. Según los datos actuales, sería adecuada la realización de técnicas especiales (inmuno-histoquímica, análisis de micro-

satélites, secuenciación genética) en pacientes con diagnóstico confirmado de tumor sebáceo, para poder establecer las medidas más adecuadas en el paciente y sus familiares.

#### 6. LEUCEMIA CUTIS: 3 CASOS CLÍNICOS

M.N. Coll, T. Díaz, R. Rojo, J. Bernat, A. Mateu, A. Fuertes y A. Marquina

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Dr. Peset. Valencia. España.

Las manifestaciones cutáneas de cualquier tipo de leucemia reciben el nombre de Leucemia Cutis (LC). Los infiltrados leucémicos específicos pueden presentar una morfología variada: pápulas, nódulos, púrpura, ulceraciones y más raramente ampollas. Los pacientes con LC suelen tener leucemia sistémica concomitante, pero en ocasiones la participación de la piel precede a la participación de la médula ósea o la sangre periférica. Por lo tanto, la lesión cutánea puede ser el primer indicio de la presencia de leucemia en un subgrupo de pacientes.

Se presentan las características clínico-patológicas de 3 casos de LC. En uno de los casos las lesiones cutáneas fueron la primera manifestación de una leucemia mieloide aguda. Los otros corresponden a pacientes con leucemia mieloide aguda y leucemia linfática crónica que en el curso de su enfermedad presentaron lesiones cutáneas específicas de leucemia.

#### 7. CUTIS LAXA ACRAL ADQUIRIDO

N. Martí, M.A. Revert, C. Monteagudo<sup>a</sup>, I. Reig, L. Gámez, E. Gutiérrez, A.J. González y E. Jordá

Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

**Introducción.** La cutis laxa es una rara enfermedad de causa desconocida, caracterizada clínicamente por piel redundante y flácida e histológicamente por pérdida o fragmentación de fibras elásticas. Puede ser hereditaria o adquirida así como generalizada o localizada. La localización acral de la forma adquirida es muy infrecuente con pocos casos descritos en la literatura.

**Caso clínico.** Mujer de 55 años que nos es remitida desde la unidad de reumatología de medicina interna, donde está siendo estudiada por poliartralgias y episodios de edema de manos y pies, para valorar «el exceso de piel» que presenta en los dedos de las manos. Tras la exploración dermatológica y el resultado de las pruebas complementarias llegamos al diagnóstico de cutis laxa acral adquirida.

**Discusión.** La cutis laxa adquirida es infrecuente, puede aparecer a cualquier edad y puede ser consecuencia de procesos como urticaria-angioedema, lupus eritematoso sistémico, eritema multiforme, síndrome de Sweet, sarcoidosis, sífilis, disminución del complemento, mieloma múltiple o procesos febriles. Algunos casos han sido precedidos de reacciones de hipersensibilidad a penicilina, mientras que otros se han asociado a tratamiento con isoniazida o penicilamina. La afectación acral de la cutis laxa adquirida ha sido descrita en la literatura solamente en 7 pacientes (1-6). El primer caso (1) fue descrito en una mujer de 27 años con antecedentes de urticaria y los autores concluyeron que la elastólisis pudo ser debida a la liberación de elastinas por el infiltrado neutrofílico. En 4 pacientes (2-4), las lesiones elastolíticas fueron la manifestación inicial de un mieloma múltiple asociado a amiloidosis y en otro caso (6) se ha asociado a artritis reumatoide. Discutimos la posible causa de cutis laxa acral adquirida en nuestra paciente.

##### Bibliografía

1. Fisher BK, Page E, Hanna W. Acral localized acquired cutis laxa. *J Am Acad Dermatol.* 1989;21(1):33-40.

2. Yoneda K, Kanoh T, Nomura S, et al. Elastolytic cutaneous lesions in myeloma-associated amyloidosis. *Arch Dermatol.* 1990;126:657-60.

## 8. Pioderma gangrenoso. A propósito de tres casos

P. Flors<sup>a</sup>, B. Escutia<sup>b</sup>, M. Navarro<sup>b</sup>, G. Martín<sup>c</sup>, A. Hortelano<sup>d</sup>, M. Llavador<sup>e</sup> y C. Pujol<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio Medicina Interna. <sup>b</sup>Servicio Dermatología. <sup>c</sup>Servicio Hematología. <sup>d</sup>Servicio Cirugía Plástica. <sup>e</sup>Servicio Anatomía Patológica. H.U. La Fe. España.

**Introducción.** Describimos tres casos de pioderma gangrenoso de interés por su presentación clínica y su evolución.

**Casos clínicos.** Caso 1: Varón de 57 años con antecedente de leucemia mieloide aguda que, en el contexto de ingreso por proceso febril, desarrolla abscesos en zonas de punción venosa, que progresan a lesiones ulceradas de gran extensión. Tras consultas a Cirugía general, Cirugía plástica y Enfermedades infecciosas, por mala evolución de las lesiones, es diagnosticado de pioderma gangrenoso (dermatosis neutrofilica del dorso de las manos) por Dermatología. Se inicia tratamiento con corticoterapia sistémica, con evolución a la cicatrización en 30 días. Caso 2: Mujer de 65 años con lesiones ulcerosas en miembros inferiores de 25 años de evolución, catalogadas de etiología venosa, resistentes a tratamiento quirúrgico por Cirugía vascular y Cirugía plástica. Tras rechazo de injerto cutáneo se realiza consulta al servicio de Dermatología, con diagnóstico de pioderma gangrenoso. Se inicia tratamiento con corticoterapia sistémica y ciclosporina, con progresión a la cicatrización en 4 meses. Caso 3: Mujer de 47 años que, tras cirugía de reconstrucción mamaria, desarrolla lesiones de aspecto necrótico en bordes quirúrgicos, con mala respuesta a antibioterapia de amplio espectro y desbridamiento. Se realiza consulta a Dermatología, con diagnóstico de pioderma gangrenoso por patergia. Se inicia terapia con corticoterapia sistémica, con buena respuesta inicial.

**Conclusión.** Es fundamental considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones ulcerosas, con el fin de evitar manipulación quirúrgica e iniciar precozmente tratamiento inmunosupresor sistémico. Asimismo, es de gran importancia considerar su relación con enfermedad sistémica.

## 9. CARCINOMA CRIBIFORME PRIMARIO CUTÁNEO, ¿UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA?

I. Reig Macías, E. Gutiérrez Paredes, N. Martí Fajardo, L. Gámez Pérez, M. Rubio Fabra, N. Santonja López<sup>a</sup> y E. Jordá Cuevas

Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

**Introducción.** El carcinoma cribiforme primario cutáneo es un carcinoma de bajo grado que tiene su origen en las glándulas apocrinas. Fue descrito en 1998 por Requena et al., quienes definieron las características histopatológicas de esta neoplasia, a partir de una serie de 5 pacientes. Desde su descripción, se han descrito un total de 28 casos en la literatura.

**Caso.** Así pues, presentamos el caso de un varón de 58 años que consultaba por un nódulo asintomático en la pierna derecha de años de evolución. A la exploración se observaba un nódulo firme, bien delimitado, del color de la piel circundante, y que al pellizcarlo daba lugar a una depresión central. Se procedió a la exéresis simple de la lesión y su estudio histopatológico reveló la presencia de una lesión dérmica, bien delimitada, constituida por una proliferación de células epiteliales cúbicas, que crecían formando ductos redondeados y de contornos angulosos, confor-

mando un patrón cribiforme. El estudio de extensión no detectó neoplasia primaria que justificase el origen de la lesión neoplásica, por lo que se estableció el diagnóstico de Carcinoma Cribiforme Primario Cutáneo.

**Discusión.** Nos parece interesante establecer las características clínicas, histopatológicas y de pronóstico de esta neoplasia, dado que se trata de una entidad muy poco frecuente, y que plantea el diagnóstico diferencial clínico e histopatológico, con otras neoplasias tanto malignas como benignas.

### Bibliografía

Requena L, Kiryu H, Ackerman AB. *Cribiform carcinoma*. En: Requena L, Kiryu H, Ackerman AB, editores. *Neoplasms with apocrine differentiation*. Filadelfia: Lippincott-Raven, Ardor Scribendi; 1998. p. 879-905.

## 10. RIESGO AUMENTADO DEL DESARROLLO DE UN SEGUNDO MELANOMA CUTÁNEO PRIMARIO SOBRE UN NEVO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS PREVIAMENTE DE MELANOMA CUTÁNEO PRIMARIO SOBRE NEVO

B. Echeverría-García, E. Nagore, R. Botella-Estrada, B. Llombart, C. Requena, C. Serra-Guillén, O. Sanmartín, A. Martorell, F. Messegueur y C. Guillén

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología (IVO). España.

**Antecedentes.** Los pacientes diagnosticados de un melanoma cutáneo tienen más riesgo que el resto de la población de padecer nuevos melanomas a lo largo de su vida. La mayoría de estos aparecen «de novo», pero existe un porcentaje de ellos que se desarrolla sobre nevos melanocíticos previos.

**Objetivo.** Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de un segundo melanoma cutáneo sobre un nevo en pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo.

**Métodos.** Se seleccionaron los datos de 981 pacientes diagnosticados de un primer melanoma cutáneo, 47 de los cuales habían sido diagnosticados de un segundo melanoma. Todos los pacientes fueron clasificados en función de si el melanoma presentó o no asociación histológica a un nevo.

**Resultados.** La edad inferior a 40 años, la localización en el tronco y el subtipo histológico de extensión superficial, fueron los factores de riesgo independientes asociados al desarrollo de un primer melanoma sobre nevo. El único factor asociado al desarrollo de un segundo melanoma sobre nevo fue que el primer melanoma también se hubiera presentado asociado a un nevo (OR: 9,51, 95 % de intervalo de confianza: 1,6-56,56; p = 0,042).

**Conclusiones.** Los melanomas se desarrollan asociados a un nevo principalmente en pacientes jóvenes, en el tronco y del subtipo tipo de extensión superficial. A su vez, el desarrollo de un primer melanoma sobre nevo aumenta el riesgo hasta 9 veces de desarrollar un segundo melanoma sobre un nevo previo. Estos hallazgos, reiteran la importancia del seguimiento estrecho de todas las lesiones melánicas en los pacientes que han desarrollado un primer melanoma sobre nevo.

## 11. ECTOPIA CUTÁNEA DE MUCOSA INTESTINAL

A. Esteve Martínez, A. García Rabasco, P. Hernández Bel, R. García Ruiz, R. Ballester, A. Pérez Ferriols, J. Sánchez Carazo, I. Febrer Bosch y V. Alegre de Miquel

Hospital General Universitario de Valencia. España.

Paciente de 80 años, remitida a nuestro servicio para valoración de tejido eritematoso y excrecente en el cierre de una ostomía no funcionante realizada años atrás tras una colectomía total a raíz de una colitis ulcerosa. Se tomó biopsia de la lesión, que mostra-

ba numerosos plicae circularis sin atípias interpuestos entre un epitelio cutáneo de características normales.

Se realizan técnicas de inmunohistoquímica, resultando CK20+, CEA+ y Ki67- en el tejido intestinal implantado.

La correlación clínico-histológica establece el diagnóstico de Ectopia de mucosa intestinal.

La ectopia adquirida de mucosa intestinal a nivel cutáneo es muy poco frecuente. La revisión realizada de la literatura muestra solo dos casos similares al descrito. Así las implantaciones de mucosa intestinal tras una ostomía son complicaciones muy poco frecuentes tras la realización de esta técnica. Se cree que la implantación se produce al pasar de la sutura por la mucosa intestinal y luego por la piel cuando se está realizando la ostomía. Clínicamente se evidencian pápulas eritematosas de tejido aterciopelado excrecente en el sitio de una ostomía. Al realizar una biopsia a estas lesiones que no curan, se observa la presencia de mucosa intestinal implantada en la superficie cutánea.

#### **Bibliografía**

Ainsworth AP, Deleuran MS, Qvist N Abdominal skin affection caused by ectopic gut mucosa. *Ugeskr Laeger.* 161:1999; 3300-1.

Francis E, Sandahl L, Reed MJ, Fred Miller O Cutaneous presentation of ectopic small bowel mucosa. *J Am Acad Dermatol.* 2004 51(3):476-7.

### **12. Pioderma gangrenoso asociado a hidrosadenitis supurativa**

A. García Rabasco, A. Esteve Martínez, J. López Davia, A. Agustí Mejías, B. de Unamuno, J.L. Sánchez Carazo, V. Zaragoza Ninet, I. Febrer Bosch y V. Alegre de Miquel  
*Hospital General Universitario de Valencia. España.*

Paciente de 55 años con hidrosadenitis supurativa de 30 años de evolución. El tratamiento más requerido ha sido la cirugía y el drenaje de abscesos y trayectos fistulosos. Además de la cirugía también han sido administrados diversos tratamientos sistémicos como los retinoides orales, antibióticos, corticoides, terapia con infliximab, y varios inmunosupresores como la ciclosporina. La radioterapia siempre ha sido desestimada como opción terapéutica.

El paciente hace 6 meses inicia en brazo izquierdo un cuadro de lesiones pustulosas junto a una úlcera dolorosa en dorso de mano izquierda. La biopsia realizada mostró múltiples focos inflamatorios en dermis compuestos sobre todo por neutrófilos que rodeaban focos de material purulento. El cultivo resultó negativo. La correlación clínico-histológica estableció el diagnóstico de pioderma gangrenoso. Se administraron corticoides sistémicos y ciclosporina oral a dosis de 250 mg por día, además de aplicar tacrolimus tópicamente. De esta manera se obtuvo una mejoría de las lesiones en brazo y dorso de mano y se consiguió la cicatrización de la úlcera en dos meses.

En la literatura pocas veces ha sido descrita la asociación entre estas dos entidades. Además en los casos publicados no se ha podido llegar a establecer una relación entre ambas patologías, ya que evolucionan de manera totalmente independiente, sin tener actividad inflamatoria paralela ni respuesta común a los fármacos administrados. Normalmente la clínica de pioderma aparece cuando la hidrosadenitis tiene más de veinte años de evolución. La etiopatogenia de ambos cuadros permanece desconocida y el único nexo en común que se ha podido observar es la función defectuosa de los neutrófilos que por un lado está implicada en la inflamación de las glándulas apocrinas, y por otro en la formación de lesiones ulceradas e inflamatorias que aparecen en el pioderma.

### **13. IMPACTO DE LA DERMATOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES COMPUESTOS (COLISIÓN DE TUMORES)**

N. Latorre Martínez, J. Bañuls, A.F. Monteagudo Paz, F. Toledo Alberola, L. Cuesta Montero, I. Ballester Nortes e I. Betlloch Mas

*Hospital General Universitario de Alicante. España.*

*Introducción.* La coexistencia de 2 o más neoplasias en una misma lesión es poco frecuente, aunque está bien documentada en la literatura médica.

*Objetivos del estudio.* Investigar el impacto del examen dermatoscópico en la precisión diagnóstica en este tipo de tumores. *Material y métodos.* se incluyen las lesiones diagnosticadas histológicamente de tumor compuesto/colisión de tumores en nuestro hospital en los últimos 3 años y que cuenten con imagen dermatoscópica.

*Resultados.* Hemos encontrado 20 casos de tumores compuestos: 8 colisión benigno-benigno (3 angioma y nevus melanocítico, 1 caso de angioma y queratosis seborreica, 2 casos dermatofibroma y nevus melanocítico y 2 casos de queratosis seborreica y nevus) y 12 casos de colisión maligno-benigno (5 de carcinoma basocelular y queratosis seborreica, 3 casos de melanoma y queratosis seborreica, 3 casos de queratosis actínica bowenoide y queratosis seborreica y un caso de carcinoma basocelular y nevus). Se describen las características clínicas, dermatoscópicas e histológicas más relevantes. El diagnóstico dermatoscópico coincidió en con el histopatológico en 17 de los 20 casos.

*Conclusiones.* Los tumores compuestos son un hallazgo poco común pero que puede plantear problemas de diagnóstico clínico. La dermatoscopia ha resultado muy útil para aumentar la precisión diagnóstica en nuestros casos. Sin embargo no pudimos diagnosticar los casos en los que estaban presentes queratosis actínicas bowenoides probablemente porque no existen criterios diagnósticos definidos.

