



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN CANARIA DE LA AEDV

## Reuniones de la Sección Canaria de la AEDV

Las Palmas de Gran Canaria,  
17 de abril de 2010

### 1. LESIONES ERITEMATOEDEMATOSAS EN REGIÓN FACIAL ASOCIADAS A ERUPCIÓN PAPULOSA EN ESCOTE Y DORSO DE MANOS

L. Dehesa<sup>a</sup>, J. Vilar<sup>a</sup>, P. Valerón<sup>a</sup>, N. Santana<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, P. Rivero<sup>a</sup>, P. de la Rosa<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.  
Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** Las conectivopatías son un grupo de enfermedades que pueden tener una importante afectación cutánea, en ocasiones de difícil diagnóstico y que frecuentemente presentan muchos datos comunes entre ellas, lo que dificulta su diferenciación.

**Caso clínico:** Mujer de 53 años con antecedentes médicos de síndrome depresivo y hipotiroidismo en tratamiento que presentaba desde hacía 4 meses unas lesiones eritematoedematosas en región facial (párpados), escote y mano (zonas de prominencias óseas). Asociaba astenia sin dolor ni debilidad muscular. Los estudios complementarios fueron rigurosamente normales, incluyendo marcadores tumorales y pruebas de imagen para descartar neoplasia oculta. La autoinmunidad presentó ANA+1/640, Ac anti Ro+ y ac Anti Ku+. La biopsia mostraba un infiltrado de predominio linfocitocitario perivascular superficial y profundo con una afectación de la basal epidérmica con degeneración hidrópica de la misma y queratinocitos necróticos aislados.

**Conclusión:** Con toda esta información realizaremos un diagnóstico diferencial de la enfermedad que presenta la paciente resaltando la dificultad de diferenciar clínica, analítica e incluso histológicamente la dermatomiositis amiotrófica del lupus eritematoso subagudo. Resaltaremos la utilidad de los ac anti Ku en diferenciar ambas entidades.

### 2. ESPELEÓLOGO CON LESIONES ERITEMATOEDEMATOSAS MUY PRURIGINOSAS EN CINTURA

L. Dehesa<sup>a</sup>, J. Vilar<sup>a</sup>, P. Valerón<sup>a</sup>, N. Santana<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, J. Bastida<sup>a</sup>, P. de la Rosa<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.  
Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** Las dermatosis con predominio de eosinófilos son un grupo de enfermedades poco frecuentes y de difícil diagnóstico y muy frecuentemente de manejo no satisfactorio.

**Caso clínico:** Varón de 55 años de edad sin antecedentes médicos de interés que presentaba desde hacía 3 meses unas lesiones eritematoedematosas, algunas con vesiculocrosta central, de predominio en la cintura, algunas confluyendo en placas edematosas de color más pálido, y en general muy pruriginosas. Se habían realizado diversos tratamientos (antihistamínicos, esteroides sistémicos, antifúngicos y anti-sarcoptes) sin resultados. Los estudios complementarios fueron rigurosamente normales, incluyendo serologías diversas, parásitos en heces y cultivos de biopsias cutáneas. La biopsia cutánea mostraba un infiltrado de predominio linfocitocitario perivascular superficial y profundo con gran presencia de eosinófilos tanto perivascular como intersticiales. La epidermis presentaba una acantosis regular sin otras alteraciones significativas.

**Conclusión:** Con toda esta información realizaremos un diagnóstico diferencial de la enfermedad que presenta el paciente resaltando la dificultad que entrañan las dermatosis neutrofílicas. Discutiremos las distintas alternativas terapéuticas.

### 3. LESIÓN PIGMENTADA ADQUIRIDA EN CUERO CABELLUDO

P. Melwani<sup>a</sup>, R. Martel<sup>a</sup>, N. Hernández<sup>a</sup>, Z. Hernández<sup>a</sup>, E. Soler<sup>a</sup>, P. Almeida<sup>a</sup> y T. Montenegro<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Caso clínico:** Varón de 58 años que consultó por lesión pigmentada en cuero cabelludo de crecimiento progresivo de 5 meses de evolución. A la exploración presentaba en región parietotemporal derecha una placa pigmentada grisácea de 1 × 1,5 cm de diámetro, formada por una zona nodular de mayor tamaño y múltiples pápulas a su alrededor, infiltrada al tacto. La imagen dermatoscópica mostró un patrón multicomponente con glóbulos azul-gris de distribución irregular. Se estableció diagnóstico diferencial clínico de carcinoma basocelular pigmentado y melanoma. La biopsia tipo punch de la lesión nodular mostró una proliferación de células atípicas de morfología epitelioide dispuestas en nidos irregulares. El diagnóstico fue de melanoma. La extirpación de la lesión mostró áreas de regresión con fibrosis y melanófagos. El diagnóstico definitivo fue melanoma con satelitosis en regresión.

**Discusión:** El fenómeno de regresión histológica puede presentarse entre el 10 y el 35% de todos los melanomas y suele conferir un peor pronóstico. La aparición de metástasis cutáneas en tránsito con fenómeno de regresión es un hallazgo infrecuente que plantea un complejo diagnóstico diferencial.

### 4. BROTE DE LESIONES PUSTULOSAS EN UNA MUJER JOVEN

P. Melwani<sup>a</sup>, R. Martel<sup>a</sup>, N. Hernández<sup>a</sup>, Z. Hernández<sup>a</sup>, J. Hernández<sup>a</sup>, J. Rodríguez<sup>a</sup>, D. Islas<sup>a</sup> y T. Montenegro<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

### 5. ERUPCIÓN CUTÁNEA GENERALIZADA EN UNA PACIENTE HEMATOLÓGICA. ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

J. Vilar<sup>a</sup>, L. Dehesa<sup>a</sup>, P. Valerón<sup>a</sup>, N. Santana<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, J. Gómez-Duaso<sup>a</sup>, P. de la Rosa<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** Los trasplantes de médula ósea y las patologías cutáneas que conllevan en el postrasplante inmediato suponen un reto para los dermatólogos y hematólogos.

**Caso clínico:** Mujer de 31 años de edad que tras presentar una leucemia linfocítica aguda en estadio IIIb refractaria a tratamiento quimioterápico se le realizó un alotrasplante HLA compatible de precursores hematopoyéticos de sangre periférica. A los 27 días tras el trasplante la paciente presenta una erupción maculosa eritematosa generalizada pruriginosa de afectación progresiva craneocaudal. Una semana antes había tenido un episodio de diarrea autolimitada y en la analítica presentaba una leve hipertransaminasemia. Con el diagnóstico de EICH agudo se le realizó una biopsia cutánea que vino informada como compatible con toxicodermia. Dada la impresión clínica se trató como un EICH a dosis de 2 mg/kg día de esteroides, aunque se decidió también suspender el septrim que la paciente tomaba de forma profiláctica. La paciente no mejoró a pesar de las dosis tan altas de esteroides hasta pasados varios meses, por lo que finalmente con el contexto de la enferma diagnosticamos el cuadro como un EICH agudo, y con la mejoría empe-

zamos a disminuir los esteroides y reintroducimos el septrim. Curiosamente, a las 2 semanas de reintroducir el septrim la paciente repitió la clínica.

**Conclusión:** Presentamos el caso para objetivar la dificultad que tiene el manejo de estos enfermos en la fase inicial postrasplante de MO. Ni la clínica ni la histología son capaces de diferenciar el EICH agudo de la toxicodermia, y sólo la evolución y el tiempo nos decantará hacia uno u otro cuadro. Recientemente se ha señalado la posibilidad de que una biopsia de región acral informe de la afectación de las glándulas ecrinas más típica en la erupción mediada por fármacos.

### 6. PACIENTE CON LESIONES HIPERPIGMENTADAS EN MMII, ALGUNAS RETICULADAS, ASOCIADAS A ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR E INSUFICIENCIA CARDÍACA DE DEBUT

J. Vilar<sup>a</sup>, L. Dehesa<sup>a</sup>, P. Valerón<sup>a</sup>, N. Santana<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, J. Gómez-Duaso<sup>a</sup>, P. de la Rosa<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** La crioglobulinemia mixta esencial es una entidad clínica muy poco frecuente, en ocasiones infradiagnosticada, que debe ser sospechada cuando nos encontramos ante un paciente con enfermedad crónica por virus de la hepatitis C y lesiones cutáneas.

**Caso clínico:** Varón de 50 años de edad con antecedentes médicos de DM2, HTA, infección por virus de la hepatitis B, infección por virus de la hepatitis C, enfermedad cerebrovascular y ex ADVP, que ingresó en nuestro hospital por un cuadro de insuficiencia cardíaca de debut. Nos avisan porque el paciente presenta unas lesiones cutáneas hiperpigmentadas de aspecto reticulado de localización preferente en extremidades inferiores y región abdominal de meses de evolución y asintomáticas. En las pruebas complementarias se detecta una hepatoesplenomegalia, Mantoux + con signos radiológicos de tuberculosis residual y una carga viral de VHC cercana a los 4 millones. La analítica mostró la presencia de crioglobulinas tipo IgM cadena ligera kappa. En la biopsia cutánea se objetivó un depósito de material homogéneo eosinófilo que ocupaba toda la luz de los vasos de la dermis papilar muy característica de esta entidad. **Conclusión:** Presentamos esta crioglobulinemia mixta esencial tipo IgM en relación con una infección crónica por virus C por su escasa frecuencia y por los significativos hallazgos histológicos presentes en nuestro caso. Nos parece importante resaltar la idoneidad de solicitar títulos séricos de crioglobulinas en los pacientes con infección crónica por virus C que presenten además lesiones cutáneas.

### 7. LESIÓN TUMORAL DE RÁPIDA EVOLUCIÓN LOCALIZADA EN CUERO CABELLUDO EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO POR TRASPLANTE RENAL

J. Vilar<sup>a</sup>, L. Dehesa<sup>a</sup>, P. Valerón<sup>a</sup>, N. Santana<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, P. de la Rosa<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** La foliculitis pseudolinfomatosa es un diagnóstico exclusivamente histológico, poco frecuente y que debe hacerse como exclusión, descartando preferentemente proliferaciones linfocíticas atípicas.

**Caso clínico:** Varón de 53 años de edad con antecedentes médicos de HTA, DLP, hiperuricemia y trasplantado renal en el año 2000 que presentaba desde hacía 45 días una lesión tumoral eritematosa y friable, bien delimitada en región de cuero cabelludo de unos 2 cm de diámetro máximo, que había desarrollado un crecimiento rápi-

do. A la dermatoscopia se observa una estructura eritematosa dividida por pseudotabiques blanquecinos bien delimitados que no corresponden a ningún patrón dermatoscópico conocido. En la histología se observa un infiltrado inflamatorio muy denso que afecta a toda la dermis superficial en forma «de sábana» y perivascular en la zona más profunda llegando al tejido celular subcutáneo. En el infiltrado, aunque es de naturaleza predominantemente linfocitaria, sin signos de atipia, se detectan también histiocitos y eosinófilos. Diseca las fibras de colágeno y se refuerza ocasionalmente en zonas perifoliculares. La inmunohistoquímica revela positividad para Cd1a y S100, siendo el resto del análisis inmunohistoquímico negativo para PAS, CD68, HMB45 e inmuno de linfomas tanto B como T. El estudio del reordenamiento del receptor de células T fue policlonal.

**Conclusión:** Con toda esta información realizamos el diagnóstico de foliculitis pseudolinfomatosa, una entidad de escasa frecuencia clínica y muy interesante desde el punto de vista histológico.

## 8. LESIONES PAPULOSAS FACIALES PERSISTENTES

S. Dorta<sup>a</sup>, L. Feliciano<sup>a</sup>, F. Rodríguez<sup>a</sup>, V. Díaz<sup>a</sup>, A. Perera<sup>a</sup>, J. Suárez<sup>a</sup> y R. Fernández de Misa<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.  
Santa Cruz de Tenerife. España.*

## 9. MUJER DE 82 AÑOS CON ERITEMA Y DESCAMACIÓN CUTÁNEA GENERALIZADA

L. Dehesa<sup>a</sup>, J. Vilar<sup>a</sup>, P. Valerón<sup>a</sup>, N. Santana<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, J. Gómez-Duaso<sup>a</sup>, P. de la Rosa<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.  
Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** La pitiriasis rubra pilaris es una entidad clínica incluida en las patologías eritematodescamativas con una clínica e histología característica, y que cuando aparece en edades avanzadas debe realizarse despistaje de neoplasia oculta. Su tratamiento puede suponer un reto para el dermatólogo, en ocasiones frustrante. **Caso clínico:** Mujer de 82 años con antecedentes médicos de HTA en tratamiento que presentaba una erupción eritematodescamativa de 1 mes de evolución de presentación inicial en tronco y posterior extensión a cuero cabelludo y regiones acrales. El cuadro de la paciente presentaba característicamente zonas de piel respetada en áreas de piel afectas. La histología presentaba una hiperplasia psoriasiforme de la epidermis con alternancia de orto y paraqueratosis en la capa córnea. Con el diagnóstico de pitiriasis rubra pilaris se inició tratamiento con acitretino a 0,5 mg/kg de peso/día y se realizó un estudio de extensión para neoplasia oculta, que fue negativo. La paciente fue valorada por el servicio de medicina interna, el cual, pensando que la paciente presentaba una eritrodermia psoriásica, ingresó a la enferma, suspendió el acitretino y se pautó ciclosporina a dosis de 3 mg/kg de peso/día. La paciente desarrolló un fracaso renal agudo, una hepatitis tóxica, sufrió varias infecciones oportunistas (entre ellas una por SAMR) y finalmente hizo una parada cardiorrespiratoria de la que afortunadamente se recuperó.

**Conclusión:** Presentamos el caso de esta paciente para resaltar la importancia del dermatólogo en el manejo de enfermedades de diagnóstico casi exclusivamente cutáneo, lo que nos permite realizar un tratamiento adecuado, siempre con los menores efectos adversos posibles. La colaboración interdepartamental en el manejo de los enfermos es fundamental, pero siempre debe prevalecer la opinión del especialista con más experiencia y conocimientos en el cuadro específico que se trate.

## 10. LESIONES PAPULOSAS CON ULCERACIÓN CENTRAL EN TRONCO Y EXTREMIDADES DE 8 AÑOS DE EVOLUCIÓN ASINTOMÁTICAS

L. Dehesa<sup>a</sup>, J. Vilar<sup>a</sup>, P. Valerón<sup>a</sup>, N. Santana<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, J. Gómez-Duaso<sup>a</sup>, R. Torrado<sup>a</sup>, P. de la Rosa<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.  
Las Palmas de Gran Canaria. España.*

## 11. LESIONES PALMOPLANTARES

V. Díaz Fernández<sup>a</sup>, S. Dorta Alom<sup>a</sup>, L. Feliciano Divasson<sup>a</sup>, R. Fernández de Misa Cabrera<sup>a</sup>, F. Rodríguez García<sup>a</sup>, J. Ruiz de León<sup>a</sup>, J. Suárez Hernández<sup>a</sup> y A. Perera Molinero<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.  
Santa Cruz de Tenerife. España.*

## 12. VARÓN DE 65 AÑOS, BEBEDOR, CON LESIONES AMPOLLOSAS EN DORSO DE MANOS

E. Piqué-Duran, J.A. Pérez-Cejudo y D. Cameselle

*Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.*

## 13. CUADRO PUSTULOSO EN PACIENTE CON ICTIOSIS LINEAR CIRCUMFLEJA

Y. Peñate<sup>a</sup>, N. Hernández<sup>a</sup>, P. Melwani<sup>a</sup>, R. Martel<sup>a</sup>, Z. Hernández<sup>a</sup>, D. Luján<sup>a</sup> y T. Montenegro<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.  
Las Palmas de Gran Canaria. España.*

## 14. TUMORACIÓN ULCERADA EN DORSO DE MANO

Y. Peñate<sup>a</sup>, N. Hernández<sup>a</sup>, R. Martel<sup>a</sup>, P. Melwani<sup>a</sup>, Z. Hernández<sup>a</sup>, L. Borrego<sup>a</sup> y T. Montenegro<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.  
Las Palmas de Gran Canaria. España.*

## 15. LESIÓN TUMORAL RECIDIVANTE EN HOMBRO DERECHO

C. Rodríguez García, S. González Hernández, N. Pérez Robayna, S. García Hernández, F. Guimerá y R. Sánchez González

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias.  
Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** La tuberculosis (TBC) extrapulmonar supone el 10-20% del total de TBC en inmunocompetentes. Las localizaciones más frecuentes son la pleural y ganglionar, seguida de la urogenital y osteoarticular, mientras que el resto de localizaciones son muy infrecuentes. La tuberculosis cutánea representa sólo el 1% de los casos de TBC extrapulmonar.

**Caso clínico:** Mujer de 75 años que acudió a consulta por una lesión asintomática en el hombro derecho, de 5 meses de evolución. Entre sus antecedentes personales figuraban: hidronefrosis izquierda y bronquiectasias pulmonares. En la exploración física, se observaba una lesión tumoral nodular, ulcerada, fluctuante, de aproximadamente 5 cm de diámetro, en el hombro derecho. En el estudio histopatológico con hematoxilina-eosina destacaba la presencia de

granulomas no caseificantes en la dermis; con la tinción de Ziehl-Neelsen no se mostraron bacilos ácido-alcohol resistentes. El cultivo de la muestra fue negativo para bacterias, hongos y micobacterias, pero, a través de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa, se detectó DNA de *M. tuberculosis*, llegándose al diagnóstico de tuberculosis cutánea gomosa.

**Discusión:** Las formas de TBC cutánea se pueden clasificar según sean causadas por infección exógena (chancro tuberculoso y tuberculosis verrucosa) o por diseminación endógena (lupus vulgaris, escrofuloderma, tuberculosis miliar aguda, tuberculosis orificial y tuberculosis gomosa). La TBC gomosa se produce mediante diseminación hematológica y se manifiesta como abscesos subcutáneos fluctuantes que se ulceran o fistulizan. El criterio absoluto para el diagnóstico de TBC lo dicta el aislamiento del bacilo en el cultivo o la identificación de ADN micobacterial por PCR.

**Conclusión:** La tuberculosis cutánea gomosa es una forma poco frecuente de TBC cutánea y es precisa la evaluación completa del paciente para poder llegar al diagnóstico.

## 16. VARÓN DE MEDIANA EDAD CON PLACAS CUTÁNEAS PROGRESIVAS DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN

F. Rodríguez García<sup>a</sup>, S. Dorta Alom<sup>a</sup>, L. Feliciano Divasson<sup>a</sup>, V. Díaz Fernández<sup>a</sup>, J. Ruíz León<sup>a</sup>, A. Perera Molinero<sup>b</sup> y J. Suárez Hernández<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

## 17. LESIÓN TUMORAL EN MEJILLA DE PACIENTE JOVEN

S. González Hernández<sup>a</sup>, C. Rodríguez García<sup>a</sup>, N. Pérez Robayna<sup>a</sup>, N. Hernández León<sup>b</sup>, F. Guimerá Martín-Neda<sup>a</sup> y R. Sánchez González<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

## 18. LESIÓN LINEAL EN DORSO DE MANO Y ANTEBRAZO

N. Merino de Paz, M. Rodríguez-Martín, P. Contreras-Ferrer, M. García Bustinduy, A. Martín-Herrera, E. Salido Ruiz y A. Noda Cabrera

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

## 19. MUJER DE 38 AÑOS CON TUMORES VASCULARES CONGÉNITOS

R. Cabrera Paz, M. del Pino Gil Mateo, M. García Viera y A. Fernández Formoso

Hospital General de La Palma. Las Palmas de Gran Canaria. España.

## 20. PELAGRA

E. Piqué-Duran, J.A. Perez-Cejudo, D. Cameselle, S. Palacios-Llopis y O. García-Vázquez

Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.

**Introducción:** La pelagra, una enfermedad de proporciones epidémicas en otros tiempos, se ha convertido en una entidad anecdótica

que afecta a unos reducidos grupos de riesgo, como los pacientes alcohólicos.

**Material y método:** Se revisaron los archivos clínicos e histopatológicos en busca de pacientes con pelagra entre 1998 y 2009.

**Resultados:** Se encontraron 7 casos de pelagra en ese período. Todos eran varones y los factores predisponentes más frecuentes fueron el alcoholismo, la transgresión dietética y la ingesta de antiepilépticos. La clínica cutánea fue la clave para llegar al diagnóstico en todos los casos. El dorso de antebrazos fue la localización más frecuente, aunque fue en el dorso de los pies donde se manifestó de una forma más grave. Dos pacientes precisaron ingreso por la aparición de grandes ampollas. En todos los casos el tratamiento con nicotinamida resolvió el brote.

**Conclusiones:** Al no existir un marcador adecuado, la pelagra se diagnostica principalmente gracias a los cambios cutáneos, por lo que el dermatólogo debe conocer esta entidad e incluirla en el diagnóstico diferencial de pacientes con fotosensibilidad.

## 21. DERMATITIS DE CONTACTO POR «ZAPATOS CHINOS». SENSIBILIZACIÓN A DIMETILFUMARATO EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA

L. Borrego, N. Guillermo, P. Melwani, R. Martel y N. Hernández

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** El dimetilfumarato es un biocida empleado en la preservación de material de cuero y plástico que se ha relacionado recientemente con la aparición de dermatitis graves en usuarios de sofás y calzado de origen chino.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de los pacientes estudiados en la unidad de dermatitis de contacto por posible dermatitis alérgica de contacto por calzado en relación con dimetilfumarato los años 2007-2009. A 38 enfermos se les realizaron pruebas epicutáneas de contacto con las baterías estándar española y de calzado (Chemotechnique®). Nueve de ellos fueron estudiados también con dimetilfumarato en Aq al 0,01% y 8 con dimetilfumarato en vas al 0,1%.

**Resultados:** Ninguno de los pacientes estudiados con el dimetilfumarato en agua dio positividad. De los enfermos parcheados con dimetilfumarato en vaselina, 3 fueron positivos para esta sustancia con relevancia presente y lesiones que aparecieron entre 4 h y 10 días del inicio del contacto con los zapatos sospechosos.

**Conclusiones:** El dimetilfumarato es un nuevo sensibilizante en nuestro medio asociado al contacto con productos de cuero y debe ser incluido en las baterías respectivas. Dada su alta volatilidad no es aconsejable la realización de pruebas epicutáneas en solución acuosa.

## 22. ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO PROFESIONAL POR UÑAS ARTIFICIALES

N. Guillermo Martínez, B. Hernández-Machín y B. Hernández Hernández

Buenaderma. Enfermedades, Cirugía y Estética de la Piel. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** La dermatitis alérgica de contacto por acrilatos contenidos en uñas artificiales es un motivo de consulta cada vez más frecuente, tanto en esteticistas como en usuarias. Presentamos un caso de eccema alérgico de contacto por acrilatos en una profesional de uñas artificiales.

**Caso clínico:** Mujer de 53 años, esteticista, consultó por lesiones eritematodescamativas en pulpejos de los 3 primeros dedos de la mano izquierda de 2 meses de evolución que habían aparecido 2 meses después de empezar a trabajar con uñas acrílicas. A la exploración presentaba en pulpejos de los 3 primeros dedos de la mano izquierda eritema y descamación. Con sospecha de dermatitis alérgica

gica de contacto por acrilatos se realizaron pruebas epicutáneas con batería estándar y acrilatos, resultando positivas a las 48 y a las 96 h para 6 de los alérgenos de la batería de acrilatos. El diagnóstico final fue eccema alérgico de contacto por acrilatos en profesional de uñas acrílicas, y se pautó clobetasol tópico, emolientes y guantes de protección silvershield 4H. A los 6 meses, la paciente presenta mínimas lesiones y continúa trabajando con uñas acrílicas.

**Discusión:** Ante la sospecha de dermatitis de contacto por acrilatos debemos realizar pruebas epicutáneas con baterías actualizadas sin parchear nunca productos propios. Tenemos que advertir a las pacientes sensibilizadas a acrilatos contenidos en uñas artificiales de la posibilidad de reacciones alérgicas graves con implantes dentales o rechazo de prótesis óseas. Podemos evitar que las profesionales sensibilizadas a acrilatos tengan que cambiar de trabajo recomendando el uso de guantes 4H.

### 23. EDER 33: INTERNISTA CONSULTOR PARA DERMATOLOGÍA

N. Santana<sup>a</sup>, A. Martín<sup>b</sup>, L. Dehesa<sup>a</sup>, J. Vilar<sup>a</sup>, P. Valerón<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, J. Bastida<sup>a</sup>, J. Domínguez<sup>a</sup>, A. Gómez<sup>a</sup>, M.P. Rivero<sup>a</sup>, M.R. Torrado<sup>a</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Acompasando la evolución global de la medicina, la dermatología también ha experimentado en las últimas décadas una profundización en el conocimiento de los mecanismos genéticos y moleculares de las enfermedades, lo que ha obligado a complementar su enfoque generalista con otros más concretos y superespecializados. Este hecho se ve bien reflejado en la creación de unidades específicas para determinadas patologías en las que el dermatólogo está especialmente formado y adiestrado en su manejo, así como en el de sus complicaciones. El tratamiento integral del paciente, el manejo de patologías más complejas por parte de dermatólogos en dichas unidades específicas, la tendencia actual a manejar las enfermedades en unidades coordinadas multidisciplinares, junto a la necesidad de crear una figura que centralice y coordine la actividad asistencial de pacientes dermatológicos con patologías complejas o multiorgánicas, ha motivado la adhesión de un médico especializado en medicina interna al servicio de dermatología. Para poder crear la figura del Internista consultor para dermatología (ICD) se ha modificado la estructura de consultas en el área de consultas externas (CCEE) de dermatología, contando siempre con la asistencia y medios propios del servicio de dermatología, creando una consulta gestionada conjuntamente pero con libertad de ser modificada por parte del ICD. Al igual que el resto de consultas, se verán tanto revisiones como pacientes nuevos remitidos desde otras consultas dermatológicas para ser valorados en el propio servicio de dermatología por parte de un médico internista. Se expondrán todas las características de la nueva agenda creada, tanto su estructura jerárquica como los pormenores de su funcionamiento. Se revisarán las patologías atendidas en ella y los resultados que han tenido las interconsultas enviadas por dermatólogos. Se hará hincapié en el espíritu de colaboración interdepartamental y en el beneficio mutuo para ambos servicios, teniendo como resultado final un mejor manejo del paciente y su patología.

### 24. DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE HIPERHIDROSIS. NUESTRA EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

L. Feliciano<sup>a</sup>, E. Martín<sup>b</sup>, F.J. de León<sup>c</sup>, J. Ruiz<sup>a</sup>, S. Dorta<sup>a</sup>, F. Rodríguez<sup>a</sup>, V. Díaz<sup>a</sup> y J. Suárez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Servicio de Cirugía Torácica.

<sup>b</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario

Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

## Santa Cruz de Tenerife, 20 de noviembre de 2010

### 1. COLISIÓN DE CARCINOMA EPIDERMOIDE Y CARCINOMA BASOCELULAR. ESTUDIO DE 3 CASOS CON EMA Y BER EP4

E. Piqué-Duran<sup>a</sup> y B. Paredes<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sección de Dermatología. Hospital Dr. José Molina Orosa. Arrecife. Las Palmas de Gran Canaria. España.

<sup>b</sup>Dermatopathologie Friedrichshafen. Alemania.

**Introducción:** La colisión de tumores es un hecho infrecuente, aunque bien reconocido. Debido al hecho que a veces es difícil diferenciar un carcinoma basocelular (BCC) y un carcinoma espinocelular (SCC), y a que existen BCC con diferenciación escamosa, puede ser difícil reconocer una colisión de un BCC y un SCC. Se ha postulado que en una colisión de un BCC y SCC debe existir una transición brusca entre ambos tumores, y que ambos deberían estar conectados con la epidermis de forma independiente.

**Casos histopatológicos:** Presentamos 3 casos de colisión de un BCC y un SCC. En todos los casos se distinguían claramente 2 áreas diferenciadas. Una correspondía a un BCC típico y otra a un SCC típico. Ambas lesiones se comunicaban con la epidermis de forma independiente y la transición entre ambas era brusca. El estudio inmunohistoquímico realizado con EMA y BerEP4 mostró en todos los casos los mismos resultados: el EMA marcaba el SCC, siendo negativo el BCC y la epidermis circundante, mientras que BerEP4 mostró positividad para el BCC y negatividad para el SCC.

**Discusión:** A pesar de que BCC y SCC son con diferencia los tumores malignos más frecuentes en el hombre, y que la distribución habitual se superpone en gran medida, sólo hemos encontrado 4 referencias de colisión entre ambos tumores.

### 2. LESIONES BLANQUECINAS EN MUCOSA ORAL EN UN LACTANTE

A. Armas<sup>a</sup>, J. Suárez<sup>b</sup>, R. Fernández de Misa<sup>b</sup>, F. Rodríguez<sup>b</sup>, V. Díaz<sup>b</sup>, L. Feliciano<sup>b</sup> y S. Dorta<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Pediatría y <sup>b</sup>Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción:** Las lesiones blanquecinas en la mucosa oral son normalmente adquiridas como la hiperplasia oral focal epitelial, la papilomatosis oral florida, la leucoplasia, la candidiasis oral, liquen plano, liquen escleroso y atrófico y otras enfermedades o debidas a procesos hereditarios como la disqueratosis congénita, el nevus blanco esponjoso, la disqueratosis intraepitelial hereditaria benigna, la enfermedad de Darier y la paquioniquia congénita.

**Caso clínico:** Varón de 2 meses de edad que presenta desde su nacimiento lesiones blanquecinas en la mucosa oral que inicialmente fueron diagnosticadas de muguet oral. A las pocas semanas de nacer muestra alteraciones ungueales en los dedos de las manos, que fueron también erróneamente interpretadas como micosis ungueal. Sin otros hallazgos en el momento actual. El niño es derivado a nuestro servicio, al cual acude con su padre, que es un paciente conocido y ya diagnosticado de PC-1, con lo cual el diagnóstico para nosotros fue sencillo. El padre presenta queratodermia palmoplantar dolorosa, hipertrofia ungueal y leucoqueratosis oral. El estudio genético ha encontrado una mutación (L468P) en el gen KRT6a. **Discusión:** La paquioniquia congénita (PC) se caracteriza por hipertrofia ungueal, queratodermia palmoplantar focal, leucoqueratosis oral, formación de quistes y queratosis folicular del tronco y extremidades. Se hereda de modo autosómico dominante. Los 2 genes conocidos asociados con PC-1 son KRT6A y KRT16. Los 2 genes asociados con PC-2 son KRT6B y KRT17. La hipertrofia ungueal aparece en los primeros meses de vida, mientras que la queratodermia pal-

mopltantar se hace evidente a los pocos años, cuando el niño empieza a caminar. Pueden aparecer ampollas debajo de la queratodermia. La leucoqueratosis oral, sin embargo, está presente a menudo en los lactantes, pudiendo causarles dificultades para alimentarse.

**Conclusión:** Presentamos una familia con esta rara genodermatosis y mostramos los hallazgos iniciales de la enfermedad en un lactante y en un adulto.

**Palabras clave:** Genodermatosis. Paquioniquia congénita. Queratodermia palmoplantar.

### 3. CONTROVERSIAS EN EL MANEJO DE LA URTICARIA PIGMENTOSA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 8 CASOS

R. Martel, N. Hernández, Z. Hernández, D. Islas, J. Rodríguez, Y. Peñate, L. Borrego y J. Hernández

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Gran Canaria. España.*

**Introducción:** Debido a la baja incidencia de la urticaria pigmentosa (UP), son pocos los trabajos que han estudiado el pronóstico y la evolución de esta patología. Los últimos documentos de consenso publicados por dermatólogos y hematólogos muestran ciertos puntos discordantes en el manejo de esta entidad.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los casos de UP diagnosticados en nuestro servicio desde los años 2003-2010, haciendo uso de la base de datos de anatomía patológica e iconográfica. Se han recogido la edad de comienzo de los síntomas, la clínica cutánea y extracutánea, la realización de biopsia cutánea o de médula ósea, los niveles de triptasa sérica, realización de tratamiento y la evolución.

**Resultados:** Un total de 8 sujetos (6 niños y 2 adultos) han sido diagnosticados de UP en el período de estudio. Cuatro de ellos, además, presentaban clínica secundaria a la liberación de mediadores: un cuadro dispéptico, un cuadro de diarreas crónicas, 2 pacientes con brocoesposmos y uno de ellos, además, con episodios de urticaria. Ningún caso presentó clínica ni alteraciones analíticas asociadas a una mastocitosis sistémica. Todos los casos fueron diagnosticados mediante la correlación clínico-patológica. En un solo caso del adulto se realizó biopsia de MO, por elevación de la triptasa sérica, que resultó negativa. Sólo 2 casos han precisado tratamiento para el control del prurito con antihistamínicos y corticoides tópicos. En una media de seguimiento de 22 meses (rango 6-57 meses) ningún paciente presentó evolución hacia una forma sistémica.

**Discusión:** Nuestros casos muestran, al igual que el resto de la literatura, que la UP es un proceso cutáneo crónico indolente con muy buen pronóstico. Dado que hay casos descritos de evolución hacia formas sistémicas agresivas, fundamentalmente en adultos, nosotros consideramos que estos pacientes necesitan revisiones anuales pero con procedimientos de estadiaje mínimamente invasivos, como es la realización de una analítica en la que se incluya la triptasa sérica.

### 4. RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN DERMATOLOGÍA

J. Hernández, L. Borrego, E. Soler, D. Islas, J. Rodríguez, P. Almeida, D. Luján, Y. Peñate y P. Melwani

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** En nuestro sistema sanitario público el médico de cabecera (MC) y el pediatra (P) son quienes atienden en primera instancia a los pacientes con afectación cutánea; aquello que no resuelven nos es remitido. Es primordial una buena comunicación con los MC/P, establecer sistemas de derivación eficaces y que no generen fricción y una buena formación continuada de los MC/P

que nos permita atender en nuestras consultas de dermatología a pacientes ya filtrados.

**Material y métodos:** Hemos acudido a todos los centros de salud (CS) de nuestra área realizando charlas con el motivo de establecer puentes de comunicación, fijar los mecanismos de derivación y compartir inquietudes. En aquellos CS en que ha sido posible se ha establecido la figura del dermatólogo consultor (DC), en otros han sido los MC/P los que han acudido unos días a nuestra consulta ambulatoria de dermatología. Cuando ha sido preciso se han impartido charlas sobre temas que se consideraban importantes. El DC revisa con el MC/P presente los partes remitidos como «normales» de un período de tiempo (1 mes), en algunos casos con fotografías de los pacientes y en otros no. No se atienden pacientes nunca. Las posibilidades son caso resuelto en CS o remitido a consulta de dermatología con carácter normal o preferente.

**Resultados:** La relación con primaria es mucho más fluida, el MC/P se siente apoyado. Hemos instaurado la figura del DC en 3 CS y en 2 se hará en breve. Buen sistema de formación continuada. Mejora listas de espera.

**Conclusión:** Las relaciones personales son importantes, hacen el trabajo más fácil. La figura del DC tiene un futuro prometedor en dermatología.

### 5. DISCROMATOSIS HEREDITARIA UNIVERSAL: DESCRIPCIÓN DEL PRIMER CASO EN ESPAÑA

M. Rodríguez-Martín<sup>a</sup>, P. Contreras Ferrer<sup>a</sup>, N. Merino de Paz<sup>a</sup>, A.I. Martín Herrera<sup>b</sup> y A. Noda Cabrera<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.*

**Introducción:** La discromatosis hereditaria universal (DHU) es una genodermatosis poco frecuente, con una presentación clínica heterogénea. Desde el punto de vista cutáneo se presenta como una pigmentación moteada generalizada. Epidemiológicamente es más frecuente en Japón, aunque se han descrito casos esporádicos en Sudáfrica, India e Irak.

**Caso clínico:** Varón de 11 años de edad con antecedentes personales de retraso mental leve. Es remitido a nuestro servicio desde pediatría para descartar vitiligo. No presentaba antecedentes familiares de interés, excepto un hermano gemelo sano sin afectación cutánea. Los padres negaron la presencia de lesiones similares en otros miembros de la familia ni consanguinidad. El paciente presenta a la exploración física hiper e hipopigmentaciones moteadas desde los 2 primeros años de edad. Las lesiones leucomelanodérmicas eran de tamaño y forma variable y su distribución era difusa, aunque predominaban en el tronco y miembros superiores. El paciente ha recibido tratamientos con emolientes, esteroides e inmunomoduladores tópicos durante los últimos 3 años sin mejoría. Las analíticas de sangre, incluyendo hemograma, VSG, función hepática, perfil lipídico, inmunoglobulinas y estudio tiroideo, se encuentran dentro de rangos normales excepto los valores de IgE (1.004 UI/mL). Las pruebas de imagen no revelan ninguna anomalía. Con el diagnóstico de presunción de DHU, se realiza una biopsia cutánea que reveló zonas de hiperpigmentación en la membrana basal con incontinencia pigmentaria en algunas áreas alternadas con zonas de hipomelanosis.

**Discusión:** La DHU es una dermatosis infrecuente. El pedigrí de la familia descrita concuerda con la presencia de una mutación espontánea. Aunque muchos factores hereditarios pueden influir en la melanogénesis resultados en cuadros de discromatosis, la patogenia de la DHU aún se desconoce. El diagnóstico diferencial más importante que debe establecerse es con otras alteraciones pigmentarias como el vitiligo y con genodermatosis como el xeroderma pigmentoso.

**Conclusión:** Presentamos el primer caso esporádico descrito de DHU en España y realizamos una revisión de la literatura descrita sobre esta rara genodermatosis.

## 6. CIRUGÍA DE MOHS. NUESTRA EXPERIENCIA EN 4 AÑOS

N. Hernández<sup>a</sup>, R. Martel<sup>a</sup>, Z. Hernández<sup>a</sup>, E. Soler<sup>a</sup>,  
T. Montenegro<sup>b</sup>, L. Borrego<sup>a</sup> y J. Hernández<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.  
Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** La cirugía de Mohs es la técnica quirúrgica que, ahorrando tejido sano, ofrece un mayor porcentaje de curación. El objetivo de nuestro trabajo es conocer los hallazgos epidemiológicos, clínicos, histológicos, así como el número de pases, técnica de reconstrucción y recidiva tumoral en pacientes intervenidos mediante cirugía de Mohs.

**Material y método:** Se incluyen 53 tumores correspondientes a 53 pacientes intervenidos en nuestro centro desde noviembre de 2006 a junio de 2010. Las variables registradas son edad, sexo, tipo de tumor, localización, tamaño, histología, indicación, número de pases, técnica de reconstrucción y recidiva.

**Resultados:** Se incluyen 29 hombres y 24 mujeres, de edades comprendidas entre los 20-84 años (media, 52 años). El 90% son carcinomas basocelulares, el 8% son carcinomas epidermoides y el 2% carcinoma adenoide quístico. El 98% están localizados en la cabeza y el 37,7% son tumores primarios. El 73,5% de los tumores precisó más de un pase para obtener márgenes libres.

**Conclusión:** En nuestra serie, haciendo una selección rigurosa de los pacientes, la técnica de Mohs es una opción terapéutica segura con una tasa de recidiva menor del 1%.

## 7. ¿ES CAPAZ LA NUEVA PROPUESTA DE ESTADIFICACIÓN PARA LA MICOSIS FUNGOIDE Y EL SÍNDROME DE SÉZARY DE CLASIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES T1 Y T2?

R.F. de-Misa<sup>a</sup>, B. Hernández-Machín<sup>b</sup>, A. Aguirre-Jaime<sup>a</sup>,  
Y. Peñate-Santana<sup>c</sup>, L. Pérez-Méndez<sup>a</sup>, J. Suárez-Hernández<sup>a</sup>  
y J. Hernández-Santana<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.  
Santa Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Hospital Nuestra Señora de los Reyes.  
El Hierro. <sup>c</sup>Hospital Universitario Insular. Las Palmas  
de Gran Canaria. España.

**Introducción:** La nueva propuesta de estadificación para la micosis fungoide y el síndrome de Sézary (Olsen et al. Blood 2007) incluye 2 subgrupos diferenciados para los pacientes T1 y T2 según presenten exclusivamente parches (a) o placas ± parches (b). Asimismo, recomienda también: 1) registrar la existencia de hipopigmentación, hiperpigmentación, descamación, incrustación y poiquilodermia, y 2) repetir el TNMB a lo largo del seguimiento del paciente.

**Pacientes y métodos:** Analizamos la concordancia interdermatólogos para cada uno de estos signos en 80 lesiones seleccionadas de forma ciega, correspondientes a 25 pacientes diagnosticados de MF. Principales características de los pacientes: cociente varón/mujer: 1,8. Edad al diagnóstico (mediana): 57 años. Edad al estudio (mediana): 64 años. Intervalo a diagnóstico (mediana): 36 meses. Intervalo a estudio (mediana): 120 meses. T al diagnóstico: T1, 56%; T2, 36%; T3, 8%. T al estudio: T1, 92%; T2, 8%. Tratamiento sistémico previo: 20% de los pacientes. Tratamiento sistémico o dirigido a la piel en el momento del estudio: 40 y 74%, respectivamente. Dos dermatólogos con experiencia en linfomas cutáneos valoraron de forma independiente e *in vivo* cada una de las lesiones. La concordancia fue calculada mediante kappa (Cohen).

**Resultado:** Kappa fue 0,67 para las variables parche/placa ( $p < 0,001$ ). Esta diferencia fue significativa también en las lesiones que no habían sido sometidas a tratamiento alguno ( $p = 0,015$ ). Cada año menos al diagnóstico y a la inclusión en el estudio

( $p < 0,001$ ), así como cada mes más bajo tratamiento sistémico ( $p = 0,009$ ) incrementan el riesgo de discordancia. Para hipopigmentación, hiperpigmentación, descamación, incrustación y poiquilodermia, kappa fue 0,59, 0,65, 0,68, 0,71 y 0,45. Ninguna de las variables analizadas se relacionó significativamente con el número total de discordancias observadas.

**Discusión:** Hasta en un tercio de los casos, los pacientes T1/T2 podrían subestudificarse en a) y b) de forma no reproducible. Lo mismo ocurre con los demás signos estudiados. Además, el tiempo que los pacientes son sometidos a tratamiento sistémico, algo frecuente en pacientes con MF, aumenta el riesgo de discordancia, lo que influirá en los resultados de la valoración periódica del TNMB. Probablemente se requiere una definición más precisa de parche y placa.

## 8. RITUXIMAB INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS B CENTROFOLICULARES Y DE LA ZONA MARGINAL

B. Hernández-Machín<sup>a</sup>, R.F. de-Misa<sup>b</sup>, F. Santiagoc, B. Rosales<sup>d</sup>,  
Y. Peñate<sup>e</sup>, L. Pérez-Méndez<sup>b</sup>, O. Servitje<sup>f</sup>, T. Estrach<sup>g</sup>,  
L. Calzado<sup>h</sup>, M. Fernández-Guarino<sup>i</sup>, E. Acebo<sup>j</sup>, F. Gallardo<sup>c</sup>,  
A. Salar<sup>c</sup>, R. Izu<sup>k</sup>, P. Ortiz<sup>d</sup> y R. Pujol<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Nuestra Señora de los Reyes. El Hierro. <sup>b</sup>Hospital  
Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz  
de Tenerife. <sup>c</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>d</sup>Hospital  
Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>e</sup>Hospital Universitario  
Insular. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>f</sup>Hospital de Bellvitge.  
Barcelona. <sup>g</sup>Hospital Clínic. Barcelona. <sup>h</sup>Hospital Fundación  
Alcorcón. Madrid. <sup>i</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal.  
Madrid. <sup>j</sup>Hospital de Santiago Apóstol. Vitoria. <sup>k</sup>Hospital  
de Basurto. Bilbao. España.

**Introducción:** La administración intravenosa de rituximab constituye una alternativa eficaz y segura para el tratamiento del LNH B de origen nodal. Fueron Heinzerling et al (Cáncer, 2000) los primeros en constatar su eficacia por vía intralesional (RIL) en pacientes con linfomas cutáneos primarios de la zona marginal (LZM) y centrofoliolar (LCF). No obstante, se han publicado únicamente los resultados correspondientes a una veintena de pacientes entre las diferentes series.

**Pacientes y métodos:** Con la finalidad de establecer la eficacia y la seguridad del RIL, hemos revisado 33 pacientes correspondientes a 10 servicios de dermatología. El diagnóstico se estableció según los criterios de la EORTC-OMS (Blood, 2005): LZM, 47%; LCF, 53%. Cociente varón/mujer: 1,44. Edad al diagnóstico (mediana): 57 años. Intervalo hasta el diagnóstico: 69 meses (mediana). Seguimiento (media): 23 meses. Tratamiento previo: 46% de los pacientes. Los pacientes se encontraban en T1, T2 o T3 en el 37, el 43 y el 20%, respectivamente (Kim et al. Blood, 2007). Las lesiones se localizaron en cabeza y cuello en el 40% de los pacientes.

**Resultados:** En el 46% de los pacientes se trató una única lesión (rango 1-9). El 80% de los pacientes siguió una pauta de tratamiento consistente en 3 inyecciones semanales repetidas cada 4 semanas. Dosis por lesión (mediana): 10 mg (rango, 2-50 mg). Se obtuvo respuesta completa, respuesta parcial, enfermedad estable y enfermedad progresiva en el 69, el 20, el 9 y el 3%, respectivamente. Tiempo medio a respuesta: 12 semanas (rango 3-48). Recaída: 27%. Tiempo a recaída (mediana): 24 semanas. Reacciones adversas: 57% (todas grado I y II OMS). La más frecuente fue dolor local a la inyección. Sólo el 11% de los pacientes fue premedicado.

**Discusión:** Los resultados previos refieren resultados más favorables con un 85% de respuestas completas y un 15% de respuestas parciales. El carácter retrospectivo de todos los estudios publicados puede contribuir a estas discrepancias. En cualquier caso, los resultados presentados confirman la eficacia y la seguridad del RIL en el tratamiento del LCF y el LZM.

## 9. MIASIS CUTÁNEA IMPORTADA

N. Guillermo Martínez<sup>a</sup>, B. Hernández-Machín<sup>a</sup>,  
B. Hernández Hernández<sup>a</sup> y A. Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Buenaderma. *Enfermedades, Cirugía y Estética de la Piel. Las Palmas de Gran Canaria.* <sup>b</sup>Servicio de Microbiología. *Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** Las miasis son enfermedades producidas por la parasitación por larvas de dípteros. La forma clínica más frecuente es la cutánea, que se clasifica en foruncular, migratoria y traumática. El diagnóstico es clínico y el tratamiento es específico según la especie, siendo suficiente en la mayoría de casos la extracción directa de las larvas.

**Caso clínico:** Varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por la aparición de 2 lesiones pruriginosas en costado izquierdo de 10 días de evolución que habían aparecido durante su estancia reciente en Guinea Ecuatorial. A la exploración presentaba en costado izquierdo 2 nódulos forunculoides con costra central. Con sospecha de miasis cutánea se procedió a la extrusión de las larvas, que fueron remitidas al laboratorio de microbiología e identificadas como *Cordylobia anthropophaga*. El diagnóstico final fue miasis cutánea forunculoides.

**Discusión:** El antecedente de estancia en un país tropical, el aspecto clínico de las lesiones y la observación directa en el laboratorio de las larvas son la clave para el diagnóstico.

**Conclusión:** Debido al aumento de viajeros a zonas tropicales y al fenómeno de la inmigración, en pacientes con lesiones cutáneas debemos incluir en el diagnóstico diferencial las infecciones propias de estos países, entre las que se encuentran las miasis de la piel.

## 10. BLUEBERRY MUFFIN BABY

C. Rodríguez-García<sup>a</sup>, S. González-Hernández<sup>a</sup>,  
N. Pérez-Robayna<sup>a</sup>, M. Pestana-Eliche<sup>a</sup>, F. Guimerá<sup>a</sup>,  
S. García-Hernández<sup>b</sup> y R. Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. *Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.*

**Introducción:** El término *Blueberry muffin baby* se utiliza para definir las lesiones cutáneas purpúricas generalizadas en neonatos propias de una hematopoyesis extramedular, la cual puede aparecer como consecuencia de una infección intrauterina, especialmente por toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus y herpes (TORCH), o también como resultado de una anemia grave tras una incompatibilidad de Rh/ABO, síndrome de transfusión gemelar o esferocitosis.

**Caso clínico:** Recién nacido a término, con peso adecuado para la edad gestacional, hijo de madre afecta con anemia hemolítica no inmune, nacido mediante cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal. A la exploración física destaca la presencia de lesiones cutáneas generalizadas máculo-nodulares, violáceas, no vitrobarrables, de aproximadamente 1 cm de diámetro, además de hepatoesplenomegalia. En el hemograma destaca anemia e intensa eritroblastosis. La serología fue negativa para toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes y sífilis. El estudio histológico mostró la presencia de focos de hematopoyesis extramedular.

**Discusión:** Durante el desarrollo embrionario tiene lugar la hematopoyesis extramedular en varios órganos, entre los que se encuentra la dermis, y permanece hasta el quinto mes de gestación. La persistencia de ésta en el recién nacido puede ser debido a infecciones intrauterinas o discrasias hematológicas. El diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones cutáneas violáceas en el neonato incluye diversas neoplasias y procesos de origen vascular, por lo que es necesaria la confirmación mediante el estudio histológico y de laboratorio.

**Conclusión:** La presencia de lesiones *blueberry muffin* puede representar una enfermedad potencialmente peligrosa con graves secuelas para el neonato.

## 11. PRURITO SINE MATERIA EN 2 PACIENTES AFRICANOS

P. Contreras Ferrer, M. Rodríguez Martín, N.P. Merino de Paz,  
M. Pestana Eliche y A. Noda Cabrera

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.*

**Casos clínicos:** Presentamos 2 casos de pacientes de origen africano (Cabo verde y Nigeria) que acudieron a nuestro servicio por prurito generalizado sin predominancia horaria, aislado sin afectación de convivientes que presentaba 1,5 y 4 meses de evolución, respectivamente. Ambos pacientes habían sido tratados por sus médicos de familia con emolientes tópicos y antihistamínicos orales sin resolución de la clínica asociada. Tras ser estudiados según el protocolo de nuestro servicio con medios analíticos de sangre, orina, heces y pruebas de imagen, la única alteración evidente fue la presencia de *Endolimax nana* en el cultivo y de heces. Ambos pacientes fueron tratados de forma empírica con tratamiento oral, según protocolo obtenido en la literatura, obteniendo mejoría clínica y desaparición del prurito.

## 12. UNA VARIANTE HISTOLÓGICA DE SÍNDROME DE SWEET: SÍNDROME DE SWEET HISTIOCITOIDE

C. Lucía Pimentel<sup>a</sup>, M.J. Rodríguez-Salido<sup>a</sup>, M. Morales<sup>b</sup>  
y M.T. Fernández-Figueras<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Oncología Médica. *Hospiten Rambla. Sta. Cruz de Tenerife.* <sup>c</sup>Área de Diagnóstico Anatomopatológico. *Centro Médico Augusta. Barcelona. España.*

**Introducción:** En publicaciones recientes se ha descrito una variante diferente de síndrome de Sweet (SS) llamada síndrome de Sweet »histiocitoide« (SSH) en el que lesiones clínicamente típicas de SS pueden mostrar histopatológicamente un infiltrado inflamatorio que está en su mayor parte constituido por células de apariencia histiocitaria.

**Caso clínico:** Mujer de 62 años, menopáusica, en cuyos antecedentes patológicos destaca un carcinoma lobulillar de mama izquierda (T3N2M0), tratada con mastectomía y linfadenectomía axilar, Rt y Qt. Consulta por la aparición brusca de placas y nódulos eritematosos levemente dolorosos en cara, tronco y extremidades, asociados a malestar general. La paciente refería astenia y artralgias con anastrozole 1 mes y medio antes de su enfermedad actual, por lo que le habían cambiado a tamoxifeno. Se solicitó analítica completa que no mostraba alteraciones significativas y se realizó una biopsia mediante punch.

**Discusión:** El SS histológicamente se puede manifestar como una dermatosis neutrofílica con edema en dermis papilar y un denso infiltrado de neutrófilos en la dermis papilar y media. Algunas condiciones se han asociado con el desarrollo del SS: infecciones, neoplasias viscerales o hematológicas, enfermedad inflamatoria intestinal, embarazo y algunos medicamentos. El SSH representaría una rara variante de dermatosis neutrofílica aguda febril que se caracterizaría por un infiltrado de células mieloides inmaduras, precursoras de neutrófilos con morfología histiocitoide.

**Conclusión:** El síndrome de Sweet histiocitoide constituye una variante histopatológica del síndrome de Sweet, que comparte características clínicas idénticas a éste y cuyo diagnóstico se establece gracias a una buena correlación clinicopatológica. Esta variante histopatológica con células mieloides inmaduras puede hacer pensar en que nos encontremos ante infiltrado leucémico cutáneo, como puede verse en leucemia mielode crónica. Los datos clínicos, evolución, respuesta al tratamiento y seguimiento prolongado de la



paciente permiten descartar esta posibilidad. Hasta donde sabemos, el hallazgo de elastofagocitosis nunca ha sido descrito en el síndrome de Sweet histiocitoide.

### 13. CANTARIDINA AL 0,2% EN COLODIÓN ELÁSTICO COMO TRATAMIENTO DEL MOLLUSCUM CONTAGIOSUM EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

N. Merino de Paz<sup>a</sup>, M. Rodríguez-Martín<sup>a</sup>, P. Contreras Ferrer<sup>a</sup>, M. García Bustinduy<sup>a</sup>, M. Sáez Rodríguez<sup>a</sup>, T. Virgós Aller<sup>b</sup> y A. Noda-Cabrera<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España.

**Introducción:** El *molluscum contagiosum* es una infección viral benigna, causada por un poxvirus, que afecta habitualmente a niños de entre 2 y 5 años, con una tasa de incidencia aproximada del 5 al 8%. Existen múltiples tratamientos para esta entidad, desde el curetaje de cada una de las lesiones de forma individual hasta la aplicación de crioterapia. En los niños muchas de estas técnicas implican un evento estresante, debido al dolor que provocan. La cantaridina es un agente vesiculizante, muy efectivo, aprobado desde 1998 por la FDA para el tratamiento de esta patología. El objetivo de nuestro estudio es valorar la intensidad del dolor y la tasa de resolución de las lesiones en niños con *molluscum contagiosum*, comparando la técnica más usada en nuestro medio, el curetaje, con la aplicación de cantaridina en colodión elástico.

**Material y métodos:** Hemos analizado una muestra de 21 pacientes pediátricos (menores de 14 años), que acudieron a las consultas externas del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Canarias, incluidos en el estudio de forma consecutiva. Se ha realizado el tratamiento, diferenciando según el área afecta, con ambas técnicas: curetaje de algunas lesiones y cantaridina al 0,2% en colodión en el resto de las mismas. Justo después de la aplicación de cada una de las técnicas, se administró una escala analógica-visual del dolor sencilla. Se recogieron los eventos adversos y se realizó el análisis estadístico con el paquete SPSS v.15,0.

**Resultados:** Se obtienen diferentes puntuaciones en la escala del dolor para ambas técnicas, siendo menos dolorosa la técnica de la cantaridina tópica.

**Conclusión:** La aplicación de la cantaridina no entraña dolor, a diferencia del resto de técnicas normalmente utilizadas, como es el caso del curetaje, aunque sí se ha descrito, tras su aplicación, la aparición de molestias locales y vesiculación. Existen estudios que sitúan la satisfacción tras el tratamiento con cantaridina en el 92%.

### 14. PLACAS INDURADAS PERIANALES COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN

Z. Hernández<sup>a</sup>, R. Martel<sup>a</sup>, N. Hernández<sup>a</sup>, P. Almeida<sup>a</sup>, T. Montenegro<sup>b</sup>, L. Borrego<sup>a</sup>, J. Rodríguez<sup>a</sup> y J. Hernández<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** Aunque la afectación perianal es frecuente en la enfermedad de Crohn, son pocos los casos que debutan con esta manifestación.

**Caso clínico:** Varón de 58 años que consulta por lesiones perianales de 7 meses de evolución, muy dolorosas, acompañadas de aumento del número de deposiciones y rectorragia. En la exploración física presentaba, cubriendo la región perianal, placas eritematovioláceas de bordes netos, infiltradas y con ulceraciones en la superficie de menos de 1 cm con fondo de granulación. El estudio histopatológico mostró la presencia de granulomas tuberculoideos. Los cultivos fueron negativos. Diagnosticado de enfermedad de Crohn

perianal, se le realizó una colonoscopia que mostró la presencia de úlceras aftoides en el recto, con presencia de granulomas sarcoides propios de la enfermedad de Crohn. Se trató con 6 mercaptopurina, con mejoría a los 3 meses.

**Discusión:** La enfermedad de Crohn perianal, en la mayoría de los casos, aparece de forma concurrente o posterior al diagnóstico de la enfermedad intestinal. Clínicamente puede asemejarse a la tuberculosis periorificial, entidad con la que debe realizarse el diagnóstico diferencial. La presencia de lesiones perianales persistentes asociadas a diarrea sanguinolenta deben hacer sospechar enfermedad de Crohn.

### 15. GEMELAS BIVITELINAS CON CUADRO DE HIPERQUERATOSIS Y DESCAMACIÓN

C. Medina, J. Gómez, J. Vilar, P. Valerón, N. Santana, A. González, P. de la Rosa y G. Carretero

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** Las ictiosis constituyen un gran grupo heterogéneo de trastornos de la queratinización consistentes en la aparición descamación generalizada de la piel. El diagnóstico de la misma puede ser complicado ya que existe un amplio espectro de manifestaciones clínicas y una compleja clasificación.

**Caso clínico:** Dos niñas gemelas bivitelinas de 4 años de edad, con lesiones cutáneas presentes desde los 4 meses del nacimiento, consistentes en un engrosamiento y sequedad de la piel de predomio en regiones flexurales y partes acras en guante y calcetín con desnudamiento superficial de áreas epidérmicas localizadas. Ante la sospecha de ictiosis congénita se decide la realización de biopsia cutánea, en la cual se encontró un patrón de hiperqueratosis epidermolítica. Un estudio genético posterior reveló la presencia de mutación en el gen KRT2, la cual está asociada con el fenotipo de la ictiosis bullosa de Siemens. Ambas pacientes fueron tratadas con tazaroteno 0,03% tópico en las áreas de mayor afectación cutánea, con escasa mejoría pero estabilización del cuadro.

**Discusión:** La ictiosis bullosa de Siemens es una rara entidad actualmente incluida en el grupo de las ictiosis, que presenta un patrón de herencia autosómica dominante. Hay que diferenciarla fundamentalmente de la eritrodermia ictiosiforme congénita ampollosa, la cual implica un peor pronóstico. El tratamiento actual no es muy satisfactorio y está dirigido al control de síntomas.

**Conclusión:** Las ictiosis engloban actualmente numerosas entidades con clínicas muy diversas, en la que el diagnóstico definitivo viene dado por el estudio genético. El hallazgo de áreas de desnudación epidérmica superficial (fenómeno de Mauserung) y la ausencia de clínica al nacimiento nos deben hacer sospechar la posibilidad de una ictiosis ampollosa de Siemens, y constituyen claves diagnósticas que nos ayudan a diferenciarla de la eritrodermia ictiosiforme congénita ampollosa.

### 16. LESIÓN TUMORAL SOBRE NEVUS CONGÉNITO EN EDAD PEDIÁTRICA

S. González-Hernández<sup>a</sup>, C. Rodríguez-García<sup>a</sup>, N. Pérez-Robayna<sup>a</sup>, F. Guimerá<sup>a</sup>, R. Rodríguez<sup>b</sup> y R. Sánchez-González<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción:** Los nevos melanocíticos congénitos tienen una incidencia del 1-3% en recién nacidos. El riesgo de desarrollo de melanoma sobre éstos aumenta en pacientes con nevos congénitos gigantes. La presencia de nódulos sobre un nevus congénito puede ser un signo de malignización y requiere de una toma de biopsia urgente para su estudio anatomopatológico.

**Caso clínico:** Mujer de raza negra que desarrolla una lesión nodular tumoral eritematosa, de rápido crecimiento, sobre nevus congénito en cuero cabelludo, por el cual estaba siendo seguida desde su nacimiento. Tras extirpación completa de la lesión, el estudio histológico plantea diagnóstico diferencial entre melanoma y nódulo proliferativo. Dada la extensión de la lesión pigmentada se decide seguimiento clínico de la paciente. Tras 6 meses de la extirpación, no ha presentado recidivas.

**Discusión:** La transformación maligna de los nevos congénitos gigantes es muy rara pero puede darse incluso en la infancia. El desarrollo de lesiones nodulares sobre un nevus congénito en la edad pediátrica debe ser estudiado para descartar malignización del mis-

mo. Aun así existe la posibilidad de que se trate de nódulos proliferativos benignos, que suelen llevar a una regresión espontánea de la lesión a pesar de que sus características clínicas y patológicas pueden simular un melanoma maligno. El conocimiento y la identificación de esta entidad por los clínicos y patólogos son imprescindibles para evitar errores de diagnóstico.

**Conclusión:** Nuestro caso ilustra la dificultad en el diagnóstico preciso de las lesiones pigmentadas en el recién nacido, debiendo ser el dermatólogo muy cuidadoso al hacer un diagnóstico de melanoma maligno y poner de relieve la posibilidad de que las lesiones benignas puedan ser confundidas con un melanoma en este grupo de edad.