



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

Reuniones de la Sección Territorial Murciana de la AEDV

VIII Reunión.

Cartagena, 19 de junio de 2010

1. PÉNFIGO VULGAR TRATADO CON RITUXIMAB: DOS CASOS

A. López-Ávila^a, E. Abbad^a, J. Pardo^a, I. Ballester^a, F. Allegue^a, L.F.J. Ruffin^a y J. García^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Introducción: El pénfigo vulgar es una enfermedad ampollosa autoinmune crónica, con manifestaciones cutáneo-mucosas, grave y potencialmente mortal, cuyo diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales. Son muchos los fármacos que pueden ser utilizados en el pénfigo vulgar.

Caso clínico: 2 mujeres con pénfigo vulgar confirmado por biopsia con estudio histológico convencional e IFD, ambas mal controladas con corticoides sistémicos asociados a inmunosupresores, que presentaron muy buena respuesta clínica a 4 infusiones de rituximab, con una larga remisión clínica y ausencia de efectos secundarios significativos.

Discusión: No existe un consenso general en el manejo del pénfigo vulgar, salvo el único criterio común de comenzar el tratamiento con corticoides sistémicos a altas dosis hasta intentar lograr el control, pero a partir de ahí comienza a haber discrepancias importantes según áreas geográficas u hospitales. Existe un entusiasmo inicial por los tratamientos emergentes, que, con el tiempo, acaban posicionándose en su mejor indicación. El rituximab es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 que se expresa en células B maduras y pre-B. Con rituximab se dispone de más de 40 casos publicados, con resultados positivos en el 88% y mínimos efectos secundarios.

Conclusión: Queremos destacar la buena respuesta clínica de nuestros 2 casos al rituximab, con recaída al año en la paciente mayor, que presentaba manifestaciones predominantemente orales.

2. MUJER JOVEN CON EROSIONES ORALES RECIDIVANTES. ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

B. Pérez-Suárez^a, M.A. Chávez^b, P. Mercader^a, J.M. Ródenas^a, F. Muñoz^a y M.D. Peña^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción: Las lesiones orales frecuentemente plantean un reto diagnóstico importante al dermatólogo ya que el número de respuestas clínicas de la cavidad oral es limitado y, en cambio, hay múltiples patologías, bien primarias, bien enmarcadas dentro de una enfermedad sistémica, que pueden asentar en ella, en ocasiones como primer o único lugar.

Caso clínico: Mujer caucásica de 24 años, sin antecedentes personales o familiares de interés, que consultó por un cuadro de lesiones orales recidivantes de 2 años de evolución. Se trataba de vesículas y ampollas en paladar blando y mucosa faríngea, que rápidamente se erosionaban y curaban sin dejar cicatriz en 2-4 semanas. En ocasiones dichas lesiones se habían llegado a extender al esófago, imposibilitando la deglución y requiriendo ingreso hospitalario. Las analíticas de sangre (hemograma, bioquímica), serologías (VEB, CMV, herpes, VIH), frotis e IFI habían resultado negativas o normales en todas las ocasiones. La biopsia mostraba una erosión de la mucosa con un discreto infiltrado inflamatorio polimorfo inespecífico con IFD negativa. Asimismo, negaba ingesta previa de fármacos. Los ensayos terapéuticos con corticoides orales y tópicos tampoco habían obtenido respuesta.

Discusión: Ante un paciente con ampollas en mucosa oral hay que descartar patologías graves tales como el pénfigo vulgar, el penfigoide cicatricial, EBA, dermatitis herpetiforme o la amiloidosis, otras como el eritema exudativo multiforme y la angina bullosa hemorrágica (ABH). Nuestra paciente presentaba IFI, IFD negativas, una histología inespecífica y brotes no relacionados con fármacos ni clínica sistémica, por lo que fue diagnosticada de ABH. Se le recomendó utilizar dentífrico libre de lauril sulfato y abstenerse de ingerir alimentos duros o muy calientes.

Conclusión: Hemos presentado un caso de ABH recurrente en una paciente joven sin claro factor desencadenante. Esta entidad debe ser conocida por el dermatólogo para realizar el diagnóstico diferencial de las enfermedades ampollas-erosivas de la mucosa oral.

3. MUJER CON MÚLTIPLES PLACAS ERITEMATOSAS FACIALES

E. Cutillas-Marco^a, M.S. Gaglio-de Grecco^a,
M.E. Giménez-Cortés^a y S. Swirc^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.

Introducción: El granuloma facial es una dermatosis inflamatoria infrecuente de etiología desconocida que afecta predominantemente a varones adultos. Aunque suele presentarse como una placa facial única, se han comunicado casos de lesiones múltiples e incluso extrafaciales.

Caso clínico: Mujer de 41 años remitida por su médico de cabecera por la aparición de múltiples lesiones en la cara de un mes de evolución. Las lesiones eran asintomáticas y respondían parcialmente a corticoides. A la exploración, presentaba 2 placas eritematoedematosas bien delimitadas, circinadas, en la frente. Tomamos muestra para biopsia, que fue diagnóstica de granuloma facial. Desde entonces, la paciente se está tratando con corticoides tópicos con buena respuesta local, aunque no han evitado que le sigan apareciendo nuevas lesiones.

Discusión: El granuloma facial se presenta en forma de nódulos, pápulas o de placas asintomáticas; aunque suele tratarse de lesiones únicas, en algunas series se han descrito lesiones múltiples hasta en un tercio de los casos. Raramente se acompaña de lesiones extrafaciales, y en esos casos puede ser difícil diferenciar este cuadro del eritema *elevatum diutinum*. Clínicamente debe hacerse diagnóstico diferencial con otras entidades como sarcoidosis, linfoma, pseudolinfoma, lupus tímido o incluso tiña facial. Suele cursar de forma crónica, aunque no se asocia a enfermedades sistémicas.

Conclusión: El granuloma facial es una entidad infrecuente con diferentes formas de presentación. La presencia de múltiples lesiones no debe hacernos dudar de nuestro diagnóstico clínico. En caso de lesiones de predominio extrafacial, debemos pensar en otras entidades como el eritema *elevatum diutinum*, aunque para algunos autores se trata de la misma enfermedad.

4. PACIENTE PEDIÁTRICO CON NF1 Y XGJ

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

Servicios de Dermatología y Venereología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción: La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es una genodermatosis autosómica dominante, la mitad de los casos son debidos a mutaciones espontáneas en el cromosoma 17. El xantogranuloma juvenil (XGJ) es la histiocitosis de células no Langerhans más frecuente. La asociación de NF1, XGJ y leucemia mielomonocítica juvenil (LMMJ) parece ser más frecuente que en pacientes con NF1.

Caso clínico: Mujer de 3 años, diagnosticada de NF1, con lesión en muslo izquierdo de 1 mes de evolución. La exploración reveló 4 pápulas marrón-amarillo, de ≤ 6 mm de diámetro en muslo izquierdo y tronco, compatibles con XGJ. Se deriva a neuropediatría para descartar LMMJ.

Discusión: La LMMJ es una leucemia poco frecuente en la infancia (2%), con mal pronóstico. La tríada NF1, XGJ y LMMJ es más frecuente de lo esperado; sin embargo se describe también la asociación NF1-XGJ sin LMMJ, lo cual hace cuestionar dicha tríada.

Conclusión: Presentamos un nuevo caso de NF1 y XGJ sin LMMJ. La paciente, una hermana y su madre son portadoras de una nueva mutación para la NF1 (c.3820delC).

5. LESIONES PAPULOSAS Y VESÍCULO-COSTROSAS EN UN RECIÉN NACIDO

T. Martínez Menchón^a, J. Rubio Pérez^b, R. Corbalán Vélez^a,
A. Clemente Ruiz-Valenciano^a, J. Martínez-Escribano^a,
P. Sánchez-Pedreño Guillén^a, A. Clemente Valenciano^a,
J. Sola Pérez^c y J. Frías Iniesta^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. ^bServicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Vega. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción: Las histiocitosis son un grupo heterogéneo de enfermedades de causa desconocida que se caracterizan por la proliferación de células del sistema mononuclear fagocítico. Dicha proliferación puede ser localizada (lesión afectando únicamente piel o una lesión aislada en hueso) o bien generalizada, afectando varios órganos o sistemas. Son enfermedades poco frecuentes, de predominio en la edad infantil, con gravedad muy diversa.

Caso clínico: Recién nacido a término en la semana 40 de gestación que presenta múltiples lesiones papulosas y algunas vesiculocostrosas con distribución difusa. Ante la sospecha diagnóstica de histiocitosis de células de Langerhans se realiza una biopsia cutánea que confirma el diagnóstico. El estudio de extensión practicado fue normal. Posteriormente el paciente consultó por una masa mediastínica y, a pesar del tratamiento quimioterápico, finalmente falleció.

Discusión: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad muy infrecuente, cuya forma congénita aún lo es más. Esta última, descrita inicialmente como enfermedad de Hashimoto-Pritzker, involuciona en gran parte de los casos de forma espontánea; dado que esto no siempre es así, es necesario un seguimiento estricto del paciente para descartar enfermedad multisistémica.

6. LA CHICA DE LOS DEDOS MISTERIOSOS

F. Allegue Gallego^a, J. Pardo Sánchez^a, E. Abbad Asensio^a,
I. Ballester Nortes^a, J. Ruffín Villaoslada^a, A. López Ávila^a
y S. Ortiz Reina^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Introducción: La *Incontinentia pigmenti* (IP) es un desorden dominante ligado a X que se caracteriza por alteración en la pigmentación, anomalías dentales, alopecia, distrofia ungueal y defectos del sistema nervioso central. Es letal para los varones y se expresa de forma variable en las mujeres afectas.

Caso clínico: Mujer caucásica de 37 años. IP, sin secuelas neurológicas ni esqueléticas evidentes. Hermana y 2 sobrinas con IP. Una hija no afecta. No abortos. Fumadora de un paquete de cigarrillos al día. Síndrome túnel carpiano bilateral; derecho, grave e intervenido; izquierdo, leve y no intervenido. Hace unos 15 años, tras traumatismo local, inflamación y pérdida de falange distal del 4.º dedo del pie I. Hace 5 años, episodio inflamatorio en 3.º dedo mano I, que se trató como uña incarnata. Hace unos 3 años episodio inflamatorio en 2.º dedo de mano I, interpretado como uña incarnata con impetiginización. Acude a consulta por leve inflamación en margen periungueal de 1.º dedo de mano I. Escaso dolor asociado. Refiere que ocasionalmente se aprieta el margen ungueal y sale un material blanco y pastoso. A la exploración la uña se presenta algo despegada del lecho por el margen lateral. Hay cambio de coloración ungueal a amarillo parduzco oscuro. También se aprecia leve cambio de coloración sin inflamación acompañante en 4.º dedo mano I. Posteriormente, la inflamación y el dolor se intensifican en el 1.º y, sobre todo, en el 4.º dedo de la mano I.

Resultados: Cultivo micológico que es positivo para *T. mentagrophytes* en el 1.º dedo mano I y negativo en el 4.º dedo mano I. Radiografía urgente: muestra signos de acrosteolisis de la falange

distal del 4.º dedo de mano I. Traumatología realiza apertura de la falange distal del 4.º dedo de mano I, no encuentra signos de osteomielitis y manda muestra a anatomía patológica y a microbiología. El cultivo remitido por traumatología es negativo. Estudio de inmunodeficiencia, negativo, sólo leve déficit de IgG1, subpoblaciones linfocitarias normales. Autoinmunidad, negativos. Serologías, negativas. Estudio de colagenosis, negativo. Estudio de coagulopatías, negativo. Informe de anatomía patológica (muestra de traumatología): compatible con lesión epitelial pseudoquistica, proliferante con disqueratosis eosinofílica con virus del papiloma negativo. Electromiografía del territorio del mediano I, negativa. Eco Dopler, negativa. Informe de anatomía patológica (muestras cutáneas): tumores subungueales de la IP.

Conclusiones: Las lesiones disqueratósicas son una de las últimas manifestaciones de la IP. Aparecen tras la pubertad. Son más frecuentes en los dedos. Desplazan la uña de su lecho causando onicodistrofia y onicolisis parcial. La onicolisis parcial precede de la aparición de lesiones queratósicas. El dolor es el síntoma guía de la actividad de la enfermedad. No suelen regresar, salvo en el embarazo (componente hormonal).

IX Reunión. Murcia, 20 de noviembre de 2010

1. PLACAS ERITEMATOVIOLÁCEAS EN TRONCO Y EXTREMIDADES CON PLAQUETOPENIA: ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

C. Pereda Carrasco^a, E. Iborra Lacal^b, J.A. Ruiz Maciá^c, C. Ortuño Gil^a y J. Balaguer Meler^a

^aServicio de Dermatología. Hospital los Arcos. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Vega Baja. Murcia. España.

Caso clínico: Paciente de 71 años que consulta por presentar desde hace 3 años unas placas eritematovioláceas, edematosas en tronco y extremidades, que inicialmente aparecían en invierno y posteriormente durante todo el año. Desde el inicio de las lesiones, presentaba astenia y fue diagnosticada de plaquetopenia autoinmune. La paciente aportaba un body-TAC, serologías frente a VIH, VHB, VHC, VEB, CMV, sífilis y una analítica con hemograma, función hepática, renal, marcadores tumorales, proteinograma y autoinmunidad, entre otros, en los que tan sólo destacaba una pancitopenia. La paciente también aportaba 11 biopsias previas, 10 de ellas informadas como infiltrado inflamatorio crónico perivasculoso y una de ellas como infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso en dermis.

2. CUERO CABELLUDO LIPEDEMATOSO Y ALOPECIA LIPEDEMATOSA. APORTACIÓN DE 2 NUEVOS CASOS

A. Ramírez^a, C. Soria^a, J. Hernández-Gil^b, M.P. Egea Campoy^b, A. Martínez-Torrano^c, C. Brufau^a, N. Marín^a, M.D. Ruiz^a y A. Hernández-Gil^a

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica. ^bServicio de Medicina Interna. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción: El cuero cabelludo y la alopecia lipedematosa son 2 entidades descritas en 1935 por Cornbleet y en 1961 por Coskey, respectivamente. Del primer cuadro se han descrito 10 casos, mientras que del segundo cuadro se han descrito 13 casos.

Casos clínicos: Mujer de 58 años sin otro antecedente personal de interés que gonartrosis, consulta por «engrosamiento» del cuero cabelludo con prurito y caída focal del cabello. A la exploración se comprueba tacto esponjoso de la zona parietal bilateral y occipital, así como una placa de aproximadamente 4 × 3 cm con disminución de densidad pilosa. La pilotracción fue negativa y el examen tricoscópico demostró presencia de pelo de menor diámetro; el tricograma mostró presencia de raíces distróficas. La biopsia de la placa alopecica demostró leve infiltrado linfocitario perivasculoso, sin afectación de aneal y descartó depósito de material amiloide y mucinoso. El TC de cráneo demostró aumento del grosor del cuero cabelludo en las zonas descritas en la exploración. Mujer de 32 años que con el diagnóstico de alopecia areata es remitida a nuestro servicio. La paciente refería, además, «abultamiento» del cuero cabelludo desde hace 10 años, acompañado de disestesia. A la exploración comprobamos 2 placas alopecicas de 1,2 cm de diámetro, en repoblación, en occipucio. El tacto del cuero cabelludo era «esponjoso» en el área parietal y de vértex. La biopsia informó de leve infiltrado linfocitario perivasculoso con presencia de mucina en dermis papilar. El TC demostró aumento de grosor del cuero cabelludo.

Discusión: Se realizó el diagnóstico del cuero cabelludo lipedematoso (CL) y alopecia lipedematosa (AL), respectivamente. La etiopatogenia de ambas entidades es desconocida, es más frecuente en mujeres y no existe agrupación familiar. Aunque descritas como entidades diferentes, podría tratarse de 2 expresiones clínicas de la misma enfermedad.

Conclusión: Describimos un nuevo caso de cuero cabelludo lipedematoso y otro de alopecia mucinosa, Ambas entidades de reciente descripción y probablemente con mayor incidencia que la que presenta la bibliografía actual, dado su carácter paucisintomático.

3. DOS CASOS DE DERMATOLOGÍA INFANTIL

T. Martínez Menchón^a, R. Corbalán Vélez^a, A. Clemente Ruiz de Almirón^a, J. Martínez Escribano^a, P. Sánchez-Pedreño Guillén^a, A. Clemente Valenciano^a, J. Frías Iniesta^a y E. Martínez Barba^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

La dermatología infantil corresponde a una parte muy importante de nuestra especialidad. Se estima que entre el 10-15% de los pacientes atendidos en nuestra consulta corresponden a menores de 16 años. Presentamos un caso de un neonato con lesiones erosivas y ampollas congénitas discutiendo el diagnóstico diferencial del mismo. A su vez presentamos el caso de una niña de 2 años con mosaicismo de síndrome de Down y con antecedente de leucemia aguda megacarioblastica asociada a trisomía 21 con mutación del gen GATA1 en fase de remisión completa tras tratamiento quimioterápico. Consultó por lesiones nodulares en mejillas y párpado inferior, en la que no pudimos realizar un diagnóstico exacto en el momento de la patología a pesar de los estudios complementarios que le practicamos, y que hemos diagnosticado recientemente.

4. COMPLEJO DE CARNEY

L.E. Abbad Asensio^a, I. Ballester Nortes^a, L.F.J. Ruffin Villaloslada^a, F. Allegue Gallego^a, J. Pardo Sánchez^a, A. López Ávila^a y S. Ortiz Reina^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Introducción: Presentamos un nuevo caso de «complejo de Carney», síndrome neoplásico múltiple de herencia autosómica dominante, caracterizado por la presencia de tumores neuromixomatosos cutáneos, cardíacos y endocrinos, así como de lesiones pigmentarias de piel y mucosas.

Caso clínico: Mujer de 37 años con múltiples lesiones tumorales nódulo-quísticas de distinto tamaño, localizadas preferentemente en tórax, abdomen, extremidades inferiores y región genital. Como antecedentes personales destacar la exéresis de varias lesiones de la misma naturaleza por el servicio de cirugía y padecer un «trastorno bipolar». A la exploración, además de los citados tumores cutáneos, la paciente presentaba también efélides faciales y léntigos en párpados, labios y mucosa vulvar, así como varios nevus melanocíticos, pero ausencia de nevus azules. Ante el diagnóstico histopatológico de «mixomas cutáneos» en 3 biopsias realizadas y dada la posibilidad de presentar mixomas cardíacos, muy frecuentes en el «complejo de Carney», se solicitó interconsulta al servicio de cardiología que, mediante estudio ecocardiográfico, evidenció la existencia de un mixoma a nivel de la aurícula izquierda de 3 × 2 cm.

Discusión: Con el diagnóstico de «complejo de Carney», y dada la presencia de léntigos mucocutáneos, efélides faciales, nevus melanocíticos pero ausencia de nevus azules, no es fácil denominar el cuadro clínico con los acrónimos NAME o LAMB, por lo que creemos que nuestro caso debe ser denominado simplemente «complejo de Carney».

Conclusión: Una vez más, debemos considerar, ante la presencia de mixomas múltiples, la posible asociación con tumores cardíacos o patología endocrina que pudiera comprometer la vida del paciente. Nuestro caso está pendiente de ser intervenido de su mixoma auricular por el servicio de cirugía cardiovascular.

5. SEPSIS CON COMPROMISO PULMONAR Y NÓDULOS CUTÁNEOS

E. Cutillas-Marco^a, M.E. Giménez-Cortés^a,
M.S. Gaglio-de Grecco^a y S. Swirc^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.

Introducción: *M. Chelonae* es un organismo habitual en el suelo, agua, vegetación y animales. En el caso de los humanos, puede dar lesiones cutáneas sucesivas a un trauma o infecciones diseminadas, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. **Caso clínico:** Varón de 78 años de edad que ingresó por sepsis de probable origen respiratorio con compromiso hemodinámico. Los hemocultivos fueron negativos. El paciente tenía antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva, por la que estuvo ingresado 5 meses antes, y hemorragia digestiva debida a úlcera péptica, que motivó otro ingreso 3 meses antes. Desde hacía varios meses, presentaba nódulos en miembro superior derecho y en la cara anterior de la rodilla derecha. Se trataba de nódulos eritematosos indurados con la superficie excoriada en alguno de ellos, que en el curso de la biopsia drenaron abundante material seropurulento del que tomamos cultivo. El paciente falleció 3 días más tarde. Los resultados posmortem de la biopsia mostraron infiltración granulomatosa en el material remitido, aunque no se encontraron microorganismos con las tinciones de PAS o de Ziehl-Neelsen. Los cultivos bacterianos y fúngicos fueron negativos. Sin embargo, el cultivo para micobacterias fue positivo 45 días más tarde. La muestra fue remitida al Centro Nacional de Referencia de Micobacterias, en Majadahonda, para identificación del microorganismo responsable, que resultó ser *M. Chelonae*. **Discusión:** En los últimos años ha aumentado el número de casos de infección por micobacterias atípicas, especialmente las de rápido crecimiento. *M. Chelonae* se ha relacionado especialmente con infecciones cutáneas tras procedimientos invasivos, como tatuajes o mesoterapia, en pacientes inmunocompetentes. Sin embargo, este

microorganismo puede dar bacteriemia y sepsis en pacientes inmunocomprometidos, mediante la inoculación traumática a través de catéteres o cirugía.

Conclusión: Las infecciones por micobacterias atípicas no se limitan a pacientes inmunodeprimidos. El resultado de los test diagnósticos confirmatorios suelen demorarse varias semanas, por lo que se debe instaurar tratamiento desde la sospecha clínica.

6. QUIESCENCIA EN PACIENTES CON PSORIASIS

R. Martín-Brufau^a, C. Brufau Redondo^b, A. Ramírez Andreo^b,
N. Marín Corbalán^b, J. Hernández-Gil Sánchez^b,
C. Soria Martínez^b, M.D. Ruíz Martínez^b,
A. Hernández-Gil Bordallo^b y J. Corbalán-Berná^a

^aDepartamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad dermatológica frecuente que supone una importante carga asistencial para la práctica diaria del dermatólogo. Se ha postulado que los factores psicológicos juegan un papel importante en el curso de dicha enfermedad. De entre las variables encontradas en esta población se encuentran mayor número de síntomas depresivos y ansiosos y peor calidad de vida, que se han relacionado con empeoramiento de las lesiones cutáneas. Sin embargo, las variables de personalidad han sido menos estudiadas en esta población dermatológica.

Material y método: Se analizó la personalidad de un grupo de pacientes con psoriasis y un grupo de sujetos no dermatológicos mediante el MIPS. Un cuestionario que mide personalidad normal con 3 dimensiones fundamentales: estilos afectivos, estilos cognitivos y estilos interpersonales.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en varias dimensiones de la personalidad al comparar los perfiles de personalidad de la población de psoriasis con la no dermatológica. Se encontró mayor tendencia a la pasividad, estados afectivos negativos y orientación a los demás más que a sí mismos.

Conclusión: De manera destacada, se detectó una mayor puntuación del rasgo de personalidad aquiescencia. El estilo interpersonal de los pacientes de psoriasis podría representar un intento de disminuir las tensiones interpersonales a costa de una negación de sus discrepancias y diferencias, lo que a corto plazo amortigua el estrés pero a medio-largo plazo se traduce en mayor tensión emocional e incremento de la activación fisiológica, que se ha relacionado con el empeoramiento de las lesiones de la piel. Relativamente independiente de los estresores externos, los estilos de personalidad identificados apuntarían a un déficit de estos pacientes en regular sus emociones y un intento de compensar este déficit mediante un aumento de la aquiescencia, el acuerdo y la aceptación de las demandas externas. Estos marcados estilos de personalidad podrían, asimismo, ayudar a explicar en parte ciertos comportamientos en la interacción dermatólogo-paciente.

Bibliografía

Martín-Brufau R, Corbalán-Berná J, Brufau-Redondo C, Ramírez-Andreo A, Limiñana-Gras RM. Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. *Anales de psicología*. 2010;26:335-40.

Martín-Brufau R. Personalidad y dermatología. Perfil psicológico en neurodermitis. 2009. ISBN: 978-84-692-9912-8 http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UM/AVAILABLE/TDR-1218109-144006//MartinBrufau.pdf