



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

VII Reunión Anual de la Sección Balear de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Ibiza/Eivissa, 15 de septiembre de 2012

Comunicaciones científicas

1. LESIONES PSORIASIFORMES EN UN ADOLESCENTE PROCEDENTE DE CHINA

A. Martín-Santiago^a, J. Escalas Taberner^a, E. Jubert Esteve^a, A. Bauzá Alonso^a, N. Izquierdo Herce^a, C. Gómez Gómez^b y L.J. del Pozo Hernando^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Se presenta como caso para diagnóstico un adolescente con lesiones psoriasiformes.

Caso clínico: Varón de 16 años originario de China sin antecedentes personales ni familiares de interés. Vivía en Mallorca desde hacía 3 meses y consultaba por lesiones cutáneas desde los 8 años de edad, de predominio en las extremidades, que se habían agravado en los últimos meses, sin sintomatología general acompañante ni historia reciente de infecciones o ingesta de fármacos. A la exploración se observaron pápulas y placas eritematoescamosas psoriasiformes, algunas anulares con los bordes queratósicos, localizadas en codos, antebrazos, rodillas, piernas y tobillos, junto a pequeñas máculas descamativas en tronco, aisladas máculas rosadas con descamación en collarete en las palmas y dos áreas eritematosas depapiladas en la lengua. Se planteó el diagnóstico diferencial entre psoriasis, eritroqueratodermia, secundarismo luético y lupus eritematoso subagudo. La biopsia cutánea evidenció acantosis, hiperqueratosis ortoqueratósica con paraqueratosis parcheada, tapones córneos y un infiltrado linfocítico perivasculares leve en la dermis papilar, apoyando la sospecha clínica de eritroqueratodermia. Las serologías luéticas, VHB, VHC y VIH fueron negativas. El estudio molecular del gen *GJB4* evidenció la mutación c.507C>G;p.C169W en heterocigosis. No se detectaron mutaciones en el gen *GJB3* ni se objetivaron alteraciones de la audición. El tratamiento con etretinato ocasionó la remisión de las lesiones cutáneas y mucosas.

Discusión: Las eritroqueratodermias son trastornos hereditarios de la queratinización ocasionadas por mutaciones en los genes *GJB3* y

GJB4 que codifican las conexinas Cx31 y Cx30,3, caracterizados por la presencia de eritema y placas queratósicas, que pueden asociar queratodermia palmo-plantar. Existe variabilidad clínica y genotípica. Manifestaciones clínicas tipo eritroqueratodermia simétrica progresiva o eritroqueratodermia variabilis se han observado dentro de una misma familia, estas dos variantes clínicas presentan hallazgos histológicos indistinguibles e incluso pueden estar ocasionadas por la misma alteración molecular. Se revisan otras enfermedades cutáneas y auditivas ocasionadas por alteraciones en las conexinas.

2. COMPLICACIONES DERMATOLÓGICAS DE LAS PICADURAS DE MEDUSAS

J.J. Gutiérrez-De la Peña y C. Marqués-Cardell

Consulta Dermatología Palma. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Las medusas son animales invertebrados del grupo de los celenterados o cnidarios. El 98% de su composición es agua, carecen de cerebro y de sentidos. Existen unas 4.000 especies de medusas en el mundo, unas 300 viven en el Mar Mediterráneo. Poseen unos tentáculos con cnidocitos o cápsulas punzantes, repletas de un líquido venenoso urticante que lanzan mediante un filamento al contacto con la piel e inoculan el veneno.

Casos clínicos: Se presentan cuatro casos clínicos. Caso 1: mujer de 50 años edad, que al rozarse con una medusa en el cuello presenta dolor punzante y desarrolla dos verdugones eritematosos elevados de 5-20 mm de ancho. Caso 2: mujer de 62 años de edad, que en julio sufre una picadura de medusa en la zona anterior del muslo izquierdo. Presenta pápulo-vesículas eritematosas, ampollas, necrosis y ulceración dolorosa. Se complica con una linfangitis y se aísla un *Streptococcus betaehemolítico* del grupo A. Caso 3: varón de 9 años edad, que en julio en el mar se le adhirió una medusa en el lateral del tronco y brazo derecho, con dolor agudo. En unos minutos desarrolla verdugones eritematosos elevados de 5-10 mm de ancho, en forma de latigazos. Caso 4: niña de 8 años edad, que en agosto en el mar se le adhiere un tentáculo en el brazo izquierdo. Consulta en noviembre por cicatriz lineal queloida.

Discusión: Las picaduras de medusas son relativamente frecuentes en nuestro medio en verano. Una medusa puede ocasionar eritema y edema localizado, pero pueden aparecer ampollas con posterior exudación y formación de costras. Normalmente cura en pocas semanas. En las personas muy sensibilizadas y que contactan con gran cantidad de toxina pueden sufrir una reacción alérgica general grave, tipo shock anafiláctico.

Conclusiones: Destacar que este tipo de patología generalmente es banal, pero pueden presentarse complicaciones como necrosis, infecciones tipo linfangitis, cicatrices queloides, y reacciones generalizadas graves. En su tratamiento, no limpiar con agua dulce y usar siempre agua salada. Aplicar frío y cremas de corticoides. Si el paciente empeora progresivamente ha de ser evacuado a un hospital.

3. SARCOIDOSIS ULCERATIVA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M.C. Montis Palos^a, S. Goula Fernández^a, I. Trébol Urra^a, I. Arrue Michelena^a, N. Vidaurrázaga Olivares^b y R. Soloeta Arechavala^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. HUA-Santiago. Vitoria. España.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica que presenta afectación cutánea en un 25% de los pacientes siendo su forma ulcerativa infrecuente.

Caso clínico: Mujer de 72 años de edad con antecedentes de sarcoidosis pulmonar, bilobectomía derecha por *Aspergiloma* y cáncer de mama. Consultó por lesiones localizadas en las piernas, de meses de evolución y asintomáticas. En la exploración física se apreciaban lesiones úlcero-necróticas, acompañadas por otras cicatriciales y placas eritemato-violáceas de aspecto atrófico que también afectaban las extremidades superiores. El estudio histológico de una de las lesiones úlcero-necróticas mostró una inflamación granulomatosa no caseificante. El cultivo para hongos y micobacterias fue negativo, así como el *Quantiferon* y el cultivo de BK en orina, llegándose al diagnóstico de sarcoidosis ulcerativa. Se instauró tratamiento con corticoides orales y tópicos obteniéndose una mejoría de las lesiones.

Discusión: La sarcoidosis ulcerativa es una variante rara de sarcoidosis cutánea específica que suele asociarse a afectación sistémica. Aparece con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y en la raza negra. La región pretibial es la más afectada y las lesiones se presentan de novo o bien sobre lesiones previas. Esta forma suele ser resistente a los tratamientos, los cuales se basan en corticoides tópicos y/u orales asociados o no a otros fármacos como antipalúdicos o inmunosupresores.

4. LEISHMANIOSIS CUTÁNEA ERISPELOIDE

A. Nadal, C. Nadal, R. Taberner, A. Llambrich, A.T. Vila e I. Torné
Servicio de Dermatología. Hospital Son Llàtzer.
Palma de Mallorca. España.

Introducción: La leishmaniosis cutánea es una patología infecciosa relativamente común en nuestro país, causada por diferentes especies del protozoo *Leishmania*. Se presentan frecuentemente en forma de lesiones papulosas ulceradas, aunque existen otras presentaciones menos comunes. Estas formas inusuales se atribuyen a las características intrínsecas de la cepa parasitaria y las del huésped.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente con una placa eritematosa costrosa de larga evolución en el pabellón auricular, que había recibido distintos tratamientos previos sin mejoría. Con la sospecha de leishmaniosis cutánea, se realizaron varias pruebas complementarias, confirmando la presencia del parásito en el frotis y la biopsia cutánea. Se realizó tratamiento con an-

timoniato de meglumina intralesional e intramuscular con buena evolución.

Discusión: En las Islas Baleares y en todo el Mediterráneo la leishmaniosis cutánea es un diagnóstico a tener presente ante lesiones pápulo-nodulares ulceradas, pero también ante lesiones zosteriformes y erisipeloides. Estas formas menos comunes representan siempre un reto diagnóstico. El vector, el parásito y los factores del huésped influyen en el espectro de las presentaciones clínicas. Se cree que en el caso de la leishmaniosis erisipeloides, la distribución del agente infeccioso en las capas superficiales de la dermis papilar se relaciona con alteraciones de la respuesta inmunológica y la formación de granulomas locales. La resolución de la enfermedad puede conseguirse con un tratamiento sistémico o intralesional con antimoniales, pero también son útiles las terapias con métodos físicos y la administración de miltefosina (parece presentar ciertas ventajas respecto a los fármacos antimoniales en pacientes pediátricos), azoles, pentamidina, anfotericina y paromomicina. Nuestro paciente recibió una dosis intralesional de antimoniato de meglumina con respuesta parcial y posteriormente, dos tandas del mismo fármaco por vía intramuscular (una dosis diaria durante 10 días, separadas por 12 días) con resolución de las lesiones y sin presentar ningún efecto secundario.

5. UNA VARIANTE DE POROQUERATOSIS: NEVO POROQUERATÓTICO ECRINO DEL OSTIUM Y DUCTO DÉRMICO

N. Knöpfel^a, L.J. del Pozo Hernando^a, J. Escalas Taberner^a, A. Martín-Santiago^a y C. Saus Sarriás^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: La poroqueratosis abarca un grupo de entidades clínicas con alteración en la queratinización y cuyo rasgo histológico distintivo constituye la presencia de la denominada laminilla corneíde. Se considera el nevo poroqueratótico del ostium y ducto dérmico (NPODE) una variante rara, con frecuencia clasificado entre los tumores anexiales con diferenciación ecrina o como hamartoma.

Casos clínico: Mujer de 45 años que presenta desde la adolescencia múltiples pápulas hiperqueratósicas de aspecto verrugoso, asintomáticas, de distribución lineal a lo largo del primer y segundo dedos de mano izquierda. La paciente no presenta otras alteraciones cutáneas de interés ni historia familiar de lesiones similares. La dermatoscopia reveló el componente hiperqueratótico intercalado con fisuras recordando a "cristales de cuarzo". Se planteó el diagnóstico diferencial entre un nevus epidérmico verrucoso lineal, su variante inflamatoria y verruga vulgaris. Se realizó electrocirugía y biopsias de las lesiones evidenciaron una hiperplasia epidérmica marcada y múltiples invaginaciones epidérmicas que contienen la lamina paraqueratósica coincidiendo con la desembocadura del ducto ecrino. No se observaron alteraciones en los conductos ecrinos ni en las glándulas sudoríparas.

Discusión: NPODE inicialmente fue descrito por Marsden en 1979 como "comedo nevus of the palm" pero fueron Abell y Read quienes lo bautizaron con el nombre actualmente aceptado. En el examen físico se caracteriza por la presencia de múltiples pápulas hiperqueratósicas y pits "comedo like" de localización acral, sobre todo en palmas y plantas presentes habitualmente al nacimiento o primera infancia. Su diagnóstico requiere del hallazgo histológico patognomónico descrito, siendo de gran utilidad la inmunohistoquímica para antígeno carcinoembrionario (CEA) que detecta positividad para el ducto dérmico y acrosiringio. Las lesiones suelen persistir en el tiempo y se han utilizado distintas opciones terapéuticas con eficacia limitada, siendo la excisión quirúrgica

y la ablación con láser CO₂ las que permiten un tratamiento más definitivo para prevenir la recurrencia.

Conclusiones: Destacar que el caso descrito representa un típico NPODE, entidad clinicopatológica rara, con menos de 50 casos publicados en la literatura. Su etiología es todavía desconocida, sin embargo su aparición esporádica y distribución según las líneas de Blaschko sugieren que esta alteración puede corresponder a un mosaicismo genético.

6. LESIONES LINEALES EN LA ESPALDA

M. Serra Torres^a, C. Saus Sarrias^b, M. Hergueta Díaz^a,
M. Boddohi Hoseinian^a y L. Cros Trujillo^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Can Misses. Eivissa. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: La elastosis focal lineal (EFL) es una entidad debida a una alteración adquirida de las fibras elásticas, habiéndose descrito menos de 30 casos hasta la fecha. La histología de las lesiones se caracteriza por un aumento focal de fibras elásticas alteradas. En ningún caso se ha asociado con patología sistémica pero sí con otros trastornos de las fibras elásticas.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 16 años con lesiones lineales en la espalda asintomáticas de 2 meses de evolución. Estas lesiones se disponen horizontalmente y de manera unilateral, afectando a la zona lumbar y flanco derechos. Son lesiones de aspecto atrófico y discretamente eritematosas que, clínicamente, recuerdan a estrías de distensión. Negaba la aplicación de productos tópicos así como tratamiento sistémico previo con corticoides. La analítica general con estudio de cortisol y ACTH fue estrictamente normal. Se realizó biopsia cutánea de una de las lesiones y se realizaron tinciones específicas para fibras elásticas. Las tinciones de orceína y Von Verhoeff de la biopsia mostraban una distribución irregular de las fibras elásticas dérmicas con fenómenos de elastorrexis. En determinadas zonas se apreciaba un aumento focal de fibras elásticas, pero predominaba una disminución global de estas. El paciente fue diagnosticado de EFL, iniciándose tratamiento con tretinoína en crema, con una leve mejoría de las lesiones.

Conclusiones: La EFL es una entidad infrecuente de etiología desconocida. La mayoría de autores defienden que se trataría de un fenómeno de regeneración excesiva de las fibras elásticas, equiparándolo a un "queloide de fibras elásticas". Se caracteriza por lesiones lineales dispuestas horizontalmente con tendencia a agruparse sin llegar a confluir. Pueden ser atróficas o hipertróficas con una coloración eritematosa o algo amarillenta. A pesar que el aumento focal de fibras elásticas es el hecho característico en la histología, se ha observado que en las lesiones recientes, clínicamente eritematosas, se observan fenómenos de elastolisis y una disminución global de las fibras elásticas, como ocurrió en nuestro caso.

7. PAPEL DEL TEST QUANTIFERÓN-TB-GOLD IN TUBE® EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN PACIENTES CON PSORIASIS CANDIDATOS A TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

R. Taberner Ferrer^a, A. Vila Mas^a, M. García Gasalla^b
y C. Nadal Lladó^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Tanto la FDA como la EMEA recomiendan *screening* para descartar infección tuberculosa latente (ITL) en aquellos pacientes que van a iniciar tratamiento con agentes biológicos (en especial anti-TNFalfa). En España la incidencia de tuberculosis según la OMS se estima en 30 casos/100.000 pacientes/año. El Quantiferon-TB-Gold in Tube® (QFN) en combinación con la prueba de la tuberculina (PT) puede ser útil para el diagnóstico de ITL en un país de incidencia intermedia de tuberculosis como el nuestro.

Objetivos: Se evalúa un estudio piloto prospectivo mediante la determinación de QFN en combinación con las pruebas recomendadas en España (PT, PT-booster, datos clínicos y radiografía de tórax) para el diagnóstico de ITL en pacientes con psoriasis y artropatía psoriásica candidatos a terapia biológica.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes con psoriasis o artritis psoriásica candidatos a recibir terapia biológica en el Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca), desde junio de 2008 a julio de 2012. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado y el protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital. Se recogieron los siguientes datos: patología subyacente, edad, sexo, servicio, comorbilidades, medicación concomitante, historia previa de tuberculosis, vacunación con BCG, PT, PT-booster, QFN. Los datos fueron incluidos en una base de datos SPSS. La correlación entre QFN y PT se evaluó mediante el índice kappa.

Resultados: Se recogieron datos de 66 pacientes, 38 hombres (58%) y 28 mujeres (42%), con una media de edad de 48,05 años (rango 29-79 años). El 82% tomaban fármacos inmunosupresores. El 27% estaban vacunados, un 41% no lo estaban, un 2% referían antecedente de tuberculosis y un 30% no lo sabían. La PT fue positiva (mayor de 5 mm) en 17 pacientes (25,7%). La PT-booster se positivizó en 9 (13,6%), de manera que mediante la PT y booster 26 pacientes fueron diagnosticados de ITL (39,4%). Un total de 11 pacientes (16,7%) fueron positivos para QFN (2 de los cuales habían sido negativos para PT), de manera que la tasa global de ITL en nuestros pacientes fue del 42,4% (28 pacientes). El índice de concordancia (kappa) entre PT y QFN fue de 0,34 (p 0,002). El índice kappa en vacunados con BCG fue de 0,124 (p 0,29) y en no vacunados de 0,361 (p 0,017). En pacientes inmunosuprimidos, el índice kappa fue de 0,264 (p 0,024) y en no inmunosuprimidos 0,636 (p 0,018).

Conclusiones: Nos ha llamado la atención la elevada prevalencia de ITL en nuestro medio (42,4%) comparado con un estudio reciente publicado por Sánchez-Moya en J Eur Acad Dermatol Venereol que arrojaba una cifra del 29% (con PT y radiografía de tórax). Nuestros datos demuestran una buena concordancia entre PT y QFN en pacientes no inmunodeprimidos. Aunque son necesarios más estudios, parece que QFN podría aumentar la sensibilidad en pacientes inmunodeprimidos y la especificidad en aquellos pacientes vacunados con BCG.