



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

### Reunión de Primavera

La Laguna, 21 de abril de 2012

#### Comunicaciones orales

##### 1. ACNÉ Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES CANARIOS. PROPUESTA PRÁCTICA

A. Viera y R. Conca

*Valia Dermis-Hospital Privado Santa Catalina. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** Nuestro conocimiento actual nos permite establecer una relación entre dieta y acné basada en la acción de los alimentos de elevado índice glicémico y la resistencia a la insulina. Transmitir esta realidad a los Adolescentes que nos consultan genera en la práctica clínica tres problemas no adecuadamente resueltos: 1) Oferta de conducta alimentaria entendible y realizable por el adolescente; 2) Importancia de ofrecer evidencias científicas sobre alimentación saludable y no sobre alimentos aislados (3).

**Material y métodos:** A partir de una encuesta epidemiológica sobre acné a 1682 jóvenes de entre 12 y 19 años de edad en Gran Canaria, se ha realizado un estudio centrado en los hábitos alimentarios y el antecedente de acné. Las frecuencias de consumo de los principales 9 alimentos relacionados con el acné se clasificaron en dos categorías: 0 = ingesta adecuada y 1 = ingesta no adecuada. Se creó una variable global de alimentación, en la que se consideró "buena alimentación" los casos con ingesta inadecuada solo de 3 o menos de los principales alimentos y "mala alimentación" los casos en que la ingesta inadecuada afectaba a 6 ó más de estos alimentos; y posteriormente se evaluó su relación con el acné mediante pruebas Chi cuadrado y un modelo de regresión logística.

**Resultados:** Los grupos de alimentos que mostraron una relación positiva con el acné fueron el grupo formado por comida rápida, refrescos, snacks y azúcar; y el formado por lácticos, embutidos y pan. Por el contrario, el grupo formado por fruta, verdura, hortalizas y legumbres mostraron una relación negativa. La aparición de acné fue significativamente superior entre los sujetos con "mala alimentación" que entre los que tenían "buena alimentación" (79,3% vs 72,2%; OR: 1,48;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Nuestra definición de malos hábitos alimentarios es un factor de riesgo independiente para el desarrollo del acné entre los adolescentes canarios.

##### 2. PSORIASIS CONGÉNITA

E. Piqué-Duran, J.A. Pérez-Cejudo, K. Deregowski, D. Cameselle y O. García-Vázquez

*Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote. España.*

**Introducción:** Aunque un 15% de los casos de psoriasis aparecen antes de los 10 años, y aproximadamente un 2% antes de los 2 años de edad. La presencia de psoriasis en el nacimiento es algo excepcional.

**Caso Clínico:** Un niño acudió a la consulta por una placa única localizada en la parte alta de la espalda que presentaba desde el nacimiento. Presentaba una leve descamación, era redondeada y medía 3,3 x 2 cm de diámetro. Había intentado tratamiento con hidrocortisona aceponato sin modificar el cuadro. Se realizó una biopsia que mostró los cambios típicos de psoriasis. Se instauró tratamiento con calcipotrieno con marcada mejoría de la lesión. Tras un año de seguimiento no han aparecido nuevas lesiones.

**Discusión:** La presencia de lesiones de psoriasis desde el nacimiento es excepcional. Tan solo se han descrito 10 casos confirmados histopatológicamente, y otros 2 con diagnóstico únicamente clínico. La forma de presentación habitual es en placas, aunque también se han descrito casos de eritrodermia y lineales. Con el tiempo la mayoría de casos desarrollan una psoriasis severa en edades precoces que precisan de tratamiento agresivo.

##### 3. PLACAS ERITEMATOSAS EN DIANA ASOCIADAS AL USO DE HIDROXICLOROQUINA. UN CASO INUSUAL

C.L. Pimentel<sup>a</sup>, L. Feliciano<sup>b</sup>, S. Zamarro<sup>a</sup>, J. Balsalobre<sup>a</sup> y M.T. Fernández-Figueras<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Alergología y Reumatología. Hospiten Rambla. Sta. Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife. España. <sup>c</sup>Área de Diagnóstico Anatomopatológico. Centro Médico Augusta. Barcelona. España.*

**Introducción:** Las erupciones cutáneas son una de las manifestaciones más frecuentes de las reacciones adversas a medicamentos.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años en estudio por reumatólogo por cuadro de poliartritis indeterminada; fue tratada con AINE sin me-

jería, por lo que inició tratamiento con metilprednisolona 16 mg e hidroxyclorequina 200 mg/día. A los 9 días inició la aparición de lesiones eritematoedematosas, pruriginosas, de aspecto en diana de inicio en cuello y escote, que se diseminaron de forma rápida con predominio en tronco y extremidades, con afectación labial pero no mucosa, acompañadas de malestar general, por lo que consultó al cabo de 4 días. Se solicitó analítica completa, en la que destacaba una leucocitosis de 20.000 con neutrofilia (15,6), leve eosinofilia, y perfil inmunológico negativo para ANA, Ro y La, Anti DNA y factor reumatoideo. Se realizó una biopsia mediante punch, que mostró espongiosis neutrofilica con microabscesos intraepidérmicos, agregados subcórneos de 2-3 neutrófilos y finalmente micropústulas de 10-25 neutrófilos, así como vacuolización focal de la membrana basal. Se suspende el uso de hidroxyclorequina y se instaura tratamiento con prednisona 60 mg/día en pauta descendente con mejoría del cuadro en 3 semanas, persistiendo descamación furfurácea generalizada.

**Discusión:** El uso de hidroxyclorequina se ha reportado como una causa común de reacciones adversas varias. Se detalla el diagnóstico diferencial entre éstas y a la vez se pone de manifiesto una variante rara de pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) con presentación clínica de lesiones tipo pseudoeritema multiforme (EM).

**Conclusiones:** A pesar de que las manifestaciones clínicas del presente caso sugieren un EM o incluso un lupus cutáneo subagudo (anular-policíclico), el hallazgo de micropústulas subcórneas e intracórneas y de espongiosis neutrofilica en la biopsia cutánea está más dentro del espectro de PEAG.

#### 4. SÍNDROME DE GORLIN: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. González-Quesada<sup>a</sup>, J. Vilar-Alejo<sup>a</sup>, A. Santana<sup>b</sup>, P. Valerón-Almazán<sup>a</sup>, N. Santana-Molina<sup>a</sup>, C. Medina-Gil<sup>a</sup>, E. Castro-González<sup>a</sup> y G. Carretero-Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>b</sup>Servicio de Genética. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** El síndrome de Gorlin es una enfermedad genética, autosómica dominante, que se caracteriza por anomalías en el desarrollo y predisposición a cánceres, entre los que destacan los carcinomas basocelulares.

**Caso clínico:** Mujer de 30 años, en seguimiento desde los 15 por múltiples lesiones papulosas y nodulares, en número mayor de 30, predominantemente en cara, cuero cabelludo y escote. Algunas de estas lesiones fueron extirpadas y estudiadas histológicamente siendo compatibles con carcinomas basocelulares. Ante la sospecha de un síndrome de Gorlin, se procedió a descartar anomalías estructurales características mediante una serie ósea radiográfica, una ecografía abdominal y una analítica sanguínea. Como hallazgos sólo se objetivaron tres quistes mandibulares en la ortopantomografía, que fueron extirpados por el servicio de Cirugía Maxilofacial. Desde entonces ha estado en seguimiento por nuestro servicio con revisiones periódicas en busca de nuevas lesiones, y en tratamiento de las mismas mediante extirpación, crioterapia, imiquimod tópico y terapia fotodinámica. Hace aproximadamente un año, se realizó el estudio genético observándose dos mutaciones en el cromosoma 9q, gen PTCH1, que han sido asociadas a un incremento de susceptibilidad de padecer basocelulares, pero no con el Gorlin.

**Discusión:** El síndrome de Gorlin-Goltz es una enfermedad poco frecuente, causada por una mutación en el gen PTCH1, implicado en la regulación, proliferación y diferenciación celular. Se caracteriza fenotípicamente por numerosos carcinomas basocelulares, queratoquistes maxilares, malformaciones musculoesqueléticas y

neurotumores. El abordaje diagnóstico-terapéutico requiere de un equipo multidisciplinar y, además, debe suministrarse consejo genético. En nuestro caso la juventud de la paciente, y la ausencia de antecedentes familiares, hizo sospechar la existencia de posibles alteraciones genéticas y, por ende, debían conocerse de cara a la posible descendencia.

**Conclusiones:** Aportamos un caso de síndrome de Gorlin adquirido que presenta mutaciones genéticas espontáneas no relacionadas con el mismo hasta el momento en la literatura.

#### 5. QUEILITIS GRANULOMATOSA. TRATAMIENTO CON HIDROXICLOREQQUINA

N. Guillermo<sup>a</sup>, B. Hernández-Machín<sup>a</sup>, B. Hernández-Hernández<sup>a</sup> y C. Santana<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Buenaderma. Enfermedades, Cirugía y Estética de la Piel. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>b</sup>Laboratorios Díaz-Cremades. Servicio de Anatomía Patológica. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** La queilitis granulomatosa es una enfermedad crónica de etiología desconocida que se caracteriza por brotes de tumefacción labial junto con la presencia de granulomas no caseificantes en el examen histológico. No existe un tratamiento específico, por lo que se han utilizado diversas terapias con resultados dispares.

**Caso clínico:** Mujer de 36 años, con antecedentes personales de psoriasis y parálisis facial, que consultó por brote de edema labial acompañado de lesiones vesiculosas de 3 semanas de evolución. Refería brotes recurrentes desde hacía más de un año, que estaban siendo tratados en otro centro con corticoides intralesionales y valaciclovir oral, sin mejoría. La paciente mostraba una grave afectación psicológica. A la exploración presentaba unos labios edematosos y tumefactos con presencia de vesículas agrupadas en su superficie. La biopsia mostró granulomas no necrotizantes y las pruebas complementarias mostraron resultados dentro de la normalidad. Con diagnóstico de queilitis granulomatosa y herpes simple se inició tratamiento con hidroxyclorequina manteniendo valaciclovir, que mantuvo a la paciente asintomática. Al bajar la dosis de hidroxyclorequina presentó un nuevo brote, que se resolvió al instaurar la dosis previa.

**Discusión:** El tratamiento de la queilitis granulomatosa no está bien establecido porque no existen estudios comparativos controlados. Las opciones terapéuticas incluyen corticoides intralesionales, metronidazol, doxiciclina, clofacimina, infliximab o queiloplastia.

**Conclusiones:** Por nuestra experiencia de manejo y perfil de seguridad, consideramos la hidroxyclorequina como una buena opción terapéutica para el tratamiento de la queilitis granulomatosa.

#### 6. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALOPECIA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

N. Merino de Paz, M. Rodríguez-Martín, P. Contreras-Ferrer, M. Pestana-Eliche, M. García-Bustinduy, M. Sáez-Rodríguez, R. Sánchez-González y F. Guimerá-Martín-Neda

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción:** Existen una serie de factores que predisponen a padecer un accidente cardiovascular y, constituyen lo que se conoce como síndrome metabólico. La OMS, el ATP III (Adult Treatment Panel III the National Cholesterol Education Program) y la IDF (International Diabetes Federation) han establecido dichos factores: glucosa basal, colesterol total, trigliceridemia, tensión arterial y

perímetro abdominal. Sin embargo, existen diferencias en cuanto al HDL, considerado por el ATPIII y la IDF, pero no por la OMS.

**Objetivo:** Analizar la presencia de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con alopecia, comparando los dos grupos principales de alopecia (androgenética y no androgenética) entre sí y cada grupo de alopecia con pacientes controles.

**Material y métodos:** El estudio ha incluido un total de 60 pacientes con alopecia y 60 controles con distribución equivalente en edad y sexo.

**Resultados:** En general, los factores de riesgo metabólico mostraron puntuaciones mayores en el grupo de pacientes con alopecia androgenética en comparación con otros tipos de alopecia, Comparando con el grupo control se observaron niveles más altos para los factores de riesgo en el grupo de alopecia androgenética control y, por otro lado, niveles más bajos en el grupo de otros tipos de alopecias.

**Conclusiones:** Algunos estudios han demostrado un aumento del riesgo cardiovascular en varones con alopecia androgenética, no estando bien establecido lo que sucede en las mujeres o en otro tipo de alopecias. Nuestra muestra tiene un importante número de mujeres y, además añadimos el estudio de factores de riesgo cardiovascular en otros tipos de alopecias diferentes de la androgenética. Las principales limitaciones son los diferentes rangos de edad entre los dos grupos de alopecia (androgenética y no androgenética) que dificulta la comparación de ambos grupos y el tamaño muestral.

## 7. TUMORACIÓN OCCIPITAL EN MUJER DE 50 AÑOS DE EDAD

P. Contreras-Ferrer, N. Merino, M. Rodríguez, M. Pestana, N. Pérez, S. González, M.J. González de Mesa, E. Fagundo, M. Sáez, M. García, F. Guimerá y R. Sánchez González

*Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción:** El quiste triquilemal representa el segundo quiste en frecuencia con incidencia cuatro o cinco veces menor que el quiste epidérmico. Suele desarrollarse en la 5ª o 6ª década de la vida y la mayoría se localizan en el cuero cabelludo. Pueden heredarse con carácter autosómico dominante.

**Caso clínico:** Mujer de 50 años, con antecedentes personales de retraso mental y trastorno de la conducta, que acude a las consultas externas de Dermatología para la valoración de una lesión localizada en cuero cabelludo de años de evolución. A la exploración se observa una tumoración exofítica única, ovalada, normocoloreada, de 4,5 cm en sentido cráneo-caudal por 4 cm en sentido transversal, de consistencia elástica, localizada en línea media, a nivel occipital. Dada la localización de la lesión en línea media y, ante la posibilidad de comunicación intracraneal, se decide realizar una Resonancia Magnética Craneal. Finalmente se descarta componente profundo de la lesión. Ante la sospecha clínica de quiste triquilemal se decide realizar biopsia cutánea. Durante el procedimiento, el quiste evacuó espontáneamente el contenido. La histología confirmó el diagnóstico de sospecha.

**Discusión:** los quistes triquilemales se suele presentar como un único nódulo lobulado, de mayor consistencia que los quistes epidérmicos y sin poro central. A la palpación presentan una consistencia firme y son móviles. Pueden adquirir un gran tamaño, llegando a ulcerarse en su evolución. En estos casos será necesario realizar diagnóstico diferencial con el carcinoma epidermoide. El tratamiento debe de ser quirúrgico en caso de que provoque sintomatología en el paciente. Existen diversas modalidades de extirpación, pudiendo realizarse por incisión o escisión simple, pero siempre asegurándose de que la pared del quiste es extraída completamente, con la finalidad de evitar recidivas.

## 8. PRÚRIGO NODULAR TRATADO CON TALIDOMIDA

F. Liuti<sup>a</sup>, N. Hernández<sup>a</sup>, Z. Hernández<sup>a</sup>, H. Morales<sup>a</sup>, P. Almeida<sup>a</sup>, T. Montenegro<sup>b</sup>, L. Borrego<sup>a</sup> y J. Hernández<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** El prurigo nodular es una dermatosis crónica que se caracteriza por nódulos excoriados intensamente pruriginosos, de predominio en extremidades. Se han ensayado múltiples fármacos para el tratamiento de esta entidad con resultados poco satisfactorios.

**Caso clínico:** Varón de 68 años, hipertenso, en tratamiento con amlodipino, consultó por prurito generalizado de seis meses de evolución. A la exploración física presentaba en extremidades y abdomen pápulas y nódulos eritematosos infiltrados, algunos con ulceración central. Se realizó biopsia cutánea que mostró hallazgos compatibles con prurigo nodular. El tratamiento inicial con antihistamínicos, doxepina, corticoides tópicos y sistémicos no obtuvo mejoría. Se inició entonces tratamiento con PUVA con respuesta inicial favorable pero que se suspendió a los dos meses por efectos adversos. Tras el PUVA tampoco se obtuvo mejoría significativa con gabapentina por lo que se decidió empezar tratamiento con talidomida. A los 3 meses de tratamiento se observó una excelente respuesta clínica acompañada de disminución importante del prurito. El tratamiento se mantuvo un año sin aparición de efectos adversos y tras siete meses de seguimiento sin el fármaco el paciente presenta un aclaramiento casi completo de las lesiones con discreto prurito residual que se ha controlado con antihistamínicos.

**Discusión:** La talidomida se introdujo a mediados de los 50 como fármaco sedante pero fue retirado rápidamente del mercado por su marcado efecto teratógeno. Su indicación en la actualidad está aprobada en Europa sólo para el Mieloma Múltiple, pero también se ha empleado con respuesta efectiva en variedad de dermatosis como el eritema nodoso leproso, el lupus eritematoso o el prurigo nodular, como el presente caso. Antes de iniciar tratamiento con talidomida se debe realizar una valoración neurológica y monitorizar a los pacientes para vigilar la aparición de neuropatía periférica, efecto adverso frecuente y que puede causar daño irreversible.

## 9. XANTOGRANULOMA NECROBIÓTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

P. Gil-Mateo, R. Cabrera-Paz, M. Tapia-Torres y M. García-Viera

*Servicio de Dermatología. Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción:** El xantogranuloma necrobiótico (XGN) es una enfermedad granulomatosa crónica, descrita como una entidad clínico-patológica bien diferenciada en 1980, por Winkelmann. Se caracteriza por la presencia de nódulos y lesiones ulceradas, de coloración amarillenta, que se localizan preferentemente a nivel periocular. Puede asociar clínica oftalmológica y síntomas sistémicos. En un 80% de casos se detecta una paraproteína monoclonal Ig G Kappa o Lambda.

**Caso clínico:** Mujer de 41 años de edad, que en el año 2007 fue sometida a unos análisis debido a la persistencia de una clínica de vómitos, y se le detectó una anemia normocítica con aumento de VSG y un componente monoclonal de Ig G lambda de 1,7 g/dl. Un año después tuvo una coroiditis, y la Ig G lambda había aumentado a 2,7 g/dl. En agosto de ese mismo año persistía la clínica de vómitos. En 2009 inicia tratamiento con dexametasona + levalidomida, presentando una respuesta parcial de su componente monoclonal. En enero de 2012, consulta por lesiones en párpados de 3 meses de evolución. A la exploración física se aprecian lesiones nodulares de coloración amarillenta en porción interna de párpado superior,

bilateral. Se realiza biopsia cutánea que se informa como infiltrado inflamatorio granulomatoso en dermis y tejido celular subcutáneo con granulomas epitelioides, histiocitos xantomatizados y células gigantes multinucleadas, focos de necrosis y hendiduras de colesterol. Todo ello compatible con el diagnóstico clínico de xantogranuloma necrobiótico.

**Discusión:** Se presenta un caso de xantogranuloma necrobiótico con lesiones cutáneas incipientes, pero con clínica sistémica asociada. Se valoran las posibilidades terapéuticas y la posible etiopatogenia del proceso.

## 10. IMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA INDUCCIÓN DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES POR FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS

M. Pestana, N. Merino, P. Contreras, M. Markthaler, S. González, M.J. González, F. Guimerá y M. García Bustinduy

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción:** El tratamiento con fármacos biológicos anti-TNF $\alpha$  puede inducir el desarrollo de anticuerpos antinucleares (ANA). La aparición de estos y la presencia de síndrome metabólico se han postulado como condicionantes de la respuesta clínica al tratamiento con fármacos biológicos en pacientes con psoriasis. El objetivo de este estudio es analizar la relación de dichos anticuerpos con la respuesta clínica. Se estudia también la prevalencia de síndrome metabólico en nuestra muestra y su asociación con la respuesta terapéutica.

**Material y métodos:** Se analizaron de forma retrospectiva un total de 71 pacientes psoriásicos que habían recibido tratamiento con terapia biológica en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Canarias entre 2002 y 2010. Se recogieron los datos sociodemográficos, la edad de inicio del tratamiento, los tratamientos previos realizados, la presencia de artropatía psoriásica, de síndrome metabólico, el valor del índice de severidad del área de psoriasis (PASI) y la cuantificación de ANA un mes antes del inicio del tratamiento, un mes después del inicio de éste y al año.

**Resultados:** De los 57 pacientes estudiados, 27 eran hombres (47,4%) y 30 mujeres (52,6%). El tipo de psoriasis más frecuente fue en placas (91,2%). Hasta el 45,6% de la muestra reunía criterios diagnósticos de síndrome metabólico. Los sujetos que presentaban ANA positivos tuvieron una media del PASI mayor al año ( $p < 0,05$ ). Los pacientes que reunían criterios diagnósticos de síndrome metabólico presentaron una respuesta clínica peor a los fármacos biológicos que aquellos sin éste, sin llegar a obtener una significación estadística.

**Conclusiones:** La aparición de ANA en el tratamiento con fármacos biológicos en pacientes psoriásicos se asocia con una peor respuesta clínica. Nuestra muestra, aunque presenta cierta tendencia, es insuficiente para poder asegurar la existencia de una peor respuesta clínica asociada al síndrome metabólico en los pacientes con psoriasis.

## 11. DERMATITIS SHIITAKE

J.A. Pérez-Cejudo<sup>a</sup>, E. Piqué<sup>a</sup>, D. Cameselle<sup>a</sup>, S. Palacios<sup>b</sup>, O. García-Vázquez<sup>b</sup>, K. Deregouski<sup>b</sup>, A. Benjumeda<sup>c</sup>, P. Verdú<sup>c</sup> y E. Martín-Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Servicio de Alergología. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.

**Introducción:** En los países orientales hace años que se conoce la Dermatitis Shiitake, pero en el mundo occidental es una enfermedad poco conocida.

**Caso clínico:** Varón de 57 años, sin antecedentes de interés, acude derivado por su médico de familia para valoración de una erupción intermitente pruriginosa de 8 meses de evolución. Exploración dermatológica: Destaca la presencia de múltiples lesiones eritematosas lineales, entrecruzadas entre sí, con una configuración flagelada en tronco, espalda, escote, miembros superiores e inferiores, respetaba palmas y plantas, mucosas. La distribución peculiar de las lesiones nos orienta a buscar antecedentes epidemiológicos de consumo de setas género shiitake. El paciente consumió setas en su propio restaurante y una vez en semana en un restaurante de comida oriental. Se suspendió su consumo, el paciente regreso al mes sin lesiones. Examen complementario: Hemograma, bioquímica normal salvo eosinofilia 119, cultivo heces giardia lambda. Histología: Dermatitis espongiforme inespecífica. Se realizaron pruebas epicutáneas serie estándar, propio de la seta hidratada y seca: Tiu-ran (++) , seta shiitake (++) , Prick test, Scratch test, negativa (20'), fuertemente positiva 48-96 horas. Se realizaron controles en 10 pacientes que salieron negativos.

**Discusión:** La dermatitis shiitake se cree que está provocada por una reacción toxica al lentinan, un polisacárido termolábil del hongo. El diagnóstico se realiza a partir del cuadro clínico compatible y el antecedente epidemiológico de la ingesta de setas del género shiitake, crudas o poco cocinadas, ya que la histología es inespecífica. La positividad pruebas epicutáneas, Prick test, Scratch test, apoya la hipótesis de una reacción hipersensibilidad.

**Conclusiones:** El significado de la positividad 48-96 horas Prick test, Scratch test es desconocido, probablemente un mecanismo diferente tipo I, por lo que pensamos que las pruebas de hipersensibilidad son una herramienta útil para el diagnóstico como para el establecimiento de su patógena, aún desconocida.

## 12. VASCULOPATÍA LIVEDOIDE ASOCIADA A LUPUS CUTÁNEO CRÓNICO: ¿SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SERONEGATIVO?

R. Conca<sup>a</sup>, A. Viera<sup>a</sup>, T. Prado<sup>b</sup> y J. Carrasco<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Privado Santa Catalina. Las Palmas de Gran Canaria. España.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción:** La vasculopatía livedoide (VL) es una rara condición cutánea que se caracteriza por la comparsa de máculas purpúricas dolorosas, ulceraciones, hipocromías (atrofia blanca) derivadas por la presencia de trombos en los vasos artero-venosos dérmicos de pequeño y medio calibre. Diferentes condiciones patológicas se asocian a VL, como las conectivopatías y, en particular, el lupus eritematoso.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 43 años afecta por lupus cutáneo crónico desde hace 4 años, en tratamiento con hidroclicloroquina 200 mg. Acude a Urgencia de nuestro hospital en cuanto lamenta en los miembros inferiores (piernas) edema, quemazón, dolor y cianosis de los dedos de los pies, más evidentes con el cambio de temperatura. A la exploración cutánea presenta Livedo reticulares y pequeñas lesiones con pérdida de tejido en el pulpejo de los dedos. Por lo tanto, se ingresa en el servicio de medicina interna con una sospecha de vasculitis. Se realiza un estudio completo de la coagulación, de la autoinmunidad, dando antifosfolípido negativo y, en particular, anticuerpos anti-beta2-glicoproteína-1. Se realiza un estudio ecocolorDoppler arterovenoso, se realizan dos biopsias cutáneas en diferentes puntos. Tras considerar varias hipótesis diagnósticas, la conclusión es de vasculopatía livedoide asociada a lupus cutáneo crónico y posible síndrome antifosfolípido seronegativo.

**Discusión:** El síndrome antifosfolípido (SAF) seronegativo es actualmente una entidad nosológica controversial. Actualmente la anti-beta2-glicoproteína-1 se considera el marcador inmunológico más



importante para la determinación de SAF, así como la trombosis intraluminal es el hallazgo histológico fundamental. Por tanto, la vasculopatía livedoide se pone en relación al SAF.

**Conclusiones:** En el SAF seronegativo el pronóstico, la evolución y el tratamiento no cambian respecto al SAF.

### 13. UTILIDAD DE LA DERMATOSCOPIA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CARCINOMA BASOCELULAR Y DE LA ENFERMEDAD DE BOWEN EN EXTREMIDADES INFERIORES

J. Gómez-Duaso<sup>a</sup>, J. Vilar<sup>a</sup>, P. Valerón-Almazán<sup>a</sup>, N. Santana-Molina<sup>a</sup>, C. Medina<sup>a</sup>, A. González-Quesada<sup>a</sup>, E. Castro<sup>a</sup>, P. de la Rosa<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

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

**Introducción:** El carcinoma basocelular no es tan frecuente en las extremidades inferiores como en la extremidad cefálica, pero plantea especiales retos diagnósticos, al ser poco habituales los pigmentados y predominar las formas planas o ulcerosas, que plantean diagnóstico diferencial con úlceras de otro origen y con patología inflamatoria.

**Material y métodos:** Se han recogido del archivo del servicio de dermatología las lesiones en extremidades inferiores que tuvieran imagen clínica y dermatoscópica y que cumplieran los criterios de tener un diagnóstico clínico de carcinoma basocelular o de enfermedad de Bowen y los casos remitidos con otros diagnósticos clínicos cuyo diagnóstico anatomopatológico fuera el de carcinoma basocelular o de enfermedad de Bowen. Se valoraron las imágenes dermatoscópicas por tres dermatólogos, localizando signos de basocelular y/o Bowen.

**Resultados:** Se recogieron 128 casos que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio. De esos, 77 fueron biopsiados con la sospecha de carcinoma basocelular. De los 34 casos remitidos con la sospecha de Bowen, se confirmó en 9 casos (26%), resultando otros diagnósticos en 25 casos (73%). Revisando las imágenes dermatoscópicas, cuando los observadores vieron hojas de arce, correspondió en un 94% de los casos a un basocelular; lo mismo ocurrió en un 90% al observar ruedas de carro, en un 89% al observar telangiectasias arboriformes y en un 87% al observar nidos o glóbulos.

**Conclusiones:** Aunque un porcentaje significativo de lesiones de extremidades inferiores no presentan signos dermatoscópicos suficientes para realizar un diagnóstico, cuando éstos están presentes, sobre todo en el caso de las hojas de arce, ruedas de carro, telangiectasias, nidos o glóbulos, suponen una ayuda importante para el diagnóstico de estos tumores.

### 14. FOLICULITIS DECALVANTE TRATADA CON TACROLIMUS TÓPICO

J. Bastida<sup>a</sup>, P. Valerón-Almazán<sup>a</sup>, C. Díaz-Cascajo<sup>b</sup>, P. de la Rosa-Del Rey<sup>c</sup>, N. Santana-Molina<sup>a</sup>, C. Medina-Gil<sup>a</sup>, A. González<sup>a</sup>, E. Castro<sup>a</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España. <sup>b</sup>Zentrum für dermatopathologie Freiburg. Alemania. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** Recientemente hemos descrito la utilidad del tacrolimus tópico en el tratamiento de cuatro casos de foliculitis decalvante (FD). Un nuevo caso parece apoyar nuestras observaciones anteriores.

**Caso clínico:** Una mujer de 71 años encamada consultó para estudio y tratamiento de lesiones en cuero cabelludo de un año de

evolución que le habían producido alopecia. A la exploración se apreciaba una gran placa alopécica cicatricial en vértex rodeada por un ribete de lesiones eritemato-pustulosas foliculares con gran formación de costras y unos pocos pelos en penacho. El signo de tracción era positivo. Una biopsia mostró una foliculitis supurativa con fibrosis y cicatrización. La Inmunofluorescencia directa de piel perilesional y la serología luética fueron negativas. En los cultivos repetidos de muestras tomadas con hisopos de pústulas y costras creció en varias ocasiones un *S. aureus*. La paciente fue tratada con múltiples medicamentos orales y tópicos sin resultado. Finalmente, tras establecer el diagnóstico de FD, comenzó tratamiento con tacrolimus tópico al 0,1% (1-0-1), con lo que se observó una rápida y gran mejoría con disminución de las lesiones inflamatorias y de las costras.

**Discusión:** La FD es una enfermedad crónica engorrosa porque en la mayoría de los casos no se encuentra un tratamiento eficaz y los pacientes soportan estoicamente su enfermedad. Nuestro grupo ha descrito recientemente la utilidad del tacrolimus tópico en el tratamiento de cuatro casos de FD. Presentamos una nueva observación en un caso de FD con lesiones de gran intensidad que fueron satisfactoriamente tratadas con dicho tratamiento, lo que apoya nuestras conclusiones de aquel trabajo.

**Conclusiones:** Pensamos que el tacrolimus puede ser muy útil para controlar esta enfermedad aunque nuestros hallazgos deben ser corroborados por otros investigadores independientes.

### 15. EXANTEMA PERINEAL RECURRENTE EN UNA NIÑA

N. Pérez-Robayna<sup>a</sup>, S. González-Hernández<sup>a</sup>, R.N. Rodríguez-Rodríguez<sup>b</sup>, M.M. Pestana Eliche<sup>a</sup>, P. Contreras Ferrer<sup>a</sup>, R. Sánchez González<sup>a</sup> y F.J. Guimerá Martín-Neda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción:** El exantema perineal recurrente mediado por toxinas (EPRT) está causado por la acción de toxinas producidas por bacterias, principalmente estafilocócicas y estreptocócicas, que actúan como superantígenos.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 8 años, con antecedentes personales de alergia a penicilina, macrólidos y asma infantil sin tratamiento, remitida por presentar lesiones en área genital, desde hace más de un año, en forma de eritema y descamación, pruriginosas. Con el diagnóstico inicial de eccema atópico, se pautó tratamiento con esteroides orales y tópicos sin resolución del cuadro, presentando frecuentes recidivas en la misma localización y con las mismas características clínicas. Posteriormente se inició tratamiento con ciclosporina oral así como diversos corticoides locales de alta potencia con mejoría pero pronta recidiva al suspender el tratamiento. Se colocaron pruebas de contacto estándar resultando negativas. Las analíticas resultaron dentro de la normalidad. Se toma muestra para estudio histológico de la zona afectada, en dos ocasiones, siendo informadas de eccema crónico de tipo seborreico. Dadas las características del cuadro se decide diagnosticar de exantema perineal recurrente por superantígenos (EPRT). Actualmente la paciente sigue presentando brotes frecuentes de lesiones y se encuentra con tratamiento local para mitigar la sintomatología acompañante.

**Discusión:** Los superantígenos son toxinas bacterianas que estimulan un gran número de linfocitos T dando lugar a la proliferación masiva de linfocitos T y a la liberación de citoquinas, constituyendo los más potentes inmunostimuladores naturales conocidos. Parece existir un cierto patrón común de presentación clínica en las enfermedades relacionadas con superantígenos. Se debe identificar el germen toxígeno mediante el cultivo e instaurar tratamiento anti-biótico adecuado.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de aparente EPRT, en el cual no se ha podido determinar la etiología bacteriana, resultando de difícil manejo y con escasa respuesta a diversas terapias locales y sistémicas.

### 16. ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS TÓPICOS EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA

M.N. Hernández-Hernández, Z. Hernández-Hernández, F. Liuti, H. Morales Moreno, L. Borrego Hernando y J. Hernández Santana

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

**Introducción:** El eccema alérgico de contacto por antiinflamatorios no esteroideos (AINES) tópicos es una causa insospechada de eccema de contacto porque el paciente no relaciona su uso con la clínica cutánea al comportarse los AINE tópicos como fotoalérgenos.

**Objetivo:** Análisis de los casos de eccema alérgico de contacto por AINE tópicos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los casos con sensibilización a AINE tópicos de la base de datos de la Unidad de Eccemas de nuestro hospital desde enero de 2007 a diciembre de 2011.

**Resultados:** Se realizaron 492 pruebas de contacto desde enero de 2007 a diciembre de 2011. Se parcheó la batería de AINE a 27 enfermos y observamos 14 sujetos sensibilizados a algún AINE tópico. De 14 pacientes sensibilizados, encontramos 3 casos de eccema alérgico de contacto, 5 casos de eccema fotoalérgico de contacto y 6 casos de eccema alérgico y fotoalérgico de contacto. En todos los casos había antecedentes de uso reciente de AINE tópicos. El AINE que causó más sensibilización fue el ketoprofeno (8 sensibilizaciones) seguido del etofenamato (5 sensibilizaciones) y 4 casos presentaron cosensibilización con otros AINE.

**Conclusiones:** El uso habitual de AINE tópicos debe suponer una pregunta constante en los pacientes con clínica de eccema alérgico de contacto. El ketoprofeno es usado frecuentemente en los países del mediterráneo y es la causa más frecuente de eccema fotoalérgico por AINE tópicos.

### 17. GRANULOMAS SARCOIDEOS SOBRE CICATRIZ PREVIA DE HERPES ZÓSTER EN EL CONTEXTO DE FENÓMENO ISOTÓPICO DE WOLF

H. Morales-Moreno<sup>a</sup>, Z. Hernández-Hernández<sup>a</sup>, N. Hernández-Hernández<sup>a</sup>, F. Liuti<sup>a</sup>, Y. Peñate-Santana<sup>a</sup>, T. Montenegro-Dámaso<sup>b</sup>, L. Borrego-Hernando<sup>a</sup> y J. Hernández-Santana<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción:** El fenómeno isotópico de Wolf consiste en la aparición de una nueva enfermedad cutánea en la misma localización que otra previa con la cual no está relacionada. La dermatosis inicial más frecuentemente descrita es el herpes zóster si bien también se ha relacionado con herpes simple, varicela o tromboflebitis. Las enfermedades desarrolladas sobre estas lesiones son muy diversas. Presentamos un caso de granulomas sarcoideos sobre lesión previa de herpes zóster.

**Caso clínico:** Mujer de 62 años que, 2 meses atrás, desarrolló herpes zóster cervical que dejó como secuela neuralgia postherpética en tratamiento actual con pregabalina 25 mg un comprimido por la mañana y dos por la noche. Acude por lesiones pruriginosas, de una semana de evolución, localizadas en el territorio previamente afectado por el herpes. A la exploración física presenta placas eritematosas de aspecto brillante, con áreas descamativas de bordes mal definidos y contorno irregular. Se realiza biopsia cutánea que mues-

tra granulomas de tipo sarcoideo con abundantes células gigantes multinucleadas rodeadas de eosinófilos y células plasmáticas compatible con reacción granulomatosa sarcoidea. Tratada con tacrolimus 0,1% se consigue la remisión completa de las lesiones.

**Discusión:** Se han documentado menos de 130 casos de fenómeno isotópico de los cuales sólo 5, incluyendo a nuestro paciente, corresponden a la aparición de un granuloma sarcoideo sobre piel previamente afecta por herpes zóster. La aparición de este tipo de granulomas obliga a descartar la presencia de enfermedad sistémica. La etiopatogenia del fenómeno isotópico es todavía desconocida aunque se han sugerido diversas teorías. La más aceptada lo atribuye a una reacción de hipersensibilidad retardada atípica hacia antígenos del virus varicela zóster o hacia antígenos tisulares alterados por el virus. El tratamiento del fenómeno isotópico depende de un correcto diagnóstico de la enfermedad secundaria.

### 18. PELOS EN SACACORCHOS: UN NUEVO SIGNO DERMOSCÓPICO POR EL DIAGNÓSTICO DE TIÑA CAPITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Conca

*Servicio de Dermatología. Hospital Santa Catalina. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** La dermoscopia se utiliza para el diagnóstico de lesiones pigmentadas y no pigmentadas. En tricología, desde hace unos años, se usa como herramienta para la valoración de enfermedades tanto del cuero cabelludo como del pelo. La tiña capitis a veces se presenta con un cuadro clínico "atípico" que no permite su reconocimiento.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una niña que acude a la consulta del servicio de dermatología con dos áreas alopecias (en área frontal y parietooccipital), puntos negros (Black dots) y escasa descamación. Dos cultivos micológicos negativos. La observación dermoscópica evidencia pelo en sacacorchos. Se realiza una punch-biopsia y el diagnóstico es tiña capitis.

**Discusión:** La tiña capitis es una dermatofitosis muy común en la población pediátrica. El agente etiológico más frecuente en Europa es el *Microsporum canis* (zoófilo). Aunque los casos atípicos (poco inflamatorios, escasamente escamosos...) asociados a dermatofitos antropófilos (*Trichophyton*) están en aumento. Es reciente la observación en niños negros inmigrados desde África que, la tiña capitis asociada a *Trichophyton soudanense*, se presenta con un patrón dermoscópico de pelo en sacacorchos.

**Conclusiones:** La dermoscopia, por tanto, es una técnica diagnóstica no invasiva, rápida y muy útil. El pelo en sacacorchos es un nuevo signo clínico que puede ayudar a orientar y a veces diagnosticar casos "atípicos" de tiña capitis.

### 19. DISCRASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS ASOCIADA A NEUROPATÍA Y LESIONES CUTÁNEAS

N. Santana-Molina, C. Medina-Gil, A. González Quesada, E. Castro-González, P. Valerón-Almazán, J. Vilar-Alejo y G. Carretero-Hernández

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

**Introducción:** El síndrome POEMS se considera una forma de paraneoplasia. Los criterios principales propuestos actualmente para su diagnóstico son polineuropatía y discrasia de células plasmáticas asociadas a lesiones óseas escleróticas, elevación de los niveles de factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), enfermedad de Castleman, así como otros considerados como menores. Los hemangiomas glomeruloides son clásicamente considerados como característicos. La elevación de VEGF se considera actualmente como el principal evento desencadenante.

**Caso clínico:** Varón de 42 años que presenta síndrome constitucional asociado a adenopatías generalizadas y neuropatía sensitiva periférica. La biopsia de médula ósea reveló un componente monoclonal de células plasmáticas. Durante la exploración se objetivó la presencia de múltiples hemangiomas cutáneos, con una histología similar al glomérulo renal, por lo que fueron etiquetados como hemangiomas glomeruloides. Esta característica histológica ha facilitado el diagnóstico precoz de síndrome POEMS y su adecuado tratamiento.

**Discusión:** Las lesiones cutáneas son la cuarta manifestación en frecuencia en series publicadas de síndrome POEMS. La presencia de hemangiomas glomeruloides está fuertemente relacionada con el diagnóstico, y, aunque no son patognomónicos de esta entidad, su presencia en conjunción con otras características clínicas favorece el diagnóstico de síndrome de POEMS. Es de capital importancia recordar que el acrónimo POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y cambios cutáneos [skin]) no incluye todos los criterios necesarios para su diagnóstico, así como que todas las características incluidas en éste no tienen que estar presentes para realizar el diagnóstico. Con el acrónimo tampoco se resaltan la presencia de polineuropatía y trastorno monoclonal de células plasmáticas asociado como condición sine qua non para poder realizar el diagnóstico.

## 20. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. ¿EN QUÉ PODEMOS AYUDAROS?

C. Rodríguez-García<sup>a</sup> e I. García-Doval<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España. Coordinador de la Unidad de Investigación FAEDV.

La Fundación de la AEDV ha avanzado para favorecer los aspectos científicos de nuestra sociedad, creando un nuevo servicio para los académicos: la Unidad de Investigación de la FADV. Ésta se ha creado con la finalidad de aumentar la investigación colaborativa en la AEDV, así como el peso científico de la Academia y de los académicos, tanto a nivel nacional como internacional. Debe facilitar que aumente nuestra representación institucional, que mejoren nuestros currículos y nuestra carrera profesional. La actividad de la Unidad de Investigación se centra inicialmente en dos tipos de proyectos: la creación de revisiones sistemáticas y la realización de estudios de investigación multicéntricos. Además tendrá un aspecto docente con, al menos, dos cursos anuales: de introducción a la investigación clínica dermatológica y de revisiones sistemáticas. Si alguno de los académicos desea iniciar alguna de estas dos actividades con nuestra asistencia, debe ponerse en contacto con la Unidad de Investigación, donde se le ayudará a llevarla a cabo, incluyendo el soporte en el diseño, la logística, o el análisis estadístico.

## 21. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN UNA MUJER CON ALOPECIA

E. Castro-González, N. Santana-Molina, C. Medina-Gil, A. González-Quesada, P. Valerón-Almazán, J. Bastida-Iñarrea, A. Santana y G. Carretero-Hernández

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

**Introducción:** Las displasias ectodérmicas son un grupo heterogéneo de desórdenes genéticos que se caracterizan por la afectación de dos o más tejidos derivados de la capa ectodérmica en el desarrollo embrionario. Entre los órganos afectados con mayor frecuencia destacan la piel, el pelo, las uñas, las glándulas ecrinas y los dientes.

**Caso clínico:** Mujer de 46 años que acude refiriendo una pérdida difusa y progresiva de cabello desde la adolescencia. La exploración física mostró una disminución de la densidad capilar, un pelo frágil y áspero al tacto, afectando a todo el cuero cabelludo. Además presentaba madarosis, ligera distrofia ungueal asociada a alteraciones dentarias caracterizadas por ausencia de algunas piezas y forma cónica de otras. Al indagar sobre la posible afectación de otros miembros de la familia, refirió que estos hallazgos también estaban presentes en sus dos hijos desde la infancia. El diagnóstico de displasia ectodérmica hipohidrótica se confirmó mediante estudio genético donde se objetivó una alteración en el gen EDAR.

**Discusión:** La clasificación actual de las displasias ectodérmicas está basada en los hallazgos clínicos. Se diferencian básicamente dos tipos: las displasias ectodérmicas puras que se caracterizan exclusivamente por afectación de las estructuras ectodérmicas y los síndromes displásicos ectodérmicos que asocian además otras anomalías funcionales.

**Conclusiones:** Se resalta la importancia que puede tener un signo tricológico como inicio del estudio de patologías más complejas. Gracias a este se ha llegado al correcto diagnóstico de una enfermedad genética de baja prevalencia.

## 22. LESIONES ORALES EN UN NEONATO

S. Dorta, J. Suárez, L. Feliciano, C. Rodríguez y J. Ruiz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una niña recién nacida que desde el nacimiento mostraba multitud de erosiones y quistes en mucosa oral así como lesiones ampollosas aisladas en zona perioral, que fueron diseminándose con el paso del tiempo. La paciente no presentaba otras anomalías del desarrollo. Destacaba el hecho de que en la familia existía otro miembro con lesiones ampollosas pero localizadas.

**Discusión:** Las epidermolisis ampollosas hereditarias son enfermedades raras que se caracterizan por fragilidad de piel y mucosas con formación de ampollas y erosiones ante mínimos traumatismos o de forma espontánea. La clasificación de estas enfermedades atiende a la localización de la ampolla, y dentro de cada grupo existen formas con una clínica y modo de herencia característico. Se expone este caso por la poca frecuencia en que existen varios familiares afectados y además por la clínica peculiar de cada uno de ellos.

# Reunión de Otoño

Las Palmas de Gran Canaria,  
10 de noviembre de 2012

## Comunicaciones orales

### 1. LESIÓN TUMORAL SUBCUTÁNEA EN MEJILLA DERECHA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN

M. Pestana<sup>a</sup>, M. Markthaler<sup>a</sup>, E. García<sup>a</sup>, P. Contreras<sup>a</sup>, M. Sáez<sup>a</sup>, E. Fagundo<sup>a</sup>, N. Pérez<sup>a</sup>, M. García-Bustínduy<sup>a</sup>, R. Rodríguez<sup>b</sup> y F. Guimerá<sup>a</sup>

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

**Introducción:** El linfoma cutáneo primario B de células grandes (LCPBCG) es una neoplasia de grado intermedio que representa entre el 1-3% de todos los linfomas cutáneos primarios.

**Caso clínico:** Mujer de 79 años que acude para valoración de una lesión en mejilla derecha de un año de evolución. La palpación evidenció la presencia de una lesión tumoral subcutánea de 6 x 5,5 cm de diámetro, pétreo, bien definida, adherida a planos profundos y no desplazable. No se hallaron adenopatías locorreccionales. Se realizó una biopsia mediante punch de 4 mm que demostró en dermis, y con franja superior libre, una proliferación tumoral difusa de estirpe linfoide, formado por células con atipias de mediano-gran tamaño. Inmunohistoquímicamente mostraban positividad para CD20 de manera difusa e intensa, y parcheada para bcl-6. CD3, CD5 y CD10 fueron negativos. El Ki-67 era intenso por zonas. La analítica resultó anodina, hallándose los marcadores tumorales dentro del rango de la normalidad. La TAC del macizo facial mostró conservación de las estructuras anatómicas de área. El estudio de extensión mediante TAC corporal, aspirado y biopsia de médula ósea no mostró evidencia de enfermedad sistémica. Con estos hallazgos se realizó el diagnóstico de LCPBCG. La paciente fue tratada con tres ciclos de rituximab-CHOP (R-CHOP) seguido de radioterapia de la zona, sin evidencia de enfermedad en el momento actual.

**Conclusiones:** El LCPBCG constituye una rara entidad dentro de los trastornos linfoproliferativos. Suele afectar a sujetos por encima de la séptima década de la vida. Clínicamente se presenta como una lesión tumoral nodular, única o múltiple, mostrando predilección por las extremidades y el tronco. El curso de la enfermedad se caracteriza por frecuentes recaídas. El tratamiento poliquimioterápico con rituximab (R-CHOP), seguido de radioterapia del área afecta, constituye el tratamiento de elección.

### 2. PILOLEIOMATOSIS MÚLTIPLE UNILATERAL

M. Markthaler<sup>a</sup>, M. Pestana-Eliche<sup>a</sup>, E. García-Peris<sup>a</sup>, P. Contreras-Ferrer<sup>a</sup>, N. Pérez-Robayna<sup>a</sup>, R. Hernández<sup>b</sup>, M. García-Bustínduy<sup>a</sup>, R. Sánchez<sup>a</sup> y F. Guimerá<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción:** Los leiomiomas cutáneos son neoplasias infrecuentes, benignas, derivadas de la proliferación de fibras musculares lisas. En la piel distinguimos, según la localización anatómica de las fibras, entre piloleiomiomas (PL), angioleiomiomas y leiomiomas

genitales. Los PL se originan a partir de las fibras del músculo erector del pelo y presentan un amplio e importante diagnóstico diferencial con distintos tumores cutáneos dolorosos.

**Caso clínico:** Mujer de 37 años, que presenta lesiones localizadas en tercio proximal del miembro superior izquierdo de meses de evolución, dolorosas al tacto y con el frío. Como antecedentes destacan una hipertrigliceridemia y una hipertensión arterial. La exploración física evidencia múltiples pápulas, redondeadas, parduzcas, bien delimitadas, firmes al tacto, agrupadas en tercio superior de brazo izquierdo. Se realiza una biopsia-punch que muestra en dermis una proliferación de fibras musculares lisas sin atipias. Éstas forman un patrón fascicular/nodular, intercalado por gruesas bandas colágenas. Con estos hallazgos se realiza el diagnóstico de piloleiomatosis múltiple unilateral. Descartada la presencia de leiomiomas uterinos se pauta tratamiento con nifedipino con buena respuesta.

**Conclusiones:** Los PL suelen afectar a adultos, estando descritos los casos congénitos. Se localizan en cualquier zona corporal con folículos pilosos, más frecuentemente en miembros y tórax. Suelen aparecer de manera aislada, siendo importante descartar su asociación con leiomiomas uterinos (Síndrome de Reed) cuando su presencia es múltiple, como en nuestro caso. En el diagnóstico diferencial del piloleiomioma entran otros tumores cutáneos dolorosos, incluyendo el angioleiomioma, espiadenomas, dermatofibromas, neuromas y angiolipomas. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección en lesiones únicas o en escaso número, sin embargo, la recidiva es frecuente. En lesiones múltiples son útiles los fármacos que inhiben la contracción de las fibras musculares lisas como el nifedipino, la nitroglicerina y la fenoxibenzamina.

### 3. USO DEL BOSENTÁN EN EL MAL PERFORANTE PLANTAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. González-Quesada, C. Medina-Gil, E. Castro-González, I. Castaño-González, P. Valerón Almazán, J. Vilar Alejo, A.J. Gómez-Duaso y G. Carretero Hernández

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

**Introducción:** Las lesiones del pie en los pacientes diabéticos suponen un problema importante, que suelen tener una evolución tórpida, abocando en muchos casos en la amputación. Su patogénesis es multifactorial y en la mayoría de las ocasiones son secundarias a una herida, espontánea o quirúrgica, que con el paso del tiempo no cicatriza, y se va haciendo más penetrante hasta alcanzar incluso el plano óseo subyacente ("mal perforante plantar").

**Caso clínico:** Mujer de 37 años, diabética insulín-dependiente desde la infancia con complicaciones metadiabéticas macro y microangiopáticas, con mal control en el tratamiento y seguimiento. Desde hace 3 años secundariamente a un proceso inflamatorio óseo de la planta del pie derecho, desarrolló una úlcera en la misma que a pesar de tratamiento tópico y oral ha empeorado progresivamente, impidiéndole la deambulación, por lo que es remitida para valoración. Ante la mala evolución y el agotamiento de las opciones, decidimos comenzar tratamiento con Bosentán como uso compasivo, a dosis de 62,5 mg 2 veces al día. A las 4 semanas la herida había mejorado, y a las 9 semanas la úlcera estaba totalmente curada.

**Discusión:** El bosentán es un inhibidor dual de los receptores de la endotelina-1, la cual puede estar involucrada en la patogénesis de las alteraciones vasculares de la diabetes, produciendo inflamación, fibrosis y trombosis. Su uso sólo está aprobado en la hipertensión pulmonar y las úlceras digitales de la esclerodermia. No obstante, se han comunicado casos y series cortas demostrando la eficacia de este fármaco en las úlceras isquémicas de Buerger, lupus, anemia de células falciforme y en el pie diabético.

**Conclusiones:** Aunque las observaciones nos revelan que el uso del bosentán es beneficioso en este caso, los resultados deben ser in-



terpretados con precaución, pues necesitan ser confirmados por estudios controlados.

#### 4. SÍFILIS MALIGNA: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍFILIS SECUNDARIA

E. García-Peris, M. Pestana, M. Markthaler, P. Contreras, M. García-Bustínduy, S. González, M. de Mesa Ponte, N. Merino y F. Guimerá

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción:** Los pacientes infectados por el VIH padecen con mayor frecuencia una forma de sífilis secundaria denominada "maligna", caracterizada principalmente por sus hallazgos clínicos.

**Caso clínico:** Varón de 23 años, homosexual, que acude por fiebre de hasta 39,5 °C, escalofríos, astenia intensa y artralgias generalizadas de cinco semanas de evolución. A lo largo de las últimas cuatro semanas había comenzado a desarrollar una erupción exantemática asintomática. A la exploración física las lesiones eran polimorfas, predominando pápulas rojo ajamonadas en la zona de la espalda, tórax, miembros superiores, palmas y plantas. En miembros inferiores, genitales, región facial y cuero cabelludo, las lesiones consistían en pápulas y placas redondeadas, de entre 0,5 cm y 2,5 cm, cubiertas por gruesas costras hemorrágicas firmemente adheridas y rodeadas de un halo eritematovinoso. Se evidenció una esplenomegalia dolorosa de 1 cm y no se detectaron adenopatías. En la analítica destaca un VDRL positivo de 1/8, FTA positivo y Ac HIV-1+2G0 positivo. El análisis del LCR resultó normal. La biopsia de una de las lesiones mostró un patrón psoriasiforme-liquenoide y presencia de plasmáticas. Con los hallazgos clínicos, serológicos e histológicos, el paciente fue diagnosticado de sífilis maligna asociada a infección VIH. Se observó involución de las lesiones cutáneas tras la primera dosis de 2.400.000 UI de Penicilina G benzatrina, realizándose un tratamiento clásico de sífilis secundaria tardía de 3 semanas.

**Conclusiones:** La sífilis maligna es una forma muy infrecuente de presentación que ha sido descrita en numerosos casos de inmunosupresión. Las serologías en estos casos suelen presentar una fuerte positividad, aunque en los paciente infectados por el VIH pueden aparecer respuestas serológicas inusuales, incluyendo la seronegatividad. El tratamiento recomendado en estos casos es similar al de la sífilis secundaria tardía.

#### 5. ADENOMA DEL PEZÓN

J.A. Pérez-Cejudo<sup>a</sup>, E. Piqué<sup>a</sup>, D. Cameselle<sup>a</sup>, S. Palacios<sup>b</sup>, O. García-Vázquez<sup>b</sup>, K. Deregouski<sup>b</sup> y K.K. Tang-Rodríguez<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.*

**Introducción:** El adenoma del pezón es una neoplasia benigna, al parecer originada de los conductos galactofaros del pezón. Puede presentar diagnósticos diferenciales con neoplasias benignas y malignas.

**Caso clínico:** Mujer de 43 años, derivada por el servicio de ginecología por una lesión nodular en el pezón izquierdo de 2 años de evolución. Exploración dermatológica: Lesión nodular-ulcerada eritematosa dentro del cuerpo del pezón izquierdo de 1 x 1 cm, ligeramente infiltrado. Refiere sangrado y secreción serosa con el roce, traumatismo, menstruación. Examen complementario: Mamografía y ecografía mamaria dentro normalidad. Histología proliferación tubular y adenomatosa en dermis, proyecciones intraluminales, estroma colágeno esclerótico. Inmunohistoquímica actina (+). Tratamiento: Se realizó tratamiento quirúrgico con el diagnóstico de adenoma del pezón.

**Discusión:** El adenoma del pezón es una neoplasia benigna infrecuente, predomina en mujeres perimenopáusicas y se presenta

como una lesión tumoral en el pezón, generalmente unilateral. El diagnóstico diferencial es fundamentalmente clínico con la enfermedad de Paget e histológico con el sirigocistoadenoma papilífero y el carcinoma de mama.

**Conclusiones:** Es importante reconocer la entidad para evitar mastectomías innecesarias, dado que la correlación clínico-patológica no ofrece grandes dificultades y la curación es la regla.

#### 6. AMILOIDOSIS CUTÁNEA PRIMARIA NODULAR

D. Luján<sup>a</sup>, Z. Hernández<sup>a</sup>, T. Montenegro<sup>b</sup>, R.M. Apolinario<sup>c</sup> y J. Hernández<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. España.*

**Introducción:** La amiloidosis cutánea primaria nodular (ACPN) es una entidad poco frecuente y presenta importantes diferencias clínicas, histológicas y pronósticas con respecto a las otras amiloidosis cutáneas primarias macular y liquenoide. La ACPN en la mayoría de los casos se presenta en forma de lesiones nodulares o papulosas.

**Caso clínico:** Varón de 44 años que consultó por lesión asintomática en nariz de meses de evolución, que había experimentado un crecimiento progresivo. En la exploración física presentaba en ala nasal derecha una lesión pápulo-nodular eritematosa, brillante, con telangiectasias, de 0,8 cm de diámetro. El estudio histopatológico evidenció depósito de material eosinófilo, acelular, amorfo a nivel de dermis e hipodermis que se disponía a nivel perivascular y perianexial, que se teñía con rojo congo y mostraba birrefringencia verde-manzana. El estudio inmunohistoquímico reveló proliferación policlonal de células plasmáticas productoras de cadenas ligeras Kappa y Lambda. No se halló evidencia de enfermedad sistémica. Con estos hallazgos la paciente se diagnosticó de ACPN.

**Discusión:** La ACPN es completamente diferente a las otras amiloidosis cutáneas porque los depósitos son de tipo amiloide AL, que es el tipo de amiloide que también se encuentra en la amiloidosis sistémica. La etiopatogenia de la ACPN no está del todo clara, aunque se cree que se debe a una proliferación de células plasmáticas localizada exclusivamente en la piel, con bajo grado de malignidad pero que son capaces de desarrollar una amiloidosis sistémica hasta en un 7% de los casos, por lo que se recomienda seguimiento a largo plazo.

#### 7. INFECCIONES CUTÁNEAS POR MICOBACTERIAS RELACIONADAS CON LA REALIZACIÓN DE TATUAJES

J. Vilar, C. Medina, A. González, I. Castaño, E. Castro y A.J. Gómez-Duaso

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

**Introducción:** Los procesos de decoración permanente cutánea con tatuajes atraen a diferentes poblaciones desde hace décadas. Debido a la escasa legislación sanitaria que regula estos procedimientos, las complicaciones tanto infecciosas como inflamatorias no son escasas.

**Objetivos:** Comunicar y alertar a la comunidad científica de varios casos de infección cutánea por *Micobacterium chelonae* aparecidos sobre tatuajes tras la realización de los mismos.

**Material y métodos:** Revisamos los casos aparecidos en nuestro servicio en los últimos meses. Interrogamos a los pacientes sobre sus factores epidemiológicos. Describimos los métodos de aproximación diagnóstica y el manejo terapéutico.

**Resultados:** En los últimos 6 meses hemos tenido 2 casos de infecciones cutáneas por *Micobacterium chelonae* en pacientes que se habían realizado recientemente un tatuaje. Las lesiones cutáneas son inespecíficas, y no se contempló inicialmente la infección por micobacterias en el diagnóstico diferencial. Por otra parte la histología no es patognomónica y no crecieron microorganismos bacilos ácido-alo-

cohol resistentes en el Zhiel-Nielsen. La confirmación diagnóstica se realizó con la microbiología, y los microorganismos eran por definición resistentes a la mayoría de los antibióticos habituales.

**Conclusiones:** Debemos sospechar esta entidad ante pacientes con lesiones papulosas inespecíficas de aparición brusca sobre tatuajes realizados recientemente. Debemos realizar un estudio epidemiológico exhaustivo si es posible, y si lo requiere alertar a los reguladores de salud pública. El diagnóstico no siempre es fácil. La histología no es definitiva y es preciso realizar también cultivos microbiológicos. Los tratamientos son a menudo difíciles y prolongados en el tiempo. No existe consenso acerca del tiempo total necesario de tratamiento para erradicar la infección. El perfil de los pacientes en muchas ocasiones dificulta el diagnóstico, las investigaciones epidemiológicas y el cumplimiento terapéutico. Es importante informar a los pacientes de las complicaciones que podría conllevar la abstinencia terapéutica.

## 8. CALCIFILAXIS: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

E. Castro-González<sup>a</sup>, J. Vilar-Alejo<sup>a</sup>, N. Santana-Molina<sup>a</sup>, C. Medina-Gil<sup>a</sup>, A. González-Quesada<sup>a</sup>, I. Castaño-González<sup>a</sup>, P. Moreno-Díaz<sup>b</sup>, J. Gómez-Duaso<sup>a</sup> y G. Carretero-Hernández<sup>a</sup>

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

**Introducción:** La calcifilaxis es una patología de baja incidencia, pero alta morbimortalidad, que se caracteriza histológicamente por

la calcificación de la pared de los vasos dérmicos que desencadenará una progresiva necrosis cutánea de difícil control. Existen diversos procesos asociados entre los que se encuentran principalmente la insuficiencia renal crónica terminal (IRct), determinados fármacos y ciertas enfermedades inflamatorias de naturaleza autoinmune, como la enfermedad de Chron, y el lupus eritematoso sistémico, entre otros. En los últimos meses hemos presenciado varios cuadros de calcifilaxia, con distintas etiologías y pronósticos, que detallaremos en el siguiente trabajo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los casos de calcifilaxia en seguimiento en nuestro servicio entre febrero de 2009 y agosto de 2012. Presentaremos 3 casos clínicos que reúnen los criterios requeridos.

**Discusión:** 2 de nuestros casos eran secundarios a IRct, que es la causa más frecuentemente asociada a la calcifilaxia. El otro caso se determinó que era secundario a la anticoagulación con warfarina, etiología menos común y que debe ser descartada sobre todo en ausencia de patología renal grave. Uno de los pacientes con calcifilaxia secundaria a IRct presentó una evolución fatal, mientras que el otro desarrolló dos episodios distintos que se resolvieron con los cuidados adecuados. De hecho hay factores que se relacionan con un mayor o menor índice de supervivencia. La paciente con la entidad secundaria al uso de warfarina se recuperó perfectamente tras la suspensión de la misma.

**Conclusiones:** La calcifilaxia es una entidad de escasa frecuencia de aparición y con alta morbimortalidad que se relaciona clásicamente con la IRct. Actualmente se reconocen otras etiologías de mejor pronóstico. También el avance en el conocimiento de su fisiopatología aporta nuevas alternativas terapéuticas que han variado radicalmente el comportamiento de esta enfermedad.