



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

IX Reunión de la Sección Balear de la AEDV Palma de Mallorca, 31 de enero de 2014

1. PRP EN ALOPECIA ANDROGENÉTICA

J. Escalas Taberner

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases.
Palma de Mallorca. España.*

2. MUCINOSIS PAPULAR DE LA INFANCIA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN

N. Knöpfel^a, A. Martín Santiago^a, L.J. del Pozo Hernando^a,
C. Saus Sarriás^b, J. Escalas Taberner^a, M.M. Escudero Góngora^a,
A. Bauzá Alonso^a y N. Izquierdo Herce^a

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

Introducción: La mucinosis papular, tradicionalmente conocida como liquen mixedematoso, se caracteriza por la presencia de pápulas liquenoides, placas o nódulos debido al depósito de mucina en dermis y a un grado variable de esclerosis en ausencia de gammapatía monoclonal o disfunción tiroidea.

Caso clínico: Niño de 1 año de edad, nacido a término, hijo de padres sanos sin antecedentes patológicos de interés que desde los 2 meses de vida presenta pápulas de color rosado-anaranjado de superficie lisa. Son asintomáticas y se localizan en la región periaxilar de forma bilateral. Según los padres habían aumentado de tamaño en los últimos meses. En la dermatoscopia se observa un tono homogéneo blancomarillento rodeadas de fina retícula telangiectásica. Las lesiones están surcadas transversalmente por finas estrías blanquecinas, que parecen corresponder a fibrosis-crisálidas y en una de las lesiones adopta un aspecto "en bandera". Con la sospecha de xantogranuloma juvenil u otra forma clínica de histiocitosis, se realizó biopsia cutánea donde se observó epidermis conservada y en dermis, la presencia de células de aspecto fibroblástico entre fibras de colágeno acompañando a un depósito abundante de mucina. Las pruebas complementarias realizadas incluyendo proteinograma resultaron normales y la correlación clínico-patológica fue compatible con mucinosis papular de la infancia.

Discusión: Según la clasificación de Rongioletti y Debora publicada en 2001 las mucinosis cutáneas se dividen en 3 grupos: 1) Formas generalizadas con afectación sistémica, destacando la asociación a gammapatía monoclonal en ausencia de enfermedad tiroidea-escleromixedema; 2) Formas localizadas en ausencia de afectación sistémica-mucinosis papular o liquen mixedematoso; 3) Formas atípicas. A su vez, dentro de las formas localizadas se describen 5 variantes clínico-patológicas entre las que se incluye la mucinosis papular de la infancia (MPI). Las lesiones de nuestro paciente eran escasas y adoptaban una distribución simétrica en el tronco, área más frecuentemente implicada en la MPI. Ante los resultados histológicos, es importante completar el estudio para descartar la afectación sistémica, que en nuestro caso fue normal.

Conclusiones: Se presenta un caso singular de MPI, entidad clínico-patológica poco frecuente, y se realiza una revisión de las mucinosis cutáneas primarias en la infancia.

3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL

J.J. Gutiérrez-De la Peña, G. Perelló-Llinás y C. Marqués-Cardell

Consulta de Dermatología Palma. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Los tumores malignos de piel son muy comunes en nuestro medio, favorecidos por los excesos de exposición solar, aunque en su etiología pueden intervenir otros factores como los genéticos, las radiaciones ionizantes, etc.

Material y métodos: Se repasan las lesiones precancerosas como las queratosis y las queilitis actínicas y los tipos de cáncer de piel, principalmente el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas y el melanoma.

Discusión: El Parlamento Europeo propone que se dedique una jornada anual a prevenir el cáncer de piel y en la mayoría de Europa se realiza la campaña Euromelanoma. Aquí en España con la colaboración de la Academia Española de Dermatología y Venereología, que debe difundirse a nivel territorial y en los medios de comunicación, incentivar la participación de los dermatólogos académicos, para así liderar y ser los principales protagonistas en estas campañas preventivas.

Conclusiones: La prevención del cáncer de piel es uno de los principales objetivos de nuestra especialidad, deben aconsejarse medidas de protección solar como el mejor horario, la ropa adecuada y la utilización de fotoprotectores, identificar a los grupos de riesgo y se anima a todos los dermatólogos de las Islas Baleares a participar en la campaña de Euromelanoma de este año.

4. HIPERTROFIA GINGIVAL Y LESIONES PERIANALES

N. Izquierdo^a, E. Jubert^a, A. Bauzá^a, A. Martín-Santiago^a y C. Saus Sarrías^b

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

5. VASCULITIS TIPO SCHÖNLEIN-HENOCH GRAVE SECUNDARIA A LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. A PROPOSITO DE UN CASO

M.M. Escudero^a, S. Urruela^b, E. Antón^c, N. Knöpfel^a, A. Bauzá^a, A. Martín-Santiago^a, E. Esteban^b y L. Pallarés^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: La púrpura de Schönlein-Henoch es una vasculitis aguda que afecta principalmente a pacientes entre 2 y 11 años de edad. Presenta un curso benigno y autolimitado caracterizado por episodios recurrentes durante 3 a 6 semanas.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 15 años sin alergias ni otros antecedentes de interés que, de acorde con el nuevo calendario vacunal español, se le administran las 3 dosis de la vacuna Cervarix contra los serotipos 16 y 18 de VPH. Veinticuatro horas después de la administración de la última dosis presenta una erupción de pápulas purpúricas en las flexuras de codos y rodillas que se diseminan de forma simétrica y progresiva. Presentaba además vómitos, dolor abdominal y artritis de muñeca derecha. Los exámenes complementarios objetivaron hematuria y proteinuria por lo que se decide ingreso hospitalario con metilprednisolona 60 mg/día con mejoría clínica, pero al iniciar el decalaje terapéutico presentó un rebrote con lesiones cutáneas en miembros superiores. Se realizó una biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico de púrpura de Schönlein-Henoch. Se reintrodujo la corticoterapia sistémica, esta vez con una pauta más larga, con una buena evolución clínica y desaparición de los síntomas.

Discusión: La púrpura de Schönlein-Henoch es la forma de vasculitis más frecuente en la infancia. Se asocia a diversos factores desencadenantes, destacan las infecciones y diversos fármacos. En septiembre de 2008 pasaron a formar parte del calendario vacunal oficial español 2 vacunas contra el virus del papiloma humano, una cuadrivalente: Gardasil, contra los serotipos 6, 11, 16 y 18 y otra bivalente: Cervarix, contra los serotipos 16 y 18. Entre las reacciones adversas descritas hasta el momento se encuentran el síndrome de Guillain-Barré, la trombosis venosa profunda y las reacciones anafilácticas. Debido a la reciente implementación de la vacuna y el número elevado de personas potencialmente afectadas, registrar las reacciones adversas tiene un valor epidemiológico importante. Presentamos un nuevo caso de púrpura tipo Schönlein Henoch asociada a la vacuna del VPH basándose en la relación temporal directa entre la dosis y la aparición de los primeros síntomas además de haberse realizado un estudio exhaustivo descartando las causas asociadas más frecuentes.

6. APLASIA CUTIS, DEFECTO CRANEAL, CARDIOPATÍA CONGÉNITA Y ANOMALÍAS EN PABELLONES AURICULARES: ¿SÍNDROME DE FINLAY-MARKS?

A. Bauzá Alonso, E. Jubert Steve, N. Knöpfel Capelinha, N. Izquierdo Herce, J. Escalas Taberner, J. del Pozo Hernando y A. Martín-Santiago

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El síndrome de Finlay-Marks (scalp-ear-nipple) se caracteriza por la asociación de aplasia cutis congénita, ausencia o hipoplasia de pezones y anomalías en las orejas. Desde su descripción inicial en 1978, han sido reportados unos 15 casos con otros rasgos adicionales. Se postula una transmisión AD en la mayoría y en algunos AR o esporádicos. Recientemente se ha descrito la presencia de mutaciones en KCTD1 en 10 familias.

Caso clínico: Niña 2 años sin AF que debuta al nacimiento con una tetralogía de Fallot intervenida quirúrgicamente que es remitida a dermatología para valoración de aplasia cutis extensa en vértex con defecto de calota y anomalías en primeras uñas de ambos pies. A la exploración física la paciente presenta los siguientes hallazgos: pelo escaso y rizado, lipoma intercalilar, telecanto, punta nasal plegada al philtrum con columela ausente, puente nasal bajo, orejas pequeñas, bajas y rotadas superiormente, primera y quinta uñas de pies distróficas, dientes y colmillos coniformes con separación entre incisivos superiores, frenillo alveolar muy marcado, genitales hipoplásicos, sindactilia dedos pies y nistagmus. Las areolas y los pezones son normales. El desarrollo psicomotor e intelectual es normal. Se realiza una RNM cerebral que muestra lesiones cortico-subcorticales hemorrágicas crónicas con signos de atrofia focal en lóbulos parietales. El cariotipo 46 XX y MLPA sondas subteloméricas son normales. El TAC facial muestra una estenosis de coanas y la ecografía abdominal y renal es normal. El estudio de pelo al microscopio óptico muestra un cabello atigrado.

Conclusiones: Nuestra paciente está afectada de un síndrome poli-malformativo que presenta la mayoría de los rasgos característicos del síndrome de Finlay-Marks excepto la ausencia de pezones, la presencia de tetralogía de Fallot y el pelo atigrado, hallazgos no previamente descritos. Se discute el diagnóstico diferencial con otros síndromes que cursan con aplasia cutis como el síndrome de Adams-Olivier o la lipomatosis encefalocraneocutánea.

7. PENFIGOIDE AMPOLLOSO RESISTENTE A CORTICOIDES

M.C. Montis Palos, A. Bauzá Alonso, J. Escalas Taberner, L.J. del Pozo Hernando, A. Martín Santiago y N. Izquierdo Herce

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El Penfigoide Ampolloso es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente en la edad adulta en nuestro medio. El tratamiento de elección son los corticoides aunque no todos los casos responden a ellos.

Caso clínico: Mujer de 82 años con antecedentes de HTA y dislipemia, ingresada por hipotensión, taquicardia y deterioro cognitivo, presentaba en tronco y extremidades superiores lesiones de 2 semanas de evolución, intensamente pruriginosas. A la exploración se apreciaban placas eritematosas, infiltradas al tacto, con borde de avance activo y morfología policíclica, sobre las cuales asentaban ampollas tensas. No se acompañaba de afectación de mucosas. Con la sospecha de penfigoide ampolloso, se realizó una biopsia y se remitió una muestra para IFD, que confirmaron el diagnóstico. Se inició tratamiento con prednisona oral a dosis de 30 mg/día llegando a dosis de 60 mg/día (1 mg/kg /día) con mala evolución y aparición de nuevas lesiones a pesar del tratamiento. Se decidió añadir Dapsona, con buena respuesta siendo posible disminuir las dosis de corticoides.

Conclusiones: El penfigoide ampolloso es una enfermedad de elevada morbilidad que afecta principalmente a personas mayores. Aunque no existen guías de consenso para el tratamiento del penfigoide ampolloso los corticoides orales constituyen la primera opción terapéutica. Se caracterizan por presentar un rápido control de la enfermedad en pocas semanas. Cuando las lesiones no responden o aparecen efectos secundarios es preciso asociar o sustituir por otros fármacos, como sulfonas o tetraciclinas, inmunosupresores.

8. PÉNFIGO FOLIÁCEO ENDÉMICO EN ECUADOR: CASO CLÍNICO

L. Cuesta García^a, L.J. del Pozo Hernando^a, C. Saus Sarrías^b, A. Martín Santiago^a, M. Porcel Lladó^a y N. Izquierdo Herce^a

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

9. APLASIA CUTIS CONGÉNITA

A. Nadal Nadal

Servicio de Dermatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

10. TERAPIA FOTODINÁMICA COMO TRATAMIENTO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE PENE

M. Cantarero^a, I. Torné^a, R. Taberner^a, F. Terrasa^b y C. Nadal^a

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

El abordaje quirúrgico de lesiones tumorales en el área genital trae como consecuencia, en ocasiones, resultados estéticos y funcionales mejorables. Por ello debemos pensar en alternativas terapéuticas que se ajusten a un mejor resultado en este sentido. Presentamos un caso de un varón de 80 años cuyos antecedentes patológicos son: factores de riesgo cardiovascular junto y antecedente neoplásico de neoplasia de colon actualmente libre de enfermedad. El paciente consulta por una lesión asintomática en glándula de un año de evolución que ha crecido en los últimos meses. A la exploración se trata de una placa eritematosa brillante e infiltrada de bordes bien definidos. La histología nos mostró una dismaduración de todo el grosor de la capa basal con atipia de queratinocitos basales. Leve infiltrado inflamatorio compuesto por eosinófilos y polimorfonucleares, fruto seguramente del rascado, justificando una atipia reparativa. No se observan células plasmáticas, diferenciándolo así de una balanitis de Zoon. La tinción para Ki-67 fue positiva en tercio basal. Por tanto la histología nos da el diagnóstico de neoplasia escamosa intraepitelial de pene de bajo grado (PEIN I). Existen diferentes abordajes terapéuticos descritos para dicha patología como: escisión quirúrgica, cirugía micrográfica de Mohs, 5-FU tópico, imiquimod 5%, laserterapia o terapia fotodinámica (TFD). Existen escasos artículos publicados que muestren la evidencia de eficacia de TFD sobre neoplasia intraepitelial escamosa de pene, los cuales coinciden en los excelentes resultados cosméticos y funcionales de dicha terapia. Por ello algunos autores proponen el uso de TFD como primera línea de tratamiento en enfermedad de Bowen. En nuestro caso el paciente fue tratado con TFD y tras 5 sesiones se resolvió la lesión dejando una lesión residual macular. Por tanto, aportamos un nuevo caso de PEIN tratado con TFD, recordando que se trata de un tratamiento alternativo de la neoplasia intraepitelial de pene principalmente en pacientes con contraindicación relativa a la cirugía. Actualmente no se puede establecer el número de sesiones necesarias. Se requiere elaborar protocolos de manejo y tratamiento.

11. RESUMEN DE LO MÁS DESTACADO DE LA XXV REUNIÓN DEL CEDP

A. Martín Santiago

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

12. UNA MICOSI FUNGOIDE POC HABITUAL

V. Janer Torrens

Hospital Comarcal de Inca. España.

13. APLICACIÓN DE LA MICROSCOPIA CONFOCAL DE FLUORESCENCIA EN LA CIRUGÍA DE MOHS

A. Bennasar, A. Vilalta, S. Puig y J. Malveyh

Unidad de Melanoma. Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona. España. Hospital Quirón Palmaplanas. Palma de Mallorca. España.

Reunión de Médicos Residentes de la Sección Balear de la AEDV

Palma de Mallorca, 17 de junio de 2014

1. MELANOMAS ANEXOTROPOS. PRESENTACIÓN DE 7 CASOS

A. Agudo García, F. Terrasa Sagristà, N. Martínez Martínez, A. Teresa Vila Mas, R. Taberner Ferrer, A. Llambrich Mañes, M.E. Parera Amer, C. Nadal Lladó e I. Torné Gutiérrez

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Los melanomas anexotropos son poco frecuentes y se caracterizan por extenderse a través de estructuras anexiales (foliculos o aparato ecrino). Esta extensión puede producirse a través del epitelio folicular, del ducto o del ovillo glandular ecrino. Se considera que un melanoma maligno (MM) es anexotropo si la invasión anexial es más profunda que la del componente invasivo del melanoma. No serían anexotropos aquellos melanomas con afectación de la porción superficial anexial (infundíbulo, acrosiringio o ducto ecrino dérmico), si esta no supera el nivel de invasión más profundo del MM. Se ha de considerar siempre el mayor nivel de invasión, ya sea el de la masa tumoral o el del anejo. En este caso, se mide desde la vaina radicular externa del folículo o la superficie luminal del epitelio hasta el mayor nivel de invasión de la dermis perianexial o dermis reticular.

Casos clínicos: Presentamos 7 casos de melanomas anexotropos (3 siringotropos y 4 foliculotropos) tras revisar 43 casos diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 2 años. Los rangos de edad estuvieron entre 25-89 años y las localizaciones incluían cabeza (4), tronco (2) y extremidades (1). 2 casos fueron MM de extensión superficial, 1 inespecífico (variante de célula pequeña), 2 MM nodulares, 1 lentigo maligno y 1 lentiginoso acral. En 5 casos hubo invasión desde el componente anexial, superando en un caso el Breslow del

componente epidérmico. En 2 casos el componente siringotrofo fue in situ. En otro caso se observó una masa tumoral orientada verticalmente que planteó el diagnóstico diferencial con una microsate-litosis, que fue descartada con cortes seriados del bloque.

Discusión: El anexotropismo se considera una extensión tumoral por continuidad desde el componente intraepidérmico y no implica peor pronóstico, aunque sí comporta un riesgo de invasión dérmica profunda a través del aparato ecrino o los folículos. También supone un reto a la hora de valorar el Breslow, por la dificultad de distinguir el origen del componente invasivo.

Conclusiones: Los melanomas anexotropos son poco frecuentes y requieren una exéresis profunda para evitar una recidiva por persistencia de células de melanoma en los anejos localizados a ese nivel.

2. COLLODION BABY: AN UPDATE ON DIAGNOSIS APPROACH AND THERAPEUTIC MANAGEMENT

N. Knöpfel, E. Jubert, M.M. Escudero, A. Bauzá, M.C. Montis y A. Martín-Santiago

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

3. HEMANGIOMA ELASTÓTICO ADQUIRIDO: A PROPÓSITO DE 3 CASOS. RESOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO TÓPICO CON IMIQUIMOD 5%

M. Cantarero Gutiérrez^a, I. Torné Gutiérrez^a, A. Agudo García^a, E. Parera Amer^a, R. Taberner Ferrer^a, F. Terrasa Sagristà^b y C. Nadal Lladó^a

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

Introducción: El hemangioma elastótico adquirido (HEA) es una variante histológica de hemangioma cutáneo de reciente descripción. Se trata de una lesión que clínicamente puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con lesiones epiteliales, por lo que es una entidad probablemente infradiagnosticada y su incidencia real es desconocida.

Casos clínicos: Describimos 3 casos de esta variante de hemangioma. Caso 1: mujer de 78 años, con lesión nodular pruriginosa de 2 cm en frente de 14 meses de evolución, que había aumentado de tamaño recientemente y fue orientada inicialmente como hemangioma. Caso 2: varón de 64 años con placa anular eritematosa de 1,5 cm en base de primer dedo de mano izquierda, de 2 meses de evolución, orientada inicialmente como un granuloma anular. Caso 3: mujer de 63 años con placa eritemato-marronosa no infiltrada en dorso de brazo izquierdo de menos 10 meses de evolución, que fue orientada como queratosis actínica o enfermedad de Bowen. En los 3 casos, la histología mostró datos compatibles con HEA y en el caso 1 y 2 las lesiones fueron tratadas con imiquimod al 5% (5 aplicaciones por semana durante 12 semanas), con mejoría clínica. En el caso 3 se decidió conducta expectante, permaneciendo la lesión estable.

Discusión: De los 3 casos, 2 no tuvieron un diagnóstico clínico inicial de tumor vascular. Se localizaban en zonas fotoexpuestas, característica típica de esta entidad, y el tiempo de evolución fue distinto en cada uno. Histológicamente, se observó en los 3 casos una proliferación de vasos elongados en dermis superficial revestida por células endoteliales sin atipia, con abundantes fibras elásticas degeneradas entre los vasos, que con la tinción de orceína aparecían cortas, engrosadas y tortuosas. En 2 de los casos el tratamiento con imiquimod 5% disminuyó el tamaño de la lesión.

Conclusiones: Desde que el HEA fue descrito en 2002 se han publicado estudios donde se evidencia el efecto terapéutico del imiquimod 5% en hemangiomas superficiales convencionales y malformaciones linfáticas superficiales, pero aún no existen casos tratados con esta terapia sobre HEA. La sospecha de esta entidad y

la buena interpretación histológica son la clave para su correcto diagnóstico.

4. HEMANGIOMA SEGMENTARIO: CASO CLÍNICO

N. Martínez-Martínez^a, C. Nadal-LLadó^a, A. Filgueira-Posse^b y J. Ibarra de la Rosa^c

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Pediatría; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

5. NOVEDADES TERAPÉUTICAS EN FENÓMENO DE RAYNAUD

M.M. Escudero, E. Jubert, N. Knöpfel, J. Escalas, L.J. del Pozo y A. Martín-Santiago

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

El fenómeno de Raynaud se produce por episodios de vasoespasmos en las arterias digitales tras exposición al frío o a otros desencadenantes como el estrés. Se trata de un proceso muy doloroso que en ocasiones llega incluso a provocar ulceraciones y necrosis con una reducción en la calidad de vida del paciente. Se divide en fenómeno de Raynaud primario o enfermedad de Raynaud y fenómeno de Raynaud secundario, que frecuentemente se asocia a enfermedades del tejido conectivo y presenta un pronóstico peor. Existen una gran variedad de tratamientos que van dirigidos a incrementar el flujo sanguíneo a dicho nivel, aunque los resultados no siempre resultan satisfactorios. En los últimos años se están viendo numerosas series de casos donde se describe el uso de la toxina botulínica A en el tratamiento de los episodios de vasoespasmos. Neumeister et al presentaron la serie más larga de 33 pacientes donde describen el método de inyección, a través de una serie de puntos diana localizados en la palma de la mano, con unos resultados prometedores en cuanto a mejoría del flujo sanguíneo, disminución del dolor y del número de ataques vasoespásticos. El grupo de trabajo de Fregene trató a 26 pacientes también con mejoría tanto a nivel clínico como de la calidad de vida. La toxina botulínica A inhibe la liberación tanto de neurotransmisores a nivel de las neuronas sensoriales nociceptivas (glutamato, sustancia P, norepinefrina, péptido relacionado con el gen de la calcitonina) como de la acetilcolina a nivel de la unión neuromuscular de las neuronas somáticas. Se desconoce cuál es el mecanismo de acción exacto pero se ha visto que se trata de un tratamiento bien tolerado, seguro y eficaz, a considerar como alternativa para pacientes que no responden a tratamientos convencionales.

6. DERMATOSCOPIA DIGITAL EN EL SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES PIGMENTADAS

A. Nadal, A. Llambrich, R. Taberner, A. Vila, I. Torné, E. Parera y C. Nadal

Servicio de Dermatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

7. EICH CUTÁNEO CRÓNICO LIQUENOIDE: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

E. Jubert^a, M.M. Escudero^a, N. Knöpfel^a, A. Bauzá^a, A. Martín-Santiago^a y J.M. Mascaró^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. España.

8. COSTE-EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS

L.J. del Pozo Hernando

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

IX Reunión Anual (segunda) de la Sección Balear de la AEDV

Palma de Mallorca, 1 de octubre de 2014

1. LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

M.C. Montis Palos, E. Jubert Esteve, N. Knöpfel, M.M. Escudero Góngora, A. Bauzá Alonso, J. Escalas Taberner, L.J. del Pozo Hernando y A. Martín-Santiago

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El síndrome de Sweet es una dermatosis neutrofílica caracterizada por la aparición de fiebre y neutrofilia acompañadas de lesiones cutáneas eritematosas dolorosas, que presentan un infiltrado de neutrófilos en la dermis superior y que mejoran rápidamente con corticoides. Se ha descrito su asociación a diferentes entidades como la colitis ulcerosa.

Caso clínico: Mujer de 52 años ingresada en el Servicio de Aparato Digestivo por un brote de colitis ulcerosa de un mes de evolución en tratamiento con prednisona oral a dosis de 60 mg/día y mesalazina. Consultaba por aparición brusca de lesiones cutáneas en cara, tronco y extremidades. A la exploración se apreciaban lesiones de diferentes morfologías, predominando lesiones ampollas tensas, algunas de ellas anulares, con costra central; también se observaban pápulo-placas eritemato-edematosas de aspecto pseudoampoloso. No presentaba afectación de mucosa bucal ni genital, fiebre o artralgias. La sospecha clínica fue de eritema exudativo multiforme vs síndrome de Sweet. El estudio histológico demostró la presencia de un infiltrado dérmico neutrofílico con marcado edema subepitelial compatible con síndrome de Sweet. Por parte del Servicio de Aparato Digestivo se inició tratamiento con Infliximab 5 mg/kg con resolución de las lesiones intestinales y de las lesiones cutáneas.

Conclusiones: El síndrome de Sweet es una dermatosis neutrofílica poco frecuente de distribución mundial que afecta con mayor frecuencia a mujeres. Se ha descrito su asociación a diferentes procesos como infecciones, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, fármacos o embarazo. El tratamiento de elección son los corticoides orales aunque otros fármacos como el yoduro potásico o la colchicina permiten un buen control de la enfermedad.

2. REVISIÓN DE APLASIA CUTIS CONGÉNITA: ETIOPATOGENIA, ACTITUD DIAGNÓSTICA Y MANEJO TERAPÉUTICO

N. Knöpfel, A. Bauzá Alonso, A. Martín-Santiago, M.C. Montis Palos, M.M. Escudero Góngora, E. Jubert, L.J. del Pozo y J. Escalas Taberner

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: La aplasia cutis congénita (ACC) se define como la ausencia de piel, de forma localizada o más o menos extensa, que se presenta en el momento del nacimiento. Representa una disrupción intrauterina en el desarrollo de la piel y es importante partir de este concepto para comprender: a) las distintas etiologías de ACC; b) la presentación de ACC de forma aislada o asociada a otras anomalías del desarrollo, y c) como signo físico formando parte de síndromes bien definidos.

Casos clínicos: Se presentan varios casos de ACC procedentes de nuestro servicio, incluyendo formas aisladas, asociadas a otras anomalías del desarrollo y de cuadros polimalformativos complejos. Se discute el manejo terapéutico realizado y evolución.

Discusión: Las causas de ACC son múltiples, lo que condiciona una presentación clínica variada. Su forma más común de presentación es como una lesión única en cuero cabelludo próxima al vértex. La clasificación más aceptada es la propuesta por Frieden, que divide en 9 grupos según la localización, la presencia de anomalías asociadas y el patrón de herencia. Destacar que la ACC es un marcador de disrafismo craneal y/o espinal y cuando está localizada sobre las líneas de fusión del ectodermo, es importante buscar la presencia de otros signos cutáneos marcadores de disrafismo valorando estudio con pruebas de imagen. La presencia de ACC como lesiones ulceradas con bordes angulados o estrellados indica una etiología isquémica y ante la presencia de esta forma de ACC, se recomienda realizar un estudio en búsqueda de patología tromboembólica materna o procedente de la placenta.

Conclusiones: Es esencial una exploración física completa, una anamnesis clínica detallada y valorar la necesidad de solicitar exámenes complementarios (ecografía < 6 meses y posteriormente resonancia magnética nuclear). El tratamiento debe ser conservador, reservando la intervención quirúrgica para casos de defectos cutáneos más severos en los que se desea evitar complicaciones que ponen en riesgo la vida del neonato.

3. TRATAMIENTO DE VERRUGAS MÚLTIPLES DE LAS MANOS

J.J. Gutiérrez-De la Peña

Consulta Dermatología Palma. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Las verrugas vulgares son proliferaciones benignas muy comunes, con pápulas de tamaño variable cubiertas por escamas filiformes, causadas por el virus del papiloma humano. Se localizan en las manos, en la cara, en los genitales, en las plantas de los pies, etc. y presentan potencial oncogénico.

Material y métodos: Mujer de 48 años con múltiples verrugas, más de cien, que afectan a ambas manos, desde hacía unos nueve años. Había recibido tratamiento con queratolíticos, crioterapia y electrocoagulación sin mejoría.

Discusión: Se inicia tratamiento con Acitretina a dosis de 35 mg/día y se vacuna con Gardasil® contra el virus del papiloma humano sin mejoría. Se inicia tratamiento con Imiquimod crema, tres veces por semana durante seis meses, con desaparición de todas las verrugas.

Conclusiones: Las verrugas víricas pueden desaparecer espontáneamente, pero en casos como el presentado son un reto terapéutico. La paciente sufría graves repercusiones psicológicas por trabajar de cara al público, por lo que hizo múltiples tratamientos hasta que sus lesiones se resolvieron favorablemente, probablemente por el uso de Imiquimod tópico.

4. ULTRASONIDOS FOCALIZADOS DE ALTA ENERGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA FLACIDEZ FACIAL: UN AÑO DE EXPERIENCIA

J.M. Miralles López

Centro Miralles Dermatología. Palma de Mallorca. España.

5. LESIONES VASCULARES MULTIFOCALES NO CONGÉNITAS EN UN NEONATO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

E. Jubert^a, A. Martín-Santiago^a, C. Saus Sarriás^b, N. Knöpfel^a, M.M. Escudero Góngora^a, M.C. Montis Palos^a, J. Escalas^a y A. Bauzá^a

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

6. DERMATITIS LIQUENOIDE Y GRANULOMATOSA

J. Garcías Ladaría^a, M.G. Corte Torres^b, P. Sorni Moreno^c, V. Alegre de Miquel^d y V. Rocamora Durán^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Medicina Interna. Hospital de Manacor. ^dServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. España.

7. LESIONES SERPIGINOSAS SOBRE CICATRIZ POST-SAFENECTOMÍA

M. Cantarero^a, I. Torné^a, F. Terrasa^b, R. Taberner^a y C. Nadal^a

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

El concepto de “reacción isomórfica al estímulo” ya fue descrito en 1871 por el dermatólogo alemán Heinrich Koebner y actualmente han sido descritas múltiples dermatosis asociadas a dicho fenómeno. Presentamos un caso de un varón de 63 años sometido a un doble by-pass utilizando ambas venas safenas de extremidades inferiores tras un infarto agudo de miocardio un año atrás. El paciente acude a la consulta por la aparición aguda de lesiones sobre la cicatriz post-safenectomía de ambas piernas. A la exploración se observan unas lesiones que se distribuyen a lo largo de ambos trayectos lineales cicatriciales, en forma de placa levemente infiltrada de coloración marrónácea. La histología mostraba una dermis fibrótica de forma difusa con áreas de necrobiosis en capas horizontales rodeadas por una empalizada de células inflamatorias linfo-histiocitarias. Además se observaban focos de vasculopatía con trombosis de capilares en dermis profunda. Se demostró una pérdida de fibras elásticas en dichos focos gracias a la tinción de orceína, junto a una dermis periférica con elásticas conservadas. La tinción con azul alcian fue negativa, descartando así un granuloma anular. El diagnóstico histológico fue de necrobiosis lipoídica (NL), cuya etiología es multifactorial donde juegan un papel importante tres elementos: la microangiopatía diabética, vasculitis y traumatismos. La NL ha estado asociada a artritis reumatoide, iritis, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, vasculitis ANCA+, tiroiditis, linfoma; aunque la asociación más frecuente es la diabetes mellitus. La literatura nos demuestra que únicamente existen 8 casos publicados de lesiones de necrobiosis lipoída sobre cicatrices quirúrgicas y/o quemaduras. Curiosamente casi todos los casos publicados de fenómeno de Koebner y NL ocurren en el seno de cicatrices inducidas quirúrgicamente, lo cual sugiere la necesidad de un daño de la dermis profunda para el desarrollo de lesiones. Aportamos este nuevo caso de NL y fenómeno de Koebner, y recalcamos la necesidad de tener en cuenta esta entidad, ante la aparición de lesiones cutáneas en cicatrices. Ante su diagnóstico debe realizarse un screening de diabetes mellitus en estos pacientes por la posible asociación.

8. PANICULITIS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA: UN RETO DIAGNÓSTICO

M.M. Escudero^a, A. Bauzá^a, N. Knöpfel^a, E. Jubert^a, J. Escalas^a, C. Montis^a, L.J. del Pozo^a, C. Gómez^b, M. Riera^c y A. Martín-Santiago^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Las paniculitis constituyen un cuadro clínico complejo con un amplio diagnóstico diferencial en el que son necesarias varias pruebas complementarias para llegar al diagnóstico.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 45 años, alérgica al metamisol, con una discoartrosis a nivel de C5-C6 que le provocaba unos dolores crónicos generalizados difíciles de controlar. Consulta por la aparición de unos nódulos subcutáneos eritematosos en muslo izquierdo acompañados de fiebre alta, de forma adyacente presentaba una placa eritematosa con una escara necrótica y supuración. La paciente lo atribuía a una inyección intramuscular de petidina que le habían aplicado en el muslo izquierdo para el tratamiento de sus dolores osteomusculares. Se realizó cultivo microbiológico del exudado donde creció *Enterobacter cloacae*. Requiere ingreso hospitalario para desbridamiento quirúrgico y antibioterapia endovenosa con una resolución completa del cuadro. Pero al cabo de 2 semanas recidivó presentando la misma clínica. En el último año ha presentado 7 ingresos hospitalarios con 5 desbridamientos quirúrgicos y han crecido en los cultivos hasta un total de 13 bacterias y hongos diferentes. Se amplió el estudio descartando inmunodeficiencia o etiología autoinmune. La biopsia cutánea presentaba un infiltrado linfohistiocitario en el pániculo adiposo con presencia de material extraño en dermis reticular; en una segunda biopsia se observaban granulomas a cuerpos extraños vegetales así como partículas pigmentadas. La resonancia magnética reveló la presencia de artefactos de susceptibilidad magnética a nivel del muslo izquierdo confirmando la sospecha de lesiones autoprovocadas.

Discusión: El síndrome de Munchausen constituye la expresión más grave dentro de las dermatitis artefactas. Se trata de un cuadro difícil de diagnosticar y más difícil aún de tratar. Las alteraciones cutáneas manifiestan un trastorno psicopatológico subyacente, generalmente la necesidad de atención y de cuidados médicos. Pueden imitar cualquier dermatosis, ya que depende de la imaginación del autor, sin una explicación clara sobre el origen. Es frecuente que las lesiones se encuentren en zonas accesibles y de forma contralateral a la mano dominante, como es el caso de nuestra paciente. La presencia de cuerpos extraños en diferentes biopsias, los diferentes microorganismos cultivados y la demanda de ingreso hospitalario ayudarán a identificarlo.

9. ALOPECIA CICATRICIAL CENTRÍFUGA. UN RETO TERAPÉUTICO

A. Nadal Nadal, C. Nadal Lladó, R. Taberner Ferrer, A. Vila Mas, I. Torné Gutiérrez, M. Cantarero Gutiérrez, A. Agudo García y N. Martínez Martínez

Servicio de Dermatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

10. PICADES QUE NO SÓN PICADES

V. Janer Torrens^a, J. Ibarra de la Rosa^a y F. Terrasa Sagristà^b

^aPoliclínica Miramar. ^bPalma Patología. Palma de Mallorca. España.

11. DERMATITIS ATÓPICA GRAVE DEL ADULTO REFRACTARIA A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS. CASO PARA UN TRATAMIENTO CONSENSUADO

M.E. Escrivá^a, C. Moll^b, I. Martín^b y E. Horváth^c

^aDepartamento de Dermatología; ^bDepartamento de Reumatología; ^cMédico Residente en Medicina de Familia. Hospital Mateu Orfila. Mahón. Menorca. España.