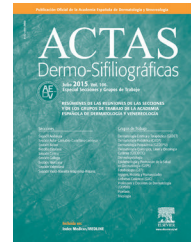


ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XLIII Reunión de la Sección Gallega de la Academia Española de Dermatología y Venereología Pontevedra, 24 de mayo de 2014

1. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE FOTOPROTECCIÓN SOLAR EN UN GRUPO DE RIESGO DEBIDO A EXPOSICIÓN A RADIACIÓN ULTRAVIOLETA POR MOTIVOS RECREATIVOS

N. No, H. Jin Suh Oh, A. Flórez, C. Feal Cortizas, L. Salgado Boquete y C. de la Torre Fraga

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. España.

Introducción: El cáncer más frecuente en la raza caucásica es el cáncer de piel, y su incidencia está en aumento. La exposición inadecuada a la radiación ultravioleta, ya sea por motivos ocupacionales o recreativos, constituye el factor ambiental más importante implicado en la patogenia de buena parte de los cánceres cutáneos que tratamos en nuestra práctica clínica habitual. De ahí la importancia de estudiar los hábitos de fotoprotección de la población, especialmente los de los colectivos de más riesgo.

Objetivos: Nos preguntamos si un grupo de riesgo para cáncer cutáneo como es el de los deportistas al aire libre, piragüistas y corredores de fondo, está adecuadamente concienciado sobre el riesgo que asume con la actividad que realiza y si realiza adecuadamente la fotoprotección solar.

Material y métodos: Para responder esta pregunta hemos realizado un estudio descriptivo obteniendo los datos mediante la realización de encuestas a los grupos de riesgo previamente descritos.

Resultados: Del total de personas que realizaron la encuesta (53) más del 50% está expuesto a la radiación solar 7 días a la semana durante 3-5 horas diarias. Más del 75% de los encuestados refiere estar preocupado por el cáncer de piel y casi el 100% de los encuestados utiliza medidas de fotoprotección solar (ropa y/o filtro solar); sin embargo, más del 75% de los encuestados se quema.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos que, a pesar de la preocupación por el cáncer de piel y las medidas de fotoprotección solar realizadas, la mayoría de los encuestados se quema; es decir, que las medidas de fotoprotección para prevenir el cáncer cutáneo no están siendo adecuadas. Creemos que puede ser necesario informar mejor a estos grupos de riesgo y formarlos en fotoprotec-

ción solar adecuada, con el propósito de reducir el riesgo de cáncer cutáneo.

2. VARICELA POSTRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

D. González Vilas^a, B. Monteagudo^a, A. Vilas Sueiro^a, M. Cabanillas González^a, O. Suárez Amor^a, L. Rodríguez Pazos^a, B. Fernández Jorge^a, C. de las Heras Sotos^a, I. Bravo Blázquez^b, A. Echarri Piudo^c, C. Durana Tonder^d y J.M. Suárez Peñaranda^e

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna; ^cServicio de Aparato Digestivo; ^dServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. ^eServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El virus varicela-zoster (VVZ) es uno de los virus herpes humanos que más variedad clínica pueden presentar. Presentamos el caso de una reactivación/reinfección por VVZ, con clínica visceral.

Caso clínico: Mujer de 66 años de edad, con antecedente de linfoma no Hodgkin B de célula grande en 2003, con recidiva del mismo en 2012 y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica (TASPE) en 2013, desde entonces en remisión. Acude en repetidas ocasiones a Urgencias por cuadro digestivo de epigastralgia e intolerancia alimentaria/seudooclusión, motivo por el cual es finalmente ingresada. Durante su ingreso desarrolla exantema pápulo-vesiculoso sugestivo de infección por varicela, con confirmación mediante PCR. Tras el inicio de tratamiento con aciclovir el cuadro evolucionó de forma favorable.

Discusión y conclusiones: La reinfección/reactivación endógena por VVZ es una entidad poco conocida. Sin embargo, aparece de forma relativamente frecuente en pacientes que han recibido trasplantes de médula ósea/derivados hematopoyéticos. Además, en estos casos, la clínica cutánea puede no aparecer, o aparecer de forma tardía, lo que lleva fácilmente a errores diagnósticos en estos pacientes.

3. CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

M. Rodríguez-Rodríguez, S. García-Rodiño, O. Figueroa-Silva, J. Labandeira-García, D. Sánchez-Aguilar, J. Llovo-Taboada y H. Vázquez-Veiga

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El *Cryptococcus neoformans* es un hongo levaduriforme que produce enfermedad localizada o sistémica y cuyo principal reservorio son las aves, sobre todo las palomas. La afectación cutánea como única manifestación (criptococosis cutánea primaria) es poco frecuente y se da tanto en pacientes inmunodeprimidos como en inmunocompetentes.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 79 años pluripatológico que acude a nuestro servicio por un cuadro de lesiones en dorso de mano derecha de 2 años de evolución que relaciona con un traumatismo. A la exploración física presenta dos úlceras, dolorosas a la palpación, de fondo limpio y bordes eritematovioláceos sobre-elevados que habían sido tratadas con antibióticos y corticoides tópicos sin mejoría. Se realiza biopsia y se envía muestra a Microbiología y Anatomía Patológica. En el estudio histopatológico de identificó una inflamación dérmica con presencia de esporas fúngicas que se tiñen con PAS y en las escamas enviadas a Microbiología un *Cryptococcus neoformans* sensible a itraconazol, fluconazol y voriconazol. Con el diagnóstico de criptococosis cutánea y por tratarse de un paciente inmunocomprometido se decide ingreso para tratamiento antifúngico, con el cual las lesiones regresaron, y para realización de las pruebas complementarias que permitieron excluir afectación sistémica. Actualmente solo presenta lesiones residuales y continúa a tratamiento con fluconazol 400 mg diarios por vía oral.

Discusión: Dentro de la afectación cutánea por *Cryptococcus neoformans* se distinguen dos tipos. En la criptococosis cutánea primaria la piel es el único órgano afecto. Se da en inmunocomprometidos y en inmunocompetentes y se produce por inoculación directa del hongo. Las lesiones suelen aparecer en áreas expuestas y se presentan como úlceras, celulitis, abscesos, eccemas,... En pacientes inmunodeprimidos (VIH, tratamiento crónico con corticoides por vía oral, receptores de órganos sólidos,...) lo más frecuente es que la afectación cutánea se incluya dentro de un cuadro sistémico. La vía de contagio es por inhalación para posteriormente producirse diseminación hematológica al resto del organismo (hueso, piel, sistema nervioso central,...). Las lesiones aparecen en áreas expuestas y no expuestas, con frecuencia son múltiples y presentan un amplio polimorfismo. Ante una lesión cutánea en la que se establece el diagnóstico de criptococosis es fundamental descartar afectación sistémica o un cuadro de inmunosupresión.

Conclusiones: Presentamos un caso de criptococosis en un paciente de edad avanzada, pluripatológico y polimedicado. Tras la realización de las pruebas complementarias necesarias se excluyó afectación sistémica y se pudo etiquetar el cuadro como una criptococosis cutánea primaria.

4. ÚLCERA CUTÁNEA POR CRIPTOCOCO EN PACIENTE VIH NO CONOCIDO

H.J. Suh^a, P. Dávila^a, N. No^a, J. Diz^b, M.A. Mouriño^c, E. Alemparte^d, C. Álvarez^e y C. de la Torre^a

^aServicio de Dermatología; ^bUnidad de Procesos Infecciosos; ^cServicio de Neurología; ^dUnidad de Cuidados Intensivos; ^eServicio de Anatomía Patológica. Xestión Integrada Pontevedra Salnés. España.

Introducción: La criptococosis es una infección por *Cryptococcus neoformans*, que afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico: Paciente varón de 53 años remitido a través de consulta de Tele dermatología por lesión ulcerada en cuero cabelludo de meses de evolución con mala respuesta a tratamiento antibiótico tópico y sistémico. En la exploración física realizada en consulta presencial se objetivó úlcera poco profunda de fondo fibrinohemático en región temporoparietal derecha de cuero cabelludo. Con la sospecha clínica de úlcera de probable etiología infecciosa se realizó biopsia y se tomaron muestras para cultivo. La biopsia cutánea reveló la presencia de un denso infiltrado inflamatorio granulomatoso en dermis así como múltiples estructuras redondeadas pálidas con centro hiperromático (H-E) y tinción positiva con PAS y plata metenamina. El cultivo demostró la presencia de *Cryptococcus neoformans*. A su vez el paciente fue diagnosticado de meningoencefalitis-criptococoma cerebral e infección por VIH-SIDA estadio C-3 por lo que se inició tratamiento con anfotericina liposomal y fluorocitosina. A pesar del tratamiento el paciente evolucionó desfavorablemente, requiriendo ingreso en la unidad de cuidados intensivos, siendo exitus 6 meses después del diagnóstico.

Discusión: En la criptococosis diseminada la afectación cutánea ocurre hasta en un 15% de los casos y las lesiones cutáneas son inespecíficas, siendo las lesiones similares a *molluscum contagiosum* la forma más frecuente en pacientes con SIDA. Presentamos el caso de un paciente que se diagnosticó de criptococosis diseminada e infección por VIH a partir de una úlcera cutánea en cuero cabelludo.

5. TRATAMIENTO DE LA ONICOMICOSIS CON LÁSER ND:YAG. ESTUDIO DE 15 CASOS

J. Felgueiras, J. del Pozo, M.M. Bonet, J. García Silva y M. Almagro

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: La prevalencia de la onicomicosis en la población adulta es entre el 6 y 8%. En el manejo de esta patología se plantean dos problemas fundamentales, el diagnóstico clínico ya que el rendimiento del cultivo es bajo y el porcentaje de falsos negativos elevado, y el tratamiento por la toxicidad y múltiples interacciones que presentan los fármacos orales de que disponemos. Por ello se han intentado sistemas de tratamiento tópicos como el láser de Nd:YAG. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad del láser Nd:YAG (pinpointe, Cynosure) en el tratamiento de las onicomicosis.

Material y métodos: 15 pacientes fueron incluidos en el tratamiento. En 14 casos el cultivo fue positivo y en el restante el examen histopatológico de la lámina reveló presencia abundante de hifas. Fueron cultivados dermatofitos y mohos. Se realizó tratamiento con láser Nd:YAG de microsegundos (Pinpointe, Cynosure). Se realizaron 3 pases en cada sesión con el láser cubriendo las uñas afectas, el pliegue lateral y el proximal. El tratamiento se hace hasta que produce dolor al paciente. Se realizaron 3 sesiones de tratamiento separadas 3 semanas y control a los 3 y 6 meses.

Resultados: Tras 6 meses de seguimiento el 75% de los pacientes presentó una resolución total de las lesiones, con un crecimiento normal de la lámina ungueal. Respondieron tanto los dermatofitos como los mohos. Solamente 3 pacientes presentaron una respuesta nula o muy pequeña. El tratamiento fue bien tolerado y no se presentaron efectos secundarios.

Conclusiones: El láser de Nd:YAG es una opción terapéutica efectiva y segura para el tratamiento de las onicomicosis. Con unos índices de curación superponibles al tratamiento oral, en el caso de los mohos sobre todo puede ser un tratamiento prometedor.

6. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA ASOCIADA A ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

S. Mateo^a, M. Rodríguez-Rodríguez^a, S. García-Rodiño^a, J. Labandeira^a, J.M. Suárez-Peñaranda^b y H. Vázquez Veiga^a

^a*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña.*

^b*Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.*

Introducción: La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es un adenocarcinoma intraepitelial infrecuente que suele aparecer en zonas ricas en glándulas apocrinas como la axila o el área genital. La coexistencia de un adenocarcinoma de próstata en un paciente con diagnóstico de EPEM escrotal ha sido descrita aunque su verdadera relación etiopatogénica no es clara. Describimos un caso de EPEM escrotal asociado a adenocarcinoma de próstata.

Caso clínico: Varón de 50 años de edad, previamente sano, que consulta por una lesión inguinal de 1 año de evolución, ocasionalmente pruriginosa. Había realizado tratamiento con glucocorticoides tópicos y antifúngico con escasa mejoría. La exploración revela una lesión inguino-escrotal de 3 cm de diámetro, eritematosa, exudativa, de bordes bien definidos, con grietas en pliegues. La biopsia muestra los hallazgos característicos de EPEM con focos de microinvasión dérmica incipiente. El estudio inmunohistoquímico fue negativo para antígeno prostático específico (PSA) y positivo para receptores de andrógenos (RA). Se realiza exéresis con márgenes controlados de la lesión y ganglio centinela siendo éste último negativo. El despistaje tumoral, incluyendo analítica de sangre, ecografía abdomino-pélvica, radiografía de tórax, sangre oculta en heces y colonoscopia, mostró incremento del PSA (5,02 ng/ml, normal 0-4 ng/ml). La biopsia prostática con guiado ecográfico muestra adenocarcinoma de próstata grado 6 (3+3) de Gleason en el lóbulo derecho. El paciente decidió no realizar tratamiento y actualmente realiza revisiones periódicas en el servicio de urología.

Discusión: La incidencia de neoplasia visceral subyacente en los pacientes con EPEM es mucho menor que en los casos de Paget mamario y se estima en un 20-30%. Se discute el valor del estudio inmunohistoquímico en la lesión de EPEM para ayudar a localizar esta. La descripción de varios casos de EPEM escrotal con adenocarcinoma de próstata subyacente y positividad para PSA en las células de EPEM ha llevado a aconsejar la realización de esta técnica. Sin embargo, mientras que en algunas series la incidencia de positividad para PSA es mayor en pacientes con adenocarcinoma de próstata, otros autores observan positividad no solo en estos pacientes, sino en hasta un 50% de los pacientes con EPEM sin neoplasia visceral e, incluso, en mujeres. La expresión de PSA por las células tumorales no es exclusiva de la glándula prostática, que también está presente en las glándulas salivares o el carcinoma adenoide quístico. La etiopatogenia de la EPEM y se ha sugerido que podrían desarrollarse a partir de células germinales del conducto ecrino, diferenciándose posteriormente en células ecrrinas o apocrinas. La diferenciación apocrina explicaría la positividad para PSA o RA en un gran número de estos pacientes. Asimismo, incrementos en la sangre de PSA podrían estar implicados en la formación de EPEM.

Conclusiones: Presentamos un caso de EPEM, con positividad para RA, en un paciente con posterior diagnóstico de adenocarcinoma de próstata. La relación entre el EPEM y el adenocarcinoma de próstata no es clara: dado el bajo grado del tumor en nuestro paciente y la discrepancia inmunohistoquímica entre las células de EPEM y las del adenocarcinoma de próstata, creemos que lo más probable es que se trate de un hallazgo casual.

7. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA. ACTITUD TERAPÉUTICA

N. Villamarín Bello^a, M. Almagro Sánchez^a, J. del Pozo Losada^a, V. Nespereira Jato^a, O.F. López López^a, M.M. Vereza Hernando^a, M.J. Lorenzo Patiño^b y E. Fonseca Capdevila^a

^a*Servicio de Dermatología;* ^b*Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.*

Introducción: La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) se localiza en el área genital o perianal y representa un raro adenocarcinoma intraepitelial primario o la extensión de otra neoplasia adyacente o contigua. El tratamiento de elección es la cirugía, pero es difícil y mutilante, por lo que existen múltiples alternativas terapéuticas.

Caso clínico: Mujer de 89 años que presentaba lesiones cutáneas en la vulva de 3 meses de evolución con biopsia compatible con EPEM. Mediante inmunohistoquímica se detecta positividad para CEA, CAM 5.2, CK7 y CK20. En el estudio de extensión no se detectaron neoplasias asociadas. Ante la dificultad de exéresis lesional, se realiza tratamiento con láser CO₂, terapia fotodinámica con MA- luz roja y 5 fluorouracilo tópico. El éxito terapéutico inicial se siguió de recidiva de la enfermedad tras todas estas opciones terapéuticas.

Conclusiones. Las alternativas terapéuticas a la cirugía en la EPEM no están bien definidas, probablemente por su rareza. Son frecuentes las recidivas, por lo que es imprescindible el seguimiento de estos casos.

8. LINFEDEMA DE MIEMBRO INFERIOR EN UNA MUJER

M. Almagro Sánchez^a, M. Bonet Martínez^a, J. Felgueiras Magalhaes^a, N. Villamarín Bello^a, C. Tomé Espiñeira^a, J.A. Vázquez Bueno^b, M.T. Yebra-Pimentel^b y C. Peña Penabad^a

^a*Servicio de Dermatología;* ^b*Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.*

Introducción: Las causas de linfedema de miembros inferiores son múltiples. Una de ellas es la infiltración metastásica de los ganglios linfáticos inguinales. En la mujer, el linfedema puede ser la primera manifestación de un tumor de origen ginecológico, pero otras neoplasias ocultas pueden ser su origen.

Caso clínico: Mujer de 76 años que ingresa por linfedema de miembro inferior derecho. En la exploración se objetiva lesión tumoral de consistencia dura en el maleolo externo y adenopatías en la región inguinal derecha. La ecografía de la masa es compatible con un linfoma. La TAC tóraco-abdomino-pélvica sugiere una tumoración ovárica con metástasis ganglionares, hepáticas y pulmonares. La biopsia cutánea de la lesión tumoral es inespecífica y descarta tumor o linfoma, pero la biopsia con aguja gruesa de la misma lesión y de las adenopatías inguinales pone de manifiesto una neoplasia oculta no sospechada durante el ingreso hospitalario.

9. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES CD30+

O. Figueroa-Silva, P. Leiva-Valdebenito, I. Vázquez-Osorio, M. Espasandín-Arias, M. Ginarte, J.M. Suárez-Peñaranda y H. Vázquez-Veiga

Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes CD30+ (LCPG) forma parte los síndromes linfoproliferativos CD30+, junto con la papulosis linfomatoide y otras entidades del mismo espectro. Suele afectar a adultos en la sexta década de la vida en forma de nódulos o tumores únicos o agrupados, con tendencia a la ulceración, localizados generalmente en la cabeza o en las extremidades. La clave diagnóstica está en la expresión del antígeno CD30+ en más del 75% de las células neoplásicas.

Caso clínico: Varón de 44 años de edad que consultó por presentar, de un mes de evolución, una lesión en región retroauricular derecha que había ido creciendo progresivamente, acompañándose de sangrado ocasional con la manipulación. Negaba sintomatología sistémica así como viajes al extranjero o contacto con personas con infección tuberculosa. En la exploración física presentaba en región retroauricular derecha un tumor en forma de placa eritematoviolácea, de 4 cm aproximadamente, infiltrado y de consistencia firme,

con múltiples áreas erosivo-hemorrágicas. No se palpaban adenopatías locorreregionales. El estudio histopatológico mostró una epidermis ulcerada, bajo la cual, a nivel de la dermis superficial se observaba un infiltrado inflamatorio difuso de distribución intersticial. Destacaban células de tamaño intermedio y aspecto linfoide con núcleo grande, globuloso y de contorno irregular, con citoplasmas amplios. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad para CD30, CD3 y CD45, observándose negatividad para EMA, ALK, CD1a y S-100, así como CD20. Se realizó estudio de extensión con analítica de sangre, frotis de sangre periférica, TC craneal, TC cervicotorácico-abdomino-pélvico y biopsia de médula ósea, descartándose afectación extracutánea. A través de la correlación clinicopatológica se llegó al diagnóstico de LCPCG CD30⁺. Se realizó tratamiento con radioterapia local durante 1 mes (dosis total: 4.000 cGy) con buena tolerancia al mismo. El paciente no ha presentado recidiva hasta el momento actual.

Discusión: Los síndromes proliferativos CD30⁺ representan un 30% de los linfomas cutáneos de células T, englobando el LCPCG y la papulosis linfomatoide, polos de un espectro clinicopatológico en el que el diagnóstico puede ser difícil de establecer. El LCPCG CD30⁺ es un linfoma de bajo grado de malignidad, con un curso indolente y con una supervivencia del 90% a los 5 años. Presenta buena respuesta a radioterapia local o tratamiento quirúrgico cuando se presenta en forma de lesiones localizadas. Debemos descartar siempre la presencia de linfoma de origen sistémico con afectación extraganglionar, el cual afecta con mayor frecuencia a pacientes más jóvenes y se caracteriza por un curso más agresivo, peor pronóstico y la necesidad de tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: Se presenta un caso de LCPCG CD30⁺ en un varón de 44 años, en el que se descartó afectación extracutánea, presentando muy buena respuesta al tratamiento con radioterapia local. Debemos realizar siempre un adecuado diagnóstico diferencial entre LCPCG y el linfoma anaplásico de células grandes sistémico, con el principal objetivo de evitar conductas agresivas innecesarias.

10. LINFOMA INDOLENTE DE LA OREJA

O.F. López López^a, C. Peña Penabad^a, M. Almagro Sánchez^a, V. Nespereira Jato^a, P. Arévalo Bermúdez^a y A. Álvarez García^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: En 2007, Petrella et al describen por primera vez el linfoma indolente de la oreja.

Caso clínico: Varón de 70 años con lesiones eritemato-violáceas, edematosas y dolorosas en el pabellón de la oreja derecha de 3 años de evolución. El estudio histológico de las lesiones reveló una proliferación no epidermotropa de linfocitos T afectando a la dermis y el tejido celular subcutáneo. El infiltrado fue positivo para CD8, CD3 y CD5 y negativo para CD30 y citoqueratinas AE1 y AE3. El índice de proliferación tumoral MIB1 fue del 10%. Las serologías para Borrelia, sífilis y virus de Epstein Barr fueron negativas. El estudio de extensión no mostró afectación extracutánea. El paciente fue tratado con radioterapia con resolución de las lesiones.

Discusión: El linfoma indolente CD8⁺ es una entidad descrita recientemente con pocos casos publicados en la literatura. Las lesiones afectan fundamentalmente a la nariz y el oído externo. Supone una proliferación no epidermotropa de linfocitos T CD8⁺. Es fundamental diferenciar este proceso benigno de otras proliferaciones linfocíticas CD8⁺, especialmente las formas epidermotropas, más agresivas, para evitar así tratamientos más arriesgados.

11. EFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON VEMURAFENIB

S. García Rodiño^a, I. Vázquez-Osorio^a, D. Sánchez-Aguilar^a, T. Curie^b, E. Brozos^b, J.M. Suárez-Peñaranda^c y H. Vázquez-Veiga^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oncología; ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción y objetivos: El 40-60% de los melanomas cutáneos son portadores de una mutación en BRAF, siendo la más frecuente (90% de los casos) la sustitución de ácido glutámico por valina en el codón 600 (V600E). El vemurafenib es un inhibidor selectivo de la enzima codificada por dicha mutación, la cual actúa activando la vía de las MAP kinasas.

Métodos: El vemurafenib ha sido aprobado, tanto por la FDA como por la EMA, para el tratamiento en adultos del melanoma irreseccable o metastásico BRAF V600+, ya que ha demostrado aumentar la supervivencia global y libre de enfermedad en estos pacientes. Los efectos adversos más frecuentes incluyen artralgias, fatiga y reacciones dermatológicas, sin ser necesario suspender el tratamiento o reducir la dosis en la mayoría de casos. Se ha realizado una revisión de las reacciones adversas cutáneas asociadas al tratamiento con vemurafenib en 6 pacientes, 5 de ellos portadores de melanoma metastásico (estadio IV) y 1 con melanoma no metastásico de alto riesgo (estadio IIC).

Resultados: Todos los pacientes de nuestra serie han presentado dos o más efectos secundarios cutáneos, el más precoz a los 5 días y el más tardío a los 6 meses de iniciar el tratamiento. Los efectos secundarios cutáneos más frecuentemente observados han sido las lesiones de tipo escamoproliferativo, denominadas queratosis verrucosas, y la fotosensibilidad (ambas presentes en el 50% de los pacientes). Se han observado otros efectos secundarios habituales con este tratamiento como rash hiperqueratósico folicular, alopecia o prurito, así como otros muy poco frecuentes como una erupción acneiforme y una paniculitis neutrofílica. Ningún paciente ha desarrollado hasta la fecha un carcinoma espinocelular o queratoacantoma. En ningún caso fue necesaria la suspensión de la medicación por los efectos cutáneos, aunque en una paciente fue retirada por progresión de la enfermedad y en otro caso por elevación mantenida de las transaminasas.

Conclusiones: Se ha realizado una revisión de los efectos adversos cutáneos en pacientes con melanoma metastásico o de alto riesgo tratados con vemurafenib. Todos han presentado dos o más secundarismos cutáneos, aunque en ningún caso ha sido necesaria la suspensión del tratamiento debido a los mismos. Destacamos la paniculitis neutrofílica septal y lobulillar, puesto que se trata de un efecto adverso muy poco frecuente y del que solo existen 10 casos reportados hasta el momento en la literatura indexada.

12. METOTREXATO INTRALESIONAL EN QUERATOACANTOMA DE LOCALIZACIÓN NASAL

M.V. Nespereira Jato, R.M. Fernández-Torres, M.P. Arévalo Bermúdez, J.L. Felgueiras Magalhaes, N. Villamarín Bello y E. Fonseca Capdevila

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: Los queratoacantomas (QA) son tumores cutáneos de crecimiento rápido, que se desarrollan en áreas fotoexpuestas de personas de mediana edad o ancianos. Es debatible si estos tumores representan un grupo distinto del carcinoma escamoso bien diferenciado. Estas neoplasias se desarrollan en el transcurso de semanas, la involución clínica es frecuente y, aunque su potencial de metástasis es bien conocido, rara vez es descrito. Existen varias opciones terapéuticas, siendo la escisión quirúrgica el tratamiento de elección. En ocasiones, el tamaño y localización del QA hace que la cirugía sea extensa o desfigurante. Hay casos descritos que utilizan el metotrexato intralesional (MTT-IL) en QA de forma efectiva y con buenos resultados estéticos. Presentamos el caso de una paciente con un QA de gran tamaño, que ocupaba toda el ala nasal derecha y en el que se obtuvo regresión completa con MTT-IL.

Caso clínico: Mujer de 46 años con antecedentes de cáncer de colon tratada hace 10 años con cirugía, quimioterapia y radioterapia. Consulta por tumoración crateriforme de 5 semanas de evolución, de 24 mm de diámetro, que abarcaba toda el ala nasal derecha y ocluía parte de la fosa nasal. Se realizó decorticación de la zona central de la tumoración; la histología fue compatible con queratoacantoma. Se infiltró el centro y los bordes de la lesión en sus cuatros cuadrantes con 15 mg/1,5 ml de metotrexato, con muy buena tolerancia. El MTT-IL se repitió semanalmente hasta un total de 5 sesiones, con involución completa de la lesión y excelentes resultados estéticos, persistiendo una cicatriz mínimamente deprimida, sin efectos secundarios. No hubo recurrencia en 6 meses de seguimiento.

Conclusiones: El MTT-IL en QA de gran tamaño en localización nasal resultó ser un procedimiento mínimamente invasivo, fácil de administrar, bien tolerado y estéticamente muy aceptable, que permite respetar el tejido sano que le rodea, sin evidencia de recidiva a largo plazo.

Palabras clave: Metotrexato intralesional. Queratoacantoma. Nasal. Decorticación. Estética.

13. TUMORES GLÓMICOS DEL LECHO UNGUEAL: APLICACIÓN DE UNA RECIENTE TÉCNICA QUIRÚRGICA

M. Espasandín-Arias, S. Mateo-Suárez, P. Leiva-Valdebenito, M.J. Seoane-Pose, A. Ramírez y H. Vázquez-Veiga

Departamento de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Los tumores glómicos son neoplasias benignas cuya presentación clínica habitual es en forma de nódulo doloroso, afectando frecuentemente a las manos, y específicamente a la porción distal de los dedos, siendo el 75-90% de estas lesiones digitales de localización subungueal.

Casos clínicos: Se presentan 3 pacientes con lesiones dolorosas subungueales a nivel de manos. A la exploración clínica presentaban lesiones eritematovioláceas subungueales, de morfología lineal, cuya presión sobre las mismas provocaba un incremento del dolor. Una resonancia magnética realizada en dos de los casos fue compatible con tumor glómico. Se planteó el tratamiento quirúrgico en los 3 casos, previo consentimiento de las pacientes. Tras una anestesia troncular y una adecuada hemostasia, se procedió a la exéresis de la lesión mediante un abordaje periungueal lateral, con una incisión en el pliegue lateral y proximal en forma de L, paralela al margen ungueal más próximo a la localización de la lesión. Ninguna de las pacientes presentó durante el seguimiento una recidiva de la lesión ni una deformidad ungueal.

Discusión: El tratamiento de los tumores glómicos consiste en la exéresis quirúrgica completa de la lesión. Tradicionalmente se procedía a la avulsión de la lámina ungueal para realizar dicho procedimiento, conllevando esta técnica un tiempo de curación prolongado, así como la posibilidad de deformidades permanentes en la lámina ungueal. Un abordaje quirúrgico periungueal lateral como el expuesto previamente (descrito por ST Fong et al en 2007) permite la preservación de la anatomía ungueal, así como una curación más rápida.

Conclusiones: Se presentan 3 pacientes con tumores glómicos subungueales tratadas quirúrgicamente mediante un abordaje lateral con buena evolución posquirúrgica. Resulta llamativa la escasa utilización de esta técnica quirúrgica por parte de los profesionales que realizan cirugía ungueal, dados los buenos resultados obtenidos.

14. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PACIENTES PSORIÁSICOS MAYORES DE 65 AÑOS

L. Salgado-Boquete, M.T. Abalde, J.C. de la Torre, N. No y H.J. Suh
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. A Coruña. España.

Introducción: La cronicidad de la enfermedad psoriásica y el envejecimiento poblacional justifican que con mayor frecuencia debamos tratar a pacientes ancianos con terapias antipsoriásicas sistémicas. Existen pocos datos en la literatura científica en relación al tratamiento sistémico de la psoriasis en mayores de 65 años.

Objetivos: Evaluar los tratamientos sistémicos utilizados para el tratamiento de la psoriasis (ps) en los pacientes mayores de 65 años valorados en la Unidad de Psoriasis de nuestro centro.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo, en el cual se ha incluido a los pacientes valorados en la Unidad de Psoriasis de nuestro centro entre enero de 2013 y marzo de 2014 que cumplieren los siguientes criterios de inclusión: Diagnóstico de ps. Edad > 65 años. Pacientes a los cuales se les hubiese indicado cualquier terapia sistémica para el tratamiento de la ps incluyendo fototerapia (FT) (UVB-BE, PUVA-baño), fármacos sistémicos clásicos (metotrexato, ciclosporina, acitretina) o fármacos biológicos. Se han evaluado las características epidemiológicas de los pacientes, las características de la enfermedad psoriásica y el último tratamiento sistémico prescrito. Se han evaluado también los tratamientos antipsoriásicos sistémicos prescritos con anterioridad.

Resultados: 42 pacientes (p). Ratio varón:mujer 1,62:1. Edad: rango (65,88) años, mediana 72 años. Tipo de psoriasis: 34 p. ps en placas, 4 p. formas pustulosas, 4 p formas mixtas. Tiempo de evolución de la ps: 3 p ND, rango (1,65) años, media 26 años. Artropatía psoriásica: 6 p. Último tratamiento sistémico indicado: 15 p (35,7%) acitretina, 14 p (33,3%) FT, 8 p (19,4%) biológicos, 5 p (11,9%) metotrexato. Indicación (PASI media): acitretina 8,64, metotrexato 8,8, fototerapia 8.67, biológicos 16.1. Respuesta PASI 75 o PGA 0-1: acitretina 26,6%, metotrexato 40%, fototerapia 50%, biológicos 75%.

Conclusiones: Los tratamientos sistémicos prescritos con mayor frecuencia han sido acitretina y FT. Hemos indicado terapia biológica en casi un 20% de nuestros pacientes. Las terapias más eficaces han sido los fármacos biológicos y la FT. Hemos indicado terapia biológica con una media de PASI dos veces superior a la de las otras terapias sistémicas.

15. DEPILACIÓN LÁSER PÚBLICA. ¿SÍ?, ¿NO?, ¿A VECES?

E. del Río

Clínica Dermalar. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Recientemente han aparecido en los medios diversas noticias sobre la opinión contraria de los dermatólogos a la depilación pública integral.

Material y método: Revisamos nuestra experiencia de 9 años de depilación láser identificando situaciones en contra y a favor de esta técnica en el área púbico-genital.

Resultados: Los argumentos de algunos dermatólogos en contra de la depilación pública son dos: 1) la facilitación de algunas ETS (en realidad, condilomas) y la pérdida del efecto protector y de almohadillado del vello. A favor vemos las siguientes ventajas: 1) mejor higiene, 2) imposibilidad de algunas ETS (pediculosis pública), 3) mejora o desaparición de las foliculitis e hidrosadenitis, 4) menor recidiva de los quistes sacros tras la cirugía, 5) mejora del coito por mayor superficie de contacto íntima y mejor sensibilidad, 6) mejora psicológica en los casos de complejo de pene pequeño, por simple aumento óptico, 7) facilitación de la exposición al sol, a los rayos UVA y a tratamientos tópicos (como la psoriasis), 8) mejora de las exploraciones ginecológicas y de las maniobras obstétricas.

Discusión: Los argumentos e imágenes a favor de mantener el vello púbico como protección tienen más que ver con el rasurado repetido y la promiscuidad que con la depilación definitiva.

Conclusiones: Se trata de una cuestión muy personal, sobre la cual los dermatólogos deberíamos abstenernos de opinar de forma general, ya que incluso los argumentos a favor de la depilación definitiva son de mayor peso que los contrarios. Significarse excesivamente

en los medios con un tema baladí puede suponer un cierto desgaste del prestigio profesional y tan solo deberíamos limitarnos a insistir en la irreversibilidad de la decisión.

16. PREVENCIÓN DE CICATRICES CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO

J. del Pozo, J. Felgueiras, V. Nespereira Jato, A. García Rozado y M. Almagro

Servicios de Dermatología y Cirugía Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: El manejo adecuado de las cicatrices es un continuo reto en la medicina al que se van incorporando todas las técnicas de que disponemos. El láser no ha sido menos y son cientos las publicaciones referentes a láser y cicatrices. Pero en los últimos años se ha venido haciendo hincapié en el llamado "Pre-scar", prevención de las cicatrices con láser.

Pacientes y métodos: Presentamos dos pacientes tratados en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de nuestro centro por carcinomas epidermoides de la cavidad oral en los que fue necesario un vaciamiento ganglionar de las cadenas cervicales. Tratamos estas cicatrices de cuello con láser de colorante pulsado (Cynertgy, Cynosure, Boston, USA), con spot de 10 mm, 7 jul/cm² de potencia y 2 nseg de duración del disparo. Se realizó el tratamiento sin anestesia tópica comenzando la primera sesión el mismo día de retirar los puntos de la cirugía. Se realizaron dos sesiones más a las 3 y 6 semanas y un control a los 6 meses de tratamiento.

Resultados: El resultado estético de la cicatriz a pesar de tratarse de una zona de tensión fue excelente y la satisfacción de los pacientes grande. No se observaron efectos secundarios por el tratamiento y solo una discreta púrpura y edema los días después del tratamiento.

Conclusiones: El láser de colorante pulsado es un sistema útil y sin efectos secundarios en la prevención de cicatrices en cuello tras cirugía oncológica.

17. DERMATOMIOSITIS SECUNDARIA A HIDROXIUREA

P. Leiva-Valdebenito, M. Espasandín-Arias, S. Mateo-Suárez, E. Rosón, J.M. Suárez-Peñaranda y H. Vázquez-Veiga

Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La aparición de un cuadro cutáneo similar a dermatomiositis (DM) es un evento poco frecuente que puede darse en pacientes tratados de forma crónica con hidroxiurea (HU). Se presenta el caso de una mujer de 73 años, que desarrolló características clínicas compatibles con dicho cuadro.

Caso clínico: Mujer de 73 años, diagnosticada de policitemia vera, a seguimiento en el Servicio de Hematología y a tratamiento desde hace seis años con HU, remitida a Dermatología por un cuadro de dos años de evolución de lesiones en cara, manos y antebrazos, no asociado a otros síntomas locales o generales. La exploración dermatológica evidenció la presencia de edema y máculas eritemato-violáceas de disposición centro facial y afectación de párpados, eritema palmar y placas violáceas poiquilodérmicas mínimamente descamativas en región lateral y dorso de manos y pies. Se observaron también telangiectasias en piernas, brazos y escote, hiperqueratosis plantar y xerosis generalizada. En ausencia de debilidad muscular en cintura pélvica y escapular, las lesiones cutáneas hicieron sospechar un cuadro compatible con erupción tipo DM secundaria al tratamiento con HU, por lo que se inició estudio analítico e histológico en ese contexto. El estudio analítico reveló enzimas musculares y autoinmunidad en rango de normalidad. El resultado de la biopsia evidenció dermatitis de interfase, con hallazgos histopatológicos compatibles con DM. En razón de lo anterior, se optó

por suspender el uso de HU en la paciente, tratamiento que fue sustituido por sangrías por parte del Servicio de Hematología. En el período de observación de 2 meses, las lesiones cutáneas frenaron su progreso, pendiente nueva valoración y resultado de electromiografía.

Discusión: La HU es un fármaco citorreductor indicado en el tratamiento de ciertas enfermedades proliferativas de la médula ósea, con efectos secundarios cutáneos graves, poco frecuentes. La erupción tipo DM representa un fenómeno raro asociado a su uso crónico, aunque la HU es el fármaco que con mayor frecuencia produce un cuadro de DM. Su patogenia se desconoce. Se ha sugerido que el efecto acumulativo del fármaco en las articulaciones interfalángicas podría generar un proceso inflamatorio secundario en estas zonas. Su presentación clínica, con mínima o nula afectación muscular, difiere a la del cuadro producido por otros fármacos, por lo que algunos autores proponen la existencia dos formas inducidas por mecanismos diferentes. Los hallazgos propios de DM, pápulas de Gottron y exantema heliotropo, representan la forma más habitual de presentación, mientras que la presencia de anticuerpos antinucleares, debilidad muscular y miositis son poco frecuentes o inexistentes. El intervalo de tiempo transcurrido entre la introducción de la HU y el inicio del cuadro oscila entre 12 y 60 meses. Se ha descrito su asociación con displasia escamosa y cáncer de piel no melanoma. El reconocimiento de HU como agente causal, justifica la retirada del fármaco como pilar fundamental del manejo terapéutico.

Conclusiones: Se presenta el caso de un cuadro de DM asociado al uso crónico de HU, situación poco frecuente, cuyo manejo se fundamenta en la retirada del fármaco.

Bibliografía

- Ahmad Nofal, EmanSalah El-Din. Hydroxyurea-induced dermatomyositis: true amyopathic dermatomyositis or dermatomyositis-like eruption?. *International Journal of Dermatology*. 2012;51: 535-41.
- Kalajian A, Josephson S, Malone J, Burruss J, Callen J. Hydroxyurea-Associated Dermatomyositis-like Eruption Demonstrating Abnormal Epidermal p53 Expression. A Potential Premalignant Manifestation of Chronic Hydroxyurea and UV Radiation Exposure. *Arch Dermatol*. 2010;146:305-10.
- Martorell-Calatayud A, Requena C, Nagore-Enguñados E, Guillén-Barona C. Multiple Painful, Treatment-Resistant Leg Ulcers Associated With Dermatomyositis-Like Lesions Over the Interphalangeal Joints Induced by Hydroxyurea. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:804-7.
- Pérez-Pérez L, Suárez-Amor O, Sánchez-Aguilar D, Ginarte M, Pereiro M, Toribio J. Clinically-Amyopathic Dermatomyositis: Presentation of three cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:295-8.
- Zappala T, Rodins K, Muir J. Hydroxyurea induced dermatomyositis-like eruption. *Australasian Journal of Dermatology*. 2011;53:e58-e60.

18. DERMATOSIS NEUTROFÍLICA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SUBAGUDO

M.P. Arévalo Bermúdez^a, W. Martínez Gómez^a, S. Paradela de la Morena^a, M.V. Nespereira Jato^a, A. Teijo Quintáns^b y E. Fonseca Capdevila^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). España.

Introducción: La dermatosis neutrofílica es una manifestación infrecuente del lupus eritematoso (LE), siendo pocos los dermatólogos que la incluyen en el diagnóstico diferencial de las dermatosis neutrofílicas no ampollasas. Describimos el caso de una paciente con lupus eritematoso subagudo (LECS) que presentó una erupción cutánea con reacción tisular inflamatoria, en la que se observaron predominio de neutrófilos y criterios histológicos de lupus eritematoso.

Caso clínico: Mujer de 53 años con diagnóstico de LECS confirmado por biopsia, desde enero de 1988 (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago). Seguida por nuestras consultas en A Coruña (CHUAC) desde 1993, presentando brotes de LECS y escasas lesiones de lupus eritematoso cutáneo discoide, biopsia compatible de LECS, fenómeno de Raynaud, ausencia de fotosensibilidad, descenso de C3 y C4 y anticuerpos antinucleares (ANA) 1/160 solo en una ocasión. En ocasiones, y coincidiendo con etapas de estrés laboral, sobre las zonas donde habitualmente presenta las lesiones de LECS, desarrolla placas eritematovioláceas, edematosas, en cara, cuello, tronco y brazos, sin fiebre, sin neutrofilia en sangre periférica, con ANA, ENA y anti DNA negativos, C3, C4, VSG y PCR normales. Se realizó una biopsia cutánea de estas lesiones, que mostró una epidermis con cambios hidrópicos focales en la membrana basal, importante edema en la dermis papilar y en el resto de la dermis un denso infiltrado inflamatorio con predominio de neutrófilos, aumento focal de mucina y ausencia de vasculitis. Con estos hallazgos clínicos y anatomopatológicos se diagnostica de dermatosis neutrofílica asociada a lupus eritematoso subagudo.

Discusión: La dermatosis neutrofílica asociada al LE constituye una variante infrecuente y poco reconocida. Aunque la mayoría tienen el diagnóstico previo de LE, en ocasiones puede ser la forma de presentación. Solo debe utilizarse el término si se observan hallazgos histopatológicos sugestivos de lupus eritematoso, como la dermatitis de interfase y la presencia de mucina, junto con un infiltrado predominantemente neutrofílico, en ausencia de vasculitis, como ocurrió en nuestra paciente.

Palabras clave: Dermatitis neutrofílica. Lupus eritematoso. Lupus eritematoso cutáneo subagudo.

19. ELASTOLISIS DÉRMICA PAPILAR SIMILAR A PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO

I. Vázquez Osorio^a, O. Figueroa Silva^a, M. Rodríguez Rodríguez^a, E. Rosón^a, J.M. Suárez Peñaranda^b y H. Vázquez Veiga^a

^aDepartamento de Dermatología; ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La elastosis dérmica papilar similar a pseudoxantoma elástico (EDPSP) forma parte del diagnóstico diferencial de las patologías que afectan a las fibras elásticas. Se presenta en forma de lesiones asintomáticas que simulan las del pseudoxantoma elástico (PSE) hereditario, pero sin carácter familiar e iniciándose tardíamente en la vida adulta.

Caso clínico: Mujer de 74 años de edad con historia previa de bronquiectasias crónicas e insuficiencia aórtica y tricuspídea leves. En su historial oftalmológico destacaba haber sido intervenida de cataratas y glaucoma sin otros hallazgos. Acudió a nuestra consulta por presentar, desde hacía aproximadamente 4 meses, lesiones asintomáticas en región cervical para las que no había realizado tratamiento. A la exploración dermatológica presentaba, en región cervical anterior y lateral, supraclavicular y axilar, múltiples pápulas no foliculares de pequeño tamaño, de coloración similar a piel sana, que en algunos casos se agrupaban en forma de placas en empedrado. La paciente no refería clínica sistémica y el estudio analítico general no mostraba alteraciones relevantes. No presentaba antecedentes familiares de lesiones similares. En la biopsia realizada, la tinción de hematoxilina-eosina no mostraba alteraciones significativas; sin embargo, en la tinción con orceína se observaba, bajo una epidermis ligeramente atrófica, una pérdida prácticamente completa de las fibras elásticas a nivel de la dermis papilar sin evidencia de infiltrado inflamatorio. No se observaron depósitos de calcio con la tinción de Von Kossa. A través de la correlación clinicopatológica se alcanzó el diagnóstico de EDPSP.

Discusión: La EDPSP es un trastorno adquirido caracterizado histológicamente por la pérdida o reducción de las fibras elásticas en la

dermis papilar. Su etiopatogenia es incierta aunque se ha relacionado con el envejecimiento, la radiación ultravioleta y una elastogénesis alterada. El principal diagnóstico diferencial ha de realizarse con el PSE, entidad hereditaria con afectación sistémica (estrias angioides oculares y eventos cardiovasculares secundarios a calcificaciones vasculares).

Conclusiones: Se presenta un caso de EDPSP, entidad cuyo diagnóstico requiere de una correlación clinicopatológica. Ante lesiones que asemejen un PSE, debemos tener en cuenta el diagnóstico de EDPSP, entidad quizás no tan infrecuente como refleja la bibliografía, para así evitar exploraciones innecesarias a los pacientes.

Palabras clave: Fibras elásticas. Elastosis. Elastosis dérmica papilar similar a pseudoxantoma elástico.

20. HIPEQUERATOSIS DIGITADA DIMINUTA MÚLTIPLE

A. Zulaica^a, B. Iglesias Rodríguez^b, L. Pérez-Pérez^a, J.R. García Gavín^a, F. Allegue^a, J.L. Caeiro^a y J.M. Fabeiro^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. EOXI de Vigo. Pontevedra. España.

Mujer de 49 años, que desde hace dos décadas presenta una piel áspera al tacto, debido a la presencia de pequeñas espículas hiperqueratóticas diseminadas y profusas en tronco, caras laterales del cuello, brazos y piernas y que afecta a las flexuras. Tratada con una gran variedad de hidratantes y queratolíticos no se aprecia mejoría significativa. No presenta antecedentes familiares similares ni lo relaciona con problemas cutáneos previos ni hay fármacos implicados. Fue tratada con acitretina oral con una dosis inicial de 20 mg/día y posterior mantenimiento con 10 mg/día con una gran mejoría y satisfacción de la paciente. Se presenta este infrecuente trastorno de la queratinización, con sus aspectos clínicos e histopatológicos, haciendo una breve revisión del cuadro.

21. AMILOIDOSIS SIMULANDO CONDILOMAS ACUMINADOS

C. Tomé Espiñeira^a, M. Almagro Sánchez^a, M.P. Arévalo Bermúdez^a, J. Felgueiras Magalhaes^a, M.T. Yebra-Pimentel^b, W. Martínez Gómez^a y E. Fonseca Capdevila^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: Las lesiones anogenitales simulando condilomas acuminados son una rara forma de presentación dentro de las manifestaciones cutáneas de la amiloidosis.

Caso clínico: Paciente de 76 años que consulta por lesiones verrucosas perianales de un mes de evolución. Además presenta lesiones periorcarias y peribucales desde hace un año, mordeduras frecuentes de lengua, edema en ambos miembros inferiores y artralgias. En la exploración dermatológica se observan pápulas ceras milimétricas en región perioral, peribuca y axilas, agrupadas formando placas amarillo-naranja con algunas áreas purpúricas. Lesiones de aspecto purpúrico en pulpejos de los dedos. Placa eritematosa de superficie verruciforme en región perianal y pliegue interglúteo. Macroglosia. Con diagnóstico de sospecha de amiloidosis sistémica se ingresa para estudio. En los estudios analíticos se observa pancitopenia, hipoalbuminemia, TSH elevada, beta-2 microglobulina elevada y proteinuria con banda monoclonal de cadenas ligeras Lambda. Las biopsias cutáneas, tanto de la región perioral como perianal, muestran depósito de amiloide rojo Congo positivo, permanganato potásico resistente, compatible con amiloidosis primaria sistémica. En la biopsia de tejido adiposo abdominal no hay evidencia de depósito amiloide. Dados estos hallazgos se solicita biopsia de médula ósea para descartar mieloma, hallándose una neoplasia de células plasmáticas IgD Lambda y presencia de depósitos de amiloide. Se remite al paciente al S. Hematología iniciando tratamiento con melfalán.

Discusión: Las manifestaciones cutaneomucosas de la amiloidosis sistémica son con frecuencia el primer signo de la enfermedad y, por tanto, útiles para su diagnóstico precoz. La púrpura, petequias y equimosis son las lesiones más habituales. La macroglosia se produce en el 19% de los pacientes con amiloidosis sistémica primaria y en el 32% de la asociada a mieloma múltiple. Las pápulas, placas y nódulos con aspecto céreo son las lesiones más características. En la región anogenital pueden simular condilomas acuminados y en región vulvar pueden simular un carcinoma vulvar, siendo formas raras de presentación.

22. AFECTACIÓN CUTÁNEA PARANEOPLÁSICA SIN TUMOR PRIMARIO CONOCIDO

A. Vilas-Sueiro, O. Suárez-Amor, L. Rodríguez-Pazos, D. González-Vilas, M. Cabanillas, B. Fernández-Jorge, B. Monteagudo y C. de las Heras

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Área Sanitaria de Ferrol. A Coruña. SERGAS. España.

Introducción: La afectación cutánea paraneoplásica es uno de los síndromes paraneoplásicos más prevalentes en la población general y es producida por manifestaciones a distancia de un tumor sistémico que no se deben a invasión ni a metástasis tumorales. Pueden presentarse antes, después o simultáneamente al diagnóstico del tumor y siguen en la mayoría de los casos un curso paralelo al mismo. Se han descrito más de 50 tipos de manifestaciones cutáneas relacionadas con este tipo de síndrome paraneoplásico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 67 años sin antecedentes de interés que acudió a la consulta con lesiones en placa parduscas, en ambas axilas, sugestivas de acantosis nigricans, papilomatosis oral y genital, sobreexpresión de los dermatoglifos (“tripe palms”) de ambas manos y pérdida ponderal de 6 kg de 2 meses de evolución. Las pruebas de laboratorio realizadas que incluyeron un hemograma, bioquímica sérica con función renal y hepática y niveles de marcadores tumorales sistémicos detectaron un aumento en los niveles de fosfatasa alcalina, gamma glutamil transpeptidasa y alfafetoproteína. Posteriormente la tomografía computarizada mostró un engrosamiento de la pared antral gástrica, múltiples adenopatías en distintas localizaciones y una lesión lítica vertebral. Tras la realización de una endoscopia digestiva alta se objetivó una lesión ulcerada de bordes irregulares y de aspecto maligno en la zona de la incisura gástrica realizándose biopsia de la misma. El estudio histopatológico mostró un resultado compatible con adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado.

Discusión: La afectación cutánea paraneoplásica afecta hasta al 1% de las neoplasias sistémicas. Entre las distintas dermatosis, la más frecuente es la acantosis nigricans maligna, relacionándose en un 90% de los casos con neoplasias intraabdominales. Existen multitud de manifestaciones cutáneas que pueden ser sugestivas de neoplasias sistémicas. Con este caso deseamos poner de relieve la asociación existente entre diversas manifestaciones cutáneas paraneoplásicas en un mismo paciente y cómo el reconocimiento e identificación de las mismas puede permitir un diagnóstico y tratamiento precoz de las neoplasias asociadas logrando en muchos casos un mejor pronóstico a largo plazo del paciente.