



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### Reunión de la Sección Canaria de la Academia Española de Dermatología y Venerología Arona, Tenerife, 28 y 29 de abril de 2017

#### 1. LUPUS ERITEMATOSO SABAÑÓN

A. Aznar<sup>a</sup>, L. Magdalena<sup>a</sup>, J. Suárez<sup>b</sup>, N. Hernández<sup>b</sup>, F. Rodríguez<sup>b</sup> y B. González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Reumatología. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. España.

**Introducción.** El lupus sabañón (Chilblain Lupus) es una forma crónica rara de lupus eritematoso en la que destaca el predominio de los hallazgos cutáneos sobre los sistémicos, siendo más frecuente en mujeres de mediana edad. Se caracteriza por aparición de placas eritematovioláceas en regiones acras que empeoran con el frío. **Caso clínico.** Mujer de 27 años en seguimiento desde los 13 años por presentar placas eritematovioláceas con descamación superficial y áreas de atrofia localizada, fisuras y grietas en dorso de manos y dedos, pies (añade onicoatrofia), cara (región malar, punta nasal y hélix de ambas orejas), dolorosas, no pruriginosas, que empeoran con el frío (presenta cianosis en regiones acras) y mejoran con el calor. Destacar antecedentes de: asma alérgica, tratamiento con hormona del crecimiento durante 5 años en la infancia. Diagnosticada inicialmente de dermatitis atópica, recibió tratamiento con esteroides tópicos y antihistamínicos sin mejoría. Biopsiada en 2003 con hallazgos histológicos compatibles con "lupus sabañón". Se prescribió tratamiento preventivo y antipalúdicos. Sin embargo no fue constante con el tratamiento y perdió seguimiento en consultas. Ha ingresado en diversas ocasiones en 2016 por aparición de úlceras cutáneas en dedos de pies (exposición ósea en dorso 2.º dedo de pie derecho, precisando amputación de falange distal por osteomielitis). Durante los ingresos se ha objetivado la presencia de ANA 1/160, p-ANCA 1/640 (MPO positivo) y crioprecipitinas a título bajo. **Discusión.** Se trata de una paciente con diagnóstico de lupus eritematoso sabañón de larga evolución con mal control y evolución tórpida, si bien cabría considerar que presenta un componente vascular inflamatorio crónico de pequeño vaso y probablemente una dermatitis atópica concomitante. Dadas las complicaciones potenciales de esta entidad, es importante su diagnóstico precoz para instaurar tratamiento lo antes posible y hacer un seguimiento adecuado de estos pacientes.

#### 2. FOLICULITIS PSEUDOLINFOMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

B. Roque-Quintana<sup>a</sup>, G. Marrero-Alemán<sup>a</sup>, E.C. López-Jiménez<sup>a</sup>, S. Ponce-de-la-Cruz<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 Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción.** La foliculitis pseudolinfomatosa es una variante clinicopatológica de etiología desconocida poco frecuente incluida dentro de los pseudolinfomas. Fue descrita por McNutt en 1986 y clínicamente se suele presentar como un nódulo de localización centrofacial de rápido crecimiento, debiéndose realizar diagnóstico diferencial con los procesos malignos.

**Caso clínico.** Mujer de 42 años de edad que consulta por una lesión pruriginosa en sien izquierda de 6 meses de evolución, con un curso fluctuante y progresivo. A la exploración se aprecia una pápula de 1cm de diámetro, contorno regular, borde neto, consistencia elástica e infiltrada, con tapones foliculares en su superficie. La biopsia muestra en dermis un denso infiltrado inflamatorio peri- e intrafolicular constituido por linfocitos T y B sin clonalidad, histiocitos y abundantes células dendríticas perifoliculares con positividad para S100 y CD1a, con distorsión de la estructura folicular, compatible con foliculitis pseudolinfomatosa. Dado el carácter benigno de la lesión realizó tratamiento tópico, produciéndose la remisión completa en un mes.

**Discusión.** Se han descrito 88 casos de foliculitis pseudolinfomatosa, manifestándose la mayoría de ellos como nódulo centrofacial de rápido crecimiento. El 12,5% de los casos se manifestaron de forma atípica como pápulas, placas o con varias lesiones. La histología consiste en un infiltrado mixto formado predominantemente por linfocitos bien diferenciados, con una distribución perifolicular que invade y destruye los folículos pilosos. Se han descrito casos aislados que han presentado atipias, epidermotropismo, infiltración del tejido subcutáneo o del músculo. No se ha descrito ningún caso de evolución a linfoma.

**Conclusión.** La foliculitis pseudolinfomatosa es una entidad poco frecuente que se debe tener en cuenta en las lesiones faciales de rápido crecimiento.

### 3. NECROSIS CUTÁNEA POR OCLUSIÓN VASCULAR

C. Cabello Zurita, M. Grau Pérez, C.P. Hernández Fernández, S. Herrera Rodríguez, A.J. Gómez Duaso, P. Valerón Almazán y G. Carretero Hernández

**Introducción.** El diagnóstico diferencial de los síndromes microvasculares que afectan a la piel es extenso y la evaluación puede ser confusa. La obstrucción intravascular puede estar causada por trombosis, por fenómenos embólicos o por alteraciones de la pared vascular, las cuales deben diferenciarse de las vasculitis. **Métodos.** Presentamos 10 casos clínicos de necrosis cutánea por oclusión vascular recogidos de nuestra base de datos entre enero de 2008 y enero 2017, que cubren las siguientes etiologías: calcifilaxis, necrosis cutánea por dicumarínicos, síndrome antofosfolípido, ectima gangrenoso, embolia por colesterol, necrosis por mordedura de araña, atrofia blanca, coagulación intravascular diseminada y crioglobulinemia. Se exponen las historias clínicas, las imágenes clínicas, el manejo y la evolución de cada caso.

**Discusión.** Un diagnóstico preciso es fundamental para una terapia adecuada, ya que estas van orientadas al mecanismo patogénico implicado en cada caso. Presentamos brevemente imágenes e historias ejemplificadoras de pacientes de nuestro servicio, aportando una revisión del espectro de esta enfermedad. **Conclusión.** La necrosis cutánea por oclusión vascular es un reto diagnóstico. Aportamos las claves que facilitan un diagnóstico diferencial rápido de esta patología.

### 4. ÚLCERAS Y LESIONES DERMATOMIOSITIS-LIKE, ASOCIADAS A TRATAMIENTO HIDROXIUREA

J.A. Pérez-Cejudo<sup>a</sup>, D. Cameselle-Martínez<sup>a</sup>, E. Piqué-Durán<sup>a</sup>, E.N. Castro-González<sup>a</sup>, O. García-Vázquez<sup>b</sup>, M. Azcue-Mayorga<sup>b</sup> y C. Durán-Hernández<sup>b</sup>

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

**Introducción.** El desarrollo de lesiones dermatomiositis-like, úlceras tórpidas y asociado a tratamiento prolongado con hidroxiurea es un fenómeno infrecuente y escasamente descrito en la literatura.

**Caso clínico.** Paciente de 83 años, afecto se CCNM desde hace 2 años, trombocitosis esencial en tratamiento con hidroxiurea desde hace 6 años. Consulta por presentar lesiones en dorso de manos, edema periorbicular bilateral tipo dermatomiositis-like, lesiones ulceradas en pies de 4 meses de evolución. No presentaba disfagia ni debilidad muscular. *Exploración dermatológica.* Pápulas y placas eritematodescamativas en dorso de manos, edema periorbicular bilateral, xerosis, lesiones atróficas descamativas, úlcera en base 1.º metatarsiano derecho y dorso de ambos pies. *Examen complementario.* Los estudios analíticos, reactante fase aguda, anticuerpos y enzimas musculares no mostraron alteración salvo discreta anemia. *Evolución.* Se suspendió la hidroxiurea con mejoría del cuadro.

**Comentario.** La hidroxiurea es un agente que inhibe la síntesis ADN. Se utiliza en enfermedades mieloproliferativas: policitemia vera, leucemia mieloide crónica, trombocitosis esencial. Su administración prolongada produce importantes efectos secundarios micocutáneos, de forma excepcional dermatomiositis like y úlceras en manos y pies.

**Conclusión.** Debido a sus efectos mucocutáneos y su posible carácter paraneoplásico se suele recomendar la sustitución de la hidroxiurea o al menos disminuir su dosis.

### 5. GRANDES TELANGIECTASIAS FACIALES TRATADAS CON LÁSER

C. Vázquez Rodríguez<sup>a</sup>, Ó. Muñoz Moreno-Arrones<sup>b</sup>, X. Calderón-Castrat<sup>c</sup>, G. González López<sup>d</sup>, I. Latour Álvarez<sup>a</sup>, M. Arteaga Henríquez<sup>a</sup> y P. Boixeda<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. <sup>b</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>c</sup>Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. <sup>d</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Introducción.** Las telangiectasias se corresponden con vasos sanguíneos dilatados de forma persistente en la dermis, de diámetro entre 0,1-1mm y habitualmente de pequeño tamaño. Su color puede variar entre eritematoso ténue y violáceo. Según su apariencia podemos dividir las en cuatro tipos: simple o lineal, arboriforme, en forma de araña o estrella y puntiforme.

**Casos clínicos.** Presentamos una serie de casos de pacientes con telangiectasias faciales lineales de gran tamaño tratados con láser Nd:YAG (+/- láser de colorante pulsado) con un número variable de sesiones y con buen resultado.

**Discusión y conclusiones.** A pesar de que el tratamiento de las telangiectasias no es necesario en la mayoría de las ocasiones, suelen ser motivo de preocupación a nivel cosmético en muchos pacientes. A la hora de tratar estas telangiectasias, nos encontramos con varios láseres vasculares que podemos utilizar, tales como el KTP de 532nm, colorante pulsado, Nd:YAG además de la luz intensa pulsada. Las telangiectasias de mayor calibre responden mejor al láser de Nd:YAG. Sin embargo, para el eritema y las telangiectasias muy finas es preferible utilizar láser de colorante pulsado o, en fototipos bajos, luz intensa pulsada.

### 6. TIROSINEMIA TIPO 2: UN RETO DIAGNÓSTICO ESPECIALMENTE RELEVANTE EN GRAN CANARIA

G. Marrero-Alemán<sup>a</sup>, L. Peña-Quintana<sup>b</sup>, G. Scherer<sup>c</sup>, F. Jiménez-Acosta<sup>d</sup>, L. Borrego-Hernando<sup>a</sup>, J. Hernández-Santana<sup>a</sup> y A. Tugores<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. <sup>b</sup>Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. España. <sup>c</sup>Institute of Human Genetics. University of Freiburg. Freiburg. Alemania. <sup>d</sup>Clinica Dermatológica y Transplante capilar Mediteknia. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>e</sup>Unidad de Investigación. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. España.

**Introducción.** La tirosinemia tipo 2, también conocida como síndrome de Richner-Hanhart, es una enfermedad rara de herencia autosómica recesiva producida por una alteración en la enzima tirosina aminotransferasa (TAT) citosólica hepática. Esto provoca acumulación de tirosina y sus metabolitos causando afectación ocular, cutánea y neurológica.

**Materiales y métodos.** Se estudiaron 6 casos de tirosinemia tipo 2 en 5 familias originarias de la isla de Gran Canaria. Se recogieron las características clínicas y bioquímicas y se realizó un estudio genético para determinar las mutaciones de TAT.

**Resultados.** La edad al diagnóstico difiere, diagnosticándose 2 casos en la edad adulta, sintomáticos desde la infancia. La clínica fue característica en todos los casos, presentando síntomas cutáneos en estadios tempranos. Se encontraron dos nuevas mutaciones genéticas con sustitución de aminoácidos de carácter patogénico, G114A y P406L. Esta última, que se encontró en todas las familias,

representa la mayor colección conocida de pacientes no relacionados con una misma mutación.

**Discusión.** Tanto la presentación clínica como los niveles de tirosina en sangre al diagnóstico son heterogéneos, no existiendo una correlación genotipo-fenotipo bien establecida. La clínica ocular y cutánea es reversible con tratamiento dietético, al contrario que la clínica neurológica. Existe un efecto fundador con una alta prevalencia de portadores de esta mutación recesiva, por lo que es esperable un aumento progresivo del número de casos.

**Conclusiones.** La presencia de 5 familias con una misma mutación remarca la importancia de esta enfermedad en la isla de Gran Canaria. Es necesario reconocer esta enfermedad ya que un diagnóstico precoz evita secuelas neurológicas irreversibles.

## 7. IMIQUIMOD TÓPICO REVIERTE EL DAÑO ACTÍNICO EN PACIENTES CON XP. EXPERIENCIA CLÍNICA EN DOS CASOS PEDIÁTRICOS

I. Latour-Álvarez<sup>a</sup>, C. Vázquez-Rodríguez<sup>a</sup>, M. Arteaga-Henríquez<sup>a</sup>, N. Knöpfel<sup>b</sup>, A. Hernández-Martín<sup>b</sup> y A. Torrelo-Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. <sup>b</sup>Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. España.

**Introducción.** El xeroderma pigmentosum (XP) es una enfermedad autosómica recesiva con una incidencia extremadamente alta de cáncer cutáneo relacionado con la radiación ultravioleta. Es frecuente que el diagnóstico se realice cuando el paciente ya presenta un daño actínico importante. El tratamiento del XP está dirigido a la fotoprotección y al diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones tumorales. Con el propósito de evitar cicatrices desfigurantes, se han empleado tratamientos tópicos como el 5-fluorouracilo e imiquimod 5% crema. Aportamos dos casos de XP-C con una excelente respuesta a imiquimod.

**Caso clínico.** El primer caso es un niño de 5 años tratado con imiquimod 5% por queratosis actínicas en la región malar. Tras el tratamiento, se observó resolución de las lesiones y de la hiperpigmentación basal, desapareciendo las máculas y efélides de la cara dejando una piel normocoloreada. Dados los buenos resultados, se pautó imiquimod de manera secuencial en otras áreas de la zona facial, con una excelente respuesta inmediata y mantenida durante cinco años de seguimiento. Con la experiencia del caso previo, se utilizó la misma pauta de imiquimod en un segundo niño de 2 años de edad, mostrando resultados similares y persistencia de los mismos durante tres años de seguimiento.

**Conclusión.** Imiquimod es un modificador de la respuesta inmune, aplicado tópicamente estimula la respuesta inmune innata y adaptativa. Proponemos su uso en el tratamiento del campo de cancerización en pacientes con XP, con la capacidad de revertir el daño actínico y mejorar la textura y cambios pigmentarios cutáneos presentes en pacientes con esta enfermedad.

## 8. DERMATITIS INTERSTICIAL GRANULOMATOSA ASOCIADA A ARTRITIS

S. Herrera-Rodríguez<sup>a</sup>, M. González-Vega<sup>b</sup>, C. Cabello-Zurita<sup>a</sup>, M. Grau-Pérez<sup>a</sup>, C.P. Hernández-Fernández<sup>a</sup>, J. Vilar-Alejo<sup>a</sup>, A.J. Gómez-Duaso<sup>a</sup>, M.P. de la Rosa-del Rey<sup>b</sup> y G. Carretero-Hernández<sup>a</sup>

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

**Introducción.** La dermatitis granulomatosa intersticial con artritis (DGICA) es una entidad poco frecuente y heterogénea desde el punto de vista clínico que suele presentarse con afectación cutánea y

musculoesquelética. Clásicamente se asocia a artritis reumatoide pero también se ha descrito asociada a otras patologías.

**Caso clínico.** Mujer de 62 años, en seguimiento por reumatología por lupus eritematoso sistémico, que fue remitida a dermatología por placas eritematosas induradas en muslos de dos semanas de evolución. Las lesiones asociaban aumento de temperatura. En muslo derecho además se palpaba sobre la placa, un cordón indurado y doloroso de unos 12 centímetros de largo. Se realizó biopsia cutánea con resultado de dermatitis granulomatosa neutrofílica compatible con dermatitis granulomatosa intersticial (con artritis). IFD sin depósitos identificados. Se instauró tratamiento con prednisona 30 mg en pauta descendente con remisión de las lesiones a los 45 días.

**Discusión.** La DGICA es una entidad clínicamente no bien definida. El signo de la cuerda se considera patognomónico, sin embargo, no es la forma más habitual de presentación. Puede confundirse desde el punto de vista clínico con ciertas formas de granuloma anular y solo el estudio histológico permite hacer diagnóstico diferencial. Los glucocorticoides sistémicos parecen alcanzar resultados satisfactorios.

**Conclusión.** Se debe plantear la posibilidad de este diagnóstico en pacientes con artritis asociada a patología cutánea.

## 9. MÁCULAS HIPERPIGMENTADAS DE BORDES GEOGRÁFICOS

M. Arteaga Henríquez, V. Lukoviek Araya, I. Latour Álvarez, M. Markthaller, C. Vázquez Rodríguez, E. García Peris, R. N. Rodríguez Rodríguez, E. Fagundo González

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

**Introducción.** La amiloidosis cutánea es una dermatosis secundaria al depósito extracelular de amiloide de patogenia desconocida.

**Caso clínico.** Paciente varón de 52 años que refería lesiones pruriginosas en la espalda de tres meses de evolución. A la exploración presentaba máculas hiperpigmentadas de bordes geográficos, localizadas en ambas áreas escapulares y zona lumbar de forma bilateral y simétrica y en la zona izquierda del abdomen. El paciente no lo relacionaba con ningún factor desencadenante. Previamente había realizado tratamiento con antifúngicos tópicos sin mejoría de las lesiones. Se realizó una biopsia cutánea donde se observaba en epidermis ligera hiperpigmentación melánica basal, y en dermis papilar acúmulos de pequeñas formaciones esféricas acidófilas de origen queratínico, positivas para rojo Congo, correspondientes con material amiloide. A pesar de iniciar tratamiento con corticoides y retinoides tópicos, las lesiones se mantuvieron estables, e incluso aparecieron nuevas lesiones en la cara externa de ambos miembros inferiores. Se realizaron nuevas biopsias, siendo todas compatibles con amiloidosis macular.

**Discusión.** La amiloidosis macular es una amiloidosis cutánea primaria localizada caracterizada por máculas hiperpigmentadas, frecuentemente pruriginosas, localizadas predominantemente en la espalda, sobre todo en el área interescapular, y en la superficie extensora de las extremidades. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros trastornos de la pigmentación, hereditarios o adquiridos, entre los que se encuentran la hiperpigmentación postinflamatoria, la amiloidosis cutis discrómica, la melanosis de Riehl, la ocronosis, la pigmentación macular eruptiva idiopática, el eritema discrómico pertans, el liquen plano pigmentoso, el liquen plano actínico y la dermatitis artefacta. Los casos extensos de amiloidosis macular pueden suponer un desafío diagnóstico, para lo que resulta clave el estudio histológico.

**Conclusión.** Presentamos un nuevo caso de amiloidosis macular atípica. Su presentación extensa y de apariencia geográfica sembró la duda sobre un posible factor externo desencadenante e hizo plantearnos el diagnóstico de la dermatitis artefacta.

## 10. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A ACRILATOS EN ESTETICISTAS Y USUARIAS DE UÑAS ARTIFICIALES EN NUESTRO ENTORNO

M. Grau-Pérez<sup>a,b</sup>, G. Marrero Alemán<sup>b,c</sup>, E. López-Jiménez<sup>c</sup>, S. Ponce-de-la-Cruz<sup>c</sup> y L. Borrego-Hernando<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. <sup>b</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria (CHUIMI). Gran Canaria. España.

**Introducción.** La dermatitis alérgica de contacto a acrilatos en relación con el uso de uñas artificiales se está comunicando en los últimos años con una frecuencia cada vez mayor.

**Objetivo.** Estudiar la frecuencia, las características clínicas y los alérgenos más frecuentemente implicados en la DAC a acrilatos por uñas artificiales en nuestro entorno.

**Métodos.** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de dermatitis alérgica de contacto a acrilatos en la Unidad de Eccemas del CHUIMI entre 2008 y 2016. Se incluyeron los pacientes sensibilizados con acrilatos por el contacto con uñas artificiales, excluyendo otras fuentes.

**Resultados.** De los 1008 pacientes estudiados en la Unidad de Eccemas, 60 pacientes fueron parcheados con la batería de acrilatos (Chemotechnique®). De ellos, 17 mostraron positividad con relevancia presente en relación con el manejo de uñas artificiales, la mayoría en relación con exposición profesional (16/17). En el periodo 2012-2016, se diagnosticó a 13 pacientes (vs. 4 en el cuatrienio anterior). Todas fueron mujeres, con una edad media de 32,4 años (dt=6,8) y una mediana de 31,5 años. La afectación más frecuente fue la de los pulpejos de los tres primeros dedos de las manos. Un 22% de las pacientes mostró también afectación de la cara. El tiempo medio de síntomas hasta el diagnóstico fue de 13 meses (mediana de 6 meses). Los alérgenos más frecuentemente implicados fueron el hidroxietil metacrilato (HEMA), el etilenglicol dimetacrilato (EGDMA) y el hidroxipropil metacrilato (88,2%, 82,3% y 76,4% respectivamente). Con el HEMA y el tetraetilenglicol dimetacrilato se habría detectado al 100% de las pacientes.

**Conclusión.** La dermatitis alérgica de contacto a acrilatos es una enfermedad eminentemente ocupacional en nuestro entorno, y su frecuencia está en aumento. Parchear selectivamente con dos alérgenos podría constituir un adecuado método de screening en nuestro entorno.

## 11. PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A VILDAGLIPTINA: COMUNICACIÓN DE DOS CASOS

C.P. Hernández, A.J. Gómez, C. Cabello, M. Grau, S. Herrera, P. Valerón y G. Carretero

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

**Introducción.** El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollosa autoinmune causada por anticuerpos dirigidos contra los antígenos BP180 y 230 de la membrana basal. Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (IDPP-4), entre los que se encuentra la vildagliptina, son fármacos hipoglucemiantes indicados como tratamiento de segunda línea en la diabetes mellitus tipo 2 que han sido descritos como fármacos desencadenantes de penfigoide ampolloso.

**Casos clínicos.** Dos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticados de penfigoide ampolloso en nuestro departamento muestran una asociación temporal entre el inicio del tratamiento con vildagliptina y el comienzo de la enfermedad cutánea. El primer caso es una mujer de 85 años que introdujo el fármaco dos meses antes del comienzo del penfigoide. El segundo caso es una mujer de 92 años que comenzó el tratamiento siete meses antes. En ambos casos, la suspensión del fármaco y la instauración de tratamiento

contra el penfigoide se tradujeron en una respuesta clínica favorable. El nivel de causalidad entre fármaco y efecto adverso, de acuerdo al algoritmo de la Organización Mundial de la Salud, fue de "probable" y "posible" respectivamente.

**Discusión.** El penfigoide ampolloso es una enfermedad cutánea de etiopatogenia poco conocida. Aunque la mayor parte de los casos son idiopáticos, se han descrito más de 50 fármacos asociados a esta enfermedad ampollosa. Varios casos de penfigoide ampolloso secundario a gliptinas han sido comunicados en la literatura en los últimos años. El mecanismo por el cual los IDPP-4 pueden desencadenar la enfermedad continúa siendo desconocido.

**Conclusión.** Se comunican dos nuevos casos de penfigoide ampolloso asociado al empleo de IDPP-4.

## 12. COMPLICACIONES EN HIDROSADENITIS SUPURATIVA

E. Piqué-Durán<sup>a</sup>, D. Cameselle-Martínez<sup>a</sup>, C. Durán-Hernández<sup>b</sup>, J.A. Pérez-Cejudo<sup>a</sup>, E. Castro-González<sup>a</sup>, O. García-Vázquez<sup>b</sup> y M. Azcue-Mayorga<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sección de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Patología. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.

**Introducción.** Aunque fue descrita en 1854, y se considera que afecta al 1% de la población, se ha prestado poca atención a la hidrosadenitis supurativa (HS), en parte debido a la escasa respuesta a los tratamientos, y en parte a que "no pertenece" a ninguna especialidad. En fechas recientes gracias a la respuesta favorable a fármacos anti-TNF, han empezado a aflorar artículos de revisión, consenso y guías, enfocados principalmente al diagnóstico y manejo de la HS; sin embargo, solo en contadas ocasiones se han focalizado a sus complicaciones, o efectos secundarios de los tratamientos.

**Casos clínicos.** Presentamos 3 casos clínicos que ilustran las complicaciones derivadas de la HS o su tratamiento. Un varón de 80 años con una HS Hurley III de largo tiempo de evolución, reapareció en la consulta por un tumoración localizada en pliegue interglúteo, que correspondió a un carcinoma espinocelular. Otro varón de 42 años con una HS que afectaba a las ingles y escroto, consultó por la aparición de un edema a nivel de escroto y pene. Finalmente, un varón de 20 años con HS acudió por la aparición de forma abrupta de múltiples tumores friables en las áreas donde presentaba HS, tras iniciar tratamiento con isotretinoína. Tras la suspensión de la misma, las lesiones se recuperaron rápidamente, aunque la HS siguió su curso.

**Comentario.** La HS es una enfermedad invalidante que afecta notablemente la calidad de vida de los pacientes, pero que además puede asociar complicaciones que limitan aún más la vida del paciente como un edema crónico en pene, o que incluso suponen un riesgo para la vida del mismo como el desarrollo de un carcinoma epidermoide en el seno de una HS. Finalmente, es posible que algunos medicamentos puedan producir algunos efectos secundarios específicos en pacientes con HS.

## 13. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN PRESTADA POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA A LOS PACIENTES DE PRIMERA VISITA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

S. Ponce de la Cruz, G. Marrero Alemán, E. López Jiménez, B. Roque Quintana, Y. Peñate Santana, L. Borrego Hernando y J. Hernández Santana

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

**Introducción.** Las encuestas constituyen una de las herramientas más importantes para evaluar la calidad asistencial del sistema sanitario.

**Material y métodos.** Se realizó una encuesta validada por el Servicio de Calidad dirigida a los pacientes de los tres Centros de Atención Especializada (CAE) del Servicio de Dermatología del CHUIMI. Se estudió la atención prestada previamente a la derivación, la atención prestada en el CAE, las infraestructuras y la valoración global de la atención recibida. Se estableció que para alcanzar una significación válida se precisaban 164 encuestas por CAE.

**Resultados.** Se obtuvieron 492 encuestas (60% mujeres), con una edad media de 47,3 años. Las respuestas eran homogéneas en los tres CAE. La media de visitas previas fue de 1,8, habiendo recibido tratamiento el 42% de los pacientes. La media en lista de espera fue de 37,7 días, valorado negativamente por el 27,6% de los pacientes. El tiempo medio en la sala de espera fue de 23,4 minutos, valorado positivamente por el 51,2% de los pacientes. Más del 90% de los pacientes valoraron de manera positiva la relación dermatólogo-paciente así como con el resto del personal. Más del 80% de los pacientes valoraron de forma positiva las infraestructuras. El 94,9% de los pacientes reflejaron un buen nivel de satisfacción en la atención prestada. Se halló relación inversa estadísticamente significativa entre el tiempo en sala de espera y el nivel de satisfacción, no así con la edad, el sexo ni el tiempo en lista de espera. La mayoría de las sugerencias fueron dirigidas a la reducción del tiempo en lista de espera y mejorar las instalaciones.

**Conclusiones.** Se muestra un adecuado nivel de satisfacción. En este estudio la encuesta realizada ha mostrado ser útil para evaluar la percepción que tiene el paciente acerca de la atención recibida y para estudiar estrategias de mejora.

#### 14. APREMILAST, ¿UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA EL ECCEMA CRÓNICO?

V. Lukoviek, M. Markthaler, I. Latour-Álvarez, C. Vázquez-Rodríguez, M. Arteaga-Henríquez, E. García-Peris, N. Pérez-Robayna y F. Guimerá-Martín-Neda

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.*

**Introducción.** Las dermatitis o eccemas son enfermedades inflamatorias cutáneas muy prevalentes en la actualidad. Se caracterizan por intenso prurito asociado a eritema y edema y posteriormente liquenificación de la piel. El diagnóstico es clínico y comprende diversos diagnósticos diferenciales. El tratamiento es individualizado, teniendo en cuenta el tipo de eccema y el tiempo de evolución.

**Caso clínico.** Varón de 73 años en control por Dermatología por eccema crónico de diez años de evolución de difícil manejo. En la exploración física, destacan extensas áreas de liquenificación con aspecto engrosado de la piel en prácticamente toda la superficie corporal asociado a importante prurito, dificultando sus actividades básicas de la vida diaria inclusive el sueño. Se realizan varias biopsias cutáneas informadas como dermatitis espongiforme psoriasiforme, descartando hallazgos compatibles con linfoma o micosis fungoide. Durante su seguimiento es derivado a Hematología por leucocitosis y monocitosis, donde es diagnosticado de leucemia mielomonocítica crónica tipo 2 e inicia tratamiento con 5-azacitidina. Además, es detectada una neoformación renal en TAC, por lo que se realiza una nefrectomía cuya anatomía patológica informa de carcinoma de células claras. En cuanto al prurito, se han intentado diversos tratamientos como corticosteroides tópicos y orales, inhibidores de la calcineurina, antihistamínicos y ciclosporina. Dado los antecedentes, es autorizado el inicio de apremilast 30mg cada 12 horas, logrando la reducción del prurito y mejoría del aspecto de la piel.

**Conclusión.** El prurito es el síntoma principal de los eccemas y su control es trascendental debido a que el rascado induce el proceso inflamatorio y perpetúa las lesiones cutáneas. Apremilast es

una pequeña molécula de administración oral que inhibe la fosfodiesterasa 4, actualmente solo autorizado para el tratamiento de la psoriasis vulgar y artritis psoriásica, sin embargo, en estudios recientes, se ha visto que mejora tanto el prurito como las lesiones cutáneas en diversos eccemas.

#### 15. RETRASO PSICOMOTOR GRAVE Y PILI TORTI: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Markthaler, M. Arteaga-Henríquez, C. Vázquez-Rodríguez, V. Lukoviek-Araya, I. Latour-Álvarez, E. García-Peris, R. Sánchez-González, F. Guimerá-Martín-Neda y N. Pérez-Robayna

*Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.*

**Introducción.** La enfermedad de Menkes es una enfermedad neurodegenerativa, X recesiva, letal entre los 3 a 5 años de edad, poco frecuente, basada en una mutación en el gen del transporte de cobre (ATP7A). Presentamos un caso de esta enfermedad rara.

**Caso clínico.** Un niño de 6 años que presenta retraso psicomotor y pondoestatural que requiere nutrición por gastrostomía desde los 13 meses de vida y crisis mioclonales desde los tres años. En la exploración física destacan una estatura baja, piel clara, ojos azules, pelo grueso de color plateado, una boca grande con dientes separados e hipotonía axial severa y queratosis pilaris severa. En el estudio analítico destacan niveles bajos de cobre y de ceruloplasmina. En una angiorresonancia cerebral se objetivan atrofia corticosubcortical además de tortuosidades cerebrovasculares en el círculo de Willis. Un tricograma revela pili torti. En el estudio genético del gen ATP7A se observa una duplicación del exón 5 y 6. Se inicia tratamiento con cobre histidina subcutáneo con normalización de los niveles de cobre, pero sin mejoría del desarrollo psicomotor del paciente.

**Discusión.** El paciente es diagnosticado de la enfermedad de Menkes. Duplicación de exóns solamente presenta un 4% de las mutaciones del gen ATP7A. La duplicación de un máximo de dos exóns se asocia con mayor tiempo de supervivencia como en nuestro caso. **Conclusión.** El estudio genético del gen ATP7A no solamente es útil a la hora del diagnóstico de la enfermedad de Menkes sino también para estimar el pronóstico de supervivencia del paciente.

#### 16. PERFIL PSICODERMATOLÓGICO DE LOS USUARIOS DE GIMNASIOS Y CONSUMIDORES DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES. COSTE SOCIAL

C. Rodríguez Cerdeira<sup>a</sup> y R. Barcala Furelos<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. CHUVI. Hospital do Meixoeiro. EOXI. Vigo y Universidad de Vigo. <sup>b</sup>Grado CC de la Educación y el Deporte. Universidad de Vigo. Vigo. España.*

**Introducción.** La adicción a sustancias ilegales supone una fuerte carga para toda la sociedad, puesto que, además de los costes puramente económicos, el consumo de drogas también ocasiona fuertes costes sociales. El objetivo general de este estudio es la elaboración de un perfil psicodermatológico de deportistas fisiculturistas que consumen de esteroides anabolizantes androgénicos (EAA) de forma ilegal en la provincia de Pontevedra. Pertenecientes a los ayuntamientos del área asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico. **Población de estudio.** Pacientes varones que consumen EAA ilegales durante el periodo de recogida de datos (enero 2016 a octubre de 2017). Se han estudiado un total de 80 pacientes varones usuarios de gimnasios pertenecientes al área asistencial del CHUVI. **Objetivos.** Estudio del perfil deportistas fisiculturistas que consumen EAA, usuarios de gimnasios. Aproximación a la prevalencia del consumo de EAA. Estudio de la patología psicodermatológica

asociada. Los principales efectos adversos a corto por el abuso de EAA en atletas masculinos incluyen, entre otros: un aumento en el deseo sexual, la aparición del acné vulgar, aumento del vello corporal. En cuanto a los trastornos psicológicos y del comportamiento encontramos un incremento de la agresión, la hostilidad y las alte-

raciones del humor (por ejemplo, depresión, hipomanía, características psicóticas). Dicha sintomatología es dosis-dependiente.

**Conclusiones.** Los efectos secundarios a la dependencia y/o abstinencia de los EAA se manifestaron como fuertes trastornos depresivos. Todo esto representó y representa un importante coste social.