



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

## XII Reunión Anual de la Sección Balear de la Academia Española de Dermatología y Venerología Ibiza, 1 de abril de 2017

### 1. HIPOQUERATOSIS PALMAR CIRCUNSCRITA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M.C. Montis Palos, L.J. del Pozo Hernando, M.M. Escudero,  
A. Giancaman Contreras, O. Corral Magaña, J. Boix  
y C. Saus Sarrias<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** La hipoqueratosis palmar circunscrita (HPC) es una malformación epidérmica palmo-plantar descrita por primera vez en el año 2002 por Pérez et al., caracterizada por la aparición de lesiones únicas de piel eritematosa deprimida, bien delimitada, en palmas o plantas, de varios años de evolución, estables y asintomáticas. **Caso clínico.** Mujer de 60 años, con antecedentes de hipertensión en tratamiento farmacológico, consultó por una lesión en palma de mano derecha de un año de evolución, asintomática que había sido tratada con corticoides tópicos sin mejoría. A la exploración física presentaba en eminencia tenar una lesión eritematosa, deprimida, no infiltrada con bordes netos discretamente sobreelevados y escalonados. Con la sospecha de hipoqueratosis palmar circunscrita se realizó una biopsia que confirmó el diagnóstico y se aplicó tratamiento con crioterapia con resolución de la lesión.

**Discusión.** La HPC es una entidad benigna de etiopatogenia que es desconocida aunque se cree que representa una malformación epidérmica localizada y probablemente se deba a la existencia de un clon anómalo de queratinocitos. Afecta con mayor frecuencia a mujeres de edad media o avanzada. Por lo general se manifiesta como lesiones únicas localizándose predominantemente en palmas y con menor frecuencia en plantas. El diagnóstico diferencial deberá establecerse con la poroqueratosis y la enfermedad de Bowen. Se han descrito múltiples tratamientos como extirpación quirúrgica, crioterapia, terapia fotodinámica, corticoides o retinoides con escasos resultados.

### 2. SIFILIS SECUNDARIA: CLÍNICA Y TRATAMIENTO

J. Gutiérrez de la Peña

*Clínica Dermatología Palma. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** La sífilis y el resto de las infecciones de transmisión sexual han experimentado un incremento de su incidencia en los últimos años, en parte debido a la falta de medidas de prevención y a la pérdida del temor a contagiarse. Ante un exantema generalizado debemos sospechar de la sífilis secundaria y solicitar las pruebas serológicas que confirmen o descarten el diagnóstico.

**Caso clínico.** Varón de 53 años de edad con antecedentes de rinitis alérgica, en tratamiento con loratadina y tramadol, que desarrolla un exantema generalizado, no pruriginoso, por lo que acude a urgencias, solicitan analítica general que incluye anticuerpos anti-VIH, virus de Epstein-Barr y hepatitis A, B y C que resultan negativos, pero se olvidan de la serología luética. Nos consulta por un exantema maculopapuloso generalizado desde hace tres semanas con afectación palmoplantar y presencia de adenopatías. Se solicita serología luética con resultado de RPR positiva 1:128 y FTA-ABS anticuerpos antitreponema positivos Ig M 8,90 e Ig G 25,28, que confirman el diagnóstico de sífilis secundaria. Tratado con penicilina benzatina 2,4 millones de unidades semanales en tres dosis, desaparecen las lesiones y en controles posteriores disminuyen progresivamente los niveles de los anticuerpos antitreponémicos.

**Discusión.** Se revisa la clínica y tratamiento de esta patología, la sífilis primaria se manifiesta con un chancro o ulceración generalmente genital y adenopatías inguinales. En nuestro caso no había constancia de lesiones previas, y la presencia del exantema generalizado con pápulas palmares y plantares, nos hizo sospechar el diagnóstico, en un paciente que no refería relaciones sexuales de riesgo. Por tanto, no debemos olvidar solicitar la serología luética ante este tipo de lesiones dermatológicas.

### 3. 1, 2, 3 ... Y P200. AMPOLLAS EN LA PIEL

O. Corral-Magaña, A. Bauza Alonso, C. Saus Sarrias, M.M. Escudero-Góngora, A. Giacaman Contreras y J. Boix Vilanova.

*Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** El paciente con ampollas suele presentarse como un reto diagnóstico y, en muchas ocasiones, terapéutico. Existen múltiples entidades en su diagnóstico diferencial y desde hace 20 años conocemos una nueva entidad a ser considerada: el penfigoide anti-P200.

**Caso clínico.** Presentamos un varón de 76 años con ampollas en regiones acrales y afectación de mucosas. La impresión diagnóstica inicial tras su estudio anatomopatológico (histológico y con inmunofluorescencia directa) fue de penfigoide ampollado que respondió a 30 mg de prednisona oral. A pesar de ello, la negatividad en los anticuerpos anti-BP 180 y BP 230 y la inmunofluorescencia directa en salt split con depósito en el suelo de la ampollas obligó a replantear el diagnóstico. Además se decidió realizar la tinción inmunohistoquímica anticógeno IV, siendo finalmente diagnosticado el paciente de penfigoide P200.

**Discusión.** El penfigoide anti-P200 fue descrito en 1996 por Zillikens et al. Desde entonces se han descrito más de 100 casos considerándose una entidad rara aunque posiblemente infradiagnosticada. Clínicamente puede simular múltiples enfermedades ampolladas pero típicamente se presenta con ampollas en regiones extensoras y acrales con afectación mucosa inconstante y poco extensa. El estudio serológico suele ser negativo. La histología y su estudio con inmunofluorescencia presenta ampollas subepidérmicas con depósito de IgG/ C3 en membrana basal que al Salt Split marcará en banda dérmica. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante el inmunoblot, si bien se trata de una técnica no siempre accesible. Recientemente se han descrito alternativas diagnósticas como la tinción inmunohistoquímica para el colágeno IV. El pronóstico de la enfermedad es benigno siguiéndose el mismo esquema terapéutico que en el penfigoide ampollado. Presentamos un varón afecto de penfigoide anti-P200 y realizamos una actualización bibliográfica sobre esta entidad poco conocida.

### 4. CARCINOMA BASOCELULAR SUBUNGUEAL

J. Boix-Vilanova, N. Izquierdo Herce, L.J. del Pozo, C. Saus Sarria, A. Quintero, M.M. Escudero-Góngora, A. Giacaman y O. Corral-Magaña.

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

**Introducción.** El carcinoma basocelular (CBC) ocurre con mayor frecuencia en áreas fotoexpuestas como cabeza y cuello. Raramente se ha descrito en otras localizaciones, incluida la acral. Presentamos un CBC subungueal de los que se han publicado menos de 30 casos.

**Caso clínico.** Varón de 87 años sin antecedentes patológicos de interés que consultó por una placa eritemato-descamativa en pliegue periungueal del primer dedo del pie derecho con preservación de la lámina ungueal.

Con sospecha inicial de paroniquia vs. Bowen se realizó una biopsia incisional que se informó de carcinoma escamoso. Se realizó exéresis mediante cirugía de Mohs en diferido. El estudio histológico definitivo fue de CBC superficial multifocal con mínima diferenciación queratótica focal.

**Discusión.** Los CBC en áreas acrales son muy infrecuentes. Los localizados en región periungueal son incluso más raros. En la mayoría de los casos el diagnóstico no se sospecha clínicamente, siendo habitual confundirlos con onicomocosis, paroniquia o enfermedad de Bowen. La cirugía de Mohs constituye una alternativa útil de tratamiento.

Nuestro caso es un ejemplo de las localizaciones atípicas que puede presentar el CBC y pone de manifiesto la importancia de conocer los

posibles diagnósticos diferenciales de las lesiones en la zona periungueal.

### 5. MONILETRIX. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Palacios<sup>a</sup>, M. Hergueta<sup>a</sup>, M. Serra<sup>a</sup>, A. Agudo<sup>a</sup> y C. Saus<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Can Misses. Área de Salut d'Eivissa i Formentera. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases. España.*

**Introducción.** Moniletrix se trata de una rara enfermedad que clínicamente se caracteriza por un pelo extremadamente corto y frágil sobre todo de predominio en zona occipital junto a hiperqueratosis folicular y en ocasiones, otras alteraciones como la distrofia ungueal. Esta entidad está enmarcada en las causas de alopecia en la edad pediátrica.

**Caso clínico.** Presentamos un caso de un varón de 1 año de edad, en el que la familia refiere desde el nacimiento pelo quebradizo y frágil. Se tomó una muestra de pelo en la que a microscopia óptica y luz polarizada destacaban marcados cambios en su diámetro, dando un aspecto arrosariado sugestivos de moniletrix.

**Discusión.** Presentamos un caso de moniletrix. Realizaremos un repaso a dicha enfermedad y aprovecharemos el caso para hacer una revisión de la literatura sobre esta y otras patologías del pelo en la edad pediátrica.

### 6. LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO BIOLÓGICO ANTI-TNF: SERIE DE 6 CASOS

N. Martínez, R. Taberner, E. Parera, F. Terrasa<sup>b</sup>, I. Torné, A. Vila, I. Ros<sup>c</sup>, A. Nadal, A. Llambrich y C. Nadal.

*Departamentos de <sup>a</sup>Dermatología. <sup>b</sup>Anatomía Patológica\* y <sup>c</sup>Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** La leishmaniasis es una infección distribuida mundialmente, causada por el parásito leishmania, transmitido por la hembra del mosquito Phlebotomus, que actúa de vector. El cuadro clínico se clasifica, según zona geográfica y especie de leishmania, en variantes de Nuevo o Viejo Mundo. Estas variantes ayudarán a diferenciar las formas clínicas de leishmaniasis; localizada, crónica recurrente, difusa, mucocutánea o visceral. En pacientes inmunodeprimidos el diagnóstico puede ser complicado dada la inespecificidad de las lesiones cutáneas. La supresión de la inmunidad celular subyacente en dichos pacientes aumenta la susceptibilidad a esta infección, y el curso clínico contempla mayor recaídas y menor probabilidades de curación.

**Caso clínico.** Presentamos una serie de 6 casos de leishmaniasis cutánea en pacientes inmunodeprimidos. Registramos 5 varones y 1 mujer, con una edad media de 63 años para varones y 61 para mujeres. En la serie, 5 pacientes realizaban tratamiento con adalimumab y 1 con infliximab, con duración media de 45,3 meses. 5 de los casos recibían concomitantemente otro inmunosupresor. Las lesiones se localizaron en zonas fotoexpuestas y fueron inespecíficas, comportando un amplio diagnóstico diferencial. En todos los pacientes se realizó biopsia cutánea y en 3 se solicitaron estudios adicionales para descartar afectación visceral (serologías, mielograma, ecografía abdominal o tomografía computerizada). En 5 de los 6 casos se suspendió el tratamiento biológico. Todos los pacientes fueron inicialmente tratados con meglumina antimonio intralésional, con cambio a administración intramuscular en 3 de ellos por ausencia de respuesta, sin recaída clínica en 5 pacientes con seguimiento medio de 7,5 meses.

**Discusión.** Presentamos 6 casos de leishmaniasis cutánea en pacientes bajo tratamiento biológico. Las lesiones cutáneas de leishmaniasis pueden ser muy inespecíficas, siendo necesario considerar el diagnóstico en pacientes inmunodeprimidos. Todos los pacientes

presentaron evolución favorable con meglumina antimonio intralésional o intramuscular y la suspensión del tratamiento biológico en 5 de los pacientes.

## 7. TRASPLANTE CAPILAR: ANÁLISIS DE MI PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA

J. M. Mir Bonafé

*Servicio de Dermatología. Unidad Dermatológica de Trasplante Capilar. Hospital Juaneda. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** El trasplante capilar es un tipo de cirugía dermatológica que permite la restauración de pelo en zonas alopecias. El objetivo de este trabajo es presentar las características de los pacientes operados con esta técnica durante mi primer año de experiencia.

**Material y métodos.** Se recogen de forma descriptiva y retrospectiva desde septiembre de 2015 hasta septiembre de 2016 la edad, sexo, indicación quirúrgica, zona anatómica reparada, técnica de extracción de las unidades foliculares (uf's) por tira o follicular unit extraction (FUE), número de uf's injertadas y complicaciones intra- y postoperatorias.

**Resultados.** Han sido intervenidos 27 pacientes (20 hombres y 7 mujeres), 2 por alopecia por tracción de cejas, 2 por cicatrices traumáticas, y el resto por alopecia androgenética (AGA). Todos los procedimientos se han llevado a cabo mediante FUE, excepto 4 por tira (2 hombres y 2 mujeres, todos ellos por AGA). Solo se han observado complicaciones leves; intraoperatoriamente, lo más frecuente es el malestar que provoca la duración del procedimiento y la dificultad para anestesiar eficazmente la zona frontal. En los primeros días posteriores es común el edema frontoorbitario leve-moderado y la permanencia de las costras 7-10 días. Posteriormente, solo he objetivado alteraciones leves de la sensibilidad sin otras complicaciones.

**Discusión.** La ejecución satisfactoria del trasplante capilar requiere amplios conocimientos en tricología y cirugía dermatológica. Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios y se mostrará iconografía de ellos para la discusión particular de algunos problemas, limitaciones o ventajas que han surgido durante este tiempo de inicio en esta específica actividad.

**Conclusión.** Debido a su altísima complejidad técnica, pero sobre todo logística y de comparación y competencia con grandes corporaciones, es interesante la comunicación de mi experiencia durante el primer año en un campo de difícil inicio y desarrollo con éxito.

## 8. XANTELASMAS REBELDES

A. Nadal-Nadal, J.I. Torné-Gutiérrez, F. Terrasa-Sagrà, E. Cisneros-de la Fuente y R. Taberner-Ferrer.

*Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** El xantogranuloma necrobiótico (XN) es una enfermedad rara que afecta a la piel y otros tejidos, asociada de forma habitual a disproteinemia. Se caracteriza por presentar xantogranulomatosis y necrobiosis en la histología y afectación característica periocular.

**Caso clínico.** Paciente de 82 años, remitida para valorar lesiones periorcarias diagnosticadas como xantelasmas, que habían recurrido rápidamente tras blefaroplastia adquiriendo posteriormente un tacto duro e infiltrado con dificultad para la abertura ocular y empeorando la calidad de vida. La paciente era diabética e hipertensa, y era controlada en hematología por gammapatía monoclonal sin precisar tratamiento. Presentaba placas amarillentas, duras al tacto en mejillas, en abdomen y de forma marcada, bilateral y simétrica en área periocular. Se realizaron biopsias de las lesiones periorcarias y abdominales, mostrando en dermis focos granulomatosos en empalizada con signos de necrobiosis y cristales de coles-

terol en el interior. El proteinograma evidenció un pico monoclonal en zona gamma, sin otros hallazgos en la analítica. El TAC toracoabdominopélvico y la ecocardiografía transtorácica fueron normales. La RMN orbitaria mostró masas hipodensas en tejidos blandos peri- e intraorbitarios. Con el diagnóstico de XN se inició tratamiento con clorambucil (2mg/día) y prednisona (inicialmente a 30mg/día disminuyendo hasta 5mg/día) por parte de medicina interna, manteniéndose durante estos últimos 6 meses. La paciente ha presentado una importante y rápida mejoría clínica sin presentar efectos adversos destacables.

**Discusión.** El XN, pese a ser una patología rara, debe ser sospechado cuando se presenten lesiones amarillentas en (no únicamente) región periocular, y ser entendida como una manifestación cutánea de una enfermedad sistémica. La sospecha diagnóstica y el tratamiento adecuado son claves en el control de la sintomatología.

## 9. USO DE RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DEL PÉNFIGO VULGAR

M.E. Escriba Sancho<sup>a</sup>, E. Suero Rosario<sup>c</sup>, I. Martín Estevez<sup>b</sup> y R. Romero del Barco<sup>c</sup>

*Servicio de <sup>a</sup>Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Reumatología. <sup>c</sup>Servicio de Farmacia Hospital Mateu Orfila. Menorca. España.*

**Introducción.** El pénfigo vulgar y el pénfigo foliáceo son enfermedades ampollas autoinmunes que conllevan elevada morbilidad e incluso muerte.

El tratamiento de primera línea para el pénfigo consiste en la inmunosupresión sistémica con glucocorticoides sistémicos asociados o no a medicamentos inmunosupresores. Los pacientes que no responden a las terapias de primera línea pueden beneficiarse de intervenciones adicionales como el tratamiento con rituximab.

**Material y métodos.** Presentamos nuestra experiencia en 2 pacientes con pénfigo vulgar y una con pénfigo foliáceo que fueron refractarias tras mínimo de un año a tratamiento con corticoides e inmunosupresores. Analizamos la respuesta al tratamiento con rituximab durante su curso evolutivo.

**Resultados.** Todas las pacientes presentaron mejoría tras el primer ciclo de rituximab, estando sin lesiones cutáneas activas en el segundo ciclo.

**Conclusiones.** El tratamiento con rituximab es una opción válida tras el fallo a la primera línea de tratamiento en los pacientes con pénfigo vulgar y foliáceo. Sería oportuno considerar tratar tras el fallo a los pocos meses, dado los efectos adversos a largo plazo del tratamiento corticoideo.

## 10. EQUIMOSIS PERIORBITARIA COMO SIGNO DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS SISTÉMICA

A. Vila<sup>a</sup>, R. Taberner<sup>a</sup>, C. Nadal<sup>a</sup>, J. M. Ibarra de la Rosa<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.*

**Caso clínico.** Se presenta un caso de una mujer de 75 años, hipertensa y con glaucoma, remitida a dermatología por tendencia a equimosis espontáneas asintomáticas en zona periocular junto con lesiones equimóticas en mucosa bucal. No presentaba ninguna sintomatología sistémica. Tras biopsia de la grasa abdominal fue diagnosticada de amiloidosis, con inmunofijación sérica positiva para componente monoclonal IgG lambda y fue derivada a Hematología para seguimiento.

**Discusión.** Las amiloidosis son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por un mal plegamiento de proteínas, depósito amiloide en tejidos y daño orgánico progresivo. Las dos formas principales son los tipos AL (primaria), la más frecuente, y AA (secundaria), entre otras. Las manifestaciones cutáneas de amiloidosis sistémicas incluyen púrpura, petequias, equimosis, macroglosia y/o

placas, pápulas o nódulos de aspecto céreo, entre otras. La púrpura, característicamente localizada en distribución periorbitaria (“ojos de mapache”) está presente en una minoría, pero es un signo muy característico. La infiltración de la grasa subcutánea es generalmente asintomática, pero es común y puede ser un sitio conveniente para la biopsia. El diagnóstico es histológico mediante biopsia, siendo el aspirado de grasa abdominal la técnica de elección con una sensibilidad del 88% y especificidad del 97%. En el caso de que no sea concluyente puede recurrirse a biopsia de médula ósea, glándulas salivales o mucosa rectal. Por lo tanto, la sospecha clínica de la amiloidosis es una de las claves para llegar a un diagnóstico precoz, la cual puede basarse en manifestaciones cutáneas, como en el caso de nuestra paciente, siendo un ejemplo más de las mismas como marcadores de una enfermedad con implicación sistémica.

## 11. PLACAS ERITEMATOSAS Y ALTERACIÓN DEL HEMOGRAMA: ¿OTRO CASO DE LEUCEMIA?

A. Giacaman<sup>a</sup>, A. Bauzá Alonso<sup>a</sup>, J. Salinas Sanz<sup>b</sup>, R. Ramos Asensio<sup>c</sup>, J. Dapena Díaz<sup>d</sup>, L. Ferrés Ramis<sup>e</sup>, M.A. Durán Pastor<sup>f</sup>, M.M. Escudero-Góngora<sup>a</sup>, O. Corral-Magaña<sup>a</sup>, J. Boix<sup>a</sup> y A. Martín-Santiago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Hematología y Oncología pediátrica. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. <sup>d</sup>Servicio de Hematología y Oncología pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona. <sup>e</sup>Servicio de Pediatría. <sup>f</sup>Servicio de Hematología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** RALD (Ras-associated autoimmune leukoproliferative disorder) es una entidad rara de curso indolente y evolución crónica, cuyo diagnóstico plantea dudas con la leucemia mielomonocítica juvenil (LMMJ).

**Caso clínico.** Paciente de 8 años, con antecedente de tío materno fallecido por leucemia mielóide y hermano con monocitosis crónica, que consultó por placas eritematovioláceas en tronco y cara, de dos años de evolución. Además tenía adenopatías, sin síntomas sistémicos. La biopsia cutánea reveló un infiltrado de células mieloides de apariencia inmadura con fenotipo monocito. En la analítica de sangre se observó monocitosis y en aspirado de médula ósea (MO) monocitosis y 5% de blastos. Los hallazgos obligaron a descartar LMMJ. En sangre periférica no se observó mutación en PTPN 11, KRAS, NRAS, CBL ni en BCR-ABL. En MO se demostró una mutación en el gen KRAS. El cariotipo fue normal 46 XY. Con estos hallazgos se planteó el diagnóstico de RALD.

**Discusión.** RALD es un síndrome caracterizado por monocitosis persistente, absoluta o relativa, adenopatías, esplenomegalia, hipergammaglobulinemia y fenómenos autoinmunes, que se ha asociado a mutaciones somáticas activantes en la vía RAS. Esta entidad presenta hallazgos clínicos y de laboratorio que pueden superponerse a los de la LMMJ y es solo el estudio molecular el que permite diferenciarlas. El curso evolutivo aún no está establecido, por lo que se recomienda un seguimiento estrecho a largo plazo.

## 12. SENSIBILIZACIÓN DE CONTACTO A SHELLAC. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 6 PACIENTES

F. Mestre Bauzá, A. Giacaman Contreras, O. Corral Magaña, J. Boix Vilanova y M.M. Escudero Góngora

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

**Introducción.** Shellac o goma laca es una resina que se obtiene del insecto *Laccifer lacca* que habita en el sudeste asiático. Se usa en las industrias cosmética, alimentaria, farmacéutica, odontológica y mobiliaria entre otros.

Se han descrito casos de dermatitis de contacto alérgica por shellac, presente en máscaras de pestañas y barras de labios.

**Objetivos.** Estudio de los pacientes con sensibilización a shellac de la Unidad de Dermatitis de Contacto del Hospital Universitari Son Espases.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo, exploratorio, retrospectivo de pacientes con prueba epicutánea positiva a shellac, desde enero de 2013 a febrero de 2017.

**Resultados.** Se aplicó la serie de cosméticos (Chemotechnique Diagnosis®), en el periodo de estudio, a 163 pacientes. Seis pacientes (5 mujeres), de edad media 32 años, (rango 14-53) presentaron prueba epicutánea positiva a shellac. Cinco presentaron cosensibilización con otros alérgenos. Sulfato de níquel (1), dicromato potásico (1), cloruro de cobalto (1), Cl + Me-isotiazolinona (2), fenoxietanol (2), dodecil galato (3), mezcla de carbas (1) amerchol (1) hidropéroxido de linalool 1% y 0,5% (1) decil glucósido (1), sorbitan sesquioleato (1). Cuatro consultaron por eccema en manos, una por eccema en fosas antecubitales, cuello y mejillas y otro por eccema generalizado. Once meses de media (rango 1-18) de tiempo de evolución. Solo uno refirió antecedentes de enfermedad dermatológica (dermatitis atópica). Todos los adultos, 5 mujeres, referían historia laboral en el sector servicios y labores domésticas. La relevancia de la sensibilización a shellac se consideró desconocida en todos los pacientes. En una paciente, el origen de la sensibilización estuvo en una cera para muebles.

**Conclusiones.** El 3,7% de los pacientes a los que se probó la serie de cosméticos (Chemotechnique Diagnosis®) presentó sensibilización a shellac. La clínica predominante fue eccema en manos. No se ha podido determinar la relevancia de la sensibilización a shellac en ningún caso.

## 13. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS RECIÉN NACIDOS CON FENOTIPO BEBÉ COLODIÓN EN LAS ISLAS BALEARES

M.M. Escudero Góngora<sup>a</sup>, A. Giacaman<sup>a</sup>, C. Nadal<sup>b</sup>, A. Bauzá<sup>a</sup>, M. Fiol<sup>c</sup>, O. Corral Magaña<sup>a</sup>, J. Boix Vilanova<sup>a</sup> y A. Martín Santiago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Son Llátzer. <sup>c</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** El término bebé colodión se emplea para describir aquellos niños que al nacer presentan una membrana brillante, transparente y tirante como si hubieran sido barnizados en colodión. Constituye la presentación clínica inicial de diversas enfermedades genéticas, principalmente alteraciones de la queratinización. **Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas de los pacientes con fenotipo bebé colodión al nacimiento, las complicaciones que presentaron, el tratamiento instaurado y el diagnóstico final.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los recién nacidos diagnosticados clínicamente de bebé colodión en las Islas Baleares en los últimos 25 años.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 9 pacientes, 6 niños y 3 niñas, con un tiempo medio de seguimiento de 7,9 años (rango: 1 mes-22 años). En tres de ellos había historia familiar positiva. Únicamente en uno de ellos existía consanguinidad. Dos presentaron como complicación una sudamina, y uno una hipernatremia transitoria. Ninguno de nuestros pacientes presentó sepsis ni infección cutánea, ni falleció. Todos ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatal de nuestro hospital, en incubadoras con alta humedad, suero-terapia, antibioterapia sistémica empírica y vaselina tópica. El diagnóstico final fue de ictiosis autosómica recesiva no sindrómica en 5 de ellos, bebé colodión parcialmente resolutivo en 1 y bebé colodión autorresolutivo en 3 de ellos.

**Conclusiones.** Presentamos una serie de 9 bebés colodión, una entidad infrecuente. No existen alteraciones fenotípicas que nos

permitan predecir el diagnóstico final. Su manejo en unidades especializadas de cuidados intensivos neonatales es fundamental ya que la alteración de la barrera cutánea constituye una causa de morbimortalidad.

#### 14. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN EL HOSPITAL COMARCAL DE INCA

E. Casas de la Asunción, M. Neus Coll Puigserver, A. González Ruiz y B. Bartolomé González

*Servicio de Dermatología. Hospital Comarcal de Inca. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción y objetivos.** El penfigoide ampollosa es la dermatosis ampollosa más prevalente en nuestro medio. Sus características son bien conocidas. Aparece en personas de edad avanzada que presentan patología como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades neurológicas y cáncer. Deseamos conocer el perfil del paciente con penfigoide que es atendido en nuestro hospital. Para ello planteamos un estudio epidemiológico con los siguientes objetivos: 1) conocer las características clínicas y epidemiológicas de la población de penfigoide de nuestro hospital y 2) conocer las comorbilidades de estos pacientes.

**Material y métodos.** Se ha diseñado un estudio descriptivo de corte. Se seleccionaron y revisaron 32 casos diagnosticados de penfigoide en nuestro hospital desde el año 2008. Se realizó estadística descriptiva. Se calcularon parámetros de tendencia central y dispersión para las distintas variables además de estimar los mismos a nivel poblacional. Se calculó la prevalencia de las distintas comorbilidades en base a la muestra seleccionada.

#### 15. Pioderma gangrenoso atípico

M. Serra

*Servicio de Dermatología. Hospital Ca'n Misses. Eivissa. España.*

**Introducción.** El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica de etiología desconocida frecuentemente asociada a otras enfermedades sistémicas, como por ejemplo la artritis reumatoide, discrasias sanguíneas y enfermedad inflamatoria intestinal. Se han descrito diferentes formas clínicas de la enfermedad basándose en sus características clínicas: ulcerativas, ampollares, pustulares o vegetantes. Diferentes formas clínicas pueden coexistir en un mismo paciente, y en ocasiones podemos encontrarnos con formas atípicas.

**Caso clínico.** Paciente varón de 54 años afecto de colitis ulcerosa en tratamiento con infliximab. Presenta un cuadro de paroniquia del tercer dedo de la mano de meses de evolución que ha recibido múltiples tratamientos con antibióticos tópicos y orales sin mejoría e incluso progresión del cuadro. Ante la persistencia de la lesión realizan una interconsulta al Servicio de Dermatología. El paciente presentaba una paroniquia con ulceración y tejido de granulación de aspecto exudativo con eritema y edema circundante. Se realizó una biopsia punch del margen de la lesión y cultivo mediante frotis del exudado. Ante la sospecha de PG se inició tratamiento tópico con clobetasol. El cultivo fue negativo y la biopsia fue compatible con el diagnóstico de PG. Ante la ausencia de mejoría se iniciaron corticoides sistémicos con resolución del cuadro.

**Discusión.** Presentamos un caso de PG atípico, ya que en la literatura solo encontramos casos excepcionales de PG con afectación periungueal. Esta localización atípica provocó un retraso diagnóstico en nuestro paciente.