



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN
ASTUR-CÁNTABRO-CASTELLANO-LEONESA DE LA AEDV

LXXII Reunión de la Sección Astur-Cántabro-Castellano-Leonesa de la Academia Española de Dermatología y Venereología Palencia, 28 de abril de 2018

Comunicaciones orales

CO1. CAVERNOMATOSIS FAMILIAR MÚLTIPLE. LA IMPORTANCIA DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

I. Vázquez Osorio^a, A.M. Plasencia Amela^b, P. Gonzalvo Rodríguez^c
y E. Rodríguez-Díaz^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ^bServicio de Genética. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. España.

Introducción. La cavernomatosis familiar múltiple (CFM) es una entidad con herencia autosómica dominante, secundaria a mutaciones en tres genes (CCM1/KRIT1, CCM2/MGC4607 y CCM3/PDCD10) implicados en la angiogénesis y remodelación vascular. Se caracteriza por la presencia de malformaciones vasculares en el sistema nervioso central, pudiendo afectar también a retina y piel. Presentamos un caso de CFM con mutación patogénica tipo *nonsense* en el gen CCM1/KRIT1 (c.1267C>T [p.Arg423]), en el que las manifestaciones cutáneas fueron la clave para alcanzar el diagnóstico.

Caso clínico. Varón de 77 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca y estenosis aórtica, que presentaba múltiples lesiones asintomáticas de más de 20 años de evolución. En la exploración física se observaron decenas de lesiones exofíticas violáceas de diferentes tamaños, localizadas en tronco y raíz de miembros. El estudio histológico mostró estructuras vasculares dérmicas, con luces dilatadas y endotelio aplanado. El estudio inmunohistoquímico fue negativo para DL240 y WT1, y positivo para CD31.

Discusión. Con el diagnóstico de malformaciones venosas de tipo nodular, se revisó exhaustivamente la historia clínica del paciente, encontrando que había sido intervenido de un cavernoma intracraneal en 1994, y que un año más tarde había sufrido una hemorragia intracraneal. En las RM cerebrales previas se observaban múltiples lesiones hipointensas en hemisferios cerebrales, cerebelo y tálamo derecho, compatibles con cavernomas. Con la sospecha de una CFM se solicitó estudio genético que identificó una mutación patogénica en el gen CCM1/KRIT1.

Conclusiones. El 9% de los pacientes con CFM presentan manifestaciones cutáneas, asociadas principalmente a mutaciones en CCM1/KRIT1. Predominan las malformaciones capilares y venocapilares hiperqueratóticas, generalmente de presentación única, lo que dificulta la sospecha diagnóstica. Por tanto, ante la presencia de estas lesiones vasculares, especialmente si son múltiples o en edad pediátrica, es fundamental realizar una adecuada anamnesis y valorar una RM cerebral y estudio molecular de la CFM.

CO2. DERMATOSIS PERFORANTES ADQUIRIDAS: PRESENTACIÓN DE 5 CASOS

L. Sánchez Los Arcos, M. González de Arriba, A. Cosano Quero,
D.M. Moyano Bueno, I. Andrés Ramos y C. Román Curto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. La dermatosis perforante adquirida (DPA) es una condición cutánea infradiagnosticada caracterizada por pápulo-nódulos pruriginosos, umbilicados y de distribución folicular, centrados por una costra o tapón distintivo, fuertemente adherido. Aparecen de forma predominante en extremidades. Histológicamente se objetiva la eliminación transepidérmica (ETE) de componentes degenerados (queratina, colágeno o fibras elásticas) con mínima alteración de estructuras circundantes.

Caso clínico. Presentamos 5 casos de DPA que acontecen en un contexto muy dispar, en pacientes con diferentes comorbilidades pero con un nexo común, lesiones costrosas y signos de rascado en presencia de un prurito crónico incesante de origen multifactorial. Ante la sospecha de trastorno perforante, se inicia terapia antihistamínica y tratamiento dirigido frente a la causa desencadenante del rascado en cada caso, lográndose una remisión progresiva de las citadas lesiones al cesar el estímulo pruriginoso.

Discusión. Clásicamente las DPA se han relacionado con el padecimiento de enfermedades sistémicas, como la diabetes mellitus o la insuficiencia renal. No obstante, la relación nosológica entre estas y la aparición de DPA continúa siendo una incógnita. Casos como los descritos ponen de manifiesto el papel clave del rascado continuado como factor patogénico y desencadenante común en muchos trastornos perforantes reactivos en individuos sanos, sin un trastor-

no metabólico o deterioro renal reconocible. Según lo expuesto, se podría considerar la DPA como un proceso reactivo debido a un rascado crónico y no estrictamente vinculado con alteraciones metabólicas, tratándose por consiguiente de una condición más cercana al espectro del prurigo.

Conclusión. El conocimiento de esta condición evita retrasos diagnósticos y contribuye a un mejor manejo de esta entidad, enfocado principalmente a solventar aquellas causas de prurito tratables, lo que mejora la evolución y calidad de vida de estos pacientes.

CO3. LESIONES URTICARIFORMES Y ARTRALGIAS DE 12 AÑOS DE EVOLUCIÓN

A. Cosano-Quero, M. Roncero-Riesco, L. Sánchez-Los Arcos, Á. Viñolas-Cuadros y C. Román-Curto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

El síndrome de urticaria vasculitis hipocomplementémica (SUVH) es una urticaria crónica primaria poco frecuente que cursa con clínica de urticaria, histopatología de vasculitis leucocitoclástica (VLC) de pequeño vaso y déficit del complemento, asociada a afectación sistémica como artralgias, artritis o valvulopatía.

Presentamos una mujer de 36 años con DM tipo 1 y tiroiditis de Hashimoto que consulta en 2006 por brotes de lesiones cutáneas pruriginosas relacionadas con exposición al frío y artralgias en manos. La analítica (incluyendo ANA, anti-DNA, ANCA, crioglobulinas, ECA y serologías) fue normal con excepción de una disminución del complemento (C3 y C4); y la biopsia resultó compatible con dermatosis neutrofílica. En 2009 se le diagnosticó una gammopatía monoclonal de significado incierto (GMSI) IgG-Kappa de riesgo bajo-intermedio. En 2014, tras la persistencia de los brotes, se volvió a solicitar estudio analítico con igual resultado, pero observándose en esta ocasión VLC en la biopsia. Además se realizaron radiografías de manos y pies evidenciándose artritis erosiva. En 2016 debuta con síntomas de lesión mitral y tricuspídea severas, que precisa recambio valvular. Durante 12 años la paciente ha recibido corticoterapia oral complementada con distintos inmunosupresores que no han conseguido controlar el cuadro (micofenolato de mofetilo, azatioprina, metotrexato, dolquín, colchicina y rituximab). En 2017 inicia adalimumab, que consigue frenar la artritis pero sin modificación del cuadro cutáneo.

La presencia de urticaria, hipocomplementemia, GMSI, VLC, artritis y valvulopatía nos sitúa en un escenario de disregulación autoinmune-autoinflamatoria. Planteamos entonces la discusión entre los principales diagnósticos diferenciales: SUVH, síndrome de Schnitzler y alteraciones en el NLPR-3 relacionadas con los síndromes periódicos asociados a criopirinas (CAPS). A pesar de que la paciente no cumple criterios absolutos de ninguna de las alternativas propuestas nos inclinamos a que padezca un SUVH secundaria a su GMSI, que cursa con valvulopatía asociada en nuestro caso a una artropatía erosiva.

CO4. TOXICODERMIA GRAVE EN MUJER BRASILEÑA. ¿EXISTEN LOS SÍNDROMES OVERLAP?

A. Robledo Sánchez, E. Garabito-Solovera, A. Pérez Bustillo, G. Martínez García, M. Canseco Martín, M. Garayar Cantero y P. Manchado López

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. Las reacciones cutáneas adversas graves a fármacos (SCAR) incluyen pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA), reacción medicamentosa con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) y necrólisis epidérmica (síndrome de Stevens-Johnson-necrólisis epidérmica tóxica [SSJ-NET]).

Caso clínico. Mujer de 47 años brasileña con antecedente personal de cefaleas. Ingresó en UVI por crisis convulsiva abrupta con evolu-

ción a status epiléptico instaurándose tratamiento con levetiracetam intravenoso. En TAC urgente se detectó hemorragia subaracnoidea aneurismática. En aspirado broncoalveolar creció *S. aureus* metilicín sensible pautándose amoxicilina-clavulánico. Cuarenta y ocho horas más tarde, presentó exantema cutáneo con ampollas tensas sobre base eritematosa, micropústulas y necrosis cutánea con área denuddada en glúteo. Analítica: anemia, leucocitosis con neutrofilia, aumento de transaminasas y LDH. Biopsia cutánea: pústulas subcórneas e intraepidérmicas espongiiformes con acúmulos de neutrófilos. La paciente cumplía criterios diagnósticos en escalas SCAR de PEGA y de síndrome de DRESS, estableciéndose diagnóstico de síndrome overlap. Se suspendió el tratamiento con amoxicilina y levetiracetam y se realizaron cuidados dermatológicos de las lesiones cutáneas presentando rápida mejoría del cuadro.

Comentario. Debido a la presentación inicial variada de las toxicodermias, el diagnóstico puede ser difícil y sugerir una superposición entre los SCAR. Los síndromes overlap se definen como casos que cumplen criterios para el diagnóstico definitivo o probable de al menos 2 SCAR según los sistemas de puntuación para PEGA, DRESS y SSJ-NET.

Conclusiones. Presentamos un caso overlap PEGA/DRESS. El reconocimiento de estas entidades potencialmente mortales es esencial para la retirada precoz de los fármacos sospechosos y un mejor pronóstico.

CO5. VIH EN FASE SIDA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

J. Castiñeiras González^a, N. Eirís Salgado^a, A. Muela Molinero^b, P. Fernández Canga^a, C.C. Olmos Nieva^a, E. Varas Meis^a, M.A. González Morán^c y M.A. Rodríguez Prieto^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. La infección por VIH determina una enfermedad de curso progresivo, desde la primoinfección hasta las infecciones oportunistas y neoplasias que marcan el deterioro gradual del sistema inmunitario. Muchas de ellas se manifiestan directa o indirectamente en la piel.

Caso clínico. Varón, 26 años, sin antecedentes de interés, que ingresó por síndrome general y lesiones cutáneas eritematoedematosas, anulares, levemente descamativas, distribuidas por tronco, extremidades, palmas y plantas, no pruriginosas, de 2 semanas de evolución. En la exploración, se palparon adenopatías cervicales e inguinales bilaterales. La biopsia y serologías confirmaron la sospecha de lúes secundaria así como seropositividad a VIH. El nivel de linfocitos CD4 determinó una fase SIDA de debut, presentando en su evolución múltiples infecciones oportunistas, entre ellas toxoplasmosis cerebral y citomegalovirus, así como sarcoma de Kaposi cutáneo, ganglionar y visceral. Finalmente se diagnosticó una enfermedad de Castleman multicéntrica plasmocelular sobreañadida para la cual se administró rituximab con mejoría del síndrome linfoproliferativo pero empeoramiento de las lesiones de sarcoma de Kaposi.

Discusión. El sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente en pacientes VIH. Al igual que en la enfermedad de Castleman multicéntrica, se ha implicado en su patogenia al virus herpes-8 (VHH-8), el cual posee una seroprevalencia en Europa de menos del 30%. El agravamiento del sarcoma de Kaposi pudo deberse a un efecto deletéreo en la colaboración entre linfocitos B y T para el control del VHH-8 debido al efecto anti-CD20 de rituximab, si bien no podemos descartar el síndrome de reconstitución inmune tras el inicio de la terapia antirretroviral como factor causal independiente o adyuvante.

Conclusión. Las clásicas complicaciones del VIH aún pueden presentarse en la clínica diaria. Los dermatólogos cumplen un papel fundamental tanto en el diagnóstico inicial de VIH como en el seguimiento de sus complicaciones.

CO6. NIÑOS CENICIENTOS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M. Canseco Martín, C. Delgado Mucientes, G. Martínez García^a, A. Robledo Sánchez, M. Garayar Cantero, E. Manrique Silva y P. Manchado López

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. Existen diferentes dermatosis caracterizadas clínicamente por máculas hiperpigmentadas que aparecen de forma eruptiva principalmente en niños y adolescentes. Entre ellas destacan la hiperpigmentación macular eruptiva idiopática, la dermatosis cenicienta o eritema discrómico pertans, liquen pigmentoso y la hiperpigmentación postinflamatoria o por drogas. Por tanto, se necesita realizar un correcto diagnóstico diferencial en la práctica diaria.

Casos clínicos. Caso clínico 1: niña de 8 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés. Acude a nuestra consulta derivada de Urgencias por erupción cutánea asintomática de 4 meses de evolución. En la exploración se observan múltiples máculas marrónáceas, y alguna violácea o blanquecina, de aproximadamente 0,5 cm de diámetro, ovaladas, no descamativas, de límites bien definidos, en cuello, axilas, ingles, tronco y EEl. La exploración con luz de Wood resulta negativa. Se llega al diagnóstico de liquen plano pigmentoso mediante biopsia cutánea junto con los hallazgos clínicos. Se pauta ciclo corto de prednisona oral. Caso clínico 2: niño de 8 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes médicos de interés. Acude a nuestra consulta por presentar erupción cutánea pruriginosa, algunas ampollas, con serología + para enterovirus de resolución espontánea. Posteriormente se observa aparición de lesiones hiperpigmentadas asintomáticas de color gris pizarra en áreas no afectas por la erupción previa. Se realiza biopsia que pone de manifiesto una hiperpigmentación de la capa basal, con melanófagos y un leve infiltrado linfocitario. Dada las características clínicas e histológicas se diagnostica de dermatosis cenicienta y se trata con hidrocortisona tópica y fotoprotección.

Discusión. Presentamos dos casos clínicos de melanodermias idiopáticas, en las que fue fundamental los antecedentes epidemiológicos y la correlación clinicopatológica para llegar al diagnóstico, excluyendo otras patologías que cursan con hiperpigmentación macular. Profundizaremos en las características clínicas de cada uno de los posibles diagnósticos diferenciales.

CO7. REACCION CUTÁNEA TRAS ANGIOPLASTIA CON PACLITAXEL

M. Garayar Cantero, C. Muñoz Fernández-Lomana, M. Canseco Martín, A. Robledo Sánchez, G. Martínez García y P. Manchado López

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. El paclitaxel es un agente quimioterápico que pertenece a la familia de los taxanos y actúa como un agente antimitótico, interrumpiendo la división celular. Entre sus funciones se encuentra tanto su acción antineoplásica, como su acción antiproliferativa para la prevención de la reestenosis de diversos stents.

Caso clínico. Varón de 83 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que tras isquemia crítica de extremidad inferior derecha se le practicó una angioplastia e implantación de balón liberador de paclitaxel. Pocas horas después de la intervención, desarrolló una erupción cutánea pruriginosa constituida por pápulas eritematosas con costra central y excoriaciones localizada fundamentalmente en tronco y extremidades inferiores. Se realizaron pruebas epicutáneas para contrastes yodados, paclitaxel, níquel y titanio (componentes del dispositivo). Todas las sustancias testadas fueron negativas excepto el paclitaxel, que obtuvo un resultado positivo débil en el prick. La biopsia cutánea mostró un patrón de reacción vasculopático tipo urticaria-vasculitis.

Discusión. Presentamos un caso clínico de reacción cutánea secundaria a balón liberador de paclitaxel, de los cuales existen muy pocos casos descritos en la literatura. Consideramos importante el conocimiento de estos posibles efectos secundarios, dado que el número de dispositivos endovasculares implantados en España está aumentando exponencialmente.

CO8. STAPHYLOCOCCUS Y PROPIONIBACTERIUM ALTERAN LA EXPRESIÓN DE GENES BIOSINTÉTICOS DE GLICOSAMINOGLICANOS DE SUPERFICIE EN CÉLULAS EPITELIALES

M. Mir Bonafé^d, C. Martín^{a,b}, B. García^{a,b}, S. Requena López^d, P. Munguía Calzada^d, J. Auban Pariente^d, F. Vázquez^{a,b,c}, L.M. Quirós^{a,b} y F. Vázquez-López^{d,e}

^aInstituto Universitario Fernández-Vega. ^bDepartamento de Biología Funcional. Universidad de Oviedo. ^cServicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. ^eCátedra de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

Los principales glicosaminoglicanos (GAG) de superficie celular son el heparán sulfato (HS) y el condroitín sulfato (CS). Su estructura está determinada principalmente por la expresión de las enzimas responsables de su biosíntesis. Ambos GAG median en la adhesión de multitud de bacterias, paso inicial en el proceso infeccioso. En la piel abundan los géneros *Staphylococcus* y *Propionibacterium*, que de manera oportunista pueden causar patologías como el acné. El objetivo del presente trabajo fue la identificación de cambios en la expresión de los genes biosintéticos de GAG en células epiteliales inducidos por la interacción con bacterias. El estudio se realizó mediante PCR cuantitativa utilizando cultivos de queratinocitos de epidermis y fibroblastos dérmicos en ausencia y presencia de *P. acnes*, *S. aureus* y *S. epidermidis*. En queratinocitos, la mayor parte de las alteraciones génicas fueron producidas por *P. acnes*, siendo los cambios principalmente subexpresiones que afectaron a todas las etapas de la biosíntesis de ambos GAG: formación del linker, polimerización y modificación de las cadenas. La unión de los estafilococos ocasionó menor número de cambios. En fibroblastos, fue el *S. epidermidis* el causante de la mayoría de los cambios, generando siempre sobreexpresiones. Es la principal responsable de la alteración de genes implicados en la formación del linker y polimerización de ambas cadenas de GAG. En cuanto a la modificación de la cadena de CS, tanto *S. epidermidis* como *P. acnes* causaron cambios en la expresión génica de las enzimas implicadas en el patrón de sulfatación. Todas las bacterias generaron varios cambios relevantes en genes implicados en la modificación del HS, a nivel de sulfatación y de epimerización.

Los resultados mostraron que la unión de estas bacterias alteró en las células epiteliales la estructura de ambos GAG de superficie celular, lo que puede repercutir en la adhesión, además de en otros procesos fisiológicos.

CO9. PROTOCOLO PREQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

E. Varas Meis, P. Fernández Canga, J. Castiñeiras González, N. Eiris Salvado y M. Á. Rodríguez Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. La bibliografía y protocolos existentes en cirugía dermatológica son escasos, haciendo del manejo perioperatorio del paciente quirúrgico un motivo de controversia y desasosiego. El objetivo principal del manejo perioperatorio es la detección y prevención de potenciales complicaciones médicas relacionadas con la

intervención y/o la descompensación de entidades sistémicas desencadenadas por la cirugía.

Material y método. Presentamos el diseño de un protocolo preoperatorio para pacientes en cirugía dermatológica, y su aplicación prospectiva unicéntrica entre los meses de diciembre del 2017 y febrero del 2018.

Resultados. La instauración del protocolo preoperatorio se ha relacionado con una optimización en las consultas de valoración solicitadas a cardiología, anestesia y/o endocrinología. Su aplicación ha supuesto una reducción potencial en el número de interconsultas de urgencia, prolongaciones del tiempo de espera quirúrgico y el coste sanitario directo e indirecto relacionado con preingresos y programación de nuevas consultas evitables derivadas de un manejo preoperatorio subóptimo. Por otro lado, se ha objetivado una mejoría en el seguimiento de las recomendaciones clínicas sobre profilaxis antibiótica. De forma adicional, el personal administrativo y de enfermería ha referido beneficios indirectos del protocolo, al aportar información sobre el proceso quirúrgico del paciente de forma simplificada.

Conclusiones. Presentamos un protocolo de manejo preoperatorio en cirugía dermatológica, cuya aplicación podría suponer una optimización en la valoración y manejo perioperatorio del paciente, con la optimización de sus recursos sanitarios asociados.

CO10. FACTORES ASOCIADOS CON RECAÍDA Y MORTALIDAD EN MELANOMAS LOCALIZADOS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

A.M. González Pérez, J. Cañueto Álvarez, R. García Castro, A. Viñolas Cuadros, A. Conde Ferreiros, M. Yuste Chaves, L. Sánchez Los Arcos y C. Román Curto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. La afectación ganglionar al diagnóstico es un reconocido factor pronóstico en el melanoma. En pacientes con melanomas localizados al diagnóstico es no obstante importante definir los factores que influyen en la recaída y la muerte por enfermedad.

Métodos. Seleccionamos una cohorte de 248 melanomas (141 varones y resto mujeres, Me de 71 años) con estadio localizado al diagnóstico (BSGC negativa o BSGC no indicada, sin criterios de melanoma de alto riesgo por las características del tumor primario) recogidos entre el 1 de enero del 2008 y el 14 de junio del 2017.

Resultados. Sufrieron recaída 38 pacientes y 17 fallecieron por la enfermedad. El acortamiento del intervalo libre de enfermedad se asoció a la presencia de mitosis (HR = 4.838, P=0,001), a la ulceración (HR=9.912, P<0,0001), a un nivel de Clark IV-V (HR=4.032, P=0,01), al índice de Breslow > 2 mm (HR=3.715, P=0,002), > 4 mm (HR=2.586, P=0,011) y > 1 mm (HR=4.558, P=0,013). La regresión de Cox demuestra que la ulceración (OR=7.629 (2.693-21.611), P<0,0001) y el índice mitótico (OR=1.095 (1.031-1.162), P=0,009) son los factores de riesgo independientes más importantes para la recaída (ganglionar y/o a distancia) en este grupo de pacientes. La mortalidad se asoció a la presencia de mitosis (HR=3.363, P=0,015), a la ulceración (HR=14.085, P<0,0001), a los niveles elevados de LDH (OR=7.953, P<0,0001), a un índice de Breslow > 4 mm (HR=2.893, P=0,030) y > 2 mm (HR=2.951, P=0,043). La ulceración [OR=7.124 (2.467-20.572), P<0,0001], el índice mitótico [(OR=1.066 (1.010-1.124), P=0,021)] y los niveles elevados de LDH [OR=4.436 (1.958-10.050), P<0,0001] fueron los factores más importantes asociados a mortalidad en este grupo de pacientes.

Conclusiones. La ulceración y el índice mitótico son los dos únicos factores pronósticos que se asocian tanto a la recaída y como a la muerte por enfermedad en melanomas localizados al diagnóstico en nuestra cohorte.

CO11. FILTROS SOLARES: MITOS Y CURIOSIDADES

A. Viñolas Cuadros, M. González de Arriba, D. Moyano Bueno, A. Cosano Quero y C. Román Curto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. Debido a las campañas de prevención del cáncer de piel, cada vez es más cotidiano el uso de filtros solares con propiedades para neutralizar los fotones de radiación ultravioleta (UV). Presentamos un caso que ilustra alguna de estas cualidades, y revisamos su mecanismo de acción, que exige recomendaciones de uso quizá innecesarias, no estando exentas de efectos colaterales y no siempre siendo notificados.

Caso clínico. Mujer de 20 años, con antecedentes de depilación láser en labio superior, que acudió a nuestra consulta por presentar una mancha blanca asintomática de 4 años de evolución, de aparición intermitente en relación con la exposición a determinada luz del ambiente, y que afectaba a la zona tratada. A la exploración con luz natural no se apreció ningún hallazgo. Con la ayuda de la luz de Wood se visualizó una mancha fluorescente de aspecto artefacto, afectando a labio superior y cara volar de segundo dedo de mano derecha. Al reinterrogarla, la paciente refirió aplicar diariamente una crema fotoprotectora en la zona.

Discusión y conclusiones. Las cremas fotoprotectoras son productos tópicos con capacidad neutralizadora de las radiaciones UV. Según su naturaleza se dividen en dos tipos: los físicos y los químicos. Los químicos son compuestos que absorben la energía de las radiaciones, liberando su exceso en forma de calor, fluorescencia o por transferencia. Por otra parte, los físicos consisten en nanopartículas inertes que reflejan o dispersan las radiaciones. Recientemente, estudios de fotoabsorción han evidenciado neutralización UV con filtros utilizados ya tras el primer minuto de uso, lo que cuestiona la necesidad de aplicarlos 30 minutos antes de la exposición solar. Sin embargo, hay pocos estudios sobre reflexión, y muchos menos de los efectos colaterales derivados del uso. Presentamos un caso anecdótico, por no ser un motivo de consulta frecuente al no resultar perceptible.

Pósteres

P01. HIPERPLASIA SEBÁCEA ERUPTIVA COMO EFECTO SECUNDARIO DE SIROLIMUS EN UN PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL

S. Requena López, P. Munguía Calzada, M. Mir Bonafé, J. Auban Pariente, J. Santos Juanes y S. Gómez Díez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

La hiperplasia sebácea es una proliferación benigna de la glándula sebácea, la mayoría de los casos idiopática y en personas de edad avanzada. Se ha comunicado en pacientes con trasplante, fundamentalmente en relación a tratamiento con ciclosporina, aunque también con tacrólimus o corticoides sistémicos. Presentamos el caso de un paciente con hiperplasias sebáceas eruptivas múltiples en tratamiento con sirolimus por un trasplante renal (sin previa exposición a ciclosporina). Varón de 41 años que consultaba por lesiones cutáneas en región facial desde hacía 6 meses. Antecedente de trasplante renal hacía 16 años por insuficiencia renal crónica secundaria a uropatía obstructiva y hialinosis focal y segmentaria. Había recibido tratamiento con tacrólimus durante el 1.º mes post-trasplante pero se suspendió por infecciones respiratorias. Se inició tratamiento crónico con sirolimus en 2001 que mantiene en la actualidad. En la exploración se apreciaban múltiples pápulas de entre 1 y 4 milímetros, de coloración amarillenta, con umbilicación

central, asintomáticas y de localización facial (figura 1). Se realizó biopsia de una lesión que reveló lóbulos sebáceos alrededor de un conducto central, localizados en la dermis superficial (figura 2). El estudio inmunohistoquímico mostró expresión nuclear de las proteínas de los genes reparadores MLH1, MSH2; MSH6 y PMS2. Se confirmó el diagnóstico clínico de hiperplasias sebáceas eruptivas múltiples. A pesar de que se han atribuido las HS a un efecto directo de la ciclosporina más que al estado de inmunosupresión de estos pacientes se han descrito recientemente la aparición de HS eruptivas múltiples en inmunodeprimidos tratados con corticoides sistémicos o tacrólimus y en pacientes VIH. El mecanismo de aparición de las HS no está claro, es probable que el sirolimus, al igual que la ciclosporina y los corticoides, pueda modificar la unidad pilosebácea estimulando las células sebáceas indiferenciadas, induciendo su hiperproliferación y el desarrollo de HS.

PO2. QUERATOSIS SEBORREICAS ERUPTIVAS TRAS INICIO DE TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

J. Auban Pariente, L. Palacios García, S. Requena López, P. Munguía Calzada, M. Mir Bonafé, F. Vázquez López y J. Santos Juanes

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción. Las queratosis seborreicas eruptivas (QSE) son raras en dermatología. Por lo general son de naturaleza inflamatoria y pueden aparecer como signo de Leser-Trélat.

Caso clínico. Varón de 43 años con espondiloartritis axial B27+ de 5 años de evolución. Tratado inicialmente con etoricoxib 90 mg e indometacina 75 mg, se retiraron ambos por intolerancia. Inicia tratamiento con 40 mg de adalimumab subcutáneo quincenal. Tras la cuarta dosis de adalimumab, acude a consulta por presentar un brote de lesiones generalizadas, pruriginosas, que atribuye al inicio del tratamiento. A la exploración física se observan decenas de lesiones queratósicas pigmentadas de pequeño y mediano tamaño distribuidas fundamentalmente en cara y tronco. La sospecha clínica de QSE se confirma mediante biopsia. Se descarta mediante historia clínica, body-TC y analítica la presencia de una neoplasia oculta. Se suspende el adalimumab debido a la posterior aparición de taquicardias, sudoración y diarrea con cada administración, disminuyendo progresivamente las lesiones cutáneas en número y tamaño tras la retirada del fármaco.

Discusión. La aparición de QSE se ha descrito fundamentalmente en pacientes con tumores malignos (signo de Leser-Trélat), y en raras ocasiones asociada a eritrodermia secundaria a dermatosis inflamatorias, infecciones por VIH, embarazo y fármacos. En el caso de nuestro paciente, se realiza un seguimiento durante 23 meses para evaluar la aparición de tumores malignos sin que se observe ninguna evidencia de malignidad.

Conclusiones Tras haberse descartado otras causas frecuentes de QSE y observarse una secuencia temporal plausible en relación con la administración del medicamento, reportamos este caso como una probable reacción adversa al adalimumab siguiendo el algoritmo de causalidad de Naranjo para las reacciones adversas a medicamentos. Nuestro paciente responde rápidamente a la retirada del fármaco por lo que sugerimos que la interrupción del medicamento sospechoso sea la primera medida a realizar ante futuros casos.

PO3. ANOMALÍAS UNGUEALES EN UNA PACIENTE CON PÁPULAS FOLICULARES EN TRONCO Y AXILAS

M. Castro Martínez, S. Carrasco Molina y R. Giménez García

Servicio de Dermatología. Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción. La enfermedad de Darier es una genodermatosis que consiste en un trastorno de la queratinización de herencia autosó-

mica dominante, que afecta a la piel, las mucosas y las uñas. Se produce por mutación en el gen ATP2A2 (12q23-24), que codifica para la bomba ATPasa de calcio del retículo sarcoplásmico/endoplásmico tipo 2 (SERCA2).

Caso clínico. Mujer de 63 años de edad, con antecedentes familiares de madre, dos tíos maternos y varios primos con enfermedad de Darier. En su historia personal destaca haber sido diagnosticada de enfermedad de Darier, en el año 2011 en otro centro hospitalario, con lesiones localizadas en el tronco y uñas asociadas a queratoderma palmoplantar. Se viene tratando con ciclos de isotretinoín en los periodos de empeoramiento. También se ha tratado tópicamente con cremas de retinoides, corticoides y emolientes. Recientemente ha desarrollado lesiones en las axilas y región submamaria.

Discusión. Las manifestaciones cutáneas de la enfermedad de Darier son características y consisten en unas pápulas queratósicas, de aspecto grasiento, de color carne o marrón amarillento, aisladas o frecuentemente confluyentes, pudiendo formar grandes placas vegetativas, con fisuras y costras. Estas lesiones tienen predilección por las zonas seborreicas del tronco (parte superior del tórax, espalda), y la cabeza (márgenes del cuero cabelludo, orejas, frente). En ocasiones las lesiones pueden presentarse en la región anogenital y/o pliegues axilares e inguinales. La afectación ungueal es prácticamente constante: 92-95% de pacientes con enfermedad de Darier. Las uñas aparecen distróficas, débiles y quebradizas. La presencia de los siguientes signos es patognomónica de la enfermedad: estrías longitudinales blancas y rojas junto con muescas en forma de "V" en el borde libre de la placa ungueal. Más raramente se afecta la mucosa oral, frecuentemente el paladar duro. Otras localizaciones posibles son la mucosa gingival, lingual, oral, esofágica, rectal y vulvar.

PO4. CALCIFILAXIS NO URÉMICA

M. Espasandín-Arias, I. Ruiz-González, N. Eiris, J. Castiñeiras-González, P. Fernández-Canga, C. Prada-García y M.A. Rodríguez-Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. La calcifilaxis, o arteriopatía calcificante urémica, es una entidad infrecuente que afecta generalmente a pacientes con fallo renal crónico en tratamiento con diálisis.

Caso clínico. Paciente mujer de 70 años, con antecedentes de DM, HTA, hipotiroidismo y hepatopatía, entre otras, que acudió por un cuadro de lesiones dolorosas en muslos de 3 meses de evolución. Además refería pérdida de peso de 23 kg desde hacía un año. A la exploración física presentaba unas lesiones ulceradas, profundas, con borde eritematoso y fondo fibrino-necrótico en ambos muslos. La analítica no mostraba alteraciones en la función renal ni en el metabolismo del calcio-fósforo. Una radiografía de miembros mostró una calcificación en las arterias principales, musculares y cutáneas, y en la ecografía cutánea se apreció un refuerzo de la señal ecogénica de la pared de los vasos, compatible con depósito de calcio. Se realizó una biopsia cutánea que fue compatible con calcifilaxis. Se realizó el diagnóstico de calcifilaxis no urémica, de origen multifactorial, y se instauró tratamiento con tiosulfato de sodio y curas, con buena respuesta.

Discusión. Aunque la calcifilaxis se asocia generalmente a patología renal avanzada, se han descrito otras causas no urémicas, tales como: hiperparatiroidismo primario, neoplasias, hepatopatía alcohólica, conectivopatías y déficit de proteínas C y S. La mortalidad en estos pacientes es alta, siendo la sepsis la causa de muerte.

Conclusión. Se debe considerar el diagnóstico de calcifilaxis en pacientes con lesiones clínicamente compatibles pero sin patología renal.

P05. COLGAJO NASOLABIAL BILATERAL: UNA OPCIÓN RECONSTRUCTIVA EFICAZ EN DEFECTOS QUIRÚRGICOS EXTENSOS DE LABIO SUPERIOR

A. Conde Ferreirós, M. Yuste Chaves, M.T. Alonso San Pablo, I. Tormo Alfaro, R. García Castro, C. Román Curto y J.C. Santos Durán

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. Los labios son la región más expresiva de la cara. Sus movimientos nos permiten hablar, comer o mostrar un amplio espectro de sensaciones y emociones, por lo tanto, la reconstrucción de grandes defectos de la zona labial debe cumplir unos principios básicos para mantener una buena funcionalidad y preservar la estética centofacial.

Material y métodos. Describimos una serie de 4 pacientes con defectos quirúrgicos oncológicos de gran tamaño que afectan al espesor total del labio superior, donde empleamos el colgajo nasolabial bilateral como técnica reconstructiva.

Discusión. El colgajo nasolabial bilateral es un colgajo de avance de la mejilla. Para su diseño se extirpan dos semilunas en el área perinasal que permitan el deslizamiento necesario y sin excesiva tensión para el cierre del defecto. La longitud del colgajo debe medir aproximadamente la mitad del área que queremos reconstruir. Una vez labrado el colgajo, cada semiluna perinasal se avanza para cubrir el 50% del defecto primario y se sutura por planos: submucosa, capa muscular y piel.

Conclusión. La reconstrucción de grandes defectos de espesor total de labio superior continúa presentando enormes desafíos para el cirujano dermatológico debido a la particular anatomía y las opciones reconstructivas limitadas.

El colgajo nasolabial bilateral se muestra como una buena opción quirúrgica en la reconstrucción de amplios defectos que afecten al labio superior. Su proximidad al defecto primario (piel de color y textura similar) y su amplio pedículo ofrece un resultado estético satisfactorio y asegura una buena vascularización, primordial para garantizar la buena funcionalidad del área bucal.

P06. ENFERMEDAD DE BOWEN CON AFECTACIÓN PALPEBRAL CON BUENA RESPUESTA A TFD

A. Juárez Martín, L. Arango Duque, C. Bajo del Pozo y M. García Sánchez

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia. España.

Introducción. La terapia fotodinámica (TFD) se ha demostrado efectiva en el tratamiento de la queratosis actínica, el carcinoma basocelular o la enfermedad de Bowen (EB). La TFD utilizada para la EB tiene una eficacia según las series del 69 al 100%. Aunque puede considerarse inicialmente contraindicada en lesiones palpebrales, existe suficiente evidencia para poder utilizarla.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 67 años, trasplantado renal en tratamiento inmunosupresor crónico. Consultó por una placa eritematosa en dorso nasal que incluía el canto interno del ojo derecho y parte del párpado inferior. Tras confirmación histológica de EB, mediante biopsia de la zona más infiltrada, y dada la extensión de la lesión, se eligió para su tratamiento la TFD. Se aplicó metil 5-aminolevulinato tópico bajo oclusión opaca. A las 3 horas se retiró la crema. Para proteger el ojo se utilizó una prótesis estéril de plástico negro opaca a la luz, tras anestesia tópica. Se procedió al bloqueo anestésico del nervio nasal e infraorbitario con mepivacaína al 2% previo a la iluminación con la lámpara. Se utilizaron las dosis estándar de 37J/cm² (8 min de duración a una distancia de 8-10cm) con una lámpara de diodo con longitud de onda 634nm. A las tres semanas se realiza una segunda sesión de tratamiento. La terapia fue bien tolerada por el paciente.

Conclusión. Los tumores del área palpebral suponen un reto terapéutico para el dermatólogo. En nuestro paciente tanto la tolerancia al tratamiento como el resultado estético-funcional fueron excelentes. Actualmente realiza revisiones periódicas presentando remisión completa a los 6 meses del tratamiento.

P07. TUMOR EN HOMBRO DESDE LA INFANCIA CON CAMBIOS EN LA EDAD ADULTA

A. Pérez Bustillo^a, M. Canseco Martín^a, G. Martínez García^b y P. Manchado López^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. En dermatopatología existen multitud de ejemplos donde una dermis alterada, por efecto inductivo, puede dar lugar a cambios en la epidermis suprayacente, incluyendo estructuras similares a otras entidades.

Caso clínico. Mujer de 61 años, sin antecedentes personales de interés, acudió a consulta refiriendo lesión en hombro derecho desde los 14 años de edad, asintomática, hasta que seis meses antes tras un traumatismo presentó un episodio de sangrado. A la exploración se observaba un nódulo de coloración marrón-rosado, deprimido, adherido en profundidad, ovalado, de 1 x 2,5 cm de diámetro, con una zona central negro-azulada, brillante e irregular. La dermatoscopia mostró en la zona de la placa marrón-rosada un retículo fino marrón claro en periferia y una zona parcheada blanquecina. En la zona central, que clínicamente correspondía a la coloración negro-azulada, destacaban nidos ovoides, glóbulos azul-grises y vasos finos bien enfocados. Se realizó una biopsia incisional, informada como dermatofibroma con pequeño foco de carcinoma basocelular intraepidérmico suprayacente, sobre acantosis basaloide reactiva. Se procedió a la extirpación completa de la lesión.

Discusión. La presencia de cambios en la epidermis sobre los nódulos dérmicos del dermatofibroma son frecuentes, constituyendo habitualmente hallazgos anatomopatológicos que apoyan el diagnóstico de dermatofibroma. Sin embargo, en el caso de la hiperplasia basaloide, puede ser indistinguible del carcinoma basocelular, suponiendo un problema diagnóstico. Para algunos autores corresponde a un cambio reactivo de inducción folicular, mientras que para otros se trata de una neoplasia desde su origen. A favor de la naturaleza benigna del proceso se considera el carácter focal, localización superficial, ausencia de atipia y mitosis y diferenciación folicular.

Conclusión. A día de hoy la verdadera naturaleza de la hiperplasia basaloide está aún en discusión.

P08. ERITEMA RETICULAR TELANGIECTÁSICO EN PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS

P. Munguía Calzada^a, S. Requena López^a, M. Mir Bonafé^a, J. Aubán Pariente^a, A. de Dios Velázquez^a, P. del Burgo Morales^b y F. Vázquez López^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. España.

Introducción. El eritema reticular telangiectásico es una reacción cutánea benigna, descrita por primera vez en 1981 (Gensch y Schmitt) y definida como la aparición de placas eritematosas con telangiectasias en el lugar de implantación de un marcapasos o desfibrilador automático implantable (DAI).

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 64 años, hipertenso, diabético y dislipémico, con pluripatología cardíaca (fibrilación auricular permanente, síndrome bradicardia-taquicardia), EPOC, síndrome de apnea-hipopnea del sueño y psoriasis. Sigue tratamiento habitualmente con metformina, omeprazol, furosemida, fenofibrato, repaglinida y apixabán. En noviembre de 2015 le

fue implantado un marcapasos VVIR. Es remitido a dermatología en septiembre de 2017 porque desde julio de ese año presenta un área con eritema y telangiectasias en la parte anterior izquierda del tórax, coincidiendo con la zona de implantación del marcapasos, que progresivamente va extendiéndose hacia región preesternal y también a la parte posterior de la espalda. En la dermatoscopia observamos telangiectasias lineales y tortuosas, que se confirman al realizar una biopsia.

Discusión. Tras la implantación de dispositivos cardíacos pueden ocurrir distintos tipos de complicaciones, como infecciones, dermatitis alérgica de contacto o más raramente un eritema reticular telangiectásico. La etiopatogenia de esta última entidad es desconocida y se especula con la posibilidad de que se deba a una obstrucción mecánica al flujo venoso o incluso a la formación de campos electromagnéticos y a disregulación autonómica. La media de aparición del eritema reticular tras la implantación del marcapasos o DAL es de 30 meses, aunque puede variar desde semanas hasta años. En los casos descritos hasta ahora el eritema y las telangiectasias se circunscriben a la zona de implantación del dispositivo, sin embargo en nuestro caso se extiende hacia la espalda.

Conclusiones. Aportamos un caso de eritema reticular telangiectásico con extensión hacia la parte posterior y con imagen dermatoscópica.

P09. ESTADIFICACIÓN DE MELANOMA PREGANGLIO CENTINELA: PAPEL DE LA ECOGRAFÍA GANGLIONAR

P. Fernández Canga^a, E. Samaniego González^a, M. Espasandín Arias^a, E. Varas Meis^a, J. Castiñeiras González^a, C.C. Olmos Nieva^a, V. Martínez Valderrábano^b y M.A. Rodríguez Prieto^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Radiología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. En melanoma, la afectación ganglionar supone uno de los factores pronósticos más importantes. La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es, a día de hoy, el método preferido para el estadificación ganglionar inicial. En ciertos casos, la punción aspiración con aguja fina eco-guiada (eco-PAAF) permite la detección de metástasis ganglionares pre-SGC en pacientes sin afectación clínica.

Casos clínicos. Presentamos dos pacientes con diagnóstico de melanoma lentiginoso acral (5,625 mm de índice de Breslow) y melanoma nodular (6,375 mm de índice de Breslow) localizados en planta de pie derecho y pierna derecha, respectivamente; sin adenopatías palpables. En ambos, la ecografía pre-SGC mostró imágenes sugestivas de ganglios patológicos. Se realizó una eco-PAAF, siendo el resultado del estudio citológico compatible con metástasis de melanoma. Ante este hallazgo, se procedió a la linfadenectomía sin necesidad de realizar BSGC. El resto de estudios de extensión fueron negativos.

Discusión. La ecografía se ha posicionado como la técnica de imagen preferida para la detección de ganglios patológicos superficiales tras el establecimiento de criterios morfológicos concretos. No obstante, su sensibilidad varía según la región anatómica explorada y el operador.

En la detección de metástasis ganglionares, la eco-PAAF ha resultado ser menos invasiva y más barata que la BSGC. Asocia menor morbilidad, no requiere anestesia general y es mejor tolerada por los pacientes. Debido a su baja sensibilidad para la detección de micrometástasis (inferior al 50% en aquellas menores de 1mm), no puede sustituir a la BSGC. Aun así, ante un resultado positivo, evita la realización de BSGC, por lo que debe ser incluida en el algoritmo de estadificación de melanoma.

Conclusiones. Proponemos la estandarización del uso de la ecografía ± PAAF en la estadificación de melanoma a fin de evitar BSGC innecesarias.

P10. FACTORES RELACIONADOS CON LA POSITIVIDAD DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON MELANOMA INVASOR

R. García Castro, J. Cañueto Álvarez, A.M. González Pérez, D. Moyano Bueno, N. Tormo Alfaro, M. Yuste Chaves, A. Cosano Quero y C. Román Curto

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. La biopsia selectiva de ganglio centinela que se introdujo en el melanoma para explorar la primera estación de drenaje linfático, es una herramienta fundamental en la estadificación de los pacientes y facilita el control local de la enfermedad. La positividad de la BSGC es un factor de mal pronóstico en pacientes con melanoma. Nos propusimos evaluar los factores que influyen sobre dicha positividad en una cohorte de melanomas invasores.

Métodos. Partimos de una serie retrospectiva de 278 melanomas identificados entre el 1 de abril del 2008 y el 14 de junio del 2017 de los que 89 habían sido sometidos a BSGC.

Resultados. La BSGC fue positiva en 31 casos. La ulceración (P=0,017), el índice de Breslow > 4 mm (<0.0001), > 2 mm (P<0,0001) y > 1 mm (P=0,006), la invasión linfovascular (P=0,003), la presencia de mitosis (P=0,009), un nivel de Clark IV-V (P=0,023) y la edad mayor de 60 años (P=0,011) se asociaron a un mayor riesgo de BSGC positiva. La regresión logística binaria demuestra que el índice mitótico [OR=1.122 (1.027-1.227), P=0,011] y el espesor de Breslow > 4 mm [OR=5.653 (1.804-17.716), P=0,003] son los factores de riesgo independientes más importantes para la positividad de la BSGC en este grupo. La positividad de la BSGC se asoció a un mayor riesgo de muerte por melanoma (P=0,002)

Conclusiones. El índice de Breslow > 4 mm y el índice mitótico son factores de riesgo relevantes en la positividad de la BSGC en nuestros casos. Dado el riesgo de BSGC+ en pacientes con Breslow >4 mm, este subgrupo de pacientes parece candidato a la utilización de la técnica. Aunque ha existido controversia frente a su indicación, en general las guías suelen recomendarla.

P11. HIPERPIGMENTACIÓN INDUCIDA POR MINOCICLINA

S. Carrasco Molina, M. Castro Martínez, A.I. de Andrés Santos, D. González González, D. Colinas Reyero y R. Giménez García

Servicio de Dermatología. Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción. La minociclina es la tetraciclina que más se asocia con hiperpigmentaciones de origen medicamentoso (entre el 4 y el 15% de los pacientes que reciben este antibiótico). La minociclina es una tetraciclina semisintética usada en dermatología principalmente para el tratamiento del acné y la rosácea. La hiperpigmentación de la piel y de otros tejidos es un raro efecto secundario, pero reconocido por la ingestión de este fármaco, siendo dosis-dependiente, teniendo que informar a los pacientes de este posible efecto secundario antes de iniciar el tratamiento.

Caso clínico. Paciente de 73 años de edad, sin antecedentes personales de alergia medicamentosa, derivado por lesiones pigmentadas en la cara que refiere presentar desde hace dos años. En la anamnesis destaca la ingestión de minociclina vía oral de una manera casi continua en los últimos 24 meses. Tiene una huerta por lo que se expone al sol durante varias horas al día. A la exploración observamos una pigmentación color grisáceo-pizarra en la región facial respetando los pliegues. Además observamos una pigmentación azul grisácea en las uñas. Se realiza una biopsia observándose en la dermis subyacente marcada degeneración basófila de la colágena y elastosis solar con escaso componente inflamatorio.

Discusión. Se ha demostrado que el 10-20% de los casos de hiperpigmentaciones cutáneas son debido a efectos adversos a fármacos. Dentro de los antibióticos, las hiperpigmentaciones inducidas por

las tetraciclinas se producen a causa principalmente de la minociclina. La hiperpigmentación inducida por minociclina puede ocurrir hasta en un 15% de los pacientes que reciben este antibiótico, especialmente en pacientes que reciben un tratamiento prolongado. Se puede asociar a la presencia de pigmentación en otras localizaciones como las uñas, la esclera, los labios, la mucosa oral, los huesos, la aorta, las mamas y los ganglios linfáticos

P12. MASTOCITOSIS SISTÉMICA INDOLENTE

C. Gómez de Castro^a, P. Munguía Calzada^a, S. Requena^a, A. Ramírez Payer^b, B. Vivanco y S. Gómez Díez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Hematología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción. Las mastocitosis constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la proliferación clonal de mastocitos en distintos órganos, siendo la localización cutánea la más frecuente. Presentamos un caso de mastocitosis sistémica indolente estudiada en nuestro Servicio.

Caso clínico. Mujer de 50 años. Antecedentes de alergia a penicilina. Sin otros datos de interés. Consultó por lesiones cutáneas que se iniciaron hacía 15 años en miembros inferiores y que se fueron extendiendo de manera progresiva a miembros superiores, cuello y tronco. Eran pruriginosas espontáneamente y al frotar. En la exploración cutánea se observaban máculo-pápulas eritematosas diseminadas por toda la superficie cutánea respetando cara. El signo de Darier era positivo. No se palpaban adenopatías ni visceromegalias. La biopsia de piel mostró aumento de mastocitos que expresaban CD 117. En los estudios complementarios realizados destacamos la elevación de triptasa sérica e infiltración de mastocitos con morfología atípica en médula ósea. Estos tenían inmunofenotipo CD 117+, CD2+ CD25+ y mutación D816V en el gen c-Kit. Con estos datos se diagnosticó de mastocitosis sistémica indolente y se pautó tratamiento con cromoglicato disódico 200 mg cada 8 horas, ranitidina 300 mg al día e hidroferol 1 ampolla al mes.

Discusión. La mastocitosis sistémica indolente es un tipo de mastocitosis sistémica que aparece predominantemente en adultos. Para su diagnóstico se requiere la presencia de un criterio mayor y uno menor o tres criterios menores. En el caso de nuestra paciente cumplía todos los criterios.

Conclusión. Aportamos un caso de mastocitosis sistémica D816V+ indolente.

P13. MICOBACTERIAS ATÍPICAS: SOSPECHA OBLIGADA ANTE INFECCIONES CUTÁNEAS DE EVOLUCIÓN

C.C. Olmos Nieva, E. Samaniego González, I. Ruiz González, P. Fernández Canga, J. Castiñeiras González, E. Varas Meis y M.A. Rodríguez Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencia Universitario de León. León. España.

Introducción. Dentro del género *Mycobacterium* se encuentran identificadas más de 170 especies de micobacterias atípicas (MA). Las infecciones cutáneas generalmente son producidas por las especies *Marinum*, *Ulcerans*, *Kansassi*, *Fortuitum*, *Abscessus* y *Chelonae*.

Casos clínicos. 1) Mujer de 65 años con desnutrición proteica severa presenta lesión nodular de 1 mes de evolución en mano y aparición progresiva de lesiones similares en brazo, algunas ampollas y supurativas. En el estudio microbiológico se aisló *M. chelonae*, tratada con claritromicina, buena evolución. 2) Mujer de 19 años sin antecedentes de interés con lesión nodular en palma de mano de dos meses de evolución asociada a linfangitis y nódulos en el trayecto linfático hasta la fosa antecubital, sin clínica sistémica asociada. El

cultivo microbiológico fue positivo para *M. marinum*. El cuadro resolvió tras tratamiento con rifampicina y claritromicina.

3) Mujer de 32 años sin antecedentes de interés salvo reciente viaje a Perú, 2 meses después presentó un nódulo de superficie costrosa en brazo. Biopsia tomada del borde de lesión mostró dermatitis perivascular con presencia de microabscesos. Tinción Ziehl Nilsen detectó bacilos ácido-alcohol resistentes y PCR resultó positiva para *M. ulcerans*. Tratada con poliquimioterapia y cirugía presentó buena respuesta.

Discusión. Las MA se encuentran ampliamente distribuidas en la naturaleza y las infecciones generalmente se producen después de un trauma, cirugía o procedimientos cosméticos (ej. dermopielación). Su presentación clínica puede ser variable aunque típicamente, se presentan como lesiones nodulares, ulceradas o costrosas de evolución tórpida. Esto, junto con su difícil aislamiento, dificulta el diagnóstico y retrasa el tratamiento. Por ello, requiere realización de una biopsia cutánea amplia. El tratamiento consiste en poliquimioterapia prolongada. Debe individualizarse considerando comorbilidades del paciente. Ocasionalmente puede ser necesaria la cirugía o un manejo interdisciplinar.

Conclusión. Las infecciones por MA van en aumento y deben incluirse siempre en el diagnóstico diferencial de lesiones infecciosas resistentes al tratamiento convencional.

P14. TRATAMIENTO CON LÁSER SECUENCIAL DE PDL Y ND:YAG DE ANGIOQUERATOMA CORPORIS DIFFUSUM: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

I. Tormo Alfaro, S. Blanco Barrios, M. Roncero Riesco, J.C. Santos Durán, V. Velasco Tirado, A. Conde Ferreirós, A.M. González Pérez y C. Román Curto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. Los angioqueratomas son proliferaciones vasculares benignas definidas como pápulas o placas rojo-violáceas e hiperqueratóticas. De las 5 variantes clínicas descritas, es importante conocer el angioqueratoma corporis diffusum, por su asociación con la enfermedad de Fabry y por las molestias que ocasionan al paciente dada su extensión. Presentamos tres casos de angioqueratoma corporis diffusum tratados con láser.

Casos clínicos. El primer caso es una mujer de 26 años que presentó angioqueratomas en glúteos y muslo izquierdo. Presentó gran mejoría tras 9 sesiones con láser PDL y Nd:YAG secuencial y 3 sesiones con láser Nd:YAG. El segundo caso es una mujer de 33 años con angioqueratomas en el área del bañador. Las lesiones mejoraron tras una sesión con láser PDL y Nd:YAG secuencial. El tercer caso es una mujer de 48 años con angioqueratomas en ambos glúteos. Se realizó una prueba en una zona con láser PDL y Nd:YAG secuencial, observándose buena respuesta inmediata y quedando pendiente de ver evolución. En los dos primeros casos se descartó enfermedad de Fabry mediante estudio genético y determinación de la actividad de la galactosidasa, mientras que en el tercer caso el estudio se encuentra pendiente.

Discusión. Los angioqueratomas pueden resultar un desafío terapéutico en ocasiones, especialmente, en los casos extensos (como nuestras pacientes) donde los tratamientos clásicos como la cirugía pueden ocasionar complicaciones para los pacientes. En los últimos años, los láseres vasculares se han postulado como una buena alternativa en el tratamiento de los angioqueratomas. Particularmente, el láser de Nd:YAG (utilizado solo o en modo secuencial con PDL) es un tratamiento en general eficaz, bien tolerado y con buen perfil de seguridad para el tratamiento de estas lesiones.

Conclusión. Presentamos 3 casos de angioqueratomas extensos que presentaron buena respuesta a tratamiento con láser secuencial de PDL y Nd:YAG sin presencia de efectos secundarios importantes. Recordar también la importancia de descartar enfermedad de Fabry en estos casos.

Conferencia del experto

ACTUALIZACIÓN EN MELANOMA

E. Samaniego González

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial de León. León. España.

Los dermatólogos no podemos ser ajenos a los cambios recientes y cruciales que ha sufrido el melanoma en múltiples aspectos. El objetivo principal de la charla es realizar, desde una perspectiva práctica, una puesta al día de las principales novedades que, basadas en la evidencia, han supuesto un cambio en el manejo de los pacientes con melanoma cutáneo. La incidencia del melanoma está aumentando en todo el mundo. Este aumento es, sobre todo, a expensas de melanomas finos. A este hecho han contribuido los avances en la prevención, el diagnóstico precoz y la identificación de pacientes de riesgo. El papel desempeñado por el dermatólogo en estos aspectos es crucial, ya que el único tratamiento curativo del melanoma continúa siendo la cirugía en un estadio precoz. Los avances en biología molecular han permitido pasar de una clasificación anatomoclínica a una clasificación molecular del melanoma, basada en alteraciones genéticas específicas, como las mutaciones en BRAF. Estos hallazgos han propiciado el desarrollo de fármacos contra determinadas dianas terapéuticas para el tratamiento del melanoma metastásico. A su vez, se ha demostrado la eficacia de nuevos fármacos inmunoterápicos en el tratamiento de estos pacientes. Am-

bas estrategias terapéuticas han demostrado un aumento en la supervivencia global y, en algunos casos, la existencia de largos supervivientes, sustituyendo el tratamiento quimioterápico que hasta entonces había obtenido pobres resultados. Es importante saber que más del 50% de estos pacientes presentan eventos adversos dermatológicos, cuyo manejo es clave para que los pacientes continúen beneficiándose del tratamiento. La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC), aunque no ha demostrado un beneficio en la supervivencia, sigue siendo un procedimiento estándar para la estadificación pronóstica de los pacientes con melanoma localizado, si bien, existen aún algunas controversias como su indicación en melanoma fino. La linfadenectomía tras BSGC era una práctica estandarizada, sin embargo, los recientes resultados del ensayo MST-III, no demuestran un beneficio en la supervivencia de los pacientes a los que se les realiza una linfadenectomía inmediata tras BSGC positiva. No obstante, debido a los avances que también se han producido en el tratamiento adyuvante, el resultado de la BSGC es muy útil para seleccionar a pacientes candidatos. Es importante resaltar que el melanoma requiere un manejo multidisciplinar, por lo que es recomendable la existencia de un comité multidisciplinar y el establecimiento de un flujo adecuado del paciente que recibirá el manejo más adecuado en cada etapa de la enfermedad. En este contexto multidisciplinar, el papel del dermatólogo abarca todo el espectro de la enfermedad, desde el diagnóstico precoz, pasando por la estadificación, el seguimiento y, en su caso la enfermedad metastásica. De ahí, la importancia del conocimiento de los avances de este cáncer cutáneo para ofrecer a nuestros pacientes las mejores oportunidades.