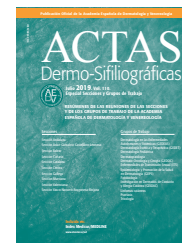




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### Reuniones de la Sección Canaria de la Academia Española de Dermatología y Venerología Fuerteventura, 27 y 28 de abril de 2018

#### 1. ¿QUÉ PAPEL JUEGAN LOS GENES DEL SISTEMA HLA AL MODULAR LA EXPRESIÓN DE DIVERSAS CARACTERÍSTICAS DE LA PSORIASIS EN POBLACIÓN DE GRAN CANARIA?

C.P. Hernández<sup>a</sup>, M. Grau<sup>a</sup>, F. Sánchez<sup>b</sup>, S. Herrera<sup>a</sup>, P. Díaz<sup>a</sup>, P. Valerón y G. Carretero<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología e <sup>b</sup>Inmunología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad multifactorial en cuya etiopatogenia se han implicado diversos alelos HLA. El principal objetivo de este estudio es analizar la relación entre la expresión de determinados HLA y la presencia de psoriasis, artritis psoriásica, antecedentes familiares de psoriasis y edad de debut de la enfermedad en población de Gran Canaria.

**Material y método.** Se estudió una muestra de 632 sujetos, 244 pacientes con psoriasis y 388 controles sanos, pertenecientes a población de referencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Se realizó un genotipado de los genes HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR y HLA-DQB1. Se estudió su relación con las variables de interés mediante la técnica de la ji-cuadrado y se calcularon los riesgos relativos mediante el método de Woolf-Haldane. Se analizaron las frecuencias genotípicas de Hardy-Weinberg en todos los grupos.

**Resultados.** Los alelos HLA-B55, C06 y DQ05 se asociaron con la presencia de psoriasis, mientras que los HLA-B08, C05, C07, DR03 y DQB1\*0201 se asociaron con ausencia de la misma. Los alelos HLA-A26 y B38 se asociaron con la presencia de artritis psoriásica, mientras que el HLA-DQB1\*0501 se asoció con su ausencia. No se encontraron diferencias según los antecedentes familiares. Los alelos HLA-A01, C06 y DR07 se relacionaron con el debut de la psoriasis en la franja de 11 a 30 años, y los alelos HLA-C03 y DQ06 con el debut en la franja de 31 a 40 años. Los alelos HLA-B15, B39, C05 y DR11 actuaron como factores protectores del debut en las franjas 11-30 años, > 40 años, 21-40 años y 21-30 años respectivamente.

**Conclusiones.** Nuestro estudio indica que los genes HLA influyen en la presencia de psoriasis cutánea, artritis psoriásica y edad de debut de la enfermedad, ejerciendo su influencia principalmente en el grupo de 11 a 40 años, en población de Gran Canaria.

#### 2. PONIENDO A PRUEBA LAS ESTIMACIONES DEL REGISTRO: ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE INCIDENCIA DE MELANOMA CUTÁNEO INVASIVO EN GRAN CANARIA

M. Grau-Pérez<sup>a,d</sup>, S. Ponce-de la Cruz<sup>b</sup>, M.P. de la Rosa-Del Rey<sup>c</sup>, P. Almeida-Martín<sup>b</sup>, A.M. González-Quesada<sup>a</sup>, J. Hernández-Santana<sup>b</sup>, N. Santana-Molina, L. Borrego-Hernando<sup>d</sup>, J.M. González-Martín<sup>e</sup> y G. Carretero-Hernández<sup>a</sup>

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

**Introducción.** La radiación ultravioleta entre 2000 y 2010 en Gran Canaria fue de las más elevadas del país. Sin embargo, los datos de incidencia de melanoma publicados a nivel nacional en los últimos años le otorgan una de las incidencias de melanoma más bajas. Las últimas estimaciones de REDECAN (Red Española de Registros de Cáncer) establecieron datos para el 2014 en Canarias.

**Objetivos.** Obtener datos actualizados de incidencia de melanoma en nuestra región (2010-2015) y evaluarlos frente a las previsiones del registro.

**Métodos.** Estudio retrospectivo. Se recogieron los casos con confirmación histológica de melanoma cutáneo invasivo entre los años 2010 y 2015 de los dos hospitales públicos de Gran Canaria. Los casos fueron obtenidos de las bases de datos de melanoma del HUGCDN y del CHUIMI, y contrastados con la base de datos del servicio de anatomía patológica (código SNOMED). En caso de melanoma múltiple, solo se tuvo en cuenta el primer tumor invasivo. El denominador se obtuvo del censo poblacional grancanario anualmente (datos del INE).

**Resultados.** Se obtuvieron datos de 431 pacientes. En el período de estudio la tasa cruda de incidencia de melanoma fue de 9,62 casos por 100.000 personas-año. La incidencia ajustada a población estandarizada europea en el mismo período fue de 10,37. Presentamos tasas anuales ajustadas por edad y sexo en el período de estudio, crudas y ajustadas a la población europea estándar de 2013.

**Limitaciones.** Podríamos haber infraestimado la incidencia real por la pérdida de casos evaluados en la medicina privada de pacientes censados, que no fueran derivados para seguimiento en el servicio canario de salud.

**Conclusiones.** La incidencia de melanoma cutáneo invasivo en Gran Canaria es superior a los datos estimados. Se necesitan datos recientes de otras comunidades autónomas para determinar si es también superior a la de otras regiones de nuestro país.

### 3. APLICACIÓN DE DUTASTERIDA MEDIANTE MESOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA: SERIE DE CASOS

C. Vázquez-Rodríguez<sup>a</sup>, N. Merino de Paz<sup>b</sup>, M. Arteaga-Henríquez<sup>a</sup>, M. Merino de Paz<sup>b</sup>, V. Lukoviek<sup>a</sup>, G. Ramírez Fernández<sup>b</sup> y E. García-Peris<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Canarias. <sup>b</sup>Dermamedicina Clínicas. Tenerife. España.*

**Introducción.** Existen diversos tratamientos para la alopecia androgenética (AGA). Entre ellos está el dutasteride, que inhibe la 5 alfa reductasa tipo I y II, y que se puede utilizar tanto vía oral como en mesoterapia (solo o en combinación).

**Objetivo.** Analizar los resultados del tratamiento con mesoterapia con dutasteride y minoxidilo en un grupo de pacientes con AGA entre marzo y octubre de 2017.

**Material y métodos.** Presentamos una serie de 15 pacientes con AGA que han recibido mesoterapia con 1mL de dutasteride al 0,05% y 1mL de minoxidilo al 2%. Nueve pacientes reciben una única sesión y seis una segunda sesión a los tres meses de la primera. La evaluación se realizó mediante fotografía macroscópica y dermatoscópica a los tres meses del tratamiento, clasificando el resultado en “empeoramiento”, “sin cambios”, “mejoría leve” y “mejoría moderada”. Recogimos también los efectos adversos (dolor, inflamación, edema...).

**Resultados.** La mayoría de los pacientes presentaron una mejoría leve tras el tratamiento. El efecto adverso más frecuente fue el dolor (leve-moderado) durante la infiltración y en los días posteriores a la misma. Una paciente experimentó edema en frente y párpados superiores de 1 semana de duración. Una paciente presentó una placa de alopecia areata a las dos semanas del tratamiento.

**Conclusión.** Existen varios estudios evaluando el beneficio de las infiltraciones con dutasteride frente a placebo con buenos resultados, realizándolas con una frecuencia semanal las primeras 8 semanas y luego espaciando las sesiones. Un estudio más reciente, de este mismo año, muestra la eficacia con infiltraciones realizadas cada 3 meses, lo que permite un tratamiento más sencillo. En conclusión, presentamos nuestra experiencia con una serie de casos de AGA tratados mediante mesoterapia de dutasteride y minoxidilo, que sirve de apoyo al resto de trabajos publicados.

### 4. ESTIMACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON MELANOMA FINO SEGÚN LA 8.ª EDICIÓN DE LA AJCC

R. Fernández-de-Misa Cabrera, S. Garrido Ríos, N. Hernández Hernández, J. Uña Gorospe, J.C. Martínez Cedrés, M.A. Cabrera Suárez, A. López Figueroa, L. Gamba Michel y J. Suárez Hernández

*Unidad Multidisciplinaria del Melanoma. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC). Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción.** El sistema de estadificación habitual para los pacientes con melanoma maligno (MM) es el TNM-AJCC. Comparamos la supervivencia libre de enfermedad (SLE) de los pacientes con MM

fino del HUNSC en función de su estadificación según la 7.ª y 8.ª edición (ed.).

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional que incluyó a los 223 pacientes diagnosticados de MM con grosor  $\leq 1$  mm entre 2002 y 2016 con todas las variables disponibles. Se clasificaron simultáneamente según la 7.ª y 8.ª ed. AJCC. Ninguno de los pacientes mostró enfermedad extracutánea en el momento del diagnóstico. La SLE se calculó según el método de Kaplan-Meier. EL HR se analizó mediante regresión múltiple de Cox incluyendo edad y sexo.

**Resultados.** La 8.ª ed. discriminó de forma significativa (log-rank  $< 0,001$ ) la SLE entre pacientes pT1a y pT1b. La SLE a los 5 años para los pacientes pT1a y pT1b fue 100% y 91%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). La 7.ª ed. no lo hace. Según la 8.ª ed. T1b se asoció a un incremento del riesgo de progresión del MM (HR=16; IC95%=2-129) ( $p=0,009$ ) una vez ajustado por edad y sexo.

**Discusión.** La SLE puede ser un índice útil en el seguimiento de pacientes con MM fino por diferentes motivos: 1) la mortalidad específica por estos MM es escasa; 2) el desarrollo de tratamientos eficaces puede interferir con la observación de la historia natural del MM; 3) es una situación con la cual se enfrenta habitualmente el dermatólogo. La 8.ª ed. de la AJCC, con su mayor poder de discriminación, se perfila como una herramienta útil para el manejo de pacientes con MM precoz. Se requiere, no obstante, analizar series amplias que nos permitan ajustar el IC95% cuya amplitud obedece a la escasa observación de progresiones en pacientes T1a.

### 5. BEBÉ COLODIÓN Y ECTROPIÓN

M. Arteaga-Henríquez<sup>a</sup>, L. Frommherz<sup>b</sup>, J. Fischer<sup>b</sup> y C. Has<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife<sup>a</sup>. España. Universitätsklinikum Freiburg. Friburgo<sup>b</sup>. Alemania.*

**Introducción.** La ictiosis del bañador es una variante rara de ictiosis lamelar de herencia autosómica recesiva. Recientemente se han publicado datos acerca de su etiopatogenia.

**Caso clínico.** Paciente varón de 1 año, nacido como bebé colodión y con ectropión, se presenta con escamas lamelares en el tronco y menor afectación de piernas y cara. Se trataba del primer hijo de padres consanguíneos sin historia familiar de ictiosis. Se realiza estudio genético, demostrando una mutación homocigota en el gen TGM1.

**Discusión.** La ictiosis en bañador pertenece al grupo de las ictiosis congénitas de herencia autosómica recesiva. Mutaciones en el gen de la transglutaminasa-1 llevan a un fenotipo dependiente de la temperatura. La pérdida o reducción de la actividad de la transglutaminasa-1 son responsables de la formación defectuosa del estrato córneo y del colapso de la barrera lipídica. Su actividad se reduce con el calor y se restaura a temperaturas más bajas. Las escamas grises se restringen a la “zona del bañador” de manera característica.

**Conclusión.** Presentamos a un paciente varón de 1 año con una ictiosis en bañador. El conocimiento de esta entidad y de su fisiopatología permite un manejo más adecuado de la misma, con mejoras en la calidad de vida de los pacientes y en su pronóstico general.

### 6. MIASIS FORUNCULOIDE POR DERMATOBIA HOMINIS

A. Sagrera, E. López, S. Ponce, B. Roque, P. Almeida, L. Borrego y J. Hernández

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

**Introducción.** La miasis forunculoide es una infestación de la piel causada por larvas de dípteros, habitualmente *Dermatobia hominis* en América del Sur y *Cordylobia antropophaga* en África, que son transmitidas desde el medio ambiente o a través de artrópodos vectores.

**Caso clínico.** Un varón de 60 años, natural de Colombia y sin antecedentes patológicos de interés, consultó por lesiones dolorosas y pruriginosas que habían aumentado en número y tamaño en el último mes y medio. Su último viaje a su país de origen fue un año antes pero en los meses previos había recibido un paquete de dicha procedencia en el que objetivó la presencia de insectos. En la exploración física presentaba en costado, brazo y espalda nódulos redondeados de aspecto forunculoide, tonalidad eritematoviolácea y con un orificio central por el que drenaba contenido serohemático. A la presión digital se objetivó la salida de una larva viva. El cultivo bacteriológico fue negativo y el análisis microbiológico determinó la especie. El diagnóstico definitivo fue miasis forunculoide por *Dermatobia hominis*.

**Discusión.** La miasis forunculoide es una de las cinco dermatosis más frecuentes del viajero. Clínicamente es muy parecida a la forunculosis bacteriana, cursando ambas con pápulas o nódulos inflamatorios. El historial de exposición del paciente así como la ineficacia del tratamiento antibiótico previo son claves en el diagnóstico. La globalización en las comunicaciones permite el traslado del agente causante, pudiendo causar la enfermedad de forma autolimitada. La miasis forunculoide generalmente es benigna siendo la recuperación rápida y sin complicaciones.

**Conclusión.** La miasis forunculoide cada vez va adquiriendo mayor relevancia debido a los movimientos migratorios y la creciente demanda turística hacia zonas endémicas. La excepcionalidad de nuestro caso reside en que el paciente no había estado recientemente en áreas endémicas, si bien recibía paquetes con frecuencia de este origen.

## 7. MÁCULAS LINEALES Y ARREMOLINADAS EN RECIÉN NACIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

P. Díaz<sup>a</sup>, M. Grau<sup>a</sup>, C.P. Hernández<sup>a</sup>, S. Herrera<sup>a</sup>, A. González<sup>a</sup>, J.L. Rodríguez-Peraltó<sup>b</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción.** Los mosaicismos pigmentarios son enfermedades caracterizadas por la presencia a nivel cutáneo de máculas hiper- o hipopigmentadas de distribución según patrones clínicos establecidos. Expresan la existencia de dos líneas celulares con diferente información genética para un carácter determinado.

**Caso clínico.** Niña de 6 años de edad sin antecedentes y con buen desarrollo neurológico y psicomotor. Sin historia familiar de anomalías pigmentarias ni consanguinidad. Presenta desde el nacimiento máculas hiperpigmentadas generalizadas asintomáticas, sin haberse precedido de ampollas o lesiones inflamatorias. A la exploración física se objetivaron máculas lineales hiperpigmentadas de unos 5 mm de diámetro, bilaterales, siguiendo un patrón arremolinado a lo largo de las líneas de Blaschko, y que afectaban a tronco, extremidades superiores e inferiores. En cara, palmas, plantas, genitales y mucosas no presentaba lesiones. El estudio histopatológico mostró una hiperpigmentación de la capa basal de la epidermis, sin incontinencia del pigmento. Se llegó al diagnóstico de hipermelanosis nevoide lineal y arremolinada (HNLA) y se decidió vigilancia activa.

**Discusión.** La HNLA fue descrita por primera vez en 1988 por Kaltar et al., como un desorden pigmentario esporádico que se manifiesta durante las primeras semanas de vida. Progresa durante los dos primeros años y se estabiliza. Se caracteriza por bandas hiperpigmentadas en remolino distribuidas asimétricamente siguiendo las líneas de Blaschko, respetando cara, áreas palmoplantares y mucosas. No se precede de estado inflamatorio o verrugoso. En un 30% de los casos se asocia a clínica extracutánea que afecta predominantemente al sistema nervioso y musculoesquelético. La patogenia es desconocida. Se postula que es resultado de mosaicismo o quimerismo. El diagnóstico diferencial se plantea con trastornos

pigmentarios que siguen las líneas de Blaschko, tales como la incontinencia pigmenti, nevus epidérmico y la hipomelanosis de Ito.

**Conclusión.** Presentamos un caso de HNLA sin afectación extracutánea probablemente secundaria a un mosaicismo cutáneo.

## 8. EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME-LIKE EN UN PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL

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

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

Varón de 76 años, hipertenso, diabético, trasplantado renal en 2014, en tratamiento con tacrolimus y micofenolato de mofetilo, que presentaba antecedentes de múltiples queratosis actínicas y carcinomas basocelulares. En uno de los controles dermatológicos se quejó de unas máculas y placas eritematopigmentadas localizadas en área tórax abdominal izquierda de 2 años de evolución que sugerían una pitiriasis versicolor que se mostraron resistentes al tratamiento habitual. Se realizó una biopsia donde se apreciaban unos queratinocitos de gran tamaño con un citoplasma amplio azul pálido, que se agrupaban en la parte alta de la epidermis, que contenían gránulos toscos de queratohialina asociados a leve hiperqueratosis. Los estudios inmunohistoquímicos mostraron positividad para p16 y virus papiloma humano, con un índice proliferativo mayor al esperado con Ki67. Por otro lado, las tinciones de PAS y Grocott resultaron negativas. En base a estos hallazgos se realizó el diagnóstico de epidermodisplasia verruciforme-like (o adquirida). La epidermodisplasia verruciforme es una genodermatosis con herencia autosómica recesiva debida a la mutación del gen Ever1 MC6 o al gen Ever2/TM8, que clínicamente se caracteriza por infecciones por virus del papiloma humano con una clínica específica, entre la que destaca lesiones pitiriasis versicolor-like, y que se asocia con frecuencia con carcinomas espinocelulares. Sin embargo, se han descrito casos adquiridos con una clínica similar, en relación con algún trastorno de la inmunidad como VIH (+), linfopenia CD4 o trasplantados. En estos casos el cuadro mejora cuando se consigue mejorar el estado inmunitario.

## 9. DESORDEN LINFOPROLIFERATIVO SECUNDARIO A METOTREXATO: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

B. Roque-Quintana<sup>a</sup>; E.C. López-Jiménez<sup>a</sup>, S. Ponce-de-la-Cruz<sup>a</sup>, A. Sagrera Guedes, Z. Hernández Hernández<sup>a</sup>, M. Andújar Sánchez<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.** El término desorden linfoproliferativo se usa para las proliferaciones linfoides similares a linfomas que regresan espontáneamente al retirar la causa subyacente. Dentro de los secundarios a inmunodepresión iatrogena se incluyen aquellos secundarios al metotrexato, empleado en pacientes con enfermedades reumáticas. Se ha postulado como etiopatogenia la inmunosupresión de la enfermedad de base junto con la producida por el metotrexato, asociándose en muchos casos infección activa por VEB.

**Caso clínico.** Varón de 70 años con policondritis en tratamiento con metotrexato 10mg/semana durante los 4 años previos a ser estudiado por dermatología. A nuestra valoración presentaba desde hacía un año placas purpúricas infiltradas en miembros superiores y costado, así como placas eritematodescarnativas en espalda y miembros inferiores. La biopsia de ambos tipos de lesiones mostró un infiltrado denso dérmico constituido por linfocitos B y T con epider-

motropismo y foliculotropismo con positividad para CD3, CD4, CD7, CD8, CD20, CD30 y negatividad para BCL6 y EBER, compatible con desorden linfoproliferativo secundario a metotrexato. Tras 3 meses de suspensión del metotrexato las lesiones desaparecieron completamente.

**Discusión.** Se han descrito 30 casos de desorden linfoproliferativo asociado a metotrexato con presentación cutánea, siendo la más frecuente nódulos o úlceras de aparición en una media de 4,89 años tras el comienzo del metotrexato. El 23,3% de los pacientes presentó afectación extracutánea. La enfermedad de base más frecuente fue la artritis reumatoide, presente en el 66,7%. Se encontró positividad histopatológica para VEB en el 66,7% de las biopsias. En el 50% se encontró atipia y un 30% fueron clasificados como linfoma B difuso de células grandes. En el 70% de los pacientes se produjo la remisión completa de las lesiones con la suspensión del metotrexato.

**Conclusión.** Ante un trastorno linfoproliferativo atípico en un paciente con tratamiento inmunosupresor debemos considerar la posibilidad de que se deba a causa iatrogénica.

## 10. COEXISTENCIA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y PSORIASIS

V. Lukoviek, M. Arteaga Henríquez, C. Vázquez Rodríguez y M. García Bustinduy

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

**Introducción.** La psoriasis y el lupus eritematoso sistémico (LES) son enfermedades autoinmunes que coinciden en su etiopatogenia con la activación de linfocitos Th1 y Th17. Si bien los pacientes con LES tienen un mayor riesgo de desarrollar otras enfermedades autoinmunes, la asociación entre lupus eritematoso sistémico (LES) y psoriasis es inusual y de difícil diagnóstico y tratamiento. Algunas terapias empleadas en LES pueden desencadenar o exacerbar una psoriasis (hidroxicloroquina y corticoides sistémicos), así como, distintos tratamientos para la psoriasis pueden empeorar (fototerapia) o simular un LES (fármacos anti-TNF).

**Caso clínico.** Mujer de 36 años con antecedentes de LES y glomerulonefritis lúpica en tratamiento con hidroxicloroquina, ácido micofenólico y metotrexato, en seguimiento por Reumatología, la cual es remitida a Dermatología en dos oportunidades por lesiones cutáneas. En la exploración física destacaban placas eritematosas numulares levemente infiltradas al tacto, confluentes en la zona frontal y región alta de espalda y escamas gruesas blanquecinas adheridas en cuero cabelludo, además de máculas marronáceas confluentes irregulares en ambos codos. Se realizan dos biopsias cutáneas que se informan como dermatitis perivascular superficial psoriasiforme. Se indica tratamiento con corticoides tópicos en las lesiones corporales y ácido salicílico en solución en cuero cabelludo con escasa mejoría, por lo que se decide aumentar la dosis de metotrexato. Dado el empeoramiento de su enfermedad de base, se inicia tratamiento con belimumab, presentando al mes, empeoramiento de las lesiones cutáneas con eritema, infiltración y pápulo-pústulas en frente, mejillas y mentón, además de pápulas eritematosas milimétricas en abdomen y espalda, con raspado metódico positivo, cuya biopsia destaca hallazgos morfológicos compatibles con psoriasis.

**Conclusión.** Existen escasas series de casos de pacientes con LES y psoriasis, lo que supone un desafío en relación al diagnóstico y tratamiento. Se ha reportado que esta coexistencia ocurre en 0,69% de los pacientes con psoriasis y en 1,1% de los pacientes con LES. Aunque no existe ningún marcador serológico específico para esta asociación, se ha propuesto al anticuerpo anti-Ro como indicador de LES/psoriasis. Este caso ilustra la importancia de la sospecha clínica para un diagnóstico precoz y modificaciones del tratamiento, con el fin de mejorar la clínica y el pronóstico de estos pacientes.

## 27 de Octubre 2018. Santa Cruz de Tenerife

### 1. SÍNDROME DE ROTHMANN-MAKAI: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Lukoviek, J. Ramírez-Conchas, M. Arteaga-Henríquez, M. Markthaler, R. Rodríguez-Rodríguez, N. Hernández-León, R. Sánchez-González y M. García-Bustinduy

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

**Introducción.** Las paniculitis corresponden a un grupo heterogéneo de distintas enfermedades inflamatorias que se caracterizan clínicamente por la presencia de nódulos o placas secundarias a la inflamación del tejido adiposo subcutáneo. El diagnóstico se basa en los hallazgos histopatológicos, donde es fundamental la localización y el tipo de célula predominante del infiltrado inflamatorio y la presencia o no de vasculitis, clasificándolas en septales o lobulillares. El síndrome de Rothmann-Makai o lipogranulomatosis subcutánea es una variante poco frecuente y sin componente sistémico/visceral de la enfermedad de Weber-Christian.

**Caso clínico.** Mujer de 68 años remitida desde el servicio de Reumatología por episodios intermitentes de lesiones subcutáneas dolorosas de dos años de evolución. A la exploración física destacaban varias lesiones nodulares de superficie eritematosa en miembros inferiores. Ante la sospecha clínica de paniculitis, se realiza una biopsia cutánea que es informada de paniculitis lobulillar granulomatosa o síndrome de Rothmann-Makai. Se descarta patología autoinmune, sin embargo, dado a cuantiferón positivo se diagnostica de infección tuberculosa latente. La paciente evoluciona con episodios similares de repetición que responden favorablemente a antiinflamatorios.

**Conclusión.** Las paniculitis suponen un reto diagnóstico para los clínicos y patólogos y, además, pueden ser la manifestación inicial de distintas enfermedades autoinmunes, por lo que es fundamental el diagnóstico precoz, con el fin de pautar tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico de estos pacientes. Dentro de la paniculitis, el síndrome de Rothmann-Makai, es un subtipo muy poco frecuente, reportándose escasos casos en la literatura.

### 2. RARA MANIFESTACIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA AL USO DE HEPARINA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

P. Díaz<sup>a</sup>, C.P. Hernández<sup>a</sup>, S. Herrera<sup>a</sup>, Á.M. García<sup>a</sup>, A.J. Gómez<sup>a</sup>, M.P. de la Rosa<sup>b</sup>, P. Valerón<sup>a</sup> y G. Carretero<sup>a</sup>

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

**Introducción.** En el año 2006 fue descrita una nueva reacción cutánea asociada a heparina, consistente en la aparición de ampollas hemorrágicas a distancia de la zona de inyección.

**Casos clínicos.** Caso 1: varón de 88 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, ingresó por síndrome coronario agudo comenzando con doble antiagregación y anticoagulación con enoxaparina. Un día después comenzó con lesiones vesículo-ampollosas hemorrágicas asintomáticas en distintas localizaciones. Los estudios analíticos fueron normales. En la histopatología se observó una colección hemática subepidérmica. El tratamiento con enoxaparina fue suspendido ante la aparición de dichas lesiones, que se resolvieron sin secuelas en dos semanas. Caso 2: mujer de 69 años con antecedentes de cardiopatía isquémica en tratamiento antiagregante y melanoma IA. Ingresó por taquicardia ventricular e insuficiencia cardiaca, objetivándose un trombo apical en el ecocardiograma por lo que se pautó enoxaparina sódica. A las

siete semanas comienza con cuadro de lesiones vesículo-ampollosas hemorrágicas distribuidas por distintas localizaciones a distancia del lugar de inyección. El estudio analítico no mostró alteraciones. En la histología se evidenció una ampolla intraepidérmica sin otros hallazgos. Se decidió disminuir la dosis de enoxaparina. A las dos semanas las lesiones cutáneas se habían resuelto por completo.

**Discusión.** La dermatosis ampollosa hemorrágica a distancia inducida por heparina es una reacción adversa infrecuente. La enoxaparina es la heparina más frecuentemente asociada a la aparición de las lesiones. Se trata de una entidad de etiopatogenia desconocida. El periodo de aparición de estas lesiones es variable. Se trata de un cuadro autolimitado que se resuelve sin dejar secuelas.

**Conclusión.** Presentamos dos casos de dermatosis ampollosa hemorrágica inducida por heparina. El conocimiento de esta entidad y de su buena evolución a pesar de continuar con el tratamiento anti-coagulante evitará actitudes terapéuticas inadecuadas.

### 3. TIÑA NEGRA: CASO AUTÓCTONO EN GRAN CANARIA

B. Roque-Quintana<sup>a</sup>, S. Ponce-de-la-Cruz<sup>a</sup>, A. Sagrera-Guedes<sup>a</sup>, P. Almeida-Martín, T. Montenegro-Dámaso<sup>b</sup>, Leopoldo 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 tiña negra es una micosis superficial no inflamatoria producida por *Hortaea werneckii* frecuente en climas tropicales pero infrecuente en Europa, donde hay menos de 30 casos publicados. En Canarias no ha sido descrito ningún caso de nuestro conocimiento.

**Caso clínico.** Varón de 21 años sin antecedentes personales de interés que consulta por una lesión pigmentada asintomática en el dedo de 1 año de evolución. A la exploración vemos en la cara palmar de la tercera falange proximal de la mano derecha una mácula marrón claro de borde neto, contorno regular y superficie lisa. A la dermatoscopia vemos un patrón formado por espículas de color marrón claro homogéneo. La biopsia muestra como único hallazgo la presencia en el estrato córneo de hifas ramificadas y esporas pigmentadas en la tinción de hematoxilina-eosina. El cultivo para hongos, realizado una vez conocido el resultado de la biopsia, fue negativo. La lesión desapareció tras 2 semanas con terbinafina tópica. **Discusión.** Se han descrito 286 casos de tiña negra, la mayoría de ellos en Sudamérica. Aunque se ha demostrado la presencia del agente causal en la arena de las playas de Gran Canaria no hemos encontrado ningún caso originado en nuestras islas.

**Conclusión.** Aunque es excepcional en nuestro medio, debemos incluir la tiña negra en el diagnóstico diferencial de las lesiones pigmentadas.

### 4. MANO PIE BOCA ATÍPICO

Á. Seoane, C. Alegría, J. Suárez y R. Fernández-de-Misa

Servicio de Pediatría y Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Introducción.** Últimamente ha aumentado la presentación atípica del mano pie boca. Se trata de exantemas atípicos en cuanto a distribución (cara, cuello, área perioral, tronco, extremidades y genitales) y morfología (lesiones vesiculobullosas y erosivas diseminadas; "Eczema coxsackium"; Gianotti-crosti like; lesiones purpúricas), así como onicomadesis y descamación en fases tardías. Cursa con fiebre alta, mayor afectación sistémica y gran afectación de la cavidad oral. En contraposición con los virus típicos, Enterovirus 71 y Coxsackievirus A16, el que más se asocia a la forma atípica es el Coxsackievirus A6. Su detección se realiza de manera más sensible en el exudado de la lesión. El diagnóstico diferencial debe

plantearse con el eccema *herpeticum* (erupción variceliforme de Kaposi) por su implicación en el manejo. Es una enfermedad auto-limitada y de tratamiento sintomático.

**Caso clínico.** Varón de 11 meses, con dermatitis atópica, presenta cuadro febril y un exantema papular generalizado en tronco, región perioral y región perianal, con componente vesiculoso y base eritematosa en extremidades superiores, respetando palmas y plantas, que progresa a vesículo-ampollas, y de un enantema ulceroso. Se recoge muestra para PCR de virus del exudado vesicular y se inicia tratamiento con aciclovir oral que se suspende al resultar positiva para Coxsackievirus A6. En una semana se forman costras y posteriormente hiperpigmentación.

**Conclusiones.** La presentación atípica del cuadro supone una dificultad para el diagnóstico, por ello es importante conocer las características clínicas. En caso de dudas o casos graves se recomienda realizar estudio etiológico mediante PCR. El principal responsable es el Coxsackievirus A6. El mayor reto es el diagnóstico diferencial con el eccema *herpeticum*, ya que se debería iniciar aciclovir lo antes posible.

### 5. LEIOMIOMA RETROAREOLAR

E. Piqué-Duran<sup>a</sup>, E. Castro-González<sup>a</sup>, M. Azcue-Mayorga<sup>b</sup>, O. García-Vázquez<sup>b</sup>, J. De Cos-Juez<sup>c</sup>, J.A. Pérez-Cejudo<sup>a</sup> y C. Duran-Hernández<sup>b</sup>

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

**Caso clínico.** Mujer de 77 años con antecedentes de glaucoma, artrosis generalizada, enfermedad de Graves-Basedow, hipercolesterolemia, histerectomía sin motivo precisado. Consultó en octubre de 2017 quejándose de molestias en aréola derecha de 3m de evolución, en relación con el roce o la manipulación. Por ese motivo le realizaron una mamografía que no mostró hallazgos significativos. El cirujano describió una leve descamación en la piel de la aréola, motivo por el cual es remitida a Dermatología. A la exploración no observamos alteraciones en la piel areolar, pero sí presentaba una inversión del pezón que refería tener desde hacía años, y un nódulo firme mal delimitado, sin hallarse adenopatías axilares. Se remitió a cirugía donde se realizó una biopsia mostraba un aumento llamativo de músculo liso. La paciente desestimó la exéresis completa del tumor.

**Discusión.** Los leiomiomas de aréola mamaria están incluidos en el grupo de leiomiomas genitales, siendo los menos frecuentes del mismo. Se originan del músculo liso subareolar, y se manifiestan clínicamente como un nódulo, en ocasiones doloroso. Se han descrito casos asociados a retracción del pezón, o descamación areolar, por lo que debe realizarse diagnóstico diferencial con el cáncer de mama.

### 6. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

J.M. Ramírez-Conchas, N. Pérez-Robayna, V. Lukoviek, M. Arteaga-Henríquez y S. González-Hernández

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

**Introducción.** La dermatitis alérgica de contacto ha sido considerada clásicamente como infrecuente en la población pediátrica, si bien los estudios epidemiológicos sobre su incidencia son escasos. Algunos trabajos la consideran una entidad infradiagnosticada ya que, al no sospecharse clínicamente, no suelen realizarse pruebas epicutáneas. No obstante, recientes estudios muestran que la sensibilización a alérgenos en este grupo de edad está aumentando, comunicándose tasas de prevalencia de hasta el 20%, por lo que

probablemente debería ser considerada como posibilidad diagnóstica en dicha población.

**Material y método.** Se ha realizado un análisis retrospectivo de todos los menores de 16 años que fueron derivados al módulo de dermatitis de contacto del Hospital Universitario de Canarias para realización de pruebas epicutáneas entre enero de 2016 y junio de 2018. El estudio incluye variables epidemiológicas (edad, sexo, antecedentes de atopía) y clínicas (localización de las lesiones, batería de alérgenos empleada, alérgenos positivos y su relevancia).

**Resultados.** De los 31 pacientes menores de 16 años estudiados con pruebas epicutáneas en los últimos 30 meses, 16 (51,6%) mostraron positividad para al menos uno de los alérgenos parcheados. Las reacciones positivas más frecuentes fueron al cromo, al Kathon CG y a las mezclas de fragancias (MIX I y II). La sensibilización fue considerada de relevancia actual en el 62,5% de los casos.

**Conclusión.** Más de la mitad de los niños estudiados mostraron sensibilización a uno o más alérgenos, con un porcentaje importante de sensibilizaciones relevantes. La dermatitis alérgica de contacto debería ser sospechada en niños con eccema recalcitrante o dermatitis atópica refractaria al tratamiento estándar, debiendo ser remitidos para realización de pruebas epicutáneas. Al no existir pruebas estandarizadas en este colectivo se requiere un alto nivel de sospecha clínica y un conocimiento de los alérgenos más frecuentemente implicados de cara a seleccionar los alérgenos a testar.

## 7. PENFIGOIDE AMPOLLOSO Y ENFERMEDAD NEUROLÓGICA EN NUESTRA ÁREA DE REFERENCIA: FRECUENCIA Y MORTALIDAD AL AÑO

S. Herrera Rodríguez<sup>a</sup>, A.J. Gómez Duaso<sup>a</sup>, J.M. González Martín<sup>b</sup>, C.P. Hernández Fernández<sup>a</sup>, P. Díaz Morales<sup>a</sup>, P. Valerón Almazán<sup>a</sup> y G. Carretero Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. España.

**Introducción.** El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más común en los países desarrollados en la edad adulta. Su asociación con enfermedades neurológicas, especialmente demencia y enfermedad de Parkinson, está bien establecida.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo basado en los datos obtenidos de la base de datos de la unidad de ampollas de nuestro servicio de pacientes con diagnóstico de PA cuyo diagnóstico histológico fuese establecido entre noviembre de 2003 y marzo de 2017. Se calculó también la mortalidad al año.

**Resultados.** Se incluyeron 91 pacientes, 36 varones (39,6%) y 55 mujeres (60,4%). La edad media de diagnóstico fue 78,6 años (SD±9,96). De ellos 57 pacientes (62,6%) presentaron alguna enfermedad neurológica antes, durante o después de la aparición del PA. De todos los pacientes diagnosticados, un 24,1% (n=22) tenía trastornos de la memoria; 14,3% (n=13) enfermedad cerebrovascular; 5,5% (n=5) trastornos del movimiento, 3,3% (n=3) otra enfermedad neurológica y 14,3% (n=13) dos o más comorbilidades de índole neurológica. No se encontraron diferencias significativas en términos de edad (p=0,62) o índice de Charlson (p=0,27) en los sujetos con o sin enfermedades neurológicas. La mortalidad al año de diagnóstico fue del 24,17%; en pacientes sin enfermedad neurológica fue del 10,99% mientras que en pacientes con enfermedad neurológica fue del 13,18% (p>0,05).

**Discusión.** En 2016 Lai et al. publicaron un metaanálisis donde se evidenció la asociación entre enfermedad neurológica y PA. Mostró un mayor riesgo relativo de ictus, Parkinson, demencia, epilepsia y esclerosis múltiple en pacientes con PA, sin embargo, solo fue homogéneo en el caso de enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple. No está claro que la presencia de enfermedad neurológica se asocie a peor pronóstico vital.

**Conclusión.** La prevalencia de enfermedad neurológica en pacientes con PA es alta y no está claro que implique cambios en el pronóstico.

## 8. MODELO PREDICTIVO DE DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO EN PACIENTES CON ECCEMA DE MANOS

S. Ponce de la Cruz<sup>a</sup>, E. López-Jiménez<sup>a</sup>, P. Saavedra Santana<sup>b</sup> y L. Borrego Hernando<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil. Departamento de Ciencias médicas y Quirúrgicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. <sup>b</sup>Departamento de Matemáticas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Introducción.** Los modelos predictivos son útiles en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Basado en opinión de expertos, la única indicación de pruebas epicutáneas en eccema de manos es su cronicidad, suponiendo la presencia de relevancia presente un cambio en el manejo del paciente. Sería necesario conocer qué factores están asociados a presentar relevancia presente para establecer la indicación de pruebas epicutáneas en estos enfermos.

**Objetivos.** Obtener un modelo predictivo de relevancia presente en pruebas epicutáneas en pacientes con eccema de localización exclusiva en manos.

**Material y método.** Se realizó un estudio transversal en pacientes con eccema de localización exclusiva en manos sometidos a pruebas epicutáneas en la Unidad de Eccemas de nuestro hospital entre febrero de 2005 y noviembre de 2017. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tiempo de evolución, profesión y antecedentes de dermatitis atópica. Se dividió aleatoriamente la muestra en un conjunto de prueba (2/3) y otro de validación (1/3). Se obtuvo un modelo predictivo mediante regresión logística, valorando su poder de discriminación mediante el área bajo la curva (ABC) ROC.

**Resultados.** Se incluyeron 262 pacientes, mostrando relevancia presente el 28,6% (las más frecuentes níquel y acrilatos). Mostraron asociación en el análisis univariante *profesión peluquería-esteticista* (OR = 14,46), *historia personal de atopía* (OR = 0,218), *sexo masculino* (OR = 0,467) y *tiempo de evolución >6 meses* (OR = 0,495). Mantuvieron asociación independiente en el análisis multivariante *profesión peluquería-esteticista* (factor de riesgo) e *historia personal de atopía* (factor protector). El modelo predictivo resultante mostró poder de discriminación moderado (ABC = 0,772; 95%IC = 0,673 - 0,871).

**Conclusiones.** Aunque el tiempo de evolución mostró asociación a la presencia de relevancia presente, esta desaparece cuando se consideran otras variables. En nuestro ámbito, la profesión y la historia de atopía han demostrado influir en la probabilidad de presentar positividad con relevancia presente en pacientes con eccema de manos.

## 9. CUTIS MARMORATA TELANGIECTÁSICA CONGÉNITA: MÁS ALLÁ DE LA PIEL

C. Alegría-Medina, Á. Seoane-Cea, J. Suárez-Hernández<sup>a</sup> y A. Perera-Molinero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. España.

**Introducción.** La cutis marmorata telangiectásica congénita (CMTc) consiste en una malformación vascular cutánea de baja prevalencia caracterizada por un patrón vascular reticulado que suele ser localizado y asimétrico. Se trata de un trastorno esporádico de etiología desconocida que se presenta al nacimiento. Su diagnóstico es eminentemente clínico, ya que los hallazgos histopatológicos son inespecíficos y poco útiles en el diagnóstico diferencial. Un alto porcentaje de casos se asocian a otras anomalías congénitas como alteraciones músculo-esqueléticas, anomalías vasculares, cardíacas, oftalmológicas y neurológicas, que son las que marcarán el pronóstico de estos pacientes.

**Caso clínico.** Recién nacida a término, sin antecedentes perinatales de interés, con lesiones cutáneas presentes al nacimiento des-

critas como lineales irregulares de coloración purpúrica, con depresión central, que recorren el hemicerpo posterior izquierdo. Presenta atrofia cutánea, sin ulceración. Ante el diagnóstico clínico de cutis marmorata telangiectásica congénita se cursó estudio para descartar otras malformaciones asociadas. Se realizó biopsia cutánea en la que se aprecia un aumento del número y tamaño de capilares y vénulas en dermis e hipodermis, hallazgo compatible con CMTC. Al mes de vida se objetiva un evidente aclaramiento de las lesiones cutáneas, persistiendo el componente atrófico. No presenta lesiones asociadas en el seguimiento.

**Discusión.** La CMTC es una entidad poco conocida en la que es preciso un examen físico exhaustivo para descartar otras anomalías congénitas. La evolución de las lesiones cutáneas suele ser favorable, con mejoría de forma lenta y progresiva especialmente durante el primer año de vida, incluso a la desaparición. El tratamiento de las lesiones será sintomático mediante curas locales en caso de ulceración o láser colorante pulsado ante lesiones persistentes, aunque existen escasos estudios que apoyen este tratamiento. Cabe destacar que no existe un tratamiento específico, el manejo debe ser multidisciplinar y el pronóstico dependerá fundamentalmente de la asociación de otras anomalías congénitas.

## 10. ARAÑAS VASCULARES POR TRASTUZUMAB-EMTANSINA

A. Sagra, S. Ponce, B. Roque, D. Islas, L. Borrego y J. Hernández

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

**Introducción.** Trastuzumab-Emtansina (T-DM1) es un conjugado anticuerpo-fármaco que ha demostrado un aumento en la supervivencia en las pacientes con cáncer de mama localmente avanzado irreseccable o metastásico HER2-positivo. Mucositis y eritrodisestesia palmoplantar son las toxicidades dermatológicas más frecuentemente descritas.

**Caso clínico.** Una mujer de 43 años diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama metastásico inicia tratamiento con T-DM1. A los 6 meses del inicio del tratamiento comienzan a aparecer de forma progresiva en tronco, extremidades superiores y cuero cabelludo numerosas máculas eritematosas conformadas por pequeños capilares dispuestos radialmente que palidecen a la vitropresión. El cuadro se acompañaba de epistaxis y gingivorragias frecuentes. Tras suspensión del mismo por falta de respuesta de la enfermedad de base presenta una regresión progresiva de las lesiones y niega nuevos episodios hemorrágicos.

**Discusión.** El desarrollo de telangiectasias representa un efecto adverso recientemente conocido de T-DM1 y su mecanismo fisiopatogénico es desconocido. Hay seis casos descritos en la literatura y en todos ellos las arañas vasculares aparecen de 3-14 meses tras la introducción del fármaco, afectan de forma predominante a tronco y EESS y se resuelven tras la retirada del mismo. La mayoría de estos pacientes presentan eventos hemorrágicos a pesar de la ausencia de trombocitopenia.

**Conclusión.** Describimos una nueva asociación entre la exposición a T-DM1 y telangiectasias mucocutáneas, que pueden ser factor importante en los eventos hemorrágicos asociados al uso de este agente en pacientes con carcinoma de mama metastásico.