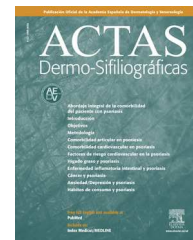




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Condilomas acuminados en varones. ¿Existen diferencias entre población inmigrante y autóctona?



Condyloma Acuminata in Male Patients. Are There Differences Between the Immigrant and Autochthonous Populations?

El fenómeno de la inmigración aporta una nueva realidad y supone nuevos retos profesionales¹, circunstancia que ha condicionado un aumento del número de publicaciones relacionadas con el tema²⁻⁷.

Entre estas dermatosis se encuentran las enfermedades de transmisión sexual, encontrando en algunos artículos referencias a una mayor incidencia de pacientes inmigrantes portadores de condilomas acuminados³⁻⁵.

Con nuestro trabajo queremos dar una respuesta, limitada lógicamente a la población que hemos tenido oportunidad de estudiar, a la pregunta que encabeza este artículo.

La población estudiada, de forma retrospectiva, está formada por los pacientes varones, con diagnóstico clínico e histológico de condiloma acuminado, valorados en la consulta de dermatología de nuestro centro durante el periodo comprendido entre el 18 de febrero de 2008 y el 31 de diciembre de 2011.

Realizamos una revisión de la historia clínica de dichos pacientes, registrando los siguientes datos: paciente autóctono o inmigrante (en este caso anotar el país de origen), edad, localización/número/tiempo de evolución de las lesiones, detección de VPH en las lesiones cutáneas (Clinical Arrays CLART de GENOMICA®), enfermedad de transmisión sexual asociada, prácticas sexuales de riesgo, tratamientos realizados y evolución.

El total de historias revisadas fueron 113, siendo 93 pacientes (82%) autóctonos y el resto inmigrantes con residencia en España un mínimo de 6 meses. El origen de estos pacientes era muy variado (tabla 1).

El resto de los resultados quedan reflejados en la tabla 2. No existieron diferencias significativas en cuanto a la localización genital ni perianal. Dos pacientes autóctonos mostraron lesiones en la mucosa oral.

No encontramos diferencias en los resultados de la detección del VPH por Clinical Arrays (GENOMICA®) entre ambos

Tabla 1 Número y país de origen de los pacientes

Año	Población autóctona (n.º de pacientes)	Población inmigrante (n.º de pacientes) y países de origen
2008	10	1 (Rusia)
2009	18	3 (uno Ecuador, uno Paraguay, uno Perú)
2010	42	8 (2 Bulgaria, 2 Colombia, 2 Marruecos, uno Portugal, uno Rumanía)
2011	23	8 (4 Marruecos, uno Ecuador, uno Perú, uno República Dominicana, uno Rusia)

grupos poblacionales. Los VPH más frecuentes fueron los 6 y 11. Un paciente inmigrante fue positivo para VPH 6 y otro de población autóctona mostró positividad para VPH 61 y 81.

No encontramos diferencias en cuanto al tipo de tratamiento, ni si este fue único o en combinación, que fue preciso para controlar las lesiones. En ambos grupos los tratamientos empleados, ordenados de mayor a menor frecuencia, fueron la crioterapia, podofilino e imiquimod tópicos. Tampoco observamos diferencias en cuanto a la evolución entre las 2 poblaciones.

El análisis de los artículos relacionados con un incremento de las enfermedades de transmisión sexual en la población inmigrante en nuestro país permite sugerir³ una mayor afectación de infecciones por VPH en el colectivo de mujeres inmigrantes prostitutas. Sin embargo, esta afirmación no está bien establecida en el de varones inmigrantes^{4,6} Albares et al.^{5,7}, en trabajos realizados en nuestro ámbito, no encontraron diferencias significativas en pacientes con condilomas acuminados entre población inmigrante y autóctona, sin que se evaluase de forma diferenciada entre hombres y mujeres.

En nuestra serie no se encontraron diferencias al comparar las características de los pacientes con condilomas acuminados entre población inmigrante y autóctona, aunque el tiempo de demora hasta la consulta es mayor en la población inmigrante. Este hallazgo podría estar justificado por un posible desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario o tabúes culturales con respecto a las enfermedades de transmisión sexual por parte de los varones del colectivo inmigrante.

Tabla 2 Datos clínico-epidemiológicos

	Población autóctona	Población inmigrante
Edad en el momento de consulta/(décadas más frecuentes)	19-65 años (2. ^a y 3. ^a décadas)	19-53 años (2. ^a y 3. ^a décadas)
T.º de evolución de las lesiones	Un mes-7 años (6 pacientes más de un año)	Un mes-2 años (5 pacientes más de un año)
N.º de lesiones	Única: 29 pacientes	Única: 3 pacientes
Prácticas sexuales de riesgo	28 pacientes (condilomas en su pareja: 7 casos)	5 pacientes (condilomas en su pareja: un caso)
ETS asociada	VIH+ un paciente U. gonocócica: un paciente Sífilis latente: un paciente Hepatitis B activa: un paciente	U. gonocócica: un paciente Lúes residual: 2 pacientes Hepatitis B pasada: 2 pacientes

ETS: enfermedades de transmisión sexual; N.º: número; T.º: tiempo; U: uretritis.

Bibliografía

- Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:207-13.
- De Eusebio Murillo E, Zambrano Centeno B, Jaén Olasolo P. Patología dermatológica en inmigrantes. *SEMERGEN.* 2004;30:345-55.
- Postigo C. Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:513-7.
- Porta N, San Juan J, Simai E, Baldellou R, Ara M, Zubiri ML. Análisis de la demanda asistencial de dermatología en la población inmigrante del área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:127-33.
- Albares Tendero MP, Belinchón Romero I, Ramos Rincón JM, Sánchez Payá J, Lucas Costa A, Pérez Crespo M, et al. Dermatosis en Latin American immigrants seen in a tertiary hospital. *Eur J Dermatol.* 2009;19:157-62.
- Taberner R, Nadal C, Llambrich A, Vila A, Torné I. Motivos de consulta dermatológica en la población inmigrante y española del área de salud del Hospital Son Llàtzer (Mallorca). *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:323-9.
- Albares MP, Belinchón I, Ramos JM, Sánchez Payá J, Betlloch I. Estudio epidemiológico de la patología cutánea en la población inmigrante de Alicante. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:214-22.

R.M. Díaz Díaz^{a,*}, C. Garrido Gutiérrez^a, A. Navarro Cantero^b y E. Ruíz Bravo-Burguillos^b

^a Sección de Dermatología Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^b Sección de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: rmaria.diaz@salud.madrid.org, roadiazdiaz@terra.es (R.M. Díaz Díaz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.008>

Angiosarcoma irreseccable tratado con bevacizumab y paclitaxel

Unresectable Angiosarcoma Treated With Bevacizumab and Paclitaxel

El angiosarcoma es un tumor de origen endotelial de comportamiento agresivo de mal pronóstico. Nuevos tratamientos como el bevacizumab basan su eficacia en su capacidad anti-angiogénica, actuando sobre el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) implicado en la patogenia^{1,2}.

Presentamos el caso de una mujer de 68 años que consultó por una lesión tumoral, eritematoviolácea, de 1 cm de diámetro, localizada en el cuero cabelludo. La biopsia cutánea fue compatible con un angiosarcoma pobremente diferenciado. En un período de un mes la lesión creció rápidamente convirtiéndose en una tumoración multilobulada y ulcerada que asentaba sobre un área que abarcaba toda la mitad izquierda del cuero cabelludo y la región occipital derecha, en la que se

identificaban máculas de 1-2 cm de diámetro rojo-vinosas (fig. 1).

Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) que descartó afectación a distancia, por lo que se estableció el diagnóstico de angiosarcoma pobremente diferenciado (T2b, N0, M0) estadio III de la *American Joint Committee on Cancer 2010* (AJCC 2010).

Se descartó tratamiento quirúrgico inicial dada la extensión de la lesión, que ocupaba más de la mitad del cuero cabelludo, y se inició tratamiento neoadyuvante con paclitaxel (80 mg/m² semanal) y bevacizumab (en uso compasivo, 10 mg/kg cada 15 días), con una rápida respuesta de la lesión (fig. 2). Finalizó el tratamiento tras 14 ciclos (cada ciclo consistió en una infusión de bevacizumab y 2 de paclitaxel) con buena tolerancia. Se realizó extirpación quirúrgica de la lesión cicatricial sin evidencia de angiosarcoma en esta área en el estudio anatomopatológico. Posteriormente se inició radioterapia adyuvante (fracciones de 2 Gy al día, hasta alcanzar una dosis total de 50 Gy) concomitante con bevacizumab (5 mg/kg cada 2 semanas) ante la persistencia de una lesión macular rojo-vinosa en el área preauricular izquierda, y a pesar de la biopsia no confirmatoria de angiosarcoma. Al