



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

LXVIII Reunión de la Sección Astur-Cántabro-Castellano-Leonesa de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) Salamanca, 5 de abril de 2014

Comunicaciones orales

1. ATROFODERMIA IDIOPÁTICA DE PASINI Y PIERINI

S. Gómez Díez, D. González Fernández, F. Valdés Pineda,
B. Vivanco Allende y N. Pérez Oliva.

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

Caso clínico: Varón de 59 años. Refería que desde hacía 2 años presentaba en la parte alta y derecha de la espalda una zona hundida con respecto a la piel adyacente normal. En la exploración se observaba un área deprimida de aproximadamente 10 x 6 cm. con bordes agudos, bien marcados, que adoptaban un aspecto en escalón. La consistencia era la misma que en el resto de la espalda. El estudio histopatológico mostró discreta hiperpigmentación de la capa basal y, a nivel de la dermis, haces de colágeno engrosados. En los análisis de sangre presentaba como dato relevante serología positiva frente a *Borrelia burgdorferi*. Con estos datos se estableció el diagnóstico de atrofodermia idiopática de Pasini y Pierini (AIPP), y se pautó tratamiento con doxiciclina oral sin lograr mejoría.

Discusión: Se comentan los aspectos clínicos e histopatológicos y su relación con la morfea.

Conclusiones: Se aporta un nuevo caso de AIPP con serología positiva a *Borrelia burgdorferi*.

Palabras clave: Atofodermia idiopática de Pasini y Pierini. Morfea. *Borrelia burgdorferi*.

2. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN LA COMISURA ORAL

M.M. Otero Rivas, T. Alonso Alonso, M.G. Pérez Paredes,
H.A. Cocunubo Blanco, M.J. Suárez Valladares
y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: La misión principal de la cirugía dermatológica oncológica es la extirpación completa del tumor. Tras ello se procederá a la reconstrucción del defecto intentando preservar la funcionalidad y la estética. Los labios son una estructura dinámica formada por tres capas: mucosa, muscular y cutánea. Son la puerta de entrada del aparato digestivo funcionando como esfínter oral y, además, colaboran en la función fonatoria. Son un referente clave en la estética facial, a lo que contribuye el color del bermellón. Desde el punto de vista oncológico la neoplasia que con más frecuencia asienta en ellos es el carcinoma epidermoide.

Material y métodos: Presentamos varios casos de defectos quirúrgicos situados en la comisura bucal y la solución reconstructiva por la que optamos.

Discusión: A nivel de las comisuras es donde las fibras del músculo orbicular de los labios superior e inferior se entrecruzan y donde el bermellón se inserta en el modiollo, una compleja estructura con forma de cono. La reconstrucción de la comisura oral supone un reto quirúrgico, ya que hemos de respetar la función esfinteriana y la simetría contralateral.

Conclusiones: Tras una adecuada cirugía oncológica, la reconstrucción de la comisura bucal busca preservar la competencia del esfínter oral y la simetría labial. Presentamos una serie de casos que sirven para ilustrar la complejidad de esta cirugía.

Palabras clave: Comisura oral. Cáncer cutáneo. Colgajos quirúrgicos. Procedimientos quirúrgicos reconstructivos.

3. ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICO-EVOLUTIVAS DE LAS URGENCIAS DERMATOLÓGICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

D. Bancalari, C. Román, I. Gimeno, V. Velasco, M. yuste, A. Romo
y E. Fernández-López

Hospital Universitario de Salamanca. España.

Introducción: El Hospital Clínico Universitario de Salamanca (HUS) es uno de los pocos centros asistenciales de España que cuenta con guardias presenciales de dermatología todos los días de la semana, durante 24 horas. El objetivo principal del presente estudio es definir cuáles son los grupos de enfermedades y patologías cutáneas más frecuentes que acuden a urgencias en nuestro ámbito.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las características clínico-evolutivas de 3084 pacientes que acudieron a urgencias de dermatología del HUS, durante un periodo de tiempo de 12 meses (junio 2012-mayo 2013), evaluados por MIR II, III y IV de la especialidad. Las variables a estudio fueron: fecha/día, sexo, edad, diagnóstico, procedimientos quirúrgicos especiales y si requirieron hospitalización (sí/no), biopsia (sí/no) y revisión (sí/no).

Resultados: Los pacientes evaluados representan el 9% de las urgencias vistas en el HUS en ese periodo de tiempo. El mes con más consultas fue agosto (11,6%), con una media de 12 pacientes por día; los días de la semana en que acudieron en mayor número fueron lunes (17,8%) y viernes (16,3%). La proporción hombre/mujer fue de 54,1% mujeres/45,9% hombres y la edad promedio fue de 44 años (rango de 1 mes a 101 años). Se realizaron más de 150 diagnósticos diferentes, siendo las enfermedades más frecuentes: urticaria aguda (7,6%), eccema de contacto (6,1%), toxicodermias (4,6%), celulitis (3,8%) y herpes zoster (3,7%). Al analizar su distribución por grupos las patologías más frecuentes fueron: infecciosas (24%), eccemas (20%) y urticarias (12%). Fueron hospitalizados 60 pacientes (2,3% del total); en este grupo los diagnósticos más frecuentes fueron: celulitis (38%), toxicodermias (8%) y vasculitis leucocitoclástica (8%). Se realizaron 146 biopsias, que equivalen a un 4,7%, siendo la enfermedad injerto contra huésped (EICH) la patología más biopsiada. El procedimiento quirúrgico más frecuente correspondió a sutura de herida incisocontusa (4,4%). Un 42% de los pacientes requirió revisión.

Conclusiones: En nuestro estudio las urgencias dermatológicas representan un elevado número de pacientes, siendo los diagnósticos muy variados. El grupo de enfermedades infecciosas y eccemas representa casi el 50% del total de consultas; nuestra serie presenta un gran número de pacientes con EICH atribuible al elevado número de trasplantes de médula ósea que se realizan en el hospital. Creemos que tener residentes de dermatología de guardia las 24 horas es de gran utilidad para el hospital, al asumir casi un 10% de las urgencias, y para el servicio de dermatología. Además contribuye a la formación integral de los MIR de esta especialidad.

Palabras clave: Urgencias dermatológicas. Epidemiología. Formación integral en dermatología.

4. URTICARIA MULTIFORME. ERUPCIÓN APARATOSA E INFRADIAGNOSTICADA

L. Sempau, E. Martín, M. Ramírez, C. Hidalgo, C. Gutiérrez, E. Paniagua y M. Gutiérrez

Hospital Universitario de Burgos. España.

Introducción: La urticaria multiforme es un cuadro benigno y autolimitado, que se asocia a procesos febriles, descrito fundamentalmente en niños menores de 4 años. Se caracteriza por la aparición de lesiones anulares o arciformes, con una zona central equimótica característica que hace que se diagnostique erróneamente de eritema multiforme en numerosas ocasiones.

Casos clínicos: Presentamos tres casos de urticaria multiforme vistos en nuestro hospital en el último año para mostrar su característica presentación clínica: una erupción pruriginosa de lesiones anulares o arciformes confluyentes con una zona central más oscura y edema acral que aparecen en el contexto de un cuadro febril con mínima afectación del estado general.

Discusión: La urticaria multiforme o urticaria anular aguda, es un proceso relativamente frecuente aunque infradiagnosticada por su desconocimiento. El aspecto dianiforme de las lesiones, junto con

el antecedente habitual de ingesta de antibióticos o antipiréticos por el proceso febril previo, lleva a sospechar un eritema multiforme y en numerosas ocasiones a ingresar al paciente. El edema facial y acral hace que también se haya planteado el diagnóstico diferencial con la enfermedad del suero. El dato clave para distinguirlo de estas dos entidades es la fugacidad de las lesiones individuales propia de la urticaria multiforme.

Conclusiones: El conocimiento de dicha entidad, de aspecto tan aparatoso, permite tranquilizar a las familias además de evitar biopsias, analíticas e ingresos innecesarios.

Palabras clave: Urticaria. Eritema multiforme.

5. LESIÓN GRANULOMATOSA PERFORANTE

D.I. González Fernández^a, F. Valdés Pineda^a, B. Vivanco Allende^b, S. Gómez Díez^a y N. Pérez Oliva^a

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

Caso clínico: Mujer de 82 años que consulta por una lesión eritematosa, sobreelevada de más de seis meses de evolución en la pierna derecha. Se apreciaba en la cara externa de la pierna derecha una lesión nodular, ovalada de 2,5 cm de diámetro, eritematosa, indurada y sobreelevada en la zona central, con aplanamiento y blanqueamiento periférico y bordes ligeramente desdibujados. La parte central se encontraba perforada y se apreciaba el drenaje de un material queratósico. No se objetivó ninguna otra lesión. La tinción con hematoxilina-eosina mostraba acantosis e hiperqueratosis, a nivel dérmico superficial y medio se objetivaban varias formaciones granulomatosas. Presentaban necrobiosis central rodeada de histiocitos de hábito epitelióide, linfocitos y células gigantes multinucleadas. Alguna de estas lesiones granulomatosas se encuentran próximas a la epidermis perforando esta y eliminando material necrobiótico. La tinción con hierro coloidal demostró un depósito moderado de mucina. Las tinciones PAS, GRAM, GROCOTT, Giemsa y Ziehl-Nielsen descartan la presencia de microorganismos patógenos. Con los resultados descritos se establece el diagnóstico de granuloma anular perforante; tras extirpar la lesión se realizó una sutura con cierre por planos directo sin ninguna complicación. La paciente no ha vuelto a presentar lesiones.

Discusión: El granuloma anular perforante fue descrito por primera vez en 1971 por Owens y Freeman. Se trata de una rara variante que podría representar el 5% de todos los granulomas anulares. Afecta generalmente a niños y jóvenes siendo la edad media de diagnóstico los 30 años. La etiología permanece desconocida. La presentación en forma de lesión única es poco frecuente representando aproximadamente el 9% de todos los casos.

Conclusiones: Presentamos un caso de granuloma anular perforante, una rara variante del granuloma anular. Tanto la edad de presentación del cuadro como que se trate de una única lesión que asiente sobre extremidades inferiores son excepcionales.

Palabras clave: Granuloma anular. Enfermedades perforantes.

6. LEUCEMIA CUTIS: APORTACIÓN DE DOS CASOS EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

F. Valdés, D. González, C. Gómez, B. Vivanco y N. Pérez-Oliva

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

Introducción: La leucemia cutis (LC) consiste en la infiltración de la piel o de la grasa subcutánea por leucocitos neoplásicos o sus precursores, pudiendo tener diversas formas de presentación y variar en el curso evolutivo en un determinado paciente. No existen datos sobre la incidencia y prevalencia de la LC. Su frecuencia varía ampliamente, dependiendo del subtipo de leucemia subyacente. En

el caso de la leucemia linfocítica crónica (LLC) la frecuencia varía entre el 4 y el 20%. Se presentan 2 casos.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 95 años, diagnosticado de LLC estadio 0 de RAI (A de Binet) en agosto de 2008. En marzo de 2012 presenta lesiones tubero-nodulares de gran tamaño en miembros. Caso 2: varón de 55 años, diagnosticado de una LLC estadio 2 de RAI (A de Binet) en agosto de 2012, que en diciembre de 2012 comienza a presentar lesiones maculopapulosas de aspecto infiltrativo en ambos glúteos y brazos. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico fue similar en ambos casos, y mostraba hallazgos consistentes con el diagnóstico de leucemia cutis.

Discusión: La leucemia cutis corresponde a una forma específica de manifestación cutánea de las leucemias, que presenta una baja frecuencia, pudiendo manifestarse con una clínica muy variada, lo que hace que su diagnóstico clínico sea difícil, sobre todo si es la primera manifestación clínica de la leucemia. La LLC se trata de la forma más común de leucemia, con una larga supervivencia, por lo que a pesar de presentar una baja frecuencia, se hace importante tener presente esta forma de manifestación cutánea. Clásicamente la leucemia cutis se asocia a un mal pronóstico, aunque existen estudios que muestran que no existen diferencias en la supervivencia de pacientes con y sin leucemia cutis.

Conclusiones: Aportamos dos nuevos casos de leucemia cutis en el contexto de una LLC.

Palabras clave: Leucemia cutis. Manifestaciones cutáneas de leucemia. Leucemia linfocítica crónica.

7. SEIS CASOS DE ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED EN POBLACIÓN INFANTIL

T. Usero, M. Roncero, L. Arango, I. Palacios, J. Cañueto, M. González y E. Fernández

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

Introducción: La Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH) es el efecto secundario más frecuente del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. Nuestro centro es referencia de Castilla y León y norte de Extremadura, por lo que recibimos un número importante de pacientes con EICH cutáneo, correspondiendo un pequeño porcentaje a población infantil.

Material y métodos: Se revisaron los casos de EICH cutáneo agudo con biopsia compatible en pacientes menores de 18 años, recogiendo información sobre la enfermedad de base, el tipo de trasplante, la profilaxis y el tratamiento de la EICH, la clínica e histología cutánea y la existencia de afectación a otro nivel.

Resultados: Se recogieron 6 casos (4 mujeres y 2 varones) a los que se realizó trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, de donante no emparentado en 5 casos y de donante emparentado en 1. La patología de base por la que se realizó el trasplante fue neoplasia hematológica en 4 casos, enfermedad hematológica benigna en uno y enfermedad metabólica en otro. Todos los pacientes presentaron una clínica cutánea similar con exantema máculo-papuloso reticulado, de predominio en tronco, generalizado en 2 de los casos, y solo en 2 afectaba a palmas y plantas. Todos presentaban histología compatible con dermatitis de interfase. Tres pacientes presentaron EICH de mucosas y 5 afectación de otros órganos (digestivo y/o hepático). El tratamiento se inició en todos los casos con corticoides tópicos y sistémicos, precisando 4 pacientes asociación con otras terapias.

Discusión: El trasplante de progenitores hematopoyéticos es un tratamiento potencialmente curativo que se utiliza para tratar diferentes neoplasias hematológicas así como otros procesos hematológicos "benignos" y enfermedades metabólicas congénitas. Su complicación más frecuente es la EICH y en la que reside su morbimortalidad, al producir alteraciones en tejidos propios como la piel, el tracto digestivo y el hígado. La incidencia de la EICH es más

baja en niños que en edad adulta aunque su clínica es similar, presentándose a nivel cutáneo como un exantema máculo-papuloso reticulado de predominio en tronco, con afectación palmoplantar, pudiendo evolucionar hacia una eritrodermia generalizada con despegamiento cutáneo. Es frecuente la afectación de mucosas. El tratamiento de primera línea son los corticoides tópicos y sistémicos aunque se pueden asociar otros tratamientos, lo que dependerá de la afectación de otros órganos.

Conclusiones: Presentamos 6 casos de EICH cutáneo agudo en población infantil, patología secundaria al trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, procedimiento que se realiza en centros preparados. La afectación cutánea es casi constante por lo que la labor del dermatólogo es esencial.

Palabras clave: Enfermedad injerto contra huésped. Niño. Dermatología.

8. PLURIPATOLOGÍA INMUNOLÓGICA

A.J. García-Malinis^a, T. Kueder-Pajares^a, G.H. Martín-Martín^a, C. de Hoyos-Alonso^a, D. Prades-Almolda^a, G. Martínez-García^b, P. Manchado-López^a y A. Miranda-Romero^a

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

Introducción: Los misterios que entrañan la interacción entre nuestro sistema inmune y el resto de nuestro organismo en relación con la aparición de enfermedades siguen siendo en el momento actual desconocidos. Presentamos el caso de una paciente con múltiples patologías de origen autoinmune.

Caso clínico: Mujer de 53 años de edad, sin alergias medicamentosas; entre sus antecedentes médico-quirúrgicos de interés: HTA, DM, psoriasis. En enero de 2008 fue intervenida de un cáncer de mama izquierdo micropapilar invasivo. Posteriormente recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia sobre la mama y axila izquierda. En marzo de 2010, en la mama radiada aparece una zona empastada, por lo que realizan interconsulta a nuestro servicio. Previamente se había descartado recidiva tumoral. A la exploración física se observaba una placa mal delimitada, de superficie lisa, indurada, brillante y con una úlcera de un centímetro de diámetro. Se realizó una biopsia cutánea llegando al diagnóstico clinicopatológico de morfea y pioderma gangrenoso. El estudio inmunológico analítico resultó positivo a ANA y anti-RNP. Posteriormente, la paciente desarrolló lesiones generalizadas de morfea, edema palpebral y síntomas sistémicos (debilidad, astenia).

Discusión y conclusiones: La morfea postradiación es un cuadro frecuente con una incidencia de 2/1.000 pacientes. Sin embargo en la literatura solo hay 55 casos descritos, de los cuales 48 recibieron radioterapia por un cáncer de mama. El pioderma gangrenoso es un cuadro cuya patogenia es desconocida. En la literatura se han descrito 33 casos en la mama, en los cuales la mayoría presentaban una cirugía previa de la zona. Presentamos un caso de una mujer que a lo largo de su seguimiento en nuestro Servicio ha presentado múltiples patologías autoinmunes y cuyo futuro inmunológico es incierto.

Palabras clave: Morfea. Pioderma gangrenoso.

9. TIÑA DEL CUERO CABELLUDO POR MICROSPORUM GYPSEUM EN MUJER DE EDAD AVANZADA

C. Gómez de Castro, D. González Fernández, F. Valdés Pineda, S. Gómez Díez, B. Vivanco Allende y N. Pérez Oliva

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

Introducción: La tiña del cuero cabelludo es una entidad poco frecuente en adultos. Aportamos un caso clínico de tiña en cuero ca-

belludo por *Microsporium Gypseum*, única especie geofílica patógena para el ser humano.

Caso clínico: Paciente mujer de 84 años sin antecedentes médicos de interés que consultó por presentar en cuero cabelludo lesiones pruriginosas con costras y pérdida de cabello de 5 meses de evolución. La paciente había sido tratada con corticoides tópicos y antibióticos orales sin mejoría clínica. A la exploración se apreciaba una extensa placa de alopecia difusa acompañada de lesiones pustulosas foliculares con costras. El estudio histopatológico mostró la presencia de hifas y esporas en los folículos pilosos y en el cultivo micológico se identificó *Microsporium Gypseum*. La paciente recibió tratamiento con terbinafina oral remitiendo las lesiones por completo.

Discusión: Se comenta la poca frecuencia de la tiña del cuero cabelludo en pacientes de edad avanzada y en ocasiones su presentación clínica atípica.

Conclusiones: Se resalta la importancia de considerar el diagnóstico de tiña del cuero cabelludo ante la presencia de lesiones descamativas e inflamatorias en adultos de edad avanzada para la instauración temprana de un correcto tratamiento.

Palabras clave: Tiña del cuero cabelludo. *Microsporium gypseum*. Micosis.

10. LESIONES TUMORALES EN CUERO CABELLUDO

T. Kueder-Pajares^a, A.J. García-Malini^a, G.H. Martín-Martín^a, C. de Hoyos-Alonso^a, D. Prades-Almolda^a, M.J. Peñarubia-Ponce^b, G. Martínez-García^c, C. Delgado-Mucientes^a y A. Miranda-Romero^a

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

Introducción: El linfoma de Hodgkin generalmente se origina en una adenopatía del cuello o tórax; su expansión suele ser sistemática por grupos ganglionares. La aparición de síntomas o signos cutáneos es frecuente, con una incidencia del 3-50% de los pacientes. La mayoría de las manifestaciones cutáneas son inespecíficas. Presentamos un caso de un paciente con un linfoma de Hodgkin atípico.

Caso clínico: Varón de 77 años, exfumador, entre sus antecedentes personales: HTA, poliquistosis renal, pólipos colónicos, hiperplasia benigna de próstata y en tratamiento habitual con Carduran Neo[®]. En 2004 consultó en nuestro Servicio de Dermatología por "piel seca" de dos años de evolución, siendo diagnosticado entonces de xerosis. El paciente acude de nuevo, en octubre de 2013, por unas lesiones en cuero cabelludo y alopecia asociada de 2 meses de evolución. En la exploración física se observaba xerosis intensa en toda la superficie corporal y tumoraciones en cuero cabelludo que sugirieron infiltración cutánea por neoplasia maligna. No presentaba ninguna otra sintomatología acompañante. Se realizó biopsia de una de las lesiones tumorales con diagnóstico anatomopatológico de linfoma de Hodgkin clásico cutáneo. En las pruebas de imagen solo aparece una adenopatía de 14 mm yugodigástrica izquierda.

Discusión y conclusiones: La afectación cutánea específica del linfoma de Hodgkin, ya sea primaria o secundaria se ha documentado hasta en un 7,5%. La primaria es poco frecuente y a menudo va seguida de enfermedad nodal; generalmente se asocia a un curso indolente. La afectación secundaria, normalmente ocurre en un estadio avanzado y diseminado del linfoma de Hodgkin. Actualmente, esta afectación ha ido decreciendo progresivamente debido al uso de tratamientos efectivos. Presentamos un caso de Linfoma de Hodgkin clásico extraganglionar localizado cutáneo.

Palabras clave: Linfoma de Hodgkin cutáneo. Enfermedad de Hodgkin cutánea. Enfermedad de Hodgkin localizada. Linfoma de Hodgkin localizado.

11. ESTUDIO COMPARATIVO INTRAPACIENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS UNGUEAL CON LÁSER PDL Y ND:YAG

L.C. Arango Duque, M. Roncero Riesco, C.J. Finnigan, T. Ramírez Tuca, S. Blanco Barrios, J.C. Santos Durán y E. Fernández López

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

Introducción: La incidencia de compromiso ungueal en los pacientes psoriásicos varía entre el 80% y 90% a lo largo de la vida. Hasta nuestro conocimiento, no se ha llevado a cabo ningún estudio que compare la eficacia del láser PDL frente a la del Nd:YAG, ni se ha utilizado como tratamiento concomitante el gel de betametasona/calcipotriol.

Objetivos: Comparar la eficacia y seguridad del láser PDL más gel de betametasona/calcipotriol frente a la de Nd:YAG más gel de betametasona/calcipotriol en pacientes con afectación psoriásica ungueal bilateral.

Diseño del estudio: Estudio abierto, prospectivo, con control intrapaciente derecha-izquierda. Se reclutaron 13 pacientes (6 mujeres y 7 hombres) con psoriasis ungueal bilateral de las manos. La respuesta al tratamiento se evaluó según la escala NAPSÍ. Se empleó en la mano derecha láser PDL 7 mm, 0,5 ms, 6 J/cm² y en la mano izquierda láser Nd:YAG 5 mm, 30 ms, 40 J/cm². Durante la semana siguiente al tratamiento el paciente se aplicó gel de betametasona/calcipotriol una vez al día. Las sesiones se realizaron en el mes 0, 1, 2 y 3.

Resultados: Todos los pacientes experimentaron mejoría del NAPSÍ global, de la matriz y del lecho ungueal. La media pretratamiento del NAPSÍ global era de 34,85 mientras que las postratamiento de 19,38. Se observó una disminución de la media global de 15,46 (p < 0,000). La media en la mano izquierda tratada con Nd:YAG disminuyó en 8,54 mientras que la de la mano derecha tratada con PDL 6,93, sin ser la diferencia estadísticamente significativa. El 84% de los pacientes presentó una disminución importante de su sintomatología inicial. No se objetivaron efectos secundarios relevantes.

Conclusiones: El tratamiento con láser PDL es un tratamiento efectivo y seguro para la psoriasis ungueal. No hemos encontrado diferencias significativas entre el uso de láser PDL y Nd:YAG, siendo este último peor tolerado por los pacientes. La combinación con gel de betametasona/calcipotriol puede ser un tratamiento coadyuvante. La satisfacción de los pacientes tratados ha sido alta.

Palabras clave: Psoriasis ungueal. Láser PDL. Láser Nd:YAG.

12. TOXINA BOTULÍNICA: MITOS Y REALIDADES

G. Consuegra, H. Fernández-Llaca, M.A. González, S. Armesto, M. Marcellán, M. Drake, C. López-Obregón, M. López-Escobar, E. Arnal y S. yáñez

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

La característica que hace que la toxina botulínica tipo A sea útil para condiciones varias es la inhibición de la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular. Después de la inyección local en los músculos, la proteína de TBA se une a receptores específicos en las terminales colinérgicas y es internalizada a la terminal presináptica, donde bloquea una proteína necesaria para la liberación de la vesícula del neurotransmisor acetilcolina. La toxina botulínica tipo A es una de 7 serotipos de toxinas botulínicas conocidas alfabéticamente de la A-G. De estos tipos, solamente A y B están actualmente disponibles como preparaciones comerciales. Los tipos C y F también se han utilizado en seres humanos pero solamente en una fase experimental. Aunque algunas de estas

fórmulas bioquímicas de neurotoxina inhiben a la vesícula de acetilcolina, lo hacen en sitios alostéricos diferentes. Actualmente algunos autores recomiendan denominar a las mismas como neuromoduladores. El fallo inducido por anticuerpos puede ocurrir con el uso de estos. Estos medicamentos pueden ser utilizados para múltiples propósitos como fisuras anales, hipertrofia prostática, rinitis crónica y síndromes de color crónico. Diferentes estudios han comparado Onabotulinum toxin A y Abobotulinum toxin A. La mayoría de las veces estos productos han mostrado similares efectos. Usualmente mayor inoculación del neuromodulador resultará en una mayor duración del efecto. La administración de inyecciones de BoNT-A en los maseteros para conseguir una cara más triangular se ha hecho muy recientemente popular en Asia para tratar caras con configuración cuadrangular. Su uso para suavizar las líneas del platismo es más conocido. Estos neuromoduladores están siendo usados para tratar la enfermedad de Raynaud, se han reportado efectos inmediatos y duraderos. El mecanismo de acción en este caso aún no es bien conocido. Existen algunos estudios en relación del efecto de neuromoduladores para tratar dígitos isquémicos, acné, flushing facial y torácico y rosácea. Los trastornos discutidos aquí para las terapias con toxina botulínica son tratamientos que emergen recientemente y representan solamente una porción de los nuevos tratamientos que se han informado en la literatura.

13. RADIODERMITIS TRAS CATETERISMO CARDIACO: DOS NUEVOS CASOS DE UNA PATOLOGÍA INFRADIAGNOSTICADA

E. Martín Sáez, L. Sempau Díaz del Río, J. Monedero Campo, E. García Toro, C. Santiago Valladolid, C. Hidalgo Pérez y M.C. Gutiérrez Ortega

Hospital Universitario de Burgos. España.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 68 años que consultó por una lesión en la espalda de 5 meses de evolución, de crecimiento progresivo, inicialmente pruriginosa y posteriormente dolorosa. Como antecedentes presentaba HTA, DM2 y cardiopatía isquémica. A la exploración se observó una úlcera circular de 3 cm con costra necrótica sobre placa marrónácea liquenoide indurada. Se realizó biopsia cutánea y se inició tratamiento corticoideo sistémico y curas locales. Los hallazgos anatomopatológicos mostraron necrosis epidérmica, fibrosis de patrón esclerodermiforme y de forma salpicada células endoteliales o fibroblastos de tipo reactivos con núcleos muy voluminosos. Ante la sospecha de una etiología externa se reinterrogó al paciente, quien indicó haberse sometido a un cateterismo cardíaco una semana antes del inicio del cuadro. Se comentó el caso con los hemodinamistas, quienes nos explicaron el uso de la fluoroscopia durante los cateterismos y la radiación que genera, así como la zona del tegumento afectada por la misma, que coincidía con la localización de la lesión de nuestro paciente. Con todo ello, llegamos al diagnóstico de radiodermatitis aguda necrótica secundaria a cateterismo cardíaco, siendo el primer caso que hemos encontrado en que la ulceración se produce de manera tan temprana. Caso 2: a raíz del caso previo, recordamos a un paciente valorado hacía 1,5 años por nosotros con una clínica muy similar cuyo origen no habíamos filiado; revisamos su historia y comprobamos que había sido sometido a tres cateterismos cardíacos meses antes del inicio de la lesión. Realizamos el diagnóstico retrospectivo de radiodermatitis crónica secundaria a cateterismo cardíaco.

Discusión: Cada vez es mayor el número de procedimientos invasivos guiados por fluoroscopia, con frecuencia desconocidos por la parte de la comunidad médica que no los realizamos. La patología cardiovascular es la primera causa de mortalidad en los países industrializados, y el número de cateterismos que se realizan es muy elevado. La fluoroscopia y la cineradiografía empleadas durante la

coronariografía exponen a los pacientes a radiación ionizante. Aunque hay otros factores implicados, la posibilidad de radiodermatitis depende principalmente de la dosis de radiación recibida, con riesgo de daño cutáneo a partir de 10 Gy, que se alcanzan en procedimientos de larga duración o por exposiciones repetidas. En la literatura se describen menos de treinta casos de radiodermatitis secundaria a cateterismo cardíaco; dado que la mayoría de los cuadros se inician meses o años tras las intervenciones, consideramos que probablemente se trate de una patología infradiagnosticada, lo que dificulta su correcto manejo. El primer caso que hemos presentado añade la peculiaridad de la rápida aparición de la necrosis, fenómeno que hasta ahora se había descrito solo en radiodermatitis crónicas.

Conclusiones: Presentamos dos casos de radiodermatitis secundaria a cateterismo cardíaco. Destacamos la importancia de conocer este cuadro para evitar su infradiagnóstico.

Palabras clave: Radiodermatitis. Cateterismo cardíaco. Fluoroscopia.

14. MELANOMA NODULAR NEVOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. González Sabin^a, E. Rodríguez Díaz^a, E. Godoy Gijón^a, S. Mallo García^a y P. Gonzalvo Rodríguez^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Cabueñes. Gijón. España.

Introducción: El término melanoma nevoide representa un grupo heterogéneo de melanomas que se caracterizan por presentar una apariencia histológica similar a la de un nevo. El melanoma nevoide se considera un reto diagnóstico en dermatopatología y es la aparición de metástasis locales o a distancia el dato que ayuda a alcanzar el diagnóstico definitivo frecuentemente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 76 años que consulta por una lesión tumoral de rápido crecimiento en mejilla derecha. A la exploración la paciente presentaba una lesión tumoral no infiltrada de coloración rosada con vascularización prominente de aproximadamente 10 mm de diámetro. Con la sospecha diagnóstica de carcinoma basocelular es intervenida 3 meses después de la consulta inicial. En ese momento el tumor había duplicado su tamaño y presentaba una zona central de color blanco, de consistencia firme y adherida a planos profundos. El estudio histológico de la lesión fue compatible con el diagnóstico de melanoma nodular nevoide con un índice de Breslow de 8 mm, sin componente juntural. En el año 2010 la paciente había sido intervenida de una lesión melanocítica negruzca en dorso de muñeca derecha, que en ese momento había sido informada de nevus intradérmico con patrón rosetoide. Con los posibles diagnósticos de melanoma dérmico primitivo o metástasis de melanoma se realizó un estudio radiológico completo (TC) que descartó la presencia de metástasis a otros niveles y se solicitó un PET-TC. La revisión de la biopsia de la lesión extirpada en 2010 demuestra una lesión melanocítica con características arquitecturales y citológicas muy similares a la lesión actual, no existiendo tampoco en este caso componente juntural.

Discusión: El término melanoma nevoide representa un raro grupo heterogéneo de melanomas que se caracteriza por un aspecto clínico regular, simétrico y bien circunscrito y unas características histológicas muy similares a las de un nevo benigno. Su diagnóstico histológico es muy complejo y habitualmente se diagnostican correctamente tras la aparición de recurrencias locales o a distancia que llevan a la reevaluación de las piezas. Histológicamente se caracteriza por presentar una arquitectura nevoide con simetría relativa de la lesión, buena definición lateral y tendencia de los melanocitos neoplásicos a formar nidos o tecas con una leve alteración de la maduración, por la ausencia o escasez de componente juntural, por el monomorfismo de los melanocitos neoplásicos que

solo demuestran mínima atipia y por un índice de mitosis elevado en el componente más profundo.

Conclusiones: Presentamos un nuevo caso de probable melanoma nevoide diagnosticado tras la aparición de metástasis a distancia.

Palabras clave: Melanoma nevoide. Metástasis. Melanoma dérmico primitivo. Nevus melanocítico.

15. PÁPULAS FACIALES RESISTENTES A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS

H.A. Cocunubo^a, E. Samaniego^a, M.M. Otero-Rivas^a, M.G. Pérez-Paredes^a, M.J. Suárez-Valladares^a, M.A. González-Morán^b y M.A. Rodríguez-Prieto^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: El lupus miliar diseminado facial (LMDF) en una dermatosis granulomatosa crónica rara, que afecta con mayor frecuencia a pacientes jóvenes y se caracteriza por pápulas eritematosas parduzcas monomorfas, con afección predominantemente centrofacial.

Caso clínico: Mujer de 47 años sin antecedentes de interés, natural de Ecuador y residente en España desde hace 11 años. Consulta por presentar desde hace 1 año lesiones cutáneas faciales, sin síntomas locales ni sistémicos, que habían recibido múltiples tratamientos en otro centro: pimecrolimus tópico, isotretinoína oral, doxiciclina y tuberculostáticos sin mejoría. A la exploración se observan pápulas eritemato-parduzcas, algunas con costra y excoriadas, localizadas en mejillas, frente, párpados, región perioral y mentón. En el estudio histológico destaca un infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso en la dermis, con histiocitos de aspecto epitelióide, focos de necrosis central y afectación folicular. Los estudios complementarios descartan una infección por micobacterias así como una sarcoidosis. Tras el diagnóstico clínico-patológico de lupus miliar diseminado facial se pautó tratamiento con azitromicina oral, obteniéndose mejoría de las lesiones.

Discusión y conclusiones: Aunque inicialmente fue considerado como una variedad de tuberculosis cutánea, desde el año 2005 se incluye al LMDF dentro de las dermatosis granulomatosas faciales que comprende además a la rosácea granulomatosa, la dermatitis granulomatosa perioral y la erupción facial afro-caribeña de la infancia (FACE). El diagnóstico diferencial debe hacerse con estas entidades y con otras enfermedades granulomatosas como la tuberculosis y la sarcoidosis que deben descartarse. Se han utilizado varios tratamientos con respuesta variable. Destacamos la buena respuesta de la paciente a la azitromicina, que puede ser una buena alternativa, evitando otros tratamientos más agresivos en una entidad benigna y con tendencia a la resolución espontánea.

Palabras clave: Lupus miliar diseminado facial. Azitromicina. Dermatosis granulomatosas faciales.

16. ¿ALBINISMO OCULOCUTÁNEO?

I. Gimeno Mateos^a, M. González de Arriba^a, E. Bueno Martínez^b, V. Velasco Tirado^a, M. Alonso San Pablo^a, R. González Sarmiento^b, R.M. Coco Martín^c y E. Fernández López^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España. ^bUnidad de Medicina Molecular. USAL. IBSAL. Valladolid. ^cIOBA. Valladolid. España.

Introducción: El albinismo oculocutáneo (AOC) es el trastorno hereditario más común de hipopigmentación generalizada, con una frecuencia estimada de 1/17.000 habitantes. Se trata de un grupo de trastornos autosómicos recesivos, caracterizados por distintas

alteraciones en la síntesis de melanina, que dan lugar a una disminución de la pigmentación de la piel, pelo y ojos.

Caso clínico: Niño de 6 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta una disminución de la agudeza visual objetivada en los últimos 12 meses, por lo que ha sido valorado oftalmológicamente en diferentes ocasiones, sin un diagnóstico definitivo. Finalmente es enviado a consulta de Dermatología para valoración de un posible albinismo oculocutáneo. A la exploración física, el paciente presenta un fenotipo aparentemente normal, con piel clara, que muestra capacidad para broncearse, cabello rubio oscuro y vello pigmentado en extremidades. Carece aún de vello axilar y pubiano, de acuerdo con su edad. Los ojos son de color verdoso, moderadamente oscuros, sin nistagmo ni estrabismo. No presenta áreas circunscritas de leucodermia o poliosis. Tampoco presenta alteraciones auditivas.

Discusión: Se describen cuatro tipos de albinismo oculocutáneo, causados por mutaciones en los genes TYR (AOC-1), OCA2 (AOC-2), TYRP1 (AOC-3) y SLC45A2 (AOC-4). El espectro clínico varía en cada uno de ellos, siendo los casos más severos AOC1A, causados por una abolición total de la actividad tirosinasa. Existen además mutaciones termosensibles del gen TYR que determinan una actividad tirosinasa mantenida a temperaturas bajas, originando una mayor pigmentación en zonas acras. Estas mutaciones por sí mismas no son suficientes para manifestar clínicamente un albinismo y es probable que sean causantes de una forma parcial únicamente cuando se combinan con otras alteraciones genéticas conocidas, como ocurre en nuestro caso.

Conclusiones: En familias constitucionalmente de piel clara, la presencia de niños con pelo y piel claros al nacimiento que muestran un oscurecimiento posterior no es infrecuente, por lo que el diagnóstico de albinismo oculocutáneo sólo puede ser sospechado por la presencia de alteraciones oftalmológicas. En algunos pacientes, la actividad tirosinasa residual puede determinar una pigmentación cutánea casi normal, de modo que la detección de anomalías pigmentarias sutiles de la piel puede orientar hacia un diagnóstico correcto. Debido al solapamiento entre las distintas formas de AOC, las técnicas de biología molecular son necesarias para establecer los diferentes defectos genéticos y clasificar cada subtipo.

Palabras clave: Albinismo. Tirosinasa. Termosensible.

17. NÓDULOS AGRUPADOS FACIALES

M.J. Suárez Valladares, T. Alonso Alonso, L.M. Valladares Narganes, N. Eiris Salvado, M.M. Otero Rivas, M.G. Pérez Paredes, H.A. Cocunubo Blanco y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: Presentamos un caso clínico para diagnóstico.

Caso clínico: Paciente de 30 años natural de la República Dominicana, residente en España desde hace 6 años. Entre sus antecedentes personales destacan, síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con lormetazepam, anemia ferropénica en tratamiento con hierro e hipergammaglobulinemia policlonal Ig M en estudio por el servicio de hematología. Consulta por presentar varias lesiones en región facial de un año de evolución. A la exploración física se observan placas formadas por múltiples nódulos confluentes localizadas en nariz, mentón y lóbulos de las orejas. Se realiza biopsia cutánea en el área mentoniana, siendo el diagnóstico anatomopatológico de inflamación granulomatosa cutánea no necrotizante, con presencia de múltiples bacilos ácido-alcohol resistentes en la tinción de Ziehl-Neelsen. Posteriormente se realizaron otras pruebas complementarias que permitieron hacer el diagnóstico de lepra lepromatosa multibacilar.

Discusión: Descrita ya en el siglo 4 aC, la enfermedad de Hansen actualmente sólo es endémica en algunos países en desarrollo.

Sin embargo, se plantea como un problema de salud pública, por su carácter infeccioso y por la morbilidad que ocasiona. Se considera erradicada en nuestro país pero debido a los movimientos migratorios, está experimentando un aumento de la incidencia y su diagnóstico ya no es algo excepcional. La lepra es una enfermedad granulomatosa crónica, producida por la *Mycobacterium Leprae*, un bacilo ácido-alcohol resistente con especial predilección por la piel y los nervios periféricos. Se clasifica según criterios clínicos, histológicos e inmunológicos en lepra lepromatosa, tuberculoides o intermedia, existiendo también las leproreacciones tipo I y tipo II causadas por variaciones en el estado inmunológico del paciente. La dificultad del diagnóstico en nuestro medio está condicionada por el gran abanico de manifestaciones clínicas cutáneo-mucosas, neurológicas y viscerales, así como en la menor experiencia del dermatólogo en enfermedades importadas.

Conclusiones: La lepra es una realidad y las circunstancias actuales obligan al dermatólogo a tenerla presente en el diagnóstico diferencial de muchas dermatosis, en particular en pacientes procedentes de áreas endémicas. El diagnóstico y tratamiento precoz permitirá evitar la aparición de secuelas y discapacidades asociadas a la enfermedad y disminuir el riesgo de contagio.

Palabras clave: Nódulos faciales. Enfermedad Hansen. Lepra importada. Multibacilar.

18. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE PACIENTES CON SÍNDROME DE GORLIN Y MUTACIONES EN EL GEN PTCH1 EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

I. Palacios Álvarez^a, J. Cañueto Álvarez^a, I. Andrés Ramos^a, C. Román Curto^a, M. Roncero Riesco^a, R. González Sarmiento^b, L. González Lara^c y E. Fernández López^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ^bDepartamento de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Central de Asturias. España.

Introducción: El Síndrome de Gorlin es una enfermedad autosómica dominante con una prevalencia de 1/56.000. Se caracteriza por la aparición a una edad temprana de múltiples carcinomas basocelulares así como por quistes odontogénicos, pits palmo-plantares, calcificación de la hoz cerebral, dismorfia facial y anomalías óseas. Asimismo, existe un riesgo aumentado de algunos tumores. El diagnóstico se establece conforme a los criterios de Kimonis. El síndrome de Gorlin está causado por distintas mutaciones en proteínas de la vía de señalización Sonic Hedgehog. En un 30-40% de los casos esto es debido a mutaciones que afectan al gen PTCH1, que codifica la proteína transmembrana PATCHED1.

Material y métodos: Se analizaron 22 pacientes con el diagnóstico de síndrome de Gorlin y mutaciones patogénicas en el gen PTCH1 procedentes de varios centros del total de pacientes que habían sido remitidos para estudio genético con la sospecha de esta enfermedad. Se envió un cuestionario estandarizado para la recogida de los datos clínicos de los pacientes y analizaron los 23 exones del gen PTCH1 y las uniones exón-intrón. Se realizó la caracterización molecular de los pacientes y compararon los hallazgos moleculares y clínicos con la intención de evaluar la correlación genotipo-fenotipo.

Resultados y discusión: Un 27,2% de los pacientes que han solicitado estudio genético por síndrome de Gorlin presentaban mutaciones patogénicas en el gen PTCH1. Características como la presencia de carcinomas basocelulares múltiples o uno antes de los 20 años de edad, quistes odontogénicos, pits palmo-plantares o dismorfias faciales fueron rasgos frecuentes que deben despertar la sospecha diagnóstica. Aunque el estudio genético es uno de

los criterios diagnósticos, este puede no ser rentable ante un diagnóstico dudoso, ya que únicamente el 30-40% de los individuos que sí cumplen los criterios de Kimonis presentarán mutación en PTCH1. Sin embargo, este estudio puede ser necesario para realizar consejo genético, diagnóstico prenatal y preimplantacional.

Conclusiones: El diagnóstico del síndrome de Gorlin es fundamentalmente clínico. Los individuos afectados normalmente cumplen varios criterios diagnósticos, y algunos de ellos son altamente prevalentes. Este estudio ha permitido conocer el perfil mutacional y la caracterización clínica de los pacientes con síndrome de Gorlin y mutaciones en PTCH1 en la población española.

Palabras clave: Síndrome de Gorlin. Carcinoma basocelular. PTCH1. Sonic Hedgehog.

19. MYCOBACTERIUM MARINUM. UNA ENFERMEDAD EMERGENTE

L.C. Sáez-Martín^a, M.S. García-Sánchez^a, C. Bajo-Del Pozo^a, A. Tinajas-Puertas^b y A.R. González-Medina^c

^aUnidad de Dermatología; ^bServicio de Microbiología; ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. España.

Introducción: *Mycobacterium marinum* es una micobacteria atípica, ubicua en ambientes acuáticos y responsable de infecciones oportunistas en el ser humano (pescadores, buceadores, cuidadores de acuarios y piscinas, etc.). Para su crecimiento precisa una temperatura entre 30 y 32 °C, motivo por el que suele afectar solo a regiones acras de la piel. Las lesiones son habitualmente aisladas y de forma excepcional afectan a ganglios linfáticos próximos. Su diagnóstico exige un alto índice de sospecha para realizar el cultivo en condiciones óptimas y poder identificarlo. Precisan tratamiento prolongado tras resolución de las lesiones, aunque no existe una pauta claramente establecida para el tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 57 años, enviada desde Nefrología por presentar nódulos inflamados dolorosos en extremidades inferiores que fueron aumentando su expresividad hasta formar pápulas y nódulos eritematovioláceos, algunos necróticos, con distribución esporotri-coide, y se extendieron a extremidades superiores y cara. La paciente no tenía antecedentes epidemiológicos de interés pero estaba en tratamiento corticoideo a altas dosis por una glomerulonefritis de cambios mínimos desde hacía tres meses. El estudio inmunológico era normal y las serologías negativas. Se practicó una biopsia cutánea con cambios inespecíficos y una segunda reveló una dermatitis difusa de predominio neutrofílico con focos de abscesificación, con tejido de granulación y células gigantes multinucleadas aisladas. La baciloscopia y el cultivo para micobacterias de tejido cutáneo puso de manifiesto infección por *Mycobacterium marinum*. Se realizó tratamiento antibiótico combinado según antibiograma (claritromicina, doxiciclina y etambutol) durante 9 meses, con mejoría lenta pero completa. La corticoterapia fue reducida y suprimida en el menor tiempo posible. La PCR para *M. marinum* en la biopsia renal fue negativa.

Discusión: Es conocido que múltiples antígenos microbiológicos desencadenan glomerulonefritis, sin embargo, no está descrita la asociación con este germen, que pudiera atribuirse a causa-efecto. En este caso, se desconoce si la infección era preexistente y afloró a causa de la corticoterapia, o bien si fue una primoinfección en el período de mayor inmunosupresión.

Conclusiones: Se presenta un caso de infección cutánea diseminada por *Mycobacterium marinum*. Puesto que la histología de las lesiones cutáneas es inespecífica y el diagnóstico diferencial es amplio, se debe tener una alta sospecha clínica y realizar tinción de Ziehl-Neelsen, cultivo para micobacterias y en algunos casos técnicas como la PCR, aun en ausencia de antecedente epidemiológico claro.

Palabras clave: *Mycobacterium marinum*. Glomerulonefritis. Inmunosupresión. Corticoides.

20. QUERATOSIS ACTÍNICAS, CAMPO DE CANCERIZACIÓN Y TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA-DAYLIGHT

L.M. Valladares-Narganes, M. Otero-Rivas, G. Pérez-Paredes, H.A. Cocunubo, M.J. Suárez-Valladares y M.A. Rodríguez-Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: Las queratosis actínicas suponen uno de los motivos de consulta más frecuente en dermatología, al que debemos saber enfrentarnos y al que se le añade el concepto de campo de cancerización, introduciendo un nuevo paradigma en su enfoque terapéutico. La terapia fotodinámica (TFD) con luz de día, conocida como TFD-Daylight, es un tratamiento reciente, atractivo e innovador indicado para dicha patología.

Material y métodos: Además de analizar y explicar en qué consiste el procedimiento de TFD-Daylight, se analizarán datos epidemiológicos

y de eficacia en 39 pacientes al que se les realizó dicho tratamiento en nuestro centro entre los meses de junio y septiembre de 2013.

Resultados: Los resultados obtenidos de forma general y estratificados por regiones anatómicas en cuanto a eficacia fueron buenos, muy similares a los obtenidos por la TFD convencional, con la ventaja de que ningún paciente tuvo que suspender el procedimiento por efectos secundarios y con una tolerancia excelente en todos los casos.

Conclusiones: La TFD-Daylight es un tratamiento de reciente descripción cuyo punto innovador es el uso de la luz natural al aire libre como fuente de luz. Además de simplificar el procedimiento y disminuir el tiempo invertido por el personal sanitario, la gran ventaja es la disminución drástica del dolor que incluso era motivo de suspensión de la TFD convencional en no pocos casos. Todo ello se traduce en que la TFD-Daylight es un procedimiento simplificado, al alcance de cualquier dermatólogo y en cualquier centro sanitario, que en queratosis actínicas obtiene excelentes resultados funcionales y estéticos y una alta tolerabilidad respecto al procedimiento tradicional.

Palabras clave: Queratosis actínicas. Campo de cancerización. Terapia fotodinámica.