



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### XVI Reunión de la Sección Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Murcia, 17 de mayo de 2014

#### 1. DERMATOSCOPIA DE LAS QUERATOSIS LIQUENOIDES BENIGNAS

A. López Gómez, T. Salas García, M. Dorado Fernández, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, M.D. Ruiz Martínez, N. Marín Corbalán, C. Soria Martínez, C. Brufau Redondo y A. Hernández-Gil Bordallo

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción:** La queratosis liquenoide benigna es una dermatosis común considerada como la lesión residual de otra intraepidérmica preexistente que ha sufrido un proceso de regresión. Es importante reconocerla ya que a menudo se confunde con una lesión maligna. La dermatoscopia se ha convertido en una técnica muy útil en este sentido que puede evitar exéresis innecesarias.

**Casos clínicos:** Presentamos una serie de casos de pacientes con queratosis liquenoides benignas, remarcando sus características dermatoscópicas y su diagnóstico diferencial.

**Discusión:** La queratosis liquenoide benigna, también denominada queratosis tipo liquen plano, liquen plano solitario o placa liquenoide autoinvolutiva es una lesión relativamente frecuente descrita por primera vez en 1966 como una forma de liquen plano solitario, debido a que comparte datos histológicos con esta entidad. La queratosis liquenoide es considerada por la mayoría de los autores como una lesión residual resultante de la respuesta inmunológica o regresiva de una lesión intraepidérmica previa, más frecuentemente léntigos solares o queratosis seborreicas. Clínicamente, la lesión suele aparecer como una mácula o placa solitaria de 0,3 a 2 cm, bien delimitada, de color eritematovioláceo y con descamación fina en su superficie. Aparece con más frecuencia en tronco y extremidades superiores de mujeres de mediana edad. Suele ser asintomática o levemente pruriginosa. La queratosis liquenoide benigna clínicamente se puede confundir con otras lesiones epidérmicas como los léntigos solares, las queratosis seborreicas, las queratosis actínicas o la enfermedad de Bowen. Histológicamente, lo más característico de la lesión es la existencia de un infiltrado inflamatorio liquenoide linfocitario, junto

con presencia de incontinencia pigmentaria y melanofagia. Estos últimos hallazgos son los responsables del patrón dermatoscópico característico de la queratosis liquenoide, el patrón granular grueso grisáceo, que puede ser difuso afectando a toda la lesión, o localizado en un área y, en el resto, frecuentemente se pueden diferenciar las características de la lesión intraepidérmica preexistente. El diagnóstico diferencial dermatoscópico incluye el melanoma en regresión, el carcinoma basocelular y el léntigo maligno melanoma, siendo este último el más difícil de diferenciar, por lo que se recomienda la biopsia de las queratosis liquenoides faciales. La queratosis liquenoide es una lesión benigna que tiende a la involución espontánea en pocas semanas o meses, por lo que es necesario tratarla.

#### 2. PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA CON LESIONES SÚBITAS DE DISTRIBUCIÓN ESPOROTRICOIDE

A.F. Monteagudo Paz<sup>a</sup>, C. Martínez Redondo<sup>b</sup>, C. Pereda Carrasco<sup>a</sup> y C. Ortuño Gil<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Sección de Dermatología; <sup>b</sup>Sección de Hematología. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia. España.*

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 89 años con mieloma múltiple que ingresa en nuestro hospital por progresión de la enfermedad acompañada de fiebre alta y deterioro del estado general. Desde el principio del ingreso presenta unas lesiones de rápido crecimiento en número y tamaño en brazo y dorso de antebrazo izquierdo, en forma de papulonódulos rosados con eritema perilesional y contenido de aspecto purulento. Estos nódulos son asintomáticos y se distribuyen de una manera pseudolineal, recordando al patrón esporotricoide. La biopsia de las lesiones demostró una proliferación celular ocupando todo el espesor de la dermis, compuesto por células redondeadas de escaso citoplasma con núcleos pleomórficos y mitosis frecuentes. La inmunohistoquímica fue positiva para CD79a y CD138. A pesar del tratamiento con poli quimioterapia la enfermedad ha seguido progresando sin respuesta de la afectación cutánea por lo que se plantea el uso de radioterapia para su tratamiento.

### 3. MIXEDEMA PRETIBIAL Y TIROIDES: RELACIÓN OCULTA

R. Rojo España, P. Mercader García, B. Pérez Suarez, E. Alcaraz Mateos, J. M. Rodenas López y A. Peña García

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.*

**Introducción:** El mixedema pretibial es una mucinosis cutánea asociada típicamente a la enfermedad de Graves aunque se puede desarrollar en pacientes con patologías tiroideas no tirotóxicas, incluso en pacientes eutiroideos o hipotiroideos.

**Materiales y métodos:** Presentamos dos casos clínicos de pacientes con mixedema pretibial a los que se realiza biopsia cutánea y analítica de sangre para conocer la función tiroidea.

**Resultados:** Se confirma en el estudio histológico de la biopsia cutánea que se trata de mixedema pretibial al objetivar el depósito de mucina en los dos casos, pero en ninguno hay hipertiroidismo asociado. En el primero de los casos existe hipotiroidismo y en el segundo no hay afectación de la función tiroidea. En el caso con hipotiroidismo se obtuvo remisión completa con hormona tiroidea oral, en el segundo la mejoría fue parcial tras tratar con corticoides tópicos e infiltrados.

**Conclusiones:** La patogenia del mixedema pretibial aún no es bien conocida y el tratamiento es frecuentemente insatisfactorio. Se considera una complicación asociada a la enfermedad de Graves (10-12%), aunque se puede desarrollar de forma ocasional en sujetos sin patologías asociadas a hipertiroidismo, como los dos casos que presentamos. Salvi et al estudiaron a 76 individuos con mixedema pretibial y de ellos el 76,31% padecía enfermedad de Graves, 17,1% tiroiditis de Hashimoto y el 6,5% padecía hipotiroidismo idiopático. La patogenia es desconocida, aunque se sospecha la presencia de algún factor circulante de origen aún por determinar capaz de estimular selectivamente a los fibroblastos pretibiales para la producción de mucina. En los últimos años se han publicado estudios que postulan la influencia de los anticuerpos contra el receptor de TSH, puesto que se ha demostrado la presencia de ARN productor del receptor de TSH exclusivamente en fibroblastos pretibiales. Aun así, no en todos los casos hay incremento de dichos anticuerpos, lo que indica que debe existir otro mecanismo patogénico aún por determinar.

### 4. LESIONES ATRÓFICAS EN LACTANTE

A. López Ávila<sup>a</sup>, I. Ballester Nortes<sup>a</sup>, J. Pardo Sánchez<sup>a</sup>, E. Abbad Asensio<sup>a</sup>, F. Allegue Gallego<sup>a</sup>, L.F.J. Ruffin Villaeslada<sup>a</sup> y S. Ortiz Reina<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.*

**Introducción:** La aparición precoz de lesiones atróficas en lactantes plantea un diagnóstico diferencial entre diversas entidades clínicas.

**Caso clínico:** Presentamos a una niña de 3 meses de edad, con oligosindactilia en pie derecho que poco después del nacimiento desarrolla máculas atróficas blanquecinas con disposición en bandas blashkoides en costados y muslos de predominio en lado derecho. Presentaba además pólipos fibroepiteliales en dedos del pie izquierdo.

**Discusión:** La clínica de esta paciente con la aparición tan precoz de las lesiones atróficas, junto con las lesiones papilomatosas en dedos del pie izquierdo y la malformación del pie derecho en "pinza de cangrejo" nos hicieron sospechar una hipoplasia dérmica focal que se confirmó con el estudio histológico que mostró gran adelgazamiento de la dermis y ocupación de la misma por lóbulos grasos. Se plantearon otros posibles diagnósticos.

**Conclusiones:** Aunque infrecuente, el síndrome de Goltz debe estar en el diagnóstico diferencial de lesiones atróficas en neonatos y lactantes. Su diagnóstico de confirmación se realizará con la histología y/o genética mediante la detección de mutaciones en el gen PORCN.

### 5. REACCIÓN CUTÁNEA TRAS INSTILACIONES INTRAVESICALES DE MITOMICINA C

M.E. Giménez Cortés<sup>a</sup>, M.S. Gaglio de Grecco<sup>a</sup>, E. Cutillas Marco<sup>a</sup>, S. Swirc<sup>b</sup> e I. Sánchez Martínez<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Servicio de Farmacia. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.*

**Introducción:** Hay descritas reacciones locales por mitomicina C intravesical. Se ha descrito la eritrodiesestesia palmoplantar tras el uso sistémico de mitomicina C. El contacto cutáneo con la mitomicina C produce eczema irritativo intenso.

**Caso clínico:** Paciente varón de 72 años de edad, con antecedentes personales de espondilitis, diabetes mellitus tipo 2 y tumor vesical recidivado; intervenido mediante RTU en octubre de 2013. Recibía tratamiento con antidiabéticos orales, antihipertensivos, inhibidores de la bomba de protones e instilaciones intravesicales con mitomicina C. Remitido desde urología por un cuadro cutáneo tras la 6ª instilación de mitomicina C intravesical, consistente en edema y eritema palmar bilateral con intensa descamación a las 24 horas de la instilación, acompañado de calor local intenso. Con el diagnóstico clínico de eritrodiesestesia palmoplantar secundaria a quimioterapia, tomamos una biopsia. El resultado fue de eczema de probable origen medicamentoso. Reinterrogado, el paciente refirió que en una de las instilaciones tuvo contacto con el fármaco en el área genital. Las pruebas epicutáneas con mitomicina C a concentraciones de 0,03 y 0,1% y control con vaselina pura fueron intensamente positivas para las 2 concentraciones de mitomicina C, con reactivación del cuadro generalizado a las 12 horas de poner los parches.

**Discusión:** Los efectos adversos cutáneos de los quimioterápicos son muy variados y no bien conocidos. Estos se pueden deber a diferentes mecanismos, desde la toxicidad local por extravasación del fármaco a las reacciones a distancia, como es el caso que nos ocupa. Hicimos una revisión de reacciones cutáneas por mitomicina C intravesical, encontrando compatible el cuadro con eczema de contacto por hipersensibilidad tipo IV.

### 6. POROQUERATOSIS DISEMINADA Y TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ NATURAL

T. Salas García, A. López Gómez, M. Dorado Fernández, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, C. Soria Martínez, M.D. Ruiz Martínez, N. Marín Corbalán, C. Brufau Redondo y A. Hernández-Gil Bordallo

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción:** La terapia fotodinámica con luz natural ha sido utilizada por distintos autores para el tratamiento de queratosis actínicas. Presentamos dos casos de pacientes con poroqueratosis actínica diseminada superficial (PADS) tratadas con terapia fotodinámica (TFD) con luz natural.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 62 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por lesiones asintomáticas en brazos y escote de varios años de evolución. A la exploración se observan múltiples pápulas con un reborde queratósico distribuidas en brazos, escote y ambas piernas. Se decidió realizar tratamiento con terapia fotodinámica con luz natural en la zona del escote y ambos brazos. Tras la exposición, la paciente refirió leves molestias en la zona tratada (escala visual de dolor 3/10) y se observó leve irritación. A los 10 días se repitió el tratamiento con terapia fotodinámica con luz natural. En esta ocasión, sí se observó mayor irritación y la paciente refirió mayores molestias (escala visual dolor 5/10). En la revisión tras tres meses del tratamiento, se objetivó con desaparición de aproximadamente el 90% de las lesiones tratadas. Caso 2: paciente de 73 años en seguimiento en consultas exter-

nas de dermatología por PADS con mayor predominancia en piernas. Tras la realización de diversos tratamientos, se decidió realizar TFD con luz natural en ambas piernas. Al igual que la paciente anterior, se realizaron dos sesiones de TFD con buenos resultados.

**Discusión:** La TFD con luz natural se ha utilizado en estudios recientes para el tratamiento de queratosis actínicas no hiperqueratósicas, concluyendo estos que se trata de un tratamiento igual de efectivo que el realizado con luz roja, además de tratarse de una opción que causa menos dolor al paciente y más fácil para el manejo por parte del médico en el día a día. Presentamos dos pacientes con PADS, el cual es un trastorno de la queratinización sobre el cual pueden aparecer carcinomas espinocelulares. Resaltamos la importancia de los casos ya que el tratamiento de la PADS puede resultar complicado debido a la cantidad de lesiones y su extensión, y la TFD con luz natural aporta una opción eficaz de tratamiento para estos pacientes. Nuestra primera paciente permanece sin recidiva de las lesiones tras cinco meses del tratamiento aunque será necesario su seguimiento para ver la eficacia a largo plazo. En cuanto a la segunda, se han obtenido buenos resultados aunque también habrá que realizar seguimiento.

## 7. MUJER DE 80 AÑOS CON BROTES DE AMPOLLAS EN ZONAS FOTOEXPUSTAS. ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

C. Pereda Carrasco<sup>a</sup>, S. Ortiz Reina<sup>b</sup>, M. García Solano<sup>c</sup>, A.F. Monteagudo Paz<sup>a</sup> y C. Ortuño Gil<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Murcia. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia. España.

**Caso clínico:** Mujer de 80 años, con antecedentes personales de hernia de hiato, enfermedad de Parkinson, esplenomegalia y LLC en remisión con patrón de colestasis disociada, en tratamiento con pantoprazol, orfidal, sinemet plus y venlafaxina, que consulta en abril de 2013 por presentar, todos los veranos, desde junio de 2003, brotes de 1 a 2 ampollas, en zona fotoexpuestas, sin afectación de mucosas. Se solicita analítica con: hemograma, función hepática, renal, ANOES, VHB, VHC, VIH, porfirinas en sangre y orina, en la que destaca una leucocitosis. En la biopsia cutánea se observa acantosis y espongiosis con formación de ampollas intraepidérmicas con eosinófilos y un infiltrado perivasculoso y perianexial superficial y profundo en dermis, con linfocitos y eosinófilos. La inmunofluorescencia indirecta es negativa.

**Discusión:** Los pacientes con LLC pueden presentar lesiones cutáneas específicas, por infiltración cutánea por células leucémicas, e inespecíficas, como la dermatosis eosinofílica. Weed describió por primera vez la dermatosis eosinofílica asociada a procesos hematológicos malignos, en 1965, bajo el nombre de reacción similar a picadura de insecto. Desde entonces, solo se han publicado unos cuarenta casos en la literatura. Posteriormente, Byrd et al propusieron como criterios diagnósticos: erupción papulosa, nodular o vesiculoampollosa refractaria a tratamientos, con infiltrado linfohistiocitario rico en eosinófilos en dermis superficial y profunda, en paciente con enfermedad maligna hematológica y exclusión de otras causas que justifiquen un infiltrado eosinofílico cutáneo. La dermatosis eosinofílica asociada a procesos hematológicos malignos suele afectar a pacientes entre la quinta y la séptima década de la vida y la erupción puede aparecer antes, durante o años después del diagnóstico de la LLC. Las lesiones afectan tanto a zonas fotoexpuestas como a zonas no fotoexpuestas. La dermatosis eosinofílica suele estar asociada con una evolución más agresiva de la LLC. Presentamos un nuevo caso de dermatosis eosinofílica asociada a LLC, pero que, de forma atípica, afecta a zonas fotoexpuestas.

## 8. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR ACEITE DEL ÁRBOL DEL TÉ

M. Dorado Fernández, T. Salas García, A. López Gómez, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, C. Brufau Redondo y A. Hernández-Gil Bordallo

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

**Introducción:** El aceite del árbol del té se obtiene a partir de las hojas y ramas de *Melaleuca alternifolia*. Debido a las propiedades antioxidantes, antibacterianas y antifúngicas que se le atribuyen está aumentando el uso dermatológico de este producto, y con ello las reacciones cutáneas adversas que vemos relacionadas con su uso. **Caso clínico:** Mujer de 53 años sin antecedentes personales de interés que consulta por lesiones en los pies de 4 días de evolución. A la exploración se observan vesículas y ampollas en pliegues interdigitales de ambos pies, con abundante material exudativo. La paciente refiere que desde hace 10 días estaba en tratamiento con aceite esencial del árbol del té por una supuesta infección fúngica. Se prescribe tratamiento con corticoides orales en pauta descendente y tratamiento local con crema de betametasona y ácido fusídico, con resolución del cuadro. Se realizan pruebas epicutáneas con true test y el aceite del árbol del té, siendo positiva para este último a las 48 y 72 horas.

**Discusión:** El aceite del árbol del té se ha utilizado durante años por los aborígenes australianos con finalidad medicinal. Se caracteriza por su rico contenido en terminen-4-ol, al cual se le atribuyen propiedades antibacterianas, antifúngicas, antiinflamatorias y antioxidantes. Otro de sus componentes es el 1,8-cineole, el cual se considera el alérgeno responsable de muchos efectos adversos. Se ha utilizado en dermatitis seborreica, acné vulgar, como tratamiento antifúngico o para el tratamiento de verrugas vulgares. Entre los efectos adversos descritos en la literatura destacan irritación cutánea, dermatitis alérgica de contacto, reacciones eritema multiforme like o ginecomastia prepuberal idiopática. Presentamos este caso por el aumento del uso de este tipo de productos en los pacientes, resaltando lo importante de investigar su empleo durante la entrevista clínica, ya que al tratarse de productos "naturales" muchas personas no les atribuyen efectos secundarios.

# XVII Reunión de la Sección Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Murcia, 15 de noviembre de 2014

## 1. MELANOMA PRIMARIO MÚLTIPLE SINCRÓNICO Y CARCINOMA DE MERKEL

J. Ruiz Martínez, T. Salas García, A. López Gómez, M. Dorado Fernández, J. Hernández-Gil Sánchez, C. Soria Martínez, A. Ramírez Andreo, N. Marín Corbalán, C. Brufau Redondo, M.D. Ruiz Martínez y A. Hernández-Gil Bordallo

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

**Introducción:** Los datos epidemiológicos del melanoma maligno cutáneo y del carcinoma de Merkel revelan un aumento de incidencia de ambas neoplasias durante los últimos años. Los pacientes con un melanoma tienen mayor riesgo de desarrollar nuevos melanomas primarios. El diagnóstico de un melanoma primario múltiple sincrónico y carcinoma de Merkel plantea el análisis de las similitudes y diferencias en cuanto a su etiología, características clínicas, asociación recíproca y con otras neoplasias secundarias.

**Casos clínicos:** Caso 1: varón de 64 años que acude a consulta por presentar cuatro lesiones cutáneas pigmentadas en espalda. En la exploración se detectan cuatro lesiones cutáneas melanocíticas sugestivas de melanoma, sin adenopatías regionales palpables. Se procede a la exéresis las lesiones con el diagnóstico de: 1) Melanoma de extensión superficial (MES), Breslow 0,52 mm; 2) MES, Breslow 0,45 mm; 3) MES, Breslow 0,66 mm; 4) Melanoma nodular, Breslow 46 mm. Con estos hallazgos se propone ampliación de márgenes y estudio de ganglio centinela que el paciente rechaza. A los cuatro meses se palpa una adenopatía dura axilar derecha sobre la que se realiza PAAF que resultó positiva para metástasis de melanoma con el posterior estudio de extensión hallando un nódulo pulmonar compatible con metástasis pulmonar por lo que se deriva al paciente a oncología. Caso 2: varón de 68 años que acude a consulta por presentar tres lesiones cutáneas: dos lesiones melanocíticas sospechosas de malignidad en espalda y una lesión nodular subcutánea, de consistencia firme, bien delimitada, de pocos meses de evolución en cara posterior de cuello. Entre sus antecedentes personales se encuentran un carcinoma epidermoide en muñeca derecha, dos carcinomas basocelulares localizados en tórax y muslo derecho respectivamente, y múltiples queratosis actínicas en cara, cuero cabelludo, manos y antebrazos. Se practica biopsia y posterior exéresis de las tres lesiones con el diagnóstico de MES, Breslow 0,68 mm y melanoma in situ, correspondientes a las lesiones localizadas en espalda, y carcinoma neuroendocrino tipo Merkel de la lesión localizada en cuello. Se procede a la ampliación de márgenes y estudio de doble ganglio centinela axilar y cervical derecho con ausencia de células tumorales. A los tres meses se detecta adenopatía palpable en cara lateral de cuello resultando positiva para células de carcinoma neuroendocrino. En TC corporal se detectan dos adenopatías cervicales sospechas de malignidad, procediéndose al vaciamiento ganglionar para posterior tratamiento adyuvante con radioterapia.

**Discusión:** Se han identificado ciertas características asociadas a los pacientes que desarrollan múltiples melanomas primarios. Destaca la tendencia a encontrar menor grosor en los melanomas subsiguientes, que en hasta la mitad de las ocasiones el segundo melanoma se presenta en una distinta localización y que existe mayor riesgo de desarrollar otras neoplasias, en particular, otras neoplasias cutáneas no melanomas. Por lo tanto se hace necesaria una vigilancia estrecha y de toda la superficie cutánea no solo para detectar recurrencias de un melanoma previo, sino también otros melanomas primarios y el desarrollo de otras neoplasias, particularmente neoplasias cutáneas distintas al melanoma. La inmunodepresión y la exposición a radiación UV son factores de riesgo compartidos tanto por el melanoma como por el carcinoma de Merkel siendo en el momento actual la explicación más plausible a su posible detección en el mismo paciente.

## 2. BLOQUEOS ANESTÉSICOS EN DERMATOLOGÍA

M. Dorado Fernández, J. Ruiz Martínez, T. Salas García, A. López Gómez, A. Ramírez Andreo, J. Hernández-Gil Sánchez, C. Brufau Redondo y A. Hernández-Gil Bordallo

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción:** Los anestésicos locales (AL) son fármacos que bloquean la conducción nerviosa. Los podemos utilizar mediante dife-

rentes técnicas: anestesia tópica, infiltrativa/de campo (más usada en Dermatología) o los bloqueos nerviosos. En esta última el anestésico se inyecta directamente en el espacio extra o paraneural de un nervio, consiguiendo la anestesia de la región anatómica inervada por este, distal al punto de inyección.

**Objetivos:** Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre el empleo de bloqueos anestésicos en Dermatología, tanto en procedimientos quirúrgicos como en otras técnicas (terapia fotodinámica, láser...) para dilucidar las ventajas e inconvenientes de su empleo, la forma de realizarlos y dónde nos pueden resultar más útiles. Además presentamos casos sobre nuestra experiencia personal con esta técnica anestésica.

**Conclusiones:** En cirugía dermatológica a veces tenemos que realizar intervenciones en las que se ven implicadas amplias zonas de la piel. En estos casos es posible que el volumen de AL que requerimos supere las cantidades tóxicas permitidas. Para hacer frente a este problema tenemos varias opciones: por un lado diluir el AL (bien con suero salino o con bien con epinefrina, que además es vasoconstrictor y disminuye el sangrado) o realizando un bloqueo nervioso, donde con cantidades pequeñas de AL cubrimos amplias zonas, reduciendo a su vez la molestia que supone al paciente la anestesia infiltrativa (muchos más pinchazos, infiltraciones muy dolorosas en zonas sensibles como la punta de la nariz...). Otras ventajas de los bloqueos nerviosos son la menor edematización de los tejidos implicados y la mayor duración del efecto analgésico, permitiendo un postoperatorio menos doloroso. Sin embargo la cara y el cuero cabelludo (zonas donde son especialmente útiles estas técnicas de bloqueo) tienen una importante irrigación, y a veces puede resultarnos de gran ayuda el uso de vasoconstrictor para reducir el sangrado y mejorar la visibilidad del campo, algo que solo es posible con la anestesia infiltrativa/de campo. Además el riesgo de daño nervioso es mayor con los bloqueos. Por esto siempre hay que individualizar la técnica a utilizar según el tipo de paciente y el procedimiento a realizar.

## 3. PITIRIASIS RUBRA PILARIS CIRCUNSCRITA JUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. López Gómez<sup>a</sup>, A. Vera Casaño<sup>b</sup>, M. Dorado Fernández<sup>a</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, T. Salas García<sup>a</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>a</sup>, J. Hernández-Gil Sánchez<sup>a</sup>, A. Sanz Trelles<sup>c</sup>, C. Brufau Redondo<sup>a</sup> y A. Hernández-Gil Bordallo<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario. Málaga. España.*

**Introducción:** La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis papuloescamosa cuya lesión elemental es una pápula hiperqueratósica folicular con eritema periférico. Presentamos el caso de una niña con PRP circunscrita juvenil, sus características clínicas, histológicas y dermatoscópicas.

**Caso clínico:** Niña de 11 años que consulta por lesiones asintomáticas en ambas rodillas desde hace 5 años, y lesiones similares en codos desde hace 1 año. Derivada desde Reumatología para descartar psoriasis cutánea. A la exploración presentaba, bilateral y simétricamente en ambas rodillas, pápulas hiperqueratósicas foliculares, que en algunas zonas confluían en una placa psoriasiforme. En codos presentaba lesiones similares. Con dermatoscopia se observaban múltiples tapones queratósicos foliculares, con un halo queratósico periférico amarillento, todo ello rodeado de eritema con algunos vasos lineales. Los hallazgos histológicos confirmaron la sospecha de PRP circunscrita juvenil.

**Discusión:** La PRP es un trastorno raro de etiología desconocida y de considerable variabilidad clínica. Su lesión primaria es una

pápula hiperqueratósica folicular con eritema rojo-anaranjado periférico. Griffiths la clasificó en cinco tipos según sus características clínicas y su edad de inicio. Nuestra paciente presentaba características clínicas de PRP tipo IV o circunscrita juvenil, con pápulas queratósicas foliculares limitadas a codos y rodillas, de inicio en la edad prepuberal. En este subtipo suele aparecer queratodermia palmoplantar, y no suele haber progresión a las formas clásicas. El diagnóstico de la enfermedad es clínico, aunque puede ser confundida, clínica e histológicamente, con psoriasis. Queremos señalar la utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico de esta variante de PRP, ya que permite observar las características que dan el nombre a la enfermedad: pápulas hiperqueratósicas (pitiriasis), rodeadas de eritema (rubra) y todas ellas centradas por un pelo (pilaris). Estos hallazgos son claramente distintos a los descritos en psoriasis, por lo que la dermatoscopia podría evitar la realización de biopsias innecesarias en estos casos.

#### 4. EDEMA CRÓNICO PALPEBRAL

T. Salas García<sup>a</sup>, M. Dorado Fernández<sup>a</sup>, A. López Gómez<sup>a</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, J. Hernández-Gil Sánchez<sup>a</sup>, J.A. Ruiz Macia<sup>b</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>a</sup>, C. Soria Martínez<sup>a</sup>, M.D. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, N. Marín Corbalán<sup>a</sup>, C. Brufau Redondo<sup>a</sup> y A. Hernández-Gil Bordallo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>b</sup>Laboratorio Anatomoclínico J. Sola. Murcia. España.

**Introducción:** El párpado, debido su gran laxitud, puede sufrir deformaciones notables debido a infiltración en el espacio intersticial. El grado de edema puede variar desde una simple tumefacción hasta aumento del tejido periocular. El diagnóstico diferencial del edema palpebral es complejo y requiere de la realización de una exploración física cuidadosa y en múltiples ocasiones de pruebas diagnósticas complementarias para llegar a su causa.

**Caso clínico:** Paciente varón de 60 años que acudió a consulta por edema de párpados superiores de un año de evolución. Como antecedentes personales era hipertenso, para lo cual tomaba un IECA (inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina) desde hace 3 años. Ya había sido visto por Alergología, que descartó causa alérgica, y Medicina Interna, que estudiaron posibles causas renales. A la exploración se observaba edema palpebral bilateral no inflamatorio. El paciente no refería ningún otro antecedente personal. Se realizó biopsia cutánea en la cual se observó un aumento de material basófilo compatible con ácido hialurónico. Tras volver a interrogar al paciente, admitió haberse realizado infiltración con toxina botulínica e implantes hacía un año aproximadamente.

**Discusión:** El uso de materiales de relleno con fines de rejuvenecimiento cutáneo es uno de los procedimientos estéticos más realizados en los últimos años. Como muchos otros procedimientos, no están libres de riesgos, por lo que debemos conocer su existencia. Las complicaciones pueden ser transitorias o permanentes, precoces y tardías, necesitando en ocasiones de tratamiento médico. En el caso de rellenos con ácido hialurónico, uno de los más utilizados, deberemos tener en cuenta la posibilidad de edema transitorio, infecciones, la aparición de granulomas o migración del producto. Presentamos un caso de edema palpebral de un año de evolución resultado de un implante de ácido hialurónico previo.

#### 5. CUANDO LO DIFÍCIL PUEDE SER FÁCIL

M. Lova Navarro<sup>a</sup>, D.J. Godoy Díaz<sup>b</sup>, M.D. Fernández Ballesteros<sup>b</sup>, A. Vera Casaño<sup>b</sup>, A. Sanz Trelles<sup>b</sup>, A.R. Rodríguez de Valentiner<sup>c</sup>, T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, A. Clemente Ruíz de Almirón<sup>a</sup>, P. Sánchez Pedreño<sup>a</sup>,

A. Clemente Valenciano<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup> y J.F. Frías Iniesta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional de Málaga. España. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. España.

**Casos clínicos:** Caso 1: varón de 41 años con un cuadro clínico de edema facial de 7 años de evolución que empeora en los 2 últimos años siendo derivado al servicio de dermatología. A la exploración muestra un importante edema de los dos tercios superiores de la cara con importante afectación palpebral que dificulta la apertura ocular, acompañándose de pápulas eritematosas y telangiectasias distribuidas en frente, nariz y mejillas. A la palpación la consistencia del edema era sólida. Nos planteamos el diagnóstico clínico de una rosácea y utilizamos distintos tratamientos, entre ellos doxiciclina, metronidazol e isotretinoína, siendo refractario a todos ellos. Debido a la falta de eficacia del tratamiento realizamos una biopsia punch en la que se aprecia un infiltrado inflamatorio perivascular superficial y perifolicular con granulomas de células epitelioides perifoliculares, siendo compatible con el diagnóstico de rosácea granulomatosa, llamando la atención la marcada dilatación de los vasos linfáticos dérmicos, llegando al diagnóstico de enfermedad de Morbihan (edema facial sólido persistente). Se pautaron esteroides orales obteniéndose una mejoría espectacular del edema facial, pero tras la suspensión del tratamiento se produjo un nuevo empeoramiento. Ante esta situación decidimos buscar una solución alternativa realizando tratamiento con monodosis oral de ivermectina 200 µg/kg, consiguiendo el mismo efecto que con los esteroides orales pero de forma duradera, no habiendo necesitado después de 6 meses retratamiento con ivermectina. Caso 2: varón de 51 años que tras realizarse un corte de pelo es derivado de forma urgente al servicio de dermatología por presentar su cuero cabelludo un aspecto similar al “cerebro humano”. A la exploración se aprecia un plegamiento del cuero cabelludo, en el que se observan surcos y crestas (“circunvoluciones”) en dirección anteroposterior, que no podían corregirse mediante la tracción de la piel. Ante la sospecha clínica de *Cutis verticis gyrata* realizamos una exploración neurológica y oftalmológica que resultó normal. Además solicitamos una analítica de sangre con hormonas (TSH, T3, T4, GH, IGF-1, IGF-2), una resonancia magnética cerebral y un cariotipo, no encontrándose ninguna alteración, llegando al diagnóstico de *Cutis verticis gyrata* primaria esencial. Decidimos de forma consensuada con el paciente no realizar tratamiento quirúrgico y esperar al nuevo crecimiento del pelo, consiguiendo un resultado cosmético con el que el paciente se mostró muy satisfecho.

**Discusión:** Tanto el tratamiento de la enfermedad de Morbihan como de la *Cutis verticis gyrata* puede ser muy difícil. En el caso de la enfermedad de Morbihan los corticoides orales son el tratamiento más eficaz, pero la recidiva del proceso al retirarlos es frecuente. Por ello se debe tener en cuenta el papel causal de *Demodex folliculorum* en pacientes con cuadros de rosácea refractarios a los tratamientos habituales, donde cada vez parece de mayor utilidad el uso de monodosis de ivermectina oral. Por otro lado la *Cutis verticis gyrata* es un proceso benigno y que generalmente no requiere ningún tratamiento, salvo por motivos estéticos, donde el tratamiento quirúrgico va a depender del grado de afectación, localización, enfermedad de base, practicando escisiones simples, escisiones en “forma de mariposa”, así como mediante el uso de expansores e injertos. Si el paciente, como en nuestro caso, no presenta problemas de alopecia, no hacer nada y dejar que el pelo oculte el cuero cabelludo es una opción muy a tener en cuenta.

**Conclusiones:** En ambos casos aparentemente difíciles en un primer momento hemos optado por soluciones fáciles y sin efectos adversos indeseables para los pacientes cumpliendo la máxima de “*primum non nocere*” aplicada en el campo de la medicina desde los tiempos de Hipócrates.

## 6. LENGUA NEGRA VELLOSA POR MAPROTILINA

C. Pereda Carrasco, A.F. Monteagudo Paz y C. Ortuño Gil

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. España.*

**Introducción:** La maprotilina es un antidepresivo tetracíclico, que inhibe de manera potente y selectiva la recaptación de noradrenalina y es pautaada en ansiedad, depresión y trastorno bipolar. Entre sus efectos secundarios se encuentra la xerostomía que es un desencadenante de la lengua negra vellosa. La lengua negra vellosa es un proceso benigno, transitorio, que afecta a la zona media del dorso de la lengua, consistente en un defecto en la descamación, una hipertrofia y un alargamiento de las papilas filiformes linguales que expresan queratinas tricocíticas, junto con una proliferación candidiásica y bacteriana. Se han descrito múltiples desencadenantes como: fármacos, xerostomía, acúmulo de restos alimentarios y celulares por mala higiene, colutorios anti-sépticos, limitación de los movimientos linguales, trastornos carenciales, endocrinológicos, VIH, radioterapia de cabeza y cuello, EICH, reflujo gastroesofágico... Sus diagnósticos diferenciales son la lengua negra, el muguet, la leucoplasia oral vellosa, la hipertrofia de papilas linguales fungiformes y la acantosis nigricans. Como tratamiento tenemos las medidas generales consistentes en la corrección de los factores etiopatogénicos, el cepillado dental y lingual tras cada comida y como tratamientos médicos podemos emplear queratolíticos (urea, retinoides) y antifúngicos tópicos y orales, entre otros.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 62 años, en tratamiento con 10 mg al día de maprotilina, desde hace años, que al aumentar la dosis a 75 mg presenta aparición de lengua negra vellosa que remite de forma espontánea al disminuir la dosis de maprotilina a 37,5 mg.

**Conclusiones:** Presentamos el primer caso de lengua negra vellosa asociada a maprotilina, que, además, es dosis dependiente.

## 7. MANEJO DE PATOLOGÍA NEONATAL DERMATOLÓGICA GRAVE. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, P. Sanchez-Pedreño Guillén<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup>, A. Clemente Ruiz de Almirón<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup>, M. Lova Navarro<sup>a</sup>, J. Susmozas Sánchez<sup>b</sup>, A. Brea Lamas<sup>b</sup>, J.M. Olivares Rossell<sup>b</sup>, E. Guillén Navarro<sup>c</sup>, B. Ferri Ñiguez<sup>d</sup> y J. Frías Iniesta<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Neonatología Pediátrica; <sup>c</sup>Servicio de Genética; <sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.*

**Introducción:** La presencia de un recién nacido con áreas denudadas es un acontecimiento infrecuente que supone un reto diagnóstico ya que incluye patología infecciosa y genodermatosis (fundamentalmente ictiosis y epidermólisis ampollosa). El manejo de esos primeros días de vida es difícil y necesita de un enfoque multidisciplinario. Describimos 3 casos simultáneos de neonatos con erosiones que coincidieron en el Servicio de Neonatología del HCUVA.

**Casos clínicos:** Presentamos tres neonatos de sexo masculino, sin antecedentes familiares ni personales de interés. El primero de ellos presentaba grandes zonas denudadas en glúteos y miembros inferiores sin afectación mucosa. En el segundo se objetivó una piel engrosada, tensa y brillante, con zonas fisuradas y erosionadas en pliegues compatibles con un bebe colodión. En el tercero, predominaban grandes áreas denudadas, en especial en tórax, con zonas queratósicas en palmas y plantas. En ninguno de ellos se apreció inicialmente la presencia de ampollas. El último caso, debido a la intensidad de la clínica, desarrolló deshidratación hipernatémica grave y signos de sobreinfección que precisaron tratamiento enér-

gico. Tanto el primer como el tercer paciente evolucionaron en el tiempo a un fenotipo ictiosiforme, con escamas poligonales junto con erosiones y ampollas.

**Conclusiones:** La presencia de un recién nacido con áreas erosivas es un acontecimiento grave e infrecuente. El seguimiento y registro fotográfico de la clínica cutánea de los primeros días de vida es muy importante de cara a un diagnóstico posterior.

## 8. FIEBRE Y ERUPCIÓN PUSTULOSA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

E. Cutillas-Marco<sup>a</sup>, M.S. Gaglio<sup>a</sup>, M.E. Giménez-Cortés<sup>a</sup> y C. Godoy-Alba<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.*

**Introducción:** La pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) es una enfermedad rara que se caracteriza por la aparición de pústulas que afectan a áreas extensas, habitualmente desencadenada por fármacos. Aunque son muchos los fármacos que pueden estar implicados, los casos debidos a ibuprofeno son raros.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 25 años que fue remitida a la consulta de Dermatología desde Urgencias por pústulas de inicio en pliegue hipogástrico que confluyeron dando lugar a una gran placa violácea, descamativa y exudativa. Progresivamente le aparecieron pústulas en otras localizaciones, junto a edema en la cara, sin erosiones mucosas. El cuadro se acompañaba de fiebre y discreta leucocitosis. En el estudio histopatológico observamos pústulas neutrofilicas subcórneas asociadas a moderado edema de dermis papilar. La paciente negaba la toma de fármacos salvo anticonceptivo hormonal desde 2 meses antes. Recibió tratamiento con corticoides tópicos, con fluctuación de la intensidad del cuadro. El reinterrogatorio dirigido nos hizo sospechar que la toma ocasional de ibuprofeno para cefaleas podría haber motivado el cuadro. Tras la suspensión del mismo, después de 3 meses de seguimiento, la enfermedad no ha vuelto a brotar.

**Discusión:** Más del 90% de los casos de PEAG se deben a fármacos. De ellos, los betalactámicos, antipalúdicos, sulfamidas, terbinafina y diltiazem son los fármacos implicados con mayor frecuencia. Debemos hacer diagnóstico diferencial entre esta entidad y la psoriasis pustulosa aguda generalizada de Von Zumbusch, lo cual no siempre resulta sencillo.

## 9. PREVALENCIA DE SENSIBILIZACIÓN A METILCLOROISOTIAZOLINONA/METILISOTIAZOLINONA EN EL ÁREA VI. ¿CÓMO SE PUEDEN EVITAR LOS FALSOS NEGATIVOS?

P. Mercader García, R. Rojo España, B. Pérez Suárez, J.M. Rodenas López y A. Peña García

*Servicio de Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.*

**Introducción:** La metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (MCI/MI) es un conservante que se utiliza en la fabricación de cosméticos y pinturas. Aunque es un alérgeno frecuente, en los últimos años se ha publicado un aumento importante de la prevalencia de la sensibilización a este alérgeno y sobre todo a uno de sus componentes, la metilisotiazolinona.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de la sensibilización a MCI/MI entre los pacientes remitidos a la consulta de dermatitis de contacto del Hospital Morales Meseguer desde el año 2008 hasta 2014.

**Material y métodos:** Los datos de prevalencia de sensibilización a MCI/MI se han obtenido a partir de la base de datos de pruebas epicutáneas del Servicio de Dermatología del Hospital Morales Meseguer, estudiando los resultados de las lecturas a las 96 h de los

pacientes a los que se les puso la batería estándar con la MCI/MI a 200 ppm y el true-test. En el año 2014 se añadió a la batería estándar la MI sola a 2.000 ppm.

**Resultados:** En el año 2008 no se detectó ningún caso de sensibilización a MCI/MI, sin embargo entre los años 2009 y 2012 la prevalencia de sensibilización a MCI/MI fue de un 8%. Superior a la detectada en estudios de otras poblaciones. En el año 2013 esa

prevalencia se dobló hasta el 20%, para bajar aparentemente hasta el 11% en 2014, sin embargo la prevalencia de sensibilización a la MI sola ese año fue de un 21%.

**Discusión:** La sensibilización a MI puede ser una de las causantes de la alta prevalencia de sensibilización a MCI/MI en nuestro medio. Al añadir la MI a la batería estándar se evitan falsos negativos de un alérgeno frecuente y relevante en la mayoría de los casos.