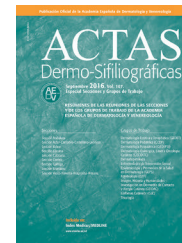




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN BALEAR DE LA AEDV

X Reunión de la Sección Balear de la Academia Española de Dermatología y Venereología Palma de Mallorca, 25 de febrero de 2015

1. POLIARTERITIS NODOSA CUTÁNEA EN LA INFANCIA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

A. Agudo García^a, A. Vicente^a, O. Figueroa-Silva^a,
S. Gómez-Armayones^a, M. Bonet^a, C. Baliu-Piqué^a, M.A. González^a,
C. Rovira^b y J. Antón^c

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica;
^cServicio de Reumatología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.
España.

Introducción: La poliarteritis nodosa cutánea (PAN) es una vasculitis necrotizante de arterias de pequeño y mediano tamaño que puede provocar necrosis tisular y afectar a múltiples órganos. La PAN cutánea (PANc) se limita a la piel y comparte clínica e histología, pero sin afectación de órganos internos. En la infancia, la PANc es poco frecuente y más severa en menores de 10 años.

Caso clínico: Varón de 10 años, sin antecedentes de interés, que consultó por aparición de nódulos eritematovioláceos dolorosos en abdomen, espalda y zona pretibial bilateral desde hacía 2 meses, acompañados de fiebre de 38 °C de 1 semana de evolución. No refería antecedente infeccioso ni toma de nuevos medicamentos. A la exploración no presentaba adenopatías y las constantes eran normales. Ante la sospecha de paniculitis se realizó biopsia cutánea, que mostró cambios de vasculitis de arterias de mediano tamaño, así como áreas de fibrosis y focos de paniculitis. La inmunofluorescencia directa fue negativa. Se solicitó una radiografía de tórax que fue normal y la analítica únicamente evidenció elevación de reactivantes de fase aguda (PCR, VSG). Las serologías para virus hepatotropos y otros microorganismos fueron negativas, así como el faringotest y el PPD. Se inició tratamiento con ibuprofeno sin mejoría, por lo que se añadieron corticoides orales y posteriormente metotrexato e hidroxiquina, con resolución de las lesiones. Tras varios brotes durante 3 años, el paciente pudo permanecer con tratamiento únicamente con metotrexato, pero recientemente ha presentado un nuevo brote que ha requerido instaurar el tratamiento inicial y añadir micofenolato, con mejoría progresiva.

Discusión: La PANc en la infancia es poco frecuente y cursa con lesiones cutáneas variadas, como nódulos, livedo reticularis, ulceraciones e incluso gangrena periférica. Pueden aparecer síntomas sistémicos como fiebre, artralgias, mialgias o neuropatía, limitadas a las zonas con afectación cutánea. Es necesario siempre descartar

alteración de órganos internos. En cuanto al tratamiento, se utilizan corticoides tópicos o antiinflamatorios en casos leves y corticoides orales, inmunosupresores o terapia biológica en casos severos/refractarios.

Conclusiones: La PANc presenta buen pronóstico en general, pero en la infancia es importante diagnosticarla precozmente, ya que en ocasiones puede presentar gangrena periférica.

2. MÁCULAS HIPERPIGMENTADAS FACIALES EN DOS HERMANAS

A. Giacaman Contreras, N. Knöpfel Capelinha,
M. Campos Domínguez, E. Jubert Esteve, M.M. Escudero Góngora,
A. Bauzá Alonso y A. Martín-Santiago

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases.
Palma de Mallorca. España.

Introducción: Recientemente se han descrito máculas hiperpigmentadas faciales adquiridas en 25 niños. Esta entidad se caracteriza por aparición de múltiples lesiones asintomáticas en frente y área temporal. La edad media de presentación fue 6 meses, en niños de distintas razas sin historia de lesiones similares en familiares ni contactos próximos. Aportamos 3 nuevos casos, dos en hermanas. **Casos clínicos:** Niña de 3 años, sin antecedentes de interés, presenta de forma espontánea máculas hiperpigmentadas en la frente y área temporal. Son lesiones no descamativas, asintomáticas, con signo de Darier negativo y sin antecedente de inflamación en área afectada. Su hermana de 2 años con diagnóstico de dermatitis atópica presenta lesiones de aspecto similar en la misma localización. El inicio de las lesiones coincide en tiempo, durante el invierno. No se obtienen factores desencadenantes en la anamnesis. El resto de familiares no presentaban lesiones. Se realiza test de celo negativo para micosis superficial y sólo se observan estructuras de aspecto fibrilar sintético. El tercer caso, niña de 1 año de origen sudamericano en la que aparecen lesiones similares durante la primera semana de vida, que evolucionan de manera estable durante un año de seguimiento. El estudio de ANA y anti-ENA en ella y su madre fueron negativos.

Discusión: Las máculas hiperpigmentadas faciales corresponden a una entidad particular de la que se desconoce su etiopatogenia. Hasta el momento, no se ha identificado un factor desencadenante

y no se pueden atribuir a otras causas conocidas de hiperpigmentación adquirida en niños. En el estudio histológico de los casos publicados únicamente se observaron cambios postinflamatorios y a nuestros pacientes no se les realizó biopsia. Creemos importante realizar un correcto diagnóstico diferencial considerando patologías como pitiriasis versicolor, histiocitosis céfalica benigna, urticaria pigmentosa, eritema discrómico perstans, rasopatías y dermatitis de contacto pigmentada.

3. HALLAZGOS CLÍNICOS Y DERMATOSCÓPICOS DEL LÉNTIGO MALIGNO EXTRAFAcial

J. Garcías Ladaria^a, V. Oliver Martínez^b, B. González Llavona^a y V. Rocamora Durán^a

^aServicio de Dermatología. Hospital de Manacor. Mallorca.

^bServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. España.

Introducción: El léntigo maligno (lm) es una forma de melanoma típicamente localizada en el polo céfalico. Los hallazgos dermatoscópicos dependen en gran medida de las características anatómicas de la piel en esta localización. La localización extracefalica es más rara, y los hallazgos dermatoscópicos se han descrito recientemente en una serie de 3 pacientes y en otra serie de 20 pacientes hasta el momento.

Material y métodos: Se revisó una serie de pacientes diagnosticados en el Hospital General de Valencia y en el Hospital de Manacor de forma consecutiva y de los que se contó con información clínica, anatomía patológica e imágenes clínicas y dermatoscópicas.

Resultados: Se tuvo acceso a la información y las imágenes de 7 pacientes: 2 mujeres y 5 hombres con tres lesiones en zona escapular, tres en miembro superior y una en miembro inferior. La edad media de los pacientes fue de 77,8 años. La dermatoscopia mostró hallazgos que se observan en los melanomas de extensión superficial como retículo atípico, glóbulos irregulares, velo azul-blanquecino y pseudópodos. De las 7 lesiones, 4 mostraron cambios que se describen en el léntigo maligno: los más frecuentes fueron las estructuras romboidales (4/7) y el patrón anular-granular (2/7).

Conclusiones: Los hallazgos clínicos y dermatoscópicos del léntigo maligno extracefalico se asemejan a los del melanoma de extensión superficial; sin embargo, algunas lesiones presentan cambios que se observan en léntigos malignos de localización facial. La invasión de los anejos cutáneos y los cambios que se producen con el fotoenvejecimiento como la atrofia epidérmica y la disminución de las crestas interpapilares podrían explicar el aspecto dermatoscópico de los lm de localización extracefalica.

4. GRANULOMA DE MAJOCCHI POR TRICHOPHYTON RUBRUM

J.J. Gutiérrez de la Peña^a, G. Perelló Llinas^a, C. Marqués Cardell^a y M. Ruiz Veramendi^b

^aConsulta de Dermatología. Palma de Mallorca. ^bServicio de Microbiología Clínica Rotger. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El granuloma de Majocchi (GM) o tinea folicular y granulomatosa es una infección de la dermis y del tejido celular subcutáneo por hongos dermatofitos, más frecuente en las piernas y desencadenado por traumatismos físicos.

Caso clínico: Varón de 82 años de edad con una placa eritematodescarnativa y granulomatosa en el dorso y en los tres primeros dedos de la mano derecha de más de tres meses de evolución, tratado con crema de corticoides. El estudio anatomopatológico fue de una foliculitis con destrucción de los folículos pilosebáceos y acúmulos de neutrófilos. En el cultivo microbiológico en placa de agar Sabouraud y agar DTM crece un hongo filamentoso *Trichophyton rubrum*, confirmado mediante tinción con azul de lactofenol y amplificación genómica por PCR de la región ITS-2 espaciadora de

la transcripción interna-2 y su posterior secuenciación. Cura mediante tratamiento con terbinafina 250 mg/día durante 40 días.

Discusión: Se trata de una patología infecciosa excepcional causada principalmente por el *Trichophyton rubrum*, aunque puede deberse a otros hongos dermatofitos. En nuestro caso se localizaba en el dorso de la mano derecha, y para su diagnóstico se requiere estudio histopatológico y cultivo microbiológico.

Conclusiones: El GM es una patología rara y de difícil diagnóstico, más frecuente en las piernas en personas con micosis en las uñas o en los pies y precisa de un traumatismo previo. Nuestro caso se localizaba en la mano y se confirmó el diagnóstico mediante cultivo micológico e identificación con PCR.

5. ANGIOHISTIOCITOMA DE CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS GENERALIZADO

B. González Llavona^a, M. Cuadrado Rosón^b, J. Garcías Ladaria^a, M.C. Sánchez Bermejo^a, V. Rocamora Durán^a y M. Pascual López^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Manacor. Mallorca. España.

Introducción: El angiohistiocitoma de células gigantes multinucleadas (AHCM) fue descrito por Smith y Wilson Jones en 1985. Se trata de una proliferación vascular y fibrohistiocítica benigna, que afecta fundamentalmente a mujeres (80%) de edad media. La forma más frecuente de presentación es una forma localizada, con aparición de pápulas eritematovioláceas en dorso de dedos, manos, cara o muslos.

Caso clínico: Una mujer de 37 años con antecedente de infertilidad secundaria a obstrucción tubárica con múltiples abortos de repetición consultó por una erupción lentamente progresiva de 6 años de evolución, asintomática. En la exploración física se apreciaban decenas de pápulas de unos 5 mm, eritematovioláceas y marronáceas, firmes al tacto, distribuidas por todo el tronco y raíz de miembros. La biopsia mostró la presencia de una proliferación de vasos de pequeño calibre en dermis, un infiltrado perivascular linfoplasmocitario y la presencia de células gigantes multinucleadas de aspecto fibrohistiocitario, permitiendo el diagnóstico de AHCM generalizado.

Discusión: El AHCM suele ser un cuadro asintomático y de evolución insidiosa, con muy pocos casos de remisión espontánea. La histopatología del AHCM se caracteriza por una proliferación de capilares y vénulas afectando a todo el espesor de la dermis, un infiltrado perivascular linfoplasmocitario y como hallazgo más característico la presencia de células gigantes multinucleadas salpicadas por toda la lesión. La fisiopatología es desconocida, pero existe la teoría de una posible influencia hormonal lo que explicaría la clara predominancia femenina. Dada la naturaleza benigna del cuadro no es preciso tratamiento alguno.

Conclusiones: El AHCM generalizado es excepcional, con tan solo 6 casos publicados hasta la fecha. En nuestro caso destaca la posibilidad de una influencia hormonal, pues la paciente sufrió un total de 9 abortos coincidiendo con el periodo de instauración de sus lesiones.

6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE LOS MELANOMAS CUTÁNEOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER ENTRE 2002 Y 2014

T. Nadal Nadal^a, A. Llambrich Mañés^a, F. Tarrasa Sagristá^b, R. Taberner Ferrer^a, A. Vila Mas^a y C. Nadal Lladó^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Objetivos: Describir cómo son los melanomas malignos (MM) que diagnosticamos, si han cambiado con los años y quiénes presentan un mayor riesgo y peor pronóstico.

Material y métodos: Realizamos un análisis de los casos de MM a partir de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica. Excluimos los MM de mucosas y los que no realizaron seguimiento en

nuestro centro. Para el análisis estadístico utilizamos los programas SPSS(v20) y EPIDAT(v3.1).

Resultados: Incluimos 371 melanomas, el 51,7% en varones. La edad media fue de 60,4 años y el índice de Breslow (IB) medio de 1,16 mm. El 55,2% eran invasivos, cuyo IB medio fue de 2,12 mm, con tendencia a ser más finos en mujeres y en los años más recientes, aunque sin llegar a la significación estadística. Sí observamos una disminución significativa de la edad en el momento del diagnóstico en ambos sexos. La incidencia acumulada aproximada pasó de 8 casos por 100.000 habitantes en 2003 a 19 por 100.000 en 2014, con una media de 12,3 casos por 100.000 habitantes y año. Se localizaron en cabeza y cuello, espalda y extremidades inferiores (EELI) en orden decreciente. Las mujeres presentaron más en EELI y los hombres en espalda. El tipo histológico más común fue el MM de extensión superficial, siendo mayor la proporción de MM ulcerados en hombres. En mayores de 60 años identificamos un IB medio mayor, aunque sin ser significativo, mayor porcentaje de lesiones en cabeza y cuello y mayor frecuencia de léntigo maligno (LM) y léntigo maligno melanoma (LMM). La supervivencia fue superior en el sexo femenino y en ausencia de ulceración.

Conclusiones: La edad, distribución por sexos y localizaciones de los MM de nuestro centro son parecidos a los de otros estudios. Las mujeres presentan MM con tendencia a ser más finos y localizados en EELI, en los hombres son más gruesos y en espalda. No observamos una disminución objetiva del IB, pese a diagnosticar los MM en pacientes cada vez más jóvenes. La incidencia acumulada anual duplica a la media española, con tendencia a incrementarse a lo largo de los años (ya descrito en otras series).

Reunión de la Sección Balear de la AEDV

Palma de Mallorca, 27 de mayo de 2015

1. INGENOL MEBUTATO PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA IN SITU. SERIE DE 10 CASOS

J. Garcías Ladaria, M. Pascual López, C. Sánchez Bermejo, B. Gonzales Llavona y V. Rocamora

Servicio de Dermatología. Hospital de Manacor. Mallorca. España.

Introducción: Para el manejo de la enfermedad de Bowen o carcinoma escamoso in situ se han descrito diferentes tratamientos. El uso de ingenol mebutato no se ha publicado hasta la fecha.

Material y métodos: Para evaluar la eficacia y tolerabilidad del ingenol mebutato para el tratamiento de la enfermedad de Bowen se seleccionó una serie de pacientes consecutivos en nuestro centro. Se pautó ingenol mebutato en gel al 0,5%, una aplicación dos días consecutivos para las lesiones en tronco y extremidades (pauta 1) y al 0,15%, una aplicación tres días consecutivos para las lesiones faciales (pauta 2). Posteriormente, se administró un segundo ciclo a las dos semanas, en todas las lesiones, siguiendo las mismas pautas. Para evaluar la tolerabilidad se recogieron datos sobre la reacción local al tratamiento, las posibles reacciones sistémicas y el grado de dolor y prurito experimentado con la ayuda de una escala visual analógica (EVA). Para evaluar la efectividad se realizó una segunda biopsia para confirmar la curación histológica y, posteriormente, un seguimiento clínico de al menos tres meses.

Resultados: Se trataron 9 pacientes (8 mujeres y 1 hombre) con 10 lesiones, con una media de edad de 77 años. Se realizó la pauta 1 en 3 lesiones y la pauta 2 en las 7 restantes. De los 10 casos, se

obtuvo curación histológica en 7. Todos los pacientes que respondieron permanecían libres de enfermedad clínica a los 3 meses. Respecto a la tolerabilidad, el 50% de pacientes presentaron ampollas con el tratamiento. El resto, eritema y/o costras. En un caso no se obtuvo reacción local. Ningún paciente presentó síntomas sistémicos. El grado de dolor medido con la EVA fue de 0 sobre 10 en la mayoría de pacientes excepto en dos (3 y 6 respectivamente). El grado de prurito fue variable, de 0 a 8. De los tres casos que no respondieron, dos presentaron nula o escasa reacción local, con puntuación de 0 en las EVA de dolor y prurito.

Discusión: El ingenol mebutato fue un tratamiento resolutivo en un alto número de pacientes en esta serie. La tolerabilidad fue buena. El grado de reacción local y la sintomatología podrían guardar relación con la eficacia del tratamiento, de tal manera que los pacientes que no presentan reacción local tendrían menos probabilidades de éxito del tratamiento.

2. MUJER DE 27 AÑOS CON FACOMATOSIS PIGMENTOQUERATÓTICA SIN MANIFESTACIONES EXTRACUTÁNEAS

A. Giacaman^a, E. Jubert^a, N. Knöpfel^a, M.M. Escudero^a, L.J. del Pozo^a, A. Martín-Santiago^a y C. Saus^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Mujer de 27 años procedente de Venezuela, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Desde el nacimiento presenta múltiples lesiones en hemicuerpo izquierdo de carácter asintomático. Ha tenido un adecuado desarrollo cognitivo y no ha manifestado clínica neurológica, oftalmológica ni musculoesquelética. A la exploración física destacaban múltiples placas alopecicas de tono anaranjado, verrugosas y untuosas al tacto en cuero cabelludo, mejilla, oreja y región anterior del cuello del hemicuerpo izquierdo, siguiendo las líneas de Blaschko. Las lesiones eran sugestivas nevus sebáceo y nevus epidérmico. Coexistiendo con estas lesiones se observaban múltiples pápulas de aspecto marrón oscuro sobre una mancha de color café con leche afectando a oreja, hemicara, cuello, y espalda, distribuida en cuadrantes, sin cruzar la línea media. Se plantea el diagnóstico clínico de facomatosis pigmento queratótica. Se realizaron biopsias, en la que se evidenció hiperplasia de la epidermis con abundantes glándulas sebáceas y apocrinas dilatadas, compatibles con el diagnóstico de nevus sebáceo. La segunda muestra correspondió a un nevus epidérmico. En la tercera muestra se observaba hiperpigmentación de la epidermis basal y nidos de melanocitos en la unión dermoepidérmica sin signos de atipia, compatibles con nevus spilus. La facomatosis pigmentoqueratótica, descrita por Happle en 1996, es una entidad poco frecuente con cerca de 30 casos publicados en la literatura. Se caracteriza por la coexistencia de un nevus sebáceo y un nevus spilus. En su etiopatogenia inicialmente se planteó el mecanismo de didimosis, pero éste se ha desestimado tras evidenciarse mutaciones en HRAS idénticas en ambos componentes, sugiriendo que se trataría de un mosaicismo secundario a mutaciones postcigóticas en una misma célula progenitora pluripotencial.

3. AMPLIANDO EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MELANOMA: HIDRADENOMA POROIDE PIGMENTADO

M.M. Escudero-Góngora^a, L.J. del Pozo^a, C. Saus^b, C. Gómez^b, N. Knöpfel^a, A. Giacaman^a, M.C. Montis^a y A. Martín-Santiago^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El diagnóstico de lesiones pigmentadas cutáneas incluye un amplio número de patologías tanto benignas como malignas. Entre las malignas, destaca el melanoma donde es importante realizar una detección precoz debido a la alta mortalidad.

Caso clínico: Mujer de 50 años que consulta por una lesión pigmentada localizada en la cara externa del brazo izquierdo de varios años de evolución, que desde hacía unos meses presentaba prurito y sangrado ocasional. A la exploración física presentaba una lesión nodular negruzca de 1 cm de diámetro con 2 componentes adyacentes erosivo-costrosos. En la exploración dermatoscópica se observan 2 erosiones centrales, rodeadas de crisálidas y varias áreas homogéneas redondeadas azuladas. Se realizó una biopsia-escisional donde se evidenció una proliferación celular a nivel tanto de epidermis como de dermis. Se trataba de una tumoración bien delimitada con un crecimiento expansivo, componentes sólidos y quísticos, y áreas pigmentadas. A mayor aumento, se distinguían 2 poblaciones celulares, unas células pequeñas basófilas de tipo poroide con escaso citoplas-

ma y otras células más grandes de tipo cuticular, estableciéndose el diagnóstico de un hidradenoma poroide pigmentado.

Discusión: El hidradenoma poroide pigmentado constituye una variante histopatológica dentro del grupo de los poromas muy rara, habiéndose descrito menos de 40 casos hasta la fecha. Los poromas se tratan de tumoraciones anexiales benignas que derivan del ducto de las glándulas ecrinas y suponen un 1% de todos los tumores anexiales. En nuestro caso, clínica y dermatoscópicamente simulaba un melanoma nodular. Debido a la variabilidad clínica de presentación de los hidradenomas poroides y la presencia de una imagen dermatoscópica atípica, es necesaria su exéresis. El análisis histológico nos proporcionará un diagnóstico de certeza y nos permitirá descartar un melanoma.