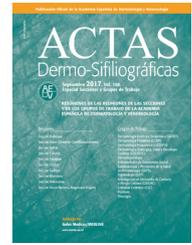




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

LXX Reunión de la Sección Astur-Cántabro-Castellano-Leonesa de la Academia Española de Dermatología y Venereología Ávila, 16 de abril de 2016

Comunicaciones orales

1. DISPLASIA ECTODÉRMICA-FRAGILIDAD CUTÁNEA O SÍNDROME DE MCGRATH EN MOSAICO

I. Vázquez Osorio^a, E. Rodríguez Díaz^a, M. González Sabin^a,
S. Mallo García^a, P. Gonzalvo^b, E. Bueno^c y A. Torrelo^d

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. España. ^cUnidad
de Medicina Molecular. Facultad de Medicina de Salamanca.
Salamanca. España. ^dServicio de Dermatología. Hospital Infantil
Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: El síndrome de displasia ectodérmica-fragilidad cutánea o síndrome de McGrath es una genodermatosis desmosomal con herencia autosómica recesiva secundaria a mutaciones en el gen de la placofilina-1 (PKP 1). Hasta el momento únicamente han sido descritos 15 casos de esta entidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña sana de 3 años de edad, sin antecedentes familiares de interés, que presentaba desde los primeros meses de vida, una dermatosis asintomática y persistente de formas figuradas con anchas bandas lineales. Las lesiones se distribuían exclusivamente a lo largo de su extremidad superior e inferior izquierdas. En las zonas afectadas, la piel aparecía hipopigmentada, levemente descamativa, y con áreas erosivas y con costras serohemáticas. Asociaba zonas lineales engrosadas y distróficas en alguna uña de manos y pies, así como un foco lineal de hiperqueratosis plantar. En el estudio histopatológico realizado se observaron hendiduras acantolíticas en los estratos suprabasales de la epidermis, importante separación intercelular entre los queratinocitos, y presencia de abundantes cuerpos eosinofílicos paranucleares en el citoplasma de los queratinocitos. El estudio del gen de la placofilina-1 confirmó una mutación "frameshift" o de cambio en el patrón de lectura, patogénica en el exón 3 de uno de los alelos, en piel afecta de la niña y en sangre periférica de uno de los progenitores.

Discusión: Se trata, por tanto, de una forma segmentaria nevoide, por mosaicismo somático, del síndrome de displasia ectodérmica-fragilidad cutánea o síndrome de McGrath fenómeno no comunicado hasta el momento para esta infrecuente genodermatosis.

2. MELANOMA Y EMBARAZO

E. Cardeñoso Álvarez^a, Y. López Mateos^b, M.T. Bordel Gómez^a,
C. Meseguer Yebra^a, I. Zafra Cobo^a, E. Garabito Solovera^a,
y J. Sánchez Estella^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oncología Médica.
Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Introducción: A lo largo de los años se ha mantenido la controversia en la relación entre el melanoma y el embarazo. Hay artículos que defienden un mal pronóstico y otros que demuestran lo contrario. La incidencia de melanoma durante el embarazo oscila entre 2,8 y 8,5/100000 mujeres embarazadas, y se estima una incidencia de cáncer durante el embarazo de 1/1000 gestantes, siendo los más frecuentes los de cérvix, mama, melanoma, linfomas y leucemias agudas. Cualquier cáncer en la mujer embarazada plantea posibles cambios en el pronóstico, el tratamiento y la ocasional afectación del feto, tanto por la enfermedad como por el tratamiento que se realice.

Caso clínico: Paciente de 27 años de edad, diagnosticada de melanoma durante su primer embarazo y la recidiva tumoral durante el segundo, 7 años después.

Discusión: Se plantean diferentes interrogantes ante el diagnóstico de melanoma en una mujer embarazada: evaluación, pruebas complementarias, tratamiento, pronóstico e información a la paciente.

Conclusión: Sigue abierta la controversia, ante nuestro caso y el último estudio, que encuentran un mayor riesgo de recaída en melanomas en mujeres embarazadas con respecto a no embarazadas (12,5% frente 1,4%), metástasis (25% frente 12,7%) y mortalidad (20% frente 10,3%).

3. ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

M. Lacalle^a, I. Vilanova^a, R. Consuegra^a, H. Fernández-Llaca^a,
J.L. Hernández^b, C. Mata^c, M. López Escobar^a, A. Corrales^c,
C. González-Vela^d, M.A. González Gay^c, R. Blanco^c
y M.A. González López^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna; ^cServicio de Reumatología; ^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción y objetivos: La presencia de una prevalencia incrementada de aterogénesis acelerada ha sido descrita en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas. Nuestro objetivo fue determinar la presencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con hidradenitis supurativa (HS), enfermedad inflamatoria de la piel que afecta principalmente a las áreas intertriginosas y/o con mayor concentración de glándulas apocrinas.

Material y métodos: Estudio transversal de casos y controles que incluye 68 pacientes con HS y 136 sujetos control de la misma raza, emparejados por sexo y edad. Los pacientes con historia previa de eventos cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiencia renal y/o enfermedad inflamatoria concomitante fueron excluidos. Determinamos el grosor íntima media (GIM) carotídeo y la presencia de placas en todos los participantes mediante la realización de ecografía carotídea. Finalmente, los resultados obtenidos fueron corregidos por los factores de riesgo cardiovascular clásicos.

Resultados: En los pacientes con HS se observó un aumento del GIM con respecto al grupo control con una diferencia estadísticamente significativa. La presencia de placas de ateroma fue también más frecuente en los pacientes con HS. Además, se observó una correlación entre la duración de la enfermedad, la gravedad de la misma y la presencia de aterosclerosis subclínica.

Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren que los pacientes con HS sin enfermedad cardiovascular previa presentan una mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica que sujetos sanos de su misma raza, sexo y edad.

4. TUMORACIÓN VASCULAR MALIGNA EN MUJER JOVEN

A. Robledo Sánchez, A. Santos-Briz Terrón, T. Kueder Pajares, A. Manrique Silva, M. Canseco Martín y P. Manchado López

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: El angiosarcoma es una neoplasia maligna infrecuente cuyo origen son las células vasculares endoteliales. Se pueden dar en cualquier localización pero la mayoría de los casos aparecen en personas de edad avanzada en cabeza y cuello, regiones con linfedema crónico o tratadas previamente con radioterapia.

Caso clínico: Mujer de 42 años alérgica a AINES con epilepsia en infancia. Consulta por lesión de 5 meses de evolución en primer dedo de pie derecho compatible clínicamente con granuloma piogénico. Se extirpa, obteniéndose el resultado histopatológico de granuloma piogénico. Al mes, la paciente consulta por evolución tórpida y recidiva extensa de la lesión por lo que se solicita ecodoppler y angiorresonancia magnética. Se reextirpa realizando una amputación transfalángica. El nuevo estudio histopatológico da como resultado: angiosarcoma ulcerado con patrón de crecimiento aneurismático con infiltración de piel, tejido celular subcutáneo y falange distal. Se solicita estudio de extensión que resulta normal. La paciente recibe tratamiento quimioterápico con epirrubicina y fosfamida.

Discusión: Los angiosarcomas son tumores agresivos que crecen rápidamente, recurren localmente y tienen una alta tasa de metástasis, con una supervivencia de menos del 20% en cinco años. Esto se debe a su comportamiento biológico y al retraso diagnóstico. Las lesiones pueden simular equimosis y celulitis inicialmente. En la histopatología podemos encontrar canales irregulares anastomosados que disecan a través de los haces de colágeno y estructuras preexistentes de la dermis. Las células pueden tener morfología epitelioide, fusiforme o ser pleomórficas, en cuanto a la inmunohistoquímica, expresan típicamente marcadores endoteliales: factor de Von Willebrand, DC31, CD 34, aglutinina 1 y VEGF. Comunicamos un caso con presentación atípica y agresiva en mujer joven sin antecedentes clásicamente relacionados y realizamos una revisión de esta entidad haciendo hincapié en la importancia de su conocimiento y el diagnóstico diferencial con granuloma piogénico y otras lesiones

de origen vascular, para lo cual son indispensables técnicas inmunohistoquímicas específicas.

5. PAPEL DE LOS LINFOCITOS INTRATUMORALES CD8+ EN EL PRONÓSTICO DEL CARCINOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS DE MERKEL

H.A. Cocunubo Blanco^a, M.A. González-Morán^b, A. Pérez Bustillo^a, M.J. Suárez Valladares^a, E. Varas Meis^a, P. Fernández Canga^a y M.A. Rodríguez Prieto^a

^aServicio de Dermatología; ^bAnatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: El carcinoma de células de Merkel (CCM) es tumor agresivo y poco recuente. Se presenta principalmente en individuos mayores de 50 años y/o inmunodeprimidos. Su localización es preferentemente en áreas fotoexpuestas con tendencia a recurrir y a propagarse por vía linfática ocasionando metástasis a distancia con un mal pronóstico. Se ha planteado que la presencia de linfocitos intratumorales CD8+ pueden ser indicador pronóstico en el carcinoma de CCM.

Materiales y métodos: Se revisaron los casos registrados en el banco de tumores de servicio de anatomía patológica del Complejo Asistencial de León, en el período comprendido entre el año 2000 y el 2015. Se analizaron las biopsias y se determinó la población de linfocitos intratumorales CD8+ mediante la realización de marcadores de inmunohistoquímica.

Discusión y conclusiones: Los pacientes en los que los tumores contenían un elevado número de células T infiltrantes CD8+ tuvieron una supervivencia favorable. Por lo tanto, consideramos que la respuesta inmune celular, mediada por linfocitos CD8+ puede influir de forma importante en la progresión del CCM. De igual manera varios reportes de casos describen la regresión espontánea de CCM, debido probablemente a una reacción inflamatoria local en el tumor mediada por linfocitos T.

6. COEXISTENCIA DE PSORIASIS Y POROQUERATOSIS ACTÍNICA SUPERFICIAL DISEMINADA EN 2 PACIENTES CONSANGUÍNEOS

I. Vilanova Urdániz, C. González Vela, M. Lacalle Calderón, G. Consuegra Romero, S. Armesto Alonso, B. Castro Gutiérrez, M. Drake Morfort, C. López Obregón, M. Marcellán Fernández, G. Pérez Paredes, S. Yáñez Díaz, M. González López y J.H. Fernández Llaca

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción: La poroqueratosis actínica superficial diseminada (PASD) es una entidad caracterizada por la alteración de la queratinización que clínicamente se manifiesta por placas anulares hiperqueratósicas que predominan en áreas fotoexpuestas. La coexistencia de esta entidad con la psoriasis sin relación con fototerapia previa o marcada fotoexposición ha sido raramente descrita.

Caso clínico: Presentamos los casos de dos hermanos varones de 60 y 63 años que desde la tercera década de la vida, presentaban un cuadro de psoriasis vulgar generalizada. En ambos casos fue necesaria la instauración de tratamiento sistémico con retinoides orales para el control de la enfermedad. Durante dicho tratamiento, los dos pacientes desarrollaron lesiones clínicas e histológicamente características de PASD que predominaban en áreas no fotoexpuestas como las nalgas.

Conclusiones: La coexistencia de PASD y psoriasis en dos pacientes consanguíneos sugiere que determinados factores genéticos podrían unir ambas entidades. Por otra parte, resulta paradójico el hecho de que ambos pacientes desarrollaran lesiones de PASD durante el tratamiento con retinoides orales, considerando que dichos

fármacos han mostrado su eficacia en el tratamiento de esta entidad dermatológica.

7. ERUPCIÓN CUTÁNEA TEMPRANA POSINJERTO: LA DOBLE CARA DEL TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS

L. Sánchez los Arcos, M. González de Arriba, A. Cosano Quero, L.I. Gimeno Mateas, A. de Dios Velázquez, A. Santos-Briz Terrón, C. Román Curto y E.A. Fernández López

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico. Salamanca. España.

Introducción: Disponemos de amplia experiencia acerca del manejo de complicaciones post-trasplante habituales como el rechazo del injerto y la enfermedad injerto-contra-huésped (EICH); no obstante, en los últimos años está incrementándose el diagnóstico de una nueva entidad, el síndrome del injerto (SI), cuyos rasgos clínicos pueden ser similares a la EICH pero con una evolución y un pronóstico considerablemente distintos.

Casos clínicos: Presentamos 2 pacientes hematológicos con cuadros clínicos superponibles aparecidos el día +6 y +7 post-trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) consistentes en rash maculopapuloso de distribución perifolicular y predominio en cara y tronco, asociado a fiebre, aumento de peso y disnea.

Discusión: El SI representa el conjunto de manifestaciones que acontecen tras el prendimiento neutrófilos pos-TPH tanto autólogo como alogénico. A día de hoy, su patogenia es desconocida aunque se considera que sería el resultado de un estado proinflamatorio causado por la liberación de citoquinas que sucede próxima a la recuperación de células granulocíticas. Debido a su reciente descripción y a la disparidad de criterios para el diagnóstico, la incidencia del SI es muy variable según diferentes autores. Se proponen como criterios diagnósticos mayores una temperatura $\geq 38,3$ °C sin causa infecciosa, rash cutáneo; $\geq 25\%$ del cuerpo no atribuible a medicación y edema pulmonar no cardiogénico. Los criterios menores los constituyen, entre otros, la insuficiencia renal y la ganancia de peso; $\geq 2,5\%$ del basal, estableciéndose el diagnóstico con 3 criterios mayores o 2 mayores y al menos 1 menor, en las primeras 96 horas desde el prendimiento.

Conclusiones: Consideramos necesario el conocimiento de esta entidad para el correcto diagnóstico y manejo de las erupciones cutáneas acontecidas en los primeros días post-TPH, destacando con especial interés su diferenciación con el EICH hiperagudo y los exantemas medicamentosos.

8. ESCOMBROIDOSIS: SERIE DE CASOS

A. de Dios Velázquez, A. Romo Melgar, D. Bancalari Díaz, V.P. Beteta Gorriti, C. Román Curto, L.I. Gimeno Mateas, L. Sánchez los Arcos y E. Fernández López

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

Introducción: La escombroidosis es un síndrome pseudoalérgico muy recurrente, pero infradiagnosticado, causado por la ingesta de pescados pertenecientes a la familia Scombridae, como el atún, y otros pescados azules en mal estado. Un sobrecrecimiento bacteriano, producido por la ruptura en la cadena de frío del producto, degrada el aminoácido de histidina a histamina aumentándola a niveles tóxicos y provocando un cuadro similar a una reacción alérgica mediada por IgE. La histamina una vez formada es resistente al calor, congelación, ahumado, salazón y enlatado.

Casos clínicos: Presentamos cinco casos de escombroidosis valorados de forma urgente por residentes de dermatología. Todos ocurrieron tras la ingesta atún, uno de ellos en forma de mojama. Tres de los casos consumieron el mismo atún, siendo uno de ellos atendido por un fuerte golpe en la cabeza tras un episodio súbito de hipotensión.

Discusión: La escombroidosis se manifiesta principalmente con la aparición de flushing o urticaria, náuseas y vómitos, cefalea y palpitaciones minutos después de la ingesta. Puede haber variabilidad clínica interindividual tras la ingesta de un mismo producto dependiendo de la zona del pescado y de la tolerancia a la histamina. En pacientes cardiopatas o asmáticos puede existir un riesgo vital. El diagnóstico es clínico y el diagnóstico diferencial ha de hacerse con la alergia al pescado y la anisakiosis. Es de buen pronóstico ya que el curso es autolimitado y el tratamiento con antihistamínicos es muy efectivo.

Conclusiones: La escombroidosis es la ictiotoxicosis más frecuente a nivel mundial. Es importante conocer y dar a conocer este síndrome por su implicación tanto en la salud pública, en la adopción de medidas de prevención y trazabilidad del producto; como en la salud individual, para evitar errores diagnósticos y detener el proceso ante los primeros síntomas.

9. EXANTEMA Y SENSACIÓN DISTÉRMICA TRAS UN VIAJE A CENTROAMÉRICA

V.P. Beteta Gorriti, C. Román Curto, A. de Dios Velázquez, J.C. Santos Durán, V. Velasco Tirado, M. Roncero Riesco, A. Cosano Quera y E. Fernández López

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

Introducción: Ante un exantema del viajero se deben valorar distintas posibilidades diagnósticas. Si éste se acompaña de fiebre hay que descartar etiología infecciosa viral o bacteriana. Otras causas a considerar son las parasitosis y reacciones alérgicas.

Caso clínico: Mujer de 24 años con antecedentes de hipotiroidismo subclínico y alergia a cromo y mercurio. Acudió a urgencias por una erupción cutánea generalizada no pruriginosa de un día de evolución. Refería sensación distérmica nocturna con sudoración, cefalea, malestar general, artralgias y dolor retroocular los tres últimos días. Había regresado de un viaje a Centroamérica (Guatemala y El Salvador) hacía cuatro días, durante el cual refirió picaduras de mosquitos. A la exploración presentaba un exantema maculopapuloso eritematoso, distribuido en cara, tronco y extremidades, afectando palmas y respetando plantas y genitales. En paladar presentaba lesiones petequiales. La prueba del torniquete fue positiva. En la analítica destacaban leucopenia y plaquetopenia leves. Tras una semana presentó resolución del cuadro y resultado serológico positivo para dengue.

Discusión: El dengue es la enfermedad viral transmitida por mosquitos más prevalente, siendo su vector el *Aedes aegypti*. Pertenece al género Flavivirus y existen cuatro tipos, con protección cruzada débil y transitoria entre ellos. El periodo de incubación es de 3-14 días. El dengue clásico se caracteriza por fiebre de 5-7 días de duración, cefalea, dolor retroocular, artralgias, mialgias y exantema maculopapuloso que aparece 2-5 días tras el inicio de la fiebre. La prueba del torniquete positiva demuestra fragilidad microvascular. Es fundamental vigilar la aparición de manifestaciones hemorrágicas. En la analítica suele aparecer leucopenia, plaquetopenia y elevación de enzimas hepáticas. El diagnóstico es clínico y serológico. El tratamiento es sintomático, pudiendo requerir en casos graves transfusiones y manejo del shock.

Conclusiones: Presentamos un caso importado de dengue clásico. Resaltamos la importancia del diagnóstico correcto para implantar medidas preventivas en siguientes viajes.

10. AMILOIDOSIS SECUNDARIA, DIAGNÓSTICO DE MIELOMA MÚLTIPLE

C. Bajo, A. Juárez, M. García Santos y L. Arango

Servicio de Dermatología de Palencia. Palencia. España.

Introducción: La amiloidosis sistémica asociada a mieloma es la forma de amiloidosis con mayor espectro clínico y peor pronóstico. Las manifestaciones mucocutáneas son con frecuencia las primeras en aparecer y su rápida identificación y diagnóstico ayudarán al mejor control de esta grave patología.

Caso clínico: Varón de 52 años que acude a la consulta por presentar desde hace 3 meses placas de coloración amarillenta a nivel de párpados, macroglosia uniforme con indentaciones carnosas en los bordes laterales de la lengua, protuberancias con aspecto de condilomas en la zona perianal y lesiones equimóticas en la zona del escroto y abdomen. El paciente acude en silla de ruedas a la consulta por lumbalgia crónica de 7 meses de evolución con escasa respuesta a la toma de múltiples analgésicos y antiinflamatorios. En RMN presenta hernia discal de L4-L5. La analítica como alteraciones relevantes muestra disminución de serbia roja, hipercalcemia, insuficiencia renal leve, proteinuria de Bence Jones y en proteínograma una gammapatía monoclonal de cadenas ligeras lambda. Se realizó una biopsia cutánea de párpado, lengua y escroto que confirmó el diagnóstico de amiloidosis al encontrar evidentes depositas de material amiloide. El paciente es remitido al Servicio de Hematología y ante el progresivo deterioro generalizado es ingresado con diagnóstico de Mieloma Múltiple y Amiloidosis secundaria para tratamiento.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de amiloidosis requiere alta sospecha clínica, debido a que es una enfermedad poco frecuente y poco considerada. La clínica cutánea que aparece en un 30% es un elemento clave en el diagnóstico temprano, como lo fue en nuestro paciente, que llevaba casi 7 meses con una lumbalgia casi incapacitante y un cuadro constitucional no filiado. Resaltar el papel del dermatólogo y su inestimable importancia en la detección de cuadros sistémicos y vitales para el paciente.

11. REACCIÓN A PIGMENTO ROJO DE TATUAJE. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

T. Kueder Pajares, A. Santamarina Albertos, C. Delgado Mucientes, A. Robledo Sánchez, M. Canseco Martín, E. Manrique Silva y P. Manchado López

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

Introducción: La realización de tatuajes es una práctica que se ha venido realizando desde la antigüedad, aunque desde hace unos 30 años existe un aumento de la incidencia de esta práctica decorativa de la piel. La infiltración de pigmentos en la dermis, los tatuajes, son realizados por profesionales (más control higiénico y del pigmento) y por personal amateur, con higiene y materiales en muchos casos deficiente y usando como pigmento en ocasiones tinta china, carbón vegetal o ceniza. En ambas formas se pueden presentar complicaciones secundarias que nos llegan a consulta.

Casos clínicos: Se presentan 3 casos clínicos de mujeres de 17, 24 y 34 años, que pocos meses después de realizarse un tatuaje con varios tonos presentan picor, eritema y sobre elevación en la zona de realización, motivo por el que consultan. En la exploración se observó que las placas estaban presentes sobre el color rojo únicamente. Se estudiaron incluyendo pruebas de contacto, en su seguimiento presentaron moderada a respuesta al tratamiento con corticoides.

Discusión: Las complicaciones más frecuentes en relación con los pigmentos, suelen ocurrir en relación con el color rojo. Entre ellos las reacciones liquenoides, pseudolinfomatosas, granulomatosas, esclerodermiformes u otras. Se han documentado también dermatitis alérgicas de contacto, reacciones fotoinducidas, fenómenos de Koebner e incluso aparición de melanoma u otros tumores. Se valorará el tiempo transcurrido hasta la aparición de las lesiones, las características y la clínica de las mismas. Realizaremos una biopsia y un cultivo específico si hay sospecha de infección. En muchos

casos será necesario estudio con pruebas epicutáneas, investigar presencia de sarcoidosis u otras dermatosis. Habitualmente será necesario tratamiento con corticoides tópicos o infiltraciones.

12. EXPERIENCIA EN EL USO DE METOTREXATO INTRALESIONAL COMO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN LA CIRUGÍA DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO

C. Meseguer Yebra^a, E. Godoy Gijón^b, M.E. Cardeñoso Álvarez^a, M.I. Zafra Cebo^a, E.L. Garabito Solovera^a, M.T. Bordel Gómez^a, J. Pinto Blázquez^c y J. Sánchez Estella^a

^aSección de Dermatología. Complejo Asistencial de Zamora. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Zamora. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

La utilización de quimioterapia neoadyuvante es una práctica habitual en la cirugía oncológica en general. Sin embargo, su uso en Dermatología no está extendido ni protocolizado. Son escasas las referencias en cuanto al uso de agentes intralesionales en el tratamiento del cáncer de piel no melanoma limitándose, en el caso del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC), a uso de interferón. Recientemente, se ha propuesto el empleo de metotrexato intralesional prequirúrgico como una herramienta neoadyuvante segura y coste-efectiva que consigue limitar y/o reducir el tamaño de los CEC de rápido crecimiento en el 76,4% de los casos. Además de facilitar la cirugía y simplificar las técnicas reconstructivas posteriores, la neoadyuvancia con metotrexato intralesional permite obtener mejores resultados cosméticos, disminuir la morbilidad (reduce el dolor, la exudación, etc...) así como la ansiedad de los pacientes y de sus familiares durante las semanas previas a la intervención. Presentamos una serie de casos tratados en nuestro servicio, comentando los aspectos teórico prácticos de su manejo y revisando la evidencia científica disponible sobre esta técnica que, en un futuro próximo, podría instaurarse como una práctica común dados sus buenos resultados.

Pósteres

1. RESPUESTA ISOTÓPICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Corral de la Calle^a, R. Martín López^b, A. González de Arriba^a, M.L. Ramos Nieto^a, P. Escalonilla García-Patos^a y A. González Morán^a

^aServicio Dermatología; ^bServicio Anatomía Patológica. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. España.

El fenómeno isotópico de Wolf se caracteriza por la aparición de enfermedades cutáneas en la misma localización donde previamente ha existido otra sin ninguna relación patogénica. La mayor parte de las veces la dermatosis inicial es una infección herpética y las respuestas posteriores son muy variables: dermatosis granulomatosas, liquenoides, tumorales (primarias o secundarias), infecciosas, entre otras. Oscilando en su desarrollo de días a años. Se expone un caso de una paciente con Leucemia linfática crónica que presentó lesiones cutáneas solapadas evolutivamente: primero por herpes zoster y posteriormente por su patología hematológica. Esta respuesta se asoció a una mala evolución, falleciendo la paciente al año de su diagnóstico. También se realiza una revisión de la literatura de otros casos con esta respuesta. Como conclusiones destacar que si bien la patogenia de este proceso permanece desconocida, si se ha demostrado la presencia de ADN viral herpético cuando las lesiones aparecen precozmente. En nuestro caso los dos procesos

patológicos cutáneos se solaparon y en la 2ª biopsia aún existían signos de infección herpética cuando ya se evidenciaba una infiltración específica. Pudiendo ser esto debido a una respuesta inmunológica junto con el factor de inmunodepresión que ocasionó la diseminación y prolongación de la infección herpética. Por último remarcar que nuestra paciente presentó una evolución tórpida de su enfermedad hematológica tras la presentación de esta repuesta. Pudiendo ser indicador de un mal pronóstico.

2. ATROFODERMIA LINEAL DE MOULIN

S. Gómez Díez, F. Yaldés, C. Gómez de Castro, S. Requena, P. Munguía P y B. Vivanco

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

Introducción: La atrofodermia lineal de Moulin (ALM) en una dermatosis infrecuente que se caracteriza por bandas hiperpigmentadas, longitudinales y ligeramente atróficas que siguen las líneas de Blaschko. Presentamos un caso de ALM con presencia de anticuerpos antinucleares positivos.

Caso clínico: Mujer de 14 años sin antecedentes de interés. Consultó por la aparición desde hacía un año de una lesión hiperpigmentada en miembro superior derecho. En la exploración se observaba en cara interna de miembro superior derecho, extendiéndose a axila y costado, siguiendo las líneas de Blaschko, una banda hiperpigmentada. El estudio histológico mostró una epidermis sin alteraciones y, en la dermis, un colágeno compactado y homogéneo. En los análisis realizados destacaba la presencia de ANA + a 1/1280 con Anti DNA y ENAS negativos. Con el diagnóstico de ALM se trató con corticoides tópicos sin mejoría.

Discusión: Se comenta el diagnóstico diferencial y la relación con entidades similares como la morfea lineal y la atrofodermia de Pardini y Pierini.

Conclusiones: Aportamos un caso de ALM con anticuerpos antinucleares positivos.

3. TRES AÑOS DE LESIONES: LA PRESIÓN POR UN DIAGNÓSTICO

U. Gimeno^a, D. Bancalari^a, M. Roncero^a, A. Santos-Briz^b, A. Cosano^a, J. Cañueto^a, V. Velasco^a y E. Fernández^a

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

Introducción: Los cuadros clínicos recurrentes pueden resultar un reto diagnóstico, siendo las pruebas de provocación un elemento clave en ocasiones para el mismo.

Material y métodos: Mujer de 49 años con antecedentes de esclerosis múltiple, en tratamiento con glatiramer, que consulta por cuadro de 3 años de evolución de brotes de placas eritematoedematosas pseudovesiculosas, pruriginosas en muñeca s de unos 3 días de duración con equimosis y pigmentación residual posterior. Para descartar un eccema de contacto se realizaron pruebas epicutáneas estándar con resultado negativo, aunque durante la primera lectura se objetivó eritema y habones en la zona del esparadrado así como nuevo brote en las muñecas. Se realizaron sendas biopsias con aparición de dermatitis perivascular, de predominio neutrofílico conformando empalizadas. En la lectura final, las lesiones habían desaparecido pero presentaba una nueva placa en hombro derecho coincidiendo con el roce del bolso. Se realizó una prueba de provocación colocando un peso en la muñeca izquierda con aparición a las 3 horas de edema y dolor, llegando a formar ampollas hemorrágicas con intensa tumefacción a las 24 horas. Por ello se realizó el diagnóstico de urticaria retardada por presión. La paciente se mantiene estable y sin nuevas lesiones tras la adopción de medidas generales para evitar nuevos brotes.

Discusión: La urticaria retardada por presión es una urticaria física que cursa con aparición de edema y enrojecimiento cutáneo entre 4 y 6 horas tras la aplicación de presión en una zona, aunque varía desde los 30 minutos hasta las 12 horas tras el estímulo. Además del prurito, puede aparecer dolor y quemazón, incluso artralgias. El diagnóstico es clínico y se pueden reproducir las lesiones aplicando presión mediante la colocación de un peso durante 20 minutos. El tratamiento con antihistamínicos no siempre es satisfactorio y se han empleado además antileucotrienos y omalizumab con éxito.

4. ROTACIÓN DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA EN PERÚ: DERMATITIS INFECTIVA, UNA PATOLOGÍA REGIONAL

X. Calderón Castrat^a, R. Pomar^b, F. Velásquez^b, I. Kikushima^b, C. Román Curto^a, A. Santos Briz^a, E. Fernández López^a y R. Ballona^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. España. ^bServicio de Dermatología. Instituto Nacional de Salud del Niño Sede Breña. Lima. Perú.

Introducción: La dermatitis infectiva (DI) es una forma crónica, severa y de curso recurrente de eccema costro-exudativo infantil ligada a la infección por el virus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1).

Caso clínico: Varón de 12 años con historia de episodios recurrentes de lesiones costro-descamativas y exudativas en cuero cabelludo, retroauricular, tronco y pliegues en tratamiento con “medicina alternativa” y corticoides. En el último mes tras la suspensión de prednisona oral presenta un brote brusco e intenso asociado a afectación costrosa paranasal, blefaroconjuntivitis y erupción folicular papular diseminada, que requiere ingreso hospitalario. Como antecedente presenta el diagnóstico de infección por HTLV-1 y una clínica compatible con DI desde hace 5 años. Presenta respuesta lenta a los antibióticos orales pero con mala adherencia, debido al uso indiscriminado de corticoides, con aparente mejoría rápida y recaídas. Se inicia tratamiento con sulfametoxazol-trimetoprim oral, cefalexina IV y terapia tópica con mejoría del cuadro cutáneo.

Discusión: La DI es una manifestación cutánea de la infección por HTLV-1 de presentación pediátrica preferentemente, siendo la forma de transmisión infantil por la lactancia materna. Clínicamente, se caracteriza por brotes de lesiones pruriginosas costro-exudativas que involucra cabeza, cara, tronco superior y pliegues planteando diagnóstico diferencial con la dermatitis atópica o seborreica, estableciéndose el diagnóstico según criterios clínicos establecidos. La DI se considera un factor de riesgo o las fases iniciales de leucemia/linfoma de células T del adulto, requiriendo seguimiento a largo plazo. En Latinoamérica se considera endémica, encontrándose Brasil y Perú como los países más afectados.

Conclusiones: Compartimos el caso de DI por HTLV-1 en un paciente pediátrico, su manejo y principal diagnóstico diferencial. Destacando su importancia, en un medio en donde su incidencia pueda ser baja (España) pero dada las corrientes migratorias —en especial hispana— y la tendencia emergente del HTLV-1, es crucial tener esta entidad en mente.

5. SILDENAFILO EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL DEDO AZUL: ¿UN VIEJO CONOCIDO CON NUEVAS INDICACIONES?

E. Manrique Silva, C. Muñoz Fernández-Lomana, M. Canseco Martín, A. Robledo Sánchez, T. Kueder Pajares y P. Manchado López

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: Síndrome del dedo azul (SDA) es la presencia de coloración azulada o purpúrica en uno o más dedos, en ausencia de un

traumatismo previo, exposición prolongada al frío extremo, o de un cuadro de cianosis generalizada secundaria.

Caso clínico: Mujer de 89 años. HTA, dislipemia, gammapatía monoclonal IgG. Fibrilación auricular. Ictus hemorrágico agudo. Amputación 3°-4° dedos MSI y 5°-3° dedo MSD. Tratamiento habitual: digoxina, furosemina, sintrom, y valsartán. Ingresó a Cirugía Vasculosa por acrocianosis de 3 días de evolución en 5° dedo mano izquierda. A la exploración coloración azul violácea y cianosis intensa, asociada a dolor y frialdad. Además placas necróticas hemorrágicas en talones. Pulsos conservados en cuatro extremidades. Ingresó en Cirugía Vasculosa. Analítica: anemia normocítica normocrómica. Bioquímica y coagulación sin alteración es. IgG sérica elevada. Autoanticuerpos, complemento homocisteína, Ac antiglicoproteínas yB2 GPI sin alteraciones. Crioglobulinas y crioaglutininas negativas. Anti FP4-Heparina: negativo. Proteína C, S y ATIII normales. Serologías negativas. Marcadores tumorales: CA 125 y CYFRA 21-1 elevados. Doppler conservado. Radiografía tórax: engrosamiento pleural izquierdo. TAC: engrosamiento endometrial. Ecocardiograma: normal. Biopsia cutánea: trombosis vascular masiva en vasos dermohipodérmicos, con escasa respuesta inflamatoria perivasculosa. Tratada con Prostaglandinas endovenosas no mejoría clínica. Valorada por Dermatología se posterga amputación y se inicia Sildenafil 50 mg/d presentando importantes signos de revascularización. Actualmente en seguimiento, continúa con tratamiento pautado y no ha vuelto a presentar episodios de acrocianosis.

Discusión: El Sildenafil actúa mediante la inhibición de la fosfodiesterasa 5 (PDE5). Se utiliza actualmente en la disfunción eréctil e hipertensión pulmonar. Se han postulado otros usos, como en la isquemia periférica y el fenómeno de Raynaud, aunque los estudios aún son preliminares. Trabajos futuros son necesarios para esclarecer su mecanismo de acción así como las pautas y modalidades de tratamiento. Comentamos nuestra experiencia con dicho fármaco.

6. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS (DFSP) GIGANTE EN CUERO CABELLUDO

A. González de Arriba^a, M. Corral de la Calle^a,
E. Escalonilla García-Patos^a, M.L. Ramos Nieto^a,
A. González Morán^a, y R. Revestido García^b

^aSección de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica.
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. España.

Introducción: Es el sarcoma cutáneo más frecuente. Su máxima incidencia es en adultos jóvenes, ligeramente superior en mujeres. Predomina en la raza negra. Presentación solitaria, localizado preferentemente en tronco, lento crecimiento y tendencia a la recurrencia local, siendo excepcionales las metástasis, fundamentalmente a pulmón.

Caso clínico: Varón de 62 años, con antecedentes de lipomatosis y tenosinovitis nodular pigmentada (TNP). Refiere desde la adolescencia varias lesiones, asintomáticas, en cuero cabelludo, que habían sido "drenadas" en su centro de salud. Llamativo aumento de tamaño en el último año. Presenta en región parieto-occipital izquierda, en un área de 9 x 7 cm, la confluencia de lesiones nodulotuberosas redondeadas, de consistencia variable, siendo las de mayor tamaño blandas y las pequeñas firmes, de coloración eritematoviolácea. Por resonancia magnética (RM) son hipointensas en T1 y heterogéneas en T2 (hiperintensas las superiores), con alta vascularización, sin infiltración ósea. Se realizó su extirpación completa y reconstrucción mediante doble plastia de rotación. La histología revela una tumoración fusocelular con haces de morfología entrelazada y áreas mixoides. La inmunohistoquímica resultó CD34 ++, vimentina + focal, actina, desmina, S100 y HMB45-, con índice ki67 del 5%. Tras 5 años de seguimiento no se ha objetivado recidiva clínica ni lesiones a distancia.

Discusión: La mayoría de los casos publicados de DFSP en cabeza no son de raza caucásica. Dicha localización se asocia a peor pronós-

tico, como también otros criterios que aúna nuestro paciente (tamaño mayor de 5 cm, edad en el momento del diagnóstico superior a 50 años o existencia de componente mixoide) con sorprendentemente buena evolución, lo que se justifica dada la amplia extirpación. Recientemente se han caracterizado sus hallazgos por RM, si bien son inespecíficos. Hasta la fecha no hemos encontrado descrito ningún caso de DFSP asociado a lipomatosis ni a TNP.

7. REACCIÓN LUPUS-LIKE POSTRATAMIENTO TÓPICO CON IMIQUIMOD

D. González Fernández^a, S. Requena López^a, F. Valdés Pineda^a,
C. Gómez de Castro^a, P. Munguía Calzada^a; B. Vivanco Allende^b
y S. Gómez Díez^a

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

Caso clínico: Varón de 68 años remitido a nuestra consulta para valoración de lesiones descamativas con fondo eritematoso situadas en ambas mejillas y en región frontal. En la exploración física se apreciaban lesiones compatibles con queratosis actínicas en las áreas mencionadas y llamaba la atención la existencia de una placa eritematosa. En el lateral nasal derecho, con zonas atróficas en el centro y telangiectasias en superficie. Interrogando al paciente sobre la lesión de la nariz, refería haber recibido tratamiento en esa zona con imiquimod tópico años atrás, por una lesión cuyo diagnóstico no pudimos precisar al haberse efectuado en otro centro sanitario. La lesión le provocaba sensación urente que empeoraba de forma evidente tras la exposición solar. Se realizó una biopsia de la zona que mostró una epidermis aplanada, con zonas atróficas, con degeneración vacuolar de la capa basal, queratinocitos necróticos a este nivel y que asentaba sobre una dermis edematosa, con proliferación de fibroblastos de aspecto activado y de capilares. Se apreció un infiltrado linfocitario perivasculoso y perianexial superficial y profundo. Con estos datos se estableció el diagnóstico de reacción lupus like postratamiento con imiquimod iniciándose terapia con mometasona tópica y posteriormente con tacrolimus tópico con mejoría clínica y sintomática de la lesión.

Discusión: El uso de imiquimod se ha asociado a varias reacciones cutáneas tales como reacciones liquenoides, psoriasiformes, vitiligo, alopecia o urticaria. Sin embargo hasta la fecha no se había publicado ningún caso de reacción lupus-like con imiquimod tanto clínica como histológica.

Conclusiones: Presentamos un caso de reacción lupus-like tras tratamiento tópico con imiquimod, esto amplía la diversidad de alteraciones cutáneas que pueden aparecer tras un tratamiento con este inmunomodulador.

8. LINFOMA PRIMARIO CUTÁNEO B DE CÉLULA GRANDE DIFUSO TIPO PIERNA

C. Gómez de Castro^a, F.J. Valdés Pineda^a, S. Requena López^a,
P. Munguía Calzada^a, B. Vivanco Allende^b y S. Gómez Díez^a

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

Introducción: El linfoma cutáneo primario difuso de célula grande tipo pierna (LCPDCG-TP) es un subtipo poco frecuente de linfoma cutáneo de células B. A diferencia de otros tipos de linfomas cutáneos B puede tener un curso más agresivo con tendencia a la progresión y diseminación extracutánea. Presentamos un caso de LCPDCG-TP.

Caso clínico: Mujer de 83 años sin antecedentes personales relevantes. Consultó por la aparición de lesiones sobreelevadas en pierna izquierda de dos meses de evolución. En la exploración física se apreciaban en el tercio inferior de pierna izquierda múltiples nódulos violáceos. El estudio histopatológico mostró un infiltrado que ocupa-

ba la dermis constituido por células de aspecto linfocítico de tamaño mediano a grande. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad para marcadores B y expresión difusa de bcl-2. Los estudios complementarios realizados no evidenciaron signos de diseminación extracutánea. Con el diagnóstico LCPDCG-TP se pautó tratamiento con radioterapia logrando remisión de las lesiones cutáneas.

Discusión: Se comentan los aspectos clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos de este tipo de linfomas cutáneos primarios. Se estima que presentan una tasa de supervivencia del 55% a los 5 años. El tratamiento de elección en las lesiones localizadas es la cirugía o la radioterapia, mientras que para las formas diseminadas está indicada la poliquimioterapia y el rituximab.

Conclusiones: Aportamos un nuevo caso de linfoma cutáneo primario de células B grandes, un subtipo poco frecuente de linfoma cutáneo primario B.

9. PLACAS ERITEMATODESCAMATIVAS, AMPOLLAS FLÁCIDAS Y LESIONES EROSIVAS GENERALIZADAS

M. Canseco Martín^a, E. Manrique Silva^a, T. Kueder^a, A. Robledo Sánchez^a, M. Núñez Cabezón^a, E. Pérez Martín^b, J. Melero Broman^c y P. Manchado López^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. ^cServicio de Atención Primaria. Área Oeste de Valladolid. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción: El pénfigo foliáceo es una enfermedad ampollosa autoinmune, caracterizada por la formación de ampollas subcórneas debido a la acantólisis superficial provocada por anticuerpos contra la desmogleína 1, cadherina constituyente de los desmosomas de la capa granulosa.

Caso clínico: Varón, 53 años. Antecedentes de DM tipo 1, paraplejía por fractura a nivel D4-D5 desde 2008, traqueostomía permanente con ventilación invasiva domiciliaria, Sd de Ogilvie, colitis isquémica, gastritis crónica y escaras en sacro. Aparición de lesiones en placas eritematodescamativas, de bordes arciformes, distribuidas en porción superior de espalda, tórax, cara y cuero cabelludo, que su médico de Atención Primaria diagnosticó y trató como psoriasis. Ingresa posteriormente en la Unidad de Quemados, por empeoramiento de su estado general, hipotermia, oliguria, anasarca, extensión de sus lesiones con áreas de piel denudadas parcheadas y despegamiento cutáneo, algunas lesiones exudativo-costrosas impetiginizadas y ligera descamación. Cultivo *S. Aureus* positivo. AP: se observó acantólisis del estrato granuloso, ampollas subcórneas y paraqueratosis y la IFD mostró depósitos de IgG en estrato granuloso, dando el diagnóstico de pénfigo foliáceo. Se pautó 1mg/kg/día de prednisona oral y de forma tópica Clestoderm, con remisión de lesiones en 2 semanas. Posteriormente se añadió Azatioprina 50 mg VO junto con la pauta descendente de corticoides. Sufrió un fracaso ventilatorio agudo que provocó su fallecimiento.

Discusión: El pénfigo foliáceo esporádico se inicia con lesiones en áreas seborreicas que posteriormente pueden generalizarse hasta llegar a constituir una eritrodermia exfoliativa sin áreas de piel indemne. Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras entidades como psoriasis, Sd de escaldadura estafilocócica, NET y otros tipos de pénfigo, siendo de gran ayuda la IFD que permite discernir entre diferentes patologías con manifestaciones clínicas parecidas.

10. PÁPULAS FACIALES EN UN VARÓN CON ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

S. Requena López^a, S. Gómez Díez^a, N. Pérez Oliva^a, B. Vivanco Allende^b, C. Gómez Castro^a, F.J. Valdés Pineda^a y P. Munguía Calzada^a

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

Introducción: La alopecia frontal fibrosante es una alopecia cicatricial primaria que afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas, siendo muy rara la afectación de los varones (3-4%). Se considera una variante del liquen plano pilar con características histopatológicas similares.

Caso clínico: Varón de 37 años sin antecedentes de interés que desde hacía 5 años presentaba alopecia progresiva en zona frontotemporal y pérdida de pelo en la cola de las cejas y barba. En los 2 últimos años se había notado la piel de las mejillas más rasposa. En la exploración se apreciaba regresión de la línea de implantación frontotemporal con eritema e hiperqueratosis perifolicular y, en mejillas, pápulas foliculares del color de la piel sobre una base eritematosa. Además se apreciaba pérdida difusa de todo el vello corporal. Los análisis realizados, incluyendo ANA y hormonas tiroideas, fueron normales. En el estudio histopatológico de la biopsia realizada en cuero cabelludo y mejilla se observaba un infiltrado inflamatorio linfocitario alrededor de los folículos, hiperqueratosis folicular y destrucción de los folículos con zonas cicatriciales. Con el diagnóstico de alopecia frontal fibrosante (AFF) se pautó tratamiento con minoxidil, finasteride e isotretinoína consiguiendo frenar la progresión y disminuir las lesiones faciales. Posteriormente el paciente realizó un trasplante capilar con buenos resultados con una terapia de mantenimiento.

Discusión: Se presenta el caso de una alopecia frontal fibrosante, de interés por ser una patología poco frecuente en el varón y por asociar pápulas foliculares faciales, una manifestación rara que se asocia con peor pronóstico y que representa la afectación del vello facial, contrastando con la alopecia del vello corporal en la AFF que es subclínica.

Conclusiones: Consideramos de importancia reconocer la AFF como una enfermedad generalizada y no como una enfermedad que sólo afecta al cuero cabelludo. Debemos reconocer manifestaciones que afectan a otras áreas, como es el caso de las pápulas foliculares faciales, para poder mejorar las con el tratamiento.

11. EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA SIMPLE CON PIGMENTACIÓN MOTEADA

P. Munguía, P. Coto Segura, D. González Fernández, F. Valdés, C. Gómez de Castro, S. Requena y S. Gómez Díez

Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España.

Introducción: La epidermólisis ampollosa hereditaria engloba a una familia de enfermedades caracterizadas por la formación de ampollas con los traumatismos leves. Presentamos un caso de epidermólisis ampollosa simple con pigmentación moteada.

Caso clínico: Mujer de 15 años. Presentó desde el nacimiento lesiones ampollosas en región perineal e inguinal que posteriormente se extendieron a mejillas, nuca, manos, pies, espalda y paladar. Además, en el transcurso de los años fue apareciendo una hiperpigmentación moteada en tronco y parte proximal de extremidades. Actualmente se acompaña de queratodermia palmoplantar y onico-distrofia.

Discusión: La epidermólisis ampollosa simple con pigmentación moteada es un tipo de epidermólisis ampollosa que, como su nombre indica, se caracteriza por presentar hiperpigmentación moteada del tronco y la porción proximal de las extremidades. Las ampollas tienden a ser leves y disminuyen con la edad, mientras que la hiperpigmentación se incrementa con los años. El tratamiento es sintomático, manteniendo el cuidado de la piel y evitando la impetiginización.

Conclusiones: Aportamos un nuevo caso de epidermólisis ampollosa simple con pigmentación moteada.

12. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS DE UNA ENFERMEDAD "CASI" OLVIDADA

M. González Sabin, E. Rodríguez Díaz, S. Mallo García, T. Usero Bárcena, L. González Lara e I. Vázquez Osorio

Servicio de Dermatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. España.

El escorbuto, una enfermedad carencial secundaria al déficit de vitamina C, es una entidad poco frecuente hoy en día en países desarrollados, limitándose su aparición a ciertos grupos de riesgo. Presentamos dos casos de escorbuto de reciente diagnóstico en nuestro servicio. El primer caso es un varón de 57 años, síndrome de Down, que desde hacía 2 años presentaba numerosas máculas purpúricas milimétricas predominantemente en extremidades inferiores. En la anamnesis refería nula ingesta de fruta y verdura, por lo que ante la sospecha de un escorbuto, se determinaron los niveles de vitamina e y se inició tratamiento empírico. El segundo caso es una mujer de 54 años con un trastorno paranoide ingresada por anemia intensa, hematomas y dolor en ambas piernas. La anamnesis revelaba que se alimentaba exclusivamente a base de leche y galletas. En la exploración presentaba extensas sufusiones hemorrágicas, púrpura perifolicular y pelos espiralados y prominentes "en sacacorchos" en piernas. Mientras que el escorbuto avanzado es poco frecuente en países desarrollados, la deficiencia leve o moderada puede estar presente hasta en el 13-30% de la población general sana. La anemia y la fatiga son casi constantes y entre las manifestaciones sistémicas destacan alteraciones psiquiátricas, musculoesqueléticas, en la cavidad oral, hipotensión, síndrome seco o hemorragias a distintos niveles. Las manifestaciones cutáneas son muy características, destacando la presencia de hiperqueratosis folicular, púrpura perifolicular, equimosis, edema en extremidades, dificultad para cicatrización, hemorragias en astilla subungueales y presencia de pelos tortuosos "en sacacorchos". El diagnóstico de esta entidad es clínico, siendo generalmente suficiente la realización de una exploración dermatológica y una anamnesis dirigida. Presentamos dos casos de escorbuto, una entidad que aunque infrecuente en nuestro medio, continúa observándose en ciertos grupos de riesgo.

13. LESIÓN VIOLÁCEA FACIAL PROGRESIVA

M.J. Suárez Valladares, N. Eiris, H.A. Cocunubo Blanco, E. Varas Meis, P. Canga Fernández y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) es la neoplasia más frecuente asociada a infección VTH. Aunque con la introducción de las terapias antirretrovirales (TARGA) ha disminuido la incidencia de SK asociado a VIH, una excepción es el Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune, donde tras una rápida mejoría del sistema inmune se desencadenan infecciones latentes u oportunistas, en este caso un empeoramiento del SK.

Caso clínico: Paciente que debuta con una lesión facial asintomática, crecimiento progresivo, color violáceo y tono amarillento a la vitropresión. Refería además la aparición de nuevas lesiones en extremidades y tronco de menor tamaño. La serología mostró positividad para VIH, VHB y la biopsia de piel fue compatible con sarcoma de Kaposi (SK) por lo que fue diagnosticado de un SK estadio placa asociado a primoinfección VIH. Se inició tratamiento con antirretrovirales (Emtricitabina, Tenofovir y Raltegravir) con mejoría de las lesiones. Sin embargo, tres meses después del inicio de antirretrovirales se objetiva un empeoramiento de las lesiones existentes y aparición de nuevas lesiones, integrándose en el contexto de un síndrome de reconstitución inmune.

Resultados: Consultadas las guías de comorbilidades asociadas a VIH se inicia una segunda línea con Vinblastina intralesional, mal tolerada por el paciente y con respuesta escasa. Ante la progresión de la enfermedad se realiza interconsulta a Oncología médica quienes

instauran tratamiento con Doxorubicina liposomada. Tras ocho ciclos se obtuvo una respuesta excelente por lo que se decide finalizar tratamiento y actitud expectante.

Conclusiones: Aunque el manejo de la infección VIH debe ser multidisciplinar, el tratamiento de las lesiones cutáneas debe ser realizado por el dermatólogo. Cuando el SK está localizado, el manejo correcto serían terapias dirigidas a la piel y/o quimioterapia intralesional o radioterapia junto al TARGA. No obstante, ante progresión de la enfermedad o afectación de otros órganos está indicado la quimioterapia oral, como en este caso.

14. HIPERHIDROSIS DE DISTRIBUCIÓN METAMÉRICA

L. Sempau^a, E. Martín Sáez^a, C. Hidalgo^a, P. de Llano Varela^b, D. Corrales Cruz^b y M.C. Gutiérrez Ortega^a

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

Introducción: El nevus ecrino es un hamartoma cutáneo definido histológicamente por la hiperplasia focal de glándulas ecrinas normales o dilatadas. Lo más característico clínicamente es la hiperhidrosis localizada que su ele acompañarlo.

Historia clínica: Varón de 3 años sin antecedentes de interés, que presenta sudoración con goteo en lateral derecho del tronco desde el nacimiento. A los dos años sus padres observaron una mácula tenue en la zona de la hipersudoración que se ha mantenido estable con el crecimiento del niño, el único cambio observado es que se oscurece levemente en verano. A la exploración física se observa en zona toracoabdominal derecha una mácula marrón clara moderadamente delimitada, no palpable, húmeda y sin hipertrichosis. Se rea liza el Test de Minor en el que se evidencia una hiperhidrosis intensa en la zona de la mancha. La biopsia incisional confirma el diagnóstico de nevus ecrino. **Discusión:** El nevus ecrino es una entidad rara con muy pocos casos publicados. Puede presentarse clínicamente como pápulas, placas o cambios en la coloración de la piel y suele asociar hiperhidrosis en una gran proporción de casos. La localización más frecuente son los antebrazos. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el hamartoma angiomaso ecrino, mucho más frecuente pero que histológicamente presenta proliferación capilar además de hiperplasia de glándulas ecrinas. Es una entidad benigna que suele tratarse en casos de importante hiperhidrosis. Se han utilizado anticolinérgicos, cirugía, láser y toxina botulínica.

Conclusiones: Presentamos un caso de nevus ecrino congénito de distribución metamérica toracoabdominal.

15. PIOYODODERMA

V. Velasco Tirado, J.C. Santos Durán, L.I. Gimeno Mateos, D. Bancalari Díaz, V.P. Veteta Gorriti, A. de Dios Velázquez, A. Santos Briz y E. Fernández López

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

El pioderma gangrenoso y el yododerma son dermatosis neutrofílicas que comparten características clínicas e histológicas. Presentamos una paciente con un cuadro clínico compatible con pioderma gangrenoso tras tratamiento con yodo radiactivo y discutimos si se trata de la misma entidad que el yododerma.

Caso clínico: Mujer de 40 años con antecedentes de dermatitis atópica y enfermedad de Graves tratada en los últimos 2 años con propiltiouracilo y hace dos meses con I-131. Acude al servicio de urgencias por lesiones inicialmente elevadas y posteriormente ulceradas, indoloras, localizadas en ambas piernas, de 20 días de evolución. En la exploración física presenta úlceras superficiales exudativas, con borde eritematovioláceo, en cara anterior de ambas piernas. La biopsia muestra un denso infiltrado inflamatorio mixto en dermis superficial y media, con áreas abscesificadas, ro-

deadas por empalizada de elementos histiocitarios con células gigantes multinucleadas. El cultivo es negativo para bacterias, hongos y micobacterias. En la analítica general presenta positividad de anticuerpos p-AN CA (anti-MPO) como único hallazgo de interés. Se indica un ciclo corto de prednisona oral y curas con sulfato de zinc y valerato de betametasona/gentamicina tópicos, con evolución favorable y cicatrización cribiforme.

Discusión: El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica infrecuente que puede relacionarse con patología subyacente, mientras que su asociación con la administración de yodo está escasamente documentada. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, ya que los hallazgos histológicos no son patognomónicos. El yododerma es una dermatosis neutrofílica tras exposición sistémica o tópica a yodo. Las presentaciones más frecuentes son pustulosas y ampollas, aunque existen formas vegetantes y ulcerativas. Dado que ambas entidades presentan variantes clínicas e histológicamente superponibles, planteamos que el yododerma es un pioderma gangrenoso

16. DERMATITIS PERIANAL, LOS TRATAMIENTOS EN SOSPECHA

E. Varas Meis, I. Ruiz González, M.J. Suárez Valladares, P. Fernández Canga, S. Delgado Vicente, L.M. Valladares Narganes y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El eccema perianal es frecuente debido a la oclusión, fricción, incremento de temperatura y humedad de dicha región.

Caso clínico: Varón de 66 años. Antecedentes de fisura anal y hemorroides grado 11-111 de 10 años de evolución. Acude por cuadro de dermatitis perianal pruriginosa de 1 año de evolución, que fue tratado con múltiples emolientes y antihemorroidales. A la exploración se apreció una placa eccematosa subaguda perianal, con extensión hacia la región perineal, sin fisuración o signos de sobreinfección. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar española, serie cosméticos y productos propios. En la lectura a las 96 horas se objetivó positividad ++ a la mezcla caínas y Hemoal forte®. Se suspendió el uso de anestésicos locales y se inició tratamiento con Mometasona crema, con la resolución del cuadro, sin recidivas en los 6 meses de seguimiento.

Discusión: Las causas más frecuentes de dermatitis alérgica de contacto en la región anogenital son las fragancias y los medicamentos tópicos. La mezcla caínas incluye varios anestésicos locales como la benzocaína, la tetracaína (o ametocaína) y la cincocaína. Frecuentemente se emplean en comprimidos anestésicos para afecciones bucofaringeas, colirios, antitusígenos o preparados hemorroidales. Además, debemos recordar su reactividad cruzada con otros componentes del grupo para, como la parafenilendiamina o el paraaminobenzoico. Su diagnóstico diferencial incluye la psoriasis invertida, el liquen simple crónico, infecciones por hongos o parásitos y otras dermatosis menos frecuentes como el Paget extramamario, penfigoide ampolloso, etc.

Conclusiones: La dermatitis alérgica de contacto en la región anogenital es una patología frecuente de gran sintomatología e impacto para el paciente, cuya sospecha es fundamental para alcanzar el diagnóstico y llegar a la resolución del cuadro.

17. LIVEDO RETICULARIS, MÁS ALLÁ DE LA PATOLOGÍA VASCULAR

T. Usero Bárcena, C. Álvarez Cuesta, L. González Lara, M. González Sabín, S. Mallo García, I. Vázquez Osorio y E. Rodríguez Díaz

Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. España.

Introducción: La livedo reticularis es un signo clínico caracterizado por un retículo rojo-violáceo que afecta fundamentalmente a extremidades. En la mayoría de los casos es una respuesta fisiológica al frío, sin embargo puede ser un marcador de múltiples patologías.

Caso clínico: Mujer de 60 años con antecedentes personales de obesidad e hipertensión. Estudiada por alopecia androgenética e hirsutismo, catalogado como primario, en tratamiento con espirolactona y minoxidil. Durante el seguimiento llamaba la atención la aparición progresiva de livedo reticularis a nivel de extremidades, abdomen y mamas, que se modificaba con la posición. Se realizó estudio con despistaje de las principales causas incluyendo autoinmunidad, alteraciones de la coagulación, estados de hiperviscosidad e infecciones. Se repitió estudio de hipercortisolismo presentando en esta ocasión resultados patológicos. La RNM reveló una tumoración de 8 mm en hipófisis con lo que se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Cushing.

Discusión: La enfermedad de Cushing es una patología rara causada por la hipersecreción de ACTH por parte de un adenoma hipofisario, dando lugar a un estado de hipercortisolismo. La clínica y muchas de las manifestaciones cutáneas son ampliamente conocidas. Aunque el síndrome de Cushing está incluido entre sus causas, la asociación con livedo reticularis rara vez aparece descrita.

Conclusiones: Presentamos un caso clásico de enfermedad de Cushing en el que la livedo reticularis fue clave para el diagnóstico. Queremos destacar la importancia de estudiar al paciente en su conjunto, así como la indicación de repetir pruebas diagnósticas ante una sospecha clínica elevada.

18. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR SALICILATO DE BENCILO

P. Fernández Canga, I. Ruiz González, H.A. Cocunubo Blanco, M.J. Suárez Valladares, E. Varas Meis, L.M. Valladares Narganes, S. Delgado Vicente y M.A. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción: El Salicilato de bencilo (SB) o Benzoato de 2-hidroxi-benciloes un componente natural presente en algunos aceites esenciales como el ylang-ylang o el aceite de clavel. Se emplea como aroma y conservante de numerosos productos cosméticos. También puede encontrarse en productos de limpieza del hogar y como conservante de alimentos. En la literatura, hasta la fecha, solo se ha descrito un caso de dermatitis de contacto pigmentada relacionada a alergia de contacto al SB.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de una paciente de 60 años, ama de casa, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés. La paciente acudió a nuestra consulta por eritema e inflamación en párpados superiores de 11 meses de evolución, que asociaba con una determinada crema. A la exploración física se observó edema y eritema débil en párpados superiores e inferiores, de distribución bilateral y simétrica. Se realizaron pruebas epicutáneas con serie estándar española, serie cosméticos y serie fragancias. A las 96 horas se objetivó una única positividad débil a SB en las dos últimas series. Al mes, tras retirar todos los productos con SB, las lesiones habían remitido por completo.

Conclusiones: Tras la revisión de la bibliografía respecto a la alergia a SB, presentamos el primer caso de dermatitis de contacto palpebral asociada a hipersensibilidad tipo IV a SB. Dado que el SB es un alérgeno débil creemos que la alergia a esta sustancia puede ser malinterpretada como dermatitis irritativa, pasar desapercibida y por tanto ser infradiagnosticada.

19. ECCEMA CRÓNICO DE MANOS: EXPERIENCIA CON ALITRETINOÍNA

M. Navedo de las Heras, M.R. Perelló Alzamora y G. Ruiz-Carrillo Ramírez

*Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol,
Miranda de Ebro. Burgos. España.*

Introducción: El eccema crónico de manos, es una patología muy frecuente en las consultas de dermatología. La causa es multifactorial incluyendo factores genéticos y ambientales. La historia clínica detallada es la base del diagnóstico. Son necesarias pruebas de contacto para excluir alérgenos relevantes y en muy raras ocasiones una biopsia de piel. El manejo del paciente a menudo es complicado y frustrante. Los corticoides tópicos potentes son la primera línea de tratamiento. En el caso de enfermedad severa o recalcitrante puede ser necesaria la terapia sistémica con corticoides orales, metotrexato, azatioprina o ciclosporina. Recientemente la alitretinoína oral ha sido aprobada para su uso en esta patología.

Material y métodos: Se presentan cuatro pacientes con eccema crónico de manos resistente a varios tratamientos en los que se

pautó alitretinoína oral entre 12 y 16 semanas en función de la respuesta.

Resultados: De los cuatro pacientes tratados con alitretinoína oral, en dos de ellos el eccema se resolvió completamente, otro tuvo una respuesta parcial y el último presentó una rápida recurrencia de las lesiones. Este último fue diagnosticado de psoriasis palmar con posterioridad.

Discusión y conclusiones: En los últimos años, la alitretinoína ha surgido como tratamiento del eccema crónico de manos. Se pauta entre 12 y 24 semanas a dosis de 10-30 mg al día. El efecto secundario más frecuente es la cefalea y la dislipemia. Son necesarias medidas anticonceptivas durante y un mes después del tratamiento. Nuestra experiencia en el manejo de alitretinoína demuestra que es un tratamiento eficaz y seguro para el tratamiento a medio y largo plazo del eccema crónico de manos en pacientes refractarios a tratamiento con corticoides tópicos.