



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### XX Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Murcia, 21 de mayo de 2016

#### 1. TRES MINUTOS POR CONSULTA

M. Lova Navarro<sup>a</sup>, T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, B. Ferri Níguez<sup>b</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, P. Sánchez Pedreño<sup>a</sup>, A. Clemente Ruiz de Almirón<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup> y J.F. Frías Iniesta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Introducción:** La atención sanitaria en los centros de especialidades ha sido durante muchos años el modo por el cual la mayoría de los pacientes dermatológicos accedían a la atención especializada desde el médico de atención primaria. A continuación una vez evaluada la trascendencia del cuadro clínico los pacientes son derivados o no al centro hospitalario de referencia.

**Objetivos:** Poner de manifiesto las ventajas e inconvenientes que presentan las consultas dermatológicas en los centros de especialidades.

**Material y métodos:** Un estudio retrospectivo de un período de 19 meses, del 1 octubre de 2014 al 30 de abril de 2016, que recoge los casos más representativos de los atendidos en las Consultas de Dermatología del Centro de Especialidades Quesada, perteneciente al Área del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

**Resultados:** La principal ventaja que ofrece la atención en centros de especialidades es la rapidez de acceso a la atención especializada ya que la demora es relativamente baja. Sin embargo es importante destacar el poco tiempo destinado al acto médico que origina una serie de "muros" en la interacción médico-paciente.

**Discusión:** Lo ideal sería mantener la rapidez de acceso a la atención especializada, aumentando el tiempo de atención dedicado a cada paciente, lo cual llevaría a derribar muchos muros que se crean por la falta de tiempo entre el paciente y el médico.

#### 2. CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR DE BAJO RIESGO EN ANCIANOS

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

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

**Introducción:** El carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente en la raza blanca. Suele tener una evolución poco agresiva, con un crecimiento lento y casos anecdóticos de metástasis. Sin embargo hay determinadas características del tumor, como su localización o tipo histológico, que cambian enormemente el pronóstico, ya que puede alcanzar estructuras importantes. La población más afectada por este tumor son los ancianos, muchos de ellos con otras comorbilidades importantes que afectan a su calidad y esperanza de vida. Las guías terapéuticas generalmente solo tienen en cuenta factores derivados del tumor y el éxito terapéutico de cada una de las alternativas, sin incluir características del paciente. Partiendo de ellos nos planteamos qué factores debemos tener en cuenta a la hora de decantarnos por un tratamiento u otro y cuál es la opinión de los dermatólogos de la Región de Murcia en este aspecto.

**Material y métodos:** Para ello realizamos una encuesta anónima a través de Internet que constaba de 11 preguntas y que fue enviada a todos los dermatólogos y dermatólogos en formación de la Región.

**Resultados:** Contestaron a la encuesta el 62% de todos los dermatólogos. Entre los resultados destaca que la edad es considerada un factor importante para elegir un tratamiento u otro sobre todo en grandes ancianos (mayores de 90 años), pero que la mayoría considera primero factores derivados del tumor antes que del paciente. Además, la mayoría considera que existe un sobretratamiento quirúrgico en algunos pacientes, pudiéndose haber realizado otros tratamientos considerados menos agresivos. Esta opinión es más frecuente entre los dermatólogos más jóvenes, por lo que igual la experiencia de los más veteranos, que seguro han visto más tumores con evolución fatal, puede tener un papel relevante.

#### 3. ¿NEVUS MUCINOSO ATÍPICO U OTRO TIPO DE MUCINOSIS CUTÁNEA PRIMARIA?

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

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital los Arcos del Mar Menor. Murcia. España.

**Introducción:** El nevus mucinoso se considera una mucinosis cutánea primaria hamartomatosa-neoplásica pero también una variante de nevus de tejido conectivo.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una niña de 7 años, con antecedente de síndrome mioclónico distónico hereditario, que consulta por presentar desde pocos meses tras el nacimiento, aparición progresiva de placas lineales muy difíciles de ver, mínimamente induradas, rosadas, en ambas zonas lumbares. La madre negaba antecedentes farmacológicos o infecciosos durante la gestación o antes de la aparición de estas lesiones. En la biopsia cutánea únicamente destacaba un incremento de las mucinas ácidas en dermis. Tras correlación clínico-patológica y pruebas de laboratorio sin hallazgos significativos, se estableció el diagnóstico de nevus mucinoso. Durante la evolución las lesiones se tornaron ligeramente hipopigmentadas, blandas y progresaron al muslo dcho. Además, la paciente desarrolló, una placa de morfea lineal, muy tenue con buena respuesta a corticoides tópicos, en el tercio distal posterior de la pierna dcha.

**Discusión:** El nevus mucinoso es una entidad infrecuente, que puede ser congénito o adquirido en la juventud, con ligera predominancia masculina. Se han descrito casos familiares. La etiología es desconocida. Suele afectar al tronco o a las extremidades, principalmente a la espalda. Se suele presentar a modo de pápulas, nódulos o placas, unilaterales, lineales o con patrón zosteriforme, marrones. En la anatomía patológica se observa un depósito difuso de mucina en dermis superior. La epidermis puede ser normal o presentar acantosis con elongación de las crestas e hiperqueratosis. Se puede realizar tratamiento mediante cirugía o láser.

Presentamos el caso de un nevus mucinoso, entidad infrecuente, con una presentación atípica (simulando estrías tenues en zonas lumbares de forma bilateral), en una niña con un síndrome mioclónico distónico hereditario y una morfea lineal.

#### 4. DERMATITIS DE CONTACTO POR CORTICOIDES

P. Mercader García, R. Rojo España, B. Pérez-Suarez, J.M. Ródenas López y M.D. Peña-García

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

**Introducción:** Los corticoides son uno de los medicamentos tópicos más usados para el tratamiento de diversas enfermedades cutáneas. Sin embargo en muchas ocasiones no son reconocidos como causantes de dermatitis de contacto lo que puede retrasar el diagnóstico. Los marcadores de corticoides presentes en la batería estándar pueden detectar algunos de estos casos, pero no todos.

**Caso clínico:** Mujer de 29 años remitida a consulta por sospecha de dermatitis atópica. La paciente presenta desde hace 3 años lesiones eczematosas recurrentes en manos, cuello y párpados que no relaciona con ningún desencadenante claro. La paciente presentaba varias sensibilizaciones a perfumes y conservantes, además de una de sus cremas de corticoides, el aceponato de metilprednisolona. Sin embargo los marcadores de corticoides son negativos.

**Conclusiones:** Los marcadores de corticoides pueden fallar a la hora de detectar una sensibilización a algunos de los corticoides más usados. Un método barato y efectivo de evitar estos falsos negativos es realizar pruebas epicutáneas con los productos propios del paciente.

#### 5. LESIONES PURPÚRICAS EN UN PACIENTE VIH

A.M. Victoria Martínez, L. Cubells Sánchez, L. Martínez Leborans, J.M. Ortiz Salvador, D. Subiabre Ferrer, J.L. Sánchez Carazo y V. Alegre de Miquel

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Introducción:** Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico reciente de infección por VIH, que consultó en nuestro servicio por lesiones cutáneas de varias semanas de evolución.

**Caso clínico:** Varón de 39 años de edad, VIH sin tratamiento, que presentaba lesiones eritematosas papulares y nodulares en rodillas y codos. Además asociaba lesiones purpúricas en la parte distal de las piernas. Refería fiebre y artralgias en las últimas semanas. Se solicitaron exploraciones complementarias que descartaron un origen infeccioso. Se realizó una biopsia de las lesiones purpúricas, en la que se observó una vasculitis leucocitoclástica con necrosis eosinofílica del epitelio. Tras tratamiento con corticoides sistémicos, las lesiones purpúricas mejoraron, pero las lesiones nodulares continuaban estables. A lo largo del seguimiento se tomaron nuevas biopsias, con hallazgos de fibrosis perivascular, realizándose un diagnóstico de eritema elevatum diutinum (EED) nodular en un paciente VIH. El paciente inició la terapia antirretroviral y se administraron corticoides intralesiones y dapsona gel al 5%, presentando mejoría de las lesiones.

**Discusión:** El eritema elevatum diutinum (EED) es una dermatosis poco frecuente, clasificada como una vasculitis crónica, con una histopatología variable, dependiendo del estadio en el que se encuentren las lesiones. En estadios iniciales se observan figuras de vasculitis leucocitoclástica, mientras que en lesiones más antiguas se sustituyen por fibrosis, persistiendo pequeños focos de vasculitis. El origen del EED es desconocido, pero se ha asociado frecuentemente con infecciones bacterianas, trastornos hematológicos o enfermedades autoinmunes. El EED está surgiendo como una dermatosis asociada a VIH y existen aproximadamente 20 casos descritos en la literatura. Se cree que esta asociación puede deberse al depósito de inmunocomplejos en la pared de los vasos, desencadenada por la propia infección de VIH. El tratamiento de elección del EED es la dapsona, aunque en las lesiones fibróticas es menos efectivo.

**Conclusiones:** Debemos incluir el EED en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en pacientes VIH, pudiendo ser en algunos casos la primera manifestación de la enfermedad. El EED se ha considerado un simulador clínico del sarcoma de Kaposi y de la angiomas bacilar, por lo que es importante realizar biopsia para un diagnóstico definitivo.

#### 6. ACTUACIÓN EN URGENCIAS DEL DERMATÓLOGO DE GUARDIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE UN AÑO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J. Ruiz Martínez, M. Dorado Fernández, A. López Gómez, E. García Martínez, T. Salas García, 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 y objetivos:** La patología dermatológica constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. El objetivo de este estudio es describir las características del paciente que acude a urgencias y es valorado por el dermatólogo de guardia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes atendidos por el dermatólogo en urgencias durante un año. Se recogieron los datos sobre el sexo, edad, fecha de consulta, procedencia, tiempo de evolución, motivo de consulta, diagnóstico, destino tras la asistencia, pruebas solicitadas, revisita por el mismo motivo y hospital de referencia.

**Resultados:** Fueron atendidos 1167 pacientes, con una media de edad de 45 años. El 46,5% fueron hombres y el 53,5% mujeres. El principal motivo de consulta fue el prurito (67,7%), sobre 149 diagnósticos diferentes el más frecuente fue el de dermatitis y eczemas (10,9%). En el 69,7% de los pacientes se dio el alta directa, en 3 de cada 4 no se precisó ninguna prueba complementaria y el porcentaje de revisita fue del 2,3%.

**Conclusiones:** Las características del paciente dermatológico resultan muy heterogéneas. La presencia del dermatólogo en urgencias favorece la orientación diagnóstica y el cribado de los pacientes que precisan seguimiento en consultas de dermatología.

## 7. DERMATOMIOSITIS COMO DEBUT CLÍNICO DEL CÁNCER DE OVARIO

E. García Martínez<sup>a</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, M. Dorado Fernández<sup>a</sup>, A. López Gómez<sup>a</sup>, T. Salas García<sup>a</sup>, J. Hernández-Gil Sánchez<sup>a</sup>, B. Ferri<sup>b</sup>, M.I. Arcas Martínez-Salas<sup>c</sup>, A.I. Gil Liñán<sup>c</sup>, C. Brufau Redondo<sup>a</sup> y A. Hernández-Gil Bordallo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Introducción:** La etiopatogenia de la dermatomiositis (DM) es desconocida, pero estudios epidemiológicos han mostrado un riesgo elevado de enfermedad neoplásica asociada. Presentamos a continuación un caso de DM paraneoplásica.

**Caso clínico:** Mujer de 62 años sin antecedentes de interés que consultó por exantema en áreas fotoexpuestas, astenia, mialgias en cinturas escapulares y disfagia. A la exploración presentaba exantema en región facial, escote y cara externa de brazos, pápulas eritematovioláceas en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas y cutículas distróficas. Analíticamente presentaba elevación de enzimas hepáticas, CPK, aldolasas y CA-125, con positividad de anticuerpos no organoespecíficos y anti-nucleares con patrón moteado y ENAs negativos. El electromiograma era compatible con una miopatía inflamatoria y el TAC objetivó una tumoración pélvica de origen anexial, cuyo análisis anatomopatológico informó cistoadenocarcinoma seroso de ovario. Con el diagnóstico de dermatomiositis paraneoplásica y ante la afectación clínica sistémica, se le administró inmunoglobulinas intravenosas tras mostrar resistencia a dosis altas de esteroides, con buena respuesta clínica.

**Discusión:** Alrededor del 25% de los casos de DM se asocia con cáncer y puede presentarse de forma previa, simultánea o posterior al diagnóstico de la neoplasia. Los tumores que más se relacionan son los de pulmón, próstata, mama, ovario, y colorrectal. La reactividad cruzada entre los determinantes antigénicos de las células neoplásicas y de las células mioblásticas regeneradoras trata de explicar dicha asociación. No existen hallazgos clínicos específicos de la DM paraneoplásica y la miopatía puede ser poco evidente o la expresión cutánea escasa. Es crucial ante estos pacientes, hacer un despistaje de tumores ocultos, y si son negativos, mantener un seguimiento periódico con marcadores tumorales y pruebas de imagen. Otro aspecto que debe hacernos sospechar que no se trate de una DM clásica es la resistencia al tratamiento convencional, como en nuestro caso, quien precisó tratamiento con inmunoglobulina intravenosa. El tratamiento de la neoplasia puede producir la remisión clínica de la DM y su reaparición constituye uno de los marcadores de probable recidiva tumoral, incluso antes de ser evidente en pruebas de imagen.

## 8. ÚLCERAS SERPIGINOSAS EN EL CODO

M.S. Gaglio de Grecco<sup>a</sup>, M.E. Giménez Cortés<sup>a</sup>, E. Cutillas Marco<sup>a</sup> y S. Swirc<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 dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) es una reacción inflamatoria cutánea asociada a enfermedades sistémicas entre las que destacan las neoplasias hematológicas. Presentamos el caso inusual de la coexistencia histopatológica de una DGI junto a infiltración cutánea por leucemia linfocítica crónica B (LLC-B).

**Caso clínico:** Hombre de 78 años con antecedente de LLC-B estable con placa ulcerada en codo de 4 años de evolución. El estudio histopatológico inicial revela una dermatitis granulomatosa. Meses más tarde, el paciente presenta un cuerno cutáneo clavicular y una placa eritematosa parietal. Se repite biopsia del codo que revela DGI en coexistencia con infiltración dérmica por células leucémicas. Se extirpa la lesión clavicular con AP compatible con Bowen rodeado

por infiltración leucémica. Se toma biopsia parietal con histopatología de infiltración leucémica. Se remite a hematología, quien inicia tratamiento específico con remisión de lesiones.

**Comentario:** Dentro de las leucemias, las dermatitis granulomatosas representan un espectro histopatológico de manifestaciones reactivas o paraneoplásicas al trastorno hematológico subyacente. En nuestro paciente, se observa la coexistencia de DGI e infiltración cutánea por LLC-B. Ante este hallazgo podríamos plantearnos si nos encontramos ante una fase más avanzada de la afección, en donde la reacción inflamatoria pudiera ser secundaria a la infiltración dérmica por células leucémicas. Debido a que los datos histopatológicos pueden ser sutiles, el conocimiento de esta asociación es esencial para orientar los esfuerzos en la búsqueda de infiltración atípica. Independientemente de si el patrón granulomatoso es primario o reactivo, la documentación de leucemia cutis podría justificar el tratamiento antileucémico específico en un paciente que, a pesar de no presentar otra sintomatología sistémica que lo indique, tenga lesiones cutáneas que no respondan a tratamientos dermatológicos.

## 9. “SÉ LO QUE HICISTEIS LAS ÚLTIMAS NAVIDADES”: LESIONES PURPÚRICAS A ESTUDIO

A. Monteagudo Paz<sup>a</sup>, C. Pereda Carrasco<sup>a</sup>, C. Ortuño Gil<sup>a</sup>, A. Uceda<sup>b</sup>, A. Sánchez Serrano<sup>c</sup>, A. Luz Andreu<sup>c</sup> y H. Cano<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Reumatología; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>d</sup>Servicio de Hematología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. España.

**Introducción:** Los hallazgos cutáneos por alteraciones de la coagulación son procesos que pueden presentarse acompañando a procesos sistémicos donde un rápido diagnóstico y tratamiento puede ser crucial.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 19 años que ingresa por unas lesiones cutáneas purpúricas de rápida evolución asociadas a una neutropenia de origen incierto. La paciente ingresó por rotura esplénica espontánea asociada a neutropenia y anemia severas. A la semana de la intervención comienza con lesiones cutáneas livedoides en cara lateral de muslos con progresión en 24 h a todo el muslo y dorso de brazos, de forma bilateral y simétrica. La biopsia cutánea mostró una trombosis generalizada microvascular que se extendía hasta hipodermis. La evolución fue buena con megapulsos de metilprednisolona y posterior corticoterapia oral. El diagnóstico final del cuadro general fue de síndrome hemofagocítico.

**Discusión:** El síndrome hemofagocítico (SHF) o linfohistiocitosis hemofagocítica es un trastorno reactivo ocasionado por una disfunción en la señalización de citoquinas, linfocitos, células NK, que lleva a un fallo multiorgánico. Los criterios diagnósticos son fiebre, esplenomegalia, citopenia, hipofibrinogenemia, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia y alteraciones de las células NK. Las alteraciones de la coagulación en el SHF no son específicas y se pueden presentar de diversas formas, siendo las más frecuentes la hipofibrinogenemia y la coagulación intravascular diseminada. Sus riesgos son potencialmente graves por lo que su tratamiento temprano condiciona el pronóstico.

## 10. DOS TOXICODERMIAS GRAVES Y UN MISMO ORIGEN: BENZNIDAZOL

M. Lova Navarro<sup>a</sup>, T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, B. Ferri Níguez<sup>b</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, P. Sánchez Pedreño<sup>a</sup>, A. Clemente Ruiz de Almirón<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup> y J.F. Frías Iniesta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Casos clínicos:** Presentamos dos casos de toxicodermias graves inducidas por Benznidazol, un antiparasitario utilizado para el tratamiento de la enfermedad de Chagas. En el primer caso describimos un Síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic

Symptoms) que como hallazgos clave presentó exantema generalizado, eosinofilia y fallo hepático. Mientras que el segundo caso es un Síndrome de Stevens-Johnson/Necrolisis epidérmica tóxica (SSJ/NET) overlap que dado la gravedad del cuadro preciso ingreso en la unidad de quemados para poder llevar a cabo los cuidados necesarios. Ambos casos se resolvieron de forma eficaz y sin secuelas tras la suspensión del fármaco causante, utilizando como tratamiento esteroides intravenosos además de las medidas de soporte necesarias.

**Discusión:** Cabe destacar que en la literatura médica no existen casos publicados de síndrome de DRESS ni de síndrome de SSJ/NET secundarios a Benzidazol, por lo que éste debe ser tenido en cuenta como fármaco potencialmente causante de toxicodermias graves. En cuanto al tratamiento, si bien en el síndrome de DRESS los esteroides sistémicos están considerados como el tratamiento de primera línea, en el síndrome de SSJ/NET el uso de esteroides sistémicos así como el uso de inmuglobulinas intravenosas es más que controvertido, colocándose la ciclosporina y los anti-TNF como fármacos más que prometedores en el tratamiento de una enfermedad de mal pronóstico.

**Comentario final:** La rapidez en la sospecha diagnóstica de una toxicodermia grave secundaria a un fármaco es esencial, y se seguirá de la suspensión inmediata del mismo y las medidas de soporte adecuadas, lo cual influye de manera notoria en el pronóstico del cuadro clínico. Actualmente parece que existen nuevas terapias de eficacia marcada, pero son necesarios más estudios que confirmen estas buenas expectativas.

#### 11. HÁBITOS DE EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN ULTRAVIOLETA ARTIFICIAL: ESTUDIO SOBRE UNA MUESTRA DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA VII DE LA REGIÓN DE MURCIA

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

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

**Introducción:** En 2009, la OMS definió los dispositivos de bronceado artificial como carcinógenos del grupo I para humanos, ya que existe evidencia de que aumentan el riesgo tanto de melanoma como de cáncer cutáneo no melanoma. A nivel mundial existen muchos estudios sobre prevalencia, su uso y perfil de usuarios. No ocurre así en España, donde los datos son casi inexistentes, por lo que realizamos este estudio con el objetivo de conocer la situación en nuestra Región, a partir de una muestra de pacientes del área VII.

**Material y métodos:** Durante los meses de Enero, Febrero y Marzo de 2016, realizamos un estudio de encuestas, sobre una muestra de pacientes del área VII que acudieron por primera vez a la consulta de dermatología. Un total de 541 personas entre 18 y 65 autocumplimentaron de forma válida el cuestionario. Entre las variables estudiadas están datos sociodemográficos, datos sobre la prevalencia del uso, la edad de inicio, el perfil temporal de usuario, el lugar donde los ha recibido o el motivo, entre otros. Llevamos a cabo un estudio descriptivo de las variables estudiadas y analizamos las diferencias entre usuarios y no usuarios, entre usuarios recientes y pasados, y entre sexos en el grupo de usuarios.

**Resultados:** Un total de 10,4% de los encuestados ha usado estos aparatos alguna vez a lo largo de la vida (17% de esos en los últimos 24 meses). La edad media al recibir la primera sesión es de 28,25 años. Existe cierta tendencia a que la prevalencia sea mayor en mujeres con respecto a los hombres. La media de sesiones por año entre los usuarios es de 5,76, y la mayoría se definen como usuarios esporádicos. Suelen recibir estas sesiones en centros de belleza, de bronceado o peluquerías, y el principal motivo es el cosmético, siendo además la mejora del aspecto físico el efecto positivo más experimentado. En la población analizada, todos los usuarios tenían algún

tipo de estudios cuando usaron estos aparatos por primera vez (21% universitarios) y predominan los usuarios de fototipo II y III. El ser usuario reciente se correlaciona positivamente con la intención de usarlos en un futuro, con el perfil de uso regular o frecuente y con las edades más tempranas, y negativamente con la creencia de que el uso de estos aparatos es perjudicial. No encontramos diferencias entre sexos para ninguna variable dentro del grupo de usuarios.

## XXI Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Murcia, 5 de noviembre de 2016

### 1. INTERCONSULTA DE MEDICINA INTERNA: VARÓN DE 32 AÑOS QUE INGRESA POR FIEBRE Y TUMEFACCIÓN DE LUNARES

C. Pereda Carrasco<sup>a</sup>, A. Sánchez Serrano<sup>b</sup>, J.M. Alonso Herreros<sup>c</sup>, P. Mercader García<sup>d</sup>, G. Garijo López<sup>e</sup>, A. Monteagudo Paz<sup>a</sup>, J.A. Piñero<sup>a</sup> y C. Ortuño Gil<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>c</sup>Servicio de Farmacia. Hospital los Arcos del Mar Menor. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Morales Messeguer. Murcia. <sup>e</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital los Arcos del Mar Menor. Murcia. España.*

**Caso clínico:** Varón de 32 años, con antecedente de rinoconjuntivitis alérgica a los gatos, hipertrigliceridemia y hernia de hiato, que ingresa en el Servicio de Medicina Interna por fiebre, inflamación de nevus melanocíticos tipo nevus de Meyerson, edema periorbitario, tos seca con infiltrados pulmonares intersticiales, reacción leucemoide, eosinofilia severa, elevación de enzimas hepáticas y coagulopatía incipiente. El cuadro clínico se inició a los tres días de la introducción de secalip y cambio de esomeprazol en cápsulas a comprimidos y remitió rápidamente tras retirada de dichos fármacos y corticoterapia sistémica.

**Discusión:** Para establecer el diagnóstico de síndrome de DRESS se precisa cumplir tres criterios diagnósticos: exantema cutáneo relacionado con un fármaco, anomalías hematológicas (eosinofilia  $\geq 1500/\text{mm}^3$  o linfocitosis atípica) y afectación sistémica (linfadenopatías  $\geq 2$  cm o hepatitis (aumento de transaminasas al menos dos veces por encima del valor normal) o nefritis intersticial o neumonitis intersticial o carditis). La clínica cutánea descrita en la literatura es un rash exantematoso que suele progresar a dermatitis exfoliativa y que en ocasiones asocia edema facial o edema periorbitario. Aportamos este caso como caso consulta a la Sección Territorial Murciana con el diagnóstico de síndrome de DRESS con manifestación cutánea atípica.

### 2. FOTOSENSIBILIDAD, ANA Y LESIONES CUTÁNEAS. ¿SERÁ LUPUS?

E. Cutillas Marco, S. Gaglio y M.E. Giménez Cortés

*Servicio de Dermatología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.*

**Introducción:** Las porfirias son un grupo heterogéneo de enfermedades que clásicamente se han clasificado en agudas o hepáticas o

crónicas. La porfiria más frecuente en el mundo es la porfiria cutánea tarda, una forma de porfiria crónica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 40 años con antecedentes de pseudotumor cerebri y endometriosis que consultó por ampollas y fragilidad cutánea. El estudio analítico mostró aumento de las porfirinas en orina y heces. El estudio genético confirmó el diagnóstico de porfiria variegata.

**Discusión:** La porfiria variegata es una enfermedad infrecuente, especialmente en nuestro medio. En su espectro clínico, incluye tanto manifestaciones cutáneas similares a las de la porfiria cutánea tarda como crisis neurovisceralas similares a las de la porfiria aguda intermitente. Debemos interrogar sobre los síntomas de crisis neurovisceralas ante todos los pacientes con sospecha de porfiria cutánea tarda. El aumento más marcado de la protoporfirina en heces permite diferenciarla de la porfiria cutánea tarda. En el tratamiento de la porfiria variegata no son eficaces las flebotomías ni los antipalúdicos, sí la protección solar.

### 3. EUROMELANOMA 2016: REPORTE FINAL

M.S. Gaglio de Grecco, E. Cutillas Marco y M.E. Giménez Cortés

*Servicio de Dermatología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.*

**Introducción:** Euromelanoma es una campaña europea que surge en 1999 para promover y compartir información sobre el cáncer de piel. Murcia participa en ella desde hace unos años.

**Desarrollo:** Se presentan las novedades, incorporaciones y evolución de Euromelanoma en la región de Murcia durante el 2016.

**Conclusiones:** El desarrollo de esta campaña en la región de Murcia ha evolucionado en forma exponencial y positiva durante los últimos años.

### 4. IMIQUIMOD TÓPICO EN LEISHMANIASIS CUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO

R. Rojo España, E. Alcaraz Mateos, F.J. de León Marrero, B. Pérez Suárez, J.M. Ródenas López y A. Peña García

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

**Introducción:** La infección cutánea por leishmania es frecuente en todos los países de la Cuenca mediterránea, pudiendo afectar a niños. No existen datos exactos de incidencia ni guías clínicas de tratamiento establecidas aunque en los últimos años se han publicado casos aislados con buenos resultados tras tratamiento tópico con imiquimod.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un niño de 4 años de edad con infección cutánea localizada por leishmania, confirmado por el estudio histológico del frotis que se le tomó de la lesión, el cual fue tratado con imiquimod tópico. Tras tres ciclos de tratamiento, en el primero tres veces a la semana y en el resto cinco veces a la semana, la mejoría fue progresiva hasta que llegó a desaparecer por completo.

**Conclusiones:** Las lesiones características de leishmania localizadas en piel suelen aparecer en áreas expuestas, sobre todo en la cara. No existen guías clínicas de tratamiento bien establecidas, si bien el tratamiento más extendido es la infiltración de antimoniales pentavalentes por su efectividad y baja tasa de efectos secundarios. Existen otros tratamientos posibles: antimoniales sistémicos, anfotericina B liposomada, crioterapia, terapia fotodinámica, imidazoles orales, paramomicina tópica, sulfato de zinc, amiodarona, azitromicina, pentoxifilina, alopurinol, dapsona y miltefosina. Imiquimod, por su efecto inmunomodulador, ha demostrado en modelos animales y en varios casos publicados en humanos, estimular la remisión de las lesiones de leishmania cutánea con excelentes resultados estéticos que son muy importantes por la frecuente afec-

tación facial. Los efectos de imiquimod se considera que son poco duraderos, lo que puede explicar el motivo por el que se debió alargar el tratamiento hasta completar varios ciclos. No se puede desestimar la posibilidad de la curación espontánea sin necesidad de ningún tratamiento por lo que no podemos establecer en qué medida la curación fue debida a imiquimod. Estimamos necesarios estudios comparativos frente a placebo con un número amplio de pacientes.

### 5. NUEVAS TERAPIAS BIOLÓGICAS PARA NUEVAS NECESIDADES EN PSORIASIS: NUESTRA EXPERIENCIA CON APREMILAST Y SECUKINUMAB

B. Pérez Suárez, P. Mercader García, R. Rojo España, F. de León Marrero, J.M. Ródenas López y M.D. Peña García

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

**Introducción:** A pesar del increíble avance terapéutico que se ha dado en psoriasis durante los últimos años, todavía hay pacientes no respondedores. Recientemente se han aprobado dos nuevas moléculas innovadoras que pretenden dar solución a este problema: Secukinumab y Apremilast. Presentamos nuestra serie de 6 pacientes con Secukinumab y 1 paciente con Apremilast.

**Material y métodos:** Se han evaluado los pacientes de nuestro servicio que han recibido terapia con una de estas dos moléculas.

**Resultados:** La serie de Secukinumab comprende 6 pacientes, con 50% de varones y edad media de 49,5 años (39 a 62 años), con valores medios de PASI de 24,16, todos ellos con fallo previo al menos a 1 fármaco modificador de la respuesta y a 2 biológicos. 4/6 (66%) pacientes alcanzaron PASI 90 tras la inducción y 2/6 (33%) tuvieron efectos secundarios leves y bien tolerados. La paciente de 41 años que recibió Apremilast presentaba una psoriasis palmoplantar que no respondía bien a tratamiento tópico ni a metotrexato 15 mg/semana. Tras 2 meses de terapia, las lesiones habían mejorado objetiva y sobre todo subjetivamente, permitiéndole reanudar sus actividades cotidianas. La tolerancia fue buena, y sólo cabe destacar un aumento de 2 deposiciones al día sin productos patológicos ni pérdida de peso.

**Conclusiones:** Hemos presentado nuestra experiencia con dos moléculas novedosas para el tratamiento del psoriasis que tanto por eficacia como por seguridad parecen resultar útiles en el manejo de pacientes complicados.

### 6. RHUPUS, UN SÍNDROME POCO FRECUENTE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

A.M. Victoria Martínez<sup>a,b</sup>, N. Lozano Rivas<sup>c</sup>, M.R. Oliva Ruiz<sup>d</sup>, P. Sánchez Pedreño<sup>a</sup>, M. Lova Navarro<sup>a</sup>, T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, M. Cáceres Cwiek<sup>b</sup>, J. Sola Pérez, A. Clemente Ruiz de Almirón<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup>, C. Marras Fernández-Cid<sup>c</sup> y J. Frías Iniesta<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca. Murcia. <sup>c</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>d</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca. Murcia. España.*

**Introducción:** Presentamos a una mujer de 30 años con artritis reumatoide refractaria a tratamiento, que comienza con fotosensibilidad y lesiones cutáneas en cara y escote

**Caso clínico:** Paciente con antecedentes personales de tiroiditis de Hashimoto, diagnosticada en 2008 de artritis reumatoide (AR) poliarticular, con factor reumatoide y anticuerpos antiproteínas citrulinadas positivos y nódulos reumatoides. A lo largo de la evolución de la enfermedad, es tratada con diferentes fármacos modificado-

res de la enfermedad (metototrexato, leflunomida y azatioprina) y fármacos biológicos (adalimumab, etanercept, abatacept, tocilizumab y rituximab), presentando un manejo complicado, con falta de eficacia de tratamientos o intolerancia y, en ocasiones, mala cumplimentación. En mayo de 2016 presenta brote de lesiones cutáneas en cara y escote. La erupción cutánea estaba constituida por pápulas y placas eritematosas violáceas, con descamación discreta y algunas costras necróticas, incluso con aparición de lesiones ampollas, distribuidas en la cabeza y el tronco. Ante la clínica de lupus eritematoso cutáneo subagudo se solicitó una biopsia de piel en la que se observó una dermatitis liquenoide y neutrofílica. Acompañando a la clínica cutánea la paciente presentaba febrícula nocturna, aftas orales, astenia, disnea de moderados esfuerzos y síndrome Raynaud. Analíticamente presentaba citopenias, ANAs 1/1280 y antiDNA positivos. Se realizó el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) con superposición con AR, también conocido como Rhupus. Se inició tratamiento con Dolquine y posteriormente inmunoglobulinas intravenosas, sin mejoría del cuadro. Finalmente fue tratada con belimumab, con muy buena respuesta desde la primera dosis.

**Discusión:** La coexistencia de dos o más enfermedades del tejido conectivo en el mismo paciente es un raro fenómeno, particularmente la coexistencia de LES y AR, la cual ha sido estimada entre el 0,01 y el 2%. El síndrome de Rhupus se define como una poliartritis simétrica erosiva, acompañada por signos y síntomas de LES y la presencia de autoanticuerpos con alta especificidad. Estos pacientes se presentan con características de AR, desarrollando posteriormente características de LES; pocos lo hacen en forma simultánea y menos aún con LES como manifestación inicial. En muchos de los casos descritos no existe buena respuesta a fármacos modificadores de la enfermedad y se ha intentado el tratamiento con inmunosupresores e incluso con fármacos biológicos, así como se ha visto buena respuesta a rituximab, siendo eficaz tanto en las manifestaciones articulares, como en otras manifestaciones de lupus. Nuestra paciente no respondió a ninguna de estas terapias y es el primer caso descrito con buena respuesta a belimumab.

## 7. UN CASO DE ROSÁCEA “INTRATABLE”

M. Lova Navarro<sup>a</sup>, A.M. Victoria Martínez<sup>a</sup>, T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, C.M. Bernal-Mañas<sup>b</sup>, M. Remezal Solano<sup>b</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, P. Sánchez Pedreño<sup>a</sup>, A. Clemente Ruiz de Almirón<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup> y J.F. Frías Iniesta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>b</sup>Insermed. Anatomía Patológica. Murcia. España.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una rosácea de difícil manejo terapéutico y que fue resuelto con Azitromicina, un antibiótico muy común, perteneciente a la familia de los Macrólidos, comercializado desde la década de los 80 para el tratamiento de bronquitis, neumonías, otitis e infecciones de transmisión sexual, entre otras. Se trata de una paciente de 54 años de edad con una rosácea papulopustulosa leve que tras tratamiento con Doxicilina oral 100 mg cada 24 horas y Metronidazol 0,75% gel una vez al día, presenta aumento del número de lesiones inflamatorias, por lo que se decide iniciar tratamiento con Prednisona 30 mg cada 24 horas en pauta descendente con mejoría del cuadro, pero tras seguidamente comenzar de nuevo Doxicilina oral, esta vez a la dosis de 50 mg cada 24 horas, se incrementa de nuevo el número de lesiones inflamatorias acompañadas de edema importante a nivel de párpados y mejillas. Ante esta situación se pauta ivermectina 18 mg en dosis única, repitiendo a la semana, así como ivermectina 1% crema una vez al día, consiguiendo la reducción del número de lesiones inflamatorias así como del edema de forma parcial, produciéndose entonces una situación de estancamiento clínico, por lo que

realizamos una búsqueda bibliográfica, en la cual destaca el uso y la eficacia de Azitromicina en el tratamiento de la rosácea papulopustulosa, pautando entonces Azitromicina 500 mg cada 24 horas durante 2 semanas, seguido de 500 mg cada 24 horas tres días en semana durante 2 semanas, seguido de 500 mg cada 24 horas dos días en semana durante 2 semanas, consiguiendo la resolución completa del edema así como de las lesiones inflamatorias, sin efectos adversos y no habiendo presentada ningún rebrote de la enfermedad hasta la fecha.

**Discusión:** En cuanto a la etiopatogenia de la rosácea se han postulado diferentes agentes como causa de la misma (Demodex folliculorum, Helicobacter pylori, sobrecrecimiento bacteriano intestinal). Cabe destacar que también una situación de estrés ambiental puede llevar a la sobreproducción de especies reactivas de oxígeno, con la consiguiente activación de la cascada inflamatoria. Pues bien, Azitromicina parece ser un fármaco que bloquea la formación de especies reactivas de oxígeno y de ahí su utilidad en el tratamiento de la rosácea papulopustulosa. Por otro lado, Azitromicina presenta ventajas respecto a los tratamientos convencionales de la rosácea como son la penetración intracelular rápida y el mantenimiento prolongado en los tejidos, menor tasa de eventos adversos así como ausencia de interacciones importantes con otros fármacos.

**Conclusiones:** Azitromicina es un fármaco con eficacia similar a los tratamientos convencionales utilizados en el tratamiento de la rosácea papulopustulosa, pero aporta una serie de ventajas respecto a ellos, por ello debe ser considerada como 2ª línea ante casos de Rosácea papulopustulosa que no responden al tratamiento convencional.

## 8. ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA EN EL PERÍODO DE UN AÑO

E. García Martínez, J. Ruiz Martínez, M. Dorado Fernández, T. Hernández Gómez, A. López Gómez, T. Salas García, 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.

**Objetivo:** Evaluar las características de los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor en el período comprendido de junio 2015 a mayor 2016 en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor con o sin ingreso en el período de 12 meses donde se han analizado las siguientes variables: sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, factores relacionados con complicaciones postquirúrgicas y de la cicatrización, medicación crónica, tipo y pauta de sustitución; y antecedente de neoplasias.

**Resultados:** Fueron intervenidos 259 pacientes, con una media de edad de 75,15 años, donde el 59,1% eran varones y el 40,9% eran mujeres. Casi el 70% eran hipertensos, un tercio diabéticos y el 40% dislipémicos. El 84,2% tomaba medicación crónica y más de la mitad tomaban 5 fármacos o más. Casi el 30% tomaban antiagregantes (la mayoría como antiagregación simple) y el 13,9% tomaba anticoagulantes (1 de cada 4 tomaba alguno de los nuevos anticoagulantes). Casi la mitad de los pacientes habían tenido queratosis actínicas y más de un tercio presentó alguna neoplasia cutánea maligna, predominantemente carcinomas basocelulares. Además, 34 pacientes habían tenido una neoplasia no cutánea de los cuales 10 recibieron tratamiento radioterápico.

**Conclusiones:** La cirugía mayor incluye pacientes que por criterios clínicos y médicos no pueden ser intervenidos de forma ambulatoria. En nuestro caso, estudiamos las variables que pueden afectar a dicha selección, así como otras que puedan asociarse con posibles complicaciones durante la cirugía y a posteriori.

### 9. PATOLOGÍA QUIRÚRGICA INTERVENIDA CON CIRUGÍA MAYOR EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA EN EL PERIODO DE UN AÑO

T. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Ruiz Martínez, M. Dorado Fernández, T. Salas García, A. López Gómez, 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.*

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir las características de las lesiones mayores con ingreso hospitalario por el servicio de dermatología del Hospital General Universitario de Murcia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes dermatológicos intervenidos en régimen de cirugía mayor durante un año (período de junio de 2015 a mayo de 2016, ambos inclusive). Para ello se recogieron datos sobre el número de lesiones a intervenir, su localización, tamaño, diagnóstico clínico, diagnóstico anatomopatológico, correlación clínico-patológica y afectación de márgenes quirúrgicos (en caso de patología tumoral maligna).

**Resultados:** Se intervinieron un total de 259 pacientes; la patología tumoral maligna fue el motivo más frecuente de intervención, siendo el diagnóstico anatomopatológico más frecuente el de carcinoma basocelular tipo nodular (34%). La localización más frecuente fue la pirámide nasal (17,7%) seguida de la región malar (16,9%) y la frente (12,5%). Por otra parte, la gran mayoría de lesiones extirpadas presentaron correlación anatomo-clínica (80,5%) y los márgenes quirúrgicos quedaron libres de neoplasia (93,9%).

**Conclusiones:** En el manejo de la patología tumoral dermatológica resulta fundamental una correcta orientación diagnóstica que indique la cirugía, así como su posterior correlación anatomo-clínica y la confirmación de unos márgenes quirúrgicos adecuados.

### 10. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON CIRUGÍA MAYOR POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA EN EL PERIODO DE UN AÑO

J. Ruiz Martínez, M. Dorado Fernández, T. Hernández Gómez, E. García Martínez, T. Salas García, A. López Gómez, 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 y objetivos:** La cirugía dermatológica constituye una parte importante de la práctica diaria del dermatólogo. El objetivo de este estudio es el de describir las características de las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo por el servicio de dermatología.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo sobre los procedimientos quirúrgicos de cirugía mayor ambulatoria y cirugía mayor con ingreso programado durante el periodo de un año. Se incluyeron los datos sobre número de lesiones a intervenir, motivo de intervención, tratamientos médicos previos, localización anatómica, tamaño de la lesión, técnica anestésica, tipo de intervención y tipo de cierre del defecto. Se recogieron además las complicacio-

nes post-operatorias, así como el número de curas en el Servicio de Dermatología.

**Resultados:** Fueron atendidos un total de 259 pacientes, con un total de 344 lesiones intervenidas. La patología tumoral maligna fue el motivo más frecuente de intervención, siendo la exéresis completa de la lesión y el cierre directo por planos los principales procedimientos. Se indicaron curas en enfermería de dermatología en la mitad de los casos, siendo la infección la complicación más frecuente.

**Conclusiones:** La patología quirúrgica y en concreto la patología tumoral que requiere de un tratamiento quirúrgico es cada vez más frecuente. El estudio de la naturaleza de la tumoración, la localización y el tamaño, nos ayudaran a planificar una adecuada resección tumoral y reconstrucción del defecto con mayores garantías de éxito.

### 11. LESIONES CUTÁNEAS EN EL AMAZONAS, ¿QUÉ PUEDEN ESCONDER?

M. Dorado Fernández<sup>a</sup>, S. Navarro Pennini<sup>b</sup>, T. Hernández Gómez<sup>a</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, E. García Martínez<sup>a</sup>, J. Hernández-Gil Sánchez<sup>a</sup>, T. Salas García<sup>a</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>a</sup>, C. Brufau Redondo<sup>a</sup> y A. Hernández-Gil Bordallo<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Fundação Alfredo da Matta. Manaus. Brasil.*

**Introducción:** La Leishmania cutáneomucosa en el Nuevo Mundo presenta algunas diferencias importantes con la Leishmaniasis que conocemos en nuestro país.

**Material y métodos:** Presentamos 5 casos de Leishmania procedentes de la Fundación Alfredo da Matta de Brasil, y realizamos un repaso a las principales diferencias en cuanto a la clínica y al tratamiento entre la Leishmania del Nuevo y el Viejo Mundo.

**Conclusiones:** La Leishmaniasis es una enfermedad infecciosa crónica no contagiosa que se transmite a través de vectores, que son los mosquitos. En el Nuevo Mundo los principales agentes implicados en el desarrollo de la Leishmania son *L. braziliensis* (que produce lesiones mucocutáneas), *L. guyonensis* (que produce lesiones solo cutáneas) y *L. amazonensis* (que produce Leishmania difusa). El tratamiento de elección en este caso son los antimoniales intravenosos, ya que los tratamientos locales pueden no eliminar el protozoo por completo, y dar lugar con el paso de los años a lesiones mucosas muy destructivas. Los importantes movimientos de personas que se producen en nuestros días (ya sea por la inmigración, viajes exóticos, o importantes eventos deportivos como los Juegos Olímpicos) hacen que cada vez sea más frecuente encontrar las denominadas "enfermedades tropicales" en nuestras consultas.

### 12. ESTUDIO DE LA DIFERENCIACIÓN SEBÁCEA EN LA ENFERMEDAD DE BOWEN Y EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR

I. Ballester Nortes<sup>a</sup>, J. Bañuls Roca<sup>b</sup>, E. Martínez Barba<sup>c</sup>, S. Ortiz Reina<sup>d</sup> y R. Corbalán Vélez<sup>e</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Alicante. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.*

**Introducción:** En la enfermedad de Bowen (EB) pueden encontrarse células claras que simulen diferenciación sebácea aunque también se han descrito casos con verdadera diferenciación sebácea e incluso la asociación de la EB con un carcinoma sebáceo. El carcinoma

epidermoide (CE) invasivo tiene formas histológicas con diferente comportamiento clínico y agresividad. En algunos casos su correcta diferenciación histológica respecto a otros tumores como el carcinoma sebáceo puede ser muy compleja. La confirmación de la diferenciación sebácea desde las formas iniciales de un CE permitiría mejorar el diagnóstico.

**Objetivos:** El objetivo principal del estudio es evaluar si la EB puede presentar características de diferenciación sebácea (mediante estudio histológico e inmunohistoquímico) y si éstas son similares a las de los CE invasores derivados de la EB (CEI-EB). Los objetivos secundarios son: determinación de las características epidemiológicas de la EB y de los CE invasores incluidos, estudio descriptivo desde un punto de vista histológico e inmunohistoquímico de las características de los casos de CE invasores incluidos clasificados según su lesión previa sea una queratosis actínica (QA) o una EB y análisis comparativo de los hallazgos entre los casos de EB y CE invasores.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal incluyendo aquellos casos con diagnóstico de EB o de CE invasor con lesión epidérmica asociada confirmada de QA o de EB (extirpadas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante los años 2008-2014). En cada caso se recogieron las variables sociodemográficas, clínicas e histológicas. Además se realizó en todos los casos un estudio inmunohistoquímico que incluyó el receptor de andrógenos (RA) y el antígeno de membrana epitelial (EMA). Posteriormente en un subgrupo que incluyó a los tumores con  $\geq 33\%$  de células claras y/o con el RA positivo se completó el estudio con adipofilina y con la tinción con ácido periódico de Schiff (PAS) y PAS-diastasa (PAS-d).

**Resultados:** Las células claras fueron más frecuentes en la EB (43,9%) y en los CEI-EB (39,4%). El microvacuolado citoplasmático predominó en los CEI-EB donde se identificó en el 39,6%. El EMA fue positivo en el 83% de los CE, tanto de EB como de CE invasor. El RA fue positivo en 17 casos (12%), que incluían a 14 casos de EB y 3 de CEI-EB. No se encontraron casos positivos para el RA en el grupo de CE invasores derivados de QA. La adipofilina fue negativa en todos los casos. Se observó tinción focal granular para la adipofilina en dos CE. El 83% de los casos resultaron positivos con la tinción con PAS y negativos con el PAS-d.

**Conclusiones:** La EB y los CEI-EB, son los tumores que presentaron mayor cantidad de células claras. El EMA presentó escasa utilidad para estudiar la diferenciación sebácea ya que fue positivo en la mayoría de los CE. Los CE de células claras fueron mayoritariamente PAS positivos y PAS-d negativos, lo que apoyaría que estuvieran producidos por depósitos de glucógeno y únicamente simularían diferenciación sebácea. El RA no se relacionó con la adipofilina, ni con otras variables de diferenciación sebácea como el porcentaje de células claras o el microvacuolado, por lo que a pesar de la positividad de la expresión inmunohistoquímica, no pudimos concluir que fuera verdadera diferenciación sebácea. El hallazgo de la expresión del RA en la EB podría apoyar que se tratase de un carcinoma intraepidérmico indiferenciado que se originase desde estructuras anexia-

les intraepidérmicas o de células ectodérmicas pluripotenciales. El estudio de la expresión del RA en el CE puede permitir mejorar el conocimiento sobre su patogenia. Serán necesarios más estudios incluyendo factores pronósticos, para valorar si existen diferencias en el comportamiento biológico de los CE que tienen expresión positiva para el RA.

### 13. NÓDULOS SUBCUTÁNEOS FACIALES DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN

A. Martínez López<sup>a</sup>, I. Pérez López<sup>a</sup>, M. Lova Navarro<sup>b</sup>, A.M. Victoria Martínez<sup>b</sup>, J.F. Frías Iniesta<sup>b</sup>, P. Sánchez-Pedreño Guillén<sup>b</sup>, T. Martínez Menchón<sup>b</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>a</sup> y J. Tercedor Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UGC Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Introducción:** Los nódulos subcutáneos faciales son una entidad relevante en la práctica clínica diaria, suponiendo un reto diagnóstico para el dermatólogo debido a su inespecificidad y a la gran variedad de patologías que pueden manifestarse con este signo. El creciente desarrollo de la ecografía dermatológica supone un apoyo no invasivo que ayuda a filiar el origen de esta entidad.

**Caso clínico:** Presentamos una mujer de 57 años de origen venezolano, sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias para valoración de lesiones subcutáneas faciales de 3 meses de evolución con episodios inflamatorios oscilantes y dolor ocasional. El examen físico mostró la presencia de nódulos subcutáneos bien delimitados, de consistencia firme y móvil, localizados en mejilla derecha y región frontal. La analítica urgente fue normal y una radiografía de senos realizada no mostró ocupación de los mismos. Se practicó una ecografía de los nódulos, apareciendo una imagen hiperecogénica "en tormenta de nieve" localizada en el tejido celular subcutáneo. La paciente reconoció a posteriori la aposición de implantes de silicona 20 años antes en región facial. El estudio histológico evidenció múltiples espacios vacuolados en dermis e hipodermis, rodeados de histiocitos y células gigantes multinucleadas rellenas de silicona. Con estos datos se realizó un diagnóstico de siliconoma, pautándose tratamiento con alopurinol 300 mg/8 h durante 2 meses, con buena respuesta.

**Discusión:** Los siliconomas son nódulos subcutáneos que suelen aparecer como consecuencia de la migración de silicona implantada en otra localización corporal, siendo predominantes en mujeres con rotura de prótesis mamarias. Pese a que el estudio histológico es imprescindible para su confirmación, la ecografía cutánea es especialmente útil para realizar el diagnóstico diferencial con otros materiales de relleno como el ácido hialurónico o la hidroxiapatita cálcica. Asimismo, es importante descartar la presencia de patología infecciosa, tumoral o inflamatoria en pacientes con nódulos subcutáneos faciales de reciente aparición.