



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

VI Reunión de la sección Valenciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Valencia, 7 de abril 2017

1. BLACK IS BLACK

S. Lucas Truyols^a, C. Lloret Ruiz^a, Á. Arnandis Muñoz^a,
J. Sabater Abad^a, L. Navarro Pérez^b, J. Miquel Miquel^a
y E. Gimeno Carpio^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Microbiología. Hospital
Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción. *Exophiala* es un género incluido dentro del grupo de los hongos dermatiáceos. Sus especies están distribuidas en la naturaleza y ocasionan infecciones principalmente en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos el caso de un varón inmunodeprimido que presentó una lesión cutánea que se diagnosticó de feohifomicosis subcutánea por *Exophiala dermatitidis*.

Caso clínico. Varón de 68 años. Entre sus antecedentes personales destacaban DM, HTA, EPOC tipo bronquitis crónica, IAM en 2007 y adenocarcinoma de sigma (estadio I) en 2009 tratado con cirugía. En febrero de 2015 a raíz de una crisis comicial se le detectó una metástasis cerebral a nivel parietal izquierdo de adenocarcinoma con perfil IHQ sugestivo de origen pulmonar con adenopatías hiliares y mediastínicas y metástasis óseas en T12 y L4 a pesar de no encontrar una masa pulmonar en el PET. Se le realizó metastasectomía cerebral y RT sobre el lecho tumoral cerebral y el raquis afecto durante 8 meses. En las pruebas de imagen de control, en febrero de 2016 se observó progresión de la lesión en L4, recaída en el lecho tumoral cerebral además de incremento de adenopatías mediastínicas e hiliares, por lo que se reinició RT sobre L4 y la lesión cerebral e inició QT paliativa con carboplatino-permetrexed. En diciembre de 2016, estando ingresado por una infección respiratoria, lo valoramos por la presencia de una placa poliglobulada, exofítica y blanda en el codo derecho de varios meses de evolución. Con la sospecha de cutánide realizamos una biopsia en la que se apreció una dermatitis granulomatosa con presencia de hifas y en el cultivo de piel creció *Exophiala dermatitidis*, por lo que inició tratamiento con itraconazol 100 mg/12 h. El paciente falleció al mes por progresión de su enfermedad de base.

Discusión. El incremento de la incidencia de infecciones fúngicas en los últimos años es un hecho evidente. La presencia de una amplia población de pacientes inmunodeprimidos ha contribuido al aumento de las infecciones por hongos patógenos oportunistas, en-

tre los que se incluyen los dematiáceos. Estos son un grupo heterogéneo que se caracteriza por dar lugar a colonias de color negro oscuro. Son saprofitos que están distribuidos en la naturaleza, sobre todo en el suelo y la madera. La feohifomicosis por *Exophiala* es una infección poco común. Afecta principalmente a hombres adultos del área rural. Puede manifestarse de forma superficial, cutánea, subcutánea o sistémica con lesiones que aparecen en áreas expuestas. En la forma subcutánea, suele haber el antecedente de traumatismo local y se presenta en forma de nódulos o quistes subcutáneos de lento crecimiento sin síntomas sistémicos asociados. La *Exophiala dermatitidis* se detecta preferentemente como productora de fungemia y patógena sistémica con marcado neurotropismo, constituyendo un potencial agente de infecciones cerebrales. El género *Exophiala* muestra sensibilidad a anfotericina B, itraconazol y voriconazol.

2. ESTUDIO COMPARATIVO INTRAINDIVIDUAL DE TFD CONVENCIONAL ENTRE MAL Y BF-200 ALA EN QUERATOSIS ACTÍNICA

B. Bancalari, C. Serra-Guillén, L. Calomarde, A. Diago, E. Nagore,
B. Llombart, C. Requena, O. Sanmartín y C. Guillén

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología.
Valencia. España.

Introducción. El aminolevulinato de metilo (MAL) (Metvix®, laboratorios Galderma) es el fotosensibilizante que más frecuentemente se utiliza en Europa para el tratamiento de terapia fotodinámica (TFD) en queratosis actínicas (QA). Recientemente se ha comercializado un nuevo fotosensibilizante aprobado por la FDA para QA, el 5-amilolevulinico en gel y formulado en nanosomas (BF-200 ALA) (Ameluz gel®; Laboratorios Biofrontera), lo que le otorga una hipotética mejor penetración y en consecuencia mayor eficacia. Según concluyen dos estudios comparativos entre los dos fotosensibilizantes el BF-200 ALA sería ligeramente superior en eficacia y en seguimiento a un año que el MAL con unos efectos secundarios similares en los dos grupos. Sin embargo, en la práctica clínica en general y también según nuestra experiencia, parece que con el BF-200 ALA se encuentran más casos de reacciones locales y efectos secunda-

rios que con el MAL, utilizando ambos fármacos bajo las mismas condiciones, tal y como señalan sus fichas técnicas.

Objetivos. Comparar la TFD convencional entre MAL y BF-200 en términos de eficacia y tolerancia en pacientes con QA.

Material y métodos. Diseñamos un estudio prospectivo, intraindividual, doble ciego, comparando el tratamiento con TFD para QA entre MAL y BF-200 ALA. Seleccionamos pacientes de nuestro centro con dos áreas similares y comparables de QA en cara o cuero cabelludo, con un mínimo de 8 QA cada una, entre marzo de 2014 y noviembre de 2016. Cada área fue tratada con un fotosensibilizante elegido al azar, MAL o BF-200 ALA, y comparamos la reacción local, fluorescencia, eficacia, dolor y satisfacción del paciente.

Resultados. Incluimos un total de 50 pacientes, con una media de QA de 13,5 por área tratada. La eficacia para TFD fue similar, con un 56% de respuestas completas para MAL, y un 62% para BF-200 ALA. Si consideramos la reducción del número total de QA, MAL obtuvo un 88% de respuesta versus un 89,6% con BF-200 ALA. Ambos resultados no fueron estadísticamente significativos. Tanto la emisión de fluorescencia como la reacción local fue notablemente mayor para BF-200 ALA versus MAL, siendo estadísticamente significativo. El dolor no pudo ser evaluado por el uso de anestesia en la mayoría de los pacientes.

Discusión. En nuestro estudio podemos concluir que BF-200 ALA tiene una ligera mayor eficacia que MAL en el tratamiento de la QA con TFD, a costa de producir una mucha mayor fluorescencia y reacción local que el MAL.

3. MORFEA POST-RADIOTERAPIA EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA. SERIE DE CASOS CLÍNICOS EN CENTRO ONCOLÓGICO

A. Diago Irache

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. La morfea post-radioterapia (MPR) en pacientes con cáncer de mama es una entidad poco frecuente con una incidencia cada vez mayor debido al aumento de la cirugía conservadora como tratamiento de elección del cáncer de mama. Descrita por primera vez en 1989, la MPR se presenta como una placa indurada de rápida instauración que aparece en la zona de irradiación o áreas adyacentes. En los últimos años se han estudiado los posibles factores de riesgo que predispongan al desarrollo de dicho cuadro.

Casos clínicos. Presentamos un total de 7 casos de MPR que fueron estudiados en nuestro centro, así como los análisis anatomopatológicos realizados para su diagnóstico. Al mismo tiempo revisamos la bibliografía en busca de factores de riesgo que predispongan a las pacientes al desarrollo de dicha entidad.

Conclusión. La MPR es una entidad poco frecuente cuya aparición tiene lugar varios meses después del tratamiento con radioterapia, habiendo sido descritos casos años o décadas después. Su diagnóstico ha de ser fundamentalmente histológico para su diferenciación de una recidiva tumoral y de otras complicaciones asociadas a la radioterapia tales como la radiodermatitis crónica o la fibrosis inducida por radioterapia. Ni la edad, ni la dosis de radioterapia, ni el número de sesiones, se han visto relacionados con un mayor riesgo de desarrollo de la MPR.

4. NEUROFIBROMATOSIS. REVISIÓN DE CASUÍSTICA

S. Santos Alarcón

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción. La neurofibromatosis tipo 1 es el síndrome neurocutáneo más frecuente con aproximadamente 1 caso cada 3.000 nacimientos. Se caracteriza por la presencia de manchas café con

leche, efélides axilares e inguinales, nódulos de Lisch en el iris, neurofibromas cutáneos y, en ocasiones, gliomas de vía óptica y displasias óseas. Pese a su frecuencia, existen pocas series de pacientes descritas en la literatura de seguimiento de la morbimortalidad asociada.

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional retrospectivo en forma de serie de casos de neurofibromatosis de nuestro servicio, con el fin de analizar los criterios fenotípicos y genotípicos de dicha genodermatosis, así como analizar su morbimortalidad asociada. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico o genético de neurofibromatosis. Asimismo se incluyeron pacientes con diagnóstico de neurofibromatosis segmentaria y pacientes con diagnóstico de sospecha por cumplir algún criterio clínico. Asimismo se incluyeron pacientes pediátricos en seguimiento por manchas café con leche sin cumplir criterio clínico de neurofibromatosis tipo I. Se incluyeron pacientes que consultaron en nuestro servicio, desde 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2017.

Resultados. Se analizaron un total de 215 pacientes, 79 pacientes con diagnóstico de neurofibromatosis 1, 37 pacientes con diagnóstico de neurofibromatosis segmentaria, 22 pacientes con un criterio clínico cumplido de neurofibromatosis tipo 1, y 77 pacientes en seguimiento por manchas café con leche sin llegar a cumplir criterio clínico de neurofibromatosis tipo 1.

En el grupo con diagnóstico de neurofibromatosis 1, hubo 27 en edad pediátrica (edad media 9,07 [0-16]) con 51,85% de sexo femenino y 48,15% masculino. La edad media en que se realiza el diagnóstico clínico siguiendo los criterios diagnósticos de *NIH consensus development conference* fue de 2,59 años. Se obtuvo 52 pacientes en edad adulta (edad media 44,08 [19-78]) con 46% de pacientes de sexo femenino y 54% masculino. La edad media de diagnóstico clínico fue de 14,03 años. Se revisarán las características fenotípicas y genotípicas, así como la morbimortalidad asociada. En el grupo con diagnóstico de neurofibromatosis segmentaria, hubo 12 pacientes pediátricos, con una edad media de 8,33 (1-15), siendo 3 niñas y 9 niños. Con una edad media de diagnóstico de 2,09 años (1-5). Tanto en la población pediátrica como adulta, se solicitó fondo de ojo, no observándose nódulos de Lisch en ningún paciente. No hubo complicaciones en este grupo. Se expondrán los diferentes análisis de las diferentes poblaciones.

Discusión. Existe actual controversia entre diferentes autores y diferentes especialistas, con respecto al manejo y seguimiento de los pacientes con diagnóstico de neurofibromatosis. Son necesarios estudios con mayor número de población, con el fin de evidenciar la posible morbimortalidad asociada con la neurofibromatosis.

5. NUESTRA EXPERIENCIA CON SECUKINUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. FACTORES PREDICTORES DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

J.M^a. Ortiz Salvador

Introducción y objetivos. Secukinumab es un antagonista de la IL-17A aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave. Los estudios en fase III han demostrado un excelente perfil de seguridad y eficacia. Sin embargo, dichos resultados podrían variar en la práctica clínica habitual, ya que el perfil de paciente que recibe secukinumab puede ser diferente al reclutado en los estudios. Se realizó un estudio prospectivo multicéntrico en cuatro centros de Valencia. Se trataron 47 pacientes con psoriasis moderada-grave y se les administró secukinumab 300 mg una vez a la semana durante 4 semanas y luego cada 4 semanas. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes. En 17 pacientes se determinaron los niveles en sangre de IL-17A previo al inicio del tratamiento. Se valoró la reducción del PASI frente al basal a las 4 semanas y a las 12 semanas de tratamiento.

Resultados. La edad media de los pacientes fue 48,1 años (rango de 25 a 69 años). El IMC fue de 30,25 kg/m². El PASI basal fue de 14,1. Treinta y cinco pacientes (75%) habían recibido previamente uno o

más tratamientos biológicos con fracaso primario o secundario. La media de tratamientos biológicos previos fue de 1,9 (rango 0 a 6). En la semana 12, el 85,5% de los pacientes alcanzó un PASI 75 y el 57,4% de los pacientes alcanzó una reducción del PASI mayor del 90%. El 65,7% de los pacientes presentó un PASI absoluto inferior a 3 en la semana 12. Ningún paciente evidenció ningún efecto adverso moderado o grave durante el tiempo de seguimiento. Los factores que se asociaron con una mayor posibilidad de éxito del tratamiento con secukinumab fueron no haber recibido anteriormente ningún tratamiento biológico y presentar niveles bajos de IL-17 en sangre.

Conclusiones. Secukinumab es efectivo y seguro en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. La proporción de pacientes que alcanzó el PASI-75 y 90 fue similar a la de los estudios piloto. Haber recibido múltiples tratamientos biológicos previos es el principal predictor de fracaso a secukinumab.

6. PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y FOTOSENSIBILIDAD

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

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. ^bServicio de Dermatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. ^cServicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. ^dServicio de Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia. España.

Introducción. Presentamos a una mujer de 30 años con artritis reumatoide (AR) 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 AR poliarticular, con factor reumatoide y anticuerpos antiproteínas citrulinadas positivos y nódulos reumatoideos. A lo largo de la evolución de la enfermedad es tratada con diferentes fármacos modificadores de la enfermedad y fármacos biológicos. En mayo de 2016 presenta brote de lesiones cutáneas en cara y escote. La erupción cutánea era fotodistribuida y clínicamente compatible con un 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, ANA 1/1280 y antiADN 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 respuesta. 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. PAPEL DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

M^a.I. García Briz^a, S. Santos Alarcón^a, F.C. Benavente Villegas^a, L.M. Moneva Léniz^a, R. García Ruiz^a, P. Soriano Sarrió^b, R. Dolz Gaitón^b y A. Mateu Puchades^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción. La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* subs. *pallidum*. En los últimos años se ha incrementado la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad, ocasionando un importante problema de salud pública. Por ello su diagnóstico precoz es crucial, ya que la instauración de antibioterapia evita nuevos contagios, así como la progresión de esta enfermedad y sus repercusiones.

Material y métodos. Presentamos tres casos de sífilis en los que el papel de la inmunohistoquímica ha sido fundamental para su diagnóstico.

Casos clínicos. El primer paciente es un varón de 33 años, con antecedentes de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que presenta lesiones nodulares y asintomáticas localizadas en el dorso del pene. Se realiza serología que resulta negativa en dos determinaciones. Se toma una biopsia diagnóstica, en la que se observan cambios histológicos compatibles con sífilis secundaria junto con inmunohistoquímica positiva. El segundo paciente es un varón de 20 años en tratamiento por infección VIH, que acude al servicio de dermatología por la presencia de lesiones maculoeritematosas puntiformes y no ulceradas, clínicamente sugestivas de papulosis bowenoide vs. sarcoma de Kaposi de tejidos blandos. Se realiza un estudio histológico e inmunohistoquímico concordante con sífilis. El tercer caso es un varón de 20 años, que acude desde urgencias con serología luética positiva. Dos semanas antes había presentado una erupción generalizada consistente en pápulas puntiformes no pruriginosas. A la exploración se observan lesiones papulosas, planas, no infiltradas y blanquecinas en glande y perianales, sugestivas de condilomas planos. La histología e inmunohistoquímica confirman la sospecha clínica.

Discusión. Clásicamente el diagnóstico de sífilis se ha basado en la combinación de las manifestaciones clínicas, los estudios serológicos y la detección directa del microorganismo por microscopio de campo oscuro y mediante técnicas de impregnación argéntica, siendo estas últimas poco utilizadas en la actualidad. Sin embargo, en ocasiones supone un reto diagnóstico debido a la gran variedad de signos y a la posibilidad de falsos negativos o positivos en las pruebas serológicas, hallazgos cada vez más frecuentes en relación con la coexistencia de otras patologías que alteran el sistema inmune, como por ejemplo el VIH. Existen numerosas publicaciones a favor del papel de la biopsia con inmunohistoquímica usando anticuerpos antitreponema, suponiendo una mejora en la sensibilidad y especificidad, fundamentalmente en aquellos casos con serología negativa en el contexto de pacientes VIH o bien con clínica atípica.

8. PLACAS ERITEMATOVIOLÁCEAS ASINTOMÁTICAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA

Á. Arandis Muñoz, C. Lloret Ruiz, S. Lucas Truyols, J. Sabater Abad y V. Pont Sanjuan

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción. La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica de etiología desconocida que se caracteriza por la presencia de granulomas no necrotizantes. La sarcoidosis cutánea

afecta a un 25-30% de los pacientes, pudiendo ser la primera manifestación clínica y ciertas presentaciones pueden orientar sobre las alteraciones sistémicas subyacentes y el pronóstico. Presentamos un caso de sarcoidosis cutánea y pulmonar con buena respuesta al tratamiento con corticoides sistémicos e hidroxycloquina.

Caso clínico. Varón de 63 años sin alergias medicamentosas conocidas, hipertenso y diagnosticado de psoriasis hace años. Acudió a la consulta porque desde hace tres meses presenta placas eritemato-violáceas de aparición simultánea en cara, tronco y zonas extensoras de extremidades superiores e inferiores acompañadas en el último mes de astenia y disnea a moderados esfuerzos. Se realizaron una serie de pruebas complementarias, destacando en la analítica una linfopenia, hipercalemia e hipercalcemia y adenopatías mediastínicas múltiples junto con infiltrados pulmonares en las pruebas de imagen. Ante la sospecha clínica, se realizó también una biopsia cutánea y pulmonar que mostró múltiples granulomas no necrotizantes por lo que, tras descartar el resto de patologías que cursan con este hallazgo anatomopatológico, se diagnosticó al paciente de sarcoidosis sistémica. Se instauró tratamiento con corticoterapia sistémica en pauta descendente asociada a hidroxycloquina con una clara mejoría subjetiva, disminución progresiva de las lesiones cutáneas y mejoría tanto analítica como a nivel radiológico.

Discusión. La prevalencia en España es de 1,4/100.000 habitantes, es más frecuente en mujeres y se caracteriza por una distribución etaria bimodal; un pico entre los 25-35 años y otro entre los 45-65 años. La presentación clínica más frecuente es en forma de pápulas o placas de color rojo-marrón. Las lesiones predominan en cara, labios, cuello, tronco superior y extremidades, con distribución bastante asimétrica. La sarcoidosis cutánea en placas se asocia a un proceso más crónico, con mayor frecuencia de recurrencias y síntomas más persistentes incluyendo linfadenopatías, esplenomegalia, fibrosis pulmonar y uveítis. El diagnóstico es de exclusión, con una historia clínica compatible acompañada de la presencia histológica de granulomas no caseificantes. El tratamiento no está estandarizado, viene determinado por la gravedad y la progresión de la enfermedad y se necesita un abordaje multidisciplinar en este tipo de pacientes. Cabe destacar la importancia del papel del dermatólogo ya que, como en el caso de nuestro paciente, la afectación cutánea puede ser la primera manifestación clínica de una sarcoidosis sistémica.

9. POROCARCINOMA: ASPECTOS CLÍNICOS, HISTOPATOLÓGICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS EN UNA SERIE DE 4 CASOS

L. Calomarde-Rees, B. Bancalari, A. Diago, V. Traves, C. Requena, B. Llombart, C. Serra, E. Nagore, C. Guillén y O. Sanmartín

Introducción. El porocarcinoma ecrino es un tumor aneural cutáneo maligno, que deriva de la porción ductal intraepidérmica de las glándulas sudoríparas. Se trata de una neoplasia poco frecuente, representa del 0,005% al 0,01% de todos los tumores cutáneos malignos.

Material y métodos. Presentamos 4 pacientes diagnosticados de porocarcinoma ecrino en nuestro servicio, en los que se evalúan aspectos demográficos y clínicos, histopatológicos y sus características inmunohistoquímicas, comparándolos con las series de casos publicados en la literatura.

Resultados. De nuestra serie de 4 casos, las edades se concentraron entre 61 y 73 años. Tres pacientes fueron varones. Tres casos se localizaron en cabeza y cuello y uno en ingle izquierda. En todos los casos el tamaño fue igual o menor a 1,5 cm. En dos de ellos el patrón clínico fue papular rosado, y en los otros dos, nódulo erosivo eritematoso. El tiempo de evolución osciló desde 2 meses hasta 2 años. En ningún paciente se sospechó porocarcinoma ecrino (el diagnóstico clínico en tres pacientes fue de carcinoma epidermoide y en uno de granuloma piogénico). Solo un caso

presentó metástasis, tanto linfáticas como hemáticas. A nivel histopatológico, el máximo espesor tumoral que se observó fue de 15 mm y el mínimo de 5,4. El patrón de crecimiento fue expansivo en dos pacientes e infiltrativo en los otros dos. Se describió ulceración y necrosis en tres casos. No se objetivó componente benigno (poroma) en ningún paciente. Dos lesiones presentaron extensión intraepidérmica. El número de mitosis en 10 campos de 40x osciló entre 0 y 40. En un caso se objetivó invasión linfovascular y en otro infiltración perineural. Se realizó estudio inmunohistoquímico para EMA, CEA, CK AE1/AE3, p63, p53, p16, ki67, ckit, D2-40 en los 4 pacientes.

Discusión. Las características demográficas, clínicas e histológicas de nuestra serie se asemejan a las descritas en la literatura. El porocarcinoma ecrino se presenta en pacientes de edad avanzada, sin clara predilección por el sexo. Aparece preferentemente en las extremidades inferiores y en cabeza y cuello. Puede adoptar múltiples presentaciones clínicas, considerándose un gran simulador. El estudio histológico permitió establecer el diagnóstico de porocarcinoma ecrino en todos los casos y ayuda a establecer los factores pronósticos que determinarán la actitud terapéutica. Cuando existe afectación metastásica, el pronóstico es sombrío.

10. POROQUERATOSIS ACTÍNICA SUPERFICIAL DISEMINADA: TRATAMIENTO CON TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA EN 2 CASOS

B. Ferrer Guillen, A. Pérez Ferriols, P. Hernández Bel, M^a.M. Giacaman Von del Weth, L. Martínez Leborans, D. Subiabre Ferrer, J.M. Ortiz Salvador, C. Valenzuela Oñate, J. Magdalena Tapial, P. Cornejo y V. Alegre de Miquel

Introducción. Existe una amplia variedad de opciones terapéuticas para el tratamiento de la poroqueratosis actínica superficial diseminada (PASD) con diversos resultados. Presentamos 2 casos de PASD tratados con terapia fotodinámica con luz de día (TFDLD).

Material y métodos. Se llevó a cabo el tratamiento con TFDLD siguiendo el consenso hispano-portugués para el tratamiento de las queratosis actínicas en 2 pacientes con historia de PASD de años de evolución que habían recibido varios tratamientos previos con resultados poco satisfactorios. Se llevaron a cabo varias sesiones en miembros superiores e inferiores en días de temperatura media entre los meses de mayo y noviembre, teniendo en cuenta la disponibilidad de las pacientes. Cada paciente recibió 3 sesiones, separadas por un intervalo de al menos 1 semana. Se realizó una sesión en todas las áreas afectas de forma simultánea y 2 sesiones adicionales en cada área afecta de forma separada. En cada sesión se empleó 2 g de metil aminolevulinato (MAL, Metvix[®]).

Resultados. Las lesiones de los miembros superiores mejoraron o desaparecieron en ambos casos. Las lesiones de los miembros inferiores se aplanaron, con desaparición de la descamación. Ambas pacientes estaban muy satisfechas con los resultados terapéuticos. El tratamiento fue bien tolerado y no se produjeron efectos adversos. Tras varios meses de control la mejoría persiste y no se han producido recurrencias.

Conclusión. La terapia fotodinámica convencional se ha empleado en el tratamiento de la PASD en estudios previos con diversos resultados. Cavicchini et al. emplean MAL y una lámpara de luz roja en 1 caso con resultados satisfactorios. Guarino et al. presentan la serie más grande de 6 casos tratados con los mismos parámetros, obteniendo resultados pobres, con únicamente una leve disminución de la hiperqueratosis en 4 de ellos. Hasta el momento solo 2 casos de PASD tratados con TFDLD han sido descritos en la literatura por Salas et al. En ambos los resultados fueron satisfactorios y los pacientes permanecieron sin recurrencias tras 10 meses de control. La TFDLD podría ser un tratamiento eficaz en la PASD fundamentalmente en los miembros superiores, sin embargo son necesarios más estudios.

11. RAPAMICINA TÓPICA Y ELECTROCOAGULACIÓN COMO TRATAMIENTO DE ANGIOFIBROMAS GIGANTES Y DESFIGURANTES EN UN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA

C. Quickenborne, J. Miralles, M. Moragón y P. Soro

Caso clínico. Reportamos un caso de un varón de 45 años con esclerosis tuberosa y profundo retraso mental, sin otros antecedentes de interés, derivado desde MAP por angiofibromas gigantes y desfigurantes que ocupaban toda la superficie nasal, provocándole sangrados recurrentes. Se inició tratamiento con rapamicina tópica (sirolimus) al 0,4% en vaselina 5 veces/semana durante 3 meses. Presentó leve mejoría de lesiones con buena tolerancia, por lo que decidimos mantener el tratamiento y se programa intervención quirúrgica para exéresis de elementos de mayor tamaño. Se realiza exéresis por afeitado y electrocoagulación de angiofibromas de mayor tamaño bajo anestesia general. Tras 8 meses de tratamiento con rapamicina tópica y 5 meses postintervención quirúrgica el paciente presenta una mejoría significativa, con desaparición de lesiones de mayor tamaño y disminución de angiofibromas de menor tamaño. A los 16 meses del inicio del tratamiento (con descanso terapéutico durante tres meses en verano) el paciente permanece con buena evolución clínica, sin presentar nuevos angiofibromas ni episodios de sangrado durante todo el seguimiento, mostrando una marcada mejoría estética y en calidad de vida.

Comentario. La esclerosis tuberosa es una genodermatosis de herencia AD. La patogenia se debe a mutaciones heterocigotas en los genes TSC1 y TSC2 que producen una activación constitutiva de mTORC1. Esta estimulación se traduce en una proliferación y diferenciación celular descontrolada, provocando la formación multisistémica de tumoraciones hamartomatosas (cutáneas, renales, cerebrales...) características de esta enfermedad. Las manifestaciones clínicas se presentan con frecuencia, penetrancia y severidad variable. Una de las manifestaciones cutáneas más llamativas son los angiofibromas en la pirámide nasal. El arsenal terapéutico utilizado para los angiofibromas es muy amplio, incluyendo tratamientos físicos (radiofrecuencia, crioterapia, dermoabrasión, electrocoagulación y láser CO₂) y tratamientos médicos (tranilast, podofilotoxina, rapamicina tópica). No existe un algoritmo terapéutico universalmente aceptado debido a la baja prevalencia de estas lesiones. La irrupción de la rapamicina tópica ha revolucionado el tratamiento de los AF, alcanzando respuestas formidables sin objetivarse los efectos secundarios observados con su uso sistémico y minimizando las complicaciones y secuelas permanentes observadas con las terapias físicas clásicas. En base a estos resultados se recomienda reservar las terapias físicas para AF de gran tamaño y/o muy desfigurantes alcanzándose buenos resultados, pero con recidivas muy frecuentes. La combinación de terapias físicas con sirolimus tópico de mantenimiento podría resultar de gran utilidad en pacientes con un mayor grado de severidad. En nuestro paciente el uso de electrocoagulación con sirolimus tópico de mantenimiento mostró muy buena respuesta con resolución parcial de los AF y marcada mejoría estética. Tras 16 meses de tratamiento no se evidenciaron nuevas lesiones.

12. RED IS AN ISSUE: REACCIONES CUTÁNEAS A PIGMENTO ROJO DE TATUAJES

F. Benavente-Villegas^a, M. García-Briz^a, S. Santos-Alarcón^a, L. Moneva-Léniz^a, J. Sánchez-Motilla^a, A. Prats-Mañez^a, J. Laforga-Canales^b y A. Mateu-Puchades^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción. Presentamos una serie de 8 pacientes con reacción cutánea por hipersensibilidad a pigmento rojo de tatuajes con correlación clínico-patológica.

Material y métodos. Revisamos las historias de pacientes controlados en consultas externas de Dermatología del Hospital Universitario Dr. Peset con diagnóstico de reacción cutánea a pigmento rojo de tatuaje, valorando la clínica que presentaban, los hallazgos anatomopatológicos, patología asociada y el tratamiento pautado.

Resultados. De los 8 pacientes de nuestra serie, 5 tuvieron lesiones infiltradas con histología de granulomas a cuerpo extraño y 38 tuvieron lesiones liquenoides con histología de dermatitis de interfase liquenoide. En aquellos con patrón granulomatoso se descartó sarcoidosis sistémica e infección por microorganismos. En todos los casos se realizó tratamiento con corticoides tópicos, asociando en algunos corticoides intralesionales. En cuanto a los resultados, se obtuvo en la mayoría un control más bien escaso a moderado de las lesiones cutáneas.

Discusión. La práctica del tatuaje ha tenido un incremento continuo en la sociedad occidental en los últimos 30 años. Se han descrito reacciones cutáneas por hipersensibilidad a una variedad de pigmentos de tatuajes, las que se limitan al área de un determinado color, atribuyéndose a los materiales inyectados. El color más reportado en la literatura es el rojo, que tradicionalmente se confeccionaban a base de derivados del mercurio, y posteriormente del cadmio, prohibidos hoy en día. Actualmente se utilizan pigmentos sintéticos orgánicos, que conllevan un menor riesgo de reacciones adversas, pero aún así pueden ocurrir. Diversos patrones histológicos de reacción están descritos, siendo el más frecuente el liquenoide, seguido de eczematoso, pseudolinfomatoso y granulomatoso. En ocasiones hay granulomas sarcoideos, que pueden ser la primera manifestación de una sarcoidosis sistémica. El tratamiento es poco efectivo, utilizándose corticoides tópicos e intralesionales, láser y cirugía.

Conclusión. Presentamos una serie de nuevos casos de reacción cutánea a tatuajes limitada a la zona de pigmento rojo, de los cuales desconocemos su composición, que concuerda con los otros casos reportados en la literatura, y que al igual que en estos, con tratamientos poco o solo moderadamente satisfactorios. En nuestra serie de casos vimos un predominio del patrón granulomatoso, con una adecuada correlación clínico-patológica en la mayoría de ellos. Es fundamental descartar sobreinfección por micobacterias y, sobre todo, si hay un patrón granulomatoso, que no se esté frente a una sarcoidosis sistémica.

13. SIGNO DEL DEDO AZUL EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR PROLONGADO

J. Sabater Abad, C. Lloret Ruiz, S. Lucas Truyols, Á. Armandis Muñoz y E. Quecedo Estébanez

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción. El signo o síndrome del dedo azul consiste en la aparición de una coloración azul o violácea de uno o más dedos en ausencia de un traumatismo evidente, lesiones graves inducidas por el frío o trastornos que produzcan cianosis generalizada. Presentamos un caso de este fenómeno en un paciente en tratamiento prolongado con inmunosupresores.

Caso clínico. Un varón de 76 años, en tratamiento con 10 mg de metotrexate semanales por una artritis reumatoide, consultó por la aparición en las 24-48 horas previas de unas lesiones maculosas violáceas y asintomáticas en el pie izquierdo. El paciente ya había sido valorado en nuestro servicio dos meses antes por la aparición de una úlcera cutánea en el gemelo de la pierna derecha cuyo diagnóstico anatomopatológico, tras la realización de una biopsia, fue de vasculitis y que, en consecuencia, recibió tratamiento con corticoides en pauta descendente. A la exploración física se objetivó que las lesiones actuales no desaparecían con la vitropresión, no eran palpables y se distribuían de forma parcheada a nivel del pie izquierdo, sin afectar a otros territorios. Ante la compatibilidad de las lesiones con una vasculitis o una isquemia arterial se decidió

ingresar al paciente en medicina interna para estudiar la etiología del proceso. Durante el ingreso, el paciente recibió tratamiento con corticoides a dosis altas y prostaglandinas intravenosas y desarrolló diversas complicaciones, entre las que destacan una neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y una leishmaniasis visceral. Una vez descartada una posible isquemia arterial y tras la mala evolución de las lesiones a pesar del tratamiento administrado, se decidió biopsiar una de las lesiones violáceas. El examen histológico fue compatible con un sarcoma de Kaposi.

Discusión. Describimos el caso de un paciente con un sarcoma de Kaposi, probablemente en relación con el tratamiento que recibía con metotrexate y prednisona, que se presentó inicialmente como un dedo azul. El diagnóstico diferencial de este fenómeno puede ser muy amplio y variado. Ante la posibilidad de que las lesiones puedan deberse a una isquemia arterial conviene descartar patologías embolígenas y protrombóticas, enfermedades infecciosas como la sífilis y procesos vasculíticos. En ocasiones, una trombosis venosa muy extensa (o flegmasia cerúlea dolens) puede ser la responsable del signo descrito. Por último, si no existe patología arterial o venosa subyacente cabe pensar en alteraciones a nivel de la circulación sanguínea como las producidas por paraproteinemias, trastornos mieloproliferativos crónicos o procesos crioglobulinémicos. Durante el ingreso, nuestro paciente desarrolló diversas complicaciones que contribuyeron a la acelerada progresión del sarcoma de Kaposi. Como conclusión, presentamos el caso de un sarcoma de Kaposi en un paciente en tratamiento inmunosupresor prolongado que se presentó inicialmente como un dedo azul y cuya rápida evolución se debió, en parte, a las complicaciones que presentó durante su ingreso hospitalario. Destacamos también la importancia de descartar un compromiso de la vascularización ante un miembro afectado por el signo o síndrome del dedo azul y sugerimos, a raíz del caso presentado, el sarcoma de Kaposi como posible diagnóstico diferencial del mismo.

14. TRATAMIENTO DE PITIRIASIS RUBRA PILARIS REFRACTARIA CON USTEKINUMAB

J. Piqueras García, M.Á. Navarro Mira, A.J. Sahuquillo Torralba, A. Calle Andriño, I. Torres Navarro, N.G. Rojas Ferrer, R. Botella Etrada y P. Moles Poveda

Introducción. La pitiriasis rubra pilaris es una enfermedad papuloescamosa crónica inflamatoria de baja incidencia que generalmente es autolimitada. Su patogenia se desconoce y por eso su tratamiento es principalmente empírico.

Caso clínico. Varón de 88 años que presenta como antecedentes hipertensión, dislipidemia, diabetes y fibrilación auricular. Su tratamiento habitual incluye vildagliptina, fenofibrato, enalapril, amlodipino, warfarina y digoxina. Acude a urgencias por empeoramiento reciente de lesiones cutáneas eritematosas y descamativas en zona facial y brazos de largo tiempo de evolución. Asocia conjuntivitis y las lesiones se limitan a zonas fotoexpuestas. En este momento planteamos principalmente la sospecha de eccema fototóxico y realizamos biopsia punch de las lesiones, pautamos prednisona 30 mg/día, metilprednisolona tópica, retirada de fenofibrato y cambio de fármacos antihipertensivos. En el seguimiento del paciente, las lesiones se extienden a tronco, extremidades inferiores, palmas y plantas a modo de placas anaranjadas que dejan islotes de piel respetados, siendo compatible el cuadro con pitiriasis rubra pilaris. En la biopsia se observa una epidermis ligeramente irregular, paraqueratosis focal y discreta vacuolización de la basal. En dermis papilar existe leve infiltrado linfocitario perivascular y edema intersticial. La biopsia es compatible con pitiriasis rubra pilaris en fase inicial. Se inicia acitretino a 25 mg/día con posterior aumento a 35 mg/día durante tres meses y manteniendo prednisona a 45 mg/día con mejoría inicial de las lesiones pero estabilización posterior, por lo que se decide inicio de ustekinumab a dosis de psoriasis, presentando el paciente una respuesta favorable.

Discusión. La pitiriasis rubra pilaris es un trastorno de la queratinización donde parece que existe una respuesta inmunitaria anormal a un antígeno desencadenante. Se ha observado en algunos pacientes un aumento de citocinas innatas proinflamatorias como TNF-alfa y citocinas TH1 y TH17, similar a la psoriasis. Este mecanismo patogénico es una base racional para plantear su tratamiento dirigido con terapias biológicas en casos refractarios. Existen casos aislados descritos en la literatura de pitiriasis rubra pilaris con buena respuesta a anti-TNF, ustekinumab (anti-IL-12/IL-23) y secukinumab (anti-IL-17). En un artículo reciente se describe que la mejoría clínica y anatomopatológica de un paciente con pitiriasis rubra pilaris en tratamiento con ustekinumab se produce paralela al descenso de expresión en piel de citocinas TH17 (IL-17 y IL-22) pero no de TNF-alfa, por lo que se plantea que el bloqueo del eje IL-23-TH17 sea una buena terapia dirigida contra esta patología. Sin embargo, para confirmar el rol de este mecanismo patogénico inmune serían necesarios más estudios y reportes de casos en la literatura.

15. UN EDEMA PECULIAR

M^a.M. Giacaman Von Der Weth y V. Alegre de Miquel

Introducción. El escleredema es una entidad infrecuente, de etiopatogenia desconocida, caracterizada por un engrosamiento de la dermis con depósito de mucina entre las fibras de colágeno y que se manifiesta clínicamente como endurecimiento cutáneo predominantemente de la mitad superior del tronco y región cervicofacial.

Caso clínico. Mujer de 41 años, obesa, presenta un cuadro de dos meses de evolución caracterizado por edematización progresiva de distribución en cabeza, cuello, escote y miembros superiores que al inicio se asoció a lesiones urticariformes. Al examen físico destaca eritema, edema e induración de cara, cuello, nuca, escote y brazos. La analítica sanguínea realizada incluyendo hemograma, bioquímica, proteinograma, autoinmunidad, función tiroidea y beta-HCG (por antecedentes de mola) fue normal. Se realiza TAC cervicotorácico que muestra crecimiento marcado del lóbulo tiroideo izquierdo que se punciona bajo guía ecográfica, cuya biopsia fue compatible con bocio nodular. El TAC abdominopélvico realizado no mostró hallazgos significativos. Se inicia tratamiento con prednisona oral a una dosis máxima inicial de 0,5 mg/kg/día con escasa respuesta, con marcada progresión del edema y sensación de disnea, por lo que se decide el ingreso de la paciente. Se incrementa la dosis de corticoides a 1 mg/kg/día, sin mejoría evidente. Se realiza una biopsia cutánea que evidencia engrosamiento de la dermis reticular con fibras de colágeno ensanchadas y separadas entre sí, compatible con escleredema, por lo que iniciamos tratamiento con fototerapia UVB.

Discusión. El escleredema se ha asociado principalmente a infecciones víricas y estreptocócicas, gammopatías monoclonales, trastornos endocrinometabólicos como diabetes mellitus, patologías tiroideas y obesidad, como en el caso de nuestra paciente. No existe un tratamiento específico para esta enfermedad. Se han ensayado diferentes tratamientos, con resultados variables, siendo actualmente la fototerapia considerada como tratamiento de primera línea.

16. ¿CUÁNDO DEBEMOS SOSPECHAR UN SÍNDROME PHACE? ESPECTRO CLÍNICO Y CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

I. Poveda Montoyo y P. Álvarez Chinchilla

Introducción. El síndrome PHACE se caracteriza por la presencia de anomalías de la fosa posterior, hemangioma infantil (HI) segmentario, anomalías arteriales, cardíacas, oculares y defectos en la línea media. Existe escaso consenso respecto a cómo actuar ante la sospecha de esta entidad. Sin embargo, recientemente se ha propuesto un protocolo para el cribado de este síndrome y se

han modificado sus criterios diagnósticos. Presentaremos cinco casos que muestran el amplio espectro que puede constituir este síndrome.

Casos clínicos. El primer caso era una niña con un HI segmentario periorbitario que además presentaba una coartación aórtica. El diagnóstico de PHACE fue definitivo. El segundo paciente era una niña con un HI segmentario facial en la que también se objetivó un síndrome de Morning Glory y una opacidad retrocristaliniana. El diagnóstico fue de PHACE definitivo. El tercer caso se trataba de una recién nacida con un HI segmentario supraorbitario. Tras la realización de pruebas complementarias no se objetivaron otras anomalías por lo que se consideró un PHACE posible. El cuarto caso era una neonata con un HI segmentario mixto en región periorbitaria, preauricular y lateral del cuello. El diagnóstico provisional es de posible PHACE a la espera del resultado de las pruebas de imagen. Por último, presentamos un neonato con un defecto esternal y rafe supraumbilical sin presencia de HI segmentario. Ante la sospecha de un síndrome PHACE se realizaron estudios que identificaron anomalías en arterias cerebrales y cataratas. El diagnóstico fue de PHACE posible.

Discusión. Clásicamente se sospechaba un síndrome PHACE ante la presencia de un HI segmentario. Sin embargo, según el último consenso se ha establecido que ante la identificación de anomalías estructurales típicas, aunque no exista un HI, también hay que considerar este diagnóstico. Estas anomalías estructurales se clasifican en criterios mayores y menores. Según los nuevos criterios diagnósticos revisados, se considera PHACE definitivo cuando se presenta un HI segmentario en cabeza junto con un criterio mayor o dos menores, o si presenta un HI en otra localización junto con dos criterios mayores. En cambio, cumplir dos o más criterios mayores sin presencia de HI segmentario se considera como posible PHACE. Se debe realizar un cribado de este síndrome no solamente en niños con un HI segmentario en la cabeza sino también en pacientes con un HI en otra localización que presentan alteraciones estructurales típicas y en niños sin HI que presenten otras anomalías características del síndrome PHACE. Este cribado debe incluir un examen físico completo, una exploración oftalmológica, la realización de un ecocardiograma y una resonancia magnética de cuello y cabeza.

Conclusión. Presentamos cuatro pacientes con HI segmentarios faciales y un paciente con anomalías estructurales sin afectación cutánea. En todos ellos se sospechó desde un inicio un síndrome PHACE. Con la nueva clasificación se amplía el espectro de pacientes con riesgo de presentar este síndrome y, por tanto, a los que se les debe realizar el cribado.

17. HEMANGIOMAS PERINEALES, LA IMPORTANCIA DE LA NEUROIMAGEN

D. Subiabre Ferrer, J.M^a. Ortiz Salvador, M^a.M. Giacaman Von der Weth, B. Ferrer Guillén, L. Martínez Leborans, C. Valenzuela Oñate, J. Magdaleno Tapial y A. García Rabasco

Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes de la edad pediátrica, observándose en el 10% de los niños al año de vida. Menos del 10% se localizan en el área perineal, en donde se complican con mayor frecuencia con ulceración, hemorragia o efecto de masa entre otros. En el año 2006, tras el análisis de la literatura de casos previamente publicados, se propuso el acrónimo de síndrome PELVIS para los casos de hemangiomas perineales asociados a malformaciones genitourinarias y neurológicas. Presentamos 2 casos de niños con hemangiomas perineales valorados en nuestro servicio. El primer caso es una niña de 2 meses que consulta por presentar un hemangioma en la región lumbar. Al examen físico se observaba la lesión vascular con desviación de la línea media hacia la izquierda. No se observaban otras alteraciones ni malformaciones. Se le solicitó una RM lumbosacra que evidenció un lipoma en relación con el cono medular y el inicio del filum terminal, observándose la médula

la anclada al lipoma. El segundo caso es un niño de 5 meses que consulta por una lesión a nivel lumbosacro desde el nacimiento. Al examen físico se observa un hemangioma de 2 cm con una pequeña ulceración y una fosita sacra. Se solicita una ecografía que es informada como seno dérmico presente y posteriormente una RM que informa un disrafismo cerrado y un lipoma del filum terminal. En ambos casos realizamos el diagnóstico de síndrome PELVIS incompleto. El síndrome PELVIS, acrónimo de hemangioma perineal, malformaciones genitales externas, lipomiomeningocele, anomalías vesicorrenales, ano imperforado y apéndices cutáneos, es un síndrome poco frecuente. Presentamos 2 casos de síndrome PELVIS incompletos con la presencia de hemangioma perineal y alteración a nivel de la columna lumbar. Cabe destacar la importancia de la neuroimagen en estos casos debido a que ambos pacientes se encontraban asintomáticos a nivel neurológico; independiente de ello se les realizó una RM en donde se observaron lesiones a nivel del canal medular, por lo que sería razonable plantear la realización de un estudio de neuroimagen en todos los pacientes con hemangiomas perineales, especialmente aquellos localizados en la línea media.

18. APLICACIÓN CLÍNICA DE LA MICROSCOPIA CONFOCAL DE REFLECTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES PIGMENTADAS. CORRELACIÓN CON LOS HALLAZGOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS

B. de Unamuno^a, A. Calle^a, A. Sahuquillo^a, P. Moles^a, J. Piqueras^a, I. Torres^a, N. Rojas^b y R. Botella^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

La microscopía confocal de reflectancia (MCR) es una técnica de láser no invasivo que genera imágenes basándose en las diferencias de refracción de las distintas estructuras celulares. Permite obtener imágenes en tiempo real con una resolución comparable a la histología convencional. Su utilidad ha sido reportada en diversos estudios, demostrando mejorar la precisión en el diagnóstico de melanoma y cáncer cutáneo no melanoma. Se han descrito una serie de patrones confocales que nos permiten el diagnóstico diferencial entre nevus y melanoma, que en ocasiones constituye un verdadero reto en la práctica habitual. Presentamos los resultados de un estudio retrospectivo efectuado en una serie de pacientes con lesiones pigmentadas atendidos en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe desde junio del 2016 a febrero del 2017. Se realizó una evaluación clínica y dermatoscópica de todas las lesiones pigmentadas, seguido de la exploración con MCR. Posteriormente las lesiones fueron biopsiadas o extirpadas en su totalidad para confirmar el diagnóstico. Se realizó una correlación de los hallazgos obtenidos por MCR e histopatología. Se compararon los diagnósticos obtenidos mediante la evaluación clínica, por MCR y el diagnóstico definitivo por histología.

19. NEVUS MELANOCÍTICOS ACRALES EN EDAD JUVENIL; CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NEVUS MANIAC Y NO MANIAC

A.E. García Rabasco^a, B. Ferrer Guillén^a, V. Zaragoza Ninet^a, B. de Unamuno Bustos^b y V. Alegre de Miquel^a

^aServicio de Dermatología. ^bConsortio Hospital General Universitario. ^cHospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción. Presentamos nuestra serie de casos de nevus melanocíticos acrales en edad juvenil con el fin de analizar las características clínico-patológicas y de manera secundaria realizar un estudio comparativo entre nevus MANIAC (acrónimo de Melanocytic Acral Nevus with Intraepidermal Ascent of Cells) y no MANIAC.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los últimos 10 años que incluye a pacientes entre 3 y 18 años con nevus acrales extirpados en nuestro servicio. Se han recogido datos clínicos (edad, sexo, raza y localización) y datos histológicos (tamaño, márgenes, origen, tipo, afectación anexial, inflamación, pigmentación de la capa córnea, células pagetoides). Se ha realizado análisis estadístico (SPSS V21) mediante chi-cuadrado y t-student.

Resultados y conclusiones. Los parámetros estudiados y analizados apoyan la benignidad de los nevus melanocíticos acrales. En el estudio comparativo no existen diferencias estadísticamente significativas entre MANIAC y no MANIAC en ninguna de las características histológicas. Sí fue significativa la diferencia en el diámetro siendo de 4,8 mm en MANIAC vs. 2,9 mm en no MANIAC. Por tanto, basándonos en nuestros resultados, no recomendamos la extirpación de nevus acrales dada la benignidad de las lesiones y la dificultad de la cirugía en dicha localización anatómica.

calidad de vida del paciente. El avance de la medicina en los últimos años ha modificado drásticamente la oferta terapéutica en este campo, permitiendo un mayor control de los síntomas de la enfermedad, tanto cutáneos como sistémicos. Apremilast, aprobado en septiembre de 2014 por la FDA para la psoriasis en placas moderada-severa, es un fármaco inhibidor de la fosfodiesterasa-4, que regula de forma negativa la expresión de citocinas proinflamatorias, como IL-23 y TNF-alfa, y aumenta los niveles de citocinas antiinflamatorias como IL-10. Es, por tanto, un fármaco de administración sistémica que ejerce un papel en la regulación del estado inflamatorio de los pacientes psoriásicos, sin provocar una inmunosupresión directa como hacen los fármacos biológicos. Presentamos una serie de pacientes con psoriasis en placas de intensidad moderada-severa y con antecedentes oncológicos, en los que descartamos el uso de tratamientos biológicos y que fueron sometidos a terapia con apremilast.

20. APREMILAST EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: EXPERIENCIA DE NUESTRO SERVICIO

V. González Delgado, P. Cordero Romero, I. Molina Gallardo, E. Montesinos Villaescusa y M^a.D, Ramón Quiles

La psoriasis es un trastorno crónico e inflamatorio que afecta al 2-3% de la población mundial. Se trata de una enfermedad compleja y multisistémica que tiene un profundo impacto negativo en la