



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

## 47 Reunión de la Sección Gallega de la Academia Española de Dermatología y Venerología A Coruña, 25 y 26 de mayo de 2018

### 1. DELIMITACIÓN INTRAOPERATORIA DE MÁRGENES QUIRÚRGICOS MEDIANTE ECOGRAFÍA

A. Vilas Sueiro, F. Alfageme Roldán, S. Peña López, O. Suárez Amor, B. Monteagudo Sánchez, C. de las Heras Sotos, I. Salgüero Fernández y G. Roustán Gullón

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. España.

**Introducción.** El carcinoma basocelular (BCC) es el tumor cutáneo más prevalente en la población caucásica y su incidencia ha aumentado desde hace varios años. En ocasiones, es necesario un segundo tiempo quirúrgico cuando alguno de los bordes de la pieza quirúrgica se ven alcanzados por el tumor tras la confirmación histopatológica. Nuestro estudio se ha basado en el examen ecográfico de dichas piezas quirúrgicas antes del estudio histopatológico para comprobar si la ecografía podría ser un instrumento que nos permitiese ahorrar un segundo tiempo quirúrgico al orientarnos sobre la afectación de los bordes de la lesión extirpada.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo incluyendo 65 pacientes con sospecha clínica de BCC a los que se les realizó una extirpación completa de la lesión. Una vez extirpado el tumor se le realizó un examen ecográfico a cada una de las muestras con una sonda lineal de alta frecuencia 10-18MHz. Se realizó una medición del tamaño tumoral y de la distancia existente entre el límite de la lesión a nivel ecográfico y el propio límite de la pieza, tanto en márgenes laterales como en profundo.

**Resultados.** Respecto al margen quirúrgico que mostraba el estudio ecográfico, se obtuvo una media de 1,61mm [0-3,8mm] respecto al borde lateral. El borde profundo estaba respecto a la lesión una media de 2,05mm [0-5,7mm]. La especificidad del estudio alcanzó un 91,66%, con únicamente 5 falsos negativos y 2 falsos positivos. La mayor potencia estadística en nuestro estudio ha sido que con dicha técnica aplicada a los tumores una vez extirpados, el valor predictivo negativo (VPN) ha sido del 96%. De este modo, confirma que es una técnica que deja de identificar un número de casos mínimo cuando el borde de resección está afectado.

**Discusión.** Existen ya estudios relacionados con su uso como técnica intraoperatoria para valorar los márgenes de afectación profundos y pretender ahorrar intervenciones quirúrgicas sucesivas. Se han desarrollado otras técnicas, más novedosas, como la elastogra-

fía o la microscopía confocal, que permite orientar con mayor sensibilidad la invasión tumoral, pero dichas tecnologías no están presentes de momento en todos los centros. Aportamos este estudio porque creemos que la ecografía puede ser una buena herramienta para el “ahorro” de segundos tiempos quirúrgicos en centros donde no están presentes la cirugía micrográfica de Mohs para los tumores mal delimitados.

### 2. ESTUDIO TRANSVERSAL DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO Y FACTORES ASOCIADOS CON AFECTACIÓN SISTÉMICA

M.P. Arévalo Bermúdez, S. Paradelo de la Morena, M.T. Seoane Pillado y E. Fonseca Capdevila

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

**Objetivos.** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los diferentes subtipos de lupus eritematoso cutáneo (LEC) en nuestra área sanitaria. Analizar la prevalencia y los factores asociados con la presencia de lupus eritematoso sistémico (LES).

**Materiales y métodos.** Estudio transversal descriptivo de prevalencia en 260 pacientes con LEC en nuestra área sanitaria entre abril/2013 y agosto/2016 (seguridad del 95% y precisión del 6,5%). Se utilizó el *EUSCLE (European Society of Cutaneous Lupus Erythematosus) Core Set Questionnaire*, para caracterizar los pacientes y la enfermedad. Se determinó: tabaco consumido (paquetes/año), test de Fagerström, consumo de alcohol (g/día), índice de comorbilidad de Charlson, síndrome metabólico (ATP III, 2001), riesgo cardiovascular e índice de calidad de vida en dermatología. Se realizó un estudio descriptivo de las variables y se procedió a un análisis multivariado de regresión logística para medir la asociación de LES con otros factores.

**Resultados.** Los subtipos de LEC más prevalentes fueron el crónico (LECC) (50,0%), y dentro de este, el discoide (LED) (36,5%), localizado en casi 2/3 de los casos, y el intermitente (LECI)/túmido (LET) (28,5%), seguido del subagudo (LECS) (14,4%) y del agudo (LECA) (7,1%). La mayoría de los pacientes presentaron un solo subtipo de LEC (76,2%). Las lesiones inespecíficas (LI) se diagnosticaron en 72

pacientes (27,7%), con mayor prevalencia en mujeres (35,5%) que en hombres (9,1%), siendo la más frecuente el síndrome de Raynaud (65,3% de los casos con LI). El 82,7% de los pacientes solo tuvo lesiones cutáneas y el 17,3% cumplía criterios de LES. Los LEC sin afectación sistémica presentaron la edad al diagnóstico casi una década más tardía ( $44,1 \pm 15,5$  vs.  $34,0 \pm 13,4$ ; años), el tiempo de evolución más corto ( $5,3 \pm 5,6$  vs.  $10,1 \pm 8,7$ ; años) y la relación mujer: hombre (M:H) más baja que los LES (2:1 vs 8:1). La presencia de LES se asoció a anticuerpos antinucleares (AAN) >1/160 (OR: 10,58, 95% IC: 1,65-67,80,  $p=0,013$ ) y anti-RNP (OR: 32,84, 95% IC: 1,16-928,28,  $p=0,041$ ) positivos; mientras que el índice de masa corporal (IMC) elevado resultó un factor protector (OR: 0,76, 95% IC: 0,60-0,96,  $p=0,023$ ).

**Conclusiones.** Los subtipos más prevalentes fueron el LED y el LET. La relación M:H fue más baja, la edad al diagnóstico de LE más tardía y el tiempo de evolución más corto si solo había lesiones cutáneas. La presencia de LES se asoció con AAN y anti-RNP positivos e inversamente al IMC.

### 3. SÍNDROME PARANEOPLÁSICO ASOCIADO A TIMOMA: REPORTE DE UN CASO

M. Pousa-Martínez, L. Sainz-Gaspar, M.J. Seoane, J.M. Peñaranda y H. Vázquez-Veiga

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela España.*

**Introducción.** La enfermedad multiorgánica asociada a timoma (TAMA) es un síndrome paraneoplásico caracterizado por la implicación intestinal, hepática y cutánea.

**Caso clínico.** Aportamos el caso de una mujer de 46 años que consultó a nuestro servicio por eritema y descamación cutánea, levemente pruriginosa, de 3 meses de evolución. Las lesiones se habían iniciado en tronco, extendiéndose a párpados y extremidades. Entre los antecedentes personales de nuestra paciente destacaba el diagnóstico, 7 años antes, de una miastenia gravis asociada a timoma tipo B2, según la clasificación de la OMS. El tumor había sido tratado mediante resección quirúrgica y radioterapia postoperatoria. La exploración física demostró pápulas queratósicas, eritemato-violáceas confluyentes a nivel de tronco y extremidades. También existía afectación facial sin implicación mucosa. La biopsia de piel demostró un infiltrado inflamatorio linfocitario a lo largo de la unión dermoepidérmica, con una lesión de interfase importante y presencia de un elevado número de queratinocitos necróticos. El estudio inmunohistoquímico reveló que correspondían mayoritariamente a linfocitos T supresores (CD3+, CD8+, CD4-). Debido a estos hallazgos se estableció el diagnóstico de síndrome paraneoplásico secundario a timoma y se prescribió prednisona 1mg/kg/día. Además, se realizó un estudio de extensión de la paciente que mostró la recurrencia del timoma.

**Discusión.** TAMA es un síndrome paraneoplásico autoinmune multiorgánico infrecuente que presenta características clínicas e histopatológicas similares a enfermedad injerto contra huésped (EICH) en ausencia de trasplante de células madre hematopoyéticas. La etiopatogenia es incierta, algunas teorías defienden la idea de que los linfocitos presentes en los timomas, principalmente compuestos de células epiteliales y linfocitos no neoplásicos, se desarrollan en un entorno anormal que promueve una alteración de la maduración linfocitaria y una reacción autoinmune contra varios tejidos del cuerpo. El diagnóstico de TAMA se basa en la presencia de unas características clínicas, en el contexto de un paciente con timoma y un estudio anatomopatológico concordante. Esta entidad presenta hallazgos en común con los llamados síndromes paraneoplásicos autoinmunes y sus diferentes espectros, según la predominancia de un tipo de inmunidad frente a la otra. Dado su carácter paraneoplásico, el tratamiento de TAMA se basa en la resección del timoma.

También se ha empleado tratamiento farmacológico como los corticosteroides orales e inmunosupresores. En conclusión, aportamos un caso de síndrome paraneoplásico autoinmune multiorgánico asociado a timoma, en el cual la manifestación cutánea ha sido la clave para alcanzar el diagnóstico.

### 4. APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA CLASIFICACIÓN Y RECUPERACIÓN DE IMÁGENES DERMATOLÓGICAS: HIPATIA

L. Mesa-Álvarez, L. Fiel Paz, M. García Fernández, J. Aquino García, B. González-Sixto, A. Iglesias-Puzas, Q. Rodríguez Jato, M. Oro-Ayude y Á. Flórez

*Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. España.*

**Objetivo.** Nuestro objetivo ha sido la creación de una aplicación informática de almacenamiento de imágenes dermatológicas con el fin de mantener la iconografía clínica ordenada y clasificada, permitiendo la recuperación de imágenes de manera fácil y rápida y siempre dentro de un marco legal adecuado.

**Método.** La aplicación está desarrollada sobre una arquitectura de tres capas: Capa de Presentación, implementada en JavaScript como una Single-page Application HTML5 sobre AngularJS y KendoUI Core. - Lógica de negocio, con clases Java sobre servidor de aplicaciones (Tomcat). - Base de datos relacional y archivo de imágenes ubicados en la infraestructura de CPD de la EOXI de Pontevedra e integrado en el sistema de información hospitalario (base de datos de pacientes) y con el directorio activo de la organización para el control de accesos y validación de usuarios. Una vez que el paciente autoriza la inclusión de las imágenes clínicas en el sistema, el programa lleva a cabo el almacenamiento de las fotografías en Hipatia. La aplicación permite además la inclusión adjunta de datos clínicos relevantes: número de historia clínica, nombre, apellidos y edad del paciente, fecha de realización de las fotografías, localización de las lesiones y patología que padece. Para la codificación de las patologías se ha desarrollado un índice por grupo y subgrupo que facilita la clasificación. Una vez guardados los datos, se podrán organizar búsquedas para la recuperación de imágenes por cualquiera de los ítems previamente descritos.

**Resultados.** Se trata de una herramienta de apoyo esencial en los procesos dermatológicos que permite integrar la gestión de la imagen en la práctica clínica. Tiene un impacto positivo en la calidad científico-técnica de la asistencia, además de ser útil en docencia e investigación.

**Conclusiones.** Se trata de un proyecto original que ha sido desarrollado por el servicio de informática de nuestro hospital, teniendo en cuenta las necesidades de los dermatólogos y la legalidad vigente. Este programa es por tanto una herramienta clínicamente muy útil y de manejo sencillo para la gestión y organización de iconografía dermatológica.

### 5. LESIONES CUTÁNEAS EN RECIÉN NACIDO

C. García Salinero, M.P. Arévalo Bermúdez, R. Fernández Torres, M.T. Yebra Pimentel, A. Reguera Arias y E. Fonseca Capdevila

*Complejo Hospitalario de A Coruña. A Coruña. España.*

**Introducción.** El lupus eritematoso neonatal (LEN) es una entidad rara, debida al paso transplacentario de anticuerpos anti-Ro, anti-La o anti-RNP. Presentamos el caso de un recién nacido (RN) con lesiones cutáneas presentes desde el nacimiento.

**Caso clínico.** RN mujer de bajo peso (1980 kg) que presenta al nacer costras que se desprenden fácilmente dejando placas eritematodescamativas, atróficas y con telangiectasias, en región facial (predominantemente periorbitarias), cuello, cuero cabelludo, brazos y tórax. Resto de la exploración fue normal. Su madre solo presentaba fotosensibilidad y leve fenómeno de Raynaud. Se realizó despistaje infec-

cioso que fue negativo, pruebas inmunológicas con anticuerpos antinucleares (ANA) positivos 1/320, con patrón anti-SSA/Ro 52 y 60 positivos, y anti-SSB/La y anti-RNP negativos. Los anticuerpos anti-piel fueron negativos. El estudio cardiológico (ecografía y electrocardiograma) resultó normal. La biopsia cutánea presentaba membrana basal con cambios hidrópicos focales y sin engrosamiento, con leve infiltrado linfocítico perivascular en dermis papilar, con depósitos de mucina en dermis y grasa subcutánea (azul alcian). La inmunofluorescencia directa presentó leves depósitos granulares de C3, fibrina y C1q en membrana basal. La madre presentó un estudio inmunológico similar, con ANA a títulos más elevados (1/640). Reumatología le diagnosticó enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, sin reunir criterios claros de ninguna enfermedad de tejido conectivo. Con estos hallazgos clínicos, inmunológicos y anatomopatológicos se diagnosticó de LEN, recomendando seguimiento periódico, y evitar exposición solar y lámparas de fototerapia. En la revisión de 2 meses presentó mejoría del eritema pero persistencia de atrofia.

**Discusión.** Las manifestaciones cutáneas del LEN son más frecuentes en los primeros 2 meses de vida, aunque pueden estar presentes al nacimiento como ocurrió en este caso, por ello debe tenerse este diagnóstico en cuenta en todo RN con lesiones cutáneas (junto con el de infecciones congénitas y enfermedades ampollas). Alrededor del 50% de los casos de LEN tiene lesiones cutáneas, y el otro 50% afección cardíaca, que pueden llegar a requerir marcapasos o ser letales. Solo un 10% presenta afección cutánea y cardíaca simultáneas. Las lesiones cutáneas son de buen pronóstico y suelen resolverse antes de los 6 meses de vida. Al diagnóstico de LEN en el niño, el 50-60% de las madres están asintomáticas. El pronóstico materno es bueno, pero un 50% puede llegar a desarrollar conectivopatía, por lo que requiere seguimiento.

## 6. FIBATI-AC: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE UNA SERIE DE 62 PACIENTES CON FIBROXANTOMA ATÍPICO EN EL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA

N. Iglesias Pena, L. López Solache, N. Martínez Campayo, I. Meilán Sánchez, M.T. Yebra-Pimentel Vilar, V. Balboa Barreiro, S. Paradela de la Morena y E. Fonseca Capdevila

*Servicio de Anatomía Patológica. EOXI A Coruña. Servicio de Dermatología. EOXI A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). España.*

**Introducción.** El fibroxantoma atípico (FXA) es un tumor infrecuente de incidencia desconocida que se presenta en zonas fotoexpuestas de individuos de edad avanzada. En los últimos años se ha determinado que el FXA es un tumor de muy baja agresividad, siempre que se apliquen criterios de diagnóstico estrictos.

**Objetivo.** Identificar sarcomas pleomórficos o tumores de otra estirpe incorrectamente diagnosticados como FXA en nuestro centro, tras aplicar los criterios diagnósticos respaldados por la evidencia actual. Entre los casos diagnosticados de FXA, verificar su comportamiento clínico benigno y determinar factores predictivos de recidiva local.

**Métodos.** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de FXA en nuestro centro desde el año 1997 hasta 2018. Tras retirar aquellos tumores que no cumplieron criterios de FXA, se llevó a cabo un análisis de factores predictivos de recidiva local y se calcularon las tasas de incidencia ajustadas por sexo.

**Resultados.** De 73 tumores, 62 fueron finalmente diagnosticados de FXA. En todos ellos se objetivó ausencia de necrosis tumoral y ausencia de infiltración linfovascular, perineural y de estructuras profundas, así como negatividad para marcadores inmunohistoquímicos sugestivos de otras entidades, particularmente S100 y citoqueratinas. Un caso no fue analizado por ser la biopsia inicial de otro centro. El resto de tumores fueron reclasificados como sarcomas, carcinomas epidermoides o tumores fibrohistiocitarios benignos. En nuestra área sanitaria, el FXA tiene una tasa de incidencia de 0,59 casos/100.000 habitantes-año. El 72,6% de los pacientes eran varones, con una edad

media al diagnóstico de 81 años. La dimensión máxima media del tumor fue de 12 mm. El 96,8% de los FXA se presentaron en cabeza y cuello. Durante un período medio de seguimiento de 47 meses, solo se objetivaron 4 recidivas locales. Nueve de los tumores se extirparon con bordes afectos y, de estos, solo uno recidivó localmente. En ningún caso se produjeron metástasis regionales o a distancia atribuibles a FXA. Se realizó un análisis comparativo entre los casos que presentaron recidiva local y el resto mediante chi-cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondiese, sin encontrarse ningún factor pronóstico de recidiva local estadísticamente significativo.

**Conclusiones.** Presentamos una serie de FXA en nuestra área sanitaria. Aportamos la primera cifra de tasa de incidencia de este tumor en nuestro medio y verificamos que el comportamiento clínico de este tumor es de baja agresividad, tal y como se refleja actualmente en la literatura.

## 7. OPCIONES RECONSTRUCTIVAS EN DEFECTOS FRONTOTEMPORALES: EL COLGAJO DE AVANCE COMO PROPUESTA

S. Peña López, Ó.M. Suárez-Amor, O. Suárez Magdalena, A. Varela Veiga, O. Figueroa Silva, L. Rosende Maceiras, B. Fernández Jorge, M. Cabanillas, B. Monteagudo y C. de las Heras

*Servicio de Dermatología. CHUF. España.*

Presentamos dos casos en los cuales la extirpación de un carcinoma basocelular en la región frontotemporal generó un defecto quirúrgico amplio. El primer caso corresponde a una mujer de 88 años con un defecto quirúrgico de 3,5 x 3 cm y el segundo a un varón de 58 años con un defecto quirúrgico de 3,7 x 2 cm. Discutiremos las opciones reconstructivas a ese nivel, centrándonos en el colgajo de avance, ya que fue la técnica que empleamos con un excelente resultado estético y funcional en los casos expuestos. A la hora de planificar la reconstrucción de los defectos quirúrgicos faciales debemos tener en cuenta las unidades y subunidades estéticas de la cara, las líneas de tensión de la misma, así como las áreas con exceso de piel remanente. No debemos olvidar los límites anatómicos de las unidades estéticas, con el objetivo de ocultar las cicatrices quirúrgicas y mantener la simetría facial en la medida de lo posible. Otro punto clave es conocer las zonas con riesgo de daño nervioso, en esta zona anatómica destaca la rama temporal del nervio facial, que transcurre superior al arco cigomático y cuya lesión causaría ptosis de la ceja y denervación del músculo frontal ipsilateral. Las opciones reconstructivas abarcan, entre otras, la cicatrización por segunda intención, los injertos de piel parcial o total, los regeneradores dérmicos y los colgajos locales o regionales. Valoraremos diversos factores para elegir la técnica quirúrgica más apropiada para nuestros pacientes: el estado general y las comorbilidades que presente (factores muy importantes), el tamaño, la forma y el espesor del defecto quirúrgico, así como el estado y laxitud de la piel circundante al mismo. Por último, discutiremos la reconstrucción mediante diferentes tipos de colgajos en esta localización anatómica, centrándonos en el colgajo de avance, pero sin olvidar otras opciones válidas como son los colgajos de avance A-T, rotación O-Z, Limberg o el hacha doble.

## 8. DERMATOMIOSITIS Y NEOPLASIAS. ¿SON ÚTILES LOS FACTORES PREDICTIVOS?

N. Martínez Campayo, M. Almagro Sánchez, J. García Silva, I. Meilán Sánchez, N. Iglesias Pena, J. Fernández Vázquez y E. Fonseca Capdevila

*Servicio de Dermatología. C.H.U. A Coruña. España.*

**Introducción.** Entre un 15-25% de las dermatomiositis del adulto son paraneoplásicas. Se han descrito diversos hallazgos clínicos y analíticos predictivos de neoplasia. En los últimos años se han vin-

culado algunos autoanticuerpos con el desarrollo de cáncer. Se considera que los anticuerpos anti-Mi2 están relacionados con un curso benigno de la enfermedad y buena respuesta al tratamiento; en cambio, los anti-TIF-1 se asocian a neoplasias. La combinación de ambos factores tiene un valor predictivo negativo para la presencia de neoplasia de entre el 89 y el 100%.

**Caso clínico.** Mujer de 68 años con dermatomiositis clásica de comienzo reciente y marcadores analíticos de buen pronóstico (anticuerpos anti-Mi2 positivos y anti-TIF-1 negativos) que presenta, poco después, síntomas digestivos y sangre oculta en heces positiva, por lo que se realiza una colonoscopia que evidencia un adenocarcinoma de colon.

**Discusión.** Se han postulado diversos hallazgos clínicos y analíticos para identificar a los pacientes con riesgo de neoplasia en la dermatomiositis, en la actualidad muy controvertidos. Así, en los últimos años han cobrado popularidad algunos autoanticuerpos. Nuestra paciente presentó una neoplasia a pesar del hallazgo de marcadores inmunitarios de buen pronóstico.

**Conclusiones.** En consonancia con otros autores, recomendamos la búsqueda activa de neoplasias en los pacientes adultos con dermatomiositis, en especial en aquellos mayores de 60 años, independientemente de las manifestaciones clínicas y analíticas.

## 9. ERITEMA Y EDEMA EN LAS PIERNAS NO SIEMPRE ES CELULITIS: UN CASO DE REACCIÓN ADVERSA ¿INFRECUENTE?

M.M. Otero Rivas, T. Usero Bárcena, R. Rodríguez Lojo, N. Fernández Núñez, C. Neira de Paz, I.M. Castiñeiras Mato, Y. Juárez Casado, M. Lueiro Vilariño y M.L. Fernández Díaz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. Lugo. Servicio de Oncología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. España.*

**Introducción.** El pemetrexed es un antifolato de nueva generación empleado en el tratamiento del adenocarcinoma de pulmón y del mesotelioma pleural. Entre sus efectos adversos cutáneos se han descrito casos de pustulosis exantemática, necrólisis epidérmica tóxica, edema palpebral e hiperpigmentación difusa.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 65 años a tratamiento con pemetrexed en 3.ª línea de quimioterapia tras progresión de un adenocarcinoma de pulmón estadio IV, que ingresa por sospecha de celulitis en miembros inferiores. Valorado por nuestro servicio, la ausencia de sintomatología asociada, la relación con los ciclos sucesivos de quimioterapia, la bilateralidad y la resolución del cuadro hacia una induración leñosa marrónácea condujo al diagnóstico de lipodermatoesclerosis secundaria a pemetrexed. Los hallazgos ecográficos y anatomopatológicos fueron superponibles a las causadas por insuficiencia venosa, sin que existieran signos de la misma.

**Conclusiones.** La introducción en la terapéutica diaria de nuevos quimioterápicos nos obliga a mantenernos actualizados en reacciones cutáneas adversas no siempre bien conocidas por otros especialistas.

## 10. DERMATOMIOFIBROMA: HISTOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

P. Pérez Feal, G. Pita da Veiga Seijo, L. Sainz Gaspar, J.M. Peñaranda Suárez, T. Rodríguez Granados, J. Suh Oh HaE y H.A. Vázquez Veiga

*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción.** El dermatomiofibroma es un tumor benigno infrecuente del que se han descrito unos 150 casos en la literatura.

**Caso clínico.** Presentamos dos dermatomiofibromas, el primero de los cuales corresponde a una mujer de 50 años que consulta por una

placa de un centímetro de diámetro de morfología lineal, cuya única sintomatología consistía en prurito ocasional. En el segundo es un varón de 7 años de edad que acude por lesión subcutánea en región cervical posterior izquierda, desplazable y asintomática. Ambas lesiones tenían más de un año de evolución. En las dos situaciones se establece un amplio diagnóstico diferencial por su escasa expresividad clínica, por lo que se decide realizar una biopsia. En cada una de las dos se aprecia una proliferación dérmica fasciculada compuesta por células fusiformes, que se disponen formando una banda bien delimitada a lo largo de la dermis papilar y en la parte más superficial de la reticular. Las células muestran núcleos alargados, sin rasgos atípicos, con el citoplasma relativamente amplio y se acompañan de abundante depósito de colágeno, en ocasiones marcadamente eosinófilo. No muestran actividad proliferativa. La epidermis no presenta alteraciones. El estudio inmunohistoquímico demuestra positividad para el factor XIIIa, observándose además positividad focal para CD34 y actina de músculo liso, siendo negativo para caldesmon y desmina. Con los hallazgos mencionados se realiza el diagnóstico de dermatomiofibroma. Tras el diagnóstico y quedando constatada su benignidad, se optó por no realizar ningún tipo de tratamiento.

**Discusión.** El dermatomiofibroma es una neoplasia benigna compuesta por fibroblastos y miofibroblastos que se suele presentar en mujeres jóvenes o en niños bien como una placa fibroelástica asintomática o bien como un nódulo solitario, más palpable que visible, cuyo color varía desde normocrómico a eritematoso. Son lesiones benignas y asintomáticas, que plantean un amplio rango de diagnósticos diferenciales desde el punto de vista clínico y cuyo diagnóstico definitivo necesita de confirmación histológica. Se trata de un tumor benigno y no es necesario tratamiento.

**Conclusión.** Aportamos dos casos de dermatomiofibromas, una entidad inhabitual con escasa expresividad clínica.

## 11. ALANTOÍNA TÓPICA AL 6% COMO TRATAMIENTO PARA LA EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Á. Iglesias-Puzas, A. Batalla, M.C. Davila Pousa, L. Mesa-Álvarez, Q. Rodríguez Jato, M. Oro-Ayude y Á. Flórez

*Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. España.*

Las epidermolisis ampollosas (EA) comprenden un grupo clínica y genéticamente heterogéneo de enfermedades hereditarias que se caracterizan por una marcada fragilidad cutáneo-mucosa, que deriva en la formación de ampollas de forma espontánea o ante mínimos traumatismos. Se consideran enfermedades raras, con una prevalencia en Europa de 0,8 por cada 10.000 individuos. Su expresión fenotípica varía desde lesiones localizadas limitadas a la piel, a una enfermedad grave, multisistémica y potencialmente mortal. Aunque se han realizado grandes avances en busca de terapias curativas, en la actualidad el tratamiento se centra en la prevención y el manejo sintomático de las lesiones cutáneas y de las complicaciones sistémicas. La alantoína es un producto del metabolismo de las purinas que se ha utilizado durante años en el tratamiento de úlceras y heridas. Posee acción queratolítica, bactericida, antiinflamatoria y promueve la proliferación fibroblástica y la síntesis de matriz extracelular. En base a estas propiedades, se ha sugerido que su uso tópico podría ser de utilidad en el tratamiento de las manifestaciones cutáneas de la EA. En el año 2014, al alantoína obtuvo la designación de medicamento huérfano para el tratamiento de la EA, al mismo tiempo que se desarrollaban ensayos clínicos para evaluar su eficacia. En el estudio SD-101 (fase 2b), la alantoína al 6%, en comparación con alantoína al 3% y placebo, mostró una reducción significativa de la superficie afectada y del tiempo necesario para la curación de las heridas. Describimos nuestra experiencia con alantoína tópica al 6% en dos casos de EA. En el primer caso,



un varón de 22 años con EA juntural tipo Herlitz, se observó disminución en el tiempo de curación de las erosiones, y secundariamente, menor superficie corporal afecta. En el segundo caso, una mujer de 23 años con EA distrófica dominante pruriginosa (con presencia de pápulo-vesículas y quistes de millium sin erosiones), el tratamiento fue suspendido a los dos meses por intolerancia (irritación local) y ausencia de efectividad. Destacamos la utilidad de la alantoina tópica en la EA. Aplicada sobre las erosiones, puede favorecer la reepitelización, disminuir la sintomatología y contribuir a mejorar la calidad de vida en los pacientes con esta genodermatosis.

## 12. ACROQUERATOSIS PARANEOPLÁSICA. ESTUDIO DE 7 CASOS

M. Almagro Sánchez, J. Fernández Vázquez, J. García Silva, C. Peña Penabaz, F. Piñeyro Molina, M. Vereza Hernando, J. Pombo Otero y E. Fonseca Capdevila

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Unidad de Dermatología. Hospital San Agustín. Avilés. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.*

**Introducción.** La acroqueratosis paraneoplásica de Bazex (APB) es una dermatosis que cursa con lesiones acrales, psoriasisiformes y se asocia a carcinomas epidermoides de la vía aérea o digestiva superior. **Casos clínicos.** Hemos estudiado siete casos diagnosticados en nuestro servicio de APB. Seis pacientes eran varones y una mujer, de más de 50 años con lesiones cutáneas escamosas, violáceas en manos, pies, codos, rodillas, nariz y orejas. Además tenían afectación ungüal y queratodermia palmoplantar. Uno de ellos presentó lesiones generalizadas. Los estudios histológicos fueron inespecíficos en cuatro pacientes, pero dos presentaron una dermatitis en interfase. Cuatro casos tuvieron carcinomas epidermoides del área O.R.L., dos de esófago y otro metástasis linfáticas cervicales de carcinoma de origen desconocido.

**Discusión.** En consonancia con la literatura, todos nuestros casos estaban asociados a neoplasia y tuvieron una evolución paralela a la misma. Solo en uno de ellos desaparecieron las manifestaciones cutáneas al curar la neoplasia.

**Conclusiones.** La APB tiene una clínica característica y una histología inespecífica, aunque algunos casos muestran una dermatitis de interfase. La asociación a neoplasia es constante.

## 13. INFILTRACIÓN TUMORAL DE PERIOSTIO POR FIBROXANTOMA ATÍPICO: FRESADO DE TABLA EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN CON MATRIZ DÉRMICA BICAPA CON INJERTO DE PIEL DIFERIDO

M. Oro-Ayude, B. González Sixto, C. Feal Cortizas, B. Fernández Jorge, L. Mesa-Álvarez, A. Iglesias-Puzas, Q. Rodríguez-Jato y A. Flórez

*Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. España.*

La cirugía reconstructiva tras la exéresis de tumores cutáneos constituye un reto para el cirujano. En los defectos quirúrgicos de mediano-gran tamaño en cuero cabelludo con exposición ósea, las opciones reconstructivas se reducen a plastias locales o a colgajos libres vascularizados. Los injertos, ante la ausencia de un lecho sobre el que nutrirse, suelen necrosarse. Presentamos el caso de un varón de 79 años con un fibroxantoma atípico en cuero cabelludo. Tras las múltiples exéresis por recidivas del tumor, fue preciso en dos ocasiones realizar fresado de la tabla ósea externa. Para la

cobertura del defecto cutáneo resultante, se decidió utilizar un sustituto de matriz dérmica bicapa (Integra®), con colocación de un injerto de piel parcial en un segundo tiempo quirúrgico, efectuado a las 4 semanas. La reconstrucción de defectos quirúrgicos en cuero cabelludo está limitada fundamentalmente por la distensibilidad del mismo. Así, en defectos de tamaños en torno a 3-4 cm las opciones quirúrgicas se acotan a injertos o plastias que implican movilización de grandes cantidades de tejido y, menos frecuentemente, al cierre por segunda intención. En nuestro caso, además, se sumó la ausencia del perostio, que aumenta considerablemente el riesgo de necrosis de un posible injerto. Dados los antecedentes del paciente, se decidió realizar un cierre en dos tiempos con matriz dérmica bicapa artificial y posterior colocación de injerto de piel parcial con buen resultado estético.

## 14. DESPIGMENTACIÓN DEL CABELLO POR HIDROXICLOROQUINA

G. Pita da Veiga, P. Pérez-Feal, M. Pousa-Martínez, J. Labandeira y H. Vázquez-Veiga

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.*

**Introducción.** La cloroquina (CQ) y la hidroxicloroquina (HCQ) presentan diversos efectos secundarios, siendo los más conocidos aquellos que afectan irreversiblemente a la retina. Sin embargo, hay que tener en cuenta otros menos habituales, como las alteraciones en la pigmentación.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente de 70 años de edad, de pelo oscuro, con el antecedente de lupus eritematoso cutáneo crónico a tratamiento con HCQ 200 mg cada 12 horas con buena respuesta. A los 10 meses de iniciado el fármaco presenta una despigmentación de gran parte del cabello. Carece de afectación de pestañas o presencia de máculas hipopigmentadas en el resto de la superficie cutánea. La revisión oftalmológica previa era normal. El fármaco se suspende y se toma una muestra de cabello para realizar un tricograma. Tras un mes de suspensión de la HCQ se inicia la repigmentación en zona occipital.

**Conclusión.** Presentamos un caso de hipopigmentación del cabello secundaria al tratamiento con HCQ. Se trata de un efecto adverso poco frecuente y reversible, más frecuentemente asociado al empleo de CQ sobre cabellos de color marrón claro o pelirrojo. Es necesario tenerlo en cuenta dentro de las posibles alteraciones de la pigmentación que estos fármacos pueden ocasionar.

## 15. MIXEDEMA XENERALIZADO, UN CASO

I. Meilán Sánchez, W. Martínez Gómez, N. Iglesias Pena, J. Fernández Vázquez, N. Martínez Campayo, C. García Salinero y E. Fonseca Capdevila

*Servizo de Dermatoloxía. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.*

**Introducción.** As mucinoses son un grupo heteroxéneo de desordes caracterizados polo depósito, focal ou difuso, de mucina na derme. O mixedema xeneralizado é unha mucinose primaria asociada a un hipotiroidismo severo, no que a mucina se acumula na derme por un déficit na súa degradación. O seu tratamento consiste na substitución ou corrección do déficit de tiroxina. Presentamos o caso dun hipotiroidismo severo con mixedema xeneralizado resistente, nun principio, ao tratamento substitutivo.

**Caso clínico.** Muller de 43 anos sen antecedentes persoais de interese que consulta por cadro de dous anos de evolución de edema e hinchazón xeneralizada acompañado de astenia, debilidade, prostración, cefalea e gañancia ponderal de ata 27 kg. Fora valorada dous anos antes por medicina interna, apreciando edema acral e facial, con elevación dos anticorpos antiperoxidase suxestiva de

tiroidite de Hashimoto e hormonas tiroideas en rango, comezando tratamento substitutivo con levotiroxina 75 mcg/día. Porén, a clínica continuou progresando malia manter cifras de TSH no límite baixo da normalidade. Realizáronse dúas biopsias de pel que confirmaron o diagnóstico de mixedema xeneralizado e descartáronse as causas máis frecuentes de resistencia á tiroxina. Subiuse a dose de levotiroxina ata os 112 mcg/día, conseguindo un hipertiroidismo iatroxénico desde o punto de vista analítico, coa supresión da TSH, e unha melloría da sintomatoloxía. Tras o inicio de fototerapia tipo PUVA e a corrección do déficit de Vitamina D a paciente consegue unha evolución satisfactoria, con remisión completa da clínica e redución da dose de levotiroxina ata os 88 mcg/día. A paciente puido levar un embarazo cun parto normal e catro anos despois persiste practicamente asintomática.

**Discusión.** O mixedema xeneralizado é unha complicación do hipotiroidismo severo que pode derivar nun coma mixedematoso e no pasamento do paciente se non se trata a tempo. É importante recoñecer a clínica e as manifestacións cutáneas, xa que en casos coma este a enfermidade pódese presentar cunha determinación de hormonas tiroideas en valores normais. A pesar do tratamento substitutivo optimamente axustado é necesario corrixir déficits e outras alteracións que interfiran na resposta e valorar adxuvancia con fototerapia.

## 16. BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

S. Paradelo de la Morena, N. Iglesias Pena, S. Pértiga Díaz, B. Fernández Jorge, A. García-Rozado González, R. Luaces Rey, J. Valero Gasalla, L. Albaina Latorre, A. Tejera Vaquerizo y E. Fonseca Capdevila

*Estructura Organizativa de Xestión Integrada de A Coruña. Instituto Dermatológico GLOBALDERM. España.*

**Introducción.** La biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) es una técnica mínimamente invasiva que permite una estadificación patológica de los ganglios linfáticos regionales en pacientes con melanoma en estadios clínicos I/II. Es útil para crear grupos más homogéneos a efectos pronósticos, sin que se haya demostrado su valor terapéutico.

**Objetivos.** 1) Analizar los factores clínicos y patológicos que se asocian con la positividad de la BSGC y el pronóstico. 2) Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad relacionados con el procedimiento (validez como prueba diagnóstica y morbilidad asociada).

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de 582 pacientes de un único centro. Se llevó a cabo una regresión logística binomial para determinar las variables asociadas al estatus del GC y una regresión multivariante de Cox para identificar las variables asociadas con la supervivencia libre de enfermedad (SLE), específica de melanoma (SEM) y global (SG). Se calculó la tasa de falsos negativos (FN) con los pacientes que desarrollaron metástasis en un territorio ganglionar con BSGC previamente negativa y se describieron las variables asociadas a la morbilidad del procedimiento.

**Resultados.** De 582 casos incluidos, se realizó BSGC en 310 (53,3%) y resultó positiva en 52 (16,8% de las BSGC). El estatus del GC se relacionó con la presencia de ulceración, el índice mitótico (IM), la invasión linfovascular, la localización, un mayor índice de Breslow (IB) y el nivel de Clark. El estatus del GC y el IB se asociaron a una menor SLE. Para la SEM, la positividad de la BSGC (HR:12,55, IC95%: 4,13-38,07), además del sexo masculino (HR: 2,86, IC95%:1,47-5,56) y el IB (HR:1,14;IC95%:1,04-1,24), fueron las variables pronósticas independientes. Finalmente, las variables asociadas con una menor SG fueron la positividad de la BSGC (HR: 2,06, IC95%:1,04-4,10), la edad avanzada (HR:1,06, IC95%:1,04-1,08), el sexo masculino (HR: 2,43, IC95%:1,58-3,75), el IM (HR:1,05, IC95%:0,99-1,10) e IB (HR:1,09, IC95%:1,04-1,14). Con respecto a la morbilidad del procedimiento, la tasa de complicaciones locales fue 22% (1,8% pre-

cisó ingreso hospitalario), siendo más frecuentes en la localización inguinal. La tasa de identificación del GC fue 95,5% y la de FN 3,8%, que se relacionó con un mayor grosor tumoral y una menor SLE.

**Conclusiones.** La presencia de metástasis en el GC es el factor pronóstico más importante en pacientes con melanoma en estadio I/II. La morbilidad de la BSGC y la tasa de complicaciones es baja. El procedimiento realizado en nuestro centro cumple con los indicadores de calidad descritos en la literatura.

## 17. DEFECTOS CIRÚRXCOS EN ALA NASAL DE ESPESOR TOTAL EN ANCIÁNS: QUÉ FACEMOS?

Q. Rodríguez-Jato, B. González-Sixto, J.C. Feal-Cortizas, L. Mesa-Álvarez, A. Iglesias-Puzas, M. Oro-Ayude y A. Flórez

*Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. España.*

**Introducción.** Co progresivo envellecemento poboacional veremos máis frecuentemente na nosa práctica clínica cáncer cutáneo non melanoma (CCNM) en pacientes anciáns. Este grupo de idade a co-tío é excluído de tratamentos cirúrxicos óptimos.

**Caso clínico.** Preséntanse dous pacientes de idade avanzada con tumores na ala nasal que tra-la cirurxía presentaban un defecto de espesor total. En ámbolos dous casos o resultado da exérese do tumor foi un defecto de espesor total na ala nasal e nos dous realizouse unha plastia melolabial plegada con aceptable resultado funcional e estético. O obxectivo é deixar ó paciente libre de tumor evitando así as complicacións derivadas do crecemento e invasión de tecidos. Trátase dunha opción cirúrxica relativamente sinxela para o cirurxán, nun único tempo cirúrxico, con pouca morbilidad para o paciente e nun resultado funcional e estético aceptable. **Discusión.** A meirande parte dos pacientes que padecen CCNM son maiores de 65 anos e no 80% dos casos atópanse na rexión cervicofacial. O tratamento de elección é a cirurxía pero tanto esta como o mesmo tumor poden provocar morbilidad significativa no paciente. Existen diversos estudos que demostran que a cirurxía non aumenta significativamente a mortalidade ou morbilidad neste grupo de pacientes e si mellora sen embargo a calidade de vida tra-la operación. Tendo en conta esto debemos tentar sempre que sexa posible unha opción cirúrxica individualizada para cada caso. Para os defectos de espesor total en ala nasal úsanse habitualmente diferentes plastias con interposición de cartilago do propio paciente ou ben unha malla de titanio para dar consistencia e evita-lo colapso da narina. Estas técnicas implican un maior tempo cirúrxico e posibilidade de complicacións a curto-medio prazo. Nós propoñemos unha opción sinxela de realizar, con pouca morbilidad para o paciente e un bo resultado final.

**Conclusiones.** A exérese de tumores na ala nasal e a súa reconstrución por medio dunha plastia melolabial plegada no caso de defectos de espesor total é unha opción cirúrxica relativamente sinxela en pacientes anciáns.

## 18. LO QUE LA ROPA INTERIOR ESCONDE...

A. Varela-Veiga, O. Suárez-Magdalena, S. Peña-López, O. Figueroa-Silva, B. Fernández-Jorge, M. Cabanillas, B. Monteagudo, Ó. Suárez-Amor, L. Rosende-Maceiras y C. de las Heras-Sotos

*Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España.*

**Objetivos.** En el área anogenital se pueden presentar una gran variedad de procesos cutáneo-mucosos como infecciones, dermatosis primarias o secundarias a trastornos sistémicos. Dicha localización presenta unas peculiaridades por la confluencia de los tractos urinario, genital y gastrointestinal, y la influencia de factores locales tales como la humedad, la temperatura, la fricción, la oclusión o los fluidos.

**Métodos.** Estas entidades son relativamente comunes en la consulta dermatológica, por lo que es indispensable para el dermatólogo co-

nocer el cuadro clínico, su abordaje diagnóstico y las modalidades terapéuticas. Presentamos varios casos de patología en área genital femenina y masculina. Con ello pretendemos ilustrar algunas de las enfermedades que pueden producir afectación a dicho nivel.

**Resultados.** La patología que afecta al área genital es muy variada. Incluye condiciones fisiológicas como pápulas perladas del pene o papilomatosis vestibular, lesiones inflamatorias como liquen escleroso o balanitis de Zoon y otras lesiones benignas como acrocordones. También es la localización habitual donde se presentan infecciones de transmisión sexual entre ellas las de origen vírico como la infección por el virus herpes simple o del papiloma humano, origen bacteriano como la sífilis, o fúngicas como candidiasis. Otro tipo de patología genital, aunque menos frecuente, son las enfermedades ampollosas, entre las que cabe destacar el pénfigo vulgar, el exantema fijo medicamentoso o la necrólisis epidérmica tóxica. En ocasiones las lesiones en área genital son la forma de presentación de enfermedades sistémicas, por lo que puede ser imprescindible realizar una minuciosa anamnesis y una exploración física completa. Asimismo, podemos identificar lesiones premalignas, como la eritroplasia de Queyrat o la papulosis bowenoide, así como patología maligna, destacando el carcinoma epidermoide o la enfermedad de Paget. Complicaciones secundarias como la sobreinfección o las liquenificación o ulceración tras el rascado pueden dificultar el diagnóstico.

**Conclusiones.** Las dermatosis genitales son un motivo frecuente de consulta. En ocasiones los pacientes tardan en acudir al dermatólogo para valorar estas lesiones. Quizás el motivo se deba al miedo a tener una patología maligna o una infección de transmisión sexual y los prejuicios socioculturales de algunos pacientes. A veces es por desconocer el especialista que trata dichos procesos acudiendo previamente a Ginecología o Urología.

#### 19. MANEJO DEL PRURITO ACUAGÉNICO Y PAPEL DE LOS CORTICOIDES ORALES. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Sainz-Gaspar, M. Pousa-Martínez, G. Pita da Veiga, P. Pérez Feal, I. Vila, J. Labandeira y H. Vázquez-Veiga

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.*

**Introducción.** El prurito acuagénico (PA) es un trastorno que se caracteriza por prurito intenso, sensación de quemazón u hormigueo secundario al contacto con el agua, en ausencia de cambios visibles en la piel. Presenta un impacto negativo en la calidad de vida y con frecuencia es refractario a los tratamientos convencionales.

**Objetivo.** Describir nuestra experiencia en el manejo terapéutico de pacientes diagnosticados de PA.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de una serie de pacientes diagnosticados de PA de nuestro centro.

**Resultados.** Se evaluaron 19 pacientes, 8 mujeres y 11 hombres, con una media de edad de 42,3 años. Todos tenían PA crónico, con una duración superior a 5 años en un 53%. Los factores desencadenantes más comunes fueron el contacto con el agua de la ducha, agua de mar, lluvia, vapor y sudoración. Encontramos alteraciones del complemento en el 47% de los pacientes. Se recogió el tratamiento empleado y la respuesta al mismo en 14 pacientes, estos constituyeron la muestra para el estudio de las opciones terapéuticas. Se registraron dos líneas de tratamiento: un primer escalón en el que se incluyó la alcalinización del agua del baño con polvos de bicarbonato y un segundo escalón terapéutico que consistió en dosis bajas de corticoides orales. En 8 pacientes se habían empleado antihistamínicos orales previamente a la administración de bicarbonato o corticoides orales, en 2 de ellos no se requirió otro tratamiento. El bicarbonato fue empleado en 8 individuos; de los cuales respondieron 5. Entre aquellos sujetos que no respondieron o no llevaron a cabo el tratamiento del primer escalón se emplearon corticoides orales. La respuesta fue completa en los 7 pacientes, de los cuales en 5 fue sostenida. En caso de recidiva, esta fue controlada con un nuevo ciclo de corticoides.

**Conclusión.** Los pacientes con PA deben tratarse porque puede persistir durante años e interfiere en la calidad de vida. La buena respuesta a corticoides orales y a fototerapia junto con las frecuentes alteraciones del complemento indican un posible origen orgánico, por lo que, de acuerdo con nuestros resultados, queremos destacar el uso de dosis bajas de corticoides orales como alternativa terapéutica en el PA por su sencillez, eficacia y rapidez de acción con respecto a los tratamientos descritos.