SUPLEMENTO

LA PIEL DEL MILENIO

REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN TERRITORIAL ANDALUZA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA

Parque de las Ciencias de Granada

15 y 16 de marzo de 2013

ACTUALIDAD MÉDICA

www.actualidadmedica.es

ACTUALIDAD
MÉDICA
www.actualidadmedica.es

Actualidad Médica

Comité editorial

Editor
Salvador Arias Santiago

Editores adjuntos
Miguel González Andrades
Miguel Ángel Arrabal Polo

Comité rector

Prof. Antonio Campos Muñoz
Presidente de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental

Prof. Indalecio Sánchez-Montesinos García
Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Prof. Manuel García Morillas
Presidente de la Asociación de Antiguos Alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Comité científico y asesor

Manuel Díaz-Rubio
Madrid, España

Jorge Alvar Ezquerra
Ginebra, Suiza

Juan Rodés Teixidor
Barcelona, España

Pasquale Quattrone
Milán, Italia

José María Segovia de Arana
Madrid, España

Antonio Rendas
Lisboa, Portugal

Blas Gil Extremera
Granada, España

Andrés Castell
México DF, México

Duarte Nuno Vieira
Coímbra, Portugal

Juan Jiménez Alonso
Granada, España

Alice Warley
Londres, Reino Unido

Evaristo Jiménez Contreras
Granada, España

Antonio Alcaraz Asensio
Barcelona, España

Comité de redacción

Luis Javier Aróstegui Plaza
Álvaro Sillero Sánchez
M. Nieves Gallardo Collado

Diseño y maquetación

ARP Producciones

Imprenta

Gráficas Alhambra

Revista editada por:

Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental
Granada

Facultad de Medicina.
Universidad de Granada

Asociación de Antiguos Alumnos
de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Granada

Publicación cuatrimestral
(3 números al año)

© 2013. Actualidad Médica
Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Actualidad Médica, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Actualidad Médica con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Disponible en internet:
www.actualidadmedica.es
Atención al lector:
info@actualidadmedica.es
Actualidad Médica.
Avda. Madrid 11. 18012 Granada · España.

Protección de datos: Actualidad Médica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Papel ecológico libre de cloro. Esta publicación se imprime en papel no ácido.
This publication is printed in acid-free paper.

Impreso en España.

Depósito Legal: GR-14-1958

ISSN: 0365-7965.

Actualidad Médica incluída en Latindex e IME

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de los términos médicos, Actualidad Médica recomienda consultar el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 4-24

Actualidad
Médica

Comité organizador y científico de la reunión anual de la sección territorial andaluza de la AEDV

Coordinador de la Reunión
Prof. Agustín Buendía Eisman

Comité Organizador y Científico
Prof. Agustín Buendía Eisman
Profª. Rosa Ortega del Olmo
Dr. Salvador Arias Santiago
Prof. Vicente Delgado Florencio
Dr. Valentín García Mellado
Profª. María Teresa Gutiérrez Salmerón
Prof. Ramón Naranjo Sintes
Prof. Salvio Serrano Ortega
Profª. Maria Luisa Wilhelmi de Cal

Junta directiva de la sección territorial andaluza de la AEDV

Presidente
Dr. Vicente Crespo Erchiga
Jefe *Servicio Dermatología. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Vicepresidenta
Dra. Rosa Ortega del Olmo
Profesora Titular de Dermatología de la Facultad de Medicina de Granada

Vicepresidenta
Dra. Amalia Pérez Gil
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Secretario
Dr. Mario Linares Barrios
Hospital U Puerta del Mar. Cádiz

Tesorero
Dr. Francisco Ruso de la Torre
Hospital Punta de Europa. Algeciras

Vocal Almería
Dra. Francisca Simón López
Hospital Torrecárdenas. Almería

Vocal Cádiz
Dr. Diego del Ojo Cordero
Hospital U Puerta del Mar. Cádiz

Vocal Córdoba
Dr. Rafael Jiménez Puya
Hospital U Reina Sofía. Córdoba

Vocal Granada
Dr. Agustín Buendía Eisman
Profesor Titular Dermatología de la Facultad de Medicina de Granada

Vocal Huelva
Dr. Enrique Jorquera Barquero
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Vocal Jaén
Dra. Anabel Rodrigo Sánchez
Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura. Jaén

Vocal Málaga
Dr. Silvestre Martínez García.
Hospital U Carlos Haya. Málaga

Vocal Sevilla
Dra. Águeda Pulpillo Ruiz
Hospital U Virgen del Rocío. Sevilla

Representante de Residentes
Dr. Salvador Arias-Santiago
Hospital Clínico Universitario S. Cecilio. Granada.
Hospital General Básico de Baza. Granada

ACTUALIDAD
MÉDICA
www.actualidadmedica.es
© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actualidad Médica.
ISSN: 0365-7965. Depósito Legal: GR-14-1958
Edita la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental.
Avda. Madrid 11. 18012 Granada · España.
www.ramao.es

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 5-24

Actualidad
Médica

06 Factores pronósticos y micosis fungoide: estudio retrospectivo de 74 pacientes.
Estudio preliminar del valor de la ecografía cutánea de alta frecuencia en el diagnóstico y manejo del carcinoma basocelular.
Teledermatología y prevención secundaria de melanoma.

07 Efectos secundarios y recidiva de hemangiomas infantiles tras tratamiento con propranolol.
Tumor de rápido crecimiento en cara.
Carcinoma sebáceo extraocular en paciente inmunodeprimido.

08 Pilomatrixcarcinoma: un raro tumor anexial.
Tumor fibrohistiocitario ulcerado y gigante en niña de 8 años.
Lesiones psoriasiformes sincrónicas en área peribucal y pélvica.

10 Mucosa en empedrado.
Síndrome de Wells y otras dermatosis eosinofílicas en asociación con enfermedades hematológicas malignas. Presentación de dos casos.
Linfangitis granulomatosa de pene y escroto como marcador cutáneo de enfermedad de Crohn.

11 Pitiriasis versicolor atrófica.
Alopecia cicatricial asociada a mastocitos.

12 Dermatitis de larga evolución.
Metástasis ampollosas en un carcinoma de mama.
Pápulas y placas amarillentas y violáceas en cara y cuello.

13 Perniosis familiar

14 Comportamientos, actitudes y conocimientos relacionados con la exposición solar en los adolescentes tras una intervención educativa.
Utilidad del ratio maligno/benigno en las lesiones extirpadas como herramienta de eficiencia de una unidad de lesiones pigmentadas.

15 Tipificacion HLA I y II en pacientes con psoriasis y atropatía psoriasica. Asociación con evolución clínica y respuesta terapéutica.
Dermoadolescencia. Síndrome del pulgar de la playstation.
Optimización de un modelo de piel artificial generada mediante ingeniería tisular.

16 Dermatitis flagelada por tratamiento con bleomicina. A propósito de tres casos.
La piel en un decenio: un caso de cutis vertice Gyrata.
¿Qué hay en la lata?

17 Pápulas eritematosas axilares y periareolares persistentes.

18 Serie de casos de dermatitis herpetiforme en un hospital de referencia.
Sensibilización a prótesis dentales en pacientes con orodinia.
Lesiones pustulosas cutáneas asociadas a artritis-diarrea.

19 Complicaciones en pacientes con hipersensibilidad al níquel que son portadoras de implante ginecológico con aleación de níquel (essure®).
Aplicación de un segundo ciclo de terapia fotodinámica en el tratamiento del cpnm con respuesta inicial incompleta: ¿una buena opción?.
Granuloma facial, una manifestacion local de enfermedad relacionada a igg4 en piel

20 Miasis cutánea forunculoide.
Granulomatosis orofacial. Respuesta a ustekinumab.

21 Tratamiento de pioderma gangrenoso recalcitrante con anakinra.
Lo que la artefacta esconde.
Colgajo retroauricular en isla para defectos de espesor total de antehélix.

22 Xantomas eruptivos. A propósito de dos casos.

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 6-24

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Academia Española de Dermatología y Venereología

Sección Territorial Andaluza

COMUNICACIONES ORALES

1ª Sesión. Viernes, 15 de marzo

FACTORES PRONÓSTICOS Y MICOSIS FUNGOIDE: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 74 PACIENTES

Ana María Mota Burgos, Norberto López Navarro, Enrique Herrera Acosta, María Victoria Mendiola Fernández, Paula Martín Cuevas, Modesto Martín González, Enrique Herrera Ceballos

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La micosis fungoide es un grupo de linfomas cutáneos primarios epidermotropos, caracterizados por una proliferación de linfocitos T neoplásicos, de pequeño o mediano tamaño cerebriformes. Son los linfomas cutáneos de células T más frecuentes y se caracterizan por un curo clínico indolente. El diagnóstico en la mayoría de los casos requiere una correlación clínico-patológica y el tratamiento varía en función del estadio.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio es el análisis comparativo de las características clínico-epidemiológicas y los factores pronósticos derivados del total de casos de micosis fungoide diagnosticados en un Hospital de 2º nivel de Málaga (España) durante el período 1995-2011.

Material y métodos: El estudio incluye todos los casos de micosis fungoide diagnosticados en nuestro centro, durante el periodo de 1995-2011. En todos los pacientes el diagnóstico se realizó en base a las características clínicas de la enfermedad y se confirmó posteriormente mediante análisis histopatológico. Se analizaron un extenso número de variables, entre ellas, edad al diagnóstico, sexo, estadio, tiempo de evolución de la enfermedad, sintomatología acompañante, niveles de LDH y B2 microglobulina, tratamientos recibidos, respuesta al tratamiento inicial, curso de la enfermedad y supervivencia. Todos los datos se obtuvieron de forma retrospectiva a través de revisión de historias clínica e informes de anatomía patológica.

Conclusiones/resultados: Con estos datos y mediante el uso de correlaciones simples y modelos de regresión logística podemos determinar los principales factores pronósticos para la micosis fungoide en nuestro medio.

ESTUDIO PRELIMINAR DEL VALOR DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA DE ALTA FRECUENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CARCINOMA BASOCELULAR

Carlos Hernández Ibáñez, Miguel Aguilar Bernier, Rafael Fúnez Liebana*, Laura Padilla España, Javier Del Boz, Teresa Fernández-Morano, Magdalena De Troya Martin

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol de Marbella*

Introducción y objetivos: La ecografía cutánea de alta frecuencia (ECAF) es una técnica diagnóstica aún en vías de investigación. Recientes publicaciones han demostrado su utilidad en el manejo del carcinoma basocelular (CBC), especialmente en la estimación del tamaño tumoral y delimitación de márgenes prequirúrgicos, aunque encontraron dificultades para la diferenciación de subtipos. El objetivo del presente estudio fue determinar su posible utilidad en la diferenciación entre patrones agresivos y no agresivos de CBC y la posterior aplicación a su manejo clínico.

Metodología: Estudio prospectivo. Se analizaron ecográficamente los casos de CBC recurrentes diagnosticados inicialmente como superficiales atendidos en la consulta de terapia fotodinámica del Hospital Costa del Sol entre Septiembre 2012 y Febrero 2013. Se utilizó un ecógrafo cutáneo de alta frecuencia - 20 Mhz - (Dermascan C) y los resultados ecográficos se compararon con los histológicos obtenidos por la biopsia posterior de las lesiones.

Resultados: Se incluyeron 9 casos. Cinco fueron correctamente clasificados por la ECAF. Éstos habían sido inicialmente diagnosticados mediante punch-biopsia como superficiales. La ECAF determinó que 3 eran realmente agresivos (infiltrativos) y 2 de ellos no agresivos. De estos 2 últimos casos, uno resultó ser una queratosis liquenoide con patrón ecográfico similar a un CBC superficial. En los 4 casos restantes la ECAF no clasificó correctamente el patrón histológico.

Conclusiones y discusión: Entre los distintos factores de recurrencia al tratamiento no quirúrgico de los CBC superficiales se encuentra una mala catalogación del subtipo histológico mediante biopsia. La biopsia-punch abarca sólo una parte de la lesión pudiendo pasar por alto áreas tumorales con componente agresivo que serían responsables de la falta de respuesta terapéutica. La ECAF podría ser de ayuda en la diferenciación entre patrones de CBC agresivos y no agresivos y por tanto al correcto manejo de estos tumores en la práctica clínica.

TELEDERMATOLOGÍA Y PREVENCIÓN SECUNDARIA DE MELANOMA

Rosa Corbí Llopis[1], Elisa Pérez Vega[1], José Bernabeu Wittel[1], Domínguez Cruz, Javier Jesús[1], Teresa Zulueta Dorado[2], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]

[1]UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

[2]UGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La prevención secundaria mejora la supervivencia en el melanoma cutáneo. Los sistemas de teledermatología permiten eficazmente el cribado del cáncer cutáneo.

Objetivos: Determinar la influencia de la teledermatología en el diagnóstico de melanomas de bajo riesgo, en términos de reducción del índice de Breslow.

Material y método: Fueron incluidos todos los melano-

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

mas atendidos en una consulta de teledermatología de almacenamiento y envío ("teleconsulta"), confirmados histopatológicamente, desde el 1 de junio de 2007 al 31 de diciembre de 2011, y melanomas diagnosticados en consulta convencional ("convencional") desde el 1 de junio de 2007. Para comparación de variables cualitativas se aplicó el test de la Chi cuadrado. En caso de variables cuantitativas con distribución normal se compararon las medias mediante el test de la t de Student, y para no paramétricas la U de Mann-Whitney y el test de Kruskal-Wallis. Se consideró un nivel de significación estadístico bilateral alfa de 0,05. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 92 melanomas de teleconsulta y 88 de consulta convencional. La mediana (RIC o p25-p75) del Breslow en el grupo teleconsulta fue 0,5 mm (0-0,87mm) y la del grupo consulta convencional fue de 0,6 mm (0,17-1,79mm). Se halló una diferencia estadísticamente significativa de medianas del índice de Breslow entre ambos grupos (p=0,048).

Conclusiones: La teledermatología diferida permite diagnosticar melanomas en estadio tumoral de bajo riesgo.

EFECTOS SECUNDARIOS Y RECIDIVA DE HEMANGIOMAS INFANTILES TRAS TRATAMIENTO CON PROPRANOLOL

José Manuel de la Torre-García, Ana Isabel Lorente-Lavirgen, Elena Baquero-Sánchez, Rocío López-López, José Bernabeu-Wittel, Julián Conejo-Mir-Sánchez

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El propranolol se ha instaurado como tratamiento altamente efectivo para el tratamiento de los hemangiomas infantiles (HI). No obstante recientemente se han comunicado casos de recurrencia de algunos de estos hemangiomas tras suspender el tratamiento con propranolol. Aún no se han establecido los mecanismos y factores implicados en esta recurrencia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de hemangiomas infantiles y tratados con Propranolol en la consulta de dermatología pediátrica y de cirugía infantil del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se realizó en todos los pacientes un seguimiento de al menos 6 meses tras suspender el tratamiento con Propranolol, valorándose el mantenimiento de respuesta o la recurrencia del hemangioma infantil.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes con 118 hemangiomas tratados con Propranolol. Los efectos adversos fueron los habituales, destacando la inquietud nocturna. Un 19,56% de los hemangiomas recidivaron tras suspender el tratamiento. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar las variables entre los hemangiomas recidivados con los no recidivados, como el sexo, edad gestacional, peso al nacer, tipo y localización del hemangioma, momento de inicio del tratamiento, duración del mismo y dosis máxima recibida. Sin embargo existe significación estadística en la presentación de inquietud nocturna en los pacientes con HI en la línea media.

Conclusiones: Aún nos son desconocidos los mecanismos implicados en la recurrencia de los hemangiomas tratados con propranolol. Hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre los hemangiomas presentes en la línea media y la aparición de efectos secundarios neurológicos con la toma de propranolol. Desconocemos si existe significación biológica.

TUMOR DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN CARA

Garrido Colmenero Cristina, Valenzuela Salas Ignacio, Martínez García Eliseo, Blasco Morente Gonzalo, Martín Castro Aurelio*, Tercedor Sánchez Jesús, García Mellado Valentín

*UGC Dermatología y *UGC Anatomía Patológica Hospital Virgen de las Nieves. Granada*

Introducción: El nódulo de Orf es una infección causada por un virus perteneciente a la familia Poxviridae y al género Parapoxviridae, endémico en ovejas y cabras[1]. Se presenta principalmente en las manos de personas que manipulan ganado caprino y bobino infectado[2]. Presentamos un caso de nódulo de los ordeñadores de localización atípica facial.

Caso clínico: Mujer de 20 años sin antecedentes de interés, estudiante en Granada, que acude a urgencias porque desde hace una semana presenta en mentón tumor eritematoso de 2.5 cm de consistencia firme, de borde brillante violáceo y centro costroso, no adherido a planos profundos. Se palpa adenopatía submandibular de 1 cm de consistencia elástica, no adherida, contralateral. Interrogando acerca de su entorno refiere que los fines de semana suele ir a casa de sus padres en la Alpujarra donde tienen ganado.

Se realiza biopsia cutánea para estudio histopatológico y microbiología. Comenzamos antibioterapia empírica con amoxicilina/clavulánico y ciprofloxacino.

A los 7 días ha desaparecido la adenopatía pero el tumor ha aumentado de tamaño. Los cultivos fueron negativos para leishmania, microbiota epitelial, virus, baciloscopia y micobacterias. Se decide extirpar el tumor para evitar una cicatriz inestética resicual y se envía la muestra para estudio de virus, siendo el cultivo positivo para: parapoxvirus. La paciente acude a revisión un mes después presentando buen estado de la zona intervenida.

Discusión: El nódulo de Orf, es una zoonosis cosmopolita principalmente de zonas agroganaderas. La infección por parapoxvirus confiere inmunidad de por vida para el huésped[1]. El diagnóstico diferencial incluye el nódulo del ordeñador, ántrax, infecciones por micobacterias atípicas, tularemia, leishmaniasis cutánea y peste[4].

Conclusión: El nódulo de Orf en cara, es poco habitual y puede llevar a error diagnóstico. Es muy importante que el dermatólogo en su práctica clínica habitual indague acerca del ambiente epidemiológico de los pacientes ya que en algunas ocasiones nos va a dar la clave para el diagnóstico.

Bibliografía:

1. Diven DG. An overview of poxviruses. J Am Acad Dermatol 2001;44:1-14

2. Groves RW, Wilson-Jones E, MacDonald DM. Human Orf and milkers´nodule: a clinicopathologic study. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 706-11.

4. Carucci JA, McGovern TW, Norton SA, Daniel CR, Elewski BE, Fallon-Friedlander S, et al. Cutaneous anthrax management algorithm. J Am Acad Dermatol 2002;47:766-9.

CARCINOMA SEBÁCEO EXTRAOCULAR EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Gladys Pérez Cabello, Ana María Mota Burgos, Ricardo Bosch García, Rosa Castillo Muñoz, Jorge Alonso Suarez Pérez, Karina Dryk y Enrique Herrera Ceballos

Hospital Universitario "Virgen de la Victoria". Málaga

Introducción: El carcinoma sebáceo es una neoplasia anexial poco frecuente y agresiva, que en muchas ocasiones representa un marcador cutáneo del síndrome de Muir-Torre, una enfermedad genética de carácter autosómico dominante que se asocia a tumores de las glándulas sebáceas y neoplasias viscerales, especialmente al cáncer de colon.

Caso clínico: Varón de 45 años, inmunodeprimido por un trasplante renal secundario a glomerulonefritis infecciosa en la infancia, que consulta por una lesión asintomática en espalda de un año de evolución y múltiples pápulas faciales blanquecinas. El estudio anatomopatológico fue compatible con carcinoma sebáceo y adenomas sebáceos, respectivamente, y el análisis inmunohistoquímico reveló una mutación de MSH2 y MSH 6. El estudio de extensión fue negativo.

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 8-24

Conclusión: La evidencia de un carcinoma sebáceo siempre debe hacernos pensar en la existencia de un síndrome de Muir-Torre, lo que hace necesario un estudio exhaustivo para descartar neoplasias asociadas tanto en el paciente como en sus familiares. La presencia de inmunosupresión puede desenmascarar un fenotipo Muir-Torre o favorecer la aparición de un carcinoma sebáceo aislado. El estudio inmunohistoquímico junto con el estudio genético son necesarios para llegar al diagnóstico de este síndrome.

PILOMATRIXCARCINOMA: UN RARO TUMOR ANEXIAL

Romero Sillero Estrella Mª, Alexander Zorro John*, Osorio Gómez Giovana F, Martínez Barranca Mª Luisa, Begines Cabeza Concepción, Rojo García Jose Mª, Conde Zurita Jose Mª*, Pérez Gil Amalia, Escudero Ordóñez Jerónimo

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital V. Valme. Sevilla*

Descripción del caso: Mujer de 84 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y dislipemia, que consulta por lesión nodular de dos años de evolución de crecimiento progresivo, localizada en antebrazo derecho.

Exploración: A la exploración se observaba tumoración asintomática de 3 cm., sésil, de superficie lisa anetodérmica y color eritematovioláceo con pequeña ulceración y costra central, en superficie de extensión de antebrazo derecho. No presentaba otras lesiones en el resto del tegumento ni adenopatías locorregionales palpables.

Pruebas complementarias: Con sospecha clínica de tumor de Merkel, se realizó la extirpación radical de la lesión con márgenes de 5mm bajo anestesia local. Los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con pilomatrixcarcinoma con extensa transformación amiloide. El estudio de extensión incluyó radiografía de tórax y ecografía de abdomen, ambas normales.

Juicio clínico: Pilomatrixcarcinoma con extensa transformación amiloide.

Comentario final: El pilomatrixcarcinoma es un tumor infrecuente que se origina a partir de las células de la matriz pilosa de comportamiento localmente agresivo y con capacidad metastásica. De los casos publicados ninguno presenta la peculiaridad histológica de nuestro caso sin que se pueda dilucidar la importancia que la diferenciación amiloide pueda suponer en el curso de la enfermedad. Debido a la rareza de este tumor anexial, no existen protocolos sobre su manejo y seguimiento. En el caso que presentamos, tras 10 meses de seguimiento, no hemos evidenciado recidiva local ni enfermedad metastásica.

Bibliografía:

1. Cornejo KM, Deng A. Pilomatrix carcinoma: a case report and review of the literatura. Am J Dermatopatho. 2012;4:256-259

2. D, Linares MD, Cuevas-Santos J, Contreras F. Pilomatrix carcinoma: a clinicopathologic study of six cases and review of the literature. Am J Dermatopathol. 2001; 23(5):394-401.

3. Jeffrey Melancon, Wynnis Tom, Roberta. Management of pilomatrixcarcinoma. Dermatol Surg 2011; 37:1798–1805.

TUMOR FIBROHISTIOCITARIO ULCERADO Y GIGANTE EN NIÑA DE 8 AÑOS

Rocío López López, Elena Baquero-Sánchez, Ana Isabel Lorente-Lavirgen, Jose de la Torre-García, Tomás Toledo-Pastrana+, José Bernabeu-Wittel, David Marcilla-Plaza*.

*Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío**

Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen Macarena+. Sevilla

Descripción del caso: Niña de 8 años que presentaba una lesión en la cara posterior del muslo izquierdo de 5 años de evolución que fue creciendo progresivamente y en las semanas anteriores a la consulta comenzó con sangrado por lo que acudió a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Presentaba en la cara posterior del muslo izquierdo una tumoración indurada, exofítica, con la superficie ulcerada, friable y sangrante, de 35 mm de diámetro. Se realizó una resonancia magnética donde se apreciaba una tumoración bien delimitada que no infiltraba las estructuras adyacentes. Se realizó exéresis quirúrgica bajo anestesia general hasta planos musculares. El estudio histopatológico de la pieza mostró una lesión compatible con un dermatofibroma. La inmunohistoquímica y la patología molecular excluyeron el diagnóstico de fibrosarcoma congénito y dermatofibrosarcoma protuberans.

Diagnóstico: Dermatofibroma gigante ulcerado.

Comentario final: El dermatofibroma es un tumor benigno muy frecuente. Además de la forma clásica existen otras formas clínicas menos comunes. Una de las más raras es el dermatofibroma gigante, del que existen 26 casos publicados en la literatura científica. La peculiaridad de nuestro caso radica en ser el primer dermatofibroma gigante descrito en edad pediátrica. Este tumor suele estar pediculado, presenta un comportamiento biológico benigno y las características histopatológicas son superponibles a las de un dermatofibroma convencional. Debido a las características de la lesión no se suele realizar un diagnóstico de sospecha inicial.

Biografía:

1. Hueso L, Sanmartin O, Alfaro-Rubio A, Serra-Guillen C, Martorell A, Llombart B, Requena C, Nagore E, Botella-Estrada R, Guillen C: Giant dermatofibroma: case report and review of the literature. Actas Dermosifiliogr 2007;98:121–124.

2. Pusztaszeri M, Jaquet P-Y, Williamson C: Giant hemosiderotic dermatofibroma: a case report and review of the literature. Case Rep Dermatol 2011; 3:32-36.

LESIONES PSORIASIFORMES SINCRÓNICAS EN ÁREA PERIBUCAL Y PÉLVICA

Godoy-Díaz DJ[1], Lova-Navarro M[1], Fernández-Ballesteros M[1], Ojeda-Martos A[1], Vera Casaño A[1], Sanz-Trelles A[2].

[1]Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

[2]Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Descripción del caso: Varón de 78 años que acude derivado a nuestra consulta por su médico de atención primaria, por lesiones psoriasiformes de aparición sincrónica a nivel peribucal y área pélvica de 6 meses de evolución, acompañado de un proceso diarreico crónico con cultivo de heces negativo.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destacan placas eritematodescamativas de borde bien definido y distribución simétrica a nivel peribucal, así como mimas lesiones y otras erosivas en cara interna de ambos muslos y glúteos. Se realizó una biopsia cutánea que fue informado de psoriais.

Juicio clínico: Psoriasis.

Al mismo tiempo, al carecer de antecedentes de psoriasis, la distribución de las lesiones y el cuadro diarreico acompañante, sospechamos un cuadro de hipozinquemia adquirida, solicitando niveles de fosfatasa alcalina y zinc, resultando ambos disminuidos.

El paciente no respondía a tratamiento tópico con betametasona y calcipotriol, presentando posteriormente una mejoría muy significativa tras terapia con sulfato de zinc.

Diagnóstico: Hipozinquemia adquirida secundaria a síndrome malabsortivo.

Comentario final: Cuando la hipozinquemia es leve (40-60 µg/dl), las manifestaciones clínicas son más sutiles, por lo que el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. La determinación de los niveles de zinc en plasma es diagnóstica.

Períodos prolongados de hipozinquemia leve dan lugar a que la necrolisis epidérmica sea mínima o esté ausente, por lo que este cuadro se hace tanto clínica como anatomopatologicamente indistinguible de la psoriasis.

Bibliografía:

1. Piyush Kumar MD, Niharika Ranjan Lal MBBS, Ashim Kumar M, Avijit Mondal MD, Ramesh C Gharami MD, Arunasis Maiti MD. Zinc and skin: A brief summary. Dermatology Online Journal. 2012 March; 18 (3): 1

2. Graves K, Kestenbaum T, Kalivas J. Hereditary acrodermatitis enterophatica in an adult. Arch Dermatol. 1980 May; 116(5):562-4..

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 10-24

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Academia Española de Dermatología y Venereología
Sección Territorial Andaluza

COMUNICACIONES ORALES
2ª Sesión. Viernes, 15 de marzo

MUCOSA EN EMPEDRADO

María Dolores Fernández Ballesteros, Daniel Jesús Godoy Díaz, Miguel Lova Navarro, Ángel Vera Casaño, Andrés Sanz Trelles*.

Servicios de Dermatología y Anatomía patológica. HRU Carlos Haya. Málaga*

Descripción del caso: Mujer de 32 años de edad sin antecedentes de interés. Presenta desde hace 14 años múltiples pápulas en cavidad oral que ocasionaban una leve molestia local, sin ningún otro síntoma asociado. La paciente había sido valorada con anterioridad por otros especialistas, las biopsias realizadas no fueron concluyentes y los estudios complementarios mediante analíticas y pruebas de imagen no evidenciaron ninguna alteración sistémica.

Exploración: En la exploración de la cavidad oral se observaban múltiples pápulas eritematosas de superficie lisa con un patrón en empedrado, localizadas en mucosa labial interna y gingival.

Pruebas complementarias: Se realizó una nueva biopsia de una de las pápulas. Se apreciaban áreas sobreelevadas en el epitelio de la mucosa con una marcada hiperplasia epidérmica, edema intercelular y una proliferación de vasos sanguíneos congestivos en la lámina propia, llamaba la atención un denso infiltrado de células plasmáticas maduras que se extendían en profundidad.

Juicio clínico: Hiperplasia epitelial focal.

Diagnóstico: La valoración del caso en su conjunto y el hallazgo histológico del denso infiltrado de células plasmáticas mantenido en el tiempo llevó al diagnóstico de Mucositis de células plasmáticas.

Comentario final: La Mucositis de células plasmáticas (MCP) es una rara enfermedad de etiología desconocida de la que se han descrito pocos casos. Es un trastorno proliferativo benigno de células plasmáticas que puede afectar a la cavidad oral, faringe, laringe, tráquea y bronquios. Se han descrito síntomas de larga duración como dolor en la boca y en la garganta, disfagia, ronquera y dificultad respiratoria. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la mucositis de contacto, la hiperplasia epitelial focal, la sarcoidosis, el plasmocitoma, la enfermedad de crohn, la enfermedad de Cowden y la paracoccidiomicosis. El tratamiento es sintomático, pero en caso de afectación de estructuras traqueobronquiales puede ser necesario realizar una traqueostomía, ablación con láser o radiación. La presencia de células plasmáticas en la histología no es criterio suficiente para considerar esta entidad (MCP), ya que para su diagnóstico precisa de estrictos criterios histológicos y clínicos.

Bibliografía:

1. Solomon LW, Wein R, Rosentwald I, Laver N.Plasma cell mucositis of the oral cavity: report of a case and review of the literature. Oral and Maxilofacial Pathology. 2008;106(6):853-860.

2. Ferreiro, JA. Mucous membrane plasmacytosis of the upper aerodigestive tract. A clinicopathologic study. Am J Surg Pathol. 1994;18:1048-53.

SÍNDROME DE WELLS Y OTRAS DERMATOSIS EOSINOFÍLICAS EN ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS MALIGNAS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Elena Baquero Sánchez; José Manuel De La Torre García; Rocío López López; Ana Isabel Lorente Lavirgen; Águeda Pulpillo Ruiz; Teresa Zulueta Dorado; Julián Sánchez Conejo-Mir

Departamento de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Las dermatosis eosinofílicas pueden asociarse a diversas enfermedades hematológicas, siendo la leucemia linfática crónica (LLC) el proceso con el que con mayor frecuencia se ha descrito dicha asociación. Hay autores que defienden que el síndrome de Wells (Celulitis Eosinofílica) y las erupciones de tipo reacción a picaduras persistentes constituyen distintas variantes de un mismo espectro de enfermedad, caracterizada histopatológicamente por un infiltrado dérmico de predominio eosinofílico.

Presentamos dos casos de pacientes diagnosticados de LLC que desarrollaron ambos lesiones de tipo reacción a picaduras y posteriormente uno de ellos una placa eritematoedematosa pruriginosa compatible con el síndrome de Wells. Presentamos estos casos por su rareza y para mostrar las similitudes y en ocasiones superposición clínica e histopatológica de estas entidades.

LINFANGITIS GRANULOMATOSA DE PENE Y ESCROTO COMO MARCADOR CUTÁNEO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Contreras Ferrer Patricia[1], Garnacho Saucedo Gloria[2], Casas de la Asunción Enrique[2], Salido Vallejo Rafael[4], Ruano Ruiz Juan[2], Rodriguez Martín Ana[2], De la Corte Sánchez Sofía[2], Salvatierra Juan[3], Moreno Giménez Jose Carlos[2]

[1]Servicio de dermatología Hospital Universitario Canarias
[2]Servicio de dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
[3]Servicio de anatomía patológica. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
[4]Servicio de dermatología. Hospital Valle de los Pedroches Pozoblanco. Córdoba

Caso Clínico: Varón de 10 años de edad que acude a nuestra consulta para la valoración de linfedema adquirido localizado en la zona escrotal y en el prepucio de meses de evolución que cursaba con episodios de eccematización aguda. En la anamnesis dirigida destacó la presencia de síntomas

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

digestivos alternando episodios de diarrea con dolor cólico y estreñimiento que sus padres atribuían a situaciones de estrés.

Pruebas complementarias: Se realizó biopsia cutánea que resultó compatible con afectación cutánea por enfermedad de Crohn. Los estudios digestivos (colonoscopia, endoscopia y gammagrafía) confirmaron la existencia de Enfermedad de Crohn de intensidad leve.

Juicio clínico: Linfangitis granulomatosa en relación a enfermedad inflamatoria intestinal.

Diagnóstico: Denominamos linfedema a la acumulación intersticial de linfa. Según la causa responsable se clasifica en primario, debido a anomalías anatómicas en el sistema linfático, o secundario, consecuencia de la destrucción u obstrucción de estructuras linfáticas por cirugía, radioterapia o enfermedad. La linfangitis granulomatosa de pene y escroto es una entidad poco frecuente en niños siendo más típica en edades posteriores entre los 15 y los 35 años. Suele asociarse a queilitis granulomatosa y enfermedad de Crohn siendo considerada esta entidad en publicaciones como enfermedad de Crohn metastásica. La enfermedad puede debutar antes o después del diagnóstico de Crohn y su curso es independiente de la enfermedad intestinal no existiendo un claro protocolo de despistaje. El tratamiento es crónico e ineficaz siendo la recidiva la norma tras el cese del mismo. Se han utilizado corticoides sistémicos, metronidazol, sulfasalazina, azatioprina e infliximab.

Comentario final: La linfangitis granulomatosa es una entidad aún en discusión. Ciertos autores la consideran una forma "frusta" de enfermedad de Crohn o una forma de Crohn metastásico. Otros, por otro lado consideran se trata de una entidad similar a la queilitis granulomatosa orofacial de localización genital.

Bibliografía:

1. Hoque SR, Mortimer P, Cliff S. Penile and scrotal swelling in a child. Clinical and Experimental Dermatology. 2005; 30: 727-728.

2. Murphy MJ, Kogan B, Carlson JA. Granulomatous lymphangitis of the scrotum and penis. Report of a case and review of the literature of genital swelling with sarcoidal granulomatous inflammation. J Cutan Pathol 2001; 28: 419-424.

3. Mor Y, Zaidi SZ, Rose DS, Ransley PG, Mouriquand PD. Granulomatous lymphangitis of the penile skin as a cause of penile swelling in children. J Urol. 1997; 158: 591-2.

PITIRIASIS VERSICOLOR ATRÓFICA

Magdalena Silla Prósper, Manuel Perea Cejudo, Juan José Ríos Martín, Francisco Peral Rubio, Ana Carrizosa Esquivel, Antonio Rodríguez Pichardo, Francisco M. Camacho Martínez

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La pitiriasis versicolor es una micosis no invasiva de la capa córnea, producida por Malassezia spp. La variante atrófica es una forma atípica infrecuente de la que existen pocas publicaciones, que asocia atrofia cutánea.

Caso clínico: Varón de 61 años que asociaba lesiones típicas descamativas y discretamente pigmentadas a otras atróficas, lenticulares y menores de 1 cm de diámetro que se localizan en el tercio superior de la espalda. Fue tratado por su médico de cabecera con corticoides tópicos. Ante la sospecha clínica de pitiriasis versicolor atrófica, realizamos estudio anatomopatológico con tinción con H-E que confirmó la presencia de pseudohifas y esporas, por lo que iniciamos tratamiento con itraconazol 100 mg/12 horas durante 7 días, remitiendo el cuadro cutáneo.

Comentario: Aunque la patogenia de esta variante no es bien conocida, la hipótesis más creíble es que se deba a un fenómeno de hipersensibilidad retardada a antígenos de la Malassezia. No obstante, en aquellos casos en los que se emplean corticoides, se piensa que la infección fúngica podría reducir la función de barrera, aumentando la penetración del corticoide, provocando así la inhibición de la síntesis de colágeno y la reducción de la actividad mitótica de los queratinocitos.

Es necesario diferenciarla de otras dermatosis que cursan con atrofia, como anetodermias, atrofodermia de Pasini y Pierini, morfeas, liquen escleroatrófico, liquen plano atrófico, parapsoriasis, micosis fungoide, sarcoidosis, etc. todas de peor pronóstico y con mala respuesta al tratamiento.

Bibiliografía:

1. Mazuecos Blanca J, García-Bravo B, Moreno Giménez JC, Sotillo I, Camacho F. Pitiriasis versicolor pseudoatrófica. Med Cutan Iber Lat Am. 1990; 18:101-3.

2. Gupta AK, Batra R, Bluhm R, Faergemann J. Pityriasis versicolor. Dermatol Clin. 2003; 21: 413-29.

3. Yang Y, Shin M, Haw C. Atrophying Pityriasis Versicolor: Is This a New Variant of Pityriasis Versicolor? Ann Dermatol Vénéréol. 2010; 22: 456-9.

ALOPECIA CICATRICIAL ASOCIADA A MASTOCITOS

Ana Mª Almodóvar Real, Josefa Sánchez, José Aneiros Fernández*, José Abad-Romero Balmas, Ramón Naranjo Sintes

*Servicio de Dermatologia. Unidad de Gestión de Anatomía Patológica *. Hospital Clínico San Cecilio. Granada*

Descripción del caso: Mujer de 48 años que acude a la consulta por presentar desde hace meses una alopecia cicatricial con retraso en la línea de implantación del cuero cabelludo. No prurito ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta alopecia frontal fibrosante sin hiperqueratosis acompañante. Se realizan analítica básica y estudio hormonal que resultan normales. Se decide realización de biopsia punch. El estudio anatomopatológico evidencia la presencia de fibrosis e infiltrado inflamatorio perifolicular. Con tinción inmunohistoquímica para triptasa se confirma un número elevado de mastocitos que se localizan a nivel intersticial y perifolicular. Ausencia de afectación epidérmica.

Diagnóstico: Alopecia cicatricial con mastocitos.

Basándonos en la poca literatura que existe a este respecto, y debido a que el mayor número de mastocitos con alopecia cicatricial ha sido descrita como una mastocitosis indolente, se realiza determinación de N- metilhistamina en orina y triptasa sérica, así como radiografías de huesos largos, y aspirado de medula ósea para completar el estudio.

Los valores de histamina en orina son de 65 mcg/24 horas (valor normal 61.2 mcg/24h). El valor de la triptasa está dentro de la normalidad.

Las radiografías son normales, excepto la de húmero izquierdo donde se evidencia de forma accidental una ocupación de la metáfisis proximal por material cálcico con aspecto en palomitas de maíz que sugiere matriz condroide.

En el aspirado de médula ósea los mastocitos suponen alrededor del 1% de la celularidad total por lo que el diagnóstico es inespecífico.

Comentario: Se trata de una alopecia cicatricial acompañada de múltiples mastocitos en la biopsia, en la que tras completar estudio de posible afectación sistémica que resulta negativo se nos plantea la duda que pudiera corresponder a una forma de mastocitosis indolente [1] o una alopecia cicatricial asociada a mastocitos.

Bibliografía:

1. Xu X, Solky B, Elenitsas R, Cotsarelis G. Scarring alopecia associated with mastocytosis. J Cutan Pathol. 2003 Oct;30(9):561-5.

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 12-24

DERMATITIS DE LARGA EVOLUCIÓN

Blasco Morente Gonzalo, Valenzuela Salas Ignacio, Martínez García Eliseo, Garrido Colmenero Cristina, Martín Castro Aurelio*, Latorre Fuentes José María, Tercedor Sánchez Jesús, García Mellado Valentín

*UGC Dermatología y *UGC Anatomía Patológica Hospital Virgen de las Nieves. Granada*

Introducción: La dermatitis herpetiforme es la manifestación cutánea de la enteropatía sensible al gluten. Es una dermatosis ampollosa autoinmune subepidérmica crónica que cursa con una erupción polimorfa, generalmente papulovesicular, muy pruriginosa. Predomina de forma simétrica en nalgas, espalda y superficies de extensión de codos y rodillas. Presentamos un caso de dermatitis herpetiforme de larga evolución.

Caso clínico: Mujer de 48 años sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento actual y sin alergias medicamentosas conocidas. Desde la pubertad presentaba lesiones papulovesiculares pruriginosas con diferentes diagnósticos. Acude a nuestra consulta con lesiones vesiculosas sobre base eritematosa y excoriaciones en la región interescapular, sacra y muslos, por lo que sospechamos dermatitis herpetiforme y tomamos biopsia cutánea, analítica general con autoanticuerpos de enfermedad celíaca e interconsultamos con los digestólogos.

Desde entonces iniciamos tratamiento con dieta sin gluten y sulfona 100mg cada 24h. La histopatología mostró hallazgos sugerentes de dermatitis herpetiforme, pero la inmunofluorescencia directa (IFD) fue negativa. La analítica general fue normal y los autoanticuerpos negativos. La endoscopia digestiva alta con toma de biopsia no evidenció patología. A los dos meses continuaba con erupción cutánea a pesar de tratamiento correcto, por lo que se practicó una segunda biopsia y se decidió retirar los yoduros de la dieta. La segunda biopsia fue diagnóstica para dermatitis herpetiforme con depósito granular de Ig A en la membrana basal epidérmica de piel de aspecto normal con IFD. Al cabo de dos meses y hasta ahora con dieta libre de gluten y yoduros las lesiones y sintomatología han desaparecido.

Discusión: La dermatitis herpetiforme se asocia a enteropatía sensible al gluten, sin embargo en nuestro caso la clínica y los estudios complementarios fueron negativos, algo que cuadra en el contexto de una celiaquía latente. La respuesta clínica a dapsona se ha descrito como espectacular, aunque en nuestra paciente no desaparecieron las lesiones hasta retirar los yoduros de la dieta.

Conclusión: La sospecha clínica de dermatitis herpetiforme en la práctica clínica habitual del dermatólogo es muy importante, ya que puede pasar desapercibida muchos años o confundirse con otros cuadros. El dignóstico diferencial debe incluir la escabiosis, dermatitis atópica, urticaria papular, excoriaciones neuróticas, penfigoide ampollar y gestacional y dermatosis por Ig A lineal.

Bibliografía:

1. Davis JC, Wilson ML. The best diagnosis is: dermatitis herpetiformis. Cutis. 2012 Nov; 90:221, 230-1

2. Fasano A. Novel therapeutic/integrative approaches for celiac disease and dermatitis herpetiformis. Clin Dev Immunol. 2012; 2012: 959061.

METÁSTASIS AMPOLLOSAS EN UN CARCINOMA DE MAMA

Enrique Jorquera, Sofía Pérez*, Inés de Alba, Mª Carmen Suárez y Mª Carmen Vázquez

Dermatología M-Q y V y Anatomía Patológica Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva*

Las metástasis cutáneas procedentes de un cáncer primario son relativamente infrecuentes. Su presencia está influenciada por el tipo y la incidencia del tumor primario y las características del paciente. La incidencia de las metástasis cutáneas por carcinoma de mama es del 23.9%. Debido a la frecuencia del cáncer de mama, las metástasis cutáneas por este tumor son de las más frecuentes que vemos los dermatólogos. Estas metástasis se presentan bajo un amplio rango de manifestaciones clínicas, de entre ellas, las nodulares son las más frecuentes.

Presentamos el caso de una mujer de 69 años que fué diagnosticada de cáncer de mama izquierda ductal infiltrante en 2007 sometida a mastectomía radical más vaciamiento axilar (12/0). Los marcadores hormonales fueron positivos. En 2008 presentó recidiva locorregional con numerosas tumoraciones a nivel para cicatricial por lo que recibe radioterapia paliativa e inicia tamoxifeno.

En 2009 ingresa por cuadro de disnea debido a derrame pleural izquierdo con imágenes de masas que afectan pleura y región intercostal. Se describen imágenes de masas de aspecto quístico que infiltran a pectoral mayor.

Se consulta a Dermatología porque presenta elementos ampollosos de contenido serohemorrágico que abarcan el área cicatricial, el abdomen y la mama contralateral aparte de presentar un nódulo metastásico en su proximidad. Se realiza exéresis quirúrgica del mismo y se realizan dos biopsias de las ampollas. En su estudio histopatológico se demuestra que las ampollas son debidas a un despegamiento dermoepidérmico sin infiltrado inflamatorio y en dermis existen imágenes de infiltración por carcinoma formando auténticos tapones angiolinfáticos.

La existencia de metástasis ampollosas es un hecho muy infrecuente y se comentarán los hallazgos, su fisiopatología y su desenlace.

Bibliografía:

1. Di Giogi V, Grazzini M, Alfaioli B et al: Cutaneous manifestations of breast carcinoma. Dermatologic Therapy 2010; 23:581-589

2. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF: Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: A retrospective study of 4020 patients. JAAD 1993; 29:228-237.

PÁPULAS Y PLACAS AMARILLENTAS Y VIOLÁCEAS EN CARA Y CUELLO

Josefa Sánchez López, María Librada Porriño Bustamante, María José Espiñeira Carmona, María Teresa Gutierrez Salmerón, José Aneiros Fernández *, Ramón Naranjo Sintes

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.**

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Descripción del caso: Paciente varón de 57 años de edad, sin antecedentes médico- quirúrgicos de interés, salvo HTA, que acudió a consulta por la presencia de lesiones en cara y cuello de dos años de evolución, con aumento de las mismas a lo largo del tiempo, asintomáticas.

Exploración: El paciente presentaba pápulas y placas amarillentas en ambos surcos nasofaciales, nasogenianos y comisuras bucales. También lesiones papulosas aplanadas amarillentas y violáceas, agrupadas en placas en cuello y escote. El resto de la exploración era normal.

Pruebas complementarias: Se realizó una biopsia de las lesiones de cara y cuello y el estudio anatomopatológico mostró la presencia de infiltrado clonal de células histiocíticas, infiltrado inflamatorio, y células de Touton, sugerentes de xantoma diseminado. Con este resultado se realizó un estudio de extensión para descartar enfermedad sistémica: se solicitó Analítica con perfil completo de lípidos, Radiografía de tórax, Ecografía abdominal, Exploración por el Servicio de Otorrinolaringología para descartar afectación laringotraqueal y Resonancia Magnética Craneal para descartar afectación hi-

pofisaria. Todas las pruebas fueron normales. Estos resultados concordaban con la ausencia de otros síntomas recogidos en la anamnesis, confirmando que la enfermedad se limitaba a la afectación cutánea.

Diagnóstico: Xantoma diseminado.

Comentario: El Xantoma Diseminado es una enfermedad rara, clasificada dentro de las Histiocitosis de Células no Langerhans, de etiología desconocida, que se caracteriza por una proliferación histiocitaria benigna en el contexto de normolipemia y que puede afectar a piel, mucosas (boca, ojos, tracto respiratorio superior y mucosa gastrointestinal) y Sistema Nervioso Central (hipófisis). Cuando la enfermedad está localizada en piel, el pronóstico es benigno, con estabilización o regresión de lesiones, sin embargo, cuando asienta en lugares con compromiso de espacio, puede aumentar la morbimortalidad. El caso es interesante por la complejidad que entraña el diagnóstico diferencial de las enfermedades histiocitarias.

Bibliografía:

1. A S Alexander, R Turner, et al. Xanthoma disseminatum: a case report and a literature review. The British Journal of Radiology. 2005;78:153-157.

2. Jun Young Kim, Hong Dae Jung , et al. A Case of Xanthoma Disseminatum Accentuating over the Eyelids. Ann Dermatol.2010;22(3):353-357.

3. Park H.Y., Joe D.H., Kang H.C., Yun S.J. A Case of Xanthoma Disseminatum with Spontaneous Resolution over 10 Years: Review of the Literature on Long-Term Follow-Up. Dermatology. 2011;222:236–243.

4. Won-Jeong Kim, Hyun-Chang Ko et al. Successful Treatment of Xanthoma Disseminatum with Combined Lipid Lowering Agents. Ann Dermatol. 2012; 24(3):380-382.

PERNIOSIS FAMILIAR

Ana Isabel Lorente Lavirgen, Rocío López López, Jose de la Torre García, Elena Baquero Sánchez, José Bernabeu Wittel, Mercedes Morillo Andújar, Lourdes Rodríguez Fernández-Freire, Julián Conejo-Mir

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

Descripcion del caso: Niño de 2 años con lesiones cutáneas en zonas distales de manos y pies que empeoraban con el frío, con inflamación y dolor articular. Antecedentes personales de prematuridad tras embarazo gemelar con bajo peso al nacer y enfermedad de membrana hialina. Antecedentes familiares de madre y 4 tíos maternos con lesiones similares, y abuela materna fallecida por hemorragia alveolar en el contexto de un lupus sistémico.

Exploración: Nódulos eritematoviolaceos, dolorosos en la piel de las manos y dedos de los pies. Eritema en ambas mejillas.

Pruebas complementarias: La biopsia punch de las lesiones de las manos para estudio de microscopía óptica e inmnofluorescencia, reveló alteraciones compatibles con perniosis. El estudio analítico detectó elevación de VSG, factor reumatoide e hipergammaglobulinemia.

Evolución: Tras el diagnóstico se prescribió tratamiento con metotrexate 7,5 mg semanales, ácido fólico 1 comprimido semanal, estilsona y dolquine 200mg cada 12 horas, junto con medidas protectoras del frío y prednicarbato crema cada 24 horas en las lesiones, con buena evolución. El estudio genealógico familiar permitió detectar la presencia de lesiones similares y criterio de lupus en varios miembros de la familia.

Juicio clínico: Lupus perniótico.

Diagnóstico: Lupus sistémico perniótico heredofamiliar.

Comentario final: El lupus perniótico fue inicialmente descrito por Hutchinson en algunos pacientes con lupus eritematoso discoide o sistémico con lesiones localizadas acralmente inducidas o agravadas por el frío[1]. Aun en la actualidad existe un gran desconocimiento respecto a la incidencia real y la etiopatogenia de este proceso. El diagnóstico diferencial se realiza con el lupus pernio y la perniosis idiopática. Este caso es especialmente interesante porque a partir del paciente-caso se detectó un patrón de herencia familiar de la enfermedad.

Bibliografía:

1. Hutchinson J. Harveian lectures on lupus. The varieties of common lupus. BMJ 1888;1:58-63.

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 14-24

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Academia Española de Dermatología y Venereología
Sección Territorial Andaluza

COMUNICACIONES ORALES
1ª Sesión. Sábado, 16 de marzo

COMPORTAMIENTOS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON LA EXPOSICIÓN SOLAR EN LOS ADOLESCENTES TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Teresa Fernández Morano [1], Laura Padilla España [1], Carlos Hernández Ibáñez [1], Francisco Rivas Ruiz [2], Javier Del Boz González [1], Nuria Blázquez Sánchez [1], Inés Fernández Canedo [1], Miguel Aguilar Bernier [1], Juan Bosco Respiso [1] y Magdalena De Troya Martín [1]

[1] Servicio de Dermatología. Hospital Costa Del Sol. Marbella
[2] Servicio de Investigación. Hospital Costa Del Sol. Marbella

Introducción: La etapa de la adolescencia es la de mayor riesgo para el desarrollo de cáncer de piel y la que más se beneficia de la prevención primaria. Nuestro objetivo fue conocer los cambios en los comportamientos, actitudes y conocimientos relacionados con la exposición solar en adolescentes tras realizar en éstos una intervención educativa (IE).

Metodología: Estudio cuasi-experimental antes-después, en la que se realizó una IE multicomponente durante el año 2011. Se incluyeron a adolescentes escolarizados de educación secundaria de 11 institutos (8 públicos y 3 privados) de la Costa del Sol. El "Cuestionario a pie de playa", validado, recoge datos demográficos, color de piel, fototipo, hábitos de exposición solar, quemaduras solares (QS), prácticas, actitudes y conocimientos relacionados con el sol.

Resultados: Participaron 270 alumnos, de los cuáles 228 completaron los dos cuestionarios (antes y después de la IE). Los alumnos tenían entre 14-17 años. El 53,3% eran mujeres, el 86.8% de nacionalidad española y el 77.6% con fototipos III y IV. Hábitos: el 33,5% redujo el tiempo total de exposición solar y el 26,4% las QS en el último verano. El 34.7% redujo la exposición solar al medio día y el 30% mejoró el uso de cremas. Respecto a las actitudes, hubo cambios positivos en relación a la exposición solar en el 31.7%, el uso de las cremas en el 27,3% y la sombra en el 36,1%. En general hubo una mejoría de los 7 ítems de conocimientos evaluados en el postest respecto el pretest.

Conclusiones: Los colegios deben ser el lugar estratégico y los adolescentes el grupo diana al que deben ir dirigidas las campañas de prevención del cáncer de piel para la disminución de su incidencia en el futuro.

UTILIDAD DEL RATIO MALIGNO/BENIGNO EN LAS LESIONES EXTIRPADAS COMO HERRAMIENTA DE EFICIENCIA DE UNA UNIDAD DE LESIONES PIGMENTADAS

Garnacho Saucedo Gloria [1], Salido Vallejo Rafael [2], Casas de la Asunción Enrique [1], Patricia Contreras Ferrer [3], Ruano Ruiz Juan [1], Rodriguez Martín Ana [1], De la Corte Sánchez Sofía, Salvatierra Juan [4], Moreno Giménez Jose Carlos [1]

[1]Servicio de dermatología Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
[2]Servicio de dermatología Hospital Valle de los Pedroches Pozoblanco. Córdoba
[3]Servicio de dermatología Hospital Universitario Gran Canaria
[4]Servicio de anatomía Patológica Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Objetivos: Valorar la eficiencia de la Unidad de Lesiones Pigmentadas del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba de 2 años de funcionamiento (enero 2011-enero 2013)

Metodología: Según la literatura científica existen dos índices útiles para valorar la eficiencia de las Unidades de lesiones pigmentadas:

1.- Comparación del índice de Breslow medio de los melanomas diagnosticados en los pacientes en seguimiento dentro de la Unidad de lesiones pigmentadas con el índice de Breslow medio de los melanomas diagnosticados en los pacientes atendidos en el servicio de Dermatología fuera de la Unidad.

2.- Ratio maligno/benigno en las lesiones extirpadas. En una Unidad de lesiones pigmentadas este ratio debe ser superior a 1 ya que se deben reducir al máximo los falsos negativos eliminando las extirpaciones profilácticas y aumentando la especificidad en el diagnóstico de las lesiones pigmentadas.

Para el cálculo de ambos índices se analizaron todas las lesiones extirpadas durante estos dos años de funcionamiento de la unidad de lesiones pigmentadas, analizándose las alteraciones dermatoscópicas que motivaron su extirpación y estableciéndose la correlación histopatológica.

Se compararon los resultados con los obtenidos en la literatura.

Resultados: Durante estos dos años se han diagnosticado 49 melanomas en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía, 3 en los pacientes en seguimiento en la unidad de lesiones pigmentadas con un índice de Breslow medio de 0,1, sin embargo el Ratio benigno/maligno de la unidad ha sido menor de 1. Se presentan los datos obtenidos del análisis del funcionamiento de la unidad.

Conclusiones: El cálculo del ratio benigno/maligno no debería ser considerado un indicador útil para valorar la eficiencia de una unidad de lesiones pigmentadas.

Bibliografía:

1. Fuller SR, Bowen GM, Tanner B, Florell SR, Grossman D.. Digital dermoscopic monitoring of atypical nevi in patients at risk for melanoma. Dermatol Surg. 2007;33:1198-206

2. Carli P, de Giorgi V, Chiarugi A, Nardini P, Weinstock MA, Crocetti E, Stante M, Giannotti B. Addition of dermoscopy to conventional naked-eye examination in melanoma screening: a randomized study. J Am Acad Dermatol. 2004;50:683-9.

3. Carli P, De Giorgi V, Crocetti E, Mannone F, Massi D, Chiarugi A, Giannotti B. Improvement of malignant/benign

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

ratio in excised melanocytic lesions in the 'dermoscopy era': a retrospective study 1997-2001. Br J Dermatol. 2004;150:687-92.

TIPIFICACIÓN HLA I y II EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTROPATÍA PSORIASICA. ASOCIACIÓN CON EVOLUCIÓN CLINICA Y RESPUESTA TERAPÉUTICA.

Escudero González, Carmen María[1]; Perna Rodríguez, María Victoria[2]; Ferrandiz Pulido, Lara[1] ; Peral Rubio, Francisco[1]; Carrizosa Esquivel, Ana[1]; Ojeda Vila, Teresa[1]; Moreno Ramírez, David[1]

[1] Unidad de Gestión Clínica Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

[2] Unidad de Gestión Clínica Bioquímica. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La psoriasis y la artritis psoriásica (APs) son patologías en las que los factores genéticos son muy importantes para su génesis. El gen más relacionado con el desarrollo de psoriasis es HLA-Cw*0602 y HLA-B27 con APs de predominio axial; mientras que HLA-B38 y B39 están asociados con poliartritis.

Objetivo: Tipificar diversos subtipos de HLA I y II en pacientes diagnosticados de psoriasis con/sin APs y analizar su posible papel predictor de la evolución clínica y respuesta terapéutica a diversos fármacos sistémicos.

Metodología: Estudio transversal sobre pacientes reclutados consecutivamente en consultas del Área de Psoriasis del Hospital Virgen Macarena. Extracción de ADN, amplificación por PCR y detección del HLAB, HLAC y HLADRB1 mediante line-blot. Análisis de variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (tipo de psoriasis, afectación articular, tratamientos…).

Resultados: Se incluyeron un total de 57 pacientes, con una edad media de 43,9 años. Edad media de inicio de la clínica cutánea 26,8 años y articular de 39,9 años. El 45,5% de los pacientes con psoriasis tipo I y 61,5% con tipo II presentan afectación articular. En cuanto al estudio inmunogenético, la positividad de los diversos HLA fue: Cw0602 35,09%, DRB1*07 31,58%, Ac antiPCC y B39 15,79%, DRB1*03 14,04%, B27 y B38 8,77%, B13 7,02%, DRB10402 5,06%. HLACw0602 demostró asociación con el desarrollo de psoriasis tipo I (OR 0,23, p 0,05). HLADRB10402 se asoció a desarrollo precoz de clínica cutánea y articular. HLADRB103 mostró relación estadísticamente significativa con el desarrollo de APs (hallazgo no evidenciado previamente). Ac antiPCC se relacionó con desarrollo de afectación articular en todos los casos.

No objetivamos relación de necesidad de terapia sistémica o número de las mismas con ningún subtipo de HLA.

Conclusiones: En la serie analizada HLACW0602 y HLA B27 presentaron una positividad inferior a la referenciada en la literatura (60 y 13 % respectivamente). HLA B38 y 39 así como Ac antiPCC mostraron concordancia con datos de otras muestras poblacionales. Destaca la correlación de HLADRB103 y desarrollo de APs, asociación no descrita en la literatura. Se trata de una muestra limitada, por lo que sería preciso un mayor tamaño muestral para validar los hallazgos evidenciados en esta serie.

DERMOADOLESCENCIA. SINDROME DEL PULGAR DE LA PLAYSTATION

De la Corte Sánchez Sofía [1], Garnacho Saucedo Gloria [1], Salido Vallejo Rafael [2], Casas de la Asunción Enrique [1], Ruano Ruiz Juan [1], Rodriguez Martín Ana [1], Moreno Giménez Jose Carlos [1]

[1]Servicio de dermatología Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

[2]Servicio de dermatología Hospital Valle de los Pedroches Pozoblanco. Córdoba

Caso clínico: Niña de 9 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a la consulta por aparición de mácula marronácea algo purpúrica asintomática en cara palmar de la falange distal del dedo pulgar de la mano derecha de unos meses de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración clínica se apreciaba mácula marrón de bordes mal delimitados figurada observándose en la dermatoscopia un patrón paralelo de la cresta respetando los surcos. No se objetivaban otras lesiones. Se realizó un mínimo curetaje superficial de la lesión no siendo suficiente para su eliminación. Se tomó una biopsia punch de 3 mm que fue informada como piel normal con mínima hemorragia subcorneal sin apreciarse proliferación atípica de melanocitos. Se volvió a interrogar a la paciente sobre antecedentes de traumatismos y lo único que refirió su madre fue que se pasaba horas jugando con una playstation que le habían regalado hacía unos meses por su cumpleaños.

Juicio clínico: Síndrome del Pulgar de la Playstation.

Diagnóstico: El patrón dermatoscópico paralelo de la cresta es muy específico de melanoma acral, sin embargo es importante conocer otras lesiones no malignas que pueden presentar este patrón constituyendo falsos positivos. Las hemorragias subcorneales se describen en las manos después de una actividad manual excesiva. El síndrome del Pulgar de la Playstation puede presentar diferentes lesiones como ampollas dolorosas en los pulgares, onicolisis y hemorragia en la dermatoscopia. En ocasiones se afectan otros dedos, no solo el pulgar, por lo que algunos autores prefieren denominarlo "Playstation Fingertip".

Comentario final: Presentamos un caso de Síndrome del Pulgar de la Playstation como dermatosis típica de la adolescencia y que es importante conocer para evitar sospechas, pruebas y tratamientos innecesarios.

Bibliografía:

1. Bernabeu-Wittel J, Domínguez-Cruz J, Zulueta T, Quintana J, Conejo-Mir J. J Am Acad Dermatol. 2011;65:238-9. Hemorrhagic parallel-ridge pattern on dermoscopy in "Playstation fingertip".

2. Karim SA. From 'playstation thumb' to 'cellphone thumb': the new epidemic in teenagers. S Afr Med J. 2009 Mar;99(3):161-2.

3. Bakos RM, Bakos L. Use of dermoscopy to visualize punctate hemorrhages and onycholysis in "playstation thumb". Arch Dermatol. 2006;142:1664-5.

4. Vaidya HJ. Playstation thumb. Lancet. 2004 Mar 27;363:1080.

OPTIMIZACIÓN DE UN MODELO DE PIEL ARTIFICIAL GENERADA MEDIANTE INGENIERÍA TISULAR

S Arias-Santiago, V Carriel, MS Girón-Prieto, A Campos, M Alaminos, I Garzón

Grupo de Ingeniería Tisular de la Universidad de Granada
Facultad de Medicina. Universidad de Granada
Hospital General de Baza. Granada

Introducción: El tratamiento de enfermedades cutáneas con importantes defectos requiere la realización de complejas técnicas quirúrgicas basadas en injertos y colgajos. Se han desarrollado diferentes modelos de piel artificial con baja consistencia y difíciles de manejar en la clínica. Nuestro grupo de investigación ha desarrollado un modelo de piel artificial utilizando un nuevo biomaterial de fibrina-agarosa y se han buscado nuevas fuentes alternativas de células epiteliales como las células madre la gelatina de Wharton.

Material y Métodos: Las biopsias de piel humana se obtuvieron de donantes sanos utilizando anestesia local. En primer lugar, las muestras se digirieron enzimáticamente con tripsina-EDTA para obtener cultivos de queratinocitos. El estroma restante fue tratado con colagenasa I para aislar los fibroblastos. Para generar un sustituto de la dermis, la fibri-

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 16-24

na humana obtenida de una muestra de sangre humana se mezcló con agarosa y fibroblastos dérmicos. Finalmente, los queratinocitos se subcultivaron en la parte superior de los sustitutos dérmicos y se utilizó la técnica aire-líquido durante 2 semanas para inducir la estratificación epitelial. El análisis histológico de la piel artificial in vivo e in vitro (ratones inmunodeficientes) se realizó con tinción de hematoxilina y eosina, inmunofluorescencia para pancitoqueratinas, las queratinas 1 y 10, filagrina, involucrina e inmunohistoquímica para la elastina. También se evaluó la capacidad de diferenciación de las células madre de la gelatina de Wharton.

Resultados: La piel humana artificial desarrolló progresivamente un número creciente de capas de células epiteliales en la parte superior, con buenos niveles de diferenciación celular. La epidermis artificial expresó cantidades moderadas de pancitoqueratina. La expresión de involucrina fue positiva desde la primera semana, mientras que la filagrina fue positiva después de que el epitelio se expuso al aire. Además la piel humana generada a partir de células madres de la gelatina de Wharton se diferenció apropiadamente.

Discusión: El modelo de piel artificial desarrollado ha mostrado unas características histológicas e inmunohistoquímicas muy similares a la piel humana normal y tiene un uso clínico potencial muy importante.

DERMATITIS FLAGELADA POR TRATAMIENTO CON BLEOMICINA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Cristina Méndez Abad, Carmen Priego Recio, Begoña García Bravo, Francisco J. Martín Gutiérrez, Andrés Ruiz de Casa, Manuel Perea Cejudo, Francisco M. Camacho Martínez

Departamento y Unidad de Dermatología del Hospital Virgen Macarena. Sevilla. e-mail: crismenab@gmail.com

La dermatitis flagelada es una dermatosis poco frecuente caracterizada por la presencia de máculas eritematoparduscas de distribución lineal que se localizan principalmente en tórax, espalda y regiones proximales de extremidades superiores en pacientes que han sido tratados con bleomicina, quimioterápico usado en el tratamiento de varios procesos neoplásicos y linfoproliferativos como son el linfoma de Hodgkin, carcinoma espinocelulary carcinoma testicular. El fármaco se metaboliza por una enzima hidrolasa que se encuentra en menor concentración en pulmón y piel por lo que la toxicidad aumenta en dichas localizaciones. La dermatitis flagelada podría estar causada por una acumulación de bleomicina en áreas corporales expuestas a traumatismos o sometidas a presión.

Presentamos tres pacientes (dos mujeres y un hombre) que desarrollaron, al poco tiempo de iniciar tratamiento con bleomicina por un linfoma de Hodgkin, hiperpigmentaciones lineales y parduscas en tronco.

Como es un efecto secundario leve, esta dermatosis no condiciona la suspensión del tratamiento ni precisa tratamiento, persistiendo la hiperpigmentación en el tiempo.

La dermatitis flagelada debe ser diferenciada de las fitofotodermatosis y las dermatitis artefacta que pueden presentarse con una clínica similar. También se han descrito lesiones parecidas en pacientes que han ingerido previamente el hongo shiitake usado frecuentemente en la cocina japonesa. Por tanto, ante una clínica compatible con dermatitis flagelada habría que investigar la posibilidad de tratamiento previo con bleomicina.

Bibliografía:

1. Arseculeratne G, Berroeta L, Meiklejohn D et al. Bleomycin induced 'flagellate dermatitis'. Arch Dermatol 2007; 143:1461–2.

2. Martín-Hernández JM, Pinazo MI, Montesinos E, Sánchez-Castaño R, Jordá E. Toxicidad cutánea inducida por el tratamiento con bleomicina. Actas Dermosifiliogr. 2003;94:493-4.

3. Vuerstaek J.D.D. Frank J, Poblete-Gutiérrez P. Bleomycin-induced flagellate dermatitis. Int J Dermatol.2007; 46(Suppl. 3): 3–5

4. Mowad CM, Nguyen TV, Elenitsas R et al. Bleomycin-induced flagellate dermatitis: a clinical andhistopathological review. Br J Dermatol. 1994;131:700–2

5. Díaz-Corpas T, Mateu-Puchades A, Coll-Puigserver M.N, Marquina-Vila A. Dermatitis flagelada tras la ingesta de setas del género Shiitake. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:830-2

LA PIEL EN UN DECENIO: UN CASO DE CUTIS VERTICE GYRATA

Alberto Herrera Saval

Clínica Bonaderma. Sevilla

Caso clínico: Varón de 43 años de edad en la actualidad que nos consultó hace 10 años por comenzar a presentar en cuero cabelludo una zona lineal deprimida que se acompañaba de discretas parestesias. Al paciente en ese momento estaba comenzando a ser estudiado por polineuropatía desmielinizante. A la exploración presentaba un surco lineal deprimido, en región parietal de cuero cabelludo en dirección fronto-occipital con pelo conservado, sin apreciarse cambios de coloración ni induración. Se realizaron 2 biopsias cutáneas en la zona deprimida y en la piel normal, que fueron inespecíficas. En estos años han ido aumentando el número y profundidad de los surcos estableciendo el diagnóstico de cutis vértice gyrata. En el 2009 consultó por una queratodermia plantar que se resolvió con pomada queratolítica. Respecto a la polineuropatia se realizaron múltiples pruebas como biopsia muscular, estudios electrofisiológicos, estudio de lcr, resonancia nuclear cerebral, etc; concluyendo los neurólogos que el paciente padecía una polineuropatía Desmielinizante Crónica Hereditaria, al haber comenzado recientemente un hermano menor con sintomatología similar a la suya.

En la discusión revisamos esta rara patología de Cutis Vértice Gyrata, su asociación con diversas enfermedades y reflexionamos sobre aquellas patologías cutáneas dismórficas que aun hoy en día son poco solucionables.

¿QUÉ HAY EN LA LATA?

Rojo García JM, García Moreno S*, Martínez Barranca ML, Romero Sillero E, Osorio Gómez G, Pérez Gil A, Begines Cabeza C, Escudero Ordóñez J.

U.G.C. de Dermatología y Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Ntra. Sra. de Valme. Sevilla*

Introducción : Las aftas bucales suelen aparecer por primera vez durante la infancia. Si se desarrollan en la edad adulta, deberemos pensar en posibles causas desencadenantes y factores relacionados con el sistema nervioso, endocrino y/o inmune, que juegan un importante papel en el desarrollo de ciertas patologías cutáneas. No hay un consenso claro sobre lo que constituyen las aftas, que ocupan el 4,5% de nuestras consultas al año.

Caso clínico: Hombre de 30 años con aftas dolorosas refractarias a tratamiento y cuyo único antecedente de interés era un cuadro de malestar general y vómitos de corta evolución tras ingesta de cerveza directamente de la lata una semana antes de la aparición de las aftas. La biopsia mostró ausencia de células neoplásicas y un exudado inflamatorio intenso con neutrófilos y detritus necróticos. Tras un segundo cultivo se aisló la especie Actinomyces.

Conclusión: En nuestra experiencia observamos la existencia de determinados hábitos y costumbres que son responsables del devenir de este cuadro en el adulto. La resolución se produjo con el tratamiento conveniente y la suspensión del hábito, lo que nos lleva a concluir en la necesidad de aconsejar a nuestros pacientes con medidas higiénico-dietéticas concretas, sin las cuales

determinadas dolencias no tendrían una resolución favorable. Su conocimiento debe permitir al dermatólogo ver más allá y pedir estudios complementarios que no forman parte de nuestra práctica diaria.

Bibliografía:

1. Scully C, Laskaris G. Mucocutaneous disordes. Periodontol 2000. 1998; Sn: 0906-6713.

2. Alomar A, Abelló P, Traserra J. Patología inflamatoria e infecciosa de la mucosa oral. Otorrinolaringología. Doyma S.A. Barcelona. 1992: 432-436.

PÁPULAS ERITEMATOSAS AXILARES Y PERIAREOLARES PERSISTENTES

Mª Librada Porriño Bustamante, Ana Almodóvar Real, Mª José Espiñeira Carmona, José Aneiros Fernández, Mª del Carmen Dulanto Campos, Ramón Naranjo Sintes

Hospital Universitario San Cecilio. Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Granada

Descripción del caso: Varón de 75 años que consultó por erupción cutánea en axilas y regiones periareolares de unos dos años de evolución, con discreto prurito.

Exploración: Pápulas, tendentes a confluir y formar pequeñas placas a nivel de ambas regiones axilares, cara proximal interna de brazos y alrededor de los pezones. En brazos y en región periareolar algunas eran discretamente purpúricas; mientras que en axilas eran color carne o levemente eritematosas, y se agrupaban con disposición lineal.

Pruebas complementarias: Biopsia punch de placa axilar, con informe de dermatitis perivascular superficial con cambios epidérmicos psoriasiformes, mientras que el estudio inmunohistoquímico evidenció una población linfoide policlonal constituida por linfocitos T (CD4+ y CD8+) y menos proporción de linfocitos B (CD20+), y escasos histiocitos (CD68+). El paciente no acudió a su cita de revisión; volvió un año después, y se repitió la biopsia punch, que fue diagnóstica. El estudio inmunohistoquímico evidenció una población clonal de linfocitos CD4 de pequeño y mediano tamaño, sin evidencia de epidermotropismo; y mediante PCR se demostró reordenamiento clonal para el gen TCR gramma.

Diagnóstico: Linfoma T periférico CD4+ de células de pequeño y mediano tamaño (OMS, 2008).

Comentario: Se trata de una entidad rara, pues estos linfomas suponen un 2% del total de linfomas cutáneos primarios. Suelen presentarse como placas o tumores solitarios, generalmente en cara, cuello o tronco proximal, y con frecuencia son asintomáticos. El pronóstico de estos linfomas es favorable, sobre todo en lesiones aisladas. En caso de lesiones solitarias, suele recurrirse a la escisión quirúrgica o radioterapia local, y se recomienda un control estrecho.

Bibliografía:

1. Baum CL, Link BK, Neppalli VT, Swick BL, Liu V. Reappraisal of the provisional entity primary cutaneous CD4+ small/medium pleomorphic T-cell lymphoma: a series of 10 adult and pediatric patients and review of the literature. J Am Acad Dermatol. 2011;65(4):739-48.

2. Grogg KL, Jung S, Erickson LA, McClure RF, Dogan A. Primary cutaneous CD4-positive small/medium-sized pleomorphic T-cell lymphoma: a clonal T-cell lymphoproliferative disorder with indolent behavior. Mod Pathol. 2008;21(6):708-15.

3. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. Blood. 2005;105(10):3768-85.

4. Kempf W, Sander CA. Classification of cutaneous lymphomas - an update. Histopathology. 2010;56(1):57-70.

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 18-24

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Academia Española de Dermatología y Venereología

Sección Territorial Andaluza

COMUNICACIONES ORALES

2ª Sesión. Sábado, 16 de marzo

SERIE DE CASOS DE DERMATITIS HERPETIFORME EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Virginia Flores Secilla, Jorge Alonso Suárez Pérez, Lucas Jean-Luc Bernabó, Matilde Mendiola Fernández, José A. González Saavedra, Enrique Herrera Ceballos

Servicio de dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La dermatitis herpetiforme es una enfermedad ampollosa autoinmune que aparece como expresión cutánea de la intolerancia al gluten. La prevalencia es de 10-39 por cada 100.000 personas. La DH puede aparecer a cualquier edad, con un pico máximo en la tercera década, siendo más frecuente en varones, con relación H-M 2/1. Las lesiones cutáneas características son papulo-vesículas pruriginosas agrupadas, de predominio en superficies de extensión, glúteos y regiones escapular y sacra. El diagnóstico se basa en la clínica, la anatomía patológica, inmunofluorescencia, detección de autoanticuerpos y estudio de intestino delgado. El tratamiento consiste en eliminar el gluten de la dieta, y terapia adyuvante con dapsona o sulfapiridina.

Metodología: Realizamos un estudio consistente en una serie de casos, de 23 pacientes diagnosticados de DH en nuestro servicio de dermatología desde 1996 hasta 2012. En nuestra muestra analizaremos variables como: la edad, sexo, asociación con enfermedad celíaca, y tratamiento recibido.

Discusión: La DH es una enfermedad autoinmune cuyo diagnóstico está bien establecido y el tratamiento médico y medidas dietéticas son eficaces para la mejoría de la clínica cutánea. Debido a la relación de la DH con otras enfermedades, su diagnóstico sirve de modo secundario para detectar otras afecciones de índole autoinmune permitiendo una atención multidisciplinar del paciente en muchas ocasiones propiciada por el Dermatólogo.

SENSIBILIZACION A PROTESIS DENTALES EN PACIENTES CON ORODINIA

Armario Hita JC, Gutiérrez Vázquez MT, Carranza Romero C, Jiménez Sánchez MD, Romero Cabrera MA

Unidad de Dermatología. UCG "Bloque Quirúrgico". Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz

Introducción: La orodinia o síndrome de la boca urente es un proceso caracterizado por una sensación de quemazón, ardor, picor, escozor o dolor crónico localizada en la boca, principalmente en la lengua, y que no se relaciona con alteraciones de la mucosa ni enfermedades locales o sistémicas que justifiquen su sintomatología. Su etiología es desconocida, y se ha relacionado con factores locales, sistémicos y psicológicos. Las prótesis dentarias pueden provocar y participar en la orodinia por defectos en su diseño, composición, ajuste y alergias a sus componentes.

Material y métodos: Estudio epidemiológico retrospectivo sobre los pacientes portadores de prótesis dentales valorados la Unidad de Dermatología del Hospital Universitario de Puerto Real por síndrome de la boca urente en los últimos 5 años y estudiados mediante pruebas epicutáneas. A estos pacientes se les realizaron Patch Test con la batería estándar del GEIDAC y la serie dental específica. Se utilizaron alérgenos de Chemotechnique® aplicados en Finn Chamber®.

Resultados: El grupo estaba formado por 20 pacientes (17 mujeres y 3 hombres) con una edad media de 51,45 años. Encontramos resultados positivos en las pruebas epicutáneas en el 70% (14) de los casos. Los alérgenos más frecuentes fueron sulfato de níquel y cloruro de paladio, seguidos de dicromato potásico, cloruro de cobalto y tiosulfoaurato sódico. Encontramos 2 casos de sensibilización a metacrilatos.

Conclusiones: Es aconsejable la realización de pruebas epicutáneas en los pacientes portadores de prótesis dentales y diagnosticados de síndrome de la boca urente, con el fin de descartar una sensibilización alérgica responsable total o parcialmente de la clínica del paciente.

LESIONES PUSTULOSAS CUTANEAS ASOCIADAS A ARTRITIS-DIARREA

Armario Hita JC, Pico Valimaña M, González Cabrerizo A, Hens Pérez A*, Gómez Rodríguez F**

*Unidad de Dermatología. UCG "Bloque Quirúrgico". *Servicio de Anatomía Patológica. ** UCG "Medicina Interna". Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz*

Introducción: Dentro de las reacciones vasculares neutrofílicas se incluyen una amplia variedad de procesos caracterizados por un daño vascular secundario a depósitos de inmunocomplejos o daño inducido por neutrófilos. Algunos de ellos pueden ser la manifestación de enfermedades sistémicas, como la enfermedad de Behçet, o cuadros reactivos a diversas enfermedades, como es el caso del eritema nodoso.

Caso clínico: Paciente mujer de 36 años, con antecedentes personales de fascitis plantar, esterilidad, síndrome ansioso-depresivo y reducción gástrica secundaria a obesidad mórbida realizada 14 meses antes. Acude a nuestra consulta por presentar desde hacia unos 12 meses lesiones papulosas y pápulo-pustulosas pruriginosas de pequeño tamaño y distribución difusa, algunas de ellas erosionadas, que cursan por brotes, y para las que había seguido tratamiento con hidroxicina y levocetiricina con nula respuesta clínica. Los brotes se asociaban con mal estado general, astenia, diarreas, artralgias y fiebre. Los estudios complementarios pusieron de manifies-

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

to una anemia microcítica e hipocrómica, aumento de VSG y proteína C. El estudio dermatopatológico mostró infiltración mononuclear intradérmica no granulomatosa, con negatividad para CD30, ALK y la presencia de linfocitos CD45-, lo que era compatible con vasculitis linfocitaria compatible con pioderma gangrenoso. Con todos estos datos se llegó al diagnóstico definitivo y la paciente fue consultada con medicina interna tras lo que se decidió tratamiento con suplemento dietético de calcio, hierro y multivitamina (ciclos de Vit A y Vit E trimestrales) y rifaximina oral. En la actualidad la paciente ha experimentado una mejoría relativa de su enfermedad y esta pendiente de valoración de tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Presentamos un proceso pustuloso cutáneo poco frecuente. La presencia del dermatólogo en equipos multidisciplinares y una correcta correlación clínico-patológica permitirá el diagnóstico de sospecha de este tipo de enfermedades de forma precoz.

COMPLICACIONES EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD AL NÍQUEL QUE SON PORTADORAS DE IMPLANTE GINECOLÓGICO CON ALEACIÓN DE NÍQUEL (ESSURE®)

Rodríguez Martín AM, Nieto Pascual L, Ruano Ruíz J, Casas de la Asunción E, de la Corte Sánchez IS, Jiménez Puya RJ, Garnacho Saucedo GM, Vélez García-Nieto A, Moreno Giménez JC

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Objetivo: Conocer las complicaciones en pacientes con hipersensibilidad al níquel que son portadoras de un implante ginecológico con aleación de níquel, y describir los factores que pueden condicionar dicha hipersensibilidad en aquéllas pacientes que precisaron la retirada del implante.

Metodología: Se trata de un estudio epidemiológico de carácter descriptivo, realizado en las consultas externas de dermatología y de ginecología. Se incluyeron pacientes portadoras de Essure®, con alergia al níquel probable o confirmada. Se realizó una encuesta autodirigida, adaptada a los objetivos del proyecto, y pruebas epicutáneas en las pacientes con alergia al níquel probable.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 35 pacientes con una edad media de 41,1 ± 5,7 años. El 82,4 % tuvieron resultados positivos para el níquel en las pruebas epicutáneas, con reacciones positiva fuerte o extrema en un 21% a las 48h y en un 63,4% a las 96h. El tiempo medio desde la colocación del Essure fue de 44,9 ± 30,4 meses. Tres pacientes precisaron retirada del implante, un caso de prurigo, otro de urticaria-angioedema y un caso de dermatitis de contacto diseminada. Desde el punto de vista ginecológico sólo una paciente presentó un dolor pélvico desde la colocación del implante.

Conclusiones: En nuestro estudio solamente hubo tres casos que precisaron retirada del implante por complicaciones. La sensibilización al níquel podría ser un factor relativamente poco importante como causa fundamental de rechazo de los dispositivos pero podría ser un factor contribuyente. Por ello no se puede justificar la retirada del essure cuando las pruebas epicutáneas son positivas. A su vez la hipersensibilidad al níquel puede verse influida por diferentes factores, como son el hábito tabáquico, la dermatitis atópica así como el uso de bisutería-piercing u ortodoncia. Es difícil precisar si dichos factores están implicados en la aparición de complicaciones debido al pequeño tamaño muestral.

Palabras clave: implante ginecológico, níquel, pruebas epicutáneas.

APLICACIÓN DE UN SEGUNDO CICLO DE TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DEL CPNM CON RESPUESTA INICIAL INCOMPLETA: ¿UNA BUENA OPCIÓN?

Miguel Aguilar Bernier[1], Laura Padilla España[1], Javier del Boz González[1], Rafael Fúnez Liébana[2], Magdalena de Troya Martín[1]

[1]Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella
[2]Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella

Objetivos: Evaluar la eficacia, de un segundo ciclo de tratamiento con terapia fotodinámica con metilaminolevulinato en tumores de bajo grado (carcinomas basocelulares superficiales y espinocelulares in situ) previamente tratados y en los que se detectó la existencia de respuesta incompleta. Determinar el grado de concordancia entre las características histológicas identificadas en las biopsias pre y post-tratamiento.

Metodología: Se analizaron un total de 35 tumores (20 carcinomas basocelulares y 15 carcinomas espinocelulares) en los que se constató recidiva histológica en el seguimiento. El tiempo de seguimiento de los pacientes fue fijado en dos años. En todos los casos se realizó una biopsia previa a cada ciclo de tratamiento.

Resultados: La mayor parte de las lesiones evidenciaron una falta de respuesta a un segundo ciclo de tratamiento (65% de los carcinomas basocelulares y 60% de los carcinomas espinocelulares). Hubo una falta de correlación de subtipos en más del 60% de los casos en los que se constató una ausencia de respuesta a un segundo ciclo de tratamiento.

Conclusiones: La baja tasa de respuesta observada en nuestra serie nos hace reconsiderar su utilidad como tratamiento de primera línea en aquellos casos en los que se constata una recidiva o una ausencia de respuesta inicial. Es probable que esta circunstancia se vea favorecida por la información limitada de la biopsia punch previa a la realización de este tipo de tratamientos.

GRANULOMA FACIAL, UNA MANIFESTACION LOCAL DE ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4 EN PIEL

Fernando Alarcón Soldevilla, Adrián Rodríguez Cauto, Lara Ferrándiz Pulido, Juan José Ríos, Francisco Camacho Martinez

Departamento de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

En 1888 Mikulicz describió el síndrome que lleva su nombre y en 1896 Riedel hizo lo mismo con una forma poco común de tiroiditis crónica. En el año 2003 Kawisawa a partir de un caso de Pancreatitis Autoinmune tipo I daría inicio a múltiples estudios que afirmarían que ambas enfermedades formaban parte de un espectro de afecciones que conformarían una condición reconocida como enfermedad sistémica en la que se afectan diferentes órganos y sistemas como las glándulas salivales y lagrimales, ganglios linfáticos, pulmones, mediastino, páncreas, conductos hepatobiliares, retroperitoneo, aorta, riñones y piel compartiendo características histológicas especificas y manifestaciones serológicas.

Dentro de las manifestaciones cutáneas se ha descrito un compromiso básicamente difuso en forma de pseudolinfoma. El presente trabajo analiza 3 casos de Granuloma Facial desde el punto de vista histomorfológico y con técnicas de inmunotinción, proponiéndolo como una manifestación local de "Enfermedad Relacionada con IgG4" ya que parece reunir suficientes criterios como para considerarse así.

Bibliografía:

1. Kamisawa T, Funata N, Hayashi Y, et al. A new clinicopathological entity of IgG4-related autoimmune disease. J Gastroenterol 2003;38:982-4.

2. Holme SA, Laidler P, Holt PJ. Concurrent granuloma faciale and eosinophilic angiocentric fibrosis. Br J Dermatol 2005;153:851-3.

3. Cesinaro AM, Lonardi S, Facchetti F. Granuloma Faciale. A cutaneous lesion sharing features with IgG4-associated sclerosing diseases. Am J Surg Pathol 2013;37:66-73.

4. Sato Y, Takeuchi M, Takata K, et al. Clinicopathological analysis of IgG4-related skin disease. Mod Pathol 2012;

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 20-24

doi:10.1038/modpathol.2012.196

5. Deshpande V, Zen Y, Chan JKC et al. Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease. Mod Pathol 2012;25:1181-1192.

MIASIS CUTANEA FORUNCULOIDE

Clara Fernández-Valdés Martín, Sara Alcantara Luna, Teresa Ojeda Vila, Manuel Perea Cejudo, Francisco M. Camacho Martínez

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Presentamos dos casos de miasis forunculoide que hemos observado en nuestro departamento en pacientes procedentes de Sudamérica.

Caso clínico 1. Descripción: Varón de 14 años, originario del sudeste de Brasil, que consulto durante sus vacaciones en España, por un elemento nodular doloroso en brazo izquierdo de dos semanas de evolución con crecimiento progresivo a pesar de realizar tratamiento antibiótico.

Exploración: Nódulo eritematoso de 2 cm de diámetro en superficie flexora del brazo izquierdo. Resto de la exploración física normal. Ante la sospecha clínica de miasis cutánea, se realiza su exéresis completa. Con la demostración del parásito se confirma el diagnóstico de miasis cutánea forunculoide.

Caso clínico 2. Descripción: Varón de 30 años, con residencia en Brasil. Actualmente en España de visita familiar, que consulta por lesión dolorosa en pierna izquierda de meses de evolución tras la picadura de un insecto que creció de forma paulatina; extrayendo parte del contenido, aplicando mupirocina tópica y administrando ivermectina dos comprimidos dosis única.

Exploración: Nódulo eritematoso de 2 cm de diámetro máximo en tercio proximal de pierna izquierda. Con la sospecha clínica de miasis cutánea procedemos a su extirpación, observándose la larva y tejido de granulación con zonas necróticas perilesionales.

Comentario final: El término miasis consiste en la infestación de tejidos y órganos del hombre y animales por larvas de díptera[1], afectando por lo general a la piel. Las principales moscas responsables de la miasis cutánea son: Cordylobia anthropophaga (mosca tumbu) en África y Dermatobia hominis (mosca zumbadora) en Centro América y Sudamérica[2]. Son más frecuentes en países tropicales. Las miasis pueden ser de 3 tipos: primarias, secundarias y accidentales. Dermatobia hominis es un parásito obligado en su fase larvaria que se alimenta exclusivamente de tejidos vivos. Existen cuatro formas clínicas: forunculoide, subcutánea con tumores ambulatorios, lineal rampante y cavitaria. El incremento progresivo en el número de personas que viajan a los países tropicales ha hecho que las enfermedades importadas adquieran una relevancia cada vez mayor, constituyendo una parte sustancial de los diagnósticos a los que se enfrenta la Dermatología.

Bibliografía:

1. Moissant de Roman E, García ME, Quijada J, Simoes D, Marcial T. Miasis cutánea humana. Un caso clínico. 2004; 32:12-15.

2. Alkorta Gurrutxaga M, Beristain Rementaria X, Cilla Eguiluz G, Tuneu Valls A, Zubizarreta Salvador J. Miasis cutánea por Cordylobia Anthropophaga. Rev Esp Salud Pública. 2001; 75: 23-30.

GRANULOMATOSIS OROFACIAL. RESPUESTA A USTEKINUMAB

Antonio Ojeda Martos, Maria Dolores Fernández Ballesteros, Daniel Godoy Díaz, Miguel Lova Navarro, Andrés Sanz Trelles

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La granulomatosis orofacial (GOF) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiopatogenia desconocida, caracterizada por eritema, edema y empastamiento de tejidos blandos en la región orofacial. Anatomopatológicamente muestra un infiltrado linfoplasmocitario con formación de granulomas no caseificantes. Se precisa, asimismo, descartar la existencia de una enfermedad de Chron y sarcoidosis (1).

Caso clínico: Mujer de 54 años con antecedente de enfermedad de Lutenbacher (comunicación interauricular y estenosis mitral), portadora de prótesis mitral pendiente de sustitución, en tratamiento con Simtrom, digoxina, torasemida y bisoprolol. Consulta porque desde hacía tres años presentaba una placa eritematoedematosa empastada, de borde mal definido y localización perioral que lentamente se había ido extendiendo, pese a recibir tratamiento con minociclina 100mgr/día durante 4 meses.

Las biopsias efectuadas mostraron la existencia de un infiltrado denso linfoplasmocitario con formación de granulomas no caseificantes, que infiltra la capa muscular. Las pruebas complementarias restantes practicadas incluyeron:

- Hemograma, VSG, perfil bioquímico, complemento, C1 q inhibidor, ANA, ANCA, FR, PCR, ECA, glucosa 6 fosfato deshidrogenasa sin hallazgos.

- Mantoux y booster, serología de leishmania. Cultivo de micobacterias y hongos: Negativos.

- Rx y Tac de tórax: Ausencia de alteraciones en parénquima pulmonar, y de adenopatías hiliares o mediastínicas.

- Colonoscopia y anuscopia: Sin hallazgos.

- Pruebas epicutáneas con batería estándar, prótesis dentarias, dentífricos y alimentos negativas.

- TAC cervical: Edema de aritenoides y quiste de retención sublingual.

Sucesivamente se administraron Sulfona oral 100 mgr/día, infiltraciones intralesionales de corticoides en tres ocasiones, y Prednisona 50 mgr/día pese a lo cual el cuadro continuó empeorando. En este momento consideramos la administración de algún anti TNF, pero el estado cardiovascular de la paciente lo desaconsejaba.

Dado que las interleukinas 12 y 23 han sido recientemente implicadas en la enfermedad de Chron (2), y por analogía con la misma, nos decidimos por administrar Ustekinumab. Ante la ausencia de referencias bibliográficas, comenzamos por la pauta usada habitualmente en el psoriasis (45 mgr días 1, 30 y cada 90 días). Con esta dosis obtuvimos una mejoría parcial, por lo que pasamos en un primer momento a acortar el intervalo a dos meses, y después a administrarlo en las dosis propuestas para la enfermedad de Chron (3), 90 mgr cada dos meses, consiguiendo una importante mejoría.

Discusión: En la bibliografía consultada existe cierta controversia, pues algunos autores consideran que la GOF representa un espectro de enfermedades que abarcarían la queilitis granulomatosa de Miescher, el Síndrome de Merkelson-Rosenthal, y la enfermedad de Chron oral y perioral. Otros autores reservan esta denominación para casos como el nuestro, con una histología idéntica a la del Chron y la queilitis granulomatosa, pero que clínicamente no pueden ser catalogados como ninguno de estos, aceptando en cualquier caso que entre estas entidades hay cierto grado de superposición.

Conclusión: Presentamos un caso de una rara entidad, la GOF, y discutimos su relación con la queilitis granulomatosa y la enfermedad de Chron. Se trata del primero del que tengamos constancia que ha sido tratado con ustekinumab.

Aunque por la experiencia en un caso aislado no podemos establecer conclusiones generales, pensamos que el fármaco puede abrir una vía en el tratamiento de una enfermedad que carece de terapia eficaz para todos los casos. Además pensamos que la posible implicación de la interleukina 23 en

la GOF merece ser objeto de estudio.

Bibliografía:

1. Al Johani K.A., Moles D.R., Hodgson T.A., et al. Orofacial granulomatosis: Clinical features and long-term outcome of therapy. J. Am. Acad. Dermatol. 2010; 62:611-20.

2. Neurath MF. IL-23,: a master regulator in Chron disease. Nat Med 2007; 13: 26-28.

3. Sandborn W.J., Feagan B.G., Fedorak R.N., et al. Gastroenterology 2008; 135: 1130-41.

TRATAMIENTO DE PIODERMA GANGRENOSO RECALCITRANTE CON ANAKINRA

Casas de la Asunción Enrique[1], Garnacho Saucedo Gloria[1], Galán Gutiérrez Manuel[2], Romero Gómez Montserrat[3], Salido Vallejo Rafael[4], Ruano Ruiz Juan[1], Rodríguez Martín Ana[1], De la Corte Sánchez Sofía[1], Moreno Giménez Jose Carlos[1]

[1]Servicio Dermatología Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

[2]Servicio Dermatología Complejo Hospitalario de Jaen

[3]Servicio Reumatología Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

[4]Servicio Dermatología Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba

Caso clínico: Mujer de 30 años derivada desde el Servicio de Reumatología para valoración de lesiones ulcerosas en miembros inferiores que no se controlan.

Antecedentes: Estudiada desde los 17 años por Reumatología por artropatía seronegativa de rodillas y sacroilíacas; por Dermatología de su localidad de origen por las mismas lesiones con biopsia compatible con pioderma gangrenoso (PG).

Evolución: En consulta presentaba lesiones ulcerosas en miembros inferiores y lesiones supurativas en zona perineoglútea. El diagnóstico fue de PG e hidrosadenitis supurativa. Ensayó tratamiento con fármacos tópicos (tacrolimus, corticosteroides de alta potencia) y sistémicos (antiTNFα, corticosteroides, bolos de corticosteroides intravenosos, ciclosporina y antibióticos) sin controlar la enfermedad cutánea ni articular de forma completa.

Ante la persistencia de las lesiones inicia tratamiento con Anakinra consiguiendo la desaparición de la clínica.

Comentario: La producción de interleucina 1 (IL-1) es inducida en respuesta a estímulos inflamatorios y está implicada en procesos como la degradación del cartílago articular. Anakinra es una forma recombinante del antagonista del receptor de la IL-1 indicada en el tratamiento de artritis reumatoide resistente a FAMEs. Se ha comunicado su eficacia en PG y síndromes autoinflamatorios (niveles altos de IL-1β), de los que PG forma parte.

Bibliografía:

Brenner M, Ruzicka T, Plewig G, Thomas P, Herzer P. Targeted treatment of pyoderma gangrenosum in PAPA (pyogenic arthritis, pyoderma gangrenosum and acne) syndrome with the recombinant human interleukin-1 receptor antagonist anakinra. Br J Dermatol. 2009; 161:1199-201.

LO QUE LA ARTEFACTA ESCONDE

Lova-Navarro M[1], Fernández-Ballesteros MD[1], Godoy-Díaz DJ[1], Vera-Casaño A[1], Gómez-Rios R[2].

[1]Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga

[2]Unidad de psicología clínica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

Descripción del caso: Todo comienza cuando acude a nuestra consulta un varón de 15 años con lesiones redondeadas de distribución peculiar en la superficie anterior del tronco de dos días de evolución. Ante la sospecha de patomimia se deriva a la Unidad de Salud Mental Infantil, reconociendo en la cuarta sesión de psicoterapia que se ha causado las lesiones debido a una conducta de evitación de castigo por "malas notas", siendo diagnosticado de dermatitis artefacta. Un año más tarde es derivada desde urgencias a nuestro servicio una mujer de 12 años de origen armenio, con lesiones de un día de evolución en la zona anterior del tronco. La paciente esta de vacaciones en Málaga con sus padres adoptivos italianos.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se aprecian lesiones de morfología estrellada y coloración purpúrica que no ceden a la vitropresión. El número de plaquetas es normal y el estudio rutinario de coagulación no presenta alteraciones.

Juicio clínico: Dermatitis artefacta.

Se deriva a la unidad de salud mental, confesando la autoría de las lesiones como forma de llamar la atención porque quiere volver a Italia para estar con sus amigos. Pero llama la atención que mediante una leve presión tangencial sobre la piel con los dedos pulgar e índice de ambas manos, surge en segundos una equimosis estrellada. Nos planteamos la posibilidad de la existencia de una enfermedad del tejido conectivo, enviándonos por sorpresa la psicóloga al mismo tiempo una foto de la paciente en la que aparece con la pierna detrás de la nuca.

Diagnóstico: Forma recesiva de Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) asociado a deficiencia de Tenascina-X (TNX).

Cometario Final: El SED asociado a deficiencia de TNX es una raro tipo de SED que se caracteriza por facilidad para la aparición de moratones ó equimosis, hiperextensibilidad cutánea e hipermovilidad articular de forma similar al SED clásico, pero con dos diferencias fundamentales, ausencia de cicatrices atróficas y herencia autosómica recesiva.

Bibliografía:

1. Hendriks AG, Voermans NC, Schalkwijk J, Hamel BC, van Rossum MM. Well-defined clinical presentation of Ehlers-Danlos syndrome in patients with tenascin-Xdeficiency: a report of four cases. Clin Dysmorphol. 2012; 21 (1): 15-8.

2. O'Connell M, Burrows NP, van Vlijmen-Willems MJ, Clark SM, Schalkwijk J. Tenascin-X deficiency and Ehlers-Danlos syndrome: a case report and review of the literature. Br J Dermatol. 2010; 163 (6): 1340-5.

COLGAJO RETROAURICULAR EN ISLA PARA DEFECTOS DE ESPESOR TOTAL DE ANTEHÉLIX

Rafael Salido Vallejo[1,2], Gloria Garnacho Saucedo[2], Sofía De la Corte Sánchez[2], Enrique Casas de la Asunción[2], Inmaculada Sánchez Rodriguez[1], Ana María Rodriguez Martín[2], Juan Ruano Ruiz[2], José Carlos Moreno Giménez[2]

[1]Servicio Dermatología Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba)

[2]Servicio Dermatología Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Descripción del caso: Varón de 51 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta por aparición y crecimiento lentamente progresivo de lesión tumoral ulcerada en pabellón auricular izquierdo. El paciente había sido intervenido previamente en otro centro en dicha localización de un carcinoma basocelular infiltrante en 2008 con afectación de los márgenes quirúrgicos de resección.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración se apreciaba una tumoración de bordes perlados, ampliamente ulcerada, y adherida a cartílago de antehélix y fosa triangular con telangiectasias bien enfocadas y nidos ovoides azul-gris en la dermatoscopia.

Juicio Clínico: Carcinoma basocelular recidivado.

Diagnóstico: El paciente fue intervenido bajo anestesia local mediante cirugía controlada al microscopio diferida hasta

Actual. Med.
2013; 98: (788). Supl. 22-24

obtener la negativización de los márgenes quirúrgicos en dos estadios. Se reconstruyó el defecto de espesor total mediante un colgajo retroauricular en isla basado en la arteria auricular posterior. Tras 4 meses desde la intervención el paciente presenta unos buenos resultados funcionales y estéticos sin evidenciarse signos de recidiva tumoral.

Comentario final: El colgajo retroauricular en isla o colgajo en puerta giratoria es una técnica reconstructiva descrita por primera vez por Masson en 1972, utilizada para grandes defectos de espesor total de la concha auricular. Posteriormente esta técnica ha sufrido variaciones para adaptarlo a defectos en otras localizaciones como el antehélix. Otras técnicas utilizadas en esta localización son el cierre por segunda intención (que supone un postoperatorio largo), el injerto de espesor total (que presenta un riesgo elevado de necrosis y contracciones) y los colgajos complejos en varios tiempos como el colgajo posteroauricular mastoideo. Los buenos resultados funcionales y estéticos del colgajo retroauricular en isla, así como la seguridad de su pedículo vascular y la posibilidad de reconstrucción de defectos de espesor total en un solo tiempo confiere a este colgajo una gran importancia en la cirugía dermatológica del pabellón auricular.

Bibliografía:

1. Russo de la Torre F. Retroauricular revolving door island flap. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103:737-8.

2. Papadopoulos ON, Karypidis DK, Chrisostomidis CI, Konofaos PP, Frangoulis MB. One-stage reconstruction of the antihelix and concha using postauricular island flap. Clin Exp Dermatol. 2008; 33:647-50.

3. Adler N, Ad-El D, Azaria R. Reconstruction of nonhelical auricular defects with local flaps. Dermatol Surg. 2008; 34:501-7.

XANTOMAS ERUPTIVOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Martínez Barranca ML, Rojo García JM, Romero Sillero E, Osorio Gómez G, Pérez Gil A, Begines Cabeza C, Escudero Ordóñez J.

UGC de Dermatología del Hospital Ntra. Sra. de Valme. Sevilla

Introducción: Los xantomas eruptivos son expresión de manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas, específicamente de hiperlipoproteinemias, entre ellas, la hipertrigliceridemia. Poco frecuentes, aparecen en brotes, se manifiestan por pápulas amarillentas localizadas en nalgas, abdomen, dorso y extremidades y son generalmente asintomáticas. Afectan a adultos, 4 veces más frecuente en el sexo femenino y se asocia a un defecto genético de la lipoprotein-lipasa (LPL) y a un trastorno del metabolismo lipídico.

Casos clínicos: Se presentan 2 pacientes con xantomas eruptivos en distintas localizaciones y se realiza seguimiento, estudios y observación de características comunes así como sus posibilidades terapéuticas.

Conclusión: Esta enfermedad debe hacernos sospechar una dislipidemia severa, confirmándola con examen de laboratorio que pondrán de manifiesto una elevación significativa de los triglicéridos y frecuentemente hiperglucemia en sangre. Pudiendo desencadenar una pancreatitis necrohemorrágica, atribuida a la hipertrigliceridemia, si no se trata a tiempo. Consideramos de interés esta patología, ya que es poco frecuente.

Bibliografía:

1. Jorda E. Xantomas eruptivos en el debut de diabetes mellitus. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99: 419–27.

2. Loeckermann S, Braun-Falco M. Eruptive xanthomas in association with metabolic syndrome. Clin Exl Dermatol. 2010; 35: 565–6.

3. Gámez Pérez L, Reig Macías I, Gutiérrez Paredes E, Monteagudo Castro C, Jordá Cuevas E. Xantomas eruptivos. Causas, diagnóstico y tratamiento. Piel. 2011; 26: 505-7.

ACTUALIDAD
MÉDICA
www.actualidadmedica.es

ACTUALIDAD MÉDICA

www.actualidadmedica.es

Real Academia de Medicina y Cirugía
de Andalucía Oriental
Granada