

**SECCIÓN CANARIA DE LA ACADEMIA  
ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA**

*Reuniones del 29 de abril  
y 3 y 4 de noviembre de 2000*

---

**P R O G R A M A S Y R E S Ú M E N E S**

---

**Sedes:**

Santa Cruz de Tenerife (29 de abril)

Agaete, Gran Canaria (3 y 4 de noviembre). Hotel Puerto de las Nieves

# REUNIÓN DE LA SECCIÓN CANARIA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

Santa Cruz de Tenerife, 29 de abril de 2000

## PROGRAMA

- 11,15-11,30 h. APERTURA. *Dr. Cristóbal del Rosario*. Presidente de la Sección Canaria de la ADEV. «HOMENAJE AL DOCTOR GINÉS VIVANCOS GALLEGO».
- 11,30-13,30 h. COMUNICACIONES CIENTÍFICAS.
- «ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE POSTMENOPÁUSICA», *por los Dres. Jiménez Acosta, Poblet E\**. Servicio de Dermatología. Clínica San Roque. Las Palmas de Gran Canaria. \*Servicio de Anatomía Patológica. S. V. S. Marina Baixa. Alicante.
- «TUMOR GLÓMICO MÚLTIPLE REGIONAL», *por los Dres. Piqué E, Palacios S*. Hospital General de Arrecife. Lanzarote.
- «INFECCIÓN CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM MARINUM», *por los Dres. Juárez Casado Y, Hernández Santana J, Soler Cruz E, Rodríguez Salido MJ, Torrado González R, Hernández Machín B, Rodríguez López J, Islas Norris D, Hernández Hernández B*. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.
- «ACTINOMICOSIS», *por los Dres. Bastida J, Sáez O\*, González García\*\*, De la Rosa P\*\*\*, Suárez S\*, Arkuch A\*, Ania B\*, Rivero P, Carretero G, Domínguez J*. Servicios de Dermatología, \*Medicina Interna, \*\*Microbiología y \*\*\*Anatomía Patológica. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.
- «ERUPCIÓN PRURIGINOSA YEDEMA EN PACIENTE CON OBESIDAD», *por los Dres. Sáez Rodríguez M, López Alba A\*, García Bustinduy M, Guimerá Martín-Neda F, Dorta Alom S, Escoda García M, Hernández Guerra A, Noda Cabrera A, Sánchez González R, Martín Herrera A\*\**,

*García Montelongo R*. Servicios de Dermatología, \*Endocrinología y \*\*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

«MASTOCITOSIS SISTÉMICA», *por los Dres. Hernández Machín B, Hernández Hernández B, Torrado González R, Soler Cruz E, Hernández Santana J, Rodríguez López J, Báez Marrero O\*, Medina C\**. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

«ERUPCIÓN PSORIASIFORME EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS», *por los Dres. Jiménez Acosta, Santana C\**. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Clínica San Roque. Las Palmas de Gran Canaria.

«PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO DE PRESENTACIÓN INUSUAL. A PROPOSITO DE UN CASO», *por los Dres. Dorta Alom S, Sánchez González R, García Bustinduy M, Guimerá Martín-Neda FJ, Sáez Rodríguez M, Escoda García M, Noda Cabrera A, Martín-Herrera AI\*, García Montelongo R*. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. La Laguna (Tenerife).

«ACROQUERATOSIS VERRUCIFORME DE HOPF. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS», *por los Dres. Gómez Duaso J, Martínez Lanao D\**. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Militar. Las Palmas de Gran Canaria.

«LESIONES CUTÁNEAS ASINTOMÁTICAS EN PACIENTE CON LEUCEMIA AGUDA», *por los Dres. Escoda M, Guimerá FJ, García M, Sáez M, García MP, Noda A, Martín-Herrera AI\*, García Mon-*

telongo R. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

«ENFERMEDAD DE PAGET EXTRA-MAMARIA PRIMARIA LOCALIZADA EN LÍNEA MEDIA DE REGIÓN TORÁCICA INFERIOR», por los Dres. Martín-Herrera, Gil Mateo\*, Tocino\*, Martín Malagón. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. \* Hospital Virgen de las Nieves. Santa Cruz de Tenerife.

«SARCOMA DE KAPOSI EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO», por los Dres. Torrado González RM, Soler Cruz E, Juárez Casado Y, Rodríguez Salido MJ, Hernández Machín B, Lorenzo Alemán JA, Cabrera Galván JF\*, Moreno García AM\*\*, Rodríguez López J, Hernández Santana J, Islas Norris D, Hernández Hernández B. Servicios de Dermatología y \* de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (Las Palmas de Gran Canaria). \*\* Servicio de Digestivo. Hospital La Candelaria. Tenerife.

«ÚLCERAS ATÍPICAS EN MIEMBROS INFERIORES», por los Dres. Guimerá Martín-Neda FJ, García Bustinduy M, Martín Malagón A\*, Sáez Rodríguez M, Dorta Alom S, Escoda García M, Manzano Sanz C, Sánchez González R, Noda Cabrera A, García Montelongo R, Martín-Herrera A\*\*. Servicios de Dermatología, \* Cirugía y \*\* Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

«RESULTADOS EN EL SEGUNDO AÑO DE INVESTIGACIÓN DE LAS PUSTULOSIS PALMOPLANTARES», Noda Cabrera A, Sáez Rodríguez M, Tejera Álvarez S\*, García Bustinduy M, Sánchez González R, Guimerá Martín-Neda FJ, Dorta Alom S, Escoda García M, García Montelongo R. Servicios de Dermatología y \*Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias Universidad de La Laguna. La Laguna (Tenerife).

«MICOSIS FUNGOIDE OLIGOSINTOMÁTICA», por los Dres. García Bustinduy M, Sáez Rodríguez M, Martín Corriente MC\*, Guimerá Martín-Neda FJ, Dorta Alom S, Noda Cabrera A, García

Castro E\*, Díaz-Flores L\*, García Montelongo R. Servicios de Dermatología y \* Anatomía Patológica. Hospital Universitario. Universidad de La Laguna. La Laguna (Tenerife).

13,30-14,00 h. PONENCIA: «TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PALMAR MEDIANTE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA», por los Dres. López Rivero, Quevedo Losada, Ceballos Esparragón, López Pujol\*. Sección de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. \*\* Hospital Reina Sofía. Córdoba.

14,00-14,45 h. CONFERENCIA MAGISTRAL: «LA INFECCIÓN VPH EN DERMATOLOGÍA. AVANCES TERAPÉUTICOS», por el Dr. Rodríguez Pichardo. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla.

14,45-16,30 h. COMIDA DE TRABAJO.

16,30-18,30 h. ASAMBLEA DE LA SECCIÓN CANARIA (SÓLO ACADÉMICOS).

1. Lectura y aprobación del Acta anterior.
2. Informe de la Directiva.
3. Propuestas de nuevos académicos.
4. Próximos reuniones.
5. Ruegos y preguntas.
6. Proclamación de la nueva Junta Directiva.

## COMUNICACIONES

43 «ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE POSTMENOPÁUSICA», por los Dres. Jiménez Acosta, Poblet E\*. \* Servicio de Anatomía Patológica. S. V. S. Marina Baixa. Alicante.

Se presenta el caso de una paciente de 70 años que comienza 6 años antes a perder el pelo de la zona frontal y temporal de sus cejas y de sus axilas de forma progresiva, sin signos inflamatorios.

Se comenta las características clínicas de esta rara entidad de reciente descripción, conocida como alopecia frontal fibrosante.

44 «TUMOR GLÓMICO MÚLTIPLE REGIONAL», por los Dres. Piqué E, Palacios S. Hospital General de Arrecife. Lanzarote.

Presentamos el caso de un varón de 24 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo I.

Consultó por una lesión en primer espacio interdigital de mano izquierda que apareció a los 5 años. Ha ido creciendo de forma paulatina y desde hace 5 años se quejaba de dolor en relación con el frío.

Refería que una lesión similar le fue extirpada del antebrazo izquierdo. Su padre tenía dos lesiones parecidas.

A la exploración se presentaba una lesión blanda de aspecto vascular que ocupaba un área de 4,5 x 2 cm de diámetro.

Se realizó una biopsia que mostró grandes espacios vasculares llenos de hematíes. Rodeando las células endoteliales había una capa de una a tres células de citoplasma claro y núcleo pequeño.

El paciente se perdió para seguimiento.

La variante múltiple de tumor glómico se puede dividir en localizadas o regionales y generalizadas, siendo ambas variantes muy raras. Aunque la clínica es variable, suele tratarse de nódulos azulados de pequeño tamaño. En los casos localizados suelen distribuirse en alguna extremidad. La histología a diferencia del tumor glómico solitario suele tener un pequeño número de células tumorales que rodean a vasos de grandes luces.

- 45 «INFECCIÓN CUTÁNEA POR *MYCOBACTERIUM MARINUM*», por los Dres. Juárez Casado Y, Hernández Santana J, Soler Cruz E, Rodríguez Salido MJ, Torrado González R, Hernández Machín B, Rodríguez López J, Islas Norris D, Hernández Hernández B. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

#### INTRODUCCIÓN

*Mycobacterium marinum* es una micobacteria de crecimiento lento y las infecciones cutáneas causadas por ésta se han denominado granuloma de las piscinas o granuloma de los acuarios. Fue aislada en 1926 y el primer caso descrito en 1951 en personas que se bañaban en piscinas contaminadas. Existe en el suelo y en el agua dulce y salada de lagos, piscinas y acuarios. Clínicamente la infección comienza como una lesión cutánea inflamatoria, localizada, que eventualmente se vuelve verrucosa. La enfermedad se puede resolver espontáneamente, pero las lesiones pueden persistir más de 10 años. Un patrón esporotricoide a lo largo del trayecto linfático no es infrecuente y puede extenderse la infección al tejido celular subcutáneo. Histológicamente suele aparecer un infiltrado inflamatorio tuberculoide en la dermis, algunas veces con la formación de abscesos. Para realizar el diagnóstico se requiere un alto grado de sospecha, por lo que es necesario realizar una detallada historia clínica.

Normalmente se han utilizado tres regímenes antibióticos en el tratamiento: tetraciclinas, rifampicina en combinación con otra droga, generalmente etambutol o cotrimoxazol. En algunos casos complicados es necesario combinar tratamiento quirúrgico.

#### CASOS CLÍNICOS

Presentamos dos casos de infección cutánea causada por *Mycobacterium marinum*, un varón de 17 años y una mujer de 59, ambos con un patrón de distribución esporotricoide. En el cultivo de un fragmento de biopsia se obtuvo crecimiento de *Mycobacterium marinum* en los dos casos. Evolución clínica: ambos pacientes recibieron tratamiento con doxiciclina oral 200 mg/ día con buena evolución de las lesiones.

#### DISCUSIÓN

Discutimos los aspectos clínicos, diagnósticos y tratamiento de este proceso.

- 46 «ACTINOMICOSIS», por los Dres. Bastidia J, Sáez O\*, González García\*\*, Anía B\*, Arkuch A\*, De la Rosa P\*\*\*, Suárez S\*, Rivero P, Carretero G, Domínguez J. Servicios de Dermatología, \*Medicina Interna, \*\*Microbiología y \*\*\*Anatomía Patológica. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

#### INTRODUCCIÓN

El micetoma es una infección de la piel que puede deberse a varios tipos de microorganismo. Generalmente afecta a parte distal de extremidades. Presentamos un caso importado de micetoma por actinomicetales localizado en la cabeza y la cara.

#### CASO CLÍNICO

Un paciente residente en el interior de Mauritania fue evacuado hasta nuestro hospital para estudio y tratamiento de una lesión extensa asintomática que le afectaba la cara y la cabeza. La lesión se originó tras un traumatismo en cuero cabelludo y había ido creciendo a lo largo de un período de más de 15 años. A la exploración observamos una gran placa de tacto leñoso que medía más de 20 cm de diámetro y que le provocaba una gran asimetría facial y trismo. En su superficie gran cantidad de trayectos fistulosos que exudaban líquido serosanguinolento. En la periferia existían lesiones blanquecinas pseudopustulosas sobre base inflamatoria. Se realizaron pruebas de laboratorio que resultaron no tener interés. Una biopsia cutánea puso de manifiesto la existencia de «gránulos» rodeados de infiltrado neutrofilico. En su interior se apreciaban acúmulos de bacterias grampositivas. Se realizó cultivo de uno de los granos blanquecinos con crecimiento de un microorganismo actinomicetal. En el momento de escribir este resumen se está procediendo a su identificación en el Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas de Majadahonda (Madrid). Se realizó estudio radiológico para determinar la extensión de la enfermedad. Se instauró tratamiento con antibioterapia con mejoría del trismo y de la clínica de las lesiones. Finalmente el paciente fue perdido durante el seguimiento.

#### COMENTARIO

El micetoma es una patología frecuente en países del Sahel, pero es excepcional en nuestro medio. Es una lesión clínica que puede ser causada por bacterias (*Nocardia*, *Actinomicetales*) y menos frecuentemente en hongos. Suele localizarse en partes acras de las extremidades, aunque puede afectar a cualquier localización. Los casos que afectan a la cabeza, como el presente, tiene peor pronóstico porque pueden involucrar al hueso y diseminarse por la cavidad craneal y porque esta localización limita el uso de la cirugía desbridante.

- 47 «ERUPCIÓN PRURIGINOSA Y EDEMA EN PACIENTE CON OBESIDAD», por los Dres. Sáez Rodríguez M, López Alba A\*, García Bustinduy M, Guimerá Martín-Neda F, Dorta Alom S, Escoda García M, Hernández Guerra A, Noda Cabrera A, Sánchez González R, Martín Herrera A\*\*, García Montelongo R. Servicios de Dermatología, \*Endocrinología y \*\*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Canarias. La Laguna (Tenerife).

#### INTRODUCCIÓN

El escleromixedema es una patología poco frecuente, sin tendencia a remisión espontánea y con múltiples tratamientos empleados con diferentes resultados.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años de edad, con obesidad mórbida, HTA y síndrome de apnea del sueño, que ingresó en el Servicio de Endocrinología por edema levemente pruriginoso de 3 semanas de evolución. En la exploración: peso de 160 kg e índice BMI de 55,5 kg/m<sup>2</sup>. Se nos consultó por placas eritemato-amarillentas de varios centímetros de diámetro, formadas por pápulas redondeadas de 4-5 mm que producían una infiltración en piel de naranja que asentaba en hipogastrio y flancos y un edema generalizado. En la analítica destacó: hemoglobina, 19 g/l. La histología fue compatible con escleromixedema. Se instauró tratamiento únicamente con dieta hipocalórica (1.200 kcal/día), observándose importante descenso ponderal, resolución del síndrome de apnea del sueño, escleromixedema (comprobado clínicamente e histológicamente) e importante mejoría de su situación cardiovascular. Se destacó la existencia de gammapatía.

## CONCLUSIONES

El escleromixedema es un cuadro que no hemos encontrado en la literatura asociado a obesidad mórbida. Destacamos la resolución clínica e histológica del cuadro asociado al importante descenso ponderal sólo con tratamiento dietético.

- 48 «MASTOCITOSIS SISTÉMICA», por los Dres. *Hernández Machín B, Hernández Hernández B, Torrado González R, Soler Cruz E, Hernández Santana J, Rodríguez López J, Báez Marreo O\*, Medina C\**. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Insular Universitario de las Palmas de Gran Canaria.

## INTRODUCCIÓN

Los mastocitos se consideran un grupo de enfermedades muy poco frecuentes, caracterizadas por una proliferación anormal de los mastocitos que pueden afectar a uno o varios órganos. Los órganos que se afectan con mayor frecuencia en las mastocitosis son la piel, la médula ósea, el hueso, los ganglios linfáticos, el tubo digestivo, el hígado y el bazo.

Los síntomas y signos clínicos de la enfermedad pueden estar en relación con la liberación de mediadores mastocitarios o con la infiltración orgánica por estas células. Existe una gran heterogeneidad en cuanto a las manifestaciones clínicas, incluso dentro de una misma forma de enfermedad.

Entre los exámenes rutinarios para el diagnóstico se incluye de forma protocolaria: el examen macro y microscópico de la piel, biopsia y aspirado de médula ósea y el estudio de los metabolitos urinarios de la histamina o de la triptasa sérica.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 50 años de edad, con los antecedentes personales de etilismo crónico hasta 9 años y toma de múltiples fármacos, que acude a consulta por un cuadro de 15 días de evolución consistente en una erupción eritematopapulosa en toda la superficie cutánea, acompañada de prurito intenso e hiperpigmentación residual. En ese mismo momento presentaba una hepatopatía a estudio. El informe histológico de una biopsia cutánea confirmaba la sospecha de mastocitosis cutánea. Se realizaron eco abdominal, punción médula ósea, histaminuria y analíticas, demostrándose la afectación sistémica de la enfermedad.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es revisar brevemente la ontogenia y biología del mastocito y de forma más amplia los aspectos más relevantes relacionados con la clasificación, diagnóstico, tratamiento y el pronóstico de las mastocitosis del adulto, enfocado desde un punto de vista eminentemente práctico.

- 49 «ERUPCIÓN PSORIASIFORME EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS», por los Dres. *Jiménez Acosta, Santana C*. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Clínica San Roque. Las Palmas de Gran Canaria.

Paciente de 63 años que acude a consulta con lesiones cutáneas extensas de aspecto psoriasiforme en extremidades inferiores y en pliegues flexurales. Las lesiones fueron interpretadas como psoriasis y tratadas con cremas de corticoides tópicos sin obtener mejoría alguna. En su historia personal destacaba la existencia de una diabetes mellitus secundaria a un tumor pancreático que fue extirpado años atrás con el diagnóstico de vipoma.

Además de las lesiones cutáneas eritematodescamativas la paciente presentaba zonas erosivas, glositis, glosodinia y una paronimia crónica.

En la presente comunicación se realiza el diagnóstico diferencial y se comenta la evolución y tratamiento de esta paciente.

- 50 «PSEDOXANTOMA ELÁSTICO DE PRESENTACIÓN INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO», por los Dres. *Dorta Alom S, Sánchez González R, García Bustinduy M, Guimerá Martín-Neda FJ, Sáez Rodríguez M, Escoda García M, Noda Cabrera A, Martín-Herrera AI\*, García Montelongo R*. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. La Laguna (Tenerife).

## INTRODUCCIÓN

El pseudoxantoma elástico (PXE) es un trastorno hereditario del tejido conectivo caracterizado por manifestaciones clínicas que generalmente afectan a la piel, vasos sanguíneos y membrana de Bruch del ojo como consecuencia de la fragmentación y calcificación de las fibras elásticas del organismo.

Su prevalencia se estima en 1/160.000 individuos.

## CASO CLÍNICO

Niña de 12 años de edad con antecedentes personales de esclerosis ósea de causa desconocida, trastornos neurológicos, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, oculares y del metabolismo fosfocálcico. A partir de los 9 años desarrolla lesiones cutáneas en ambos codos y rodilla izquierda. Se trataba de placas violáceas de entre 3 y 7 cm de diámetro, de forma irregular y grosor no uniforme, cuyo estudio histopatológico confirma el diagnóstico de PXE, pues se encuentran depósitos cálcicos en dermis media y profunda en relación con la trama elástica.

## DISCUSIÓN

La edad típica de aparición de las lesiones cutáneas y multisistémicas asociadas a este síndrome oscila entre los 15 y los 19 años,

siendo por ello éste un caso precoz. Resulta muy infrecuente hallar en la literatura la asociación del PXE con calcificaciones multiviscerales importantes y trastornos del metabolismo fosfocálcico.

- 51 «ACROQUERATORIS VERRUCIFORME DE HOPF. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS», *por los Dres. Gómez Duaso AJ, Martínez Lanao D\**. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Militar. Las Palmas de Gran Canaria.

La acroqueratosis verruciforme (AQV) descrita por Hopf en 1931 está considerada una rara dermatosis de herencia autosómica dominante. Se caracteriza por la presencia de pápulas verrucosas, planas, en dorso de manos, pies, antebrazos, codos y rodillas. Han sido también descritas lesiones palmares. Desde el punto de vista histopatológico, la AQV presenta hiperqueratosis ortoqueratósica, cierto grado de hipergranulosis, acantosis y una específica papilomatosis «en torres de iglesia».

Se ha discutido su relación con la enfermedad de Darier, habiéndose descrito cuadros mixtos.

Presentamos tres casos típicos de AQV en tres varones jóvenes con lesiones en dorso de manos antebrazos, codos y muslos. En uno de los casos, un familiar presentaba lesiones verrucosas centrotorácicas, en los otros dos casos no parecía haber otros familiares afectados. Todos los casos presentaban la morfología característica desde el punto de vista histopatológico.

A nuestro juicio la AQV podría ser una entidad mucho más frecuente de lo referido en la literatura.

- 52 «LESIONES CUTÁNEAS ASINTOMÁTICAS EN PACIENTE CON LEUCEMIA AGUDA», *por los Dres. Escoda M, Guimerá FJ, García M, Sáez M, García MP, Noda A, Martín-Herrera AI\**, *García Montelongo R*. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

### INTRODUCCIÓN

La siringometaplasia escamosa ecrina (SMEE) es una reacción benigna de las glándulas sudoríparas que se ha descrito asociada a diferentes procesos —úlceras crónicas (1), diversas neoplasias, pioderma gangrenosa, infecciones, etc.— y a diferentes fármacos, sobre todo agentes quimioterápicos. Tiene una clínica poco específica e histológicamente se caracteriza por la sustitución del epitelio cuboideo de los conductos escretorios por un epitelio escamoso.

### CASO CLÍNICO

Varón de 39 años de edad ingresado en el Servicio de Hematología para tratamiento de recidiva de leucemia aguda indiferenciada con protocolo EMA (etopósido, mitoxantrone, arabinósido de citosina). A los 10 aparecieron maculopápulas de 3-5 mm, eritematovioláceas, vitroborrables, que conflúan en placas de 2-3 cm, en tronco y caras extensoras de miembros superiores. Se realizó biopsia cutánea que fue informada como siringometaplasia escamosa ecrina. Sin tratamiento las lesiones cutáneas desaparecieron cuando la leucemia entró en remisión y cesó el tratamiento con quimioterapia.

### DISCUSIÓN

En 1982, Santa Cruz (2) y cols. describieron la asociación de la SMEE con tratamientos mediante agentes citotóxicos y radioterapia. Se trata de una entidad benigna que en estos casos tiende a la resolución espontánea al finalizar el tratamiento como sucedió en nuestro paciente. En enfermos inmunodeprimidos debe tenerse en cuenta, por un lado, el diagnóstico diferencial (infecciones, infiltración leucémica cutánea, toxicodermias, etc.) y, por otro, la dificultad para determinar la droga implicada en su aparición por la polimedicación.

- 53 «SARCOMA DE KAPOSI EN TRASPLANTADO HEPÁTICO», *por los Dres. Torrado González RM\*\**, *Soler Cruz E\**, *Juárez Casado Y\*\**, *Rodríguez Salido MJ\*\**, *Hernández Machín B\*\**, *Lorenzo Alenán JA\*\**, *Cabrera Galván JJ*, *Moreno García AM\**, *Rodríguez López J\**, *Hernández Santana J\*\**, *Islas Norris D\*\**, *Hernández Hernández B\*\**. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. \*Servicio de Digestivo. Hospital La Candelaria. Tenerife. \*\*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

### INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) es una proliferación multifocal, maligna, de capilares y células de tejido conectivo perivascular, de la piel y órganos internos. La incidencia está aumentada en judíos, en el sureste de Europa, África Tropical y en enfermos de SIDA. El SK aparece frecuentemente en los receptores de trasplantes como resultado de la inmunosupresión prolongada a la que se ven sometidos para evitar el rechazo del órgano trasplantado. Es 400 veces más frecuente en trasplantados renales que en la población general. En trasplantados hepáticos es un tumor raro.

### CASO CLÍNICO

Varón de 49 años, de origen italiano, trasplantado hepático desde hacía 6 meses por hepatitis vírica (VHB, VHC y VH delta), en tratamiento inmunosupresor, controlado por el Servicio de Digestivo del Hospital La Candelaria (Tenerife). Desde hacía 3 meses presentaba numerosas lesiones maculopapulosas, asintomáticas en tronco y extremidades. A la exploración se apreciaban en región mandibular, cuello y extremidades múltiples maculopápulas entre 0,5 y 1 cm de diámetro, redondeadas, violáceas y de consistencia aumentada. El estudio histológico confirmó la sospecha clínica de SK. Se realizó estudio extensión que fue negativo. Como actitud terapéutica se decidió disminuir las dosis de inmunosupresores, con lo que las lesiones desaparecieron en un 80%.

### COMENTARIO

Aunque el SK es un tumor raro en la población general, su incidencia es mayor en pacientes con la inmunidad celular deficiente, como los receptores de trasplantes. Presentamos un caso de SK en un paciente trasplantado hepático que respondió a la disminución de la inmunosupresión con la desaparición de la mayoría de las lesiones cutáneas. Queremos señalar que para nuestro conocimiento se trata del primer caso de SK en receptor de trasplante hepático que se da en Canarias.

- 54 «ÚLCERAS ATÍPICAS EN MIEMBROS INFERIORES», por los Dres. Guimerá Martín-Neda FJ, García Bustinduy M, Martín-Malagón A\*, Sáez Rodríguez M, Dorta Alom S, Escoda García M, Manzano Sanz C, Sánchez González R, Noda Cabrera A, García Montelongo R, Martín-Herrera A\*\*. Servicios de Dermatología, \*Cirugía y \*\*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

#### INTRODUCCIÓN

Las lesiones ulcerosas atípicas en miembros inferiores requieren en ocasiones un diagnóstico diferencial amplio que debe incluir al linfoma subcutáneo de células T, tumor poco frecuente descrito por González y cols. en 1991. Esta lesión tumoral presenta un pronóstico pobre, incluso con tratamiento de quimioterapia múltiple.

#### CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 46 años de edad que presenta cuadro de astenia, fiebre con sudación nocturna y pérdida de peso (10 kg) de 2 meses de evolución. En la exploración física sólo destaca una hepatomegalia de 3-4 cm, no palpándose adenopatías. En la exploración cutánea presenta múltiples lesiones nodulares con hipocromía superficial y placas eritematosas, muchas de ellas ulceradas en tronco y extremidades. El estudio histológico de las lesiones pone de manifiesto un infiltrado linfoide atípico localizado en el subcutáneo (patrón lobular) con hemofagocitosis. Inmunofenotipo positivo para línea T y negativo para línea B. TAC abdomen-tórax con infiltración de grasa subcutánea, hepatoesplenomegalia sin adenopatías. Médula ósea no infiltrada con síndrome hemofagocítico. Se trata con poliquimioterapia CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, metilprednisolona) con involución de clínica cutánea.

#### CONCLUSIÓN

El linfoma subcutáneo de células T, aunque poco frecuente, debe englobarse siempre dentro de la batería de diagnóstico diferencial en todas aquellas enfermedades cutáneas que cursen con infiltrado linfocítico del subcutáneo y más aún si con comita con síndrome hemofagocítico. Su diagnóstico precoz está estrechamente relacionado con su pronóstico.

- 55 «RESULTADOS EN EL SEGUNDO AÑO DE INVESTIGACIÓN DE LAS PUSTULOSIS PALMOPLANTARES», por los Dres. Noda Cabrera A, Sáez Rodríguez M, Tejera Álvarez S\*, García Bustinduy M, Sánchez González R, Guimerá Martín-Neda, Dorta Alom S, Escoda García M, García Montelongo R. Servicios de Dermatología y \*Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de la Laguna. La Laguna (Tenerife).

#### INTRODUCCIÓN

La pustulosis palmoplantar (PPP) es un proceso crónico, de etiología desconocida y con resistencia a tratamientos tópicos y sistémicos.

Hemos realizado un seguimiento desde que expusimos por vez primera los resultados preliminares en el proyecto de investigación sobre esta patología (12 de diciembre de 1998, Reunión Regional de la AEDV, Los Cancajos, La Palma).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

El número de pacientes estudiados hasta ahora ha sido de 34, habiéndose mantenido similares los parámetros de sexo, edad, evolución, comienzo, localización, síntomas asociados, antecedentes, etc. Para la obtención de estos datos hemos utilizado el formato de protocolo que expusimos en la reunión anteriormente referida.

#### CONCLUSIÓN

Finalmente se realizan nuevas aportaciones que ha dado nuestro estudio en lo que se refiere a síntomas concomitantes y factores desencadenantes y un estudio psicológico (dado que esta afección empeora con el estrés) en el que comienzan a vislumbrarse factores psíquicos y de personalidad que no han sido publicados en la literatura mundial consultada.

- 56 «MICOSIS FUNGOIDE OLIGOSINTOMÁTICA», por los Dres. García-Bustinduy M, Sáez-Rodríguez M, Martín Corriente MC\*, Guimerá FJ, Dorta Alom S, Noda Cabrera A, García Castro C\*, Díaz-Flores L\*, García Montelongo R. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

#### INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide es un linfoma de células T que se localiza en la piel. En su evolución presenta varios estadios o variantes clínicas, de las cuales el más frecuentemente observado es el de las máculas o placas. En este estadio, de forma precoz, es posible ver sólo una lesión, aunque hay autores que defienden que la «placa única» podría ser una entidad en sí misma.

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 65 años de edad, sin antecedentes personales de interés, vista en nuestra consulta con una lesión en dorso de muslo izquierdo de años de evolución que no había respondido a los tratamientos tópicos empleados (esteroides). A la exploración se apreciaba una placa eritematoescamosa, mal delimitada en algunos bordes, no infiltrada, de 7 x 5 cm de diámetro. Se practicó biopsia cutánea en la que destacó la presencia de un infiltrado linfoide en dermis superficial, de patrón liquefóide que en algunos puntos alcanzaba la epidermis, constituyendo microabscesos de Pautrier. Inmunohistoquímicamente se trataba de linfocitos CD3 positivos.

Con el diagnóstico de micosis fungoide se decide realizar tratamiento con radioterapia de contacto, consiguiendo la remisión clínica pero no histológica de la lesión.

#### DISCUSIÓN

El aspecto clínico de la forma en parches o en placas de la micosis fungoide nos obliga a considerar un amplio espectro de diagnósticos diferenciales, entre los cuales podríamos citar la psoriasis o los eczemas, tan frecuentes en la clínica diaria. Ante una placa eritematoescamosa o descamativa pruriginosa que no cede al tratamiento esteroideo tópico debemos plantearnos la posibilidad de una micosis fungoide. Por otro lado, los linfomas cutáneos de células T son radiosensibles. Existen indicaciones bien establecidas en la literatura para el tratamiento de la micosis fungoide, tanto en estadio de placas o en el tumoral o en fases eritrodérmicas. La no consecución de una remisión histológica en nuestra paciente se debe probablemente a la baja penetración que presenta la técnica de radioterapia de contacto empleada.