

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

Agaete (Gran Canaria), 3 y 4 de noviembre de 2000

PROGRAMA

Día 3 de noviembre de 2000

- 14,30 h. ALMUERZO DE TRABAJO EN EL HOTEL (MENÚ CONCERTADO).
16,00-16,15 h. APERTURA Y PRESENTACIÓN DE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA.
16,30-19,30 h. SESIÓN DE TRICOLOGÍA. *Dr. Juan Ferrando Barberá.*
21,00 h. CENA.

Día 4 de noviembre de 2000

- 9,00-11,00 h. COMUNICACIONES LIBRES.
11,00-11,15 h. CAFÉ.
11,15-12,00 h. ¿CÓMO LO TRATARÍA USTED? Y ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?
12,00-13,30 h. ASAMBLEA DE LA SECCIÓN CANARIA DE LA AEDV.
1. Lectura y aprobación del acta anterior.
2. Propuestas de nuevos académicos.
3. Propuesta de nuevas reuniones y establecimiento de ayudas de la industria farmacéutica.
4. Información sobre la campaña de melanomas.
5. Ruegos y preguntas.
14,00 h. «TENDERETE EN CASA DEL DOCTOR CRISTÓBAL DEL ROSARIO».

COMUNICACIONES LIBRES

(5 minutos por comunicación)

«INDICACIONES POCO FRECUENTES DEL LÁSER POR DEPILACIÓN Y DEL LÁSER PARA ELIMINAR TATUAJES», *por el Dr. Jiménez Acosta F.* Centro de Dermatología Láser. Clínica San Roque. Las Palmas de Gran Canaria.

«XANTOGRANULOMA NECROBIÓTICO», *por los Dres. Hernández Machín B, Borrego Hernando L, Torrado*

González R, Juárez Casado Y, Rodríguez Salido MJ, Camacho García MC, Gómez Díaz J*, Hernández Hernández B.* Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

«NEOPLASIA ANEXIAL DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS AXILARES», *por los Dres. Rodríguez Salido MJ, Hernández Santana J, Juárez Casado Y, Camacho García MC*, Cabrera Galván JF*, Hernández Machín B, Hernández Hernández B.* Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

«ERUPCIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA CON ATIPIA CITOLOGICA A LA ADMINISTRACIÓN DE G-SF (FACTOR ESTIMULADOR DE COLONIAS DE GRANULOCITOS)», *por los Dres. Juárez Casado, Borrego Hernando L, Camacho García MC*, Losada MC**, Rodríguez Salido NJ, Hernández Machín B, Hernández Hernández B.* Servicios de Dermatología, * Anatomía Patológica y ** Hematología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

«SINOVIOMA BENIGNO DE CÉLULAS GIGANTES», *por los Dres. Pérez Cejudo JA, Galván García J, Palacios Llopis S.* Área de Salud. Lanzarote.

«MIOFIBROMA CUTÁNEO DEL ADULTO», *por los Dres. Piqué E, Palacios S*.* Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital General de Lanzarote.

«DERMATOSIS ACANTOLÍTICA TRANSITORIA O ENFERMEDAD DE GROVER», *por los Dres. Feliciano Divasson L, Perera Molinero A, Fernández de Misa R, Ruiz León J, Suárez Hernández J, Villalba Caballero R, López Correcher B.* Servicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

«DERMATITIS PERIORAL GRANULOMATOSA INFANTIL», *por los Dres. Fagundo E, Sánchez R, Guimerá F, Dorta S, Escoda M, García MP*, Martín Herrera A*, García Montelongo R.* Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

«SÍNDROME DE SWEET ASOCIADO A ANTICONCEPTIVO», *por los Dres. Sáez M, Noda A, García Bustinduy M, Dorta S, Escoda M, Fagundo E, Carrasco JL*.*

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

«TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA DE PIO-DERMA GANGRENOSO RESISTENTE A ESTEROIDES», por los Dres. Escoda M, Sánchez R, García M, Sáez M, Dorta S, Fagundo E, Guimerá F, Álvarez H*, Martín Corrientes MC*, Noda A, Díaz-Flores L*, García R. Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

«UN NUEVO CASO DE PATOLOGÍA IMPORTADA», por los Dres. Dorta Alom S, Guimerá Martín-Neda F, Noda Cabrera A, Sáez Rodríguez M, Bello Ortega A, Pérez Piñeiro B*, Lecuona Fernández M**, Álvarez Argüelles Cabrera H***, Díaz-Florez Feo L***. Servicios de Dermatología, * Otorrinolaringología, ** Microbiología y *** Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

«LESIÓN TUMORAL EN PUNTA NASAL», por los Dres. Guimerá F, Sánchez R, García Bustinduy M, Dorta S, Castro C*, Escoda M, Fagundo E, Díaz-Florez L*, García Montelongo R. Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

— Presentación de la página WEB: www/dermatologico.com. Dr. Cristóbal del Rosario.

— Presentación del libro: «Esclerosis tuberculosa». Dra. Antonia Ruiz León.

COMUNICACIONES

57 «XANTOGRANULOMA NECROBIÓTICO», por los Dres. Hernández Machín B, Borrego Hernando L, Torrado González R, Juárez Casado Y, Rodríguez Salido MJ, Camacho García MC*, Gómez Díaz J*. Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN

El xantogranuloma necrobiótico (XNB) es una rara enfermedad histiocítica caracterizada por nódulos o placas induradas de color rojo amarillento con predilección por la región periorbitaria, aunque pueden aparecer en las extremidades y en el tronco. Es una enfermedad progresiva y destructiva que se asocia a paraproteinemia, raramente afectación orgánica y a un mayor riesgo de trastornos hematológicos y linfoproliferativos.

En la literatura se han descrito una cincuenta de casos; nosotros exponemos un caso de xantogranuloma necrobiótico asociado a paraproteinemia.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 50 años de edad, con los antecedentes personales de gammapatía monoclonal de significado incierto desde el año 1996 y síndrome depresivo en tratamiento actual

con Deflazacort®, Imurel®, Dormodor® y Tonopán®, que acude a consulta por un cuadro de 6 meses de evolución consistente en placas infiltradas e induradas de color rojoamarillento, localizadas en párpados superior e inferior de los dos ojos y en ambas sienes, donde además se apreciaba atrofia central. El cuadro se acompaña de dolor, prurito local y molestias oculares tras la exposición solar. Se practica biopsia cutánea que muestra una extensa necrobiosis con células xantomatosas y depósitos aciculares de colesterol. La paciente continúa en tratamiento inmunosupresor y en el seguimiento presenta lenta progresión de las lesiones.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es incidir en la asociación entre xantogranuloma necrobiótico y paraproteinemia, recalando en la necesidad de seguimiento de estos enfermos para detectar la posible degeneración hacia un trastorno maligno.

58 «NEOPLASIA ANEXIAL DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS AXILARES», por los Dres. Rodríguez Salido MJ, Hernández Santana J, Juárez Casado Y, Camacho García MC*, Cabrera Galván JJ*, Hernández Machín B, Hernández Hernández B. Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN

Presentamos dos casos de neoplasia anexial de glándulas sudoríparas axilares. Esta es una patología infrecuente y compleja.

CASO CLÍNICO

Caso 1. Mujer de 65 años que presenta lesiones papulosas, eritematosas, en axila derecha desde hace años. Estas son asintomáticas y de lento crecimiento.

Se realizan varias biopsias con el diagnóstico inicial de metástasis de carcinoma de mama, siendo el diagnóstico definitivo de carcinoma anexial ecino. Tras extirpación de la lesión la evolución ha sido favorable.

Caso 2. Varón de 77 años, con antecedentes de extirpación de lesión cutánea en axila izquierda hace 2 años.

Desde hace unos meses, presenta sobre cicatriz previa, lesión nodular subcutánea, con placa eritematosa adyacente y lesiones papulosas satélites.

Inicialmente el diagnóstico histopatológico es de metástasis de adenocarcinoma. Posteriormente se evidencia un adenocarcinoma de glándula sudorípara con células en anillo de sello, con metástasis ganglionares. A pesar del tratamiento quirúrgico y terapia adyuvante con quimioterapia, la evolución es desfavorable, con final exitus.

COMENTARIO

El carcinoma de glándula sudorípara con células en anillo de sello es de localización preferentemente parpebral, aunque también se describe en axila. Su característica citológica más relevante es la morfología en anillo de sello, debido a la abundancia de mucina en su citoplasma. Las neoplasias anexiales tienen tendencia a la recurrencia local y metástasis ganglionar, pero no en la distancia; sin embargo, el adenocarcinoma en ani-

llo de sello tiene un alto potencial para hacerlo. Por ello es preciso una alta sospecha diagnóstica y tratamiento precoz.

- 59 «ERUPCIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA CON ATIPIA CITOLÓGICA A LA ADMINISTRACIÓN DE G-SF (FACTOR ESTIMULADOR DE COLONIAS DE GRANULOCITOS), por los Dres. Juárez Casado Y, Borrego Hernando L, Camacho García MC*, Losada MC**, Rodríguez Salido N.J, Hernández Machín B, Hernández Hernández B. Servicios de Dermatología, *Anatomía Patológica y **Hematología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN

El G-CSF es un factor de crecimiento hematopoyético con muchas aplicaciones en el tratamiento del cáncer, como la reducción de la incidencia de neutropenia febril, aceleración de la recuperación de neutrófilos después de la quimioterapia o trasplante de médula ósea y movilización a la administración de G-CSF, tanto locales en el lugar de inyección como reacciones cutáneas generalizadas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años afecta de mieloma múltiple que ingresa en el Servicio de Hematología para TASPE (trasplante autólogo de sangre periférica). Al séptimo día del ingreso desarrolla erupción cutánea maculopapulosa pruriginosa en tronco y extremidades que se resuelve espontáneamente en unos 10 días. En la biopsia cutánea destaca un infiltrado linfocitario perivascular atípico. Inmunohistoquímicamente el infiltrado tiene características T y se identifican algunos linfocitos CD30 positivos.

DISCUSIÓN

Las reacciones cutáneas secundarias a la administración de GM-CSF (factor estimulador de colonias de granulocitos y macrófagos) son consideradas por algunos autores como una variación de síndrome de recuperación linfocitaria que se observa cuando citoquinas recombinantes humanas como GM-CSF se administran antes de la recuperación medular. En esta situación se pueden observar linfocitos atípicos con núcleos largos, pleomórficos e hiper cromáticos.

Otros autores describen este cuadro pero sin englobarlo como una variación del síndrome de recuperación linfocitaria.

Consideramos importante conocer estos hallazgos puesto que los infiltrados cutáneos linfoides CD 30+ citológicamente atípicos pueden interpretarse como enfermedad recurrente cuando acontece en pacientes tratados con otra neoplasia hematológica primaria.

- 60 «SINOVIOMA BENIGNO CÉLULAS GIGANTES», por los Dres. Pérez Cejudo JA, Galván García J, Palacios Llopis S. Área de Salud. Lanzarote.

INTRODUCCIÓN

El sinovioma benigno de células gigantes es un tumor de partes blandas que afecta a manos y pies, frecuentemente en mujeres jóvenes.

Se caracteriza por ser un nódulo circunscrito de consistencia firme y adherida a planos profundos, es indolente. Histológicamente se caracteriza por ser un tumor bien delimitado localizado en dermis profunda, compuesto por múltiples células eosinófilas mononucleares, células xantomatizadas, células multinucleares gigantes, inmersas en un tejido de colágeno en el que destaca la presencia de luces que probablemente representan espacios sinoviales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años que coincidiendo con el embarazo presenta tumoración que emerge de la superficie de la piel de 1,5 x 1,2 cm, duro, coloración piel normal, indolente, en cara interna del segundo dedo mano derecha; al proceder a su extirpación se encuentra que el tumor es más grande de lo previsto, lobulado y adherido al tendón. La lesión fue extirpada y recidivo a los 6 meses, por lo que nuevamente fue intervenida, manteniéndose asintomática después de 4 meses.

Al microscopio hay un tejido conectivo infiltrado por células fusiformes que alterna con células gigantes multinucleadas, hay infiltración focal, no hay índice mitótico apreciables.

Se justifica su presentación: por su controversia de naturaleza reactiva, ya que coincidió con el embarazo, su discusión y vinculación con otras entidades, como el fibroma vaina tendinosa y la necesidad de un tratamiento quirúrgico eficaz, con márgenes amplios.

- 61 «MIOFIBROMA CUTÁNEO DEL ADULTO», por los Dres. Piqué E, Palacios S*. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital General de Lanzarote.

Varón de 73 años con antecedentes de apendicectomía, neumonía, hiperuricemia, hipertrigliceridemia, talasemia minor, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. Sin alergias conocidas de interés.

Consultó por lesión en cara anterior de muslo derecho de 10 años de evolución. Durante este tiempo no ha variado de tamaño ni ha drenado material alguno. Se queja de dolor a la manipulación.

A la exploración se observaba una cicatriz de quemadura en pierna derecha que refirió se produjo a los 14 años y que presentaba zonas erosionadas. En muslo derecho se apreciaba un nódulo bajo una piel aparentemente sana que, sin embargo, adoptaba una coloración eritematoamarillenta. Era multilobulado y pétreo a la palpación, que se extendía más allá de los límites visibles ocupando un área de 2 cm de diámetro. El resto de la exploración fue rigurosamente normal salvo por una adenopatía submandibular.

Se realizó biopsia exéresis. El estudio histopatológico mostró un gran tumor dérmico multilobular en el que se apreciaban una zonas centrales hipocelulares y de estroma escleroso y unas áreas hiper celulares que presentaban pequeños espacios vasculares, alguno de los cuales contenía un hematíe. En la periferia se apreciaban nódulos que recordaban a un hemangiopericitoma que se continuaban con nódulos esclerosos.

Tras 2 años de seguimiento no ha habido recidivas.

El miofibroma cutáneo del adulto es una entidad rara, recientemente reconocida. Su etiopatogenia es controvertida, aunque probablemente derive del mioepicito.

- 62 «DERMATITIS PERIORAL GRANULOMATOSA INFANTIL», *por los Dres. Fagundo E, Sánchez R, Guimerá F, Dorta S, Escoda M, García MP*, Martín Herrera A*, García Montelongo R.* Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

INTRODUCCIÓN

La dermatitis perioral granulomatosa infantil (DPGI) es una enfermedad poco frecuente, autorresolutiva, que se considera un subtipo de dermatitis perioral donde el estudio anatómico-patológico demuestra granulomatosis tipo sarcoideo.

CASO CLÍNICO

Niño de 4 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por presentar un brote de lesiones periorales de 5 meses de evolución que se había extendido al área periocular. Las lesiones consistían en pápulas diminutas, eritematosas, brillantes. Ante la sospecha de DPGI se realiza estudio histológico que confirma el diagnóstico. Las demás pruebas complementarias realizadas (hemograma, analítica general y Rx de tórax) fueron completamente normales. El cuadro evolucionó de forma favorable y se resolvió en 7 meses sin dejar cicatriz.

DISCUSIÓN

La dermatitis perioral granulomatosa infantil es una entidad poco frecuente y, por tanto, debe hacerse diagnóstico diferencial con la dermatitis perioral clásica, sarcoidosis, acné agminata y acné rosácea.

BIBLIOGRAFÍA

- Wanders SM, Lucky AW. Perioral dermatitis in childhood. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:688-92.
- Frieden IJ, Prose NS, Fletcher V, Turner ML. Granulomatous perioral dermatitis in children. *Arch Dermatol* 1989;125:369-73.
- Torrelo A, Mendiero IG, Zambrano A. Dermatitis perioral granulomatosa infantil. *Actas Dermosifiliogr* 1996;87:626-8.

- 63 «SÍNDROME DE SWEET ASOCIADO A ANTI-CONCEPTIVO», *por los Dres. Sáez Rodríguez M, Noda Cabrera A, García Bustinduy M, Dorta Alom S, Escoda García M, Fagundo González E, Carrasco Juan JL*, Martín Herrera AI*, García Montelongo R.* Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sweet es una dermatosis poco frecuente, con unas características clínicas e histológicas típicas. Se ha visto asociado a distintos procesos inflamatorios, neoplásicos, infecciosos, embarazo e incluso como reacción a fármacos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años de edad, con antecedentes personales de trastornos menstruales, que acude a consulta con cuadro clínico que se inició a las 36 horas del comienzo de un anticonceptivo oral (etinil-estradiol + gestodeno) hacía 10 días. Presentaba

cinco placas eritematovioláceas, congestivas, de 0,5 a 2 cm de diámetro, localizadas en la cara lateral derecha del cuello. Se acompañaba de fiebre de 38° C, leucocitosis con neutrofilia (86%) y elevación de la VSG (30 mm/h). Con la sospecha de síndrome de Sweet se realiza biopsia para estudio anatómico-patológico, confirmándose el cuadro y pautándose corticoterapia sistémica y tópica, además de suspenderse la anti-concepción. En el despistaje de todos los procesos etiopatogénicos implicados sólo se encontró posible relación con el anticonceptivo. La evolución fue favorable, con resolución del cuadro clínico en 2 semanas y sin recidiva hasta la actualidad.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de un síndrome de Sweet asociado a anti-concepción oral, constituyendo éste el segundo caso referido en la literatura, según nuestra revisión.

BIBLIOGRAFÍA

- Tefany FJ, Georgouras K. A neutrophilic reaction of Sweet's syndrome type associated with the oral contraceptive. *Australas J Dermatol* 1991;32:55-9.

- 64 «TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA DE PIODERMA GANGRENOZO RESISTENTE A ESTEROIDES», *por los Dres. Escoda M, Sánchez R, García M, Sáez M, Dorta S, Fagundo E, Guimerá F, Álvarez H*, Corrientes MC*, Noda A, Díaz-Flores L*, García R.* Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea ulcerativa, dolorosa, habitualmente localizada en miembros inferiores. Se distingue una forma asociada a trastornos sistémicos y otra idiopática. Aunque la causa fundamental sigue siendo desconocida, existe una base inmunológica en su etiopatogénesis.

CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años, con antecedentes personales de histerectomía por miomas uterinos, hernia discal lumbar intervenida, uveítis anterior derecha, lipectomía abdominal, injerto cutáneo en miembro inferior izquierdo tras lesión diagnosticada de erisipela. Remitida al Servicio de Dermatología por Medicina Interna por lesión ulcerosa en miembro inferior derecho de 3 meses de evolución, que se inició como pequeña lesión pustulosa. A la exploración se objetivó lesión ulcerosa de bordes excavados eritematovioláceos muy inflamatorios y fondo sucio, de 25 x 10 cm de tamaño, muy dolorosa e incapacitante. Se practicó biopsia cutánea que resultó compatible con pioderma gangrenoso. Se instauró tratamiento local con desbridantes y antibióticos, así como esteroides sistémicos. Dada la mala evolución del cuadro, así como a la aparición de efectos secundarios de la corticoterapia, se decidió instaurar ciclosporina (5 mg/kg/día), con involución de las lesiones hasta su completa curación sin recidiva tras el inicio de la reducción de la dosis de ciclosporina. El estudio realizado para descartar enfermedad sistémica asociada fue negativo.

DISCUSIÓN

Aunque clásicamente el tratamiento de elección del pioderma gangrenoso han sido los corticoides, la existencia de

casos resistentes a esta terapia ha estimulado la introducción en los últimos años de otras alternativas terapéuticas, entre ellas el uso de ciclosporina, obteniéndose excelentes resultados en la mayoría de los casos.

- 65 «UN NUEVO CASO DE PATOLOGÍA IMPORTADA», por los Dres. Dorta Alom S, Guimerá Martín-Neda FJ, Noda Cabrera A, Sáez Rodríguez M, Bello Ortega A, Pérez Piñero B*, Lecuona Fernández M**, Álvarez-Argüelles Cabrera H***, García Montelongo R, Díaz-Flores Feo L***. Servicios de Dermatología, *Otorrinolaringología, **Microbiología y ***Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

CASO CLÍNICO

Varón de 29 años de edad, de raza negra, que acude a consulta por lesiones cutáneas de 9 meses de evolución a nivel submandibular izquierdo y desde hace 1 mes en nariz. No refería antecedentes personales de interés.

En la exploración física se apreciaba en región submandibular izquierda una placa ovalada, de 5 x 2 cm, eritematoviolácea, con centro atrófico y periferia ligeramente sobreelevada, con costras en superficie. En la nariz destacaba la obstrucción del orificio nasal izquierdo por costras de aspecto melicérico, así como una zona mal delimitada de aproximadamente 2 x 1 cm en punta nasal, de aspecto vegetante, también con costras en superficie. En la parte superior del tronco y proximal de miembros superiores, presentaba múltiples máculas y pápulas hiperpigmentadas redondas de 1-2 mm, así como lesiones también maculares algo mayores en ambas plantas de los pies.

Se solicitaron las siguientes pruebas complementarias: analítica general, serología de HIV, lúes y hepatitis A, B y C, Mantoux, radiografía de tórax, TAC de fosas nasales y senos paranasales. Se tomaron muestras para estudio histológico, detectándose en dermis granulomas epitelioides, sin necrosis caseosa, con técnicas específicas no se detectaron bacilos ácido-alcohol resistentes ni estructuras micóticas. Los cultivos de piel lesional (bacterias, micobacterias y hongos), fueron positivos para *Staphylococcus aureus* y negativos para hongos. A pesar de la negatividad de la baciloscoopia de esputo, la técnica de PCR en la misma muestra detectó la presencia de *M. tuberculosis*.

Una vez confirmado el diagnóstico de tuberculosis cutánea y pulmonar el paciente inicia tratamiento con cuatro fármacos. Tras 7 semanas de cultivo de la muestra de piel en medio sólido se detecta crecimiento de *M. tuberculosis complex*.

- 66 «LESIÓN TUMORAL EN PUNTA NASAL», por los Dres. Guimerá F, Sánchez R, García-Bustinduy M, Dorta S, Castro C*, Escoda M, Fagundo E, Díaz-Flores L*, García-Montelongo R. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

INTRODUCCIÓN

El poroma ecrino, descrito por Pinkus en 1956, es un tumor de la glándula sudorípara ecrina, generalmente localizado en palmas o plantas. Existen dos variantes que son el hidroacantoma simple (epidérmico) y el tumor ductal dérmico. Su malignización es excepcional, ya sea de manera espontánea o por degeneración de una variante benigna inveterada. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 29 años de edad, sin AP de interés que consulta por lesión tumoral en punta nasal de 1 mes de evolución. A la exploración física presenta lesión tumoral única, nodular de consistencia firme, dolorosa a la presión, de 1 cm de diámetro y superficie eritematosa lisa, con área milimétrica ulcerada. Su estudio histológico pone de manifiesto una proliferación de células tumorales inmersas en estroma altamente vascularizado y presencia de conductos glandulares tortuosos con dilataciones quísticas, localizado en epidermis y dermis, eti-quetándose la lesión como un poroma ecrino. TAC y Rx del macizo facial normal. Se realiza tratamiento mediante extirpación quirúrgica completa de la lesión, no apreciándose recidivas hasta la actualidad.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de un tumor glandular poco frecuente y en una localización muy atípica. El estudio histológico detallado, así como la extirpación rápida son fundamentales para evitar la malignización de la lesión, hecho éste también excepcional.