



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

Reunión de la Sección Territorial Gallega de la AEDV

Santiago de Compostela, 8 de mayo de 2010

1. ALOPECIA Y DISTROFIA UNGUEAL EN PACIENTE HOSPITALIZADA

J. Barja^a, M. Almagro^a, R. Iglesias^a, R. Rodríguez^a,
S. Ruanova^b, F. Sacristán^c y E. Fonseca^a

Servicios de ^aDermatología, ^bMedicina Interna y ^cAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad en la que se produce un depósito extracelular de material proteico con características tintoriales específicas. La amiloidosis sistémica primaria se relaciona con la presencia de una proliferación clonal de células plasmáticas que originan un depósito de cadenas ligeras en diferentes órganos. En algunos casos existe un mieloma evidente, pero en la mayoría la discrasia sanguínea subyace sin poder ser objetivada con pruebas complementarias.

Caso clínico: Mujer de 72 años con antecedente personal de bocio multinodular, alopecia y fragilidad ungueal atribuida a propranolol, mucinosis eritematosa reticulada y disfagia que estaba siendo estudiada. Ingresada por síndrome general de 1 año de evolución, acompañado en el último mes de tos y disnea. Nota sequedad en mucosa oral y ojos. Se realizó interconsulta a dermatología por la persistencia de alopecia y alteraciones ungueales a pesar de haber suspendido el propranolol. En la exploración física se observa palidez cutánea y mucosa, macroglosia con improntas dentales, bultos submandibulares e hiponosis basal en hemitórax derecho. En las pruebas complementarias se objetiva anemia y en el proteínograma se observa un aumento de Ig G, y una banda monoclonal de cadena ligera Lambda, que también se manifiesta como proteinuria de Bence-Jones. En la radiografía aparece un derrame pleural derecho, y en el TC además se objetiva engrosamiento dudoso en esófago y de la pared gástrica. Se realizaron múltiples pruebas a la paciente para filiar el cuadro. Con endoscopia se observan pliegues engrosados en la cavidad gástrica y se obtiene material para estudio histológico. Se hizo toracocentesis y posteriormente biopsia pleural. Se realizó también biopsia cutánea a nivel de cuero cabelludo y de grasa abdominal. En la histología de todas las muestras aparecen depósito de amiloide tipo AL. El ecocardiograma descartó

infiltración cardíaca y el EMG evidenció polineuropatía axonal. Se diagnosticó a la paciente de amiloidosis tipo AL y se le trasladó a hematología, donde se realizó biopsia de médula ósea, que muestra 8-14% de plasmocitos atípicos y se inicia tratamiento con melfalán y prednisona

Discusión: Las manifestaciones cutáneas de la amiloidosis sistémica primaria son púrpura en relación con fragilidad capilar, macroglosia y pápulas cerúleas, nódulos, placas o infiltración difusa. La afectación del cuero cabelludo es excepcional. Cursa con alopecia difusa no infiltrada y el depósito de amiloide se produce en el folículo pilosebáceo. Puede coexistir con afectación ungueal. Ésta se manifiesta como cambios similares al liquen plano por depósito de amiloide en lecho y matriz ungueal. La presencia de estas alteraciones suele asociarse con un mieloma subyacente.

2. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A DIAZOLIDINIL UREA E IMIDAZOLIDINIL UREA

J. García-Gavín, J. García Martínez, I. Montero,
V. Fernández-Redondo y J. Toribio

Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El uso de sustancias conservantes en cosméticos es fundamental para evitar que sean colonizados por bacterias, hongos o levaduras. Los conservantes donadores de formaldehído consiguen gran parte de su efecto biocida gracias a su capacidad de liberar esta molécula en medio acuoso.

Caso clínico: Mujer de 14 años, atópica, con lesiones pruriginosas de 3 meses de evolución afectando principalmente a las manos, con diseminación secundaria ocasional a cara y cuello. La paciente reconocía la aplicación de diversos productos cosméticos, por lo que ante la sospecha de dermatitis de contacto se realizaron pruebas epicutáneas. Los resultados confirmaron una respuesta alérgica a diazolidinil urea e imidazolidinil urea, con relevancia pasada y presente para los productos empleados. La respuesta al formaldehído, parchado al 1 y 2% en medio acuoso, resultó negativa.

Discusión: La diazolidinil urea y la imidazolidinil urea son 2 liberadores de formaldehído con un amplio uso como conservantes en cosméticos. Actualmente, la concentración máxima autorizada por la Unión Europea es del 0,5 y el 0,6%, respectivamente. La experien-

cia en la prueba del parche demuestra que un elevado número de pacientes presenta una respuesta positiva a ambos alérgenos con una respuesta negativa a formaldehído. Es conocido que ambas moléculas tienen un producto de degradación común, el «compuesto HU», que podría explicar aquellos casos en los que la respuesta a la diazolidinil urea fuera más intensa que a la diazolidilurea, como sucede en nuestra paciente.

Conclusiones: En definitiva, presentamos un caso de alergia a conservantes en una niña de 14 años tras el empleo de productos cosméticos asequibles y de amplia difusión. El caso es notorio al haberse podido establecer claramente todas las relevancias y por confirmar clínicamente la hipótesis de la degradación de la diazolidinil urea e imidazolidinil urea a un compuesto común independiente de formaldehído.

3. EFECTOS SECUNDARIOS Y EVENTOS INFRECIENTES EN EL TRATAMIENTO ESTÉTICO CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A. APORTACIÓN DE 4 CASOS

E. del Río

Clinica Dermalar. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Los efectos secundarios más frecuentes en la utilización estética de la toxina botulínica son, en general, leves y de fácil solución. Los más habituales son asimetría, hematomas, edemas y cefaleas. Algunos otros, como la caída palpebral, suelen recuperarse *ad integrum* al desaparecer la acción del medicamento entre 2 y 5 meses.

Casos clínicos: Presento 3 tipos de complicaciones e incidentes poco habituales en el tratamiento estético de las arrugas faciales con toxina botulínica de tipo A. Caso 1: Descolgamiento órbito-malar lateral. Una mujer de 42 años acude para tratamiento de arrugas de expresión en zona glabellar, frente y patas de gallo. Se inyectan 45 unidades en 11 puntos de aplicación. La revisión, 7 días más tarde, evidencia una marcada flaccidez órbito-malar lateral, que persistió durante semanas. La paciente quedó satisfecha con el resultado glabellar y frontal, pero no repitió procedimiento. Caso 2: Bolsas palpebrales mediales. Una mujer de 41 años solicita tratamiento para mejorar las arrugas dinámicas en el tercio superior de la cara. Se inyectaron 47 unidades de producto en 17 puntos, 2 de ellos en ambas zonas lateronasales. A los 7 días presenta mejora importante salvo una tumefacción bilateral palpebral medial que persistió durante 2 meses. La paciente cerraba bien los párpados pero no podía retraer el párpado inferior hacia el lagrimal al enarcar de las cejas. Seis meses después repitió el procedimiento sin la aplicación de los puntos nasales sin notar el efecto anterior. Caso 3: Bolsas palpebrales mediales. Una mujer de 59 años quiere mejorar su aspecto facial arrugado y cansado. Utilizo 40 unidades de producto en 23 puntos, incluidas «las arrugas de Bugs Bunny». A los 7 días presenta un edema y tumefacción en zona medial de párpados inferiores, idéntico al caso anterior, con imposibilidad de retraerlos al enarcar las cejas. No repitió el procedimiento. Caso 4: Toxina botulínica en las primeras semanas de embarazo. Mujer de 34 años de edad que demanda tratamiento de zona glabellar y de patas de gallo. Tras firmar el habitual consentimiento informado se aplican 25 unidades intramusculares en once puntos faciales. Cuatro días después telefona preocupada por un test de embarazo positivo. El embarazo se completó a término con el nacimiento de un niño con buen estado de salud.

4. EDEMA PALPEBRAL BILATERAL

E. Gutiérrez-González, J. Alonso-González, D. González-Vilas, M. Ginarte y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El edema palpebral bilateral constituye un reto diagnóstico, ya que son múltiples las condiciones que pueden manifestarse con esta clínica, incluyendo la reacción a diversos fármacos.

Caso clínico: Mujer de 34 años, sin antecedentes de interés, remitida desde reumatología para valoración de cuadro de edema palpebral bilateral persistente de 9 meses de evolución, sin otra sintomatología asociada. En la anamnesis de esta primera visita respondió no estar ingiriendo fármaco alguno. A la exploración se observaba edema palpebral bilateral, sin eritema ni descamación. Previamente a nuestra consulta había realizado numerosas exploraciones complementarias incluyendo analítica de sangre con estudio inmunológico, ecografía abdominal, radiografía de tórax así como biopsia muscular, siendo todas normales. En nuestro servicio se indica una tomografía computerizada de ambas órbitas, no evidenciando anormalidad alguna. En la siguiente revisión, se reintroga a la paciente, insistiendo en la toma de fármacos, y reconoce la toma de anticonceptivos desde hace aproximadamente 9-10 meses y leve empeoramiento del edema en período menstrual. Ante la sospecha del anticonceptivo como agente causal del cuadro, se retira la medicación, produciéndose resolución progresiva del edema hasta su completa desaparición.

Discusión: Los anticonceptivos son un medicamento de un uso muy común hasta el punto que muchas pacientes no los consideran como una medicación, más aun si son en forma de parche transdérmico o anillo vaginal. Sus efectos secundarios descritos son diversos y de importancia variable, desde náuseas a tromboembolismo pulmonar. Han sido descritas crisis de angioedema desencadenadas o exacerbadas por anticonceptivos pero no edema persistente localizado en región palpebral. Igualmente, son varios las drogas que pueden producir edema palpebral, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o los bloqueantes de canales de calcio.

Conclusiones: Presentamos un caso de edema palpebral bilateral inducido por ACO, no habiendo encontrado en la literatura revisada casos similares. Igualmente, resaltamos la importancia de una buena anamnesis y la importancia de preguntar de forma dirigida por los tratamientos, incluyendo los ACO.

5. EVOLUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA PUBLICADA POR LOS DERMATÓLOGOS ESPAÑOLES Y COMPARACIÓN CON OTROS GRUPOS EN 2008

B. Aranegui Arteaga, I. García-Doval, C. Posada García, M.A. García-Cruz, A. Batalla Cebej, P. Dávila Seijo y C. de la Torre Fraga

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: La investigación clínica estudia preguntas surgidas en la práctica clínica.

Material y métodos: Utilizando una definición de investigación clínica previamente validada, comparamos los porcentajes de investigación clínica e investigación clínica con alto nivel de evidencia publicados por los dermatólogos españoles en 1992, 1996, 2000, 2004 y 2008; y de los dermatólogos españoles, franceses, británicos y los reumatólogos españoles en 2008. Comparamos también la productividad científica de alto nivel de evidencia en 2008

Resultados: El porcentaje de investigación clínica de los dermatólogos españoles en 2008 fue del 35% (el 6,6% fueron artículos de alto nivel de evidencia). En los años estudiados, estos porcentajes no cambiaron. En 2008, los porcentajes de artículos de investigación clínica en los dermatólogos franceses, los dermatólogos británicos y los reumatólogos españoles fueron, respectivamente, 34, 43 y 55%, observándose una diferencia significativa entre estos últimos y los dermatólogos españoles. También existieron diferencias en el porcentaje de investigación clínica de alto nivel de evidencia. A excepción de las observadas en la comparación con los reumatólogos españoles, las diferencias en 2008 podrían deberse al azar, dada la ausencia de significación estadística. Nuestra productividad científica de alto nivel de evidencia es superada significativamente por la de los dermatólogos británicos.

Discusión: Las diferencias con los reumatólogos españoles sugieren la existencia de factores propios de la especialidad, y, con los dermatólogos ingleses, de factores propios del país.

Conclusiones: Sería importante analizar las causas de estos resultados e intentar mejorar esta situación.

6. FOTODERMATOSIS DE INICIO EN LA INFANCIA

S. Gómez-Bernal, D. González-Vilas, J. García-Gavín, M.T. Rodríguez-Granados, V. Fernández-Redondo y J. Toribio

Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La urticaria solar es una fotodermatosis de curso crónico muy infrecuente. Tiene ligero predominio en mujeres y suele aparecer en torno a la tercera década de la vida. Su aparición en la infancia es excepcional. Las medidas de fotoprotección y los antihistamínicos son parcialmente eficaces. La fototerapia consigue aumentar la tolerancia de estos pacientes a la exposición solar.

Caso clínico: Mujer que consultó debido a que desde la infancia tenía brotes recurrentes de lesiones pruriginosas que aparecían de forma inmediata tras la exposición solar. La analítica sanguínea fue normal y el estudio fotobiológico demostró la aparición de habones con UVA y luz visible.

Conclusiones: Presentamos una paciente con una urticaria solar de inicio en la infancia que fue tratada con fototerapia.

7. HAMARTOMA ANGIOMATOSO ECRINO: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

A. Batalla^a, E. Rosón^a, A. Troncoso^b, A. Flórez^a y C. de la Torre^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: El hamartoma angiomaso ecrino es un tumor benigno e infrecuente que se caracteriza por la proliferación de elementos ecrinos y vasculares. Presentamos 2 casos de hamartoma angiomaso ecrino y revisamos las características de esta entidad.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 33 años que consultó por lesión en espalda, marrón-rojiza, no palpable, con hiperhidrosis asociada, de 13 años de evolución. Caso 2: Varón de 25 años con lesión eritematosa en palma izquierda, de 17 años de evolución, asintomática. En el estudio anatomopatológico de ambos pacientes se observó hiperplasia de glándulas ecrinas en íntima relación con proliferación de canales vasculares. Los 2 pacientes se diagnosticaron de hamartoma angiomaso ecrino.

Conclusiones: El hamartoma angiomaso ecrino generalmente se presenta al nacimiento o en la infancia. No tiene predilección por sexo. Se manifiesta habitualmente como una lesión solitaria, con presentación clínica variable. La localización más frecuente es la región distal de extremidades. Suele ser asintomático, pero puede haber dolor e hiperhidrosis asociados. Debido a la clínica heterogénea, el diagnóstico es fundamentalmente histopatológico. Microscópicamente las alteraciones se observan en la dermis y tejido celular subcutáneo. Se caracteriza por hiperplasia de glándulas ecrinas normales o dilatadas, en próxima asociación con focos de capilares angiomasos, con variable presencia de estructuras pilares, lipomatosas, mucinosas y linfáticas. Entre los diagnósticos diferenciales destacan el nevus ecrino, el angioma sudoríparo, el hamartoma del músculo liso y determinadas lesiones vasculares. El tratamiento no suele ser necesario excepto en casos de dolor resistente a tratamiento, sudor excesivo o por motivos estéticos.

8. INDICACIÓN DE BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN GESTACIÓN

F. Piñeyro, S. Paradel, L. Pérez Varela, B. Fernández Jorge, C. Peña, B. Acea y E. Fonseca

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

Introducción: El melanoma es el quinto tumor en frecuencia durante el embarazo y supone un 8% de todos los tumores diagnosticados durante la gestación. Se ha señalado que su incidencia es de 2,8-5 casos por 10⁵ embarazos. El manejo del melanoma en estas pacientes no difiere con respecto al de la población general, salvo algunas consideraciones especiales, como la anestesia utilizada o el tratamiento adyuvante.

Caso clínico: Mujer de 34 años de edad, gestante de 21 semanas, que consultó por una lesión pigmentada en pierna izquierda. Se realizó biopsia escisional resultando un melanoma de extensión superficial, Breslow de 2,16 mm, no ulcerado. Bajo anestesia local y sedación realizamos una biopsia de ganglio centinela, sin que se encontraran metástasis ganglionares. Se estadificó a la paciente en estadio IIA (AJCC 2002). En la semana 38 la paciente desarrolló una tumoración inguinal con sospecha de metástasis ganglionar (posible falso positivo). La realización de ecoPAAF demostró la presencia de un seroma, que se resolvió sin complicaciones. Tras 5 años de seguimiento tanto la paciente como su hijo se encuentran en perfecto estado de salud.

Discusión: Existen estudios que demuestran diferencias significativas en el número de metástasis linfáticas por melanoma en mujeres embarazadas con respecto a las no embarazadas; por otro lado, la dosis de radiación a la que se somete el feto durante el marcaje con Tc99 está muy por debajo de los márgenes de seguridad establecidos, por lo que las indicaciones de biopsia del ganglio centinela en este grupo de mujeres no difieren de las de la población general.

9. ISQUEMIA DISTAL POR INFLIXIMAB

D. González-Vilas^a, J. García-Gavín^a, S. Suárez Alén^b, M. Martínez-Pérez^c, J. Labandeira^a y J. Toribio^a

Servicios de ^aDermatología, ^bAtención Primaria y ^cCirugía Vascul. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Varias son las reacciones adversas descritas asociadas al uso de infliximab. Presentamos el caso de un paciente psoriásico que presentó una isquemia distal a los pocos días de la cuarta infusión.

Caso clínico: Varón de 36 años de edad, a seguimiento en nuestro servicio desde los 18 años de edad debido a un psoriasis en placas. Durante el verano de 2009 se inició tratamiento mediante infliximab (Remicade[®]) para el control de su enfermedad cutánea. Siete días tras la administración de la cuarta infusión el paciente acude a consulta por un intenso dolor en ambas manos, frialdad, sudoración, fenómeno de Raynaud y lesiones purpúricas en punta de dedos; todos estos datos son sugestivos de una isquemia arterial distal. En la anamnesis el paciente negó la toma de otros fármacos y no había historia de traumas previos. Se remite al paciente a cirugía vascular, donde se ingresa para realizar tratamiento con prostaglandinas IV (alprostadil). La eco-Doppler de arterias antebraquiales se encontraba dentro de la normalidad, pero sin embargo se detectó un intenso vasoespasmio de las arterias digitales mediante pletismografía. Todas las pruebas de laboratorio para descartar posibles enfermedades autoinmunes, trombopatías y procesos infecciosos se encontraron dentro de la normalidad. Meses después, pese a que la clínica no es tan intensa, siguen existiendo brotes episodios de Raynaud y lesiones de *livedo reticularis* persistente.

Discusión: La isquemia distal arterial es un efecto adverso que puede aparecer en relación con diversos fármacos, comúnmente: beta-bloqueantes, antineoplásicos o derivados ergotamínicos, entre otros. Sin embargo, no tenemos constancia de que este efecto adverso haya sido descrito con el infliximab.

Conclusiones: El uso cada vez más extendido de este fármaco en la psoriasis nos debe poner en alerta ante la aparición de efectos adversos potencialmente graves no previamente descritos.

10. LESIONES CUTÁNEAS Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS EN UNA TURISTA

L. Pérez-Pérez^a, F. Allegue^a, C. Martínez^b, A. Portillo^c, A. Zulaica^a, J.L. Caeiro^a y J.M. Fabeiro^a

Servicios de ^aDermatología y ^bMedicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. ^cCentro de Rickettsiosis y Enfermedades Transmitidas por Artrópodos Vectores. Hospital San Pedro CIBIR. Logroño. España.

Introducción: En las últimas décadas se ha producido un importante cambio en los hábitos de ocio de la población, con un marcado crecimiento del turismo. El desarrollo y la difusión de éste han posibilitado el acceso de los turistas a lugares anteriormente poco frecuentados y ha contribuido sustancialmente al movimiento y transporte de enfermedades poco comunes de un lugar del planeta a otro. Las *rickettsias* forman un grupo de patógenos emergentes causantes de diversas enfermedades con manifestaciones dermatológicas. La fiebre por picadura de garrapata africana constituye una de las infecciones más frecuentes en turistas que viajan a zonas endémicas. Presentamos un caso padecido por una turista tras una estancia en Sudáfrica. La presencia de los hallazgos clínicos característicos en esta paciente facilitó el diagnóstico de la entidad.

Caso clínico: Mujer de 31 años de edad que fue remitida a nuestro servicio para valoración de unas lesiones cutáneas que le habían aparecido en los miembros inferiores días después de un viaje a Sudáfrica. Su pareja había desarrollado también un cuadro similar. La paciente había sido evaluada en el servicio de medicina interna y había iniciado entonces tratamiento oral con doxiciclina, con progresiva mejoría de sus síntomas. Las manifestaciones clínicas y los antecedentes epidemiológicos de la paciente fueron suficientes para establecer el diagnóstico del cuadro.

Conclusiones: La fiebre por picadura de garrapata africana es una rickettsiosis emergente causada por *R. africae* y transmitida por garrapatas del género *Amblyoma*. Es endémica en África subsahariana y en algunas zonas del Caribe, aunque en los últimos años se han observado numerosos casos importados en turistas de diversa nacionalidad. Se caracteriza por la aparición de fiebre, síntomas generales, adenopatías y escaras necróticas. Es un cuadro poco descrito en la literatura médica dermatológica, por lo que el conocimiento de sus manifestaciones clínicas típicas es fundamental para incrementar el número de casos comunicados y correctamente diagnosticados.

11. LESIONES HIPOPIGMENTADAS EN MUJER EMBARAZADA

A. Álvarez-Pérez, L. Rodríguez-Pazos, J. Alonso-González, M. Ginarte, D. Sánchez-Aguilar y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La enfermedad de Hansen o lepra es una patología poco transmisible y de fácil diagnóstico; sin embargo, en áreas no endémicas, como España, éste suele retrasarse al no ser considerado.

Caso clínico: Mujer de 19 años de edad, originaria de Brasil, sin antecedentes personales de interés y embarazo al momento de consulta de 2 semanas de gestación (SDG). La paciente acude por presentar lesiones hipopigmentadas generalizadas de aproximadamente

3 años de evolución que se iniciaron como una lesión única en mejilla derecha para después generalizarse. Refería hipoestesia en lesiones faciales. La exploración dermatológica evidenció en área facial, cuello, tronco y extremidades manchas hipopigmentadas de límites netos, con tendencia a la simetría; en glúteos, manchas eritematosas. La exploración neurológica demostró hipoestesia leve en lesiones cutáneas y la oftalmológica resultó normal. Se realizó exudado de linfa de pabellón auricular y exudado nasal observándose abundantes bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR), al igual que en biopsia cutánea mediante tinción Ziehl-Neelsen. También se evidenciaron en dermis infiltrados perivasculares y perianexiales linfohistiocitarios. Se establece el diagnóstico de lepra lepromatosa borderline. Se pauta el tratamiento recomendado por la OMS para lepra multibacilar (sulfona, clofazimina y rifampicina) durante 1 año, sin exacerbación de su patología ni leproreacciones durante su embarazo, el cual concluyó obteniéndose mediante parto eutócico producto de 39,3 SDG, peso normal, sin alteraciones aparentes.

Discusión: La lepra es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica que afecta principalmente la piel y los nervios periféricos causada por el *Mycobacterium leprae*. El espectro clínico de la enfermedad abarca desde la lepra tuberculoide hasta la lepromatosa y, entre ellas, las formas intermedias, dependiendo de la respuesta inmunológica celular del huésped.

Conclusiones: El conocimiento de las características de las lesiones cutáneas de la lepra, facilita su diagnóstico precoz. Los hijos de las mujeres que padecen lepra durante su embarazo tienen mayor riesgo de prematuridad y bajo peso y deberán ser vigilados durante los primeros años de vida por la posibilidad de transmisión transplacentaria. Es importante también el tratamiento adecuado y precoz con el propósito de evitar secuelas y erradicar la enfermedad.

12. LESIONES TUMORALES FACIALES

L. Rodríguez-Pazos, A. Álvarez-Pérez, S. Gómez-Bernal, M. Pereiro-Ferreirós y J. Toribio

Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El angiohistiocitoma de células multinucleadas (AHCM) es un tumor cutáneo infrecuente de origen vascular cuya causa se desconoce.

Caso clínico: Varón de 69 años que presentaba lesiones asintomáticas en la mejilla izquierda de 10 años de evolución que se habían extendido a lo largo del tiempo. Refería haber sufrido una quemadura eléctrica en la zona 30 años antes. En la exploración física presentaba varias lesiones no elevadas, de color marrón-grisáceo, levemente infiltradas y de morfología irregular que se agrupaban a nivel de la mejilla. El estudio histopatológico mostraba en la dermis superficial y media una proliferación de vasos de pequeño calibre tapizados por células endoteliales con núcleos prominentes. La dermis circundante presentaba un leve infiltrado perivascular linfohistiocitario con células gigantes multinucleadas, de morfología abigarrada y contornos angulosos. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para vimentina y negatividad para CD68 y factor XIIIa en las células gigantes. El endotelio de los vasos se teñía con CD31.

Discusión: El AHCM es un tumor benigno que afecta con mayor frecuencia a mujeres de edad media y que se localiza habitualmente en los antebrazos o los muslos. Clínicamente se presenta de forma inespecífica y el diagnóstico diferencial debe realizarse como el sarcoma de Kaposi, el pseudokaposi y el dermatofibroma, entre otros. Los hallazgos histopatológicos son característicos y permiten el diagnóstico.

Conclusiones: Presentamos un nuevo caso de AHCM en una localización inusual que se presentaba clínicamente como una lesión pigmentada. Los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos fueron los que permitieron el diagnóstico.

13. LEUCONQUIA TOTAL Y QUISTES PILARES: ¿SÍNDROME DE FLOTCH?

R. Rodríguez-Lojo^a, J. del Pozo^a, F. Sacristán^b,
A. de Andrés^a, L. Rosende^a, J. Barja^a y E. Fonseca^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica.
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
A Coruña. España.

Introducción: La leuconiquia total es un trastorno poco frecuente que puede presentarse como un hallazgo dermatológico aislado o formar parte de diversos síndromes. Se presenta una familia con la asociación de leuconiquia total y múltiples quistes pilares, afectando a 5 generaciones.

Caso clínico: Familia en la que 8 miembros de 5 generaciones diferentes presentaban desde la infancia leuconiquia total de las 20 uñas y múltiples quistes pilares en cuero cabelludo desde la adolescencia, excepto un miembro, que sólo presentaba leuconiquia total, sin quistes pilares asociados, probablemente debido a su corta edad.

Discusión: La asociación de leuconiquia total familiar con múltiples quistes pilares podría representar una entidad sindrómica independiente. Desde que Bauer, en 1920, describe una familia con leuconiquia total y quistes pilares asociados, sólo se han descritos 4 nuevas familias afectadas. Se ha asociado también a cálculos renales, distrofia ciliar, pancreatitis y mayor riesgo de tumores neurales. Se ha postulado como posible mecanismo etiopatogénico una alteración de la queratinización.

Conclusiones: Se presenta la sexta familia descrita con la asociación de leuconiquia total y múltiples quistes en cuero cabelludo. Se necesitan más estudios para determinar la alteración genética precisa que podría explicar la producción de queratina anormal.

14. MICOBACTERIOSIS ATÍPICA POR *MYCOBACTERIUM MARINUM*

I. Montero, S. Gómez-Bernal, E. Gutiérrez-González,
M. Pereiro Ferreiros y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario.
Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Las infecciones por micobacterias atípicas son cada vez más frecuentes en nuestro medio, especialmente importantes en pacientes inmunodeprimidos pero también en pacientes sanos. Las lesiones cutáneas son las manifestaciones clínicas más frecuentes de la infección por *Mycobacterium marinum*. Éste produce enfermedad en peces, y de manera oportunista en humanos en contacto con éstos o con agua contaminada.

Caso clínico: Varón de 27 años, marinerero de profesión e inmunocompetente, que acude a dermatología por lesión nodular supurativa en dorso de la mano, de varios meses de evolución y crecimiento progresivo. Ante la sospecha de micobacteriosis atípica se realiza biopsia y cultivo de la lesión. Tras varias semanas de cultivo en medio adecuado a baja temperatura se aísla *Mycobacterium marinum*.

Discusión: Ante un paciente con lesión sospechosa de micobacteriosis atípica, es necesario realizar biopsia y enviar muestra para cultivo en condiciones adecuadas. Una vez obtenido el diagnóstico, sería conveniente hacer antibiograma ya que el tratamiento de las infecciones cutáneas por *Mycobacterium marinum* no está aún bien establecido, y así realizar tratamiento según resultado.

Conclusiones: Presentamos un caso de infección cutánea primaria por *Mycobacterium marinum*. Se consigue aislar el germen y tras antibiograma nuestro paciente ha sido tratado con claritromicina y etambutol, presentando buena respuesta.

15. MUCINOSIS FOLICULAR URTICARIAL

M. González Sabín, W. Martínez Gómez, T. Yebra-Pimentel,
L. Pérez Varela, R. Iglesias Conde, S. Paradela de la Morena
y E. Fonseca Capdevila

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

Introducción: Las mucinosos constituyen un grupo heterogéneo de dermatosis caracterizadas por el acúmulo de mucina en la dermis (mucinosos dérmicas) o en los folículos pilosebáceos (mucinosos folicular). Dentro de las mucinosos foliculares está una forma clínico-patológica poco frecuente, la mucinosos folicular urticarial¹⁻³. Presentamos un caso de aspecto urticarial-angioedematoso muy intenso, con buena respuesta inicial a corticoides orales y posteriormente a corticoides tópicos.

Caso clínico: Varón de 40 años que consulta por la aparición hace 24 h de placas eritematosas de aspecto edematoso, con zonas de aparente microvesiculación en región facial y cuello, intensamente pruriginosas. La biopsia mostró una mucinosos folicular, con un denso infiltrado perivascular y perifolicular linfocitario y abundantes eosinófilos. La analítica, incluyendo serologías, anticuerpos antinucleares y factor reumatoide, no mostró alteraciones. Se inició tratamiento corticoideo vía oral en pauta descendente durante 9 días y tratamiento tópico con ácido fusídico y betametasona, con buena respuesta. Posteriormente tuvo otros 2 brotes tratados de nuevo con corticoides orales. Dos nuevas biopsias efectuadas a los 2 y 4 meses de seguimiento mostraron una imagen similar, pero con menores depósitos de mucina e infiltrado inflamatorio más escaso. El paciente se mantiene controlada con tratamiento tópico.

Discusión: La mucinosos folicular urticarial es una forma rara de mucinosos, que afecta a varones de edad media y se manifiesta como brotes muy agudos de pápulas y placas edematosas, eritematosas, exudativas e intensamente pruriginosas en región cérvicofacial, afectando con frecuencia a áreas pilosas, sin causar alopecia. A diferencia de otros tipos de mucinosos folicular, en ninguno de los casos descritos de mucinosos folicular urticarial se ha demostrado asociación con linfomas cutáneos, por lo cual es probable que tenga un curso benigno, si bien el pequeño número de casos publicados no permite descartar la asociación, siendo preciso un seguimiento a largo plazo de los pacientes con este cuadro. En la literatura se describen casos de resolución espontánea y de mejoría con la exposición solar, y casos de falta de respuesta a tratamiento tópico y oral con corticoides y con tetraciclinas, nicotinamida o hidrociclo-roquina oral, así como respuesta favorable a dapsona.

Conclusiones: La mucinosos folicular urticarial es una dermatosis poco frecuente. En nuestro caso destaca especialmente la brusquedad de los brotes y la buena respuesta al tratamiento. En caso de resistencia a la terapia corticoidea, la dapsona puede ser la mejor alternativa en terapia sistémica.

Bibliografía

1. Crovate F, Nazzari G, Nunzi E, Rebora A. Urticaria-like follicular mucinosis. *Dermatológica*. 1985;170:133-5.
2. Enjolras O, Guillemette J, Hewit J. *Ann Dermatol Veneréol*, Paris. 1980;107:491-5.
3. Sanmartín O. Mucinosos folicular: nuevas entidades clínico-patológicas. Estudio histológico, inmunohistoquímico e inmunogenotípico de 23 pacientes. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:102-13.

16. PANICULITIS POSTESTEROIDEA EN UN ADULTO

A. de Andrés^a, M.M. Vereza^a, M.T. Yebra^b, L. Rosende^a, F. Piñeyro^a
y E. Fonseca^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo
Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: La paniculitis postesteroidea es un cuadro poco frecuente que afecta sobre todo a niños y se manifiesta con nódulos

subcutáneos tras la rápida suspensión o descenso de corticoides sistémicos.

Caso clínico: Varón de 34 años diagnosticado 7 meses antes de un oligodendroglioma frontoinsular derecho que fue tratado quirúrgicamente, precisando dosis elevadas de dexametasona, antes y después de la intervención. Al descender la dosis de corticoides, aparecieron lesiones subcutáneas nodulares eritematosas con cierto aspecto esclerodermiforme y dolorosas a la presión en ambas extremidades inferiores. El estudio histológico mostraba afectación fundamentalmente del tejido celular subcutáneo consistente en una paniculitis, preferentemente lobulillar, cuyo dato más característico era la presencia de adipocitos con abundantes cristales dispuestos radialmente en su interior y con eosinófilos y células gigantes multinucleadas en relación con ellos. Las lesiones se resolvieron espontáneamente en 5 meses al bajar de peso el paciente y habiendo recibido como único tratamiento la aplicación de corticoides tópicos en las lesiones durante 1 mes.

Discusión: La paniculitis postesteroidea es un cuadro raro, generalmente descrito en niños aunque hay publicados en la literatura 2 casos en adultos. Todos los pacientes tenían el antecedente de haber sido tratados con altas dosis de corticoides por diversas patologías (leucemias, enfermedades reumáticas y renales, tumores, etc.). Las lesiones suelen localizarse en mejillas, brazos y tronco pero también en extremidades inferiores. El diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos característicos, que consisten en una paniculitis de predominio lobulillar y la presencia de cristales que se ven como hendiduras en forma de agujas en el interior de los adipocitos y células gigantes.

Conclusiones: Aunque la paniculitis postesteroidea es un cuadro clásicamente descrito en niños, la presencia de lesiones compatibles en un adulto tratado con corticoides sistémicos debe hacernos sospechar este proceso.

17. PARESIA POR VIRUS DE LA VARICELA ZÓSTER

L. Rosende Maceiras^a, J. García Silva^a, P. Vázquez Bartolomé^b, A. de Andrés del Rosario^a, R. Rodríguez Lojo^a y E. Fonseca Capdevila^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: La afectación metamérica por el virus varicela zóster (VVZ), acompañada o no de una neuropatía sensitiva, es relativamente habitual en la práctica clínica. Existen complicaciones infrecuentes que debemos tener presentes, ya que la instauración de un tratamiento precoz puede mejorar su pronóstico

Caso clínico: Varón de 58 años trasplantado renal, que presenta lesiones cutáneas erosivo-costrosas y tumefacción en el miembro superior derecho (MSD) de 3 días de evolución, acompañadas de dolor, aumento de temperatura local y dificultad para la movilización. Con la sospecha inicial de infección de partes blandas con expansión linfangítica en paciente inmunodeprimido se realizó biopsia, cultivo tisular, inmunofluorescencia directa y cultivo para virus herpes, y se instauró tratamiento antibiótico. A las 48 h aparecieron lesiones pápulo-vesiculosas agrupadas con distribución multimetamérica (C5-D1), iniciándose tratamiento con aciclovir. En el cultivo tisular creció *Staphylococcus aureus*. La IFD y cultivos víricos fueron reiteradamente negativos para VHS y VVZ. La biopsia cutánea mostró cambios citopáticos herpéticos junto con necrosis y fenómenos vasculíticos. La exploración neurológica mostró paresia de MSD con hiporreflexia e hiperestesia tacto-algésica de todo MSD y en tórax de C4-D4. La electromiografía evidenció una polirradiculopatía motora de C5 a D1 de intensidad grave. Se instauró tratamiento rehabilitador con mejoría progresiva.

Discusión: La paresia por VVZ es una complicación que puede ocurrir en el 3-5% de los pacientes con herpes zóster, aunque con fre-

cuencia pasa desapercibida, ya que cuando se afectan metámeras torácicas o cervicales altas es difícil de diagnosticar, puesto que la limitación funcional que generan es mínima. Suele desarrollarse dentro de las 2 semanas posteriores a la aparición de las lesiones cutáneas, aunque ocasionalmente puede precederlas.

Conclusión: El tratamiento antivírico precoz puede reducir la incidencia y la severidad, y el tratamiento rehabilitador es recomendable en todos los casos. El pronóstico es favorable, con recuperación completa en más de la mitad de los pacientes.

18. PÚRPURA POR VALSALVA

F. Valdés Tascón

Unidad de Dermatología. Hospital da Costa. Burela. España.

Se presenta una revisión de las lesiones cutáneas y sistémicas asociadas a la maniobra de Valsalva. Las manifestaciones cutáneas son de carácter transitorio y suelen cursar con elementos purpúricos de localización eminentemente facial en relación con esfuerzos como las náuseas o la tos. La importancia de estas lesiones radica en el diagnóstico diferencial que plantean, de ahí la necesidad del conocimiento de su existencia por el dermatólogo. Se presentan, para ilustrar el tema, 7 casos con lesiones purpúricas en relación con la maniobra de Valsalva.

Bibliografía

Goldman AC, Govindaraj S, Franco RA Jr, Lim J. Facial purpura. *Laryngoscope*. 2001;111:207-12.
Pierson JC, Suh PS. Powerlifter's purpura: a valsalva-associated phenomenon. *Cútis*. 2002;70:93-4.

19. QUISTES MILIARES CUTÁNEOS Y ORALES EN LOS RECIÉN NACIDOS

B. Monteagudo^a, J. Labandeira^b, M. Cabanillas^a, O. Suárez-Amor^a, A. Ramírez-Santos^a, D. González-Vilas^a, A. Acevedo^c, R. Romarís^d, E. León-Muiños^d, A. Corrales^d, I. Carballeira^d, C. de las Heras^a, R. Fernández-Prieto^d y J. Toribio^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. SERGAS. Ferrol. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). SERGAS. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. ^cUnidad de Formación Continuada. ^dServicio de Pediatría. Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. SERGAS. Ferrol. A Coruña. España.

Introducción: Los quistes miliares son uno de los procesos fisiológicos transitorios más frecuentes. Son asintomáticos, variables en número y suelen localizarse en área facial. Los quistes orales (gingivales y palatinos) son el equivalente mucoso de los quistes miliares cutáneos. Aunque son muy comunes, hay pocos estudios en nuestro entorno que analicen su frecuencia. Nuestro objetivo es conocer su prevalencia en los recién nacidos de nuestra área sanitaria, y ver si influyen en su aparición los factores neonatales y maternos.

Caso clínico: Estudio descriptivo donde fueron revisados, entre mayo de 2008 y noviembre de 2009, 1.000 neonatos nacidos en el Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol. Se recogieron de forma protocolizada: a) datos del recién nacido: edad gestacional, sexo, raza, peso y presencia y localización de los quistes, y b) datos maternos: edad y número de gestaciones previas.

Conclusiones: Presentaba quistes miliares el 16,6% de los neonatos. Las mejillas y el mentón fueron las localizaciones más comunes. Se observaron quistes orales, sobre todo palatinos, en el 56,1% de los recién nacidos. Diferentes factores neonatales y maternos influyen en su prevalencia.

20. SÍFILIS MALIGNA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

F.J. García-Martínez, A. Álvarez-Pérez, E. Gutiérrez-González, V. Fernández-Redondo, D. Sánchez-Aguilar y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La sífilis maligna es una forma infrecuente de presentación en el secundarismo luético. La práctica totalidad de los casos descritos en la actualidad se da en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Caso clínico: Varón de 26 años, VIH negativo, con el antecedente de dudosa alergia a β -lactámicos. Presentaba un síndrome febril, asociando astenia y malestar general de 1 mes de evolución. En la exploración dermatológica destacaban lesiones pápulo-necróticas, con escamo-costra adherida, distribuidas en cuero cabelludo, tronco, abdomen, genitales y miembros inferiores. El estudio serológico mostró positividad a títulos altos, tanto para pruebas treponémicas como no treponémicas, siendo el estudio de VIH, VHC y VHB negativo al ingreso y a los 6 meses del alta. Confirmado el diagnóstico de sífilis maligna y una vez descartadas alergias medicamentosas, se inicia tratamiento con penicilina intravenosa, con excelente respuesta clínica.

Discusión: Según los datos del sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) la incidencia de la sífilis en nuestro medio está aumentando. La sífilis maligna es un cuadro muy infrecuente en pacientes inmunocompetentes y aunque se desconocen los mecanismos reguladores implicados, parece evidente que la respuesta inmune desempeña un importante papel.

Conclusiones: Presentamos un caso de sífilis maligna en un paciente VIH negativo, probablemente relacionado con haber recibido tratamiento subóptimo con macrólidos.

21. SÍNDROME DE SCHNITZLER. LA IMPORTANCIA DEL PROTEINOGRAMA EN LA URTICARIA CRÓNICA

P. Dávila^a, M.A. García-Cruz^a, I.G. Doval, B. Aranegui^a, A. Batalla^a, C. Posada^a, J.C. Feal^a, C. de la Torre^a, R. Rodríguez Real^b, A. Troncoso^c y M.L. Carpintero^c

^a*Servicio de Dermatología.* ^b*Servicio de Medicina Interna.* ^c*Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.*

Introducción: El síndrome de Schnitzler es un trastorno infrecuente que se caracteriza por urticaria crónica y gammapatía monoclonal IgM kappa asociado al menos a 2 de los siguientes: artralgias o artritis, dolores óseos, anomalías óseas halladas mediante estudios radiológicos o histopatológicos, adenopatías, hepato y/o esplenomegalia y elevación de VSG y/o leucocitosis. Histológicamente se trata de una dermatosis urticarial neutrofílica.

Caso clínico: Mujer de 65 años con brotes recurrentes de lesiones urticariales en tronco y extremidades de 9 años de evolución que no respondían a tratamiento con antihistamínicos y se acompañaban de picos febriles. Análiticamente destacaba pico monoclonal de IgM kappa, leucocitosis neutrofílica y reactantes de fase aguda persistentemente elevados. El estudio histopatológico mostró infiltrado inflamatorio neutrofílico. La paciente falleció a los pocos meses del diagnóstico debido a una insuficiencia cardíaca refractaria e insuficiencia renal secundaria a miocardiopatía restrictiva y glomerulopatía renal que, aunque sin confirmación histológica, sugerían enfermedad por depósito de amiloide.

Discusión: El diagnóstico de Schnitzler se basa en el cumplimiento de criterios diagnósticos. En su evolución se ha documentado progresión de la gammapatía monoclonal de significado incierto a macroglobulinemia de Waldenström y hay casos descritos de amiloidosis sistémica secundaria. El manejo terapéutico es difícil y

últimamente se han comunicado respuestas excelentes a anakinra (anti-IL1).

Conclusiones: A propósito de este caso queremos recordar la importancia de la realización del proteinograma en el estudio de la urticaria crónica. Esta sencilla prueba puede hacernos sospechar un síndrome con importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas.

22. SÍNDROME DE WELLS: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Alonso-González, J. García-Gavín, L. Rodríguez-Pazos, J. Labandeira y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El síndrome de Wells o celulitis eosinofílica es una dermatosis inflamatoria de etiología desconocida que puede presentar una gran variabilidad desde el punto de vista clínico. El aspecto histológico clásico es el de un infiltrado difuso de la dermis, con eosinófilos y las características «figuras en llama».

Caso clínico: Varón de 42 años, sin antecedentes personales de interés, remitido para valoración de lesiones cutáneas en tronco y miembros superiores que se habían precedido de picor y sensación de quemazón. El paciente había sufrido varios brotes similares en los últimos 9 meses que se habían resuelto en pocas semanas con corticoides tópicos y antihistamínicos orales. En la exploración presentaba varias placas eritemato-edematosas, infiltradas, de morfología anular y arqueada a nivel de espalda. En ambos miembros superiores presentaba lesiones similares sobre las que se disponían múltiples vesículas y alguna ampolla de contenido seroso. El estudio histopatológico fue compatible con síndrome de Wells y las pruebas analíticas realizadas no mostraron alteraciones relevantes. El paciente recibió tratamiento con prednisona por vía oral con resolución de las lesiones en menos de 48 h. Después de 5 meses de seguimiento no ha vuelto a presentar recidiva de la enfermedad.

Discusión: El síndrome de Wells es un trastorno cutáneo poco frecuente que de manera clásica se caracteriza por la presencia de placas induradas semejantes a celulitis o urticaria, aunque se han descrito múltiples variantes clínicas. Los hallazgos histopatológicos son característicos y el 50% de los casos se acompaña de eosinofilia durante la enfermedad activa. La enfermedad habitualmente tiene un curso autolimitado y recurrente, si bien las lesiones suelen mejorar de forma espectacular después del tratamiento sistémico con corticoides.

Conclusiones: Presentamos el caso de un paciente en el que el aspecto clínico, la evolución y los hallazgos histológicos permitieron establecer el diagnóstico de síndrome de Wells. Asimismo, nuestro paciente tiene el interés de presentar simultáneamente la variante clásica en placa y lesiones ampollosas en brazos, que son menos frecuentes en esta entidad.

23. TRAGOS ACCESORIOS O MAMELONES PREAURICULARES

R. Iglesias, M.M. Vereá, L. Rosende, M.T. Yebra-Pimentel, M. González y E. Fonseca

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: Los apéndices preauriculares o tragos accesorios, son malformaciones relativamente frecuentes (5 a 10/1.000 recién nacidos), representando el 85% de las anomalías del pabellón auricular. Resultan de una morfogénesis atípica que ocurre entre la segunda y la sexta semana de gestación. Se encuadran dentro de las anomalías menores, definidas como hallazgos morfológicos atípicos que no representan consecuencias médicas o cosméticas serias. El

reconocimiento de las mismas reside en que sirven como indicador de alteración de la morfogénesis y pueden ser un dato clínico valioso para el diagnóstico de otro tipo de malformación.

Caso clínico: Varón de 45 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que presentaba desde el nacimiento lesiones preauriculares bilaterales y asintomáticas. El paciente no aquejaba alteraciones de la audición y tampoco refería antecedentes familiares de lesiones similares. Se realizó extirpación quirúrgica de ambas lesiones y el resultado anatópatológico mostraba lesión polipoide formada por cartílago de morfología normal y recubierto de piel con abundantes estructuras pilosebáceas, confirmando el diagnóstico de tragos accesorios.

Discusión: Existen algunas asociaciones que hay que tener en cuenta, ya que los tragos accesorios pueden formar parte de los denominados «síndromes de anomalías congénitas múltiples» (Sd. de Wolf, Sd. de Townes-Brocks, Sd. de Treacher Collins, etc.). Otra asociación, aunque controvertida, sería la existente entre mamelones preauriculares y malformaciones renales significativas. Actualmente, varios autores en la literatura se inclinan a no realizar de manera rutinaria ecografías renales y vesicales en pacientes con mamelones aislados, ya que hasta el momento no contamos con un estudio prospectivo que brinde una evidencia firme al respecto. Sin embargo, es importante remarcar que un porcentaje significativo de pacientes presentó diferentes grados de pérdida auditiva, por lo que sería aconsejable el examen audiológico.

Conclusiones: Realizar una correcta historia clínica, indagando en los antecedentes personales y familiares, así como un correcto examen físico, deben formar parte de nuestras guías diagnósticas; así podremos seleccionar a aquellos pacientes que requerirán estudios complementarios o interconsultas a especialistas, de los que sólo necesitarán una adecuada información familiar.

24. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GRANDES TUMORES DE LABIO INFERIOR

H. Vázquez-Veiga, M.J. Seoane-Pose, L. Casas-Fernández y J.M. Suárez-Peñaranda

Servicio de Dermatología. Hospital de Conxo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El tratamiento quirúrgico es el «patrón de oro» en la terapéutica de los cánceres de labio inferior y es una de las prácticas más habituales dentro de la actividad quirúrgica del dermatólogo. Afortunadamente, la inmensa mayoría de los tumores que operamos son lesiones superficiales que abarcan menos de 1/3 del tamaño del labio, lo que permite una reconstrucción sencilla mediante una «V-Bloque» y/o una vermillectomía. Pero cuando hablamos de defectos superiores a la mitad del labio la solución quirúrgica precisa de otras técnicas.

Caso clínico: Presentamos 2 pacientes afectados de carcinomas de labio inferior, uno de ellos con una lesión que afecta casi el 50% del labio inferior y otro en que todo el labio inferior está afectado.

Conclusiones: Presentamos 2 tumores malignos de labio inferior que fueron tratados quirúrgicamente, en los que se realizó la reconstrucción quirúrgica en un solo tiempo.

Bibliografía

- Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Vasquez-Chinchay F, Camacho FM. J Cutan Med Surg. Uncompleted fan flap for full-thickness lower lip defect. 2007;11:185-7.
- Westreich R, Meisner J, Reino A, Lawson W. The use of combined Bernard-Webster and Karapandzic flaps for subtotal lower lip reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2008;121:340e-341e.
- Salgarelli AC, Sartorelli F, Cangiano A, Pagani R, Collini M. J Oral Maxillofac Surg. 2009;67:840-5.

25. VITÍLIGO COMO PROBABLE MARCADOR DE ENFERMEDAD METASTÁSICA EN PACIENTE CON MELANOMA EN REMISIÓN

A. García-Cruz, C. Posada, B. Aranegui, A. Batalla, P. Dávila, A. Flórez y C. de la Torre

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: La prevalencia de vitíligo parece ser mayor entre pacientes con melanoma. Cuando la aparición de vitíligo es posterior al diagnóstico del tumor, la despigmentación suele aparecer en el primer año tras el diagnóstico de melanoma primario localizado o de melanoma con afectación de ganglios linfáticos regionales. Presentamos el caso de un paciente con melanoma (TxNxMo) en aparente remisión que presenta vitíligo precediendo al diagnóstico de metástasis a distancia.

Caso clínico: Varón de 70 años diagnosticado de melanoma en brazo derecho con fenómenos de regresión que impedían la medición del índice de Breslow y del nivel de Clark. El estudio de extensión fue negativo y rechazó la realización de ganglio centinela. No realizó inmunoterapia. Tras 2 años de seguimiento en aparente remisión, presentó despigmentación vitiligoide frontal e infraauricular simétrica. La realización de prueba de imagen detectó adenopatías patológicas en territorio mesentérico cuya extirpación reveló metástasis de melanoma. Tras tratamiento quirúrgico con intención curativa más inmunoterapia el paciente se encuentra en remisión a los 6 meses del tratamiento y el vitíligo está mejorando progresivamente.

Discusión: El vitíligo en pacientes con melanoma obedece a la inducción de respuestas autoinmunes frente a antígenos propios expresados en las células neoplásicas que puede ocurrir de forma espontánea o, más frecuentemente, inducido por la inmunoterapia. Múltiples estudios destacan este fenómeno como factor de buen pronóstico. Sin embargo, poco se ha escrito y discutido sobre el papel del vitíligo como marcador de enfermedad metastásica.

Conclusiones: La aparición de vitíligo en pacientes con historia de melanoma puede actuar como marcador de enfermedad metastásica. Proponemos reestadiar a los pacientes con melanoma en remisión en los que aparece vitíligo.