



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

Reuniones de la Sección Territorial Valenciana de la AEDV

Valencia, 27 de marzo de 2010

1. DERMATOSIS PERFORANTE ADQUIRIDA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

T. Díaz Corpas, J.D. Atienza Cuesta, R. Rojo España,
A. Mateu Puchades y A. Marquina Vila

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset.
Valencia. España.*

Introducción: La dermatosis perforante adquirida (DPA) es una entidad infrecuente que se caracteriza por la eliminación transepidérmica de varias sustancias como queratina, detritus celulares, colágeno y/o fibras elásticas degeneradas. Aparece en la edad adulta y se asocia a enfermedades crónicas entre las que cabe destacar la diabetes mellitus y la insuficiencia renal.

Casos clínicos: Caso 1: Varón de 39 años con antecedentes de oligoartritis seronegativa crónica y glomerulonefritis membranosa estadio II de probable origen lúpico de reciente diagnóstico, que es remitido a nuestro servicio por lesiones de 2 meses de evolución, no pruriginosas, localizadas en ambos codos; las lesiones eran pápulas crateriformes con tapón queratósico central y halo eritematoso. No presentaba más lesiones en el resto de superficie cutánea ni en mucosas. Caso 2: Varón de 81 años con insuficiencia renal crónica y hemodializado desde 2003 que acude por lesiones de 2 meses de evolución de similares características a las anteriores pero distribuidas generalizadamente por todo el tegumento, incluida cara y pabellones auriculares, aunque predominando en miembros inferiores, adquiriendo en zonas distales de éstos un aspecto de úlceras «en sacabocados» con escaras necróticas y bordes serpinginosos. En ambos casos la biopsia fue de dermatosis perforante adquirida.

Conclusión: Las DPA son una enfermedad adquirida que puede semejar histológicamente cualquiera de los 4 trastornos perforantes primarios. Clásicamente se ha asociado a 2 procesos crónicos que son la insuficiencia renal —sobre todo pacientes hemodializados— y la diabetes mellitus, aunque la etiopatogenia es aún desconocida. Son numerosas las publicaciones que recogen nuevas asociaciones, si bien se desconoce si son causales o casuales.

2. LA LEUCOPLASIA ORAL: DEFINICIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ACTITUD TERAPÉUTICA

A. Martorell, O. Sanmartín, R. Botella-Estrada,
C. Requena, B. Llombart, E. Nagore, C. Serra,
B. Echeverría, F. Messeguer y C. Guillén

*Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología.
Valencia. España.*

Actualmente existe un incremento del número de casos de patología oral en los servicios de dermatología. Dentro de las diversas lesiones que forman parte de esta amplia área de conocimiento, la leucoplasia oral, que representa la lesión mucosa precancerosa más frecuente, es la que causa mayores problemas tanto en su diagnóstico como en su manejo. En esta comunicación se establece la definición de leucoplasia realizando un diagnóstico diferencial con el resto de patologías orales más importantes. Por otra parte, se analizan los diversos parámetros clínicos, histológicos y moleculares que definen el riesgo de transformación maligna de la leucoplasia. Finalmente se establece un algoritmo terapéutico que permita optimizar el manejo de esta importante patología.

3. DOCTOR, TENGO EL DEDO AZUL

R. Rojo España, A. Prats Mañez, T. Díaz Corpas,
A. Fuertes Prósper y A. Marquina Vila

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

El «síndrome del dedo del pie azul» consiste en el desarrollo de una coloración azulada en los dedo/s de los pies en ausencia de traumatismo, congelación o patologías de base que justifiquen la aparición de cianosis. Es la manifestación común de un grupo muy heterogéneo de patologías, de las que algunas ponen en peligro la propia integridad del miembro. La patogenia puede explicarse por 3 posibles procesos: disminución del flujo arterial, disminución del retorno venoso o circulación sanguínea anormal. Para llegar al diagnóstico correcto son cruciales los hallazgos clínicos extracutáneos, la patogenia del proceso y los datos de laboratorio. Presentamos 3 casos clínicos en los que el denominador común es la presentación

clínica con coloración azulada del dedo/s del pie, tratándose de 3 patologías distintas: síndrome antifosfolípido, crioglobulinemia y trombocitemia esencial. Además, revisaremos todos aquellos procesos que pueden justificar este síndrome. La presencia de coloración azul de dedo/s del pie es un motivo muy frecuente de consulta en dermatología y el conocimiento de todos aquellos cuadros que pueden ser causantes es fundamental a la hora de orientar las exploraciones complementarias necesarias y realizar un correcto manejo de la patología subyacente.

4. PLACA EXUDATIVA EN CUERO CABELLUDO DE UN RECIÉN NACIDO

D. Cremades, R. Alfonso, M. Perez, J. Miralles, A. Sevilla y M. Moragón

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de San Juan. Alicante. España.

Caso clínico: Varón de 40 días de vida remitido desde pediatría por presentar una placa alopecica exudativa en cuero cabelludo de 3 x 3 cm de diámetro. La lesión se inició como una zona descamativa poco supurativa a los 10 días del nacimiento. Inicialmente se interpretó como un eczema seborreico y se trató con corticoides tópicos sin éxito. En la exploración, observamos una placa infiltrada, muy bien delimitada y exudativa, cubriendo la zona correspondiente a la fontanela mayor de mas de 3 cm de diámetro. Dicha placa no presentaba pelos en su interior. Se efectuó un examen directo con hidróxido potásico de los pelos circundantes, observándose una parasitación fúngica tipo endotrix. El cultivo para hongos obtenido de la lesión dio como resultado el crecimiento de colonias que se identificaron como *Micosporom Gypseum*. Se inició tratamiento con griseofulvina 15 mg/kg/día, observándose una clara mejoría a los 10 días de tratamiento. **Discusión:** Aunque el Querion de Celso no es un proceso raro en nuestro medio, se ha descrito excepcionalmente en niños menores de 1 mes. A pesar de que el período de incubación del hongo es de unas 3 semanas, éste puede producirse en menos de 5 días. Queremos destacar que los neonatos afectados de Querion son capaces de organizar una respuesta inflamatoria piogénica localizada, a pesar de que a estas edades tienen muchas dificultades para confinar focos infecciosos, originándose sepsis e infecciones diseminadas secundarias. Aunque la infección fúngica en cuero cabelludo de neonatos suele simular otras dermatosis, como el eczema seborreico o la dermatitis atópica, nuestro caso ilustra la necesidad de tener en mente la posibilidad de estas infecciones a pesar del corto período de incubación de las mismas.

Bibliografía

Torrelo A, Zambrano A. Querión de Celso en un recién nacido. *Actas Dermosifiliograf.* 1998;89:133-5.
Chang SE, Kang SK, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Tinea capitis due to *Trichophyton rubrum* in a neonate.

5. MICOSIS FUNGOIDE FOLICULAR

F. Meseguer, C. Serra, C. Requena, A. Martorell, B. Echeverría, D. Llorca, O. Sanmartín, R. Botella, E. Nagore, B. Lombart y C. Guillén

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España

Caso clínico: Mujer de 50 años que consulta por una erupción cutánea muy pruriginosa diseminada por el tronco, las nalgas y las piernas. Como antecedentes personales destacaba una dermatitis atópica diagnosticada en 1999 en otro centro y que precisó tratamiento con PUVA. A la exploración se observaban múltiples pápulas eritematosas de entre 2 y 3 mm con una distribución folicular. El estudio histológico de una de las lesiones mostraba un denso infiltrado linfoide dispuesto exclusivamente peri e intrafolicular. La epidermis suprayacente estaba respetada. A mayores aumentos los

linfocitos presentaban un tamaño pequeño-medio con núcleos hipercromáticos y atipia leve. Existía mayor atipia en aquellos linfocitos que infiltraban el epitelio folicular. El reordenamiento del receptor de célula T fue monoclonal. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de micosis fungoide folicular (MFF). El estudio de extensión, que incluyó tomografía computerizada cérvico-toraco-abdomino-pélvica, fue negativo. La paciente inició tratamiento con PUVA logrando una remisión casi completa a las 5 sesiones. **Discusión:** La MFF es una variante poco frecuente de micosis fungoide (MF) en la que los linfocitos atípicos muestran una predilección por los folículos pilosos (foliculotropismo). El epidermotropismo de linfocitos y el depósito de mucina pueden estar presentes en grados variables. Este infiltrado de linfocitos malignos produce una disrupción del folículo que se manifiesta típicamente en forma de pápulas, placas, comedones, quistes epidérmicos y queratosis folicular, con o sin alopecia. La mayoría de los pacientes tiene prurito moderado a severo. La MFF se caracteriza por un peor pronóstico que la MF clásica. Esto puede deberse a la mayor profundidad de las lesiones, lo que determinaría una menor eficacia de las terapias dirigidas a la piel (PUVA, mostazas nitrogenadas, corticoides). El tratamiento más empleado es el PUVA, que requerirá en la mayoría de casos la adición de IFN o retinoides para lograr remisiones completas. Los tratamientos más efectivos son la radioterapia externa y el baño de electrones.

6. MUJER CON NÓDULOS FACIALES

A.F. Monteagudo, J. Guijarro, N. Latorre, L. Cuesta, F. Toledo, I. Ballester y R. Botella

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: Las lesiones nodulares faciales suponen un reto diagnóstico en dermatología, debido a la multitud de patologías que pueden originarlas, como sarcoidosis, neoplasias, enfermedades por depósito e infecciones.

Caso clínico: Mujer de 67 años que acudió a nuestra consulta por presentar lesiones faciales en forma de pápulo-placas y nódulos eritematosos, de predominio en frente y surco nasogeniano, de unos 8 meses de evolución, que eran asintomáticas y no se acompañaban de manifestaciones sistémicas.

Discusión: Se realizaron pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, niveles de ECA, ANA) y radiografía de tórax, que fueron normales. La biopsia cutánea mostró una reacción granulomatosa gigantocelular a cuerpo extraño, con presencia de un material en forma de pseudovaculolas gigantes, polimorfas, que se corresponderían con un probable relleno cosmético. La paciente reconoció haberse sometido a infiltraciones con fines estéticos hacía 7 años, sin haber presentado complicaciones en ese momento. Debido a la progresión del cuadro pautamos tratamiento con alopurinol, pero ante la falta de respuesta fue necesaria la exéresis quirúrgica de algunas de las lesiones, con resultados satisfactorios.

Conclusión: Resaltamos el interés de incluir las reacciones granulomatosas por materiales de relleno en el diagnóstico diferencial de nódulos faciales, debido al uso emergente de los materiales de relleno. El tratamiento supone un reto terapéutico, siendo útiles los corticosteroides, el alopurinol, la colchicina, el láser, aunque el único curativo es la cirugía.

7. FASCITIS EOSINOFÍLICA TRAS TRAUMATISMO

M. Armengot^a, M. Velasco^a, P. Navarro^b, E. Gimeno^a, V. Pont^a, R. Carmena^a, E. Quecedo^a y F. Millán^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción: La fascitis eosinofílica (FE) es un trastorno esclerodermiforme infrecuente que afecta predominantemente a adultos entre los 20-70 años de edad. Se han descrito múltiples asociacio-

nes y posibles precipitantes. Presentamos un caso con probable desencadenante traumático.

Caso clínico: Mujer de 54 años, con antecedentes de diabetes, dislipemia y ansiedad que consulta por induración progresiva de extremidades, abdomen y región lumbar de unos 3 meses de evolución. El cuadro se había iniciado como edematización dolorosa, presentando como único antecedente una caída accidental. En los análisis destacaba una marcada eosinofilia que hizo sospechar una fascitis eosinofílica, confirmada mediante biopsia y RMN. Se instauró tratamiento con corticoides orales, metotrexate e hidroxiclороquina, con buena respuesta evolutiva.

Discusión: La FE se caracteriza por la aparición de edema y dolor en extremidades que rápidamente progresa a fibrosis dando lugar a placas induradas, pudiéndose afectar también el tronco. Se han implicado múltiples desencadenantes, destacando ejercicio físico intenso, traumatismos o exposición a ciertos fármacos. Analíticamente existe eosinofilia en un 80% de los casos. Puede existir aumento de VSG e hipergammaglobulinemia. Para el diagnóstico se requiere biopsia de espesor completo en cuyo estudio se observa un engrosamiento fibroso de la fascia con infiltrado inflamatorio difuso. También es útil la RMN en el diagnóstico y seguimiento. El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos, que se pueden complementar con otros fármacos según el caso.

8. MANIFESTACIONES CLÍNICO-PATOLÓGICAS INICIALES EN LA FIBRODISPLASIA ATÍPICA DE DECÚBITO

V. López Castillo^a, J.M. Martín Hernández^a,
C. Monteagudo Castro^b y E. Jordá Cuevas^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica.
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Caso clínico: Varón de 80 años remitido a nuestro servicio para valoración de una lesión de 3 meses de evolución localizada en la cadera izquierda. El paciente refería dificultades para la deambulación y caminar con la ayuda de un bastón. A la exploración, se apreciaba una placa eritematoviolácea, infiltrada, de 4 x 1,5 cm de diámetro localizada en la cadera izquierda. Se realizó una biopsia cutánea que puso de manifiesto una fibrosis colágena densa y proliferación de fibroblastos, algunos de ellos con nucleolos prominentes en dermis. No se evidenció mitosis ni atipias. Se solicitó una ecografía Doppler que no mostró hallazgos significativos. Por lo tanto, junto con los hallazgos clinicopatológicos se estableció el diagnóstico de fibrodisplasia atípica de decúbito.

Discusión: La fibrodisplasia atípica de decúbito, también denominada fascitis isquémica, es una proliferación pseudosarcomatosa descrita por primera vez en 1992 por Montgomery et al. Clínicamente se caracteriza por una lesión nodular eritematosa localizada en prominencias óseas y zonas de presión en pacientes debilitados o con historia de inmovilización previa. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras entidades como la fascitis proliferativa, la fascitis nodular y neoplasias malignas, como el histiocitoma fibroso maligno o el sarcoma epiteliode. Presentamos el caso dada la escasez de casos publicados revisando las características clinicopatológicas peculiares de nuestro paciente.

Bibliografía

- Montgomery EA, Meis JM, Mitchell MS, Enzinger FM. Atypical decubital fibroplasia: A distinctive fibroblastic pseudotumor occurring in debilitated patients: *Am J Surg Pathol.* 1992;16:708-15.
- Liegl B, Fletcher C. Ischemic fasciitis: analysis of 44 cases indicating an inconsistent association with immobility or debilitation. *Am J Surg Pathol.* 2008;32:1546-52.
- Znati K, Daoudi A, Elfatemi H, Chbani L, Bennis S, Boutayeb F, et al. La fasciite ischémique. À propos d'un cas. *Ann Chir Plast Esthet.* 2009;54:392-5.
- Fukunaga M. Atypical decubital fibroplasia with unusual histology. *APMIS.* 2001;109:631-5.

9. ALTERNARIOSIS CUTÁNEA EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

J. Bernat García, A. Mateu Puchades, M.N. Coll Puigserver,
L. Tomás Mallebrera, A. Zayas Gavilá y A. Marquina Vila

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset.
Valencia. España.

Introducción: El género *Alternaria* incluye varias especies de hongos dematiáceos que son ubicuos en el medio ambiente. La alternariosis es rara, pero está aumentando su relevancia, sobre todo en población inmunodeprimida.

Caso clínico: Varón de 61 años trasplantado renal en 3 ocasiones, que había sufrido 2 rechazos previos El último trasplante había sido realizado 4 meses antes de la consulta y seguía tratamiento con prednisolona, tacrolimus y micofenolato desde entonces. Dos meses después del trasplante desarrolló una lesión de unos 2 cm de diámetro solitaria, ulcerada de aspecto nodular y violácea en el brazo derecho. El nódulo fue completamente extirpado y en la biopsia se objetivaron granulomas en la dermis con presencia de espora e hijas fúngicas con las técnicas de Grocott y PAS. El cultivo micológico objetivó el crecimiento de *Alternaria alternata*. Aparte del tratamiento quirúrgico, el paciente recibió tratamiento con itraconazol oral durante 4 semanas. El paciente sigue libre de nuevas lesiones desde entonces.

Discusión: *Alternaria* produce una amplia variedad de lesiones. La infección cutánea es la forma más frecuente de presentación. Suele presentarse como lesiones papulares roja-marrónáceas, nódulos y placas que suelen ulcerarse. Como la *Alternaria* es un hongo que se encuentra en el ambiente y en la piel humana, es difícil a veces establecer si es una contaminación o no. Por eso, para el diagnóstico se precisa confirmación con cultivo e histología que evidencie los granulomas e hifas en la dermis. El tratamiento óptimo de la alternariosis cutánea es controvertido. La extirpación quirúrgica, cuando es posible, parece la mejor opción terapéutica. Las especies de *Alternaria* son sensibles a itraconazol oral, anfotericina B, fluconazol, miconazol y ketoconazol y resistentes a griseofulvina y flucitossina. Muchos autores recomiendan la combinación de tratamiento quirúrgico e itraconazol oral, pero la dosis y la duración del tratamiento no están bien establecidas.

10. ASPERGILOSIS CUTÁNEA PRIMARIA

A.N. Aljibe Aguilar, B. Escutia Muñoz, M. Navarro Mira,
I. Vilanova Urdaniz y C. Pujol Marco

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Presentamos el caso de una aspergilosis cutánea primaria en un paciente VIH mal controlado. Varón de 46 años VIH, VHB y VHC positivo con abandono de su tratamiento desde hace 2 años que ingresa en la unidad de cuidados intensivos por un coma tras hemorragia subaracnoidea debido a un traumatismo craneoencefálico. Durante el ingreso desarrolla una placa en la región malar izquierda, indurada y con pústulas que confluyen formando una escara necrótica. Realizamos una biopsia que presentó un cultivo positivo para *Aspergillus fumigatus* y se llegó al diagnóstico de aspergilosis cutánea primaria, después de descartar afectación fúngica a otros niveles. *Aspergillus* spp. es un hongo filamentosos ubicuo que causa patología en individuos predispuestos (trasplante de médula ósea, VIH positivo, tratamiento corticoideo, etc). La aspergilosis cutánea puede ser secundaria a diseminación desde un foco pulmonar o primaria por inoculación directa en piel. La aspergilosis cutánea primaria es una afectación infrecuente. Esta patología se produce por contaminación en enfermos de riesgo de lesiones cutáneas por traumatismos o por contaminación nosocomial en el punto de inyección de catéteres. El tratamiento debe ser sistémico debido al riesgo de diseminación a otros órganos, siendo el voriconazol el antifúngico de elección, aunque también hay que considerar la posibilidad de

la escisión quirúrgica de la lesión. En nuestro caso, se trató al paciente con voriconazol sistémico y ácido bórico tópico, dando lugar a una rápida mejoría de la lesión.

11. METÁSTASIS EN ANTIFAZ

A. Martorell^a, C. Requena^a, E. Nagore^a, O. Sanmartín^a, R. Botella-Estrada^a, B. Llombart^a, B. Echeverría^a, F. Messeguer^a, C. Serra^a, C. Guillén^a y L. Requena^b

^aServicio de Dermatología. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. ^bServicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

La inflamación periorbitaria bilateral es un fenómeno frecuente en la práctica clínica habitual y se atribuye comúnmente a una dermatitis de contacto por diferentes fármacos tópicos o productos cosméticos. Sin embargo, en el contexto de un cáncer sólido subyacente, la posibilidad de su origen metastásico debe ser considerada. La metástasis palpebral es infrecuente y en la mayoría de los casos su distribución es unilateral. Los casos bilaterales son excepcionales, por lo que los datos clínicos y morfológicos de éstos son poco conocidos. Se describen las características clínicas e histopatológicas de 2 pacientes con metástasis de los 4 párpados y se revisan los casos previamente descritos en la literatura.

12. SÍFILIS SECUNDARIA NODULAR

A. Agustí Mejías, R. García Ruiz, J. J. Vilata Corell, J. López Davia y V. Alegre de Miquel

Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica crónica denominada clásicamente «la gran simuladora» dadas sus múltiples formas de presentación clínica cutánea. Su frecuencia ha aumentado en nuestro medio durante los últimos años y actualmente supone un verdadero problema de salud pública. Existen formas clínicas de sífilis secundarias muy atípicas y que suponen un reto diagnóstico para el dermatólogo, como el caso que presentamos. Se trata de una mujer de 28 años edad que consultó por una erupción asintomática en la cara, tronco y extremidades, de 2 meses de evolución. No refería úlceras genitales, anales u orales ni antecedentes conocidos de sífilis. A la exploración física se observó la presencia de múltiples nódulos indolores, rosados y firmes al tacto, de 1 cm de diámetro, sin lesiones palmo-plantares ni mucosas. El estudio analítico e histopatológico confirmaron el diagnóstico de sífilis nodular o granulomatosa. Como conclusión, destacamos que la sífilis nodular, a pesar de su rareza, está aumentando su frecuencia en consonancia al aumento global de sífilis, y es en la actualidad una entidad a considerar ante una erupción pápulo-nodular generalizada.

13. ENFERMEDAD DE KYRLE: TRATAMIENTO CON TERAPIA FOTODINÁMICA

D. Llorca Juan^a, F. Millán^b, E. Gimeno^b, V. Pont^b, M. Velasco^b, R. Carmena^b y E. Quecedo^b

^aServicio de Dermatología. IVO. ^bServicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Caso clínico: Varón de 75 años de edad, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, hipertensión, hiperplasia benigna de próstata, neoplasia vesical, enfermedad de Dupuytren bilateral, carcinoma basocelular (frente, extirpado en 1997 y raíz nasal en 2004) y hemangioma capilar en región lumbar, extirpado en 2005. No presentaba antecedentes personales ni familiares de psoriasis. Acude a nuestra consulta en mayo de 2004 por presentar pápulas

queratósicas foliculares psoriasiformes y pruriginosas en muslo y pierna izquierda de 1 año de evolución, que empeoraban en verano. Fue diagnosticado de enfermedad de Kyrle, habiéndosele realizado 2 biopsias compatibles con dicha entidad. Ha sido tratado con tratamientos tópicos (corticoides, derivados de la vit D, retinoides) con buen control hasta marzo de 2009, en que se plantea la realización de terapia fotodinámica. Tras 2 sesiones (septiembre de 2009 y febrero de 2010) se observa una mejoría clínica significativa. Asimismo, se observó un halo de aclaramiento de 2 cm aproximadamente alrededor de la biopsia realizada en diciembre de 2008.

Conclusión: La enfermedad de Kyrle es una entidad que se encuentra dentro de los llamados «trastornos perforantes adquiridos», trastornos que se han asociado a la diabetes mellitus y al fallo renal. Se producen por la eliminación transepidérmica de componentes dérmicos alterados. Clínicamente, como en nuestro paciente, se caracterizan por pápulas queratósicas, pruriginosas, que se distribuyen mayoritariamente en las superficies de extensión. Las lesiones son en la mayoría de ocasiones foliculares, teniendo en ocasiones un tapón queratósico central. Su tratamiento en general no es exitoso, estando descrito en la literatura el uso de tratamientos tópicos (retinoides, derivados de la vitD, nitrógeno líquido, UVB, UVB banda estrecha, PUVA, etc.) y sistémicos (alopurinol, clindamicina oral, hidroxiquinona, acitretino). No hemos encontrado casos tratados con PDT en la literatura revisada.

14. ENFERMEDAD DE BOWEN PIGMENTADA. ASPECTOS CLÍNICOS Y DERMATOSCÓPICOS

L. Gámez^a, I. Molina^a, C. Monteagudo^b, I. Reig^a, N. Martí^a, V. López^a y E. Jordá^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: La enfermedad de Bowen es un carcinoma in situ que aparece con frecuencia en individuos de edad avanzada. La variante pigmentada es una forma inusual, raramente descrita en individuos de raza blanca. Presentamos un caso de enfermedad de Bowen pigmentada, no localizada en mucosa, con un aspecto clínico y dermatoscópico atípico.

Caso clínico: Mujer de 69 años sin antecedentes de interés. Acude a la consulta por una lesión maculosa de evolución desconocida localizada en región inguinal izquierda. A la exploración se aprecia una lesión en placa, de 2,2 × 1,5 cm de diámetro, pigmentada de color marrón claro y marrón oscuro, con un área central de aspecto cicatricial y con una pápula sobreelevada negruzca en el borde externo, que según la paciente había aparecido hacía pocas semanas. La dermatoscopia no mostraba un patrón claramente definido. Se apreciaba un área central de regresión, junto con áreas parcheadas de vascularización irregular. En el polo superior de la lesión se apreciaban estructuras pigmentadas digitiformes, simulando el patrón «en cresta» de las lesiones melanocíticas acrales. Con la sospecha diagnóstica de melanoma de extensión superficial se realizó biopsia amplia incluyendo el área más sobreelevada. El estudio histopatológico mostró una proliferación epitelial intraepidérmica de células mayoritariamente escamosas y basaloideas, con desorganización de sus estratos en todo el espesor epidérmico, sin invasión dérmica, todo ello compatible con enfermedad de Bowen.

Discusión: La EB es un tumor cutáneo relativamente frecuente considerado como un carcinoma espinocelular en su fase intraepidérmica. Las formas pigmentadas de esta enfermedad, aunque infrecuentes (menos del 2% de los casos), nos obligan a establecer el diagnóstico diferencial con el resto de tumores pigmentados, en especial con el melanoma. La EB pigmentada puede aparecer en cualquier localización, aunque el área genital es poco habitual. La dermatoscopia es una técnica no invasiva que mejora la precisión diagnóstica de las lesiones pigmentadas.