



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

Reunión Anual de la Sección Andaluza de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Córdoba, 23 y 24 de marzo de 2012

Comunicaciones

1. TUMOR DE CÉLULAS DE MERKEL

A. González Cabrerizo^a, G. Muñoz Arias^b, M.A. Romero Cabrera^a, M.I. Moreno García^b, M. Pico Valimaña^a, M.J. Añón Requena^b, C. Carranza Romero^a, A. Hens Pérez^b y J.C. Armario Hita^a

^aSección de Dermatología. UCG "Bloque Quirúrgico"; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. España.

Introducción: El tumor de células de Merkel es un tumor neuroendocrino con diferenciación epitelial. Es propio de personas mayores de 65 años y algo más frecuente en el sexo femenino. Se ha descrito como localización más frecuente el polo cefálico, seguida de las extremidades y por último el tronco. Se han implicado como factores patogénicos el daño solar, la radioterapia o la asociación con otras enfermedades, sobre todo otros tumores cutáneos malignos y que se asocien a alteraciones de la respuesta inmunológica. El tratamiento de elección es su extirpación quirúrgica, aunque el índice de recidivas se puede elevar hasta el 73%. Tras la extirpación se puede proceder a radioterapia de la zona de extirpación, lo que disminuye el riesgo de recidivas.

Casos clínicos: Presentamos los casos de tumor de células de Merkel diagnosticados en el último año en nuestra Sección de Dermatología. En todos los casos eran pacientes varones, con una edad media de 68 años. La localización más frecuente fueron las extremidades. Revisamos sus características clínicas e histológicas, pronóstico de la enfermedad y las diferentes asociaciones patológicas que hemos observado en nuestra serie de casos. El tratamiento realizado en todos los casos fue la extirpación quirúrgica.

Conclusiones: El tumor de células de Merkel es poco frecuente y es típica su asociación a estados de alteración de la respuesta inmune. Se debe tener en cuenta esta posibilidad en todos los pacientes que sean diagnosticados de este tipo de carcinoma neuroendocrino.

2. ENFERMEDAD DE MONDOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Rojo García, M.L. Martínez Barranca, E. Romero Sillero, C. Begines Cabeza, A. Pérez Gil, J.M. Conde Zurita y J. Escudero Ordóñez

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Introducción: La enfermedad de Mondor es una entidad clínica rara y relativamente poco conocida. El cuadro clínico fue apuntado inicialmente por Fagge en 1869, posteriormente se recogieron casos esporádicos hasta que el cirujano francés Henri Mondor la describe en 1939, dándole su nombre. En 1976 se publica el primer caso en nuestro país

Caso clínico: Paciente de 69 años de edad, mujer que acude a consulta por presentar una lesión muy infiltrada en cuadrante superior interno de mama derecha, constituida por una placa lineal ligeramente ovalada, hiperqueratósica e hiperpigmentada de 3,5 cm de diámetro que es ligeramente dolorosa con aspecto tumoral

Resultados: Esta enfermedad se caracteriza por una flebitis y periflebitis de una vena superficial del tórax, la vena torácica lateral o toracoepigástrica, que puede extenderse hacia la pared abdominal en la región epigástrica, y en la mujer también a la piel de la mama. Afecta principalmente a mujeres, aunque en un tercio de los casos puede aparecer en el varón. La sintomatología se caracteriza por la aparición brusca de dolor en mama y/o pared anterior de tórax, seguida de la aparición de un cordón, estría o canal visible y palpable, doloroso en dicha zona.

Conclusiones: Consideramos de interés este caso clínico ya que es una patología poco frecuente, siendo el sexo femenino 4 veces más candidato a padecerlo que el sexo masculino. De etiología desconocida pudiéndose relacionar en algunos casos con traumatismo local, esfuerzo muscular, procedimientos quirúrgicos en la mama y procesos febriles previos. No parece existir relación con el cáncer de mama aunque se han descrito casos asociados al mismo. También se han referido casos asociados a embarazo y puerperio, a la arteritis de células gigantes y a otras enfermedades sistémicas. La imagen

mamográfica puede ser característica con la vena trombosada presentando una morfología alargada o como las cuentas de un collar.

Bibliografía

Mayo Aparicio WN, Muxi Moner C, Yuste Botey M. Enfermedad de Mondor. FMC. 2000;7:646.

Pugh CM, De Witty RL. Mondor's disease. J Natl Med Assoc. 1996;88:359-63.

Diamantopoulos EJ, Yfanti G, Andreadis E. Giant-cell arteritis presenting as Mondor disease. Ann Internal Med. 1999;130:78-9.

3. SÍNDROME DE DRESS

C. Garrido Colmenero, P. Nogueras Morillas, I. Valenzuela Salas, E. Martínez García, A. Martín Castro y V. García Mellado

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción adversa a medicamentos. Consiste en una erupción cutánea, acompañada de fiebre, compromiso sistémico y eosinofilia. Tiene una incidencia de 1/10.000 en individuos expuestos a los fármacos implicados y una mortalidad de un 10%-30% de los casos. El síndrome es difícil de diagnosticar debido a su heterogeneidad clínica y largo período de latencia (2-6 semanas).

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 52 años, pluripatológico (FA, hiperuricemia) en que destacaba eritrodermia con importante afectación sistémica, hepática severa y del ritmo cardíaco que venía siendo tratado en el servicio de Cardiología. A su ingreso se retiraron algunos fármacos sospechosos: alopurinol, IECA, AINE, dronedarona, así como acenocumarol por INR de 7.4. En la analítica destacaba: eosinofilia del 14%, GOT 432, GPT 537, GGT 537, LDH 2179. Inicialmente se evoca el diagnóstico de síndrome de DRESS en base a eritrodermia, eosinofilia y afectación hepática. Se instauró anticoagulación con enoxaparina y se inició tratamiento con 40 mg diarios de prednisona. Se le realizó una ecografía hepática en la que se observó esteatosis hepática moderada. El estudio histológico mostró características de una erupción farmacológica por lo que el diagnóstico de DRESS quedó confirmado. A lo largo de su evolución las transaminasas llegaron a aumentar hasta 667 la GOT y 676 la GPT antes de iniciar un descenso. Durante los días siguientes el paciente siguió mejorando descendiendo las transaminasas y resolviéndose el cuadro dermatológico.

Conclusiones: La reciente introducción de un fármaco seguida por una erupción cutánea, disfunción multiorgánica y eosinofilia debe despertar la sospecha del síndrome de DRESS. La interrupción del fármaco es clave para la supervivencia. Los médicos deben ser conscientes de esta posible reacción adversa cuando se prescriba cualquier medicamento nuevo.

4. ENFERMEDAD DE OFUJI

A.M. Almodóvar Real^a, M.J. Espiñeira Carmona^a, R. Ríos Pelegrina^b, A. Molina Leyva^a, H. Hussein El-Ahmed^a, M.T. Gutiérrez Salmerón^a y R. Naranjo Sintés^a

^aServicio de Dermatología y Venereología. ^bUnidad de Gestión de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La enfermedad de Ofuji o foliculitis pustulosa eosinofílica es una rara dermatosis crónica de etiología desconocida que se caracteriza por la aparición de pápulas pruriginosas y pústulas dispuestas en placas eritematosas circinadas. Desde el punto de vista histopatológico existe un infiltrado no sólo folicular, sino además perifolicular y perivasculares. En las etapas iniciales se observa espongirosis en la pared del infundíbulo folicular a expensas de un

infiltrado de eosinófilos y células mononucleares. En etapas avanzadas del proceso se puede apreciar un auténtico clivaje o vesícula longitudinal, con neutrófilos, linfocitos y gran número de eosinófilos, que afecta con frecuencia a la glándula sebácea.

Caso clínico: Varón de 66 años que acude a Urgencias por erupción cutánea pruriginosa de 5 días de evolución que empezó en miembros inferiores con generalización posterior al resto del tegumento, incluyendo palmas de las manos. A la exploración clínica se aprecian lesiones en distinto estadio evolutivo, pruriginosas y no descamativas que incluyen desde elementos purpúricos palpables los más antiguos (en zonas declives), sugerentes de vasculitis hasta pápulas eritemato-violáceas los más recientes. Asintomático. El paciente relacionó el cuadro con la ingesta de marisco. Se realizó biopsia punch. El estudio histopatológico evidenció exocitosis de eosinófilos y espongirosis infundibular así como micropústulas eosinofílicas y neutrofílicas. En dermis se aprecia un infiltrado inflamatorio mixto, de linfocitos, eosinófilos y polinucleares neutrófilos de distribución perivasculares e intersticial. Los hallazgos fueron compatibles con Foliculitis Pustulosa Eosinofílica o Enfermedad de Ofuji. Con este diagnóstico se solicitó analítica, incluida Ig E de gamba y serologías de VIH. También TAC y RM de tórax y abdomen como despistaje de linfoma o proceso neoplásico. La evolución natural de las lesiones fue a placas pustulosas confluentes con centro claro. Tras instauración de tratamiento con indometacina y pauta descendente de corticoides el cuadro remitió, y desaparecieron todas las lesiones.

Conclusiones: La enfermedad de Ofuji se caracteriza por pápulas y pústulas pequeñas estériles localizadas en áreas seboreicas que tienden a coalescer y que forman placas con aclaramiento central y progresión centrífuga. Evoluciona por brotes muy pruriginosos que duran de 7 a 10 días, se repiten cada 3 ó 4 semanas y que dejan máculas hiperpigmentadas. Pueden acompañarse de leucocitosis con eosinofilia moderada. Aunque su etiología es desconocida, generalmente suele asociarse a enfermedades hematológicas malignas, a medicamentos como minociclina o carbamacepina, infecciones como VIH o estados de inmunosupresión y es excepcional su aparición en individuos sanos. Existen 3 principales variantes clínicas de FPE; la FPE clásica o enfermedad de Ofuji, la FPE asociada a VIH y la FPE infantil. Entre los tratamientos tópicos destacan corticoides potentes como el clobetasol o inmunomoduladores como el tacrolimus tópico al 0,1%. Entre los sistémicos el más eficaz parece ser la indometacina, aunque también se disponen de los corticoides vía oral, dapsona, itraconazol, metronidazol o antihistamínicos.

5. FENÓMENO DE RAYNAUD COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

A.M. Rodríguez Martín^a, E. Guirao Arrabal^b, J. Ruano Ruiz^a, E. Casas de la Asunción^a, M.A. Álvarez López^a, J.C. Moreno Jiménez^c, R. Molero Cabrilla^d y R.J. Jiménez Puya^e

^aMédico Residente de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^cFacultativo Especialista en Dermatología y Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Presidente de la Real Academia Española de Dermatología y Venerología. Córdoba. ^dFacultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^eFacultativo Especialista en Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Caso clínico: Varón de 56 años. Sin antecedentes previos. Fumador de dos paquetes diarios. Hábito enólico importante. Presenta un cuadro de inicio súbito consistente en palidez y posterior cianosis, junto con parestesias y dolor intenso a nivel de los tres primeros dedos de la mano izquierda. No presentaba sintomatología sugestiva de enfermedad sistémica. Exploración y pruebas

complementarias: La exploración física era normal, con pulsos distales presentes y simétricos en todas las extremidades. En la analítica destacaba un dímero-D elevado, con estudio de coagulación normal. Se realizó ecografía-Doppler arterial que evidenció presencia de vascularización hasta región interdigital, en la arteriografía se ponía de manifiesto oclusión distal de la arterial radial del segundo dedo y de las arterias digitales palmares de segundo y tercer dedos a nivel proximal. A su vez, en la radiografía de tórax se objetivaba una masa de 4 centímetros en lóbulo inferior del pulmón derecho. Diagnóstico: Fenómeno de Raynaud secundario a neoplasia pulmonar. Evolución: Se realizó estudio de extensión sin que hubiera evidencia de afectación a otro nivel, la PAAF fue sugerente de carcinoma de células grandes. Se instauró tratamiento médico con heparina, AAS, pentoxifilina, y antagonistas del calcio con escasa mejoría del Fenómeno de Raynaud (FR). Posteriormente se interviene quirúrgicamente confirmando el diagnóstico previo de neoplasia pulmonar, tras la resección de la misma presenta notable mejoría del FR.

Discusión: El FR es poco frecuente como síndrome paraneoplásico, las neoplasias que se han asociado a dicho fenómeno son fundamentalmente adenocarcinomas de pulmón, ovario y estómago. Debemos sospecharlo cuando es atípico en su presentación, comienzo de los síntomas después de los 50 años de edad, y episodios intensos, dolorosos, y asimétricos. No responde al tratamiento convencional, la resolución del fenómeno suele ocurrir aunque no siempre, con la resección tumoral. El reconocimiento oportuno de este fenómeno puede permitir la detección temprana del cáncer, en un estadio donde es posible la curación.

Palabras clave: Síndromes paraneoplásicos. Fenómeno de Raynaud. Neoplasias.

Bibliografía

Poszepczynsk E. Paraneoplastic acral vascular syndrome: Epidemiologic features, clinical manifestations and disease sequelae. *American Academy of Dermatology*. 2002;47:47-51.

Kopterides P, Tsavaris N, Tzioufas A, Pikazis D, Lazaris A. Digital gangrene and Raynaud's phenomenon as complications of lung adenocarcinoma. *Lancet Oncol*. 2004;5:549.

Bakst R, Merola JF, Franks AG Jr, Sánchez M. Raynaud's phenomenon: pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:633-53.

6. QUERATOSIS FOLICULAR ESPINULOSA DECALVANTE DE SIEMENS (KFSD) ASOCIADA A ANORMALIDADES MAMARIAS, ORALES Y UNGUEALES, HIPOTRIGLICERIDEMIA E HIPOIGA

A. Márquez-García y F.M. Camacho-Martínez

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Hemos tenido la oportunidad de efectuar el seguimiento desde mayo de 1999 hasta la actualidad de un varón de 50 años y su hija de 22 años, que consultaron a nuestra Unidad de Tricología por presentar alopecia cicatricial y otras manifestaciones clínicas asociadas.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 50 años que consultó por una alopecia cicatricial en el cuero cabelludo de 24 años de evolución. A la exploración física se objetivaba una alopecia cicatricial total del cuero cabelludo y pérdida de pelos de pequeñas áreas de párpados, pestañas y bigote. Alopecia no cicatricial del área pubiana y pápulas queratósicas en superficies extensoras de brazos, tronco y mejillas. Agenesia de los pezones, sobre todo derecho, anosmia (posible relación con exposición laboral) y microniquia especialmente en pies. No alteraciones orales. Oftalmológicamente blefaritis y fotofobia. Analítica: hipotrigliceridemia, disminución de los niveles de C4 e hipolga. Una biopsia del área parietal izquierda fue informada de paraqueratosis, taponamiento de folículos distróficos y ausencia

de glándulas sebáceas. Tratamiento sucesivo con acitretino 25 mg/d, isotretinoína 1 mg/Kg/d y Dapsona 100 mg/d sin respuesta. Posteriormente se infiltró acetónido de triamcinolona 4 mg/cm², diluido a 1/4 consiguiendo su mantenimiento. Caso 2: mujer de 22 años que consultó con 9 años por presentar una alopecia cicatricial en parches en el cuero cabelludo de lenta instauración. En la exploración física se objetivaban pequeños parches de alopecia cicatricial en vértex con avance progresivo hasta alcanzar la línea de implantación del pelo y agravada en los últimos meses. Pápulas foliculares en cejas, pápulas queratósicas en tronco y superficies extensoras de brazos. Macroniquia especialmente en los pies, con mala alineación de la 1ª uña. Agenesia de 32, 37 y cordales. Lengua con fisuras y pliegues de tipo escrotal. Mama derecha con 3 pezones y pezón doble en la mama izquierda. Analítica: Hipotrigliceridemia y alteraciones hormonales que en controles posteriores se normalizaron y se atribuyó a retraso en el crecimiento. Dos biopsias frontoverticales informadas de hipoplasia folicular con folliculitis crónica, fibrosis perifolicular e infiltrado linfocítico perifolicular. Tratada con infiltraciones de acetónido de triamcinolona 4 mg/cm², diluido a 1/4 en los bordes de progresión de la alopecia, consiguiendo su mantenimiento, que se ha perdido en los últimos meses. La paciente se negó a ser tratada con isotretinoína y con los antibióticos orales no se obtuvo respuesta.

Discusión: La KFSD fue descrita por Lameris en 1905. El gen se asigna a Xp22.13-p22.2 con un defecto genético entre DXS7161 y DXS7593-DXS7105. Existen 2 variedades de enfermedad: la forma clásica dominante ligada X y la variedad autosómica dominante. Se describen 3 fases clínicas: Fotofobia e hiperqueratosis folicular, alopecia cicatricial progresiva y alopecia cicatricial junto con otras anomalías. Diagnóstico diferencial: Síndrome de Down, de Noonan, cardiofasciocutáneo, moniletrix y especialmente ictiosis folicular con alopecia y fotofobia (IFAP). En la dermatopatología se describen 5 fases: Hiperqueratosis e hipergranulosis del infundíbulo e istmo, cambios inflamatorios en la epidermis y en la dermis papilar, depósitos de tejido conectivo, mucina e infiltrado mononuclear alrededor de la parte superior del folículo, desintegración de los folículos pilosos y reacción de cuerpo extraño alrededor de los folículos. Es difícil de tratar, se obtienen respuestas muy variables, siendo malas en la mayoría de casos. Los antibióticos y los retinoides son ineficaces. Los emolientes, corticoides tópicos o intralesionales, queratolíticos o las pastas de zinc solo entretienen la progresión. La luz ultravioleta, la dermoabrasión, el láser y los implantes de colágeno se usan para corregir las cicatrices atróficas.

Conclusiones: Presentamos 2 casos en la misma familia de alopecia cicatricial en cuero cabelludo, uno de rápida instauración y el otro progresivo con empeoramiento repentino y alopecia de cejas. En el caso nº 1 también del área púbica. Además cursan con otras manifestaciones cutáneas y extracutáneas ya descritas previamente. Como novedad se observaron en los 2 casos malformaciones congénitas de los pezones, hipotrigliceridemia e hipo lga no descritas previamente. El curso más leve en el caso nº 2 se podría asociar a una herencia ligada al X. Pendiente de confirmación con estudio genético.

Bibliografía

Olsen EA, Camacho FM. Alopecias cicatriciales. Definición y clasificación. Alopecias cicatriciales congénitas. *Monogr Dermatol*. 2006;19: 59-73.

Camacho FM, Tosti A, Olsen EA. Alopecias cicatriciales adquiridas con entidad propia. I. Alopecias con infiltrado linfocitario. *Monogr Dermatol*. 2006;19:120-32.

Camacho F. Alopecias. **Concept and classification. Congenital alopecias.** In: Camacho F, Montagna W, eds. *Trichology. Diseases of the pilosebaceous follicle*. Madrid: Aula Médica Ed, 1997. p. 299-312.

Ferrando J. Alopecias cicatriciales congénitas. *Monogr Dermatol*. 1990;3:125-30.

Klintworth GK. The molecular genetics of the corneal dystrophies-current status. *Front Biosci*. 2003;8:687-713.

7. TUMORES SIMULADORES DE HEMANGIOMAS CONGÉNITOS

A.I. Lorente Lavirgen, B. Narváez Moreno, R. López López, J. Bernabeu Wittel, T. de Zulueta Dorado, F. Sánchez y J. Conejo-Mir

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción y objetivos: Los hemangiomas infantiles son una patología muy frecuente en la población infantil, pero existen otros tipos de tumores, especialmente lesiones congénitas que pueden simular hemangiomas^{1,2}. El diagnóstico diferencial de estas lesiones es un reto para el dermatólogo; que en ocasiones, tiene que ayudarse de pruebas complementarias de imagen e incluso de estudio histológico³. Presentamos una serie de casos, de diferentes tumores congénitos y adquiridos que imitaban clínica o radiológicamente al hemangioma infantil. El objetivo de esta comunicación es resaltar los datos claves para un diagnóstico correcto⁴.

Metodología: Se recogieron una serie de pacientes derivados a la consulta de dermatología pediátrica por lesiones sospechosas de hemangioma. Se realizó una historia clínica detallada, se solicitaron las pruebas de imagen pertinentes y cuando fue necesario se indicó la extirpación de la lesión y el consiguiente estudio histológico. Todos los pacientes derivados, necesitaron una re-anamnesis exhaustiva y dirigida hacia datos característicos de las lesiones vasculares.

Resultados: Como resultado de la anamnesis dirigida y las pruebas de imagen se pudo llegar al diagnóstico de certeza en dos de los casos. En el resto fue necesario el estudio histológico e inmunohistoquímico para un llegar al diagnóstico definitivo.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial de los tumores en los recién nacidos no sólo es amplio sino que incluye tumores benignos y malignos. Todos los casos descritos en nuestro trabajo ilustran el amplio espectro de estas lesiones y las dificultades para hacer un diagnóstico correcto sin una correlación clínico-radiológica adecuada. El punto clave de nuestra comunicación es mostrar que la historia clínica es la primera herramienta clave en la orientación de estas lesiones, completada siempre mediante pruebas de imagen como la ecografía Doppler. Para hacer un correcto diagnóstico debe existir una relación coherente entre la exploración clínica y las pruebas de imagen.

Bibliografía

1. Boon LM, Fishman SJ, Lund DP, Mulliken JB. Congenital fibrosarcoma masquerading as congenital hemangioma: report of two cases. *J Pediatr Surg.* 1995;30:1378-81.
2. Megarbane H, Doz F, Manach Y, Fletcher C, Jaubert F, et al. Neonatal rhabdomyosarcoma misdiagnosed as a congenital hemangioma. *Pediatr Dermatol.* 2011;28:299-301.
3. Gorincour G, Kokta V, Rypens F, Garel L, et al. Imaging characteristics of two subtypes of congenital hemangiomas: rapidly involuting congenital hemangiomas and non-involuting congenital hemangiomas. *Pediatr Radiol.* 2005;35:1178-85.
4. Krol A, MacArthur CJ. Congenital Hemangiomas: Rapidly Involuting and Non-involuting Congenital Hemangiomas. *Arch Facial Plast Surg.* 2005;7:307-11.
5. Frieden IJ, Rogers M, Garzon MC. Conditions masquerading as infantile hemangioma: Part 1. *Australas J Dermatol.* 2009;50:77-99.

8. SÍNDROME DE MALFORMACIÓN CAPILAR-MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA

M. Galán Gutiérrez^a, R. Ruiz Villaverde^a, F. Extremera Castillo^a, P. Mata García^a y F. Elosegui Martínez^b

^aUnidad de Dermatología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Jaén. España.

Caso clínico: Paciente de 4 años derivada a la consulta para valoración de eccemas en tronco desde los 4 meses de vida, mejoran-

do con el empleo de corticoides de baja potencia, pero que posteriormente vuelven a recaer. Además una vez que está en consulta nos solicita una segunda opinión de otras lesiones presentes desde el nacimiento. Exploraciones y pruebas complementarias: En la exploración se aprecian varias lesiones ecematosas en tronco, tenues y otras de poca intensidad en flexuras antecubitales y poplíteas. Además se observan varias máculas, eritematosas, bien delimitadas localizadas en miembro inferior izquierdo, glúteo y dos elementos de menor tamaño en mano izquierda y brazo derecho. En interrogatorio dirigido la madre refiere que la hermana tiene otra similar en la frente y ella misma también, cuatro lesiones, tres en abdomen y una en escote, constatando que son muy frecuentes en la familia, con varios miembros que presentan lesiones similares aunque de tamaño y localización muy variada. Se realizó la sospecha diagnóstica practicándose biopsia cutánea, estudios de imagen y genéticos (RSA1) que confirmaron la sospecha clínica. Juicio clínico: Síndrome de malformación capilar-malformación arteriovenosa.

Conclusiones: El síndrome de malformación capilar-malformación arteriovenosa es un trastorno autosómico dominante de reciente descripción en el que malformaciones capilares multifocales se asocian a malformaciones vasculares y fístulas arteriovenosas en la piel, músculos, huesos y órganos internos como el cerebro o el corazón. Se debe a mutaciones inactivadoras del gen RSA1. Es necesario el conocimiento de este síndrome debido a las asociaciones tan importantes que presenta y que pueden conllevar notables consecuencias de morbimortalidad si pasa desapercibido y no se diagnostican a tiempo.

Bibliografía

- Eerola I, Boon LM, Mulliken JB, Burrows PE, Domp Martin A, Watanabe S, et al. Capillary malformations arteriovenous malformation, a new clinical genetic disorder caused by RSA1 mutations. *Am J Hum Genet.* 2003;73:1240-9.
- Hernández-Martín A, Torrelo A. Rasopatías: trastornos del desarrollo con predisposición al cáncer y manifestaciones cutáneas. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:402-16.
- Hershkovitz D, Bercovich D, Sprecher E, Lapidot M. RSA1 mutations may cause hereditary capillary malformations without arteriovenous malformations. *Br J Dermatol.* 2008;158:1035-40.

9. SÍNDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A ISOTRETINOÍNA

M. Galán Gutiérrez, R. Ruiz Villaverde, F. Extremera Castillo y P. Mata García

Unidad de Dermatología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. España.

Caso clínico: Paciente de 15 años que consulta por acné de 2 años de evolución de tipo pápulo-pustuloso, junto a algún elemento nódulo-quístico, localizado en cara y espalda. Había sido tratado con diferentes productos tópicos (peróxido de benzoilo, clindamicina y adapaleno), jabones comerciales e incluso con doxiciclina oral durante varios meses, con mejorías parciales y recidivas. Ante la evolución de las lesiones y la solicitud de terapia más intensa se decide iniciar, previa realización de protocolo pre-tratamiento, isotretinoína a dosis de 0,5 mg/kg. A las 3 semanas de iniciarlo, el paciente consulta en urgencias por notar edemas faciales, que son catalogados de reacción alérgica y tratados con 60 mg de urbason y polaramine. A los dos días y ante la falta de mejoría junto a la progresión del cuadro con edemas que se extienden a piernas, ganancia ponderal de 10 kg y disminución de la diuresis el paciente vuelve a consultar en urgencias ingresándose para estudio. Exploraciones y pruebas complementarias: En la exploración inicial presenta las lesiones de acné previamente descritas. En la analítica de urgencias destaca una insuficiencia renal con creatinina de 1,9 mg/dl y urea 127 mg/dl y una proteinuria de 8 gramos/d. Se realizó una biopsia renal que fue informada como compatible con glomerulonefritis de

cambios mínimos. Juicio clínico: Glomerulonefritis de cambios mínimos secundaria a isotretinoína

Conclusiones: La isotretinoína es un derivado de la vitamina A usado ampliamente para el tratamiento del acné desde hace mucho tiempo, ya que es altamente efectivo. A pesar de tener varios efectos secundarios, la afectación renal no figura como uno de ellos. No obstante, al igual que otros fármacos como los AINE, puede desencadenar un síndrome nefrótico secundario a una glomerulonefritis de cambios mínimos, especialmente en pacientes jóvenes. Debido a la importancia clínica de este proceso y a la peculiar forma de presentación, nos ha parecido interesante presentar este caso haciendo hincapié en los datos que pueden hacer sospecharlo.

Bibliografía

van Oers JA, de Leeuw J, van Bommel EF. Nephrotic syndrome associated with isotretinoin. *Nephrol Dial Transplant.* 2000; 15:923-4.

10. DERMATITIS Y SÍNDROME CARCINOIDE METASTÁSICO

A. Molina Leyva, J. Orgaz Molina, M. Salazar Nievas, M.A. Fernández Pugnaire y R. Naranjo Sintés

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

Introducción: La pelagra es una enfermedad sistémica originada por el déficit de niacina. La mayor parte de casos de pelagra tienen lugar en países con pocos recursos y en nuestro medio es infrecuente aunque el alcoholismo y algunas enfermedades gastrointestinales pueden predisponerla.

Caso clínico: Mujer de 21 años de edad con tumor neuroendocrino en estadio avanzado que ingresa en el servicio de oncología de nuestro hospital por descompensación hidrópica. Nos consultan por enrojecimiento y dolor en dorso de manos y pies de varias semanas de evolución. La paciente había ingresado previamente por diarrea incoercible de más de 6 meses en relación con síndrome carcinoide metastásico. A la exploración física presentaba eritema simétrico de bordes bien definidos de aspecto brillante en dorso de pies y manos. No evidencia de lesiones en mucosas ni en otras localizaciones. Ante la sospecha clínica de pelagra secundaria a síndrome carcinoide solicitamos los niveles, se inicia tratamiento con vitamina B3 y las lesiones comienzan a desaparecer pero la paciente fallece por su enfermedad oncológica.

Conclusiones: Presentamos un caso de pelagra en una enferma terminal y en relación con un síndrome carcinoide metastásico. Creemos que es importante pensar en este diagnóstico ante una erupción simétrica en áreas fotoexpuestas en un paciente con factores predisponentes a un déficit de niacina como el caso descrito. La rápida respuesta a suplementos de vitamina B3 confirma en muchos casos el diagnóstico si bien nuestra paciente falleció a las pocas semanas de instaurarlo.

Bibliografía

Hegyi J, Schwartz RA, Hegyi V. Pellagra: dermatitis, dementia, and diarrhea. *Int J Dermatol.* 2004;43:1-5.

Wan P, Moat S, Anstey A. Pellagra: a review with emphasis on photosensitivity. *Br J Dermatol.* 2011;164:1188-200.

11. LESIÓN CUTÁNEA EN BRAZO ASOCIADA A INMUNIZACIÓN ACTIVA CONTRA LA GRIPE

E.M. Romero Sillero, A. Pérez Gil, H. de la Hoz Herazo, C. Begines Cabeza, M.L. Martínez Barranca, J.M. Rojo García, F. Vásquez Chinchay, G. Osorio Gómez y J. Escudero Ordoñez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Caso clínico: Paciente de 76 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica que consulta en junio de 2010 por presentar

desde hacía 3 meses lesiones nodulares induradas de crecimiento progresivo en superficie externa de tercio superior de brazo derecho. Las lesiones eran asintomáticas y en la anamnesis destacaba la vacunación de la gripe en dicha localización meses antes. Exploración: A la exploración se observaba placa infiltrada de unos 7 cm, en piel de región deltoidea y sobre ella asentaban varias lesiones nodulares eritemato-violáceas moderadamente dolorosas a la palpación. No presentaba otras lesiones en el resto del tegumento ni adenopatías localregionales palpables. Pruebas complementarias: Con sospecha clínica de dermatofibroma protuberans o linfoma cutáneo, realizamos biopsia de uno de los nódulos y solicitamos hemograma y bioquímica general. Las pruebas analíticas mostraron resultados dentro de la normalidad y los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con linfoma de células grandes anaplásico cutáneo primario. El estudio de extensión, mediante TAC corporal total y biopsia de médula ósea, no mostraron indicios de progresión de la enfermedad. Juicio clínico: Linfoma anaplásico cutáneo primario

Conclusiones: Por el antecedente de la vacunación, y una vez revisada la bibliografía, hemos considerado que puede existir una relación casual entre el linfoma y la inmunización activa contra la gripe unos meses antes en la misma localización. El paciente ha sido tratado con corticoides de alta potencia tópicos e intralesionales, extirpación quirúrgica de las lesiones nodulares de mayor tamaño y finalmente con radioterapia local adyuvante. La evolución ha sido favorable con resolución clínica de las lesiones en la actualidad.

12. DIFERENCIAS ENTRE LA EFICACIA ALCANZADA Y LA PERCIBIDA EN PACIENTES CON HIPERHIDROSIS PALMAR TRATADOS CON TOXINA BOTULÍNICA O SIMPATECTOMÍA

M.A. Álvarez López^a, J. Ruano^a, F.J. Gómez^a, E. Casas^a, C. Baamonde^b, A. Salvatierra^b y J.C. Moreno^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^bServicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: La hiperhidrosis palmar moderada-severa puede causar trastornos en la esfera laboral, social y afectiva de la personas. Actualmente la toxina botulínica y la simpatectomía se consideran las opciones de tratamiento más eficaces.

Objetivo: Evaluar qué relación existe entre la eficacia obtenida y el grado de satisfacción manifestado en pacientes con hiperhidrosis palmar tratados con toxina botulínica o mediante simpatectomía torácica endoscópica.

Metodología: Estudio observacional de tipo retrospectivo que incluyó todos los pacientes tratados con toxina botulínica o simpatectomía torácica endoscópica en un único centro hospitalario de referencia durante el periodo 2005-2010. A partir de la historia digital y de una encuesta telefónica se obtuvo información acerca del nivel educativo y socioeconómico, el grado de conocimiento de las opciones terapéuticas, la severidad de la hiperhidrosis antes y después del tratamiento, el grado de satisfacción obtenido y los efectos secundarios asociados. Se obtuvieron modelos de regresión logística ordinal multinomial para analizar los factores predictivos tanto de la eficacia como del grado de satisfacción alcanzados con ambas modalidades terapéuticas.

Resultados: Los pacientes sometidos a simpatectomía, a pesar de tener una hiperhidrosis de mayor gravedad, obtuvieron mayor eficacia y grado de satisfacción en comparación con los que recibieron toxina botulínica. La gravedad de la hiperhidrosis compensatoria fue predictora de un menor grado de satisfacción tras la simpatectomía. En el grupo tratado con toxina botulínica encontramos que un bajo nivel socioeconómico, falta de información sobre las opciones de tratamiento, menor número de sesiones y un efecto anhidrótico de menor duración estuvieron asociados a menor grado de satisfacción.

Conclusiones: Cuando se exploran las expectativas respecto al resultado del tratamiento de la hiperhidrosis palmar, el médico debería tener en cuenta qué factores condicionan el grado de satisfacción del paciente en función de las opciones terapéuticas propuestas.

13. LA RED ESPAÑOLA DE VIGILANCIA EN ALERGIA DE CONTACTO (REVAC)

J.C. Armario Hita^a, V. Fernández Redondo^b, J. García Gavín^b, A.M. Giménez Arnau^c, J. Sánchez Pérez^d, J.F. Silvestre^e y W. Uter^f

^aSección de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

^cServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. España. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España. ^eSección de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España. ^fDepartamento de Informática Médica. Biometría y Epidemiología. Universidad de Erlangen-Nüremberg. Alemania.

Introducción: El eczema de contacto es un problema médico frecuente, con una prevalencia poblacional elevada. Esto implica un importante problema de salud con un impacto a nivel personal, social y económico. Por ello, son necesarias iniciativas de investigación clínica y epidemiológica que nos ayuden a conocer la realidad del eczema de contacto en España.

Material y métodos: En el presente trabajo se aborda la investigación epidemiológica del eczema de contacto en desde el punto de vista práctico, analizando el papel del dermatólogo a la hora de planificar y diseñar estudios en este campo. Además, se presenta la Red Española de Vigilancia de Alergia de Contacto (REVAC), nexo entre los dermatólogos españoles y la European Surveillance System in Contact Allergies, definiendo sus objetivos presentes y futuros, y presentando sus primeros resultados, sobre la prevalencia de sensibilización de contacto en España.

Resultados: Los primeros resultados recogidos en España, por la REVAC ponen de manifiesto que los 5 alérgenos que presentaron positividad más frecuentemente fueron sulfato de níquel (25,88%), dicromato potásico (5,31%), cloruro de cobalto (5,10%) mezcla de fragancias (4,64%) y bálsamo del Perú (4,44%). Los alérgenos menos frecuentes fueron la mezcla de quinoleínas/clioquinol y la mezcla de lactonas sesquiterpénicas. En las mujeres, la prevalencia de sensibilización al níquel fue del 35%.

Conclusiones: En la actualidad, la investigación clínica y epidemiológica a través de redes multicéntricas es necesaria y fundamental para conseguir resultados significativos. En España, el níquel sigue siendo especialmente relevante, y son de especial importancia el cromo, cobalto, fragancias y bálsamo del Perú.

14. ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE ACUAPORINA-1 EN MALFORMACIONES Y TUMORES VASCULARES

B. Narváez Moreno^a, M.D. Conejo-Mir^a, J. de la Torre García^a, J. Bernabeu Wittel^a, M. Echevarría Irusta^b, T. de Zulueta Dorado^c y J. Conejo-Mir^d

^aServicio de Dermatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. ^bInstituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Los tumores y malformaciones vasculares representan un grupo muy heterogéneo de patologías cuyo denominador común es la proliferación anómala de células de origen vascular. Aunque en general su etiopatogenia es poco conocida, estudios recientes han involucrado a la hipoxia como una de los principales estímulos en el origen de tumores benignos como el hemangioma infantil (HI). Por su parte, las acuaporinas (AQP) son una amplia

familia de proteínas que más allá de su función de regular el paso de agua a través de las membranas, se les ha implicado un papel importante en la angiogénesis, proliferación y migración celular. Por otro lado, se ha comprobado recientemente que la hipoxia regula la expresión de AQP1 en distintos tipos celulares.

Objetivos: describir la expresión y distribución de AQP1 mediante inmunohistoquímica en los distintos tipos de anomalías vasculares evaluando posibles diferencias entre ellos y su aplicabilidad clínica como marcador inmunohistoquímico.

Material y métodos: estudio observacional analítico, transversal sobre 39 casos y 5 controles sanos, previo consentimiento informado, utilizando la técnica de inmunohistoquímica para AQP1. Los datos se analizaron estadísticamente mediante el test de Fischer y chi-cuadrado, aceptando un error alfa de 0,05.

Resultados: se obtuvo una mayor expresión de AQP1 en lesiones benignas frente a las que tenían un comportamiento maligno (OR 34; $p < 0,0005$), se encontraron diferencias cualitativas entre las lesiones vasculares benignas aunque estas no tuvieron significación estadística. No se encontraron diferencias en la expresión en la fase proliferativa respecto a la involutiva de los hemangiomas aunque aquellas lesiones con ulceración sí mostraron una mayor expresión de AQP1 respecto a las no ulceradas.

Conclusiones: la expresión de AQP1 en anomalías vasculares iría a favor de la benignidad de estas lesiones siendo necesaria una cohorte más amplia para establecer su posible utilidad como marcador. Su mayor expresión en HI y lesiones ulceradas podrían tener relación con un estímulo hipóxico que intervendría en su etiopatogenia.

15. IMPACTO DE LA TELEDERMATOLOGÍA EN EL PRONÓSTICO INICIAL DE LOS PACIENTES CON MELANOMA

C. Méndez Abad, L. Ferrándiz Pulido, A. Ruiz de Casas, F. Martín Gutiérrez, F. Peral Rubio, F.M. Camacho y D. Moreno Ramírez

Departamento y Unidad de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. Sevilla. España.

Objetivos: Evaluar las diferencias en el pronóstico inicial de los pacientes con melanoma, en términos de índice de Breslow, atendidos mediante tele dermatología diferida con respecto a los atendidos mediante el sistema de derivación convencional.

Metodología: Estudio descriptivo y de evaluación de un sistema de tele dermatología diferida dirigido al triaje de pacientes con lesiones pigmentadas sospechosas de melanoma. Se incluyeron pacientes diagnosticados de melanoma en seguimiento por la Unidad de Melanoma del Hospital Universitario Virgen Macarena en el periodo entre enero de 2006 y diciembre de 2010. Los datos demográficos, año de diagnóstico, sistema de derivación, espesor de Breslow y el estadio tumoral se registraron a partir de la base de datos de la Unidad de Tele dermatología, y los informes de Anatomía Patológica.

Resultados: Fueron incluidos un total de 201 pacientes con melanoma cutáneo primario. El 33,33% fueron derivados mediante tele consulta, mientras que 66,66% lo fueron mediante el sistema de derivación convencional (cita Diraya). Al final del periodo de estudio, el Breslow medio fue significativamente menor en el grupo de pacientes derivados por tele dermatología que en el grupo de no tele dermatología (1,06 mm vs 1,61 mm; $p = 0,025$). En general, al finalizar el estudio se observó que la frecuencia de melanoma con un pronóstico inicial favorable (estadio tumoral Tis-T1a) fue significativamente mayor en el grupo de tele dermatología que en el grupo de pacientes derivados mediante el sistema convencional (70,10% vs 56,90%; $p = 0,03$). La OR fue de 1,96 (IC 95% 1,14- 3,50; $p = 0,04$).

Conclusiones: Con este estudio reforzamos el papel que tiene la implantación de sistemas de tele dermatología diferida para el diag-

nóstico del cáncer de piel y en concreto en el diagnóstico precoz del melanoma.

16. CORRELACIÓN ANATÓMICA DE LOS PATRONES DERMATOSCÓPICOS DE LOS NEVUS MELANOCÍTICOS ACRALES PLANTARES

L. Conejo-Mir Vázquez, A.I. Lorente Lavirgen, M.R. Andrades Vidal, J. Quintana del Olmo, J. Domínguez Cruz y J. Conejo-Mir Sánchez

Unidad de Lesiones Pigmentarias y Dermatoscopia de la UGC Dermatología M-Q y Venereología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir los patrones dermatoscópicos de las lesiones melanocíticas acrales plantares en una población de raza blanca, así como establecer una correlación anatómica de estos patrones según su localización plantar concreta.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo desde Julio de 2005 a Agosto de 2011, obteniendo las imágenes clínicas y dermatoscópicas de nuestra base de datos de la unidad de Lesiones Pigmentarias y Dermatoscopia. Las imágenes se tomaron mediante el dermatoscopio digital Fotofinder (TechScreen Software S.L., Alemania). Se incluyeron las lesiones melanocíticas benignas de localización plantar, excluyendo aquellas de localización ubungueal, y se clasificaron en cuatro áreas: arco plantar, zona de apoyo plantar, dedos de pies y zona de transición a piel no volar. El análisis de los patrones dermatoscópicos se llevó a cabo de forma independiente mediante cuatro evaluadores. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 20.0.

Resultados: Se analizaron las imágenes de 235 nevos melanocíticos acrales en 192 pacientes 73 hombres (30,3%) y 168 mujeres (69,7%); edad media 33,27 años). El patrón dermatoscópico más frecuente fue el patrón paralelo del surco (30,2%), seguido del patrón en elosía (21,3%), y el patrón fibrilar (20,4%). Analizando los patrones dermatoscópicos según la localización concreta plantar en la que asientan, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambos. El patrón fibrilar fue más frecuente en las zonas de apoyo, mientras que los patrones paralelo del surco y reticulado acral lo fueron en la zona de arco plantar, y el patrón de celosía en la cara plantar de los dedos.

Conclusiones: Existe una relación entre el patrón dermatoscópico y la localización anatómica e la lesión. Este estudio es el primero en analizar la correlación anatómico-dermoscópica en la raza blanca, así como en incluir los 9 patrones descritos en la localización acral, incluyendo los escritos más recientemente.

17. ESTUDIO DEL GEN EGFR POR MEDIO DE LA HIBRIDACIÓN IN SITU FLUORESCENTE (FISH) Y PCR EN TIEMPO REAL (Q-PCR) EN EL CARCINOMA ESPINOCELULAR DE PACIENTES CON EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA DISTRÓFICA RECESIVA

J.A. Suárez-Pérez^a, E. Herrera-Acosta^a, G. Martín-Ezquerro^b, J. Aguilera^a, A. Muro^c, J.L. Rodríguez-Peralto^c, M. Álvarez^d, R.J. Bosch-García^a y E. Herrera-Ceballos^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. ^dDepartamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Málaga. España.

Introducción: La epidermolisis ampollosa distrófica recesiva (EADR) conlleva una mortalidad alta en adultos debido al desarrollo de carcinomas espinocelulares (CEE). El riesgo de desarrollar un CEE comienza a edades tempranas, a partir de los 20 años. Son CEE de

comportamiento agresivo, con rápido crecimiento y metástasis tempranas, y que no siempre aparecen en piel fotoexpuesta. El objetivo de este trabajo es conocer el estatus de EGFR en muestras de CEE de pacientes con EADR, compararlo con muestras de CEE en pacientes sin EADR y relacionarlo con variables clínico-patológicas. Además analizaremos la presencia de mutaciones en el gen EGFR (exones 18-21) de todos los tumores mediante la Q-PCR.

Material y métodos: En el estudio participan un total de 37 pacientes que corresponden a 15 pacientes con EADR y CEE, 12 pacientes con CEE y 10 pacientes sanos. Los pacientes procedían del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Hospital del Mar (Barcelona) y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). Se construyó un microarray de tejidos y se estudió el estatus de EGFR mediante inmunohistoquímica y FISH. Además se realizó un análisis de las mutaciones en los exones 18-21 mediante la Q-PCR.

Resultados: En nuestro estudio se observa que en el grupo de EADR y CEE una mayor ganancia del oncogén EGFR respecto al grupo de CEE ($p < 0,05$). No se detectaron en ningún tumor mutaciones en los exones 18-21 del gen EGFR.

Discusión: Los pacientes con EADR desarrollan CEE a edades más tempranas y presentan un comportamiento mucho más agresivo respecto a los pacientes sin dicha enfermedad. Existen distintas teorías para explicar este hecho. En nuestro trabajo describimos mayor frecuencia de ganancias de EGFR en muestras tumorales de pacientes con EADR, lo que conlleva un fenotipo más agresivo del tumor. La falta de detección de mutaciones en los exones 18-19 del gen EGFR de todos los tumores justificaría el fracaso terapéutico de los inhibidores del EGFR en el CEE cutáneo metastásico.

18. INCIDENCIA DE NEOPLASIAS EN UNA COHORTE HISTÓRICA DE PACIENTES CON PSORIASIS

J. Ruano Ruiz, A. Vélez García-Nieto, E. Casas de la Asunción, A. Rodríguez Martín, M. Álvarez López, F. Gómez García, J.C. Moreno-Giménez y R. Jiménez Puya

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: Se ha descrito un aumento de la frecuencia de neoplasias malignas en los pacientes con psoriasis.

Objetivo: Evaluar el riesgo relativo global y específico de presentar una neoplasia maligna en una cohorte de pacientes de psoriasis.

Materiales y métodos: Estudio observacional de tipo retrospectivo que incluyó una cohorte histórica de 2000 pacientes diagnosticados de psoriasis emparejados por género y edad con otra cohorte de 4000 pacientes sin psoriasis seleccionados al azar atendidos en un único centro hospitalario de referencia durante el periodo 2002-2011. Se realizó un análisis temporal, estimando la incidencia incremental y los *hazard ratios* (HR) globales y específicos, realizando control de los resultados por factores (edad en el momento del diagnóstico, género, comorbilidad, tratamiento y tiempo de evolución de la psoriasis).

Resultados: De los 2000 pacientes con psoriasis, 96 desarrollaron, al menos un tumor en el periodo de estudio. La incidencia acumulada durante 10 años entre los pacientes con cáncer fue de 4,8%. El HR ajustado de desarrollar un cáncer en asociación con la psoriasis fue de 1,55 (IC 95%: 1,19-2,01). El riesgo de cáncer fue mayor en el género masculino. Ciertos tumores se asociaron significativamente con la psoriasis, como las neoplasias de vías urinarias y el cáncer de piel no melanoma, seguidos de los tumores de pulmón/mediastino y de próstata. Los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de neoplasias que varía con la edad: Los más jóvenes presentan mayor riesgo. La fototerapia con UVA y UVB disminuyó el riesgo. Globalmente, aquellos pacientes que habían recibido tratamiento con sistémicos presentaban un riesgo mayor de cáncer, no existiendo diferencias significativas entre los que recibieron biológicos y los que no.

Conclusiones: En nuestra población, la psoriasis conllevó un riesgo elevado de desarrollar una neoplasia, especialmente entre los pacientes más jóvenes y mujeres. Este efecto parece depender del uso de tratamientos sistémicos, independientemente de si se trata o no de fármacos biológicos.

19. LINFOMA B PRIMARIO DE CÉLULAS GRANDES “TIPO PIERNAS”. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

M. Salazar Nievas, M.J. Espiñeira Carmona, M. Caba Molina, A. Molina Leyva, S. Arias Santiago y R. Naranjo Sintés

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Cecilio. Granada. España.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 85 años de edad con antecedentes de fibrilación auricular e hipertensión arterial. Acude a nuestro servicio por cuadro de 5 meses de evolución de lesiones tumorales en tercio distal de pierna izquierda, de rápido crecimiento, con áreas de necrosis y ulceración. Caso 2: mujer de 87 años de edad con antecedentes de hipertensión, dislipemia e insuficiencia cardiaca. Acude derivada de Atención Primaria por la aparición en los últimos 3 meses de nódulos eritematosos, no dolorosos ni pruriginosos, a nivel del tronco, que crecen progresivamente en número y tamaño y se ulceran. Han sido tratados por su Médico mediante corticoides tópicos sin respuesta. La paciente refiere además intensa astenia, debilidad y pérdida de peso. A la exploración física general impresiona de gravedad y se evidencian las lesiones referidas. Pruebas complementarias: En ambos casos se realizaron biopsias de las lesiones y el estudio histopatológico mostró un infiltrado densamente celular en el que predominaban los linfocitos de tamaño grande que recordaban a los centroblastos; se objetivaban frecuentes figuras mitóticas. El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para CD 20, bcl 2 y mum 1, y negativo para CD 30 y bcl 6. Juicio clínico: Se establece el diagnóstico clínico-patológico de linfoma B primario de células grandes “tipo piernas” (LBCCG LT). El primer paciente se derivó al paciente al servicio de oncología, donde recibió radioterapia paliativa, falleciendo al mes del inicio del tratamiento. A la segunda paciente se le pidió un TAC toraco-abdominal, como estudio de extensión, pero falleció a la semana de consultar, por lo que no se pudieron realizar las pruebas de imagen ni iniciarse tratamiento.

Conclusiones: Los LCPCB representan entre el 20 y el 30% del total de linfomas cutáneos primarios, y existen tres variantes principales: los linfomas B de la zona marginal primarios cutáneos, la variante más frecuente; los linfomas B de células centrofoliculares primarios cutáneos y los linfomas B primarios cutáneos de células grandes “tipo piernas”. El LBCCG LT se presenta con menor frecuencia y con una presentación clínica diferente a las otras dos entidades. Se caracteriza por aparición de placas y tumores eritematosos agrupados o solitarios, en una o ambas piernas, que crecen con rapidez en superficie y en profundidad invadiendo vasos linfáticos. Presentamos un caso de localización típica y otro de localización atípica, el tronco. Desde el punto de vista histopatológico y fenotípico se trata de un linfoma de células grandes difuso, expresa CD 20, CD 79a, bcl 2, mum 1 y fox P1. Tiene un peor pronóstico que las otras variedades de LCPCB, con una supervivencia a los 5 años del 50%. El tratamiento recomendado es la poliquimioterapia tipo CHOP, sola o asociada a rituximab, y en los pacientes que no la toleren la radioterapia local.

Bibliografía

- Thomas V, Dobson R, Mennel R. Primary cutaneous large B-cell lymphoma, leg type. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2011;24:350-3.
- Kempf W, Denisjuk N, Kerl K, Cozzio A, Sander C. Primary cutaneous B-cell lymphomas. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2012;10:12-23.
- Rouillard C, Granel-Brocard F, Montagne K, Bastien C, Barbaud A, Schmutz JL. An atypical presentation of primary cutaneous diffuse B-cell lymphoma, leg type. *Ann Dermatol Venereol*. 2011; 138:601-4.

Dongre A, Kar S, Gondse S, Gangane N, Mehra BK. Primary cutaneous diffuse large B cell lymphoma, leg type. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011;77:212-4.

Muniesa C, Pujol RM, Estrach MT, Gallardo F, García-Muret MP, Climent J, Salar A, Servitje O. Primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leg type and secondary cutaneous involvement by testicular B-cell lymphoma share identical clinicopathological and immunophenotypical features. *J Am Acad Dermatol*. 2011.

20. HEMANGIOMAS ABORTIVOS O MÍNIMAMENTE PROLIFERATIVOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 18 CASOS

M.D. Fernández Ballesteros, A. Vera Casaño, M. Lova Navarro, J.M. Segura Palacios, D.J. Godoy García, A. Sanz Trelles y V. Crespo Erchiga

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: El hemangioma abortivo (HA) o mínimamente proliferativo se caracteriza por un desarrollo incompleto. El componente proliferativo supone menos del 25% de la superficie total. Para su diagnóstico hay que esperar a los 2 meses de vida, ya que antes podría confundirse con una lesión precursora de hemangioma infantil (HI).

Objetivo: Estudiar las características clínicas e histológicas de los hemangiomas abortivos, lo que nos ayudará en la aproximación diagnóstica de esta variante.

Metodología: Hemos realizado un estudio retrospectivo de una serie de 18 casos de hemangiomas abortivos diagnosticados en el Servicio de Dermatología a lo largo de los últimos 6 años.

Resultados: La edad de los niños en la primera consulta osciló entre 1 día de vida y 4 meses. La proporción hembra-varón fue de 15:3. El hemangioma estaba presente al nacer en 16 de los casos y en 2 de ellos apareció en la primera semana. Respecto a la localización, al igual que en otros artículos recientemente publicados sobre HA, la mayor parte de los casos se han desarrollado en miembros inferiores (9 casos), en tronco (4 casos), a nivel facial (3 casos), en miembros superiores (1 caso) y en cuero cabelludo (1 caso). Se describieron como focales (13/18), parcialmente segmentario (1/18) y segmentario (2/18). La forma clínica del hemangioma fue variable, la presentación más frecuente (15/18) fue como telangiectasias sobre un área de piel normal o rosada, en (3/18) como una mancha eritemato-violácea con un halo periférico blanco. En nuestra serie también hemos observado, al igual que otros autores, la presencia de otras anomalías menores del desarrollo en estos pacientes, como nevus sebáceos (2 casos), malformaciones capilares tipo mancha vino de oporto (3 casos) y tipo cutis marmorata (1 caso). En la histología de estos hemangiomas podemos encontrar vasos dilatados en dermis papilar y reticular, además de agregados capilares en forma de lóbulos en dermis y tejido subcutáneo, o bien tan solo vasos dilatados en dermis papilar. Las células endoteliales se muestran positivas para GLUT-1 y CD31.

Discusión: Los HA son una variante poco conocida que nos puede plantear dudas diagnósticas con lesiones precursoras de HI, malformaciones capilares, hemangiomas congénitos rápidamente involutivos (RICH) y hemangiomas congénitos no involutivos (NICH). Al tratarse de verdaderos hemangiomas son GLUT1+, a diferencia de los RICH, NICH y las malformaciones capilares que se muestran negativos para este marcador, y por la evolución clínica también podremos descartar que se trate de una lesión precursora de HI, ya que los hemangiomas abortivos, pasados los 2 primeros meses, continúan sin desarrollar la fase proliferativa en su totalidad, siendo necesario esperar este tiempo para apoyar el diagnóstico. Ninguno de los casos ha requerido tratamiento ya que no asociaban ningún riesgo potencial de complicaciones, por otro lado, la naturaleza autoinvolutiva de los HI, parece ser aún más rápida en los hemangiomas abortivos, apreciándose un evidente aclaramiento entre los 6 y 12 meses de vida en 16 de los casos.

Bibliografía

- Corella F, García-Navarro X, Ribe A, Alomar A, Baselga E. Abortive or minimal growth hemangiomas: Immunohistochemical evidence that they represent true infantile hemangiomas. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:685-90.
- Toledo-Alberola F, Betloch-Mas I, Cuesta-Montero L, Ballester-Nortes I, Bañuls-Roca J, Calonje E, et al. Abortive hemangiomas. Description of clinical and pathological findings with special emphasis on dermoscopy. *Eur J Dermatol.* 2010;20:497-500.
- Suh KY, Frieden IJ. Infantile hemangiomas with minimal or arrested growth: a retrospective case series. *Arch Dermatol.* 2010;146:971-6.

21. MELANOMA Y RADIOTERAPIA EN UN SERVICIO DE ÁMBITO REGIONAL

M. Espinosa Calvo, E. Rivin del Campo, S. García Cabezas y A. Palacios Eito

Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: La incidencia esperada de melanoma en la provincia de Córdoba por año es de 51 casos. El asa óptima de irradiación de estos pacientes ha sido estimada del 23% por grupos de excelencia fundamentado en la evidencia científica. Desde el año 2006 el Hospital Reina Sofía dispone de una subcomisión multidisciplinar de melanoma.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de la población con melanoma cutáneo que recibe tratamiento radioterápico en la provincia de Córdoba.

Resultados: Según la evidencia científica 11 pacientes/año con diagnóstico de melanoma deberían ser radiados en la provincia de Córdoba, lo que en un periodo de 6 años acumularía 66 potenciales pacientes irradiados. Durante el periodo 2006-2011 se presentaron en la subcomisión del centro un total de 215 pacientes diagnosticados de melanoma. Del total, 29 (13,5%) fueron remitidos al Servicio de Oncología radioterápica para valoración de tratamiento. El 58,6% eran mujeres. La mediana de edad fue de 71 años. Predominaba la localización en ronc (37,9%) y miembros inferiores (27,6%). La presentación según estadios fue del 12% en el estadio I, 48% en el estadio II, y del 16 y 24% en los estadios III y IV, respectivamente. La cirugía fue la opción estándar de tratamiento (89%), pero resultó R1 en el 76,9%. En el 66,2% se realizó ampliación de márgenes. La técnica de BSGC se realizó en 26,1%, siendo positiva en el 3,3%, conllevando una linfadenectomía regional. Se produjo recaída locoregional en el 72,7% y metástasis a distancia en el 77,3%. Las medianas de supervivencia libre de recaída local y de metástasis fueron respectivamente 9 y 26,5 meses. Se administró radioterapia en el 62,1% de los casos remitidos para su valoración. Esta fue paliativa en el 88,9%. La mediana de supervivencia de este subgrupo de pacientes es de 25 meses. El 88% habían fallecido en el momento de realizar este estudio.

Conclusiones: El número de pacientes diagnosticados de melanoma remitidos para valoración de tratamiento radioterápico en la provincia de Córdoba es inferior al estimado como óptimo.

22. UTILIDAD DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS. REVISIÓN DE 5 CASOS

C. Hernández Ibáñez^a, R. Fúnez Liébana^b, B. Repiso Jiménez^a, M. Frieyro Elicegui^a, J. del Boz^a, T. Fernández-Morano^a, L. Padilla España^a y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga. España.

Introducción: La sífilis plantea dificultades diagnósticas por sus variadas presentaciones clínicas, por las respuestas serológicas anor-

males (sobre todo en pacientes coinfectados por el VIH) y sus posibles falsos negativos en fases precoces. Por otra parte los métodos tradicionales para el diagnóstico anatomopatológico de la sífilis tienen poca sensibilidad y no permiten un diagnóstico de certeza. Presentamos 5 casos en los que la biopsia y el estudio inmunohistoquímico con anticuerpos antitreponema (AcAT) fueron clave en el diagnóstico de la enfermedad.

Casos clínicos: Caso 1: paciente varón de 42 años, VIH positivo en estadio A2, con antecedentes de proctitis por *Chlamydia*. Presentó una úlcera genital dolorosa con sospecha clínica de sífilis primaria. Pruebas serológicas: IgG para Herpes virus II y *Chlamydia* positivas, ELISA Sífilis positiva, RPR 1/4 (débil), y TPHA negativo. Biopsia con inmunohistoquímica con AcAT positiva. Diagnóstico: Sífilis primaria. Caso 2: varón de 54 años sin antecedentes médicos de interés. Presentó una úlcera genital en glándula sugestiva de chancro sífilítico. Pruebas serológicas: ELISA Sífilis negativa. Biopsia con inmunohistoquímica con AcAT. Diagnóstico: Sífilis primaria. Caso 3: varón de 37 años sin antecedentes médicos de interés que presentaba lesiones papulosas ulcerativas en glándula, prepucio y pubis. Pruebas serológicas: IgG positiva para Herpes Virus II, serología sífilis ELISA negativa. Biopsia con inmunohistoquímica con AcAT positiva. Diagnóstico: Sífilis secundaria. Caso 4: varón de 47 años sin antecedentes de interés. Presentaba cuadro exantemático tenue sin afectación palmo-plantar. Serología con ELISA Sífilis positiva, RPR 1/64 y TPHA 1/5120. Inmunohistoquímica con AcAT positiva. Diagnóstico: Sífilis secundaria. Caso 5: mujer sin antecedentes de interés con lesión verrugosa en la lengua. Serología para sífilis positiva (RPR 1/128, TPHA 1/2560.). Biopsia con infiltrado intenso de células plasmáticas. Diagnóstico de sífilis secundaria. Estudio retrospectivo de la muestra mediante inmunohistoquímica positiva.

Conclusiones: La biopsia con estudio inmunohistoquímico mediante AcAT es de extrema utilidad para el diagnóstico de la sífilis y junto con la serología es de gran ayuda para su estadiaje. Con estos 5 casos clínicos mostramos sus excelencias como prueba de confirmación en casos dudosos, con serologías negativas, o de localización y presentación inusuales.

Bibliografía

- Perna C, Cuevas J, Hardisson D, et al. Valoración anatomopatológica e inmunohistoquímica frente a *Treponema pallidum* en 42 biopsias con sospecha clinicopatológica de sífilis. *Rev Esp Patol.* 2011.
- Martín-Ezquerro G, Fernández-Casado A, Barco D, Jucglá A, Juanpere-Rodero N, Manresa JM, et al. *Treponema pallidum* distribution patterns in mucocutaneous lesions of primary and secondary syphilis: an immunohistochemical and ultrastructural study. *Hum Pathol.* 2009;40:624-30.

23. TENDENCIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MELANOMA EN ANDALUCÍA. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA FASE DESCRIPTIVA DEL PROYECTO TEDIMEL-A

T. Ojeda-Vila, J.J. Ríos-Martín, L. Ferrándiz, A. Nieto, A. Sanz, M. de Troya, R. Ruiz-Villaverde, P. Jurado, A.M. Rodríguez-Fernández, T. González-Serrano, J. Salvatierra, R. Fúnez, A.M. Martín, J.M. Martínez, J. Américo, T. Zulueta, E. Solís, A. Martínez, J. Aneiros, R. Guerrero, E. Herrera-Acosta, J.C. Moreno, F. Camacho, S. Martínez, M. Alcalde, A. Tejera, R. Naranjo, J.C. Armario, J.J. Domínguez, V. García-Mellado y D. Moreno-Ramírez

Proyecto TEDIMEL-A. Instituto de Salud Carlos III Convocatoria 2010, PI10-1929. Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España. Centros participantes en el Proyecto TEDIMEL-A.

Objetivos: El objetivo del proyecto TEDIMEL-A consiste en analizar la tendencia diagnóstica del melanoma en Andalucía durante la década 2000-2009 para identificar factores socio-sanitarios con impac-

to sobre esta tendencia. El objetivo del análisis interino presentado consiste en describir la evolución del diagnóstico de melanoma en los centros participantes durante el período de estudio.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico sobre casos incidentes consecutivos de melanoma cutáneo primario obtenidos de los registros de Anatomía Patológica de 14 centros de Andalucía. Los pacientes incluidos presentaron los siguientes criterios de inclusión: melanoma primario *in situ* o invasivo, diagnóstico anatomopatológico emitido por un servicio de Anatomía Patológica participante, diagnóstico anatomopatológico emitido durante el período 1 de enero de 2000 a 31 de diciembre de 2009. Las variables de estudio registradas fueron: centro, tipo de centro, edad, sexo, Breslow, diámetro, estadio T, localización y subtipo histológico.

Resultados: Durante el período de estudio se incluyeron un total de 3.644 casos de melanoma con un incremento en la frecuencia de casos del +86,50% entre el inicio y el final del período de estudio (rango: 268-501). Los mayores incrementos en la frecuencia se han observado en los grupos de 31-50 años (+73,91%) y 51-70 años (+133,87%). La frecuencia de casos de melanoma en personas jóvenes (0-30 años) ha permanecido estable con una discreta tendencia al descenso (-9,68%). La edad media de la población con melanoma ha presentado un incremento durante el período de estudio (53,72 vs 57,92 años; $p = 0,009$). El mayor incremento de la frecuencia de casos se ha observado para los melanomas con estadio T0 (*in situ*) y T1 (Breslow $\leq 1,00$ mm), permaneciendo estable la frecuencia de melanoma T3-T4 (Breslow > 2 mm). Se han observado incrementos de frecuencia en los tres tipos de centros (regionales, comarcales, especialidades), con mayor incremento relativo en los hospitales regionales. No se han observado diferencias en la frecuencia de casos entre hospitales de áreas de interior vs áreas costeras.

Conclusiones: Los resultados preliminares de la fase descriptiva de TEDIMEL-A confirman los siguientes hallazgos: 1. Incremento de la frecuencia de casos de melanoma en Andalucía durante la década 2000-2009; 2. Incremento de casos de melanoma de buen pronóstico (estadio T0-T1) con respecto a los de mal pronóstico (T3-T4); 3. Incremento discreto, aunque estadísticamente significativo, de la edad del diagnóstico de melanoma; 4. Estabilización del diagnóstico de melanoma en personas jóvenes (0-30 años), con incremento en edades medias (31-50 años) y avanzadas (51-70 y > 70 años).

24. SENSIBILIZACIÓN POR CONTACTO EN MAYORES DE 65 AÑOS

C. Carranza Romero, A. González Cabrerizo, M. Pico Valimaña, M.D. Jiménez Sánchez, M.A. Romero Cabrera y J.C. Armario Hita

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

Introducción: Las personas mayores son especialmente interesantes desde el punto de vista alérgico. Constituyen un grupo poblacional con características propias, debido a la exposición acumulada a alérgenos a lo largo de la vida, su historia profesional previa, sus diferentes hábitos de vida y las enfermedades concomitantes que presenta. Estos hechos le dan un perfil de sensibilización específico.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo sobre un total de 1421 pacientes estudiados en la Unidad de Alergia Cutánea del Hospital Universitario de Puerto Real, durante el período 2000-2010. Todos los pacientes se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y específicas según su patología de base. Las lecturas se llevaron a cabo según las normas del GEIDAC.

Resultados: De los 1421 pacientes estudiados, 109 (7,67%) fueron mayores de 65 años y de estos 43 (39,44%) tuvieron al menos una prueba positiva. La prevalencia de pruebas positivas en mayores de 65 años constituyó el 3,02% del total de pacientes parcheados y el

6-21% de total de pacientes con pruebas positivas. La proporción mujer:hombre fue de 1,26:1 y la edad media se situó en 79,94 años. Las localizaciones más frecuentes fueron las manos (47%), seguidas de los miembros inferiores (20%) y la mucosa oral (15%). Los alérgenos más frecuentes de sensibilización fueron níquel (27%), cromo (14%), mezcla de fragancias (12%), bálsamo del Perú (9%) y cobalto (8%). Cuando se analizaban estos resultados en función del sexo, los alérgenos más frecuentes en hombres fueron cromo, níquel y bálsamo del Perú, mientras que en las mujeres fueron níquel, mezcla de fragancias, cromo, Kathon CG y bálsamo del Perú. Entre los alérgenos no incluidos en la batería estándar, responsables de sensibilizaciones, el grupo más importante fue el de los medicamentos tópicos.

Conclusiones: La sensibilización por contacto es un problema frecuente en las personas de edad. El perfil de sensibilización corresponde a toda una vida de exposición, las características fisiológicas de la piel del anciano y las dermatosis propias. La clínica es menos extensa y más larvada. La realización de pruebas epicutáneas es rentable. Entre los alérgenos más prevalentes en relación con este grupo de edad se encuentran los medicamentos tópicos, fragancias y bálsamo del Perú.

25. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Casas de la Asunción, M.A. Álvarez López, J.A. Ruano Ruiz, A.M. Rodríguez Martín, R.J. Jiménez Puya y J.C. Moreno Giménez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción y objetivos: El penfigoide es la dermatosis ampollosa más prevalente en nuestro medio. Sus características son bien conocidas. Aparece en personas de edad avanzada que no están exentas de patología como diabetes mellitus, HTA, enfermedades neurológicas y cáncer. Deseamos conocer el perfil del paciente con penfigoide ampolloso que es atendido en nuestro hospital. Para ello planteamos un estudio epidemiológico con los siguientes objetivos: 1. Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la población de penfigoide ampolloso de nuestro hospital; 2. Conocer el perfil de comorbilidades de estos pacientes; 3. Observar si existen diferencias en las citadas características en la población con penfigoide ampolloso y la general.

Material y métodos: Para cumplir nuestros objetivos planteamos un estudio observacional, analítico, de casos y controles. Se seleccionaron 58 casos de penfigoide ampolloso y se revisaron sus historias clínicas. Se emparejó a los casos con controles de igual edad y sexo. Se realizó estadística descriptiva. Se calcularon medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y mediana y rango intercuartílico para variables cualitativas ordinales y cuantitativas discretas. Las variables cualitativas dicotómicas se expresaron en forma de frecuencia y porcentajes. Para comparaciones entre grupos se usó la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher según fuese necesario, obteniéndose OR con sus correspondientes intervalos de confianza.

26. EL ESPECTRO DE LA FOTOSENSIBILIDAD

F.J. Gómez García^a, R. Muñoz Zea^b, J. Ruano^c, E. Casas de la Asunción^c, V. Amorrinch Campos^c, A. Fernández Orland^c y R. Jiménez Puya^c

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Montilla (EPHAG). Córdoba. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. ^dCHARE Puente Genil (EPHAG).

Caso clínico: Mujer de 47 años derivada a la consulta de dermatología por presentar lesión eritematosa, mínimamente pruriginosa,

en cara interna de brazo derecho de 2 meses de evolución. No había recibido tratamiento hasta el momento. La paciente no asociaba otra sintomatología interrogada por órganos y aparatos. Entre los Antecedentes personales destacaba haber sido diagnosticada de erupción polimorfa lumínica en 2005. No tomaba ningún tratamiento. A la exploración física se apreciaba lesión en forma de mácula eritematosa, mínimamente infiltrada a la palpación, de bordes bien delimitados, en zona anteriormente expuesta. No presentaba otras lesiones de interés. Se realizó biopsia de la lesión y estudio de autoinmunidad. En la primera se encontró un infiltrado inflamatorio perivascular superficial y profundo con depósitos de mucina en dermis. En el segundo se obtuvieron valores de ANA (1/40). A los dos meses la paciente acude a la consulta presentando tres lesiones nodulares muy induradas a la palpación en zona proximal de brazo izquierdo. Se realiza ecografía en la que se observa afectación del tejido graso y posteriormente biopsia que confirma el diagnóstico. Se realiza tratamiento sistémico con prednisona y antipalúdicos cesando la actividad de la enfermedad pero resultando en áreas persistentes de depresión y lipoatrofia.

Discusión: La paniculitis lúpica se caracteriza por ser una inflamación crónica y recurrente del tejido adiposo. Afecta del 1 al 5% de la población general siendo más frecuente en mujeres (4/1) en la tercera o cuarta década de la vida. Clínicamente se caracteriza por el desarrollo de lesiones localizadas en zona proximal de miembros o tronco en forma de nódulos o placas subcutáneas que originan áreas de depresión o lipoatrofia. Los traumatismos y las radiaciones ultravioleta son agentes agravantes de esta enfermedad. La entidad puede asociarse a lupus discoide (33%), sistémico (10%) así como otras enfermedades autoinmunes como la tiroiditis de Hashimoto o la hepatitis autoinmune. En la anatomía patológica se observa paniculitis lobulillar sin vasculitis. En las exploraciones complementarias se observan valores de ANA bajos en un 65%. El tratamiento incluye medidas de fotoprotección y empleo de agentes inmunosupresores.

Bibliografía

Park HS, Choi JW, Kim BK, Cho KH. Lupus erythematosus panniculitis: clinicopathological, immunophenotypic, and molecular studies. *Am J Dermatopathol.* 2010. p. 24-30.

27. ÚLCERA DE BURULI EN UNA POBLACIÓN AFRICANA

M.J. Ruiz Ramos, M.I. Cubero Millán, A. Hidalgo Calero, I. Rodríguez Quesada, A. Buendía Eisman y S. Serrano Ortega

UGC de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Facultad de Medicina de Granada. España.

Introducción: La úlcera de Buruli es una infección cutánea discapacitante causada por *Mycobacterium ulcerans*. Esta entidad se caracteriza por tener una forma inicial nodular que progresa a una extensa ulceración de bordes mal definidos para posteriormente cicatrizar, dejando limitaciones funcionales. La úlcera de Buruli puede afectar a individuos de cualquier edad, pero en los países del oeste africano tiene un pico de incidencia entre los 5-15 años. En general, afecta a población pobre, del medio rural con medios muy limitados para una adecuada atención sanitaria.

Objetivos: Conocer la prevalencia de úlceras de Buruli en la población pediátrica estudiada (niños de 0-15 años) y establecer una relación entre la desnutrición y presencia o no de úlcera de Buruli.

Metodología: 1. Selección de la muestra de estudio: población pediátrica del poblado Bodjondé (poblado del sur de Togo), niños y niñas con edades comprendidas entre 0-15 años. 2. Anamnesis y exploración física: centrándonos en la presencia de enfermedad de Buruli, a cada niño que durante la exploración física se observaba lesiones clínicamente sospechosas de úlcera de Buruli en cualquier estadio, se le adjuntaba a la ficha una hoja que recoge los siguientes datos: tipo clínico (nódulo-pápula, cicatriz atrófica o lesión ulcerosa), tamaño de la lesión (se dividieron en lesiones de menos de

2 cm y lesiones de más de 2 cm), localización de las mismas, asociación de deformidad. 3. Intervención médica: en los niños en los que se observa una lesión ulcerosa susceptible de tratamiento quirúrgico, se procedía a curetaje de la misma. 4. Análisis estadístico: se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra estudiando las siguientes variables: edad media de la muestra y edad medida de pacientes con úlceras en sus distintos estadios, estado de nutricional de la muestra, presencia o no de úlcera de Buruli (con diagnóstico clínico), predominio en cuanto al sexo en tener o no úlceras, localización más frecuente, asociación entre el estado nutricional de los pacientes y la presencia de úlcera de Buruli.

Resultados: Nuestra muestra está compuesta por 422 niños del poblado de Bodjondé. De estos 422 niños, 215 son mujeres (50,95%) y 207 hombres (49,5%). El índice de masa corporal medio de la muestra es de 15,45 (rango: 13,6-17,3). De todos los niños explorados, se observó úlcera de Buruli en cualquiera de sus estadios (incipiente o cicatricial) en 197 niños de los analizados (46,6% de la muestra estudiada)

Conclusiones: La úlcera de Buruli es una enfermedad infecciosa emergente, con un número elevado de casos nuevos a nivel de países del oeste africano. La población más susceptible es la población pediátrica. No se observan diferencias en cuanto al sexo. La localización más frecuente es a nivel de miembros inferiores. El IMC medio de la población está muy por debajo de lo normal. No hemos encontrado relación entre mayor grado de desnutrición y mayor frecuencia de úlcera de Buruli.

28. DERMATOSIS AMPOLLOSA: UN CASO ATÍPICO

E. Martínez García^a, P. Noguera Morillas^a, J. Aneiros Fernández^b, I. Valenzuela Salas^a, C. Garrido Colmenero^a y V. García Mellado^a

^aUGC Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Caso clínico: Mujer de 82 años, pluripatológica y polimedicada, que consulta por erupción pruriginosa de 4 semanas de evolución y pérdida de 5 kg de peso durante los últimos 2 meses. La semana anterior había consultado a un dermatólogo que, con el juicio clínico de pénfigo vulgar, realizó una biopsia cutánea e indicó tratamiento con prednisona a dosis de 40 mg al día, sin mejoría. Exploración y pruebas complementarias: Diseminadas por tronco, cara y cuero cabelludo presentaba exulceraciones y ampollas: tensas, bien delimitadas, con 3 cm de diámetro mayor, sobre piel sana. Destacaba la presencia de una erosión redondeada de unos 2 cm de diámetro, cubierta de fibrina, en paladar. La analítica general no mostró alteraciones salvo hiperglucemia. Juicio clínico: Pénfigo vulgar. Diagnóstico: Tras un amplio diagnóstico diferencial, considerando: la erupción ampollosa por fármacos, el eritema multiforme, el liquen plano ampolloso e infecciones víricas; se valoró como diagnóstico más probable el pénfigo vulgar. Tras ser ingresada, no respondió a la corticoterapia oral y, con el paso de los días, la erupción, a nivel lumbar, fue adoptando una disposición metamérica. Sospechando entonces una infección diseminada por herpes zoster, esta se confirmó por: inmunofluorescencia directa frente al virus varicela zoster y biopsia cutánea. Además, el cuadro constitucional que presentaba nos hizo solicitar pruebas de imagen (TC y PET-TC), que sugerían la presencia de un síndrome linfoproliferativo, el cual fue filiado como linfoma T de bajo grado mediante biopsia ganglionar.

Conclusiones: Exponemos una presentación del herpes zoster diseminado simulando un cuadro de dermatosis ampollosa autoinmune, dificultando el diagnóstico. Esta afección condujo al diagnóstico de una neoplasia hematológica. El riesgo de herpes zoster en pacientes oncológicos ha sido ampliamente documentado, sin embargo, la presencia de este como primer síntoma paraneoplásico ha sido escasamente descrita, confiriéndole especial interés a este caso.

29. TUMORACIÓN GIGANTE DE CUERO CABELLUDO

D. Jiménez Gallo^a, C. Albarrán Planelles^a, S. Estalella Mendoza^b, J. López Bustelo^c, M. Linares Barrios^a, J. González Fernández^a, A. Martínez Rodríguez^a, M. Salamanca Sánchez^a y D. del Ojo Cordero^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

^bUnidad de Gestión Clínica de Atención Integral al Cáncer.

^cHospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ^dUnidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Caso clínico: Se presenta un varón de 64 años con antecedentes de VIH (carga viral indetectable, linfocitos T CD4 de 296 células/mm³ y en tratamiento antirretroviral de gran actividad), que acude a urgencias refiriendo bultomas dolorosos y sangrantes en cuero cabelludo de 6 meses de evolución. Exploración y pruebas complementarias: Tumoración extensa e infiltrativa de cuero cabelludo que se extiende a lo largo de la región fronto-parietotemporal izquierda y occipital. La lesión, de bordes enrollados, se encontraba ulcerada, sangrante, con signos de neovascularización y exudado purulento maloliente. No se palpaban adenopatías regionales ni se observaban otras lesiones cutáneas. Se realizaron analíticas, pruebas de imagen y biopsia cutánea. En la analítica destacaba una anemia microcítica e hipocroma con Hb de 7,3 g/dl. En el TAC y RNM cerebral se objetivaba una lesión infiltrativa, difusa y sólida de cuero cabelludo que se extiende a lo largo de la región galeal fronto-parietotemporal del hemisferio cerebral izquierdo y ambas regiones galeales occipitales, con extensa afectación ósea pero sin afectación del parénquima cerebral ni efecto masa sobre el mismo. La biopsia cutánea demostró un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante y úlceroinfiltrante. Juicio clínico: Neoplasia de cuero cabelludo sugerente de carcinoma epidermoide vs carcinoma basocelular. Diagnóstico: Carcinoma epidermoide de cuero cabelludo con extensa afectación ósea.

Conclusiones: Debido a lo avanzado de la enfermedad, resultaba imposible realizar un tratamiento quirúrgico curativo, por lo que se decide de forma multidisciplinar iniciar tratamiento quimioterápico con derivados del platino. El carcinoma cutáneo de células escamosas es un cáncer común entre los caucásicos de la segunda mitad de la vida, y la región del cuerpo más afectada es la cabeza y cuello. El pronóstico de este tumor depende del tamaño y localización del tumor, la diferenciación, el subtipo histológico, el grosor del tumor (> 2 mm), la inmunosupresión, y el diámetro (> 6 mm). 1. Los enfermos VIH tienen un mayor potencial de crecimiento tumoral y agresividad, que puede ocurrir en todos los estadios de la infección. Por tanto, la recurrencia local, metástasis y la supervivencia no están relacionadas con el número de infecciones oportunistas ni con el recuento de linfocitos T CD4. 2. El pilar del tratamiento consiste en la extirpación local con márgenes negativos histológicos 3, para ello la cirugía micrográfica de Mohs constituye el tratamiento de elección. 2. Otras opciones de tratamiento incluyen la radioterapia y la quimioterapia con derivados del platino. En el futuro otras terapias útiles podrían ser los inhibidores de la tirosina quinasa selectivos del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) como gefitinib y erlotinib; y los anticuerpos monoclonales anti-EGFR como cetuximab 4. En conclusión, se presenta un caso de carcinoma epidermoide gigante de cuero cabelludo con una agresividad atípica. Las características peculiares de este caso fueron el tamaño inusual, la rápida evolución y la presencia del VIH como factor acelerador de la agresividad tumoral.

Bibliografía

Wollina U, Bayyoud Y, Kittner T, Dürig E. Giant tricholemmal squamous cell carcinoma with cranial infiltration. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2011;4:34-7.

Ferreira CP, Valle Hde A, Ferreira JA, Lima RB, Martins CJ. Giant squamous cell carcinoma in HIV-positive patient. *Braz J Infect Dis.* 2010;14:209-10.

Rai JK, Singh P, Mendonca DA, Porter JM. Management of a neglected giant squamous cell carcinoma of the scalp. *QJM.* 2009;102:67.

Uribe P, Gonzalez S. Epidermal growth factor receptor (EGFR) and squamous cell carcinoma of the skin: molecular bases for EGFR-targeted therapy. *Pathol Res Pract.* 2011;207:337-42.

30. CARCINOMA PANCREÁTICO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE ROWELL

S. Alcántara Luna, A. Ruiz de Casas y F.M. Camacho Martínez

Departamento y Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El síndrome de Rowell se caracteriza por la asociación de lupus eritematoso sistémico (LES) con lesiones de tipo eritema multiforme (eritema multiforme-like) y presencia de determinados marcadores inmunológicos: anticuerpos antinucleares con patrón moteado, anticuerpos anti-La y factor reumatoide. Existe controversia acerca de la existencia de dicho síndrome, aunque para muchos autores es una entidad con criterios bien establecidos agrupados en dos categorías: mayores (lupus eritematoso en su forma sistémica, subaguda o cutánea pura, eritema multiforme-like con o sin afectación de mucosas y anticuerpos antinucleares con patrón moteado) y menores (eritema pernio, anticuerpos anti-Ro, anti-La y el factor reumatoide). Se requieren 3 criterios mayores o 2 criterios mayores y 1 menor para establecer el diagnóstico. **Caso clínico:** Mujer de 60 años que cumplía los criterios diagnósticos de síndrome de Rowell y presentaba como antecedentes personales de interés una tiroidectomía por bocio multinodular e hipertensión arterial en tratamiento. Consultó por lesiones eritematodescamativas de un año de evolución que se iniciaron en áreas de exposición solar: superficie de extensión de brazos, superficies anteriores de piernas y escote. Las lesiones fueron adquiriendo tonalidad violácea con centro claro. No refería antecedente de proceso infeccioso ni de otra medicación. En noviembre de 2011 fue hospitalizada por presentar cuadro febril sin focalidad y anemia. En la exploración presentaba, además de las lesiones cutáneas, enrojecimiento ocular y úlceras orales. Las pruebas complementarias demostraron: test de Coombs negativo, anisotrombopenia y determinación de anticuerpos positivos para ANA con patrón moteado, anti-RNP, anti SS-A, anti SS-B y anti RNP. El estudio anatomopatológico fue compatible con eritema multiforme sin evidencia de depósitos de inmunoglobulinas, complemento ni fibrinógeno. Durante este proceso, además, se diagnosticó de síndrome de Sjogren y adenocarcinoma primario en cola de páncreas.

Conclusiones: El caso cumple los 3 criterios mayores del síndrome de Rowell: lupus eritematoso sistémico, eritema multiforme-like y anticuerpos antinucleares con patrón moteado positivos, así como dos criterios menores. Además, debido al empeoramiento de la enfermedad cutánea y a su estudio, se ha diagnosticado adenocarcinoma pancreático, por lo que nos planteamos si es casual o puede existir una asociación entre ambos marcando un posible síndrome paraneoplásico.

Bibliografía

Viglioglia, PA. Síndrome de Rowell. *Act Terap Dermatol* 2006; 29:384.

Tirado Sánchez, A. Síndrome de Rowell o lupus eritematoso sistémico y eritema multiforme: ¿correlación o concomitancia? *Reumatol Clin.* 2006; 2: 155-7.

Gunjan M Modi GM, Shen A, Mazloom A et al. Lupus erythematosus masquerading as erythema multiforme: Does Rowell syndrome really exist? *Dermatology online Journal.* 2009; 15.

Zeitouni NC, Funaro D, Cloutier RA et al. Redefining Rowell's syndrome. *Br J Dermatol* 2000; 142:343-6.

31. TRASPLANTE CAPILAR: OTRA OPCIÓN TERAPEÚTICA MÁS EN DERMATOLOGÍA

T. Meyer González, C. Bisanga, S. Martínez García y J. Romero Gómez

Hospital Quirón Málaga. BHRclinic Bruselas.

Introducción: El tratamiento de la alopecia es una de las consultas más demandadas en Dermatología. Los tratamientos médicos han evolucionado positivamente; sin embargo, en alopecias avanzadas o cicatriciales el resultado estético es deficiente. La técnica FUE de trasplante capilar ha permitido desarrollar notablemente el campo de la cirugía capilar.

Metodología: Dentro de la cirugía de restauración capilar, el trasplante de unidades foliculares es el procedimiento más utilizado en la actualidad. Consta de distintas fases, y cada una de éstas puede realizarse con distintas técnicas que son las que van a dar distintos nombres al trasplante capilar^{1,2}. A excepción de procesos inflamatorios o infecciosos activos, o contraindicaciones generales, todas las alopecias son susceptibles de ser tratadas quirúrgicamente, ya sean androgenéticas, cicatriciales (primarias y secundarias) o traumáticas.

Conclusiones: En estos últimos 15 años se ha conseguido por fin acabar con la idea de que el trasplante de pelo es una técnica agresiva, convirtiéndola en una técnica poco invasiva con resultados naturales e indetectables³. A pesar de ello, todavía el trasplante de UF es una técnica muy desconocida para muchos dermatólogos. Hoy día, dados los resultados que ofrece esta técnica, no existe excusa para dejar de ofrecer, además del tratamiento médico, el trasplante de pelo a aquellos pacientes, buenos candidatos, que deseen mejorar su aspecto estético.

Bibliografía

1. Lee TS, Minton TJ. An update on hair restoration therapy. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;17:287-94.
2. Perez-Meza D, Niedbalski R. Complications in hair restoration surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009;21:119-48.
3. Bernstein RM, Rassman WR. Follicular transplantation: patient evaluation and surgical planning. *Dermatol Surg.* 1997;23:771-84.

32. N-ACETILCISTEÍNA EN EL TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANÍA. DESCRIPCIÓN DEL MECANISMO DE ACCIÓN Y 5 CASOS EN EDAD PEDIÁTRICA

M. Lova-Navarro, M.D. Fernández-Ballesteros, J.M. Segura-Palacios, D.J. Godoy-Díaz, S. Martínez-García y A. Vera-Casaño

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: La tricotilomanía (TTM) es una alopecia traumática ocasionada por el propio paciente al tirar de sus cabellos o vellos con el fin de arrancarlos o partirlos. Clasificada actualmente como un trastorno del control de los impulsos (TCI) según la DSM-IV. La N-acetilcisteína (NAC) es un precursor del aminoácido cistina, el cual actúa, entre sus múltiples funciones, de modulador del sistema glutamatérgico, pudiendo ejercer un efecto terapéutico sobre síndromes psiquiátricos que se caracterizan por síntomas impulsivos o compulsivos, como es el caso de la TTM.

Casos clínicos: Presentamos 5 casos de TTM en edad pediátrica, 4 niños y 1 niña, con edades comprendidas entre 9 y 11 años. Cuatro de los casos presentaban un trastorno psiquiátrico de base: 1 caso de trastorno ansioso-depresivo, 1 caso de síndrome de Gilles de la Tourette y 2 casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Las dosis empleadas de NAC fueron desde 600 mg/24 h hasta 1.800 mg/24 h, con un efecto dosis dependiente. En 3 de los casos se resolvió la TTM, mientras que en los 2 pacientes con TDAH las placas de TTM evolucionaron a placas de alopecia areata (AA), persistiendo estas actualmente. Solamente un

paciente desarrolló epigastralgia leve secundaria a NAC, no objetivándose efectos secundarios a NAC en el resto de los pacientes. Todos los niños fueron derivados a la unidad de salud mental pediátrica donde recibieron terapia cognitivo-conductual (TCC) coadyuvante.

Discusión: NAC proporciona cistina, sustrato para el transportador glutamato-cistina situado en la membrana de las células gliales del núcleo accumbens. El incremento de cistina en el espacio extracelular aumenta el paso de ésta al espacio intracelular, teniendo como contrapartida la elevación de la concentración de glutamato basal en el espacio extracelular, y como consecuencia se reduce la liberación sináptica del principal neurotransmisor del SNC, mediante mecanismo de *feedback* negativo a través de los receptores presinápticos de glutamato mgluRs 2 y 3. Hasta la fecha el estudio más prometedor sobre el uso de NAC en el tratamiento de la TTM fue el realizado por Grant et al en 2009, que incluyó a 50 pacientes adultos con TTM, donde se objetivó que el 56% de los pacientes del grupo tratado con NAC presentaron una gran mejoría, respecto a tan solo el 16% del grupo tratado con placebo. Resaltar que NAC actualmente ha desbancando a los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) como primera línea de tratamiento farmacológico de la TTM, con efectos secundarios generalmente leves, pero sin olvidar la importancia coadyuvante de la TCC. También destacar la evolución de los dos pacientes con TDAH y TTM que desarrollaron AA, argumentando que ambas entidades pueden coexistir, incluso que la AA pueda ser secundaria a TTM.

Bibliografía

- Grant JE, et al. N-Acetylcysteine, a Glutamate Modulator, in the Treatment of Trichotillomania. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:756-63.
- Franklin ME, et al. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev. Neurother.* 2011;11:1165-74.

33. METÁSTASIS CUTÁNEAS PERIORBITARIAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA DE MAMA

J.L. Bernabó, B. Moyano Almagro, A.M. Mota Burgos, P. Martín Cuevas, N. López Navarro y E. Herrera Ceballos

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

Introducción: El edema periorbitario es un motivo de consulta frecuente en dermatología y generalmente es secundario a dermatitis de contacto. No obstante, otra causa poco común pueden ser las metástasis orbitarias, que ocurren en un 2-3% de pacientes oncológicos y conllevan un mal pronóstico ya que suelen asociarse a enfermedad neoplásica diseminada. El compromiso bilateral afectando a los 4 párpados, tipo máscara, como primera manifestación de una neoplasia maligna oculta, es excepcional.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 69 años que consultó por edema palpebral bilateral de 12 meses de evolución. Había sido tratada como eczema de contacto sin respuesta favorable, por lo que fue derivada a nuestro Servicio. Al examen físico se observaban placas eritemato-edematosas simétricas, bien delimitadas e infiltradas en párpados superiores e inferiores. El resto de la exploración física mostró la presencia de una lesión nodular subcutánea localizada en el cuadrante supero-externo de mama izquierda. El estudio histopatológico de las lesiones cutáneas palpebrales y la lesión de la mama fue compatible con metástasis periorbitarias de carcinoma de células en anillo de sello de origen mamario. La paciente fue derivada al Servicio de Oncología. Tres meses después de iniciar tratamiento hormonal las lesiones evolucionaron favorablemente.

Discusión: Las metástasis cutáneas son poco frecuentes y suelen aparecer en estadios finales de la enfermedad oncológica. En menos del 1% de las ocasiones son la primera manifestación de la neo-

plasia. Nuestro caso es excepcional y presenta la peculiaridad de que la clínica cutánea fue el primer signo visible de la neoplasia y queremos resaltar la importancia de la evaluación cutánea en el estudio de pacientes con sospecha de neoplasia maligna. Asimismo, el fácil acceso para el estudio histopatológico de las lesiones cutáneas puede agilizar y dirigir el resto del proceso diagnóstico y detección de la enfermedad oncológica oculta.

Bibliografía

Martorell-Calatayud A, et al. Mask-like metastasis: report of 2 cases of 4 eyelid metastases and review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2010;32:9-14.

34. SERIE DE CASOS DE DERMATOMIOSITIS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA. RETOS EN EL DIAGNÓSTICO

M. Martín González, J.A. Suárez Pérez, F. Vilchez Márquez, E. Herrera Acosta, N. López Navarro y E. Herrera Ceballos

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

Introducción: La dermatomiositis (DM) es una enfermedad de carácter autoinmune, con lesiones cutáneas características, y afectación muscular simétrica y proximal. La incidencia estimada es de cinco casos por año y millón de habitantes. Las lesiones cutáneas características son las pápulas de Gottron y el eritema heliotropo. El diagnóstico se fundamenta en la clínica, la biopsia muscular, el estudio electromiográfico y la determinación de enzimas musculares. Existen cinco tipos según la clasificación de Bohan y Peter: polimiositis (PM), DM clásica, DM/PM juvenil, DM/PM asociada a otras enfermedades del tejido conectivo y DM/PM asociada a neoplasias. Posteriormente se reconoció la posibilidad de la aparición de la enfermedad con afectación cutánea, pero sin afectación muscular.

Casos clínicos: Presentamos una serie de 7 casos que han acudido a nuestro Servicio en los últimos cinco años. En nuestra muestra estudiaremos variables epidemiológicas (edad, sexo...), la asociación a alguna neoplasia o conectivopatía y la evolución.

Discusión: la DM es una enfermedad autoinmune que puede ser de diagnóstico complejo, pues las manifestaciones clínicas que la definen suelen aparecer de forma escalonada. En el adulto será obligado un seguimiento mínimo de cinco años para descartar una neoplasia asociada.

35. VITAMINA D EN PACIENTES CON PSORIASIS Y RELACIÓN CON ATEROMATOSIS CAROTÍDEA SUBCLÍNICA

J. Orgaz-Molina, C. Magro-Checa, J.L. Rosales-Alexander, J.C. Ruiz-Carrascosa, R. Naranjo-Sintes, A. Buendía-Eisman y S. Arias-Santiago

Facultad de Medicina de Granada. Departamento de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio de Granada. España.

Introducción: Hipótesis: se ha documentado un *status* de vitamina D deficitario entre pacientes con distintas enfermedades inflamatorias crónicas. ¿Presentarán los pacientes con psoriasis déficit de vitamina D respecto a controles? ¿Existirá relación entre el *status* de vitamina d y ateromatosis subclínica de carótida en pacientes con psoriasis?

Objetivos: Comparar nivel sérico medio de 25-hidroxivitamina D [25-(OH)D] entre pacientes con psoriasis y un grupo control; evaluar correlación entre nivel sérico de 25-(OH)D y grosor de íntima media (GIM).

Metodología: Pacientes con psoriasis reclutados de manera sucesiva desde las consultas externas del servicio de Dermatología. Criterios de inclusión: diagnóstico de psoriasis, firma de consentimiento de inclusión. Criterios de exclusión: artritis psoriásica, enfermedad renal, suplemento de calcio o vitamina D, historia de fototerapia en los 3 meses previos, tratamiento antihipertensivo, antidiabético, hipolipemiente, enfermedad inflamatoria crónica autoinmune. Los controles reclutados conforme se seleccionaban los pacientes con psoriasis desde el servicio de Anestesiología, en función del sexo y la edad (± 2 años) respecto a psoriasis. Criterios de inclusión: firma de consentimiento de inclusión en el estudio, > 18 años. Criterios de exclusión: compartidos con el grupo con psoriasis y padecer psoriasis. El estudio se realizó en un intervalo definido de tiempo (17 de julio-30 de septiembre de 2011).

Resultados: Los pacientes con psoriasis presentan una concentración sérica media de 25-(OH)D significativamente menor que los controles independientemente de otros factores de confusión. Entre los pacientes con psoriasis el nivel de 25-(OH)D se correlaciona de manera inversa con el GIM independientemente de factores de riesgo cardiovascular tradicionales.

Conclusiones: Los pacientes con psoriasis muestran un déficit de 25-(OH)D respecto a controles y los datos sugieren que la concentración sérica de 25-(OH)D es un factor predictor independiente de ateromatosis subclínica. Los resultados animan a realizar estudios intervencionales para evaluar beneficio sobre estado dermatológico y cardiovascular.

36. MACROGLOSIA COMO MANIFESTACIÓN DE AMILOIDOSIS PRIMARIA

C. Albarrán Planelles, D. Jiménez Gallo, M. Linares Barrios, J. González Fernández, A. Martínez Rodríguez, M. Salamanca Sánchez y D. del Ojo Cordero

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Caso clínico: Varón de 80 años remitido para estudio de macroglosia de más de un año y medio de evolución con pérdida de peso. Exploración y pruebas complementarias: Lengua eritematosa aumentada de tamaño y grosor de forma simétrica y de consistencia aumentada. En las pruebas complementarias realizadas destacaron proteinograma con marcada hipogammaglobulinemia. El estudio de orina mostró los siguientes resultados: microalbúmina en orina de 24 h 644 mg/24 h, cadenas lambda 30,4 mg/24 h y cadenas kappa < 7 mg/24 h. En la biopsia lingual se observó depósito de material amorfo tipo amiloide intersticial y vascular (amiloide A negativa). En la biopsia de grasa abdominal se objetivaron depósitos de material congófilo en vasos con polarización verde manzana y negativo para amiloide A. Juicio clínico: Macroglósia por amiloidosis. Diagnóstico: Amiloidosis primaria AL con macroglósia asociada.

Conclusiones: La amiloidosis pertenece a un grupo de enfermedades donde existe depósito de proteínas fibrilares insolubles en el espacio extracelular que tiñen al Rojo Congo y presentan birrefringencia verde manzana con luz polarizada. La amiloidosis primaria sistémica puede afectar a cualquier órgano o sistema, lo que conlleva a una variedad de síntomas y signos de características muy inespecíficas. Entre ellas, y como en nuestro caso, macroglósia. La terapia convencional ha consistido en terapia combinada de melfalán y prednisona, siendo el trasplante de células madre la mejor opción en la actualidad.

Bibliografía

Xavier SD, Bussoloti IF, Müller H. Macroglossia secondary to systemic amyloidosis: case report and literature review. *Ear Nose Throat J.* 2005;84:358-61.

37. TRATAMIENTO DE LESIONES ORALES RECALCITRANTES ASOCIADAS A PAPILOMAVIRUS CON CIDOFOVIR EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

V. Amorrinch Campos, A. Fernández Orland, F. Gómez García, R. Muñoz Zea y R. Jiménez Puya

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital de Puente Genil. Hospital Empresa Pública Alto Guadalquivir (EPHAG). Córdoba. España.

Introducción: Cidofovir, un análogo del nucleótido citosina, ha demostrado eficacia frente a numerosos virus DNA. En 1997 fue aprobado por la FDA para el tratamiento intravenoso de la retinitis por citomegalovirus. Estudios recientes sugieren que su aplicación tópica puede ser útil para tratamiento de lesiones cutáneas virales resistentes a tratamientos habituales.

Caso clínico: Presentamos un caso severo de lesiones verrugosas por papilomavirus humano en cavidad oral en paciente con leucemia linfática crónica en tratamiento intermitente con clorambucilo. Las lesiones han sido resistentes a tratamientos habituales (imiquimod, retinoides, inmunoforon) y están siendo controladas con aplicación tópica diaria de gel de cidofovir al 1%. Antes de iniciar el tratamiento con cidofovir, el paciente tenía aproximadamente el 80% de su paladar, lengua y mucosa bucal afectado por lesiones papilomatosas confluentes. A la semana las lesiones se habían reducido marcadamente, siendo prácticamente indetectables a las 2 semanas. El paciente ha presentado irritación local en varias ocasiones con leves erosiones en semimucosa labial, y actualmente lo mantenemos en tratamiento debido a recurrencias de las lesiones.

Conclusiones: Cidofovir tópico en gel (1-3%) puede ser un tratamiento eficaz para el control de lesiones orales relacionadas con HPV resistentes a tratamientos habituales en pacientes con leucemia linfática crónica.

Bibliografía

- Collette DC, Zechel MA. Novel Treatment of atypical human papillomavirus-associated epithelial hyperplasia with cidofovir. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69:2383-6.
- Calista D. Resolution of recalcitrant human papillomavirus gingival infection with topical cidofovir. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;90:713-5.

38. DESPISTAJE DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL EN GRUPOS DE RIESGO

L. Padilla España, J.B. Repiso Jiménez, M. Frieyro EliceGUI, T. Fernández Morano, C. Hernández Ibáñez, J. del Boz y M. de Troya

Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha registrado un incremento de la incidencia de neoplasia intraepitelial anal (NIA), a expensas de determinados grupos de riesgo como los hombres que mantienen sexo con hombres, los pacientes infectados por VIH y las mujeres con antecedentes de displasia cervical. En la consulta de ETS del Servicio de Dermatología del Hospital Costa del Sol tenemos establecido un protocolo de despistaje de NIA en grupos de riesgo mediante la toma de citología anal, anoscopia de alta resolución y biopsia dirigida con ácido acético. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de la población de riesgo estudiada.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo de la población de riesgo sometida al cribado mediante citología anal desde 2008 a 2010, recogiendo información acerca de sus hábitos sexuales y la asociación con otras enfermedades de transmisión sexual.

Resultados: Durante el periodo de tiempo 2008 a 2010 se realizaron un total de 362 citologías anales a 261 pacientes, de los cuales 213

eran varones y el resto mujeres. El 50% de los pacientes eran VIH positivo. En el 40% de las citologías realizadas se evidenció displasia, siendo lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL) el 24% y de alto grado (HSIL) el 14%. En un 80% de los pacientes se identificaron otras enfermedades de transmisión sexual. El 70% de los hombres reconoció haber mantenido relaciones sexuales con otros hombres.

Conclusiones: Aunque se desconoce la evolución natural de la NIA, se sospecha que la progresión a cáncer anal es lenta. No se ha llegado a un consenso acerca del despistaje de NIA pero dado el incremento en su incidencia en grupos de riesgo aconsejamos el uso de la citología anal. Se trata de una técnica sencilla y no invasiva pero que debe complementarse con la anoscopia de alta resolución. El manejo del carcinoma anal debe ser multidisciplinar, siendo el papel del dermatólogo clave para la detección precoz del mismo. Su despistaje debería incluirse en el estudio de pacientes de riesgo atendidos en la consulta de ETS.

39. PREVALENCIA DE DERMATOSIS EN UN POBLADO DE ÁFRICA

M.I. Cubero Millán, M.J. Ruiz Ramos, R. Suárez Cadenas, C. Maurici, A. Buendía Eisman y S. Serrano

Facultad de Medicina de Granada. España.

Introducción: La dermatología supone uno de los principales motivos de consulta en atención primaria, siendo una gran parte de ellas en pacientes en edad pediátrica. En la pediatría, entre un 6 y un 25% de las todas las consultas responden a motivos dermatológicos, porcentaje que aumenta drásticamente en países en vías de desarrollo como consecuencia de sus deficientes condiciones higiénico-sanitarias. La diferencia entre ambos tipos de países no solo radica en la prevalencia, sino también en el espectro clínico de las consultas dermatológicas.

Objetivos: 1. Determinar la situación sanitaria de los niños del poblado de Bodjondé, a través de un diagnóstico de salud realizado mediante anamnesis, exploración y pruebas complementarias. 2. Determinar la prevalencia de las enfermedades dermatológicas respecto al resto de infecciones sistémicas. 3. Elaborar protocolo de actuación médico para siguientes visitas.

Metodología: Estudio descriptivo llevado a cabo en agosto de 2011 en Bodjondé, un poblado del centro de África, donde se evaluaron un total de 422 niños menores de 15 años y residentes en dicha población. En cada paciente se recogía una detallada anamnesis, exploración física por órganos y aparatos, así como realización de pruebas complementarias si era preciso. Durante la evolución se trataron quirúrgica o farmacológicamente aquellas patologías susceptibles de tratamiento.

Resultados: Se evaluaron un total de 422 niños, con una edad media de $6,32 \pm 3,53$ años. De ellos 215 eran niñas (el 50,95%), y 207 niños (el 49,05%). Se hicieron un total de 876 diagnósticos, ya que la mayoría de los niños presentaba más de un diagnóstico en el momento de la exploración. Al analizar los distintos grupos diagnósticos, las enfermedades de la piel fueron el grupo de patologías más prevalente con un 26,28%, seguido de las alteraciones de la pared abdominal y enfermedades gastrointestinales. Dentro de las alteraciones de la piel, la patología más prevalente fue la úlcera de Buruli activa, con un 32,33%, seguido de las dermatofitosis, con un 22,41%, y de las dermatitis atópicas, con un 7,33%.

Conclusiones: 1. La situación sanitaria de los niños del poblado de Bodjondé, es muy deficitaria, consecuencia directa de la falta de medios económico y sanitarios. 2. Las enfermedades de la piel suponen la patología más frecuentemente encontrada en nuestra muestra, resultado que coincide con lo encontrado en la bibliografía. Además predominan en estos países las infecciones cutáneas, frente a la patología inmunoalérgica de nuestro medio. Difieren también los agentes etiológicos, ya que en nuestro estudio son los

hongos, bacterias y parásitos los principales agentes causantes de enfermedad.

40. RIESGO ONCOLÓGICO EN EL PACIENTE CON MELANOMA CUTÁNEO PRIMARIO

A. Corrales Rodríguez, M. Cruz Matarín, L. Ferrándiz, A. Nieto García, J.J. Ríos-Martín, F.M. Camacho y D. Moreno Ramírez

Unidad de Melanoma. Hospital Universitario Virgen Macarena y Área Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina de Sevilla. España.

Introducción: Estudios previos describen una frecuencia incrementada de segundas neoplasias malignas no cutáneas en pacientes diagnosticados de melanoma, justificando un seguimiento prolongado de estos pacientes en busca de un diagnóstico precoz de dichas neoplasias.

Objetivo: Determinar el riesgo de una segunda neoplasia maligna a lo largo de la vida de un paciente diagnosticado de melanoma cutáneo.

Material y métodos: Estudio longitudinal descriptivo de la cohorte de pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo en el Hospital Universitario Virgen Macarena entre los años 1995 y 2011. Variables de estudio: edad, sexo, fecha del diagnóstico del melanoma, seguimiento (años), tipo y fecha del diagnóstico de segundas neoplasias primarias no cutáneas (previas y sucesivas al diagnóstico de melanoma primario). Medidas de resultado: análisis descriptivo y de frecuencias de la población de estudio, frecuencia de neoplasias primarias no cutáneas, frecuencia de neoplasia "previa" o "sucesiva" al melanoma, tasa anual de neoplasias no cutáneas, riesgo acumulado (0-74 años). El riesgo acumulado de segundas neoplasias de la población de estudio fue comparado con el de la población general publicado en el proyecto GLOBOCAN 2008, por la *Internacional Agency for Research on Cancer*.

Resultados: Un total de 501 pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo en el periodo entre 1995 y 2011 fueron incluidos en la cohorte de estudio. Se identificaron 38 segundas neoplasias malignas no cutáneas en 35 de los pacientes con melanoma, con predominio del adenocarcinoma de mama (23,68%, n = 9), adenocarcinoma de próstata (15,79%, n = 6), seguido de adenocarcinoma colo-rectal (13,15%, n = 5), tumores del SNC (10,53%, n = 4), carcinoma de vejiga (7,89%, n = 3), adenocarcinoma de endometrio (5,26%, n = 2), sarcomas (10,53%, n = 2), 2 en endometrio, 2 sarcomas, y carcinoma de páncreas, pulmón, estómago, laringe y seno frontal, con 1 caso de cada tipo tumoral. El riesgo acumulado (0-74) de neoplasia no cutánea en la población de estudio fue del 9,61% (24,10% en la población general, IARC).

Conclusiones: Los hallazgos observados en este estudio permiten plantear la hipótesis de un menor riesgo de desarrollo de neoplasias no cutáneas, en general y tipo-específicas, a lo largo de la vida del paciente con melanoma cutáneo primario.

41. CAMPAÑA DE FOTOPROTECCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL DEL ÁREA SANITARIA COSTA DEL SOL: BALANCE 2011

M. de Troya Martín^a, N. Delgado Sánchez^b, G. Ortega Tudela^b, N. Blázquez Sánchez^a, J.C. Toribio Montero^a, L. Jabalera Mesa^a, L. Lorenzo^a, I. Ríos Almellones^a, M.A. Jiménez Santana^a y F. Rivas Ruiz^a

^aHospital Costa del Sol. ^bDistrito Sanitario Costa del Sol. Marbella. España.

Introducción: La Campaña de Fotoprotección del Área Sanitaria Costa del Sol es un proyecto colaborativo entre el Hospital Costa del Sol y el Distrito Sanitario, con la finalidad de desarrollar estrategias conjuntas de prevención del cáncer de piel en nuestra comunidad.

Objetivos: 1) Sensibilizar a la población de los riesgos del sol. 2) Fomentar conductas responsables de fotoprotección integral. 3) Promover el diagnóstico precoz del cáncer de piel. 4) Estudiar actitudes y hábitos de exposición solar.

Material y métodos: La campaña 2011 fue presentada a los medios de comunicación a principios del verano. La estrategia publicitaria tuvo como target a los adolescentes y fue elaborada por alumnos de Comunicación Audiovisual y Publicidad de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UMA, quienes bajo el eslogan "Tu piel tiene memoria" desarrollaron spots de radio y TV, carteles, folletos y una página en Tuenti. La primera de las jornadas de la campaña se celebró el 15 de junio en el Hospital Costa del Sol, tras la cual se sucedieron 9 jornadas de puertas afuera en el bus del euromelanoma, 6 campos de golf de Marbella, parque acuático de Mijas y "skatepark" de Fuengirola. Durante las jornadas, el equipo de la campaña atendió personalmente a los participantes realizando encuestas en hábitos de fotoprotección, estudio de factores de riesgo, examen cutáneo completo, consejo sanitario con administración de folletos y cremas fotoprotectoras. Durante el verano se organizó un certamen de fotografía *on line* "Disfruta del sol sin dejarte la piel", que contó con tres premios (2.000 €, 1.000 € y 500 €).

Resultados: 977 ciudadanos fueron reclutados en las 10 jornadas de la campaña. Los jugadores de golf, se revelaron como el grupo de mayor prevalencia de queratosis actínicas (38%) y lesiones sospechosas de malignidad (1 de cada 10 jugadores). Los adolescentes, manifestaron las peores prácticas de fotoprotección y las mayores tasas de quemadura solar (51%). La campaña fue valorada muy positivamente por todos los participantes. El certamen fotográfico, reunió más de 500 fotografías procedentes de diversos países; una selección de las mismas formará parte de una exposición itinerante en 2012.

Conclusiones: La Campaña de Fotoprotección del Área Sanitaria Costa del Sol es una iniciativa pionera en nuestro país, que integra múltiples e innovadoras estrategias de promoción de la salud, con implicación de profesionales de diferentes disciplinas y niveles asistenciales. Serán necesarios futuros estudios para valorar el coste-beneficio de estas acciones a largo plazo.

Bibliografía

- Saraiya M, Glanz K, Briss P, et al. Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation : A systematic review. *Am J Prev Med.* 2004;27:422-66.
- Ting-Fang Shih S, Carter R, Sinclair C, Mihalopoulos C, Vos T. Economic evaluation of skin cancer prevention in Australia. *Preventive Medicine.* 2009;49:449-53.