



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

Sesión Científica de la Sección Centro de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Madrid, 26 de enero de 2012

Conferencia del experto

1. ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

A. Torrelo

Servicio de Dermatología. Hospital Niño Jesús. Madrid. España.

Moderador: Antonio Zambrano.

Comunicaciones libres

1. EFECTOS DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA Y LA POSTERIOR APLICACIÓN DE FOTOPROTECCIÓN ASOCIADA A LA ENZIMA FOTOLIASA EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE PRECÁNCER Y CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

G. Ughelli Yampey, F. Lirón de Robles Pérez, D. de Agustín, F. Jiménez, J. García Funes, L. Luelmo Granados, C. Arjona Manuel y D. Estrella Aquino

Servicio de Dermatología. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid. España.

La terapia fotodinámica (TFD) es una innovadora modalidad para el tratamiento de distintos tipos de lesiones precancerosas y de cáncer cutáneo no melanoma. Se ha mostrado también eficaz en la prevención de lesiones premalignas y malignas en pacientes inmunodeprimidos. Describimos los cambios histológicos y moleculares apreciados y que avalan este efecto preventivo y curativo al aplicar la terapia fotodinámica (TDF). Estos hallazgos demuestran que la TFD tiene capacidad de reducir los signos específicos de fotoenvejecimiento cutáneo a nivel histológico. Igualmente reduce los marcadores de oncogénesis precoz de la piel constatando que este tratamiento puede inducir la reversión parcial o en ocasiones total del proceso de carcinogénesis. También hemos constatado que aplicando de forma sistemática un fotoprotector asociado a la enzima fotoliasa prolongan el efecto anteriormente citado.

2. PIGMENTACIÓN AZUL GRISÁCEA EN EXTREMIDADES Y TRONCO

M. Lorente Luna, A. Ballano Ruiz, A. Juanes Viedma, A. Martín Fuentes, M.A. Pastor Nieto, J. Cuevas Santos, E. Jiménez Blázquez, P. Belmar Flores, E. Díez Recio, C. Sánchez Herreros, A. Vergara Sánchez y E. de Eusebio Murillo

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Introducción: Las fluorquinolonas constituyen un grupo de antibióticos muy utilizado en la actualidad. Producen efectos adversos gastrointestinales y del sistema nervioso central, siendo infrecuentes las reacciones adversas cutáneas.

Caso clínico: Varón de 71 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal. En abril de 2009 presentó fractura de cadera que requirió tratamiento quirúrgico con osteosíntesis. Tras la cirugía inmediata el paciente presentó fiebre sin foco y dolor en la cadera precisando tratamiento antibiótico con sospecha clínica de osteomielitis hasta obtener mejoría un mes después. El paciente ingresó en varias ocasiones a lo largo del año 2010 con los mismos síntomas, que se trataron con rifampicina y levofloxacino de forma empírica al no conseguirse confirmación microbiológica. El paciente tomó de forma continuada esta combinación de antibióticos desde mayo de 2010 hasta enero de 2011. En ese momento se aisló *Streptococcus warnerii* en una nueva muestra microbiológica. Confirmada la osteomielitis, se extrajo quirúrgicamente el material de osteosíntesis en febrero del mismo año con resolución del cuadro infeccioso. Fue remitido a consulta de dermatología en abril 2011 por prurito intenso en extremidades de larga evolución, que no cedía con antihistamínicos. A la exploración física presentaba piel quebradiza con pigmentación azul grisácea en dorso de manos, cara extensora de antebrazos, región pretibial y zona del escote. El paciente aseguraba que dicha pigmentación había comenzado un año y medio antes en relación con la introducción del tratamiento antibiótico y se había extendido progresivamente.

Discusión: Ante la sospecha de pigmentación por fármacos, se realizó una biopsia cutánea y el estudio histopatológico mostró abundantes macrófagos cargados de pigmento grosero birrefringente semejante a hemosiderina, en dermis superficial, profunda y perianexial así como en hipodermis. Dicho pigmento se teñía intensamente de azul con la técnica de Perls y también de negro con la

técnica de Masson-Fontana. Solo hay un caso publicado en la literatura de pigmentación cutánea por levofloxacin. Hallazgos similares se han descrito en relación con pefloxacin y minociclina.

Conclusiones: Se presenta un nuevo caso de pigmentación azul-grisácea por levofloxacin. Es un efecto infrecuente de las fluorquinolonas. Clínica e histopatológicamente es similar a la pigmentación por minociclina.

3. LUPUS ERITEMATOSO Y DERMATOSIS NEUTROFÍLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. Prats Caelles^a, M.T. Cobo Ibáñez^b, A. Navarro Cantero^c, V.M. Leis Dosal^a, C. Garrido Gutiérrez^a y R.M. Díaz Díaz^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Reumatología; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Las manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso cubren un amplio espectro de entidades. A pesar de los patrones clásicos descritos, las presentaciones atípicas son motivo de frecuentes publicaciones. Se presenta el caso clínico de una paciente con un lupus eritematoso sistémico, sin repercusión cutánea hasta la fecha, que desarrolla una dermatosis generalizada, compatible con una dermatosis neutrofílica, en el estudio histopatológico. Ante este hallazgo, valoramos la relevancia clínica y pronóstica de dicha asociación; y la repercusión en la literatura. El lupus eritematoso neutrofílico no ampolloso es una variante atípica del lupus cutáneo y son muy escasos los casos recogidos en las diferentes publicaciones.

4. MELANOMA METASTÁSICO CON REGRESIÓN COMPLETA DEL TUMOR PRIMARIO

H. Sanz Robles, R. Gamio Villegas, A. Pampín Franco, F.J. Salamanca Santamaría, A. Nuño González, M. Andreu Barasoain, R. Miñano Medrano y J.L. López Esteban

Departamento de Dermatología; Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: Se denomina melanoma de origen desconocido al que es diagnosticado en forma de depósito secundario (nodal o visceral) sin evidencia de un tumor primario. Existen diversas teorías para explicar este hecho, siendo una de ellas la regresión completa del tumor primario cutáneo debido a fenómenos autoinmunes y de apoptosis no del todo bien conocidos.

Caso clínico: El caso clínico corresponde a un paciente varón de 56 años sin antecedentes de interés, que presenta una masa adenopática de gran tamaño axilar izquierda que es compatible histológicamente con melanoma metastásico. En el estudio de extensión destaca la presencia de carcinomatosis peritoneal como único hallazgo. El examen del fondo de ojo es normal. A nivel cutáneo presenta una mancha grisácea en zona escapular izquierda, de 2 cm y bordes irregulares. Con epiluminiscencia se observa coloración blanquecina del fondo y granularidad azul-grisácea. No presenta otras lesiones pigmentadas sospechosas de malignidad. La lesión se extirpa encontrándose un infiltrado inflamatorio perivascular superficial, fibrosis dérmica y melanofagia. No se identifica ningún melanocito atípico con técnicas de inmunohistoquímica.

Discusión: La regresión parcial de los melanomas es algo común, observándose en el 10-35% de éstos. Sin embargo la regresión histológica completa de un melanoma es muy rara, existiendo menos de 50 casos bien documentados en la literatura. En 1965 se establecieron los criterios diagnósticos de regresión completa del tumor primario en el melanoma metastásico y son los que se siguen utilizando en la actualidad. Se trata de pacientes diagnosticados en estadio III de la AJCC, en los que se identifica una lesión cutánea sospechosa pero en cuyo examen histológico no encontramos un solo melanocito atípico,

unicamente datos regresivos (melanofagia, fibrosis e infiltrado inflamatorio). La dermatoscopia es una herramienta de ayuda en el diagnóstico de estas lesiones, observándose fundamentalmente estructuras azul-blanquecinas y vasos lineales irregulares. Se presenta un paciente con una lesión cutánea clínica, dermatoscópica e histológicamente compatible con un melanoma en regresión completa y se destaca la importancia del examen metódico de la piel en pacientes con melanoma metastásico sin primario conocido.

5. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO COMO COMPLICACIÓN EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE SÉZARY

V. Alegría Landa, G. Petiti Martín, V. Sanz Motilva, J. Sanz Bueno, B. Rubio González, F. Vanaclocha y P. Ortiz

Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

El síndrome hemofagocítico (SHF) es un desorden raro y a menudo fatal a pesar del tratamiento. El SHF puede ser tanto primario como secundario (neoplasias, enfermedades autoinmunes, infecciones). Presentamos el caso de una mujer de 78 años con síndrome de Sézary en tratamiento con clorambucil y prednisona. Fue ingresada con fiebre, pérdida de peso, síntomas neurológicos (somnolencia que alternaba con períodos de lucidez), linfadenopatías y pancitopenia. Se cultivó VHS tipo 1 de una lesión en cavidad oral y se obtuvieron serologías positivas para CMV y EBV pero no se detectó infección diseminada u otras causas de infección. A pesar del tratamiento antiviral y quimioterápico, la paciente falleció 5 meses después. El SHF ha sido descrito asociado con linfoma cutáneo de células T, más frecuentemente con linfoma T tipo paniculítico. Los desencadenantes infecciosos del SHF suelen ser infecciones virales, siendo el EBV la causa más frecuente. Como conclusión, presentamos un caso de síndrome hemofagocítico como complicación fatal en una paciente con síndrome de Sézary. La posibilidad de un SHF debería ser tenida en cuenta cuando evaluamos a un paciente con linfoma cutáneo que presenta pancitopenia y fiebre. Siempre se deberían descartar causas infecciosas.

6. MUCINOSIS DÉRMICA SOBRE CICATRES DE HERPES ZOSTER

D. Camacho, F. Feltes, S. Machan, U. Pielasinski, J.M. Revelles, R. Haro, D. Cullen, L. Fuertes, J.L. Díaz, A. Molina, I. Alcaraz, A. Juárez, L. Vallés, J. Angulo, L. Carrasco, M.C. Fariña, L. Martín, E. Gavin y L. Requena

Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Un varón de 33 años consultaba por la progresiva aparición de pápulas blanquecinas sobre las cicatrices de un herpes zoster. El estudio histopatológico de una lesión representativa demostró la presencia de mucina en la dermis reticular y un discreto infiltrado linfocitario perivascular. Las mucinosis cutáneas son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por el depósito de mucina en la piel. Aunque una gran variedad de lesiones pueden surgir sobre áreas previamente afectas por herpes zoster, la asociación con mucinosis dérmica es excepcional, con tan solo un caso descrito en la literatura.

7. LESIÓN ULCERADA EN LA ESPALDA DE PACIENTE HEPATÓPATA

C. Gómez Fernández^a, C. Vidaurrázaga^a, E. Sendagorta^a, M. Feito^a, A. Rodríguez Bandera^a, K. Vorlicka^a, M. Beato Merino^b y M. Casado Jiménez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Caso clínico: Varón de 52 años, con antecedentes de hepatopatía enólica severa que consultó por lesión ulcerada en la espalda de un año de

evolución. Negaba encamamiento prolongado. Como consecuencia de su enfermedad hepática, había presentado varios episodios de hemorragia digestiva alta, requiriendo el último de ellos, 14 meses antes, la colocación de shunt transyugular intrahepático portosistémico (TIPS). En la exploración física presentaba, a nivel dorso-lumbar, una placa indurada de 20 x 20 cm centrada por una úlcera con necrosis y costras en superficie. Se realizó biopsia cutánea en la que se observó una dermis gruesa con abundante depósito de colágeno denso y ordenado que se observaba también en el tejido celular subcutáneo, engrosando los septos y entre los lobulillos adiposos. En la resonancia magnética nuclear los hallazgos locales fueron compatibles con radiodermatitis. El diagnóstico fue radiodermatitis inducida por fluoroscopia para colocación de TIPS. La evolución ha sido favorable con tratamiento con desbridamiento local y ciclos de antibióticos.

Discusión: La radiodermatitis inducida por procedimientos con fluoroscopia se considera que está infradiagnosticada ya que las lesiones pueden aparecer de manera tardía hasta incluso años después de la intervención. Algunos de los factores favorecedores son la dosis recibida, duración de la técnica, emisión anormal por tubos defectuosos, diabetes mellitus o las enfermedades del tejido conectivo. La clínica es muy variable lo que dificulta el diagnóstico. Las localizaciones típicas son el área lumbar y la cara posterior de los brazos. La mayoría de los casos descritos son en relación con procedimientos cardiológicos.

Conclusiones: Presentamos un caso de radiodermatitis secundario a implantación de TIPS mediante fluoroscopia. Ante una lesión ulcerada de evolución tórpida en la espalda o en la cara posterior de brazos, se debe valorar el antecedente de procedimiento cardiovascular guiado por fluoroscopia.

8. URTICARIA SOLAR Y LINFOMA

A. Godoy^a, R. Navarro^a, D. de Argila^a, M. Llamas^a, C. Fernández-Arandojo^b y A. García-Díez

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Hematología. Hospital La Princesa. Madrid. España.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 66 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, con una reacción cutánea y cuadro sincopal tras fotoexposición prolongada hacía 27 años. Desde entonces presenta brotes de lesiones pruriginosas en cuello, escote y miembros a los pocos minutos de exponerse al sol, que duran 30 minutos y desaparecen en su totalidad al cesar exposición solar. En el estudio fotobiológico se evidenció una urticaria solar con espectro de acción UVA y luz visible y el estudio analítico presentó hipogammaglobulinemia G y A y aumento de Ig E, siendo el resto normal. Durante su evolución desarrolló un linfoma cutáneo B de tipo centrofolicular con estudio de extensión negativo, sin tratamiento específico. Caso 2: mujer de 63 años con bronquitis asmática, que presenta brotes de lesiones habonosas foto-inducidas desde hacía 8 años que duran 15-30 minutos. En el estudio fotobiológico se evidenció una urticaria solar con espectro de acción UVA y UVB y el estudio analítico presentó y hipergammaglobulinemia E, siendo el resto normal. En marzo de 2011 es diagnosticada de linfoma no Hodgkin de célula grande B tipo Burkitt en abdomen sin infiltración en SNC. Al no responder a varios ciclos de QT se realiza RT. No presentó empeoramiento de la urticaria solar tras diagnóstico del linfoma, con síntomas similares con la fotoexposición.

Discusión: La urticaria solar es una rara fotodermatosis que se puede clasificar como primaria representando el 90% de los casos, o secundaria a diferentes fármacos. Las asociaciones descritas a la urticaria solar en la literatura son con la dermatitis atópica, otras fotodermatosis y tipos de urticaria y otros procesos como el síndrome hipereosinofílico y linfocitomas. El principal objetivo sería establecer si se trata de una asociación casual o causal, ambos pacientes presentaron alteraciones inmunológicas con la Ig E aumentada en ambos e hipogammaglobulinemia en el primero. Como posibles relaciones patogénicas se podría establecer la hiper-

estimulación antigénica de la urticaria solar como causa del proceso linfoproliferativo, al igual que otras fotodermatosis como la dermatitis crónica actínica o la reciente relación entre urticaria crónica y linfoma descrita en una cohorte taiwanesas.

9. HISTIOCITOSIS INTRAVASCULAR EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y CÁNCER DE COLON

P. Borregón Nofuentes^a, V. Parra Blanco^b, J.A. Avilés Izquierdo^a, O. Baniandrés Rodríguez^a, D.E. Cieza Díaz^a, A. Pulido Pérez^a y R. Suárez Fernández^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: La histiocitosis intralinfática es una entidad de clínica inespecífica, pero con una histología e inmunohistoquímica características. Se manifiesta como una o varias placas eritematosa mal delimitada o lesiones livedoides que normalmente afecta a las extremidades. Histológicamente muestra vasos dilatados en la dermis reticular ocupados por células mononucleares. Presentamos un caso de histiocitosis intralinfática en un paciente con enfermedad autoinmunitaria y neoplásica.

Caso clínico: Mujer de 60 años con artritis reumatoide y adenocarcinoma de sigma en tratamiento con quimioterapia. Consulta por lesiones cutáneas dolorosas en extremidades y abdomen con fiebre alta de varios días de evolución. Realizamos biopsia cutánea para cultivo, que fue negativo, y para estudio histológico, que evidenció una histiocitosis intravascular, demostrándose histiocitos intralinfáticos tanto en la histología como en la inmunohistoquímica.

Discusión: La histiocitosis intralinfática es una entidad que se define sobre todo histológicamente, ya que clínicamente se manifiesta de una forma muy inespecífica. Su etiopatogenia es desconocida, pero dado que se ha encontrado en pacientes afectados de determinados procesos inflamatorios crónicos como artritis reumatoide, se postula que su origen pueda encontrarse en el estasis linfático generado en estas situaciones y en la consecuente acumulación de antígenos que produciría la migración de histiocitos a la zona afectada. En el diagnóstico es fundamental la histología y la inmunohistoquímica. El hallazgo histológico de dilatación de vasos y oclusión vascular por abundantes células nos obliga a realizar el diagnóstico diferencial de tres entidades: histiocitosis intralinfática, angioendoteliomatosis y linfoma intravascular. La clave para diferenciarlas es la inmunohistoquímica, que en la histiocitosis intralinfática demuestra que los vasos dilatados son linfáticos y las células que los ocupan histiocitos, mientras que en las otras dos son vasos sanguíneos ocupados por células epiteliales en la angioendoteliomatosis y linfocitos en el linfoma intravascular. En el caso del linfoma intravascular, cuyo pronóstico es muy malo, el diagnóstico precoz es esencial y para ello el estudio histológico cutáneo es muy importante ya que no suele haber afectación de médula ósea ni órganos linfoides.

10. SARCOMA DE KAPOSI AFRICANO

P. Espinosa Lara^a, M. Aguado Lobo^a, J.C. Tardío^b, P. Herranz^c, M. Utrera^a, A. Calderón^a, D. Arias^a, S. Córdoba^a y J. Borbujo^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) fue descrito por primera vez por Moritz Kaposi en 1872. Se diferencian cuatro variantes clínicas: clásico, endémico o africano, asociado a SIDA e iatrogénico. Todas ellas se relacionan en su origen con la infección por el virus herpes humano 8 (VHH8). Presentamos un caso de sarcoma de Kaposi endémico en un paciente africano.

Caso clínico: Varón de 39 años de edad natural del Congo que, desde hacía 7 años, vivía en España y no había realizado viajes re-

cientes. Consultaba por lesiones subcutáneas asintomáticas en miembro inferior derecho y brazo izquierdo de 3 semanas de evolución y, para las que no había recibido tratamiento. Como antecedentes personales destacaba alergia a penicilina y sarcoma de Kaposi con lesiones en extremidades inferiores, diagnosticado y tratado con doxorubicina liposomal pegilada en otro centro. En el momento de la consulta aportaba serología de VIH negativa. En la exploración se observaban en muslo derecho dos lesiones subcutáneas, de consistencia firme-elástica, dispuestas de forma contigua. En miembro superior izquierdo presentaba otra lesión de similares características pero de menor tamaño. No se objetivaron alteraciones en mucosa oral ni adenopatías. Con la sospecha de sarcoma de Kaposi endémico, se hizo biopsia de una de las lesiones del muslo derecho que confirmó el diagnóstico. A la vista los resultados y, la extensión de las lesiones, se decidió realizar tratamiento quirúrgico de las mismas. Después de siete meses de la intervención quirúrgica, el paciente presentó en el tobillo derecho tres nódulos de similares características, que han sido tratados con cirugía, permaneciendo en el momento actual asintomático.

Discusión: Antes del brote de pandemia de sida, se observó un aumento de frecuencia de SK en la zona central de África. En algunos de estos países, el SK es responsable de hasta el 10% de neoplasias malignas en varones. En nuestro medio, los casos de SK endémico son poco frecuentes, pero el aumento de los movimientos migratorios de las últimas décadas puede llevar al consiguiente incremento en el número de pacientes diagnosticados. Es importante reconocer estas formas clínicas a la hora del manejo diagnóstico y terapéutico de esta patología. El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con múltiples lesiones tumorales benignas y malignas y, con procesos infecciosos como la angiomasitosis bacilar. No existe una única pauta de tratamiento sino que, se hará en función del tipo clínico de sarcoma de Kaposi, localización y extensión de las lesiones, afectación visceral y factores inmunitarios de cada paciente.

Conclusiones: Presentamos un caso de sarcoma de Kaposi endémico africano en un varón de 39 años, sin otros antecedentes de interés y con control de las lesiones con tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Sarcoma Kaposi. Endémico. Africano.

Madrid, 23 de febrero de 2012

Conferencia del experto

1. EL ESTUDIO FOTOBIOLOGICO: CÓMO Y PARA QUÉ

D. de Argila

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Moderador: Esteban Daudén Tello. *Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.*

Comunicaciones libres

1. LEIOMIOMATOSIS FAMILIAR

A. Cabrera Hernández, M.S. Medina Montalvo, M.D. Vélez Velázquez, J. Mesa Latorre, N. Valdeolivas Casillas y M.M. García Rodríguez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España.

Introducción: Los piloleiomiomas son tumores infrecuentes que derivan del músculo erector del pelo. La presencia de lesiones múltiples se ha asociado a miomas uterinos y riesgo de cáncer renal en

pacientes que presentan una mutación en el gen de la fumarato hidratasa.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente con múltiples lesiones dolorosas con histología compatible con piloleiomiomas. El estudio genético demostró la mutación del gen de la fumarato hidratasa en el paciente y en dos de sus hijos. El TAC renal basal fue normal y para el control del dolor se ensayaron pautas con AINES, inyección de toxina botulínica y exéresis quirúrgica.

Discusión: Se trata de un síndrome infrecuente cuyo patrón de herencia es autosómico dominante con penetrancia muy variable pero alta. Según se asocien leiomiomas uterinos o cáncer renal, se denomina síndrome de piloleiomiomas cutáneos y uterinos múltiples o leiomiomatosis hereditaria y cáncer renal, respectivamente. Es necesario un seguimiento para el diagnóstico precoz de tumores renales además de controles ginecológicos en las mujeres afectadas. Se han empleado multitud de tratamientos para el dolor asociado a estos tumores cutáneos con resultados dispares. Ante la falta de respuesta a terapias habituales, se decidió infiltrar toxina botulínica con buena respuesta inicial. Dada la rápida pérdida del beneficio, se extirparon varias lesiones sin recidiva posterior.

Palabras clave: Leiomiomas. Leiomiomatosis familiar. Fumarato hidratasa.

2. CUTIS LAXA ADQUIRIDA ASOCIADA A PARAPROTEINEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Garrido Gutiérrez, A. Navarro Cantero, V.M. Leis Dosil, S. Ibañes del Agua, R. Valverde Garrido y R.M. Díaz Díaz

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Introducción: La cutis laxa adquirida es una rara enfermedad de causa desconocida caracterizada por una disminución de fibras elásticas. Clínicamente se caracteriza por la pérdida de la elasticidad de los tejidos pudiendo afectar a la piel y a estructuras internas (pulmón, tracto gastrointestinal, sistema vascular...). Se han descrito asociaciones con dermatosis inflamatorias, reacciones por hipersensibilidad, neoplasias, y otras enfermedades. Existen al menos 26 casos publicados de cutis laxa adquirida asociada a discrasias de células plasmáticas, tanto gammopatías monoclonales de significado incierto como mielomas múltiples. Presentamos un nuevo caso de cutis laxa adquirida generalizada en un varón con paraproteinemia monoclonal IgG y afectación sistémica.

Caso clínico: Varón de 64 años, en seguimiento por hematología desde 2008 por gammapatía monoclonal IgG-lambda de significado incierto estable, consulta por lesiones de 4 meses de evolución de inicio en axilas con posterior extensión caudal a flancos, caderas e ingles, asintomáticas, eritematosas al inicio con posterior coloración levemente violácea residual. Por lo demás buen estado general. A la exploración se evidencian placas bien delimitadas, simétricas, levemente deprimidas, sin cambios epidérmicos, con coloración eritematoviolácea. Moderada hiperlaxitud cutánea en la piel afectada y en algunas zonas formación de finas arrugas. El estudio histológico reveló una disminución de fibras elásticas en dermis y presencia de elastofagocitosis. La radiografía de tórax mostró datos de hiperinsuflación pulmonar compatibles con EPOC. La analítica fue normal, salvo el dato ya conocido de hiperIgG monoclonal-lambda de 1.75 g/dl. Resto de pruebas complementarias normales. Con todo esto llegamos al diagnóstico de cutis laxa adquirida generalizada asociada a gammapatía monoclonal IgG con afectación pulmonar.

Discusión: La etiología de la cutis laxa adquirida es desconocida, si bien se han postulado diferentes mecanismos patogénicos. En algunos casos de asociación entre cutis laxa y paraproteinemia IgG se han encontrado depósitos de dicha Ig en las fibras elásticas lo cual podría provocar la fijación de complemento y consiguiente destrucción de las mismas. La cutis laxa adquirida generalizada puede asociar afec-

tación gastrointestinal y cardiopulmonar de graves consecuencias, por lo que debe ser reconocida de modo temprano.

3. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS INFANTIL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Valdivielso-Ramos, A. Torrelo, V. Parra, R. Gamó, M. Feito y J.L. Rodríguez-Peralto

Hospital Infanta Leonor. Hospital Niño Jesús. Hospital Gregorio Marañón. Hospital Fundación Alcorcón. Hospital La Paz. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma de partes blandas de grado intermedio de malignidad, caracterizado por un alto índice de recurrencias locales, y una baja capacidad metastásica. Es muy infrecuente en la infancia, con tan solo un 6% de estos tumores diagnosticados en la edad pediátrica.

Material y métodos: El objetivo de este estudio es el de conocer la incidencia real del DFSP en la edad infantil, así como el de analizar las peculiaridades y similitudes encontradas con respecto a la población adulta. Se realiza un estudio retrospectivo en los hospitales de la Comunidad de Madrid, para conocer la incidencia de esta neoplasia en los últimos 11 años (2000-2011) en la población de menos de 18 años de edad. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, histopatológicos, genéticos, terapéuticos y de supervivencia de estos pacientes.

Resultados: Se discuten los resultados obtenidos.

Discusión: Aunque todos los autores están de acuerdo en que el DFSP es un tumor muy infrecuente en la edad pediátrica, son escasas las publicaciones epidemiológicas infantiles. Gooskens en una revisión en el año 2010, recoge tan solo 166 casos publicados en la literatura. La presentación clínica, las características histopatológicas e inmunohistoquímicas y la traslocación entre los cromosomas 17 y 22, y su asociación con el producto de fusión COL1A1-PDGFB en la infancia son similares a las observadas en los adultos. Sin embargo en los niños se ha descrito una mayor frecuencia de localización de las lesiones en las extremidades inferiores y en las zonas acras, una menor incidencia de recurrencias tumorales, y la existencia de metástasis como algo excepcional. Es importante recalcar la dificultad diagnóstica de este tumor en la fase no-protuberante, que junto a su rareza en los niños, hace que en ocasiones el diagnóstico no se realice hasta la edad adulta. La media clínica para llegar a un diagnóstico definitivo en algunas series infantiles es de unos 5 años, con casos de hasta 14-15 años.

Bibliografía

- Gooskens SL, Oranje AP, Adrichem ANA, et al. Imatinib mesylate for children with dermatofibrosarcoma protuberans. *Pediatr Blood Cancer*. 2010;55:369-73.
- Iqbal CW, Peter SS, Ishitani MB. Pediatric dermatofibrosarcoma protuberans: multi-institutional outcomes. *J Surg Research*. 2011;170:69-72.
- Monnier D, Vidal C, Martin L. Dermatofibrosarcoma protuberans: a population-based cancer registry descriptive study of 66 consecutive cases diagnosed between 1982 and 2002. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:1237-42.

4. ÚLCERAS PIODERMA GANGRENOSO-LIKE

B. Rubio-González, M. Castellanos-González, M.M. Bugués-Calderón, C. Zarco Olivo y F. Vanaclocha Sebastián

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. España.

El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea ulcerativa crónica, recurrente y poco frecuente, que tiene una presentación morfológica característica y suele asociarse a enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn), artritis (astri-

tis seronegativas, espondilitis de la enfermedad inflamatoria intestinal y artritis reumatoide), y con enfermedades hematológicas (leucemia mielógena, tricoleucemia, mielofibrosis y gammapatía monoclonal). No existen datos analíticos ni histopatológicos específicos y el diagnóstico se establece por exclusión. Presentamos a una paciente de 61 años de edad, con úlceras en tronco y miembros inferiores de año y medio de evolución, clínicamente sugestivas de (PG). El estudio realizado no mostró datos de enfermedad asociada con dicha patología y el tratamiento con múltiples fármacos para el PG (prednisona, ciclosporina, azatioprina, antisépticos con ciclos antibióticos, etanercept) mostraron una respuesta escasa. Entre las múltiples investigaciones se identificó mutación en homocigosis C677T para el gen de la metiltetrahidrofolato reductasa (MTHFR). Con el tratamiento exclusivo de vitaminas del complejo B (B1, B6, B12) y ácido fólico, las lesiones se resolvieron en semanas y tras seis meses de seguimiento posterior, persisten inactivas. Como conclusiones, destacamos en primer lugar la importancia de establecer el diagnóstico de (PG) como diagnóstico de exclusión. Por otra parte, distintos polimorfismos en el gen de la metiltetrahidrofolato reductasa disminuyen la actividad enzimática y promueven un estado de hipercoagulabilidad, con formación de úlceras cutáneas similares al PG, resistentes a tratamientos convencionales. De esta manera, y siguiendo la línea de recientes artículos publicados, el tratamiento con suplementos vitamínicos podría mejorar significativamente estas úlceras y el estudio del gen MTHFR nos ayudaría, en casos seleccionados, a determinar su patogenia.

Bibliografía

- New D, Eaton P, Knable A, P.Callen J. The use of B vitamins for cutaneous ulcerations mimicking Pyoderma Gangrenosum in patients with MTHFR Polymorphism *Arch Dermatol*. 2011;147:450-3.

5. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS LINFOMAS CUTÁNEOS DE CÉLULAS T EN EL HGUGM

D.E. Cieza Díaz^a, I. Longo Imedio^a, J. Menarguez Palanca^b, C. Ceballos Rodríguez^a, A. Pulido Pérez^a, P. Borregón Nofuentes^a y R. Suárez Fernández^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: Los linfomas cutáneos primarios (LCP) constituyen el segundo grupo en frecuencia de linfomas no Hodgkin extraganglionares y los linfomas cutáneos de células T (LCCT) representan el 75-80% de estos. Debido a su escasa incidencia anual existen pocos estudios epidemiológicos, la mayoría provenientes de las grandes bases de datos del registro de cáncer de EEUU o de algunos países de Europa y Japón.

Objetivos: Ver el número de pacientes que han sido seguidos en el servicio de dermatología del HGUGM desde el año 2000 hasta junio de 2010 y describir la frecuencia de cada tipo según la clasificación de los LCCT (EORTC-OMS 2005); así como sus características epidemiológicas, clínicas y evolutivas.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas.

Resultados: Se obtuvieron un total de 53 pacientes con diagnóstico de LCCT, 29 pacientes (54,7%) fueron diagnosticados entre 2002 y 2005. La micosis fungoide (MF) fue el tipo de LCCT más frecuente (64,2%), seguido de los trastornos linfoproliferativos cutáneos primarios CD30+ (TLCP CD30+) y el tercer grupo en frecuencia corresponde al linfoma cutáneo primario pleomorfo de células T de pequeño/mediano tamaño CD4+, una entidad recientemente descrita. La edad media al diagnóstico fue de 51,6 años y el tiempo de evolución al diagnóstico fue largo (mediana de 2 años). El 71,1% y el 43,4% de los pacientes habían recibido un diagnóstico previo diferente, clínico e histológico, respectivamente. Nuestros pacientes con MF tuvieron una supervivencia de 92,3% a un seguimiento máximo de 17 años.

Conclusiones: Nuestra serie retrospectiva de casos de LCCT muestra una frecuencia, unas características epidemiológicas, clínicas y evolutivas distintas a los descritos en otras poblaciones; con un incremento en el diagnóstico entre los años 2002-2005.

6. ACNÉ FULMINANS INDUCIDO POR ISOTRETINOÍNA

L. Noguera Morel, R. Moreno Alonso de Celada, P. Maldonado Cid, K. Vorlicka, A. Rodríguez Bandera y P. Herranz Pinto

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

El acné fulminans es una forma rara y muy severa de acné. Afecta sobre todo a varones de 13-22 años y se caracteriza por gran afectación sistémica y empeoramiento de las lesiones de acné. Presentamos el caso de un varón de 15 años de edad que ha ingresado a nuestro centro por presentar malestar general, fiebre alta, altragias y empeoramiento brusco de lesiones de acné. Dos semanas antes de su ingreso inició tratamiento con isotretinoína a dosis 20 mg/10 mg en días alternos. Al examen físico presentaba lesiones úlcero-necróticas redondeadas con bordes prominentes y fondo exudativo en tórax superior. En análisis de sangre al ingreso, destaca aumento de reactantes de fase aguda con importante leucocitosis. El resto de las pruebas, incluido cultivos, fueron negativas. Se realizó estudio histopatológico sin que este fuera concluyente. Con estos datos se le diagnosticó de acné fulminans y se inició tratamiento corticoideo sistémico con muy buena evolución clínica y analítica. La fisiopatología de acné fulminans es desconocida. La teoría más aceptada sugiere que se trata de una reacción inmunológica de hipersensibilidad de tipo III/IV a antígenos relacionados con *Propionibacterium acnes*. El acné fulminans se asocia con síndromes como el SAPHO o PAPA. Esta asociación y la buena respuesta al tratamiento con infliximab, descrita en la literatura, sugiere implicación de algunas citoquinas en la patogenia de esta entidad, entre ellas el TNF- α . Se han descrito casos inducidos por isotretinoína, la cual es paradójicamente uno de los tratamientos actualmente usados. Las últimas revisiones recomiendan corticoides sistémicos como tratamiento de primera línea en dosis 0,5-1 mg/kg/día en pauta descendente con duración mínima de 6 semanas. En la cuarta semana se aconseja iniciar isotretinoína a dosis bajas. Presentamos un caso de acné fulminans inducido por isotretinoína con buena evolución tras tratamiento con corticoides sistémicos. Las lesiones se han resuelto dejando cicatrices extensas en la región dorsal superior y cara anterior del tronco.

Bibliografía

Zaba R, et al. Acne fulminans: explosive systemic form of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25:501-7.
Neely GM, Hein MS. Acne fulminans: a case report. *S D Med.* 2006.

7. LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN EL ÁREA GENITAL

D. Camacho, F. Feltes, S. Machan, U. Pielasinski, J.M. Revelles, I. Alcaraz, A. Juárez, L. Carrasco, C. Santonja y L. Requena

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Varón de 73 años que consulta por una extensa úlcera en región genital de varios meses de evolución. Con la sospecha de malignidad, se realizó una biopsia cutánea. El estudio histopatológico demostró la presencia de un denso infiltrado inflamatorio compuesto predominantemente por linfocitos, células plasmáticas e histiocitos con formación de granulomas necrotizantes. En el espesor del infiltrado se observaban abundantes amastigotes dispuestos intracelular y extracelularmente. El estudio para *Leishmania* por PCR fue positivo. La leishmaniasis cutánea es una enfermedad producida por los protozoos del género *Leishmania* y transmitida por las picaduras de los mosquitos *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. Las lesiones suelen localizarse en áreas expuestas a las picaduras del mosquito. La afectación del área genital es un hecho excepcional.

8. ÚLCERAS EN MIEMBROS INFERIORES DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN (CASO INTERACTIVO)

R. Navarro^a, A. Godoy^a, D. de Argila^a, J. Fraga^b y A. García-Díez^a

^a*Servicio de Dermatología;* ^b*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España.*

Varón de 41 años que acude a nuestra consulta en nuestro servicio por la aparición 1 año antes de 2 placas eritemato-descamativas asintomáticas en región anteromedial de ambas piernas, que habían aumentado progresivamente de tamaño adquiriendo una superficie ulcerada y costrosa 9 meses más tarde. Seis meses después del inicio de las primeras lesiones, apareció una lesión similar en región interna de pierna izquierda, con la misma evolución y de menor tamaño. No sintomatología sistémica. No adenopatías, masas ni megalias. La biopsia mostró una dermatitis granulomatosa tuberculoide. El diagnóstico de certeza se obtuvo mediante pruebas específicas. La evolución fue satisfactoria tras el tratamiento correspondiente. ¿Cuál es su diagnóstico?

Madrid, 26 de abril de 2012

Conferencia del experto

1. TELEDERMATOLOGÍA Y FOTO DIGITAL EN DERMATOLOGÍA

G. Romero

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Ciudad Real. España

Moderador: Francisco Vanaclocha Sebastián. *Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.*

Comunicaciones libres

1. VALIDACIÓN DE LA DERMATOSCOPIA COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA DE QUERATOSIS ACTÍNICAS

M. Huerta Brogeras, A. Hernández, E. Castaño, P. Espinosa, M. Aguado, M. Utrera, A. Komaromy y J. Borbujo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Presentamos un estudio de validación de la dermatoscopia como técnica de imagen, no invasiva a tiempo real para diagnóstico de queratosis actínicas. Se diseñó un estudio prospectivo para validación de una prueba diagnóstica. Se llevó a cabo una comparación ciega e independiente entre el diagnóstico dermatoscópico y el histológico, patrón oro en el diagnóstico de queratosis actínicas. Se realizaron ambas pruebas en todos los pacientes. Se registraron un total de 178 lesiones en 178 pacientes, dentro de la consulta de dermatología del Hospital Universitario de Fuenlabrada. La concordancia entre la dermatoscopia y la histología fue de 0,917. La sensibilidad de la dermatoscopia para el diagnóstico de queratosis actínicas fue de 98,7%. La especificidad fue de 95%, el cociente de probabilidad positivo fue de 19,74 y el cociente de probabilidad negativo fue 0,01368. El algoritmo diagnóstico que combina solo tapones foliculares y pseudorretículo consigue una sensibilidad de 95%, 57% y especificidad de 95%. La dermatoscopia es una técnica de imagen no invasiva que puede usarse como herramienta diagnóstica en queratosis actínicas.

2. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE VIH EN DERMATOLOGÍA

A. Nuño González^a, M.D. Martín Ríos^b, J.E. Losa García^c,
M. Andreu Barasoain^a, A. Pampín Franco^a, D. Caro Gutiérrez^a,
D. Ruiz Genao^a, E. Gómez de la Fuente^a y J.L. López Estebanz^a

^aUnidad Dermatología; ^bUnidad de Medicina Preventiva; ^cUnidad de Infecciosas. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: La infección por VIH siempre ha estado relacionada con manifestaciones cutáneas. Muchas de ellas se presentan en cualquier momento de la enfermedad, como las dermatosis inflamatorias, que pueden ser de curso grave o atípico o algunas infecciones cutáneas como el herpes zóster. Otras están relacionadas con el medio de transmisión como las infecciones de transmisión sexual (ITS). Todas estas manifestaciones cutáneas pueden hacer al dermatólogo sospechar infección por VIH.

Material y métodos: En el periodo de enero de 2010 a junio de 2011 se recogen todos los pacientes diagnosticados de VIH en nuestra área, los datos demográficos, el especialista que lo diagnosticó, cuántos de ellos fueron diagnosticados por el dermatólogo y por qué motivo. Secundariamente se recogen las patologías dermatológicas previas que presentaron todos los pacientes diagnosticados de VIH.

Resultados: Tras el médico de atención primaria, el dermatólogo es el especialista en nuestro área sanitaria que más pacientes VIH ha diagnosticado. Los diagnósticos dermatológicos más frecuentes fueron las ITS, o el síndrome mononucleósico. De todos los pacientes diagnosticados de VIH en nuestro Hospital, la mitad habían consultado previamente al dermatólogo y un porcentaje importante por ITS.

Discusión: La incidencia de VIH está aumentando en nuestro medio, especialmente en la población inmigrante y en los homosexuales. El diagnóstico precoz es el mejor medio de evitar la transmisión y de realizar un tratamiento eficaz para prevenir la morbilidad y la mortalidad asociados a la enfermedad por VIH. Analizamos las manifestaciones cutáneas más frecuentes relacionadas con el diagnóstico de VIH, y el papel del dermatólogo en el diagnóstico de estos pacientes.

3. ESTUDIO DEL ANTICUERPO P155/140 EN NUESTROS PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS

M.J. Concha^a, E. Gallo^a, P. García-Martín^a, B. Colom^b,
C. Cuesta-Mateos^b, C. Muñoz^b, C. García^a y A. García-Díez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Inmunología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción y objetivos: La dermatomiositis (DM) del adulto es una enfermedad sistémica que se asocia a enfermedades neoplásicas, sin embargo, no existen factores predictivos o marcadores de malignidad específicos. En el año 2006 se describe un nuevo anticuerpo llamado p155/140, dirigido contra una proteína nuclear conocida como factor transcripcional intermediario 1-y (TIF1-y), implicada en la diferenciación celular. Este anticuerpo se determina mediante marcaje celular radioactivo y posterior inmunoprecipitación (IP). Es específico de DM y debido a su alto valor predictivo negativo (sobre 90%), tendría una alta capacidad para descartar malignidad, además, su presencia sería útil para seleccionar a un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de presentar neoplasia, que requerirían estudios más exhaustivos. En la actualidad, debido a la complejidad de la técnica no se encuentra disponible para su uso rutinario. En 2011, el servicio de inmunología de nuestro hospital ha puesto a punto una técnica de determinación mediante marcaje con biotina y posterior IP, lo que evita la utilización de material radiactivo.

Material y métodos: Diecisiete pacientes con DM, diagnosticados entre 1996 y 2011, y actualmente en seguimiento en nuestro servicio fueron estudiados mediante IP utilizando extractos de células

k562 (línea celular de leucemia mieloide crónica), marcadas con biotina. Luego se realizó electroforesis en un gel en gradiente de acrilamida, que luego es transferida a una membrana de nitrocelulosa revelada con Streptavidina-HRP para localizar la banda proteica. Como control positivo de la técnica se utilizó un suero positivo para este anticuerpo, que fue validado por el grupo de trabajo del Hospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona, quienes realizan la técnica original.

Resultados: De los 17 pacientes estudiados, 13 mujeres y 4 hombres, 7 presentaban una DM clásica y 10 una DM clínicamente amio-pática. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue 55,6 (22-90). Cinco pacientes (29,4%) presentaron el anticuerpo p155/140 positivo y 12 pacientes negativo (70,5%). El promedio de seguimiento de cada grupo fue de 7,5 y 4,4 años, respectivamente. Hasta el momento, solo en 3 pacientes hemos detectado una neoplasia asociada (tiroides, mama y pulmón). Dos de ellos, con un seguimiento de aproximadamente 6 años, presentaron un anticuerpo p155/140 negativo, y el otro paciente restante, con un seguimiento de 7 años, presentó el anticuerpo p155/140 positivo.

Conclusiones: La técnica desarrollada en nuestro hospital nos parece útil y posible de aplicar al no requerir marcaje con radioactividad. La positividad de este anticuerpo observada en nuestros pacientes con DM (29,4%) es similar a lo publicado en otros trabajos. Sin embargo, del total de pacientes con anticuerpo p155/140 positivo, solamente a un 20% (1/5) se le ha detectado una neoplasia, y el porcentaje de neoplasias desarrolladas en pacientes con este anticuerpo negativo fue de 16,6% (2/12), lo cual es más alto que lo reportado en la literatura. Estos hallazgos podrían deberse al corto periodo de seguimiento de alguno de nuestros pacientes y al pequeño número aún estudiado.

4. LA PATOLOGÍA CLÁSICA EN DERMATOLOGÍA SIGUE EXISTIENDO A PROPÓSITO DE UNA ÚLCERA DE MARJOLIN

D. Estrella Aquino, G. Ughelli Yampey, F. Lirón de Robles Pérez,
D. de Agustín, J. García Funes, L. Luelmo Granados,
S. Vidal Asensi y C. Arjona Manuel

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Paciente que tras haber sufrido una quemadura con agua hirviendo en cuero cabelludo en la infancia que ocasionó una cicatriz extensa y una úlcera central que según refiere no llegó a cicatrizar tras más de 60 años de evolución sobre la úlcera y de forma abrupta aparece una lesión tumoral de rápido crecimiento, menos de un mes. Se comunica los estudios y procedimientos terapéuticos empleados en este paciente hasta llegar a su resolución.

5. PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FUNDACIÓN AEDV

B. Aranegui Arteaga e I. García-Doval

Unidad de Investigación de la Fundación AEDV.

Mediante esta comunicación queremos presentar a los académicos de la Sección Centro la Unidad de Investigación de la Fundación AEDV, que se ha creado con la finalidad de aumentar la investigación colaborativa en la AEDV, así como el peso científico de la Academia y de los académicos, tanto a nivel nacional como internacional. Esto se llevará a cabo inicialmente mediante dos tipos de proyectos: la creación de revisiones sistemáticas y la realización de estudios de investigación multicéntricos. Además tendrá un aspecto docente con, al menos, dos cursos anuales: de introducción a la investigación clínica dermatológica y de revisiones sistemáticas. Os animamos a participar en las actividades de esta nueva unidad, a utilizar sus servicios y a asistir a sus cursos.

6. TOXICIDAD CUTÁNEA ASOCIADA AL VEMURAFENIB EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO

V. Sanz-Motilva^a, E. Riveiro-Falkenbach^b, E. Nagore^d, D. Llorca^d, M. Castellanos-González^a, J. Sanz-Bueno^a, V. Monsálvez-Honrubia^a, J.L. Rodríguez-Peralto^b, V. Traves^e, J.A. López-Martín^c, F. Vanaclocha-Sebastián^a y P.L. Ortiz-Romero^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Oncología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España. ^dServicio de Dermatología; ^eServicio de Anatomía Patológica. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción: Aproximadamente el 50% de los melanomas cutáneos presentan una mutación en el gen BRAF. El vemurafenib es un inhibidor competitivo de la vía de las MAP quinasas que bloquea la forma activada de BRAF impidiendo la función de ERK.

Objetivo: Realización de un estudio prospectivo acerca de los efectos cutáneos adversos en los pacientes que ingresaron en un programa de acceso expandido al vemurafenib entre mayo de 2011 y marzo de 2012 en dos hospitales españoles.

Material y métodos: Se llevó a cabo una valoración pretratamiento y visitas según protocolo que consistían en un examen físico, toma de fotografías y biopsias cuando se consideró necesario. Se recogieron los siguientes datos: características del tumor primario, localización de las metástasis, duración media del tratamiento, terapias previas, efectos adversos cutáneos y manejo de los mismos.

Resultados: Se reclutaron 27 pacientes en el periodo de tiempo referido (14 varones y 13 mujeres). La media de duración del tratamiento con vemurafenib fue de 3,4 meses (102 días). El 88% de los pacientes presentó algún efecto secundario cutáneo, siendo los más frecuentes la xerodermia (88%) y la queratosis pilar (68%). El tercer efecto adverso más prevalente fue la verruga vulgar (63%) seguido del eritema facial (27%) la alopecia (22%), la hiperqueratosis del pezón (22%) el carcinoma epidermoide y queratoacantoma (22%), la fototoxicidad (18%) y la paniculitis (13%). Otros efectos adversos poco frecuentes que presentaron menos del 10% de pacientes fueron: 2 dermatosis tipo Grover, 2 epitelomas basocelulares nodulares, 2 exantemas maculo-papulares, una reacción acneiforme, una hipertriosis de cejas y pestañas entre otros. Cabe destacar que hasta en el 18 % de los casos se hallaron cambios dismaturativos leves-moderados en las biopsias de las dermatosis anteriormente referidas.

Conclusiones: El vemurafenib es un fármaco indicado para el tratamiento del melanoma metastático que asocia efectos adversos cutáneos en la mayoría de los pacientes. El perfil de toxicidad cutánea es en general bien tolerado por el paciente sin requerimiento de modificación de dosis ni suspensión del fármaco. Es importante conocer el perfil de sus efectos adversos ya que probablemente se incorpore próximamente a nuestra práctica clínica habitual como dermatólogos

Palabras clave: Melanoma. Vemurafenib. Toxicidad.

7. ALTERACIÓN DE LA PIGMENTACIÓN ASOCIADA A SÍNDROME DE OMENN

P. Maldonado Cid^a, L. Noguera Morel^a, V. Sanz Motilva^b, R. Moreno Alonso de Celada^a, M. Feito-Rodríguez^a, M.J. Beato Merino^c, I. González^d y R. de Lucas Laguna^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^dServicio de Inmunología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Presentamos el caso de una niña con alteraciones de la pigmentación de la piel y el pelo asociadas a síndrome de Omenn. Una niña comienza a los 2 meses de edad con diarrea crónica, fallo de me-

dro, infecciones de repetición y eritrodermia, con IgE elevada en suero. Se realizó estudio completo en el H. Universitario 12 de Octubre, con analítica, biopsia cutánea y estudio de quimerismo en sangre periférica y piel. Con los datos clínicos, analíticos e histológicos el diagnóstico fue de síndrome de Omenn, una variante de inmunodeficiencia combinada severa. Posteriormente se llevó a cabo un estudio genético, detectándose una mutación en el gen de la DNA ligasa IV. Tras el diagnóstico se inició tratamiento con ciclosporina en Igs y fue derivada a nuestro hospital para tratamiento con trasplante alogénico de médula ósea. Las lesiones cutáneas fueron tratadas con corticoterapia tópica, con evolución fluctuante de la eritrodermia. Unos días antes del trasplante de médula ósea la niña, además de la eritrodermia y descamación difusas, desarrolló varias lesiones maculares hiperpigmentadas y grisáceas circulares muy bien delimitadas distribuidas en el tronco y las extremidades. Tras el trasplante alogénico de médula ósea estas lesiones aumentaron en número. A la exploración la niña además presentaba poliosis que había aparecido progresivamente en cuero cabelludo y las cejas. Se realizó biopsia cutánea de una de las lesiones pigmentadas, con resultado de dermatitis psoriasiforme, compatible con síndrome de Omenn. Preciso tratamiento para control de su enfermedad de base y de las complicaciones infecciosas secundarias con ciclosporina, micofenolato, prednisolona, alopurinol, voriconazol, metronidazol y septrim. Las lesiones cutáneas hiperpigmentadas fueron tratadas con tacrolimus tópicamente con atenuación progresiva. Se han descrito dos casos en la literatura de asociación entre alteraciones de la pigmentación y la inmunodeficiencia combinada severa. El diagnóstico diferencial incluye alteraciones de la pigmentación por enfermedad de injerto contra huésped, el vitiligo generalizado y las reacciones a medicamentos, que fueron excluidos en nuestro caso con los datos clínicos y las pruebas complementarias.

8. METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO A CARCINOMA ESPINOCELULAR

S. Machan, F. Feltes, U. Pielasinski, D. Camacho, J.M. Revelles, I. Alcaraz, L. Fuertes, R. Haro, A. Juárez, A. Molina, J. Angulo, L. Vallés, J.L. Díaz, L. Carrasco, M.C. Fariña, L. Martín, C. Santonja y L. Requena

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid. España.

Introducción: Las metástasis cutáneas de neoplasias gástricas son poco frecuentes. Suelen aparecer en la pared abdominal o alrededor de cicatrices quirúrgicas. Sólo se han descrito dos casos de adenocarcinoma gástrico metastatizante a neoplasia cutánea. Presentamos un nuevo caso de adenocarcinoma de células en anillo de sello (CAS) de estómago que dio metástasis a un carcinoma espinocelular del cuero cabelludo.

Caso clínico: Varón de 85 años con antecedentes personales de adenocarcinoma de CAS estadio IV (T4, N1, M0) y gastrectomía parcial asociada a linfadenectomía que fue remitido a nuestro servicio por una lesión cutánea localizada en el cuero cabelludo de reciente aparición. A la exploración física, presentaba una tumoración dura eritematosa con una costra queratósica central. Bajo el juicio clínico de queratoacantoma/carcinoma espinocelular se extirpó. El estudio histopatológico mostró un carcinoma de células escamosas con superficie papilomatosa. La base de la lesión mostró lóbulos irregulares de epitelio escamoso pálido que se extendía a la dermis reticular, sin infiltración perineural ni vascular. En la base de la neoplasia, se identificaba una segunda población citológica neoplásica de CAS, con grandes vacuolas intracitoplasmáticas que comprimían el núcleo en la periferia de las células. Estas células se entremezclaban con los queratinocitos neoplásicos del carcinoma espinocelular en un patrón salpicado y formaba agregaciones en otras zonas. Se confirmó la presencia de una doble población celular y del origen metastático mediante tinciones especiales e inmunohistoquímicas. Se

estableció el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico de CAS metastásico a carcinoma espinocelular. El paciente rechazó cualquier tratamiento adicional y falleció 8 semanas después.

Discusión: La metástasis de tumor a tumor es un fenómeno raro. Se ha visto que las neoplasias benignas hacen de receptoras con más frecuencia que las malignas, con solo tres casos descritos. En cuanto a las neoplasias malignas de CAS, el diagnóstico diferencial histopatológico incluye todas aquellas neoplasias cutáneas con células en anillo de sello (carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular, neoplasias melanocíticas, etc). El diagnóstico se hace en base a sus características histológicas e inmunohistoquímicas. El estudio inmunohistoquímico es útil en la determinación del origen primario o metastásico, así como del origen del tumor metastásico.

Conclusiones: Destacamos la importancia de un estudio cuidadoso de las muestras patológicas, ya que puede haber hallazgos patológicos inusuales sin sospecha clínica.

Palabras clave: Metástasis de tumor a tumor. Metástasis cutánea. Carcinoma espinocelular. Adenocarcinoma de células en anillo de sello.

9. LEPRO: ESPECTRO CLÍNICO DE UNA ENFERMEDAD IMPORTADA

A. Pulido^a, M.D. Mendoza^a, P. Borregón^a, M.C. Ceballos^a, C. Campos^a, J.A. Avilés^a, M.J. Ruiz^b, V. Parra^c y R. Suárez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Microbiología; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: La enfermedad de Hansen (EH) representa una de las denominadas “enfermedades olvidadas” dada su baja incidencia y prevalencia en los países de renta media-alta. Clínicamente puede presentarse bajo un amplio abanico de manifestaciones neurocutáneas, aunque, en ocasiones, el compromiso sistémico enmascara los hallazgos clásicos. A continuación, se describen las características clínicas pertenecientes a 6 pacientes diagnosticados de EH en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, entre los años 2007-2011.

Casos clínicos: Se presentan 6 casos de lepra diagnosticados en los últimos cuatro años, de los cuales 2 corresponden a las formas de lepra polar o subpolar de la clasificación de Ridley y Jopling (polo lepromatoso-polo tuberculoide) y 4 al espectro borderline. Dos pacientes presentaron leprorreacciones (tipo 1 o 2) en el momento del diagnóstico y en su seguimiento. Todos los sujetos procedían de regiones rurales de América Latina, África o Asia, aunque residían en España durante, al menos, los dos años previos al inicio de los síntomas. El motivo de consulta fundamental fue la exacerbación de las lesiones cutáneas preexistentes o la asociación de sintomatología neurológica periférica. Sin embargo, en uno de los casos la fiebre y el síndrome constitucional motivaron el ingreso hospitalario. Los hallazgos anatomopatológicos y su correlación clínica, así como la presencia de micobacterias en las muestras tisulares o de linfa y el estudio molecular mediante PCR, confirmaron el diagnóstico. El tratamiento se ajustó a los esquemas terapéuticos propuestos por la OMS para cada uno de los subtipos de la enfermedad. En los estados reaccionales se asociaron esteroides sistémicos, ácido acetil salicílico o talidomida, con una respuesta clínica variable.

Discusión: A pesar de la erradicación de la lepra o EH en la población autóctona, en el momento actual continúan documentándose casos en pacientes procedentes de áreas endémicas. Dado que su semiología clásica es variada y que la incidencia en nuestro país es muy baja, su aproximación diagnóstica continúa resultando un reto para aquellos profesionales no familiarizados con estos cuadros. En los estados reaccionales estas limitaciones se acentúan de forma notable, ya que sus signos y síntomas pueden enmascarar las características o estigmas clásicos de la enfermedad. La demora en su diagnóstico no sólo representa un factor de riesgo para el desarrollo de potenciales secuelas funcionales, sino que implica aspectos

epidemiológicos o de salud pública que no deben pasar desapercibidos para el dermatólogo.

Madrid, 23 de junio de 2012

1. ENFERMEDAD DE MUCHA-HABERMANN ULCERONECRÓTICA Y FEBRIL

M. Andreu Barasoain^a, H. Sanz Robles^a, F.J. Salamanca Santamaría^b, A. Pampín Franco^a, A. Nuño González^a, D. Caro Gutiérrez^a, E. Naz Villalba^a, E. Gómez de la Fuente^a y J.L. López Estebanz^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

La enfermedad de Mucha-Habermann úlcronecrótica y febril (EMHUF) es una forma rara y grave de pitiriasis liquenoide varioliforme aguda (PLEVA), caracterizada por una erupción brusca de lesiones ulceronecroticas diseminadas asociadas a fiebre y síntomas sistémicos. Describimos el caso de un varón de 38 años sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por un brote de lesiones cutáneas generalizadas de 2 semanas de evolución. A la exploración física se apreciaba una erupción polimorfa generalizada de pápulas eritematosas y lesiones vesiculohemorrágicas. Se cursó ingreso para estudio. La biopsia de una de las lesiones mostró hallazgos compatibles con PLEVA. Inicialmente el paciente estaba afebril, con buen estado general y sin alteraciones analíticas relevantes. Se tomaron cultivos de las lesiones que fueron estériles. Se inició tratamiento con corticoides orales a dosis de 1 mg/kg/día y curas locales. Dos semanas después de iniciar el tratamiento comenzó con fiebre, hipertransaminasemia, disnea y empeoramiento de la clínica cutánea, desarrollando múltiples lesiones vesiculoampollosas, hemorrágicas y necróticas que afectaban al 90% de la superficie corporal, respetando mucosas. Se trasladó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) donde se estableció un coma inducido para evitar el dolor intenso provocado por las curas diarias. Dada la mala evolución clínica, se añadió ciclosporina al tratamiento corticoideo. Al no obtener respuesta dos semanas después, se sustituyó por metotrexato semanal a dosis de 20 mg subcutáneos, siguiendo una lenta pero progresiva mejoría. Durante su estancia en UCI de 4 meses, presentó múltiples complicaciones, entre ellas un fracaso renal agudo que precisó hemodiálisis, sepsis por *Candida* y *Alcaligenes* especies, y trombocitopenia y anemia. El cuadro finalmente se resolvió y el paciente permanece todavía en tratamiento ambulatorio con metotrexato semanal a dosis bajas y seguimiento en nuestro servicio. En la literatura, hay muy pocos casos documentados de EMHUF. Su conocimiento, diagnóstico y tratamiento precoz es imprescindible para prevenir un curso fatal y fulminante. Nos gustaría resaltar la buena respuesta al metotrexato cuando se administra de forma temprana en los casos descritos en la literatura, y creemos que podría ser una opción terapéutica de primera línea en las formas graves de la enfermedad.

2. PITIRIASIS RUBRA PILARIS AGUDA POSTINFECCIOSA: A PRÓPOSITO DE UN CASO

U. Pielasinski, F. Feltes, S. Machan, D. Camacho, L. Carrasco, M.A. Juárez, R. Haro, I. Alcaraz, J. Angulo, L. Valles, L. Fuertes, J.L. Díaz, D. Cullen, M.C. Fariña, L. Martín y L. Requena

Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid. España.

Introducción: La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis eritematodescamativa crónica de origen desconocido, caracteriza-

da por una alteración de la queratinización epidérmica. Griffiths propuso una clasificación en 5 subtipos en función de la edad de presentación y características clínicas-pronósticas, y posteriormente Larrègue añadió una nueva variante, subtipo de la forma III de Griffiths, a la que denominó PRP aguda juvenil o postinfecciosa.

Caso clínico: Paciente de 22 meses de edad sana, fruto de una gestación de curso normal, nacida a término con excelente crecimiento pondoestatural y desarrollo psicomotor, que fue derivada a nuestro servicio por presentar una erupción psoriasisiforme con eritema palmoplantar de aproximadamente una semana de evolución que se había iniciado tras una infección respiratoria de vías altas. En la exploración física se objetivó descamación fina periorbitaria y en pabellones auriculares, lesiones hiperqueratósicas foliculares en tronco y raíz de MMII y eritema intenso a nivel de región perineal y palmo-plantar. El resto de la exploración fue rigurosamente normal. El estudio histopatológico mostró acantosis epidérmica con hiperqueratosis compacta en la que alternaban horizontal y verticalmente áreas de ortoqueratosis y paraqueratosis, además de hipergranulosis focal. En base a los hallazgos clínicos e histopatológicos, la paciente fue diagnosticada de PRP aguda postinfecciosa.

Discusión: La PRP aguda postinfecciosa es clínicamente indistinguible de la tipo III de Griffiths, diferenciándose de ésta fundamentalmente, en la ausencia de antecedentes familiares, su aparición en niños mayores de un año, la existencia de un episodio infeccioso febril previo y su curso agudo benigno y sin tendencia a la recurrencia. Aunque su etiopatogenia sigue siendo desconocida, recientemente se apoya la teoría de que pueda encuadrarse dentro del espectro de las enfermedades mediadas por superantígenos, dado que su evolución clínica y autorresolución guardan relación con estas entidades. Se teoriza que el estado epidérmico hiperproliferativo podría estar inducido por una reacción mediada por superantígenos, desencadenada por una infección previa.

Conclusiones: Presentamos un nuevo caso de PRP aguda postinfecciosa que respondió favorablemente al tratamiento con acicetrino. Creemos que esta entidad, aunque infrecuente, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las enfermedades por superantígenos.

3. MELANOSIS DEL PEZÓN Y LA AREOLA

M. Aguado^a, J.C. Tardío^b, M. Huerta^a, P. Espinosa^a, M. Utrera^a, A. Calderón^a, C. Martínez^a, M.C. García^a y J. Borbujo^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Introducción: Las máculas melanóticas son un tipo de lesiones pigmentadas benignas que se localizan típicamente en la mucosa oral (mácula melanótica labial) o en la genital (melanosis de la vulva o el pene). En el estudio histológico se observa hiperpigmentación de la basal con un discreto o nulo aumento de los melanocitos.

Caso clínico: Mujer de 34 años, con antecedentes personales de alergia a penicilinas, gestante de 32 semanas, consultaba por lesiones pigmentadas asintomáticas en la areola mamaria derecha de 11 meses de evolución. Refería aumento progresivo de las mismas durante el embarazo. A la exploración se observaba en el pezón y areola mamaria derecha varias máculas de color marrón oscuro y claro y de bordes irregulares. La dermatoscopia mostró un patrón de retículo regular. El estudio histológico de la lesión mostró una leve hiperplasia epidérmica con hiperpigmentación de la basal sin aumento de melanocitos. Con los resultados obtenidos se estableció el diagnóstico de melanosis de la areola y del pezón. En la actualidad la paciente sigue revisiones en consultas de forma periódica, sin objetivarse cambios en el aspecto de la lesión.

Discusión: La melanosis de la areola y del pezón fue descrita por primera vez por Pitis y Barber en 1990. Es una entidad poco fre-

cuente de la que se han comunicado hasta el momento seis casos en la literatura. Aparece en mujeres entre los 25 y 40 años. Se presenta como una mácula pigmentada heterogénea y unilateral. Durante la gestación se han descrito cambios en la coloración y el tamaño de la lesión, sin haber podido establecer con exactitud el papel hormonal en la evolución. En la dermatoscopia se observa un patrón en retículo. El diagnóstico definitivo es histológico. El diagnóstico diferencial incluiría el melanoma, la enfermedad de Paget pigmentada de la mama, el carcinoma basocelular pigmentado, las metástasis de carcinoma de mama u otros procesos benignos como la hiperqueratosis nevoide del pezón.

Conclusiones: Presentamos el caso de una mujer de 34 años con una melanosis de la areola y del pezón. Queremos destacar la existencia de esta patología poco habitual y la importancia de su diagnóstico histológico para descartar patologías malignas del complejo areola-pezón en las que el diagnóstico precoz tiene implicaciones en el pronóstico y manejo del paciente.

Palabras clave: Melanosis. Pigmentación. Areola.

4. ERISPELA AURICULAR CON MALA EVOLUCIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

F. Alfageme^a, G. Roustan^a, M. Hospital^a, M. Siguenza^a, M.A. Domínguez^a, M.P. Pérez-Beato^a, I. Salguero^a, E. López Negrete^a, E. Muñoz^b, C. Pérez^b, L. Suárez^c y E. Suárez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. España.

Introducción: Aunque las reacciones locales a inyección de anti TNF es la reacción cutánea más habitual en estos tratamientos, no son infrecuentes fenómenos inflamatorios cutáneos en estos pacientes que pueden traducir procesos infecciosos o sistémicos potencialmente graves.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 48 años con antecedentes de enfermedad de Crohn tratado desde hace 2 años con adalimumab quincenalmente con buen control de la clínica gastrointestinal. El paciente presenta desde hace 6 meses inflamación en el pabellón auricular izquierdo, que es tratada con cefixima, amoxicilina clavulánico, ciprofloxacino y en el último mes se añaden 30 mg de prednisona con escasa mejoría. A la exploración física destaca importante inflamación del pabellón auricular incluyendo el lóbulo asociado a adenopatía retroauricular y empastamiento de la región preauricular. La ecografía cutánea muestra importante edema e inflamación de la dermis sin signos de condritis. Se realiza biopsia del pabellón auricular en la que se aprecia infiltrado inflamatorio linfocítico difuso sin poderse apreciar microorganismos intracitoplasmáticos. Ante la inespecificidad de los datos clínicos, histopatológicos y ecográficos y la positividad de la serología para leishmania se decide realizar PCR para leishmania, que resulta positiva. Se inicia tratamiento con glucantime intramuscular con la mejoría del cuadro cutáneo.

Discusión: En enfermos sometidos terapia biológica con fármacos anti-TNF la respuesta inflamatoria frente algunos patógenos puede estar modificada clínica e histopatológicamente. La posibilidad de reactivación de parásitos intracelulares en áreas endémicas debería ser tenida en cuenta en estos pacientes como posibilidad diagnóstica.

Conclusiones: La reactivación de leishmaniasis es una posibilidad diagnóstica en cuadros inflamatorios cutáneos en enfermos sometidos a tratamiento con anti TNF. La ecografía cutánea es útil a la hora de descartar condritis en inflamaciones del pabellón auricular. La PCR para leishmania puede ser útil en enfermos inmunosuprimidos con sospecha clínica y serológica e histología negativa para leishmania.

5. EDEMA PALPEBRAL BILATERAL EN PACIENTE DE COLOR

L. Angulo Martínez, L. Maroñas Jiménez, V. Alegría Landa, C. Zarco Olivo, C. Postigo Llorente y F. Vanaclocha Sebastián

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

El edema palpebral bilateral es un signo cutáneo relacionado con múltiples etiologías como infecciones, tumores, traumatismos, dermatosis faciales y enfermedades autoinmunes. De éstas últimas la más conocida es la dermatomiositis pero también se ha descrito como manifestación cutánea de lupus eritematoso sobretodo en pacientes de raza de color. Hasta el momento actual solo se encuentran 18 casos publicados en la literatura, 10 de los cuales se corresponden con la forma de presentación inicial de la enfermedad, generalmente asociado a episodios de "flushing". Se presenta el caso de una mujer de 42 años de edad, natural de Santo Domingo, que acude a las consultas por presentar edema palpebral y malar bilateral, con episodios de "flushing", que relaciona con la fotoexposición y discreto eritema malar de dos meses de evolución. Como sintomatología acompañante, la paciente comenta astenia más intensa en las dos últimas semanas con artralgias de varias articulaciones y diarrea sin productos patológicos. En las pruebas complementarias destaca leucopenia a expensas de una neutropenia con anticuerpos antineutrófilos, proteinuria en el límite de la significación con indicios de sangre en el sedimento urinario e hipergammaglobulinemia tipo IgG elevada. La autoinmunidad mostró anti-nucleares positivos a título de 1/640, anti DNA positivo 1/50, anti Sm positivo, anti RNP positivo, Anti Ro positivo, Anti La positivo. Con todo ello cumplía criterios de lupus eritematoso sistémico según la clasificación de la "American college of Rheumatology" revisada en 1982. La clínica y las pruebas complementarias permitieron descartar otras patologías asociadas al edema palpebral. Como conclusión queremos hacer hincapié en la inusual forma de presentación de lupus eritematoso sistémico mediante el edema palpebral bilateral, sobre todo en personas de color, donde es más difícil valorar el eritema.

Palabras clave: Lupus eritematoso sistémico. Edema palpebral.

6. ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO POR ADITIVOS DE LAS GOMAS DE ORIGEN INUSUAL

P. García Martín, E. Sotomayor López, M.J. Concha Garzón, A. Godoy Traperero, J. Sánchez Pérez y A. García Díez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: Durante el proceso de vulcanización del caucho se añaden numerosos aditivos (aceleradores de la vulcanización, antioxidantes y antidegradantes) que confieren mayor elasticidad y previenen su degradación. Estas sustancias se pueden liberar poniéndose en contacto con la piel, especialmente bajo condiciones de calor y humedad. Algunas de ellas tienen alto poder sensibilizante y pueden ser causa de dermatitis alérgica de contacto.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 59 años, prejubilado, que consulta por la aparición 2 meses antes de pápulas eritematosas pruriginosas en cara ventral de antebrazo derecho que evolucionaron a la formación de una placa eritemato-descamativa. Las pruebas epicutáneas con la batería estándar mostraron positividad a las 48 y 96 horas para la mezcla de gomas negras. Con la batería de gomas negras y propios (goma negra de la escalera del metro) se objetivó positividad a las 48 y 96 horas para la N-fenil-N'-ciclohexil-p-fenilendiamina (CPPD), la N,N'-difenil-p-fenilendiamina (DPPD), la N-isopropil-N-fenil-p-fenilendiamina (IPPD), el 2-mercaptobenzotiazol y el propio. El paciente viajaba diariamente en metro desde la juventud. Caso 2: varón de 59 años, conserje de una urbanización con jardín, que desde hace 4 años presenta brotes en primavera y verano de lesiones papulosas eritematosas y vesiculosas pruriginosas inicialmente localizadas en antebrazo derecho y palma de mano

derecha y posterior extensión a región facial y resto del cuerpo. Las lesiones desaparecen durante los meses de invierno. Se realizaron pruebas epicutáneas con las baterías estándar, cosméticos, fragancias y plantas que mostraron positividad a las 48 y 96 horas para la mezcla de gomas negras y la parafenilendiamina (posible reactividad cruzada, sin relevancia presente). Además a las 96 horas se objetivó positividad para la mezcla de mercapto y el mercaptobenzotiazol. El paciente viajaba en metro durante unas 2 horas diarias. Además refería la utilización de una manguera de goma que sujetaba con la mano y el antebrazo derecho y tijeras de mango de goma negra. Las pruebas epicutáneas con la batería de gomas negras y propios (goma negra de la escalera del metro) mostraron positividad a las 48 y 96 h para la CPPD, la DPPD, la IPPD, el morfolinilmercaptobenzotiazol (MOR), la difenilguanidina y la N-fenil-2-naftilamina. Además a las 96 horas se observó positividad también para el 2-mercaptobenzotiazol, la hexametilentetramina, el diaminodifenilmetano y el propio.

Discusión: La sensibilización a aditivos de la goma se observaba tradicionalmente en los trabajadores de la industria del caucho. En los últimos años se está observando una mayor sensibilidad entre los usuarios de productos elaborados con caucho (guantes, botas, etc.) en su ambiente laboral. Sin embargo, la sensibilización a aditivos de la goma en relación con su uso no ocupacional es excepcional. Presentamos dos casos de eccema alérgico de contacto por aditivos en relación con una exposición a la cinta de goma del transporte del metro en ambos casos, y en uno los casos también se confirmó una exposición laboral a las gomas.

Palabras clave: Caucho. Gomas negras. Eccema alérgico de contacto.

7. DERMATOSIS NEUTROFÍLICA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E. Chavarría Mur^a, D. Velázquez Tarjuelo^a, C. Mauleón Fernández^a, E. Balbín Carrero^a, S. Galiano^a, M.A. Martín Díaz^a, B. Sánchez Albusua^a, C. Silvente San Nicasio^a, M. Valdivielso Ramos^b, I. Casado Fariñas^a y P. de la Cueva Dobao^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 82 años de edad con lesiones cutáneas progresivas generalizadas asintomáticas y artralgias. En la analítica se hallaron ANA+ 1/1280, AntiRNP+ y AntiSm+. El estudio histológico de las lesiones cutáneas mostraba un infiltrado inflamatorio neutrofílico en la dermis sin alteraciones en la epidermis. La paciente cumplía criterios de la ACR para lupus eritematoso sistémico (LES) y los criterios de Siu y Liu para síndrome de Sweet (SS). Se diagnosticó a la paciente de SS como presentación inicial de LES. Se descartó mediante un estudio de extensión causa paraneoplásica del SS.

Discusión: Con nuestro caso son ya 14 los casos descritos en la literatura médica de asociación SS y LES. 2 de dichos casos están descritos en población pediátrica. En 6 casos el LES no era previamente conocido y el SS fue la presentación inicial, al igual que en nuestro caso. En todos los casos el estudio histológico de las lesiones cutáneas fue compatible con una dermatosis neutrofílica, y sólo en los casos en que el LES era ya conocido aparecían hallazgos sugestivos de lupus eritematoso en las biopsias de las lesiones. 3 de los casos de LES habían sido inducidos por hidralazina y en 2 de los casos se dudaba del papel del aciclovir (fármaco que se administró a dichos pacientes por sospecha de infección herpética) como factor precipitante del SS. Ninguno de los pacientes desarrolló un lupus eritematoso neutrofílico no ampolloso ni un lupus eritematoso ampolloso.

Conclusiones: Presentamos un nuevo caso de asociación SS y LES, siendo el SS la presentación inicial del LES, en una mujer de edad avanzada. Destacamos la importancia de solicitar las pruebas com-

plementarias necesarias para descartar la existencia de un LES no conocido en aquellos pacientes con SS.

8. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS 102 PRIMEROS CASOS DE UN BROTE DE LINFOGRANULOMA VENÉREO DETECTADO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

T. Puerta López^a, M. Rodríguez Domínguez^b, B. Menéndez Prieto^a, M. Vera García^a, P. Clavo Escribano^a, M. Villa Escamilla^a, T. Hellín Sanz^b, C. Rodríguez Martín^a, J.C. Galán Montemayor^b y J. del Romero Guerrero^a

^aCentro Sanitario Sandoval. Comunidad de Madrid. ^bServicio de Microbiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual (ITS) emergente causada por los genotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis* (CT). Este estudio describe los casos clínicos y epidemiológicos de un brote de LGV detectado en Madrid.

Material y métodos: En una clínica de ITS de Madrid, entre marzo de 2009 y diciembre de 2011, se procesaron 13.975 muestras biológicas para el diagnóstico de CT, mediante PCR a tiempo real (AB-BOTT m2000rt). La detección de genotipos asociados a LGV (L1, L2 y L3) se realizó por PCR a tiempo real basada en la delección en pmpH y los resultados positivos se confirmaron por PCR y secuenciación del gen ompA. Se efectuó cribado de otras ITS y a los pacientes VIH+ se les realizó recuento de linfocitos T CD4 y carga viral.

Resultados: De las 13.975 muestras analizadas, procedentes de exudados rectales, uretrales, cervicales y orofaríngeos, 1.288 (9,2%) resultaron positivas para CT y éstas se analizaron para los genotipos L1, L2 y L3, confirmando en 102 muestras (7,9%) el genotipo L2b (10 en 2009, 30 en 2010 y 62 en 2011). De estos 102 casos, 96 eran hombres, 5 mujeres y 1 transexual (TSX). La media de edad fue de 34 años. El 56% eran españoles y el 60% consumidores de drogas recreacionales. El 91,2% correspondía a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 8,8% a heterosexuales (HTX). Según la localización de la infección, 88 procedían de muestras rectales (86 hombres, una mujer y 1 TSX), 10 uretrales (6 HSH y 4 HTX) y 4 de cérvix uterino. El 89% de los casos referían síntomas clínicos y el 91% presentaban signos exploratorios de infección aguda. La prevalencia del VIH entre los HSH fue del 82% y del 0% en los HTX. En 5 casos el diagnóstico del VIH fue concomitante al diagnóstico del LGV. De los 75 pacientes infectados por el VIH el 63% no recibía tratamiento antirretroviral. El 12% presentaba serología VHC positiva. El 83% refería antecedentes de ITS y el 49% presentaba otras ITS concomitantes. El 96% de los que acudieron a control post-tratamiento, presentaron curación clínica y microbiológica.

Conclusiones: El LGV es una ITS emergente en Madrid, especialmente en HSH, pero no exclusivamente. Es necesario el genotipado de las CT causantes de LGV especialmente en pacientes sintomáticos e instaurar un tratamiento empírico en los casos que no sea posible genotipar. Es recomendable realizar el cribado del VIH, VHC y otras ITS, en los pacientes con LGV.

9. PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIH EN PACIENTES CON OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. MADRID 2005-2010

J. del Romero, T. Puerta, B. Menéndez, P. Clavo, J. Ballesteros, M. Vera y C. Rodríguez

Centro Sanitario Sandoval. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. España.

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incrementan el riesgo de transmisión sexual del VIH. La localización ex-

tragenital de las ITS es frecuente en hombres homosexuales (HSH).

Objetivo: Conocer la prevalencia del VIH en pacientes diagnosticados de gonococia, sífilis y clamidiasis en una clínica de ITS en Madrid entre 2005 y 2010.

Población analizada y métodos: El Centro Sanitario Sandoval es una clínica de referencia para las ITS, dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Resultados: Entre enero de 2005 y diciembre de 2010, en una clínica de ITS en Madrid, se diagnosticaron 2.047 casos de sífilis primaria, secundaria o latente, 1.650 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (CT) y 1.253 casos de gonococia. Durante el periodo analizado, el 84% de los casos de sífilis, el 80% de los de gonococia, el 40% de los casos de infección por CT y el 87% de los de VIH se diagnosticaron en hombres homo/bisexuales. La prevalencia de infección por el VIH en los pacientes diagnosticados de sífilis fue del 39% (807/2.047); en los pacientes diagnosticados de infección por CT fue del 21% (353/1.650) y en los pacientes con gonococia fue del 24% (298/1.253). La prevalencia del VIH fue significativamente más elevada en los pacientes con proctitis gonocócica (44%) o por CT (58%) que en otras localizaciones.

Conclusiones: Se observa una elevada proporción de ITS en HSH. La prevalencia del VIH en HSH es significativamente más alta en HSH con otras ITS. Es necesario establecer intervenciones preventivas más enérgicas dirigidas específicamente al colectivo de hombres homo/bisexuales.

10. LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

C. Mendoza, P. Sánchez-Caminero, M. García y G. Romero

Hospital General Ciudad Real. España.

Introducción: Las leishmaniasis son un grupo heterogéneo de enfermedades producidas por la infección por protozoos del género *Leishmania*. Son frecuentes en determinadas zonas de España. La inmunosupresión farmacológica o adquirida (sida) constituye un factor de riesgo para el desarrollo de formas clínicas más extensas, severas y recurrentes. En los últimos años se han comunicado casos de leishmaniasis cutánea, mucocutánea y visceral en pacientes tratados con fármacos anti-TNF.

Caso clínico: Varón de 47 años con AR de 4 años de evolución. Había realizado tratamiento previo con AINE, prednisona, y etanercept, consultaba por úlcera en región frontoparietal, de rápido crecimiento, que se inició tras 2 meses de tratamiento con adalimumab. Refería haber tenido un perro que murió de leishmaniasis 5 años antes. Realizamos biopsia y tomamos cultivos que resultaron negativos. El estudio AP objetivó hiperplasia pseudoepiteliomatosa, con infiltrado inflamatorio dérmico con células plasmáticas. La tinción de giemsa demostró la presencia de macrófagos con inclusiones citoplasmáticas, compatibles con amastigotes. La PCR para ADN de *leishmania* sp. fue positiva en la muestra de biopsia, y el estudio de extensión negativo. Suspendimos adalimumab y realizamos 2 infiltraciones intralesionales de antimonio de meglumina asociadas a crioterapia con buena respuesta. El paciente no ha vuelto a presentar lesiones tras 12 meses de seguimiento, y rechaza reintroducir adalimumab.

Discusión: En modelos murinos la inmunidad celular mediada por linfocitos Th1, en la que participa el TNF, se ha demostrado fundamental para el control de la infección por leishmania. En la mayor parte de los escasos casos comunicados de leishmaniasis relacionados con fármacos anti-TNF no es posible determinar con certeza que se trate de reactivación de una infección latente. Si bien la relación temporal entre inicio del tratamiento y la aparición de la sintomatología lo hace probable, no es posible asegurar que no se trate de una primoinfección, especialmente en zonas endémicas. Se ha demostrado mediante técnicas de PCR la presencia de geno-

ma de especies de leishmania no autóctonas en lesiones cutáneas en pacientes inmunodeprimidos con antecedente de viajes a zonas endémicas para dichas especies años atrás, en algunos casos sin antecedente de enfermedad, lo que sugiere la persistencia de formas viables de amastigotes en ausencia de manifestaciones clínicas. Los estudios epidemiológicos demuestran una elevada prevalencia de anticuerpos anti-leishmania en la población de áreas endémicas. En nuestro paciente la cronología del inicio del tratamiento anti-TNF, la muerte de su perro y el residir en zona no endémica nos permiten establecer con mayor probabilidad el diagnóstico de reactivación de una infección latente.

Palabras clave: Leishmaniasis cutánea. Artritis reumatoide. Anti-TNF. Adalimumab.

11. NEVUS MELANOCÍTICO CONGÉNITO GIGANTE. SEGUIMIENTO Y COMPLICACIONES

E. Conde Montero^a, M.D. Mendoza Cembranos^a, V. Parra Blanco^b, M. Campos Domínguez^a y R. Suárez Fernández^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: El seguimiento y manejo adecuado de los pacientes con nevus melanocítico congénito gigante (NMCG) es complejo. Debido a que los NMCG pueden asociarse a melanocitosis leptomeningea y se pueden complicar con el desarrollo de diferentes tipos de tumores, su detección durante los primeros años de vida tiene gran repercusión para establecer el pronóstico de estos pacientes.

Caso clínico: Presentamos un niño de 3 años con nevus melanocítico congénito gigante (NMCG) que ocupa la práctica totalidad del tronco, con múltiples lesiones satélite en cabeza y extremidades. Su desarrollo psicomotor es estrictamente normal. En el primer mes de vida se realiza bajo anestesia general curetaje parcial de la cara posterior de ambos muslos. En el postoperatorio sufre shock por dolor. El resultado cosmético fue inicialmente satisfactorio, pero se limitó a los primeros meses postratamiento. Durante las primeras semanas de vida crecen con rapidez varios nódulos, con biopsia compatible con nódulos proliferativos. Posteriormente se evidencia lento crecimiento de dos masas blandas en la región lumbosacra. De forma aguda, aparece una induración en una de las masas cuyo diagnóstico ecográfico es metástasis vs adenopatía tumoral. Al abrir la masa se encuentra un hematoma. El estudio histopatológico muestra una proliferación de células fusiformes con áreas mixoides. En la resonancia magnética nuclear (RMN) realizada recientemente se observan signos de melanocitosis cerebral.

Discusión: Los NMCG se definen por tener un diámetro mayor de 20 cm en la vida adulta. La presencia de múltiples nevus satélite se ha relacionado con mayor riesgo de melanocitosis neurocutánea (MNC). La melanocitosis leptomeningea puede ser sintomática con importante morbimortalidad. En pacientes de alto riesgo de MNC se recomienda la realización de RMN antes de los 4 meses de edad para ayudar a establecer el pronóstico. Los NMCG también se pueden complicar con el desarrollo de diferentes tipos de tumores. Además del melanoma y el rabdomiosarcoma, se han descrito neoplasias con menor diferenciación, por proliferación hamartomatosa neuroectodérmica y neuromesenquimal. Con respecto a la intervención para mejorar la cosmética de estas lesiones con importante repercusión psicosocial, se han utilizado técnicas como curetaje o dermabrasión, con beneficios discutibles.

Conclusiones: El seguimiento de los pacientes con NMCG y la detección precoz de sus posibles complicaciones representa un reto para el dermatólogo. Se precisan más estudios para lograr una mayor comprensión del comportamiento de estas lesiones y establecer un protocolo de manejo basado en la evidencia.

12. URGENCIAS DERMATOLÓGICAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 861 PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

E. Grillo, S. Vañó, N. Jiménez, A. Ballester y P. Jaén

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Las guardias de dermatología siempre han sido cuestionadas, y es que, pocas personas creen en la existencia de verdaderas urgencias de índole dermatológica. Esto hace que la figura del dermatólogo de guardia sea vista dentro de los centros hospitalarios españoles con extrañeza y cierto recelo. De hecho, en la actualidad, pocos hospitales cuentan con un dermatólogo de guardia a tiempo completo. Los objetivos de nuestro estudio fueron describir el perfil de paciente que acude al servicio de urgencias por motivo dermatológico, y analizar la capacidad resolutoria del dermatólogo de guardia.

Material y métodos: Se diseñó un estudio prospectivo en el que se incluyeron de manera consecutiva 861 pacientes en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Agosto y 1 de Octubre de 2011. El lugar del estudio fue el Hospital Universitario Ramón y Cajal, hospital terciario que atiende una población aproximada de 600.000 ciudadanos. Las guardias de 24 h fueron realizadas por residentes de la especialidad de 2º a 4º año, quienes recogieron hasta 16 variables distintas sobre aspectos epidemiológicos, clínicos y de gestión de las urgencias dermatológicas. Los datos obtenidos fueron procesados desde la base de datos Dbase III, con el programa estadístico SPSS-PC para Windows.

Resultados: Atendimos un total de 861 pacientes, lo que supuso una media de 14,8 pacientes/día y el 8% del total de las consultas realizadas en el Servicio de Urgencias en este periodo de tiempo. Respecto a la epidemiología destaca una mayor proporción de mujeres con respecto a los hombres (58,3% vs 41,7) que resultó estadísticamente significativa ($p = 0,000$). La edad media se situó en los 47 ± 20 años, siendo la edad mínima de 2 meses y la máxima de 97 años. En cuanto a la carga asistencial, los días con mayor número de consultas fueron los lunes y los viernes. En este último caso, hasta el 73% de ellas habían sido remitidas por el médico de atención primaria. La mayoría de pacientes (86%) acudieron en horario de mañana y tarde (8:00 h-22:00 h) y hasta un 14% de consultas fueron atendidas por la noche o madrugada (22:00-8:00 h). En este intervalo horario el 92% de los diagnósticos se centraron en 2 patologías, urticaria aguda y herpes zoster. En cuanto a los diagnósticos realizados observamos cómo el 44% de la patología se agrupaba en torno a 7 enfermedades de máxima prevalencia, siendo la celulitis infecciosa el diagnóstico individual más frecuente. El restante 66% lo constituía una patología variada y dispersa, realizándose hasta 126 diagnósticos distintos. El 51% de las consultas fueron declaradas por parte del dermatólogo como urgentes, mientras que se consideró que el 49% restante no tenían una causa urgente justificada. Los pacientes que acudían por cuenta propia así como aquellos con patología de más de 2 semanas de evolución y/o con edad inferior a 30 años, no tenían un motivo urgente de consulta encontrándose diferencias estadísticamente significativas en todos los casos ($p = 0,0000$). En cuanto a la utilización de recursos, el dermatólogo de guardia realizó un 6% de biopsias, un 17% de analíticas y un 7% de pruebas de imagen, mientras que los médicos que atendieron a pacientes con patología no dermatológica de similar gravedad, solicitaron cuatro veces más analíticas y el triple de pruebas de imagen ($p = 0,000$). Tras su consulta, en un 59,2% de los casos el paciente fue dado de alta, el 30,4% fueron derivados a Consultas Externas, y solo el 2% de ellos requirieron ingreso hospitalario. La tasa de revisitas al SU fue inferior al 1%.

Conclusiones: Perfil de usuario: persona edad media con predominio de mujeres. En el 51% de los casos presentaban un motivo de consulta urgente justificado. Consultas no urgentes (49%): la mayoría eran < 30 años, con patología > 14 días evolución y consulta

ban por cuenta propia. Derivaciones de MAP y otros especialistas sí estaban justificadas. Gran dispersión de diagnósticos → Patología muy especializada → necesidad de dermatólogo de guardia. Consultas de alta resolución: 60% de altas directas, poco consumo de pruebas complementarias y baja tasa de visitas al SU. Por lo tanto, consideramos al dermatólogo de guardia como una figura de gran utilidad dentro de los hospitales españoles.

13. LESIONES CUTÁNEAS EN MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTE VENEZOLANO

C. Gómez Fernández^a, P. Maldonado^a, L. Noguera^a, A. Rodríguez Bandera^a, K. Vorlicka^a, P. Herranz^a, C. Vidaurázaga^a, M. Beato Merino^b, J. García^c y M. Casado^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Microbiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: Las micosis endémicas sistémicas son enfermedades con distribución específica en ciertas áreas geográficas de América y determinadas áreas tropicales de otros continentes. Los casos descritos en España corresponden a inmigrantes o turistas de las zonas endémicas. Las lesiones cutáneas suelen ser secundarias a la diseminación hematogena del hongo.

Caso clínico: Varón de 47 años, natural de Venezuela y residente en España desde hace 5 años. Negaba viajes al extranjero en los últimos años. Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento. Consultó por sendas lesiones cutáneas indoloras en glúteo derecho y pierna izquierda de 6 meses de evolución y crecimiento progresivo sin asociar ninguna otra clínica sistémica. Se pautó tratamiento antibiótico tópico y oral sin mejoría por lo que se programó biopsia cutánea desarrollando en ese intervalo de tiempo, clínica general con febrícula de 37° C, mal estado general y tos seca. Se solicitó Rx tórax urgente en la que se evidenciaron múltiples nódulos pulmonares bilaterales afectando a todos los lóbulos de los pulmones. El paciente ingresó para completar estudio. En la biopsia cutánea se evidenció una marcada hiperplasia pseudoepiteliomatosa con granulomas epitelioides y con histiocitos en cuyo citoplasma, con la técnica de PAS, se observaban microorganismos redondeados. Se realizó fibrobroncoscopia en la que se observó reacción granulomatosa y esporas de hongos. El cultivo y PCR de las muestras fueron positivos para *Paracoccidioides brasiliensis*. Se confirmó mediante serología. Con el diagnóstico de paracoccidioidomicosis sistémica crónica se pautó tratamiento con itraconazol 200 mg cada 12 horas vía oral con muy buena evolución clínica.

Discusión: La paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica propia de ambientes tropicales siendo frecuente en Brasil, Venezuela, Colombia, Paraguay y Argentina. El hábitat del hongo es el suelo y los detritus vegetales y la vía de entrada es respiratoria. La infección se suele producir antes de los 20 años de edad dando lugar a una infección aguda en micosis endémica para coccidioidomicosis.

14. ÚLCERA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

J.C. Cardona Alzate, F. Robuschi Lestouquet, A.I. Sánchez Moya, C. Bahillo Monné, M.E. Vera Iglesias y C. Schoendorff Ortega

Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

La mucormicosis primaria cutánea es una infección fúngica invasiva causada por un hongo saprófito de la orden de los Mucorales (*Zigomicetos*) que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos. Varón de 67 años con antecedentes de diabetes mellitus insulino dependiente, trasplantado renal en tratamiento

inmunosupresor con micofenolato, tacrolimus y prednisona. Consultó por ulcera en antebrazo izquierdo de dos semanas de evolución, de 2 cm de diámetro con borde eritematoso, costra central negra, edematosa e indurada; cercana a sitio de fistula arteriovenosa. Había sido tratada por su nefrólogo con amoxicilina-clavulanico durante la última semana con posterior ingreso hospitalario por evolución tórpida momento en el cual es valorado por dermatología con toma de biopsia de la lesión e inicio de tratamiento empírico con ceftazidima. El estudio histológico reveló infiltrado inflamatorio agudo y crónico con estructuras fúngicas en dermis y luces vasculares, con posterior aislamiento de *mucor* sp en el cultivo microbiológico. Se inició tratamiento con anfotericina B liposomal intravenosa y seguido de itraconazol oral asociado a desbridamiento quirúrgico de la herida y ligadura de la fistula arteriovenosa con resolución de la lesión y sin signos de recidiva tras un mes de tratamiento. La mucormicosis cutánea se presenta tras la inoculación de esporas en la piel dañada, habiendo sido reportados casos tras diferentes traumatismos entre estos el generado por bandas adhesivas contaminadas, canalizaciones y picaduras. Las formas clínicas van desde lesiones indolentes hasta infecciones agresivas con diseminación progresiva con una mortalidad en torno al 15%. Se manifiesta como una celulitis que evoluciona con necrosis dérmica y formación de escara. El diagnóstico se basa en el estudio histológico (hifas no septadas y ramificadas que invaden vasos sanguíneos) y confirmación mediante aislamiento microbiológico. El tratamiento requiere el desbridamiento quirúrgico y terapia antifúngica con anfotericina B o triazoles. En la valoración del paciente inmunosuprimido con ulceraciones cutáneas se debe considerar a la mucormicosis cutánea como diagnóstico diferencial. Un diagnóstico y tratamiento precoz evitan los cuadros agresivos locales, la diseminación sistémica y reducen la mortalidad asociada.

15. UN PASEO DERMATOLÓGICO POR MADRID

V.M. Leis Dosal, C. Garrido Gutiérrez, R. Valverde Garrido, C. Rubio Flores, I. Prats Caelles, O. López-Barrantes González, D.M. Arranz Sánchez, T. Sanz Sánchez y R.M. Díaz Díaz

Sección de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Se puede decir que Madrid ha sido la cuna de la dermatología española. Muchas de las principales figuras de nuestra especialidad, como Azúa, Olavide, Sánchez-Covisa, Gay Prieto o Sainz de Aja, trabajaron en hospitales como San Juan de Dios o el de San Carlos, tuvieron actividad política destacada en las Cortes, o en sociedades médicas como la Real Academia de Medicina, y por supuesto también desarrollaron su vida privada en Madrid. En nuestro trabajo, mostraremos la localización de algunos de estos lugares de la ciudad importantes en la historia de la especialidad o en la vida de sus protagonistas.

Palabras clave: Historia. Dermatología. Hospital.

Madrid, 25 de octubre de 2012

1. HISTORIA DEL USO DE COSMÉTICOS EN ESPAÑA DURANTE EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

R.M. Díaz Díaz, T. Sanz Sánchez, V.M. Leis Dosal, C. Garrido Gutiérrez, R. Valverde Garrido, I. Prats Caelles, O. López-Barrantes González, D.M. Arranz Sánchez y C. Rubio Flores

Sección de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

El objetivo del presente trabajo es el de aportar algunos datos acerca del uso de cosméticos durante el primer tercio del siglo XX en España. A comienzos de dicho siglo se produjo un cambio radical en el ideal femenino, constituyendo este hecho el motor de arranque para el desarrollo de la industria cosmética española. Aparecen las grandes marcas cosméticas tales como Puig, Gal, Calber, La Toja etc, que van desarrollando nuevos y mejores productos para la satisfacción de una cada vez mayor demanda por parte de los usuarios.

2. ÚLCERA PERIANAL CRÓNICA RESISTENTE A TRATAMIENTO

A. Romero^a, M. Utrera^a, A. Calderón^a, A. Hernández-Núñez^a, S. Córdoba^a, D. Martínez^a, L. Nájera^b y J. Borbujo^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Planteamiento: El penfigoide ampolloso (PA) es la más frecuente de las enfermedades ampollas autoinmunes y se caracteriza por la aparición de anticuerpos contra el antígeno BP180, parte del colágeno XVII. El desarrollo de una úlcera perianal en el seno de esta entidad es muy poco frecuente. Presentamos el caso de un paciente que en el contexto de un PA desarrolló una lesión ulcerosa perianal resistente a todo tipo de inmunosupresores.

Historia clínica: Varón de 40 años de edad, que consulta en 2007 por la aparición de lesiones vesiculosas, erosivas y costrosas en el tronco, la cara y los brazos, de un mes de evolución y de una lesión perianal que le dificultaba la defecación, con intenso dolor en las horas posteriores. En la exploración destacaban lesiones vesiculosas de contenido claro, erosiones y costrosas en la mitad superior del tronco, brazos y cara, junto con una úlcera de 2 cm en la región perianal, de fondo limpio. Dos biopsias de piel y de úlcera perianal demostraron un depósito lineal de IgG y C3 en la membrana basal y además la de la piel, una vesícula subepidérmica con infiltrado eosinófilo. Los cultivos de virus herpes de la lesión ulcerosa fueron negativos. Con el diagnóstico de PA, se inició tratamiento con prednisona, a dosis de 60 mg diarios, con rápida respuesta de las lesiones cutáneas, pero no de la úlcera perianal. La dosis de prednisona se fue reduciendo, mientras se ensayaban sulfona, metotrexate, azatioprina, micofenolato, a lo largo de 4 años. No se consiguió epitelizar la úlcera, persistían las molestias con la defecación y nunca se pudo reducir la prednisona por debajo de 5 mg diarios por brotes de lesiones ampollas. En diciembre de 2011 se inicia tratamiento con rituximab, 375 mg/m², semanales durante 4 semanas. En febrero 2012 el paciente consigue suspender la prednisona, la úlcera perianal va epitelizando de forma lenta. Se administran otras tres dosis en febrero, abril y junio, con epitelización del 95% de la úlcera, mejoría importante de la calidad de vida.

Discusión: La aparición de úlceras perianales en el PA es muy raro; sólo hemos encontrado otro caso, que se solucionó con esteroides tópicos. El uso de rituximab en el PA está descrito en 17 pacien-

tes, con buena respuesta en 13 de ellos. Es probable que la eliminación de los esteroides haya favorecido la epitelización de la úlcera.

Conclusiones: Presentamos un caso poco frecuente de ulceración perianal en un PA, que provocaba mala calidad de vida al paciente, que no respondió a diversos inmunosupresores y que sólo epitelizó tras tratamiento con rituximab, que permitió la retirada de los esteroides. No hemos encontrado casos similares en la literatura.

3. MICROARNs COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LINFOMAS B CUTÁNEOS PRIMARIOS

V. Monsálvez^a, S. Montes-Moreno^b, M.J. Artiga^c, M.E. Rodríguez^b, B.S. Espiridión^b, M. Lozano^b, R. Fernández-De Misa^d, J.L. Rodríguez-Peralto^e, M.A. Piris^b y P.L. Ortiz-Romero^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla/IFIMAV. Universidad de Cantabria. Santander. España. ^cBanco de Tumores. Programa de Patología Molecular CNIO (Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas). Madrid. España. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España. ^eServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: Los linfomas primarios cutáneos de células B, son procesos linfoproliferativos que se manifiestan inicialmente en piel, sin evidencia de enfermedad extracutánea al diagnóstico. Los microARNs son pequeños fragmentos de ARN de 22 nucleótidos que modulan la propia transcripción del ARN. Son múltiples las funciones que se han descrito hasta el momento de éstas partículas de ARN, pero su papel en la tumorigénesis el que más interés ha despertado. Su utilidad como marcador diagnóstico y pronóstico ha sido descrita en diversas neoplasias tanto sólidas como hematológicas.

Objetivos: 1. Determinar la expresión diferencial de microARNs entre los 2 tipos de linfomas cutáneos de células B primarios indolentes (linfoma de la zona marginal y linfoma centro folicular). 2. Determinar si la expresión de microARNs en ambos linfomas tiene valor pronóstico. 3. Determinar si la expresión de microARNs dentro de la muestra tumoral proviene de los linfocitos tumorales o de las células acompañantes del tumor.

Material y métodos: Se ha estudiado una serie de 68 casos de linfomas B cutáneos primarios (30 LZM, 38 LCF) recogidos de forma secuencial retrospectivamente con carácter multiinstitucional. De ellos, disponíamos datos clínicos en 57 casos, que se usaron posteriormente para los análisis estadísticos. Se estudiaron 11 microARNs (miR150, miR155, miR331, miR221, miR222, miR223, miR15a, miR16, miR17, miR19a, miR93) junto con 2 controles endógenos. En el análisis estadístico se realizó un T test para determinar la diferencia de expresión entre ambos grupos de linfomas (LZM vs LCF) y una regresión de Cox para correlacionar la expresión de cada miRNA con el pronóstico. Para ello se utilizó el programa SPSS 15.0.

Resultados y discusión: Los microARNs son pequeños fragmentos de ARN no codificante cuyo papel etiopatogénico en las neoplasias, cada día es mayor. Hay mayor evidencia de la diferencia de expresión entre las células patológicas y las células sanas en diversos tumores. A pesar del aumento del número de estudios de miRNAs en linfomas sistémicos, son escasos los estudios sobre expresión de miRNAs en linfomas cutáneos, existiendo sólo datos sobre linfomas cutáneos de células T. No existe nada hasta el momento sobre la expresión de miRNAs en linfomas B cutáneos primarios. Se estudió la expresión de los 11 miRNAs en el set de 68 linfomas cutáneos primarios, pero sólo la expresión de miR-150 fue estadísticamente significativo entre ambos grupos (FDR < 0,1),

siendo mayor la expresión en el grupo de linfomas de la zona marginal. La disección por láser confirmó que el origen de miR150 y miR155 procedía del compartimento extracentro germinal y de las células CD20+ neoplásicas. Estos resultados sugieren que los niveles de miR150 en linfomas de la zona marginal está parcialmente relacionado con la presencia de células en un estadio poscentro germinal, que son las que se constituyen dicho tumor. Ante la falta de marcadores pronóstico en linfomas cutáneos indolentes (ya que los índices pronósticos existentes sólo son válidos para linfomas difusos de células B grandes, tipo piernas), hipotétizamos que estos miRNAs podrían ser marcadores moleculares pronósticos en los linfomas B cutáneos primarios indolentes. Investigamos la asociación entre la expresión de miRNAs y el pronóstico clínico en el set de 57 casos de los que disponíamos datos clínicos. Mediante regresión univariante de Cox obtuvimos que miR155 y miR150 se correlacionaban directamente con el pronóstico (PFS mayor) ($p < 0,1$). La menor expresión de ambos miRNAs en el diagnóstico aumenta el riesgo de progresión cutánea en el total de la serie ($p < 0,1$), pero tras la estratificación de casos según el grupo histológico, sólo se valida en el grupo de linfoma de la zona marginal. La infraexpresión de miR150 también se encontraba relacionada con un tiempo hasta progresión más corta. La diferencia de expresión entre ambos grupos histológicos puede explicar que la pérdida de expresión de dicho miRNA se asocie sólo al peor pronóstico cutáneo en linfomas de la zona marginal. **Conclusiones:** Hemos encontrado que ciertos miRNAs, en particular miR-155 y miR-150, tienen valor pronóstico en pacientes con linfomas cutáneos B primarios indolentes, tipo zona marginal. La expresión de estos miRNAs puede ser medido fácilmente usando ARN extraído de muestras de tejido en parafina. La pérdida de la expresión de dichos miRNAs está asociada con el peor pronóstico de dichos pacientes. El mecanismo por el cual se produce este peor pronóstico permanece oscuro y necesita más estudios para ser aclarado, al igual que hasta el momento no tenemos dianas genéticas que puedan implicarse en este tipo de linfomas, que nos permita entender mejor la etiopatogenia de los mismos

4. LEISHMANIASIS LINGUAL POR *LEISHMANIA INFANTUM* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

A. Pampín Franco^a, R. Gamó Villegas^a, J.G. Álvarez Fernández^a, D. Ruiz Genao^a, M. Andreu Barasoain^a, M.D. Caro Gutiérrez^a, F.J. Pinedo Moraleda^b y J.L. López Esteban^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

La leishmaniasis mucocutánea es la forma menos frecuente de leishmaniasis cutánea. En nuestro medio la mayor parte de casos son importados por *L. Braziliensis*, y hay pocos casos atribuibles a *L. Infantum*, generalmente en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos el caso de una paciente inmunocompetente con leishmaniasis en mucosa lingual por *L. Infantum*. Mujer de 39 años, sin antecedentes de interés, exfumadora, que consultó en nuestro servicio por una lesión aislada en el dorso lingual de 5 meses de evolución, asintomática. A la exploración física presentaba una placa blanquecina mal delimitada en dorso de la lengua de unos 0,6 cm algo indurada. No presentaba adenopatías. Se realizó una biopsia para descartar malignidad, y se objetivó una mucosa lingual revestida por epitelio con marcada hiperplasia pseudoepiteliomatosa, sin atipia, por debajo del cual se aprecia un denso infiltrado linfoplasmocitario. Tras seriación del material, se aprecian pequeños granulomas, en algunos de los cuales se identifica, en el citoplasma de los histiocitos, microorganismos compatibles con leishmanias. Se solicitaron serologías para leishmania que fueron positivas: IgG positivo. Además para completar el estudio se solicitaron VHB, VHC, VIH, RPR, ANA que fueron negativos, sis-

temático de orina que fue normal, y PCR de leishmania en sangre que fue negativa. Se realizó una ecografía abdominopélvica que no mostró alteraciones. La paciente negaba viaje reciente y tenía dos perros sanos a los que se hizo revisión veterinaria y serologías para leishmania que fueron negativas. Se trató con 3 infiltraciones de antimonio de meglumine 0,5 ml intralesional con lo que la lesión se resolvió por completo. La leishmaniasis mucocutánea es la forma de presentación menos frecuente de leishmaniasis cutánea. El 90% de los casos se concentran en Afganistán, Irán, Brasil, Perú, Siria y Arabia Saudí. La afectación de la mucosa oral por leishmania puede ocurrir por cuatro vías: en formas viscerales, tras kala-azar, tras la diseminación de leishmaniasis cutánea mal tratada (típica del Nuevo Mundo), o bien lesiones aisladas por *L. infantum* o *L. donovani* (típica de la Cuenca Mediterránea). Las lesiones aisladas por *L. infantum* son poco frecuentes, y en su mayoría ocurren en pacientes inmunodeprimidos. Hay pocos casos descritos en la literatura de leishmaniasis en mucosa lingual y tan solo dos de ellos ocurren en pacientes inmunocompetentes, como es el caso de nuestra paciente.

5. EL PARADIGMA DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ALTO RIESGO

C. Horcajada^a, V.J. Rodríguez^a, E. Conde^a, L. Barchino^a, V. Parra^b, Y. Yordanov^c, J.M. Lasso^c, M.I. Longo^a y R. Suárez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Cirugía Plástica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: El carcinoma epidermoide (CE) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente. Existe un subgrupo de lesiones con una incidencia de recurrencias y metástasis superior al 5% que se denominan CE de alto riesgo. Presentamos una serie de 5 casos de CE con características de alto riesgo.

Casos clínicos: Seleccionamos 5 casos de CE de alto riesgo de la consulta de Tumores Cutáneos del Hospital Gregorio Marañón. Los 5 pacientes son hombres y la media de edad es de 71,6 años. La mayoría de las lesiones se localizan en cabeza y cuello y presentan un estadio T2. Cuatro de los pacientes muestran, además de la edad, otro factor importante de inmunosupresión: infección por el VIH, leucemia linfática crónica y trasplante cardíaco. Además, dos de los casos tuvieron una elevada dificultad diagnóstica. El tiempo medio de recurrencia o metástasis tras el tratamiento fue de 6,75 meses y dos de los pacientes presentaron metástasis ganglionares.

Discusión: Los CE de alto riesgo son aquellos con una capacidad de recurrencia y metástasis superior al 5%. Las características que definen a este subgrupo de lesiones y que se han demostrado como factores de riesgo independientes para la supervivencia global incluyen: espesor mayor de 2 mm, localización en la oreja, tamaño mayor de 2 cm, y la inmunosupresión. Otras características que se han asociado con un pronóstico más desfavorable y que se incluyen en la clasificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) son: localización en el labio inferior, nivel de Clark mayor o igual a IV, pobre diferenciación e invasión perineural. Los pacientes con tumores con estas características deben ser revisados periódicamente, pero en la actualidad no existe ningún modelo pronóstico, lo que justifica la falta de conformidad en el tratamiento.

Conclusiones: La última clasificación de la AJCC incluye varias características de alto riesgo de los CE, pero entre éstas no se incluye la inmunosupresión a pesar de que en varios estudios se ha demostrado como un factor pronóstico para metástasis. Es importante la identificación de los pacientes con tumores de alto riesgo, en especial aquellos con claros factores de inmunosupresión, pues su manejo debe incluir un diagnóstico precoz, un estrecho seguimiento para detectar posibles complicaciones y un manejo multidisciplinar.

Son necesarios estudios que determinen el riesgo individual de metástasis y muerte y obtener protocolos que uniformicen el seguimiento y tratamiento.

6. FOTOTERAPIA EN LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE DEL ADULTO

D. de Argila, A. Godoy, P. García-Martín, M.J. Concha, J. Sánchez y A. García-Díez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Objetivos: 1. Analizar la eficacia y la seguridad de la fototerapia en la dermatitis atópica grave del adulto. 2. Estudiar la evolución de estos pacientes y la dependencia de corticoides orales.

Diseño: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con dermatitis atópica grave del adulto tratados en nuestro servicio con fototerapia en condiciones de práctica clínica entre octubre de 2008 y octubre de 2011.

Material y métodos: 1. Criterios de inclusión: dermatitis atópica del adulto grave (criterios del GTB, 1994); lesiones generalizadas y crónicas; corticodependientes: 2 o más cursos de corticoides orales en el último año. 2. Fototerapia: dosis de inicio ajustada al fototipo, dosis incrementales ajustadas al eritema y empeoramiento del prurito, 3 veces a la semana; suspensión si el paciente no refiere ninguna mejoría a la sesión 20; revisiones cada 2-3 meses: escala de prurito. 3. Criterios de mejoría: > 30% o de 3 puntos en la escala visual del prurito, o > 30% del Skindex29 global, o mejoría sintomática mantenida más de 3 meses, o no necesidad de corticoterapia sistémica.

Resultados: 34 pacientes (16V/18M), con edad media de 44,8 años (DE 18,1), predominio fototipos II y III, 70% habían realizado tratamientos con fototerapia, inmunosupresores u omalizumab. Recibieron 37 tratamientos (8 PUVA, 29 UVBBE). La mejoría media de la escala visual del prurito fue de 47%, la del Skindex29 global de 27%, la de la dimensión sintomática de 25% y la emocional 24,7%. Después del tratamiento (n: 37), el 65% presentó mejoría, el 13% abandonó, el 11% sufrió empeoramiento, el 8% no obtuvo repuesta y el 3% toxicidad (PUVA). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las mejorías medias de la escala del prurito y el Skindex29 global y sintomático. El seguimiento medio fue de 17 meses. Se observó mejoría mantenida de la clínica con UVBBE de 11,5 meses (3-24 meses) y con PUVA oral de 7,25 meses (3-14 meses). Solo 1 paciente precisó 1 curso de corticoides sistémicos (prurigo nodular).

Conclusiones: 1. La fototerapia (PUVA, UVBBE) mejora los síntomas y la CVRS (65%). 2. Hay correlación entre la mejoría del prurito y de la CVRS (Skindex29). 3. Podría mejorar el curso de la enfermedad (largos periodos de remisión sintomática, posiblemente ahorrando corticoides sistémicos).

Palabras clave: Dermatitis atópica. Skindex29. Calidad de vida relacionada con la salud. Fototerapia. UVBBE. PUVA.

7. QUEILITIS GRANULOMATOSA

A. Juanes Viedma, M. Lorente Luna, A. Martín Fuentes, A. Ballano Ruiz, E. Díez Recio, E. Jiménez Blázquez, A. Vergara Sánchez, J. Cuevas Santos y E. de Eusebio Murillo

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Introducción: La queilitis granulomatosa descrita por Miescher es una enfermedad crónica de etiología incierta. Se ha asociado a enfermedades granulomatosas entre las que destaca el Crohn. Se presenta un caso de queilitis granulomatosa como manifestación inicial de enfermedad de Crohn.

Historia clínica: Se trata de un niño de 11 años con antecedentes de atopía, con lesiones periorales y edema labial resistentes a tratamiento. Presentaba edema y fisuras labial y eritema perioral. Se realiza biopsia de la lesión que muestra edema e infiltrados linfoplasmocitarios con granulomas desnudos sin necrosis caseosa, diagnosticándose de queilitis granulomatosa. Ante la sospecha de enfermedad de Crohn subyacente se realiza analítica y estudio gastrointestinal sin hallazgos significativos. El paciente evoluciona desfavorablemente durante años a pesar de múltiples tratamientos tópicos y sistémicos. Años más tarde, presenta un episodio de dolor abdominal, diarrea y disfagia así como lesiones escrotales, por lo que se le realiza biopsia y nuevo estudio intestinal, siendo diagnosticado de enfermedad de Crohn. Tras recibir tratamiento con Azatioprina y Clofazimina mejora significativamente.

Discusión: La queilitis granulomatosa, la granulomatosis orofacial y el síndrome de Merkenston-Rosenthal podrían considerarse formas monosintomáticas de la enfermedad de Crohn. La afectación oral puede ser el debut y preceder años a la clínica intestinal. Se caracteriza por edema de uno o ambos labios de curso intermitente, que en estadios más avanzados puede presentar fisuras, ulceraciones, fibrosis e hiperplasia gingival permanentes. El hallazgo histopatológico de granulomas epitelioides no caseificantes y células de Langhans con edema e infiltrado inflamatorio perivascular es diagnóstico. Se debe plantear el diagnóstico diferencial con múltiples entidades como el angioedema, la sarcoidosis, la tuberculosis, la celulitis, el síndrome de Merkenston Rosenthal y el síndrome de Mobihans entre otros. El tratamiento de elección es la corticoterapia intralesional, existiendo alternativas los corticoides sistémicos, antibióticos, clofazimina, azatioprina, sulfasalazina e infliximab.

Conclusiones: Resaltar la importancia del estudio gastrointestinal y sospecha de enfermedad de Crohn ante una queilitis granulomatosa. Puede ser el debut de la enfermedad intestinal. Es una entidad de difícil manejo terapéutico con posibilidad de múltiples tratamientos tópicos y/o sistémicos con respuesta variable.

8. LINFOGRANULOMA VENÉREO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

F. Feltes, C. Bernárdez, S. Machan, U. Pielasinski, I. Alcaraz y L. Requena

Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Presentamos el caso de un varón de 51 años, HIV-positivo, que acude a consulta por una posible enfermedad de transmisión sexual, con edema de pene e imposibilidad para la retracción del prepucio, adenopatías regionales y síntomas sistémicos menores. Se realizó biopsia y tratamiento empírico con la sospecha de linfogranuloma venéreo. En la histología los hallazgos fueron de infiltrado nodular linfohistiocitario, y la inmunohistoquímica resultó positiva para Chlamydia trachomatis. Presentamos este caso por la importancia de una patología que ha resurgido en nuestro medio en la última década y para destacar la utilidad de la inmunohistoquímica en su diagnóstico.

9. MASAS TUMORALES EN PACIENTE GUINEANO

R. Paz Pérez^a, R. Maseda Pedrero^a, K. Vorlicka^a, A. Rodríguez Bandera^a, E. Collantes Bellido^b, F. Martínez Ortiz^b, C. Vidaurrázaga^a y M. Casado Jiménez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Caso clínico: Paciente varón de 31 años, natural de Guinea Ecuatorial, consulta por masas indoloras en MMII de crecimiento progresivo.

vo, poliartritis y astenia. En la exploración física presentaba grandes masas pétreas con piel normal, de 30 x 10 x 17 cm en pierna izquierda y 30 x 20 x 18 cm en muslo derecho. La citología del líquido extraído por punción-aspiración objetivó abundante contenido cálcico microbiológicamente estéril. La biopsia de piel no mostró alteraciones. Las pruebas radiológicas fueron compatibles con calcinosis tumoral. Las pruebas analíticas complementarias descartaron anomalías del metabolismo fosfocálcico, y junto a la clínica orientaron a una calcinosis tumoral secundaria a LES. Se descartó cirugía y se inició tratamiento con colchicina, algedrato e hidroxycloquina desconociendo la evolución posterior del paciente por no asistencia a revisiones.

Discusión: La calcinosis tumoral es una enfermedad caracterizada por el depósito de calcio en los tejidos blandos yuxtaarticulares. Clásicamente se incluía en el subgrupo de calcificaciones cutáneas idiopáticas, pero las clasificaciones más recientes distinguen tres tipos, uno de ellos secundario a patologías sistémicas como colagenopatías, en cuyo apartado incluimos nuestro caso. A pesar de que la mayoría de casos asociados a colagenopatías se han descrito en relación a dermatomiositis y esclerodermia, existen algunos casos de LES. No existen ensayos controlados que nos orienten sobre la mejor terapéutica. La extirpación quirúrgica no está recomendada por alto riesgo de infección y recidiva.

Conclusiones: Presentamos un caso de calcinosis tumoral probablemente secundaria a lupus, sin descartar posibilidad hereditaria. Ante esta entidad el clínico debe descartar anomalías tisulares, del metabolismo fosfocálcico y enfermedades del tejido conectivo asociadas.

Madrid, 22 de noviembre de 2012

1. DOS CASOS DE SÍNDROME DE DRESS POR SULFONAMIDAS

M. Utrera, M. Aguado, A. Calderón, C. Martínez-Morán, L. Nájera, S. Córdoba y J. Borbujo

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Casos clínicos: Caso 1: paciente con artropatía psoriásica en tratamiento con Adalimumab desde hacía 3 meses, suspendido 2 semanas antes por el proceso actual y con Salazopirina desde hacía un mes. Acude a Urgencias por fiebre de hasta 38,2°, lesiones cutáneas, adenopatías submandibulares y mal estado general desde hacía 3 semanas. En la analítica de sangre destaca discreta hipertransaminemia y eosinofilia periférica. Ingresa por sospecha de Síndrome de hipersensibilidad a Salazopirina, por lo que se retira dicho fármaco y se inicia tratamiento con prednisona, con mejoría de la clínica sistémica a las 72 horas. Caso 2: paciente con de prostatitis crónica en tratamiento con Trimetropin Sulfometoxazol desde hacía 3 semanas. Acude a urgencias por fiebre persistente y mal estado general, con empeoramiento significativo de lesiones cutáneas en los últimos 5 días y que afectaban a prácticamente toda la superficie corporal. En la analítica de sangre y orina presentaba linfopenia con linfocitosis atípica, plaquetopenia, hipertransaminemia, y pro-

teinuria. Con la sospecha de Síndrome de DRESS por septrin forte se ingresa al paciente con esteroides iv.

Discusión: El síndrome de DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) es una reacción adversa cutánea severa, secundaria a fármacos que se caracteriza por un largo tiempo de latencia desde el inicio del tratamiento hasta su desarrollo, por las alteraciones hematológicas como eosinofilia y linfocitosis atípica, por la sintomatología sistémica, que incluye fiebre y linfadenopatías, y por la afectación visceral (hepática, renal, pulmonar y/o cardíaca) que es la que condiciona el pronóstico mortal hasta en el 10% de los casos. Los fármacos más frecuentemente implicados son los antiepilépticos, sulfonamidas, alopurinol, minociclina y abacavir entre otros. Existen varias teorías sobre los factores que intervienen en la patogénesis del síndrome, entre los que se incluyen una susceptibilidad genética, una respuesta inmunitaria alterada y la posible reactivación de virus herpes humanos. La sintomatología sistémica que presenta puede producir un retraso en su diagnóstico ya que provoca confusión con un proceso infeccioso o linfoproliferativo.

Conclusiones: Es de crucial importancia evitar retrasos en el diagnóstico, para poder retirar el fármaco causante lo antes posible y evitar así el desarrollo de complicaciones severas.

2. ENFERMEDAD DE FOX-FORDYCE AXILAR DESPUÉS DE TRATAMIENTO DE DEPILACIÓN CON LUZ PULSADA INTENSA

M. Alés Fernández^a, D. Ruiz Genao^a, L. Ortega Martínez de Victoria^b y M.J. García Fernández de Villalta^a

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Quirón Madrid. España.

Introducción: La enfermedad de Fox-Fordyce o miliaria apocrina es una rara entidad caracterizada por la erupción simétrica de pápulas milimétricas color piel o amarillentas localizadas en las áreas de distribución de las glándulas sudoríparas apocrinas, como las axilas, areolas mamarias, área anogenital y umbilical. Recientemente se han publicado dos casos de enfermedad de Fox-Fordyce axilar inducidos por laser de depilación^{1,2}. Clásicamente se han descrito una serie de signos histológicos para su diagnóstico, pero últimamente se ha definido la xantomatosis perifolicular como un claro marcador consistente y específico de la enfermedad de Fox-Fordyce³, sobre todo axilar. La presentación de un nuevo caso de enfermedad de Fox-Fordyce axilar después de tratamiento de depilación mediante luz pulsada intensa (IPL) junto con sus características histológicas distintivas justifica esta comunicación.

Caso clínico: Mujer de 24 años que consultó por lesiones asintomáticas en axilas de 4 meses de evolución. Refería que las lesiones habían comenzado después de tres sesiones de fotodepilación (IPL) en axilas. A la exploración presentaba abundantes pápulas milimétricas agrupadas color piel-amarillentas foliculares en axilas. La biopsia cutánea demostró la presencia de una infiltración xantomatosa perifolicular y periductal, siendo esta un marcador histopatológico de la enfermedad de Fox-Fordyce en ausencia de las características diagnósticas tradicionales. Con diagnóstico de enfermedad de Fox-Fordyce axilar se inicia tratamiento con tretinoína al 0,05% crema por las noches.

Discusión: La enfermedad de Fox-Fordyce es una infrecuente entidad con una presentación clínica característica. Afecta principalmente a mujeres postpuberales y los síntomas tienden a resolverse con la menopausia, el uso de anticonceptivos orales o el embarazo. Su patogenia consiste en una alteración de la queratinización infundibular, con la consecuente obstrucción ductal apocrina y dilatación glandular apocrina. La publicación reciente de dos casos de enfer-

medad de Fox-Fordyce axilar en relación con láser de depilación pone de manifiesto la posibilidad de la relación causal de este procedimiento en el desarrollo de la enfermedad.

Bibliografía

1. Yazganoglu KD, Yazici S, Buyukbani N, Ozkaya E. Axillary Fox-Fordyce-like disease induced by laser hair removal therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:139-40.
2. Tetzlaff MT, Evans K, Dehoratius DM, Weiss R, Cotsarelis G, Eleinitsas R. Fox-Fordyce disease following axillary laser hair removal. *Arch Dermatol.* 2011;147:573-6.
3. Bormate AB, Leboit PE, Mc Calmont TH. Perifollicular xantomatosis as the hallmark of axillary Fox-Fordyce disease: an evaluation of histopathologic features of 7 cases. *Arch Dermatol.* 2008;144:1020-4.

3. ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN CUTÁNEA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO PEDIÁTRICO

V.J. Rodríguez Soria, C. Horcajada Reales, M. Campos Domínguez, E. Arranz de la Flor, V. Parra Blanco y R. Suárez Fernández

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que acudió a la consulta de Dermatología Pediátrica por lesiones cutáneas asintomáticas de tres meses de evolución. La primera lesión había aparecido en la piel del labio superior y posteriormente de forma progresiva habían ido apareciendo lesiones similares en la pierna derecha, ambas extremidades superiores y tronco. A la exploración física se trataba de 12 pápulas y nódulos eritematosos, algunos parduzcos de 1 a 3 mm en las localizaciones descritas. No se palpaban adenopatías. Se solicitó una analítica sanguínea en la que destacaba una anemia microcítica junto con linfomonocitosis. En las pruebas de imagen (radiografía de tórax, ecografía abdominal y serie ósea) no se objetivaron alteraciones. Asimismo, se realizó biopsia cutánea de una de las lesiones en las que observó en toda la dermis un infiltrado inflamatorio compuesto por histiocitos grandes de citoplasma amplio y claro que se entremezclaban con células inflamatorias con predominio de células plasmáticas. Los histiocitos eran positivos para S-100 y CD68 y negativos para CD1a. Además se visualizaban imágenes focales de emperipolesis en los histiocitos. Con todo ello, se diagnosticó de enfermedad de Rosai-Dorfman con afectación exclusivamente cutánea.

Discusión: Las histiocitosis son un grupo de trastornos proliferativos con una célula progenitora común en médula ósea. Se clasifican en: histiocitosis de células de Langerhans, histiocitosis de células no Langerhans y enfermedad de Rosai-Dorfman. La enfermedad de Rosai-Dorfman es una enfermedad proliferativa de histiocitos poco frecuente. Los pacientes suelen ser niños o adultos jóvenes (en la primera o segunda década de la vida). Se caracteriza por la presencia de adenopatías dolorosas, lo más frecuente es la afectación cervical, fiebre, anemia, aumento de la VSG, neutrofilia e hipergammaglobulinemia policlonal. El 43% de los pacientes presentan además otras manifestaciones extraganglionares y en ocasiones éstas pueden ser la única manifestación de la enfermedad. La piel se ve involucrada en el 10% de los casos y en tan solo el 3% la afectación es exclusivamente cutánea como ocurre en nuestro caso. La clínica cutánea suele ser en forma de pápulas, nódulos o máculas eritematosas, eritemato-parduzcas o amarillentas y se trata con mayor frecuencia de lesiones múltiples. Existen factores de mal pronóstico asociados a esta enfermedad: alteraciones inmunológicas asociadas, enfermedad ganglionar diseminada, afectación hepática, renal y/o respiratoria. El tratamiento de esta enfermedad depende de las manifestaciones clínicas.

4. CUADRO AMPOLLOSO DISTAL DE INICIO BRUSCO (CASO PARA EL DIAGNÓSTICO)

M. Castellanos González^a, J. Sanz Bueno^a, V. Sanz Motilva^a, E. Arranz Canales^b, J. Ortiz de Frutos^a, C. Zarco Olivo^a, J.L. Rodríguez Peralto^c y F. Vanaclocha Sebastián^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

La presencia de vasculopatía trombotica asociada a parvovirus B19 es excepcional. Se han descrito casos aislados de microangiopatía y vasculitis en trasplantados renales, trombosis de arteria cerebral media, crioglobulinemia mixta, o síndrome antifosfolípido en pacientes con infección aguda por dicho virus. Presentamos un caso de Síndrome papular prurítico en guante y calcetín tipo ampuloso en el contexto de una infección aguda por Parvovirus B19. La biopsia reveló vasculopatía trombotica que justifica la gran expresividad clínica de nuestra paciente.

5. HEMANGIOENDOTELIOMA SEUDOMIOGÉNICO: UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA

U. Pielasinski^a, F. Feltes^a, S. Machan^a, D. Camacho^a, L. Carrasco^a, M.A. Juárez^a, R. Haro^a, I. Alcaraz^a, J. Angulo^a, L. Valles^a, L. Fuertes^a, J.L. Díaz^a, D. Cullen^a, M.C. Fariña^a, L. Martín^a, C. Martín Santonja^b y L. Requena^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid. España.

Introducción: El hemangioendoteliomaseudomiogénico (HESM) o hemangioendotelioma simulando sarcoma epitelioides es una neoplasia vascular de bajo grado de malignidad descrita recientemente que clínicamente suele confundirse con quistes, fascitis nodular o tumores subcutáneos benignos, siendo rara vez sospechada su naturaleza vascular.

Caso clínico: Varón de 27 años en seguimiento por el servicio de neurología por la sospecha de una posible esclerosis lateral amiotrófica que fue derivado a dermatología por presentar desde hacía aproximadamente cinco meses lesiones cutáneas asintomáticas en la región periorbicular y mucosa del labio superior. En la exploración física se objetivaron varios pápulo-nódulos parduzcos algunos de superficie erosionada, otras de centro umbilicado con apariencia de moluscos contagiosos. El resto de la exploración física fue totalmente normal. Se realizaron analítica general con batería de autoinmunidad y serologías que no mostraron hallazgos de interés. En el estudio histopatológico se observó una proliferación neoplásica de patrón estoriforme que ocupaba la dermis media y profunda constituida por fascículos de células fusiformes de núcleo vesiculoso, nucleolo prominente y citoplasma amplio y eosinófilo, que confiere a estas células apariencia de rhabdomioblastos. En algunas áreas, existían agregados de células con apariencia más epitelioides. Dichas células mostraron una intensa inmunorreactividad para vimentina, citoqueratina AE1/AE3, CD31, FLI1, ERG e INI-1, mientras que fueron negativas para EMA, S-100, MNF-116, desmina y miogenina. Las lesiones se extirparon quirúrgicamente sin que se haya observado recurrencia.

Discusión: El HESM es una entidad infrecuente que afecta más frecuentemente a adultos jóvenes varones entre la segunda y quinta década de la vida y suele presentarse clínicamente como lesiones multifocales sobre todo en zona distal de las extremidades, aunque se han descrito casos en otras localizaciones como el tronco, el abdomen o la región facial. Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, habiéndose descrito cierta tendencia a la recidiva local y muy bajo riesgo de metástasis regionales o a distancia. Histopatológicamente debe ser diferenciado de entidades como el hemangioendotelioma epitelioides, el sarcoma epitelioides o el angiosarcoma epitelioides.

Conclusiones: Presentamos un nuevo caso de HESM una neoplasia vascular de bajo grado y curso indolente que puede manifestarse inicialmente con lesiones cutáneas y por tanto debe ser conocida por el dermatólogo y añadida a la larga lista de neoplasias vasculares cutáneas.

6. LIQUEN NITIDUS ACTÍNICO

G.E. Solano-López Morel^a, R. Carrascosa^a, E. Sotomayor^a, D. de Argila^a, J. Fragar^b y A. García Díez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: El liquen nitidus actínico es una rara fotodermatosis considerada una variante del liquen nitidus que aparece en zonas fotoexpuestas, generalmente en fototipos altos, durante el periodo estival.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón español de 12 años de edad, fototipo III-IV, con historia de dermatitis atópica, que desde los 4 años presentaba brotes de lesiones moderadamente pruriginosas tras la exposición solar de una hora o más y que desaparecían luego del verano. Nunca había presentado lesiones en zonas no fotoexpuestas ni si permanecía menos de una hora al sol. Al examen físico presentaba pápulas blanquecinas de 1-2 mm de diámetro limitadas a zonas fotoexpuestas; dorso de manos, antebrazos, piernas, muslos, respetando zonas cubiertas. Se realizó una biopsia de una pápula que fue compatible con liquen nitidus. Se llevó a cabo un estudio fotobiológico con exposición a fuentes de UVBBA, UVA y a simulador solar. Posteriormente se realizó fotoprovocación con UVA por tres días consecutivos (30, 40 y 50 J/cm²). El paciente mejoró tras un ciclo corto de corticoides tópicos y con fotoprotección.

Conclusiones: Presentamos el primer caso de liquen nitidus actínico en Europa y el primero en un paciente caucásico.

7. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA TRAS LA TOMA DE VARENICLINA

D. Caro Gutiérrez^a, R.A. Feltes Ochoa^a, E. Gómez de la Fuente^a, A. Pampín Franco^a, M. Andreu Barasoain^a, F.J. Salamanca Santamaría^b, H. Sanz Robles^a y J.L. López Esteban^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

La pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) es un raro ejemplo de erupción medicamentosa caracterizada por la aparición aguda de pústulas estériles, no foliculares acompañada de fiebre y leucocitosis. Paciente varón, de 53 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes y obesidad, fumador activo. Acudió a Urgencias por lesiones pruriginosas de inicio en región torácica de 5 días de evolución y generalización posterior. Ocho días antes había iniciado tratamiento para deshabituación tabáquica con vareniclina. Se observaban pápulas y placas eritematovioláceas, algunas de morfología anular y con pústulas milimétricas, agrupadas, no foliculares y descamación en cuello, acompañado de febrícula inicial. La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva elevada. Determinaciones seriadas de hemocultivo y urocultivo fueron negativas. La biopsia demostró a nivel de la epidermis, ligera acantosis, espongirosis, pústulas intra y subcórneas conformadas por neutrófilos, sin relación con folículos pilosos. Con el diagnóstico de PEAG secundaria a vareniclina, se suspendió dicho fármaco y se inició tratamiento con prednisona 60 mg/día, en pauta descendente. El paciente experimentó mejoría progresiva con descamación

superficial en collarete, resolución de las lesiones y normalización de los parámetros analíticos en una semana. Las pruebas epicutáneas con vareniclina resultaron negativas. Vareniclina es un agonista parcial del receptor nicotínico de acetilcolina $\alpha 4\beta 2$, aprobado como opción terapéutica para pacientes con adicción al tabaco. Se han descrito 3 casos de erupciones generalizadas secundarias a vareniclina en la literatura de habla inglesa, 2 de éstos correspondían a PEAG. El principal diagnóstico diferencial hay que establecerlo con psoriasis pustulosas, folliculitis infecciosas y otras formas de toxicodermia. En conclusión, queremos resaltar la importancia de conocer este efecto adverso de vareniclina que es un fármaco que ha demostrado su eficacia como tratamiento de la deshabituación tabáquica y que por ello es cada vez más utilizado en nuestra sociedad.

8. INFECCIÓN AGUDA POR PARVOVIRUS B19 EN ADULTOS

A.I. Rodríguez Bandera, K. Vorlicka, E. Ruiz Bravo-Burguillos, D. Montero Vega, M. Mayor Arenal, C. Vidaurrázaga y M. Casado

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El Parvovirus B19 suele infectar a niños en edad escolar en los que produce el bien conocido "eritema infeccioso" o "quinta enfermedad". La infección en adultos es mucho menos frecuente y está mucho menos descrita en la literatura. Por ello, hemos realizado un estudio de las características de la infección aguda por Parvovirus en adultos.

Objetivos: Reconocer la infección aguda por parvovirus en adultos para recomendar al paciente que evite contacto con embarazadas e inmunodeprimidos.

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo que incluye a todos los adultos mayores de 18 años que presentaron durante los meses de enero a septiembre 2012 una IgM positiva para Parvovirus B19 en el Hospital Universitario La Paz.

Resultados: Incluimos 46 pacientes en el estudio, 37 mujeres y 9 hombres. El 91% de los pacientes tenían edades comprendidas entre los 20 y los 40 años. 74% de los pacientes se infectaron durante los meses de junio a agosto. El hallazgo clínico más prevalente fue la lesión cutánea. Doce pacientes presentaron exantemas generalizados purpúricos inespecíficos; en 5 pacientes se describieron lesiones cutáneas purpúricas en guante y calcetín; y en 9 casos, lesiones compatibles con vasculitis. Los hallazgos de laboratorio más prevalentes fueron la alteración de la serie blanca y el aumento leve- moderado de la PCR, presentes ambas en 15 pacientes. El cuadro clínico se resolvió espontáneamente en 34 pacientes, 10 pacientes requirieron corticoterapia sistémica y 2 pacientes permanecen en seguimiento por Hematología por presentar una anemia crónica.

Conclusiones: Hemos descrito los hallazgos clínicos, analíticos y epidemiológicos de 46 pacientes adultos con infección aguda por Parvovirus, la serie más larga con respecto a la literatura que hemos tenido ocasión de revisar. Coincidiendo con lo publicado, la infección parece más frecuente en mujeres jóvenes a finales de la primavera y en verano. Diferiendo con lo descrito, en nuestra serie, la lesión cutánea tiene un peso muy importante en el diagnóstico. Debemos sospechar infección por Parvovirus B19 ante exantemas purpúricos de cualquier distribución y ante lesiones compatibles con vasculitis. Alteraciones leves y transitorias del hemograma o del perfil hepático así como aumento de reactantes de fase aguda, pueden apoyar el diagnóstico. Ante la sospecha de infección por Parvovirus, se debe recomendar al paciente que evite contacto con inmunodeprimidos y embarazadas.

9. “ELEMENTOS DE DERMATOLOGÍA”, POR COVISA Y BEJARANO

V.M. Leis Dosil, C. Garrido Gutiérrez, I. Prats Caelles,
C. Rubio Flores, O. López-Barrantes González,
D.M. Arranz Sánchez, R. Valverde Garrido, T. Sanz Sánchez
y R.M. Díaz Díaz

Sección de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

“Elementos de Dermatología” es un tratado de Dermatología escrito por los doctores Sánchez-Covisa y Bejarano, y publicado en 1936. Se

ha considerado como el primer tratado moderno de Dermatología publicado en nuestro país. Es un texto sencillo, de marcado carácter docente, destinado principalmente a médicos generales y en formación. En él, los autores reflejan las enseñanzas recibidas del Dr. Azúa, que no pudo en vida realizar un tratado similar. Son de especial interés las imágenes tanto clínicas, de pacientes propios de los autores, como las microfotografías de preparaciones histológicas. La mayor parte de los ejemplares se perdieron al ser destruida la editorial donde se publicó en los bombardeos sobre la ciudad de Madrid en la Guerra Civil. Por ello hoy es un ejemplar difícil de encontrar. En este trabajo realizamos una descripción tanto del libro en sí, como de las circunstancias en que se vio envuelta su publicación.