



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

IV Congreso de la Sección Valenciana de Dermatología y Venereología Benidorm, 4 y 5 de abril de 2014

Comunicaciones libres I

1. EVALUACIÓN DE LAS INTERCONSULTAS REMITIDAS A DERMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

M. García Baldoví, J.A. Piñero Sánchez, D. Cremades, J. Miralles,
D. Orozco y M. Moragón

Hospital Universitario San Juan. Alicante. España.

Introducción: Las enfermedades dermatológicas representan un porcentaje importante de las derivaciones desde Atención Primaria. En los últimos años ha aumentado el número de pacientes remitidos a Dermatología, lo que ha supuesto un incremento en las listas de espera.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio ha sido analizar la concordancia entre el motivo de consulta emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico dermatológico final. Como objetivos secundarios se ha estudiado el perfil de los pacientes remitidos, la prioridad con la que estos fueron referidos, la demora en la asistencia, el porcentaje de interconsultas de cada centro y los principales motivos de consulta.

Material y métodos: Para este estudio se han recogido los datos de 1.863 pacientes atendidos como primera visita en el Centro de Especialidades Santa Faz durante 4 meses. Se han incluido: sexo y edad del paciente, centro emisor, fecha de la solicitud, prioridad de la interconsulta, médico emisor, motivo de consulta y diagnóstico dermatológico. Se ha realizado un análisis de concordancia entre el motivo de consulta referido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico dermatológico final, averiguando para cada caso el valor predictivo positivo y la sensibilidad diagnóstica.

Resultados: De los 1.863 pacientes, en un 53,1% se hizo constar un diagnóstico. La concordancia global entre el médico de Atención Primaria y el dermatólogo fue del 73,1%. Los principales diagnósticos emitidos desde Primaria fueron los nevus melanocíticos, las verrugas, las queratosis actínicas y el acné. El diagnóstico derma-

tológico más frecuente fue el de queratosis seborreica, seguido del de nevus melanocítico. El diagnóstico de verruga solo se confirmó en un 52,5% de pacientes por lo que existe un sobrediagnóstico de este proceso, entendido como infección por papilomavirus.

Conclusiones: Los resultados de este estudio son similares a otros publicados sobre el tema. Aunque la concordancia diagnóstica entre dermatólogos y médicos de Atención Primaria es alta, llama la atención el bajo porcentaje de pacientes que fueron remitidos con un diagnóstico dermatológico. Es por tanto necesario insistir en la formación de los médicos de Atención Primaria en procesos cutaneomucosos y con ello conseguir una adecuada y en lo posible menor derivación de pacientes a Dermatología.

Bibliografía

Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol I. Estudio de concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:207-12.

2. NECROSIS CUTÁNEA EXTENSA POR TERLIPRESINA

L. Francés, M.L. Salinas, A.M. Bouret, I. Marín, J. Guijarro
y J.C. Pascual

Departamento de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción: La terlipresina es un análogo de la vasopresina de duración de acción prolongada, que actúa estimulando los receptores V1 presentes en las células del músculo liso vascular. Está indicada en el síndrome hepatorenal, hemorragia por vórices esofágicas, shock resistente a catecolaminas e insuficiencia cardíaca. En general es un fármaco bien tolerado, con una incidencia baja de efectos adversos, que son generalmente leves y que incluyen palidez, diarrea, dolor de cabeza y aumento de la presión arterial. La necrosis extensa de la piel es una complicación rara y potencialmente letal debido a la isquemia tisular inducida por la vasoconstricción.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 54 años de edad con cirrosis alcohólica que ingresó en el servicio de medicina digestiva por cuadro de ascitis y síndrome hepatorenal. Debido al empeoramiento de la función renal, se inició terapia con terlipresina a 1 mg cada 6 horas con buena respuesta. Pocos días después del inicio del tratamiento, empezaron a aparecer lesiones purpúricas extensas con ampollas hemorrágicas localizadas en tronco, glúteos y muslos, sin afectación mucosa en ninguna localización. La biopsia cutánea reveló ulceración epidérmica, extravasación de hematíes y oclusión parcial de las luces vasculares. Se realizó el diagnóstico de necrosis cutánea por terlipresina, suspendiéndose la terapia. Con la retirada de la terlipresina, las lesiones cutáneas dejaron de progresar. Sin embargo, el empeoramiento brusco de la insuficiencia renal hizo inevitable la reintroducción del fármaco, con el consecuente empeoramiento de las lesiones cutáneas. Finalmente, el paciente falleció por insuficiencia hepática irreversible.

Discusión y conclusiones: La necrosis cutánea inducida terlipresina es un efecto adverso isquémico extremadamente raro. El mecanismo etiopatogénico no está esclarecido, pero se cree que se produce por una falta de oxigenación del tejido por la vasoconstricción mediada por los receptores V1. La necrosis tiende a afectar al tronco y las extremidades proximales, pero no a las partes acras, como ocurre con la mayoría de fármacos vasoconstrictores. Esto se puede explicar por la distribución selectiva de los receptores V1, que se encuentran en vasos del territorio de la circulación esplácnica, riñón, miometrio y vejiga, pero también son abundantes en el tejido adiposo y en la circulación cutánea. Debido a ello, las áreas anatómicas más comprometidas en caso de necrosis son las que presentan mayor superficie cutánea y mayor cantidad de tejido adiposo (abdomen y extremidades proximales). Resaltamos la importancia de conocer este efecto adverso y raro, para evitar complicaciones potencialmente graves.

3. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE CARCINOMA CUNICULATUM

L. Berbegal, M. Blanes, F.J. de León, M. Leiva-Salinas, J. Guijarro, J.C. Pascual y M. Niveiro

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción: El carcinoma cuniculatum es una variante anatómica del carcinoma escamoso bien diferenciado que fue descrita en 1954 por Aird et al. Se trata de una lesión no verrucosa, poco frecuente, de localización exclusivamente en el pie. Aunque en la mayoría de la literatura existe confusión en la terminología, y en diferentes artículos se ha considerado un sinónimo del carcinoma verrucoso, existen una serie de características que permiten diferenciar estas dos entidades.

Caso clínico: Presentamos un varón de 55 años que consultó por una lesión en almohadilla plantar izquierda de tiempo indeterminado de evolución. Dicha lesión había sido interpretada anteriormente en otros centros como verruga plantar y clavo plantar, por lo que había realizado tratamiento con crioterapia y curetaje. La lesión persistía y posteriormente comenzó a drenar material purulento, y con la sospecha diagnóstica de proceso infeccioso recibió diversos ciclos de antibioterapia oral e intravenosa por la Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro Hospital. Ante la ausencia de mejoría, se solicitó valoración por nuestro servicio. A la exploración presentaba una placa eritematosa mal delimitada sobre la almohadilla plantar del pie izquierdo, dolorosa a la palpación y con orificios en la superficie que a la compresión drenaban un material amarillento y maloliente. Se le realizó una resonancia magnética que objetivó afectación de partes blandas entre el 2º y 3º metatarso, con imágenes compatibles con absceso, sin observarse lesiones sugestivas de osteomielitis. Los cultivos de bacterias, hongos y micobacterias resultaron negativos. La biopsia de la lesión mostró una proliferación escamosa atípica, con conexión epidérmica que crecía

en dermis formando trayectos fistulosos interconectados. No se demostró la presencia del virus del papiloma humano mediante PCR. Estos hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico de carcinoma cuniculatum. Se realizó la exéresis quirúrgica de la lesión y posterior cierre mediante injerto de piel parcial.

Discusión: El carcinoma cuniculatum es una neoplasia poco frecuente con comportamiento localmente agresivo pero que no suele metastatizar. Queremos destacar este caso por lo infrecuente que es esta entidad clínica y su presentación, que plantea el diagnóstico diferencial con procesos infecciosos, lo cual conduce a menudo a un retraso en el diagnóstico. Por último, resulta importante resaltar la falta de relación con el HPV y la ausencia de aspecto verrucoso, ni en la clínica ni en la histología, lo que permite realizar la diferenciación con el carcinoma verrucoso, proceso con el que existe confusión en la literatura a pesar de tratarse de entidades diferentes.

4. SÍNDROME DE LOS DEDOS AZULES. ¿CÓMO AFRONTAR EL DIAGNÓSTICO?

C. Lloret Ruiz, B. Rodrigo Nicolás, P. Molés Poveda, N. Barrado Solís y E. Gimeno Carpio.

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción: El síndrome de los dedos azules (SDA) consiste en la aparición de una coloración azul o violácea en uno o más dedos, en ausencia de traumatismos, lesiones por frío o cianosis generalizada. Si evoluciona a un daño vascular establecido, puede provocar ulceración y gangrena, precisando en ocasiones amputación. Presentamos cuatro casos.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 42 años, fumadora, con antecedente de fenómeno de Raynaud. Desarrolló cianosis acral persistente dolorosa en los dedos de las manos y gangrena seca de varias falanges distales. La angiografía mostró una obstrucción de las arterias distales de ambos brazos. Caso 2: mujer de 47 años con una lesión violácea-necrótica ulcerada en tercio medio del tercer dedo de la mano derecha y máculas purpúricas en el resto de los dedos. La biopsia objetivó trombosis de pequeños vasos en dermis, sin vasculitis. Caso 3: mujer de 71 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular, con placas violáceas en los extremos distales de los dedos del pie izquierdo y presencia de pulsos pedios. Caso 4: mujer de 75 años con úlceras acrales crónicas en el segundo y el tercer dedo de la mano izquierda. Un electromiograma mostró una neuropatía grave del nervio mediano.

Comentario: Existen tres grupos de causas de SDA: 1) Compromiso del flujo arterial (embolia, trombosis por síndrome antifosfolípido o por CID, vasoconstricción, vasculitis). 2) Disminución del retorno venoso (trombosis venosa extensa). 3) Alteración en la circulación de la sangre (hiperviscosidad o crioglobulinemia) En el diagnóstico es fundamental detectar los factores de riesgo clave, determinar los posibles desencadenantes y seleccionar las pruebas complementarias adecuadas: 1) Analíticas (eosinofilia, morfología de sangre periférica, alteraciones de coagulación, marcadores de autoinmunidad); 2) Histológicas (vasculitis, trombos de fibrina o plaquetarios, calcifilaxia, cristales de colesterol u oxalato); 3) Angiográficas en casos seleccionados.

Conclusiones: El SDA suele suponer un reto diagnóstico por la gran variedad de causas posibles. Un diagnóstico certero y un tratamiento específico temprano son esenciales para evitar amputaciones e incluso salvar la vida del paciente.

5. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, HISTOLÓGICA Y GENÉTICA DE LOS MELANOMAS INVASORES DE CABEZA Y CUELLO

R. Alcalá García^a, S. Kindem Gómez^a, N. Rivas Tolosa^a, C. Requena^a, V. Traves Zapata^b, Z. García Casado^c, C. Guillén Barona^a y E. Nagore Enguñanos^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Biología Molecular. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción: En muchos estudios, la localización del melanoma en cabeza y cuello se ha utilizado como marcador de exposición solar crónica. Sobre esta base, se ha asumido que el perfil de mutaciones que se puede encontrar en esta localización es el mismo independientemente del subtipo histológico y del patrón de fotoexposición solar.

Material y métodos: Se han analizado todos los casos de melanoma de cabeza y cuello invasivos con el estudio mutacional realizado (BRAF, NRAS, c-KIT y polimorfismos en MC1R).

Resultados: Hemos identificado un total de 68 casos con una edad media de presentación de 63 años. De ellos, 14 corresponden a lentigo maligno melanomas (LMM), 26 a melanomas de extensión superficial (MES) y 28 a melanomas nodulares (MN). Hemos analizado diferentes datos clínicos, histológicos y genéticos en relación con el subtipo histológico destacando los siguientes resultados: el LMM aparece con mayor frecuencia en > 65 años, personas de ojos claros, asociado a lentigos, historia de cáncer cutáneo no melanoma y con datos de daño solar crónico en la histología. Tanto el MES como el MN se presentan más frecuentemente en < 65 años, llamando la atención la asociación del MN con fototipos claros y ojos oscuros. Solo la mitad de los MES y MN presentan hallazgos de daño solar crónico en la biopsia. Con respecto al análisis genético, se han encontrado 22 casos con mutaciones en BRAF (4 LM, 7 MES y 11 MN), 3 casos con mutación en NRAS (1 MES y 2 MN) y 1 caso con mutación en c-KIT. Los pacientes con mutaciones en BRAF son < 65 años, tienen tendencia a presentarse en pacientes de fototipos oscuros y no se asocian a múltiples nevos melanocíticos ni a daño solar crónico en la biopsia. Por último, no existe relación entre las variantes de MC1R y mutaciones en BRAF aunque sí se observa una relación inversa entre ambos.

Conclusiones: Existen perfiles diferentes en relación a la clasificación clínica clásica del melanoma. De esta forma, las vías etiopatogénicas en el melanoma de cabeza y cuello son distintas y no siguen únicamente la vía causal de la exposición solar crónica.

6. TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CUTÁNEAS DE MELANOMA CON CRIOINMUNOTERAPIA

N. Rivas^a, A. Ortiz^b, R. Alcalá^a, S. Kindem^a, V. Traves^c, B. Llombart^a, C. Requena^a, C. Serra^a, O. Sanmartín^a, C. Guillén^a, R. Martí^b y E. Nagore^a

^aServicio de Dermatología. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España. ^cServicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción: El manejo de las metástasis cutáneas de melanoma suele ser un reto terapéutico, ya que pese a las múltiples modalidades de tratamiento, las tasas de remisión completa son escasas y esto ocurre debido a la progresión del melanoma primario, a la elevada edad del paciente y a la comorbilidad asociada. Tener al alcance un tratamiento eficaz y de fácil aplicación es un objetivo ideal para este tipo de pacientes.

Material y métodos: Revisamos de forma retrospectiva a los pacientes con metástasis cutáneas de melanoma tratados con crioterapia asociada a imiquimod tópico al 5% durante el periodo comprendido entre noviembre de 2000 y febrero de 2014. Las variables estudiadas incluyeron edad, sexo, tipo de melanoma, localización, estadificación, tiempo de aparición de las metástasis cutáneas con respecto al diagnóstico del melanoma primario, pauta de tratamiento, número de sesiones y resultados en cuanto a términos de evaluación de la respuesta locorregional y global de la enfermedad. **Resultados:** Un total de 19 pacientes (7 varones y 12 mujeres) fueron tratados con sesiones mensuales que incluían 1 o 2 ciclos de 20 segundos de crioterapia, seguidos de la aplicación diaria o de 5 días

a la semana de imiquimod al 5% durante 4 semanas. El número de sesiones requeridas por los pacientes osciló entre 1 y 25 con una media de 5,5 sesiones. En 7 pacientes (36,8%) se presentó remisión completa de las letálides, 5 pacientes (26,3%) presentaron remisión incompleta y en 7 pacientes (36,8%) hubo progresión locorregional.

Discusión y conclusiones: En el año 2007, Redondo et al describieron en modelos murinos que el imiquimod tópico mejoraba la inmunidad sistémica alcanzada por la crioterapia ocasionando así la destrucción del melanoma. La crioterapia genera necrosis local de las células malignas debido a la ruptura de su citoesqueleto y a su exposición a un ambiente hiperosmótico. Además es capaz de inducir una respuesta inmune sistémica antitumoral que se ve potenciada con el efecto inmunoestimulante del imiquimod que, por otra parte, es proapoptótico, antiangiogénico y que incluso podría proteger frente a las metástasis linfáticas regionales. Aportamos una serie de casos tratados con crioinmunoterapia, una opción terapéutica de aplicación sencilla, poco costosa, con mínimos efectos adversos y con una respuesta aceptable que nos amplía las modalidades de tratamiento para las metástasis cutáneas de melanoma.

7. MUTACIONES SOMÁTICAS EN EL PROMOTOR DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA DE LA TELOMERASA (TERT) EN MELANOMA CUTÁNEO PRIMARIO

E. Nagore^a, B. Heidenreich^b, P. Sivaramakrishna Rachakonda^b, Z. García-Casado^a, C. Requena^a, V. Traves^a, J. Becker^b, N. Soufir^c, K. Hemminkj^b y R. Kumar^b

^aInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^bGerman Cancer Research. Center de Heidelberg. Alemania. ^cHospital Bichat-Claude Bernard. París. Francia.

Introducción y objetivo: Nuestro grupo publicó recientemente la alta prevalencia de mutaciones en el promotor de TERT en líneas celulares de melanoma tanto de melanomas primarios como de metástasis. En este estudio el objetivo es identificar la prevalencia de mutaciones en el promotor de TERT así como las características clinicopatológicas de los melanomas que las presentan.

Material y métodos: Se evaluó la presencia de mutaciones en el promotor del TERT en una serie de 287 melanomas cutáneos primarios del Instituto Valenciano de Oncología. Se seleccionaron los datos clínicos, patológicos y mutacionales (BRAF, NRAS) a partir de la información recogida en la base de datos del centro. Se analizaron las asociaciones de las características mediante tablas de contingencia y regresión logística.

Resultados: Las mutaciones en el promotor de TERT están presentes en un 37,9% de los melanomas y, además de producir un aumento de la expresión génica, se asocian a una edad avanzada en la presentación del melanoma, un mayor espesor tumoral y son más frecuentes en los melanomas nodulares. Además, son más frecuentes en áreas expuestas al sol, tanto intermitentemente como de manera crónica y tienden a presentarse en asociación con mutaciones en BRAF y CDKN2A.

Conclusiones: Se describen por primera vez las características de los melanomas que presentan mutaciones de TERT. Junto con las mutaciones en BRAF, son las más frecuentemente encontradas en los melanomas, su presencia subraya el papel etiopatogénico de la radiación ultravioleta en la melanogénesis y pueden ser una nueva diana terapéutica dado que están en desarrollo fármacos que frenan el aumento de actividad telomerasa producido por esta alteración.

8. DESINTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

B. Rodrigo-Nicolás, P. Molés-Poveda, N. Barrado-Solís, C. Lloret-Ruiz, M. Velasco, V. Pont, E. Quecedo y E. Gimeno

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción: Adalimumab (ADA) es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea el factor de necrosis tumoral alfa, empleado en pacientes con psoriasis moderada-grave. Su pauta de administración convencional es 40 mg cada 2 semanas en inyecciones subcutáneas.

Objetivos: Evaluar la proporción de pacientes con psoriasis que mantienen la remisión clínica tras aumentar el intervalo entre dosis de ADA, así como la duración de la remisión, el tiempo de recaída y la eficacia de la reintroducción del tratamiento en los casos en que finalmente se suspendió.

Métodos: Revisamos la historia clínica de los pacientes con psoriasis grave sin artropatía cuya administración de ADA había sido espaciada al alcanzar y mantener un PASI < 3 con dosis convencionales. El intervalo entre dosis se aumentó inicialmente a 40 mg cada 3 semanas. Si el PASI < 3 se mantenía, se aumentaba la dosis a 40 mg cada 4 semanas, y tras esto cada 5 semanas o se suspendía. Si existía recaída, se recuperaba la pauta previa con la que el paciente alcanzaba PASI < 3. El tiempo medio de seguimiento desde el inicio del espaciamiento fue de 190 semanas, con control clínico y analítico de todos los pacientes cada 12 semanas.

Resultados: El espaciamiento de dosis se realizó en 12 pacientes (9 hombres y 3 mujeres) con un PASI medio basal de 24,64. El tiempo medio de tratamiento con dosis convencionales previo al espaciamiento fue de 50,8 semanas. Al final del seguimiento, la desintensificación se mantenía en el 75% de los pacientes, que mantuvieron un PASI < 3 con un período medio de seguimiento desde el último ajuste de dosis de 50,6 semanas. En aquellos pacientes que sufrieron un rebrote se obtuvo de nuevo PASI < 3 al recuperar la dosis previa con la que obtuviera un PASI < 3 o reintroduciendo dosis convencionales de ADA. En aquellos en los que se suspendió el tratamiento, el tiempo de recaída fue de 36,75 semanas, obteniendo una respuesta completa al reintroducir ADA. El impacto económico de la reducción de dosis fue significativamente alto.

Conclusión: El espaciamiento de dosis de ADA permite mantener en un alto porcentaje de pacientes la respuesta clínica obtenida durante el tratamiento con ADA a dosis convencionales. Tras analizar nuestros resultados, proponemos un nuevo algoritmo como guía para realizar la desintensificación de ADA en función del valor de PASI, con el objetivo de disminuir tanto los efectos secundarios como los costes del tratamiento sin afectar a la mejoría clínica obtenida inicialmente.

9. ÚLCERAS EN LAS PIERNAS Y DOLOR LANCINANTE: LA MAGIA DEL RITUXIMAB

C. Sanchis Sánchez^a, S. de Asís Cuestas^a, M.P. Pérez García^a, S. Santos Alarcón^a, A. Mateu Puchades^a, A. Marquina Vila^a y M.L. Pérez Ebrí^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Las úlceras en las piernas constituyen un motivo de consulta frecuente en Dermatología, estimándose una prevalencia en la población adulta en torno al 1%. El diagnóstico diferencial es muy amplio, siendo fundamental establecer un diagnóstico etiológico correcto para instaurar el tratamiento más adecuado. Presentamos el caso de un varón de 54 años, fumador, que acude a la consulta por presentar lesiones ulceradas intensamente dolorosas en miembros inferiores de 3 meses de evolución. A la exploración física presentaba en ambos miembros inferiores, sobre un fondo eritematoso, múltiples lesiones de morfología estrellada con escara necrótica central, junto con otras lesiones atróficas, blanquecinas, de aspecto cicatricial. El estudio histológico de una de las lesiones puso de manifiesto una necrosis epidérmica, con presencia de abundantes depósitos eosinofílicos intravasculares en los vasos dérmicos. Con IFD se ob-

servó que dicho material hialino presentaba intensa positividad para IgM, cadenas Kappa y C3, siendo compatible con una crioglobulinemia tipo I. A nivel analítico únicamente destacaba la presencia de cadenas ligeras monoclonales tipo kappa en orina, siendo tanto las crioglobulinas como las crioaglutininas reiteradamente negativas. Se remitió al paciente a Hematología, donde fue diagnosticado de macroglobulinemia de Waldenström y se instauró tratamiento con rituximab intravenoso, con lo que, a pesar de un empeoramiento clínico inicial, las lesiones han mejorado de forma considerable y el dolor ha desaparecido por completo. La macroglobulinemia de Waldenström es un trastorno linfoproliferativo crónico de bajo grado, que se caracteriza por la proliferación monoclonal de células linfoplasmocitoides tipo B productoras de IgM en médula ósea, bazo y ganglios linfáticos. Constituye aproximadamente el 2% de todas las neoplasias hematológicas, siendo más frecuente en varones entre la sexta y la séptima décadas de la vida. Las manifestaciones cutáneas se presentan en el 5% de los casos y pueden aparecer antes o después del diagnóstico, sin influir en el pronóstico. Estas se clasifican en específicas (por depósito tisular de IgM monoclonal o infiltración cutánea por las células neoplásicas) e inespecíficas (por síndrome de hiperviscosidad sanguínea o crioglobulinemia). Como conclusión, presentamos un caso de un paciente con úlceras dolorosas en las piernas como manifestación inicial de una macroglobulinemia de Waldenström con respuesta favorable al tratamiento con rituximab.

10. HIPOACUSIA Y FOTOSENSIBILIDAD EN PACIENTE DE 37 AÑOS

M.T. Rico, J.R. Estela, J. Gracias, A.M. Victoria, L. Martínez y A. Pérez

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.

Introducción: El síndrome de Cockayne (SC) es una enfermedad multisistémica caracterizada por estatura baja, apariencia facial característica, envejecimiento prematuro, fotosensibilidad, disfunción neurológica progresiva y déficit intelectual. La incidencia anual del SC es cercana a 1/200,000 en los países europeos. La edad del paciente en el momento de la aparición de la enfermedad y su gravedad son variables. Presentamos el caso de una mujer de 37 años, con rasgos físicos característicos, hipoacusia y fotosensibilidad.

Caso clínico: Mujer de 37 años, remitida para estudio de fotosensibilidad, con intolerancia solar desde los 8 meses de vida, cuando presento una quemadura con ampollas tras exposición corta, hipoacusia neurosensorial progresiva y déficit intelectual leve. Al examen físico facies peculiares con enoftalmos, nariz afilada y ausencia de piezas dentarias. Realizamos un Fototest con MED: 18,25 mJ/cm², luz visible y UVA negativo. Además una analítica básica que fue normal, ANAs, protoporfirias plasmáticas y porfirinas en orina que fueron negativas. Con la sospecha de que se tratara de una genodermatosis fotosensible, realizamos una resonancia magnética cerebral donde evidenciamos atrofia cerebelosa y mesencefálica, con lesiones sugestivas de calcificaciones en los ganglios de la base. Con todo esto nos planteamos el diagnóstico de síndrome de Cockayne leve, solicitamos estudio genético con el fin de confirmar nuestra sospecha y definir el seguimiento y pronóstico de la paciente.

Discusión: El síndrome de Cockayne es un trastorno raro degenerativo (progresivo), fenotipo y pronóstico muy variable y con una prevalencia exacta desconocida. Se han reportado 1/100,000 nacidos vivos, la mayoría de los casos son esporádicos. Tiene un fenotipo complejo y variable dado por la heterogeneidad genética, lo que ha complicado el diagnóstico y el pronóstico. Se han implicado 5 genes como responsables de este síndrome: CSA, CSB, XPB, XPD y XPG, que codifican para proteínas de tres sistemas de reparación del ADN. El efecto bioquímico final es la producción de proteínas disfuncionales, encargadas de reparar el daño oxidativo al ADN, lle-

vando a una predisposición a diferentes enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con el estrés oxidativo y con el proceso de envejecimiento. Los casos descritos en la literatura presentan un curso similar, inicialmente crecen y adquieren habilidades, luego una fase de meseta y finalmente pierden capacidades y habilidades, con disminución de la visión progresiva, pérdida de la audición, pérdida de movilidad, disfagia, temblores, pérdida de habilidades verbales y cognitivas. Es importante, por lo tanto, procurar un diagnóstico clínico y genético, con el fin de definir el seguimiento y pronóstico de estos pacientes.

11. ERITEMA NECROLÍTICO MIGRATORIO

A.M. Victoria^a, L. Cubells^a, M.T. Rico^a, J.L. Torregrosa^a, A. Esteve^a, M. Hernández^b, L. Obon^b, J.L. Sánchez Caraza^a, V. Alegre^a y V. Oliver^a

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. ^bServicio de Dermatología. Hospital de Sagunto. Valencia. España.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con dermatitis recurrente, migratoria, en el contexto de una neoplasia pancreática y encamamiento prolongado, en quien tras analizar la historia clínica previa de otro centro y realizar estudio anatomopatológico pudimos llegar al diagnóstico de eritema necrolítico migratorio.

Caso clínico: Mujer de 70 años que consultó en diciembre de 2013 en urgencias de dermatología por presentar lesiones eritematosas localizadas en la zona de la ingle. Como antecedentes personales destacaba una DM tipo 2, demencia, delirium orgánico crónico, neoplasia de páncreas con metástasis hepáticas en seguimiento en otro centro, incontinencia urinaria completa y encamamiento de más de 7 años tras una fractura de cadera. Presentaba lesiones eritematosas bien delimitadas en el área del pañal, con despegamiento cutáneo superficial y una glositis llamativa. Ante la sospecha de una dermatosis carencial solicitamos estudio analítico incluyendo zinc y niacina. En enero de 2014 la paciente vuelve a consultar por aparición de nuevas lesiones eritematosas con descamación fina en superficie en la pierna izquierda, de distribución serpinginosa y lesiones de queilitis angular. Las lesiones cutáneas inguinales de la anterior consulta estaban resueltas, dejando pigmentación postinflamatoria. Realizamos una biopsia cutánea que mostró necrosis del tercio superior de la epidermis, con hendiduras en el estrato córneo, hiperqueratosis con paraquetosis, edema en dermis superficial y un discreto infiltrado inflamatorio perivascular de predominio linfocitario. Ingresamos a la paciente para tratamiento y solicitamos la historia clínica del otro centro, objetivándose un diagnóstico de tumor neuroendocrino de páncreas con metástasis hepáticas en 2007, en tratamiento con análogos de somatostatina de forma intermitente. Con los hallazgos de la biopsia y la sospecha clínica se confirmó el diagnóstico de eritema necrolítico migratorio en una paciente con glucagonoma. En las analíticas durante el ingreso se objetivaron niveles de glucagón elevados y niveles de zinc bajos.

Discusión: El eritema necrolítico migratorio consiste en máculas eritematosas intensas con crecimiento centrífugo, que se acompañan de despegamiento epidérmico superficial, pudiendo presentar ampollas y costras. Las lesiones tienen tendencia a curación central, adquiriendo una morfología anular. Se localiza típicamente en zonas periorificiales, glúteos, abdomen y piernas. Está presente en el 70% de los pacientes con síndrome de glucagonoma. Otras alteraciones que presentaba nuestra paciente que están asociadas al síndrome de glucagonoma son anemia, diabetes mellitus, glositis, queilitis, delirium crónico, demencia e incontinencia urinaria. El 90% de los casos de eritema necrolítico migratorio se asocia con glucagonoma y el 10% restante se observa en enfermedades relacionadas con déficit nutricional. Presentamos una paciente con eritema necrolítico migratorio secundario a glucagonoma, asociado a déficit nutricional.

12. PÁPULAS ANARANJADAS FACIALES

N. Barrado Solís, B. Rodrigo Nicolás, P. Molés Poveda, C. Lloret Ruiz, F. Millán Parrilla, E. Quecedo Estébanez y E. Gimeno Carpio

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción: El milium coloide es una dermatosis poco frecuente, de la cual se han descrito poco más de 100 casos. Cursa como pápulas típicamente localizadas en áreas fotoexpuestas, siendo la radiación ultravioleta el principal factor asociado. Dada su importancia exclusivamente estética, se cree que podría estar infradiagnosticada en zonas geográficas de intensa radiación solar como la nuestra. Presentamos un nuevo diferencial de pápulas en regiones fotoexpuestas.

Caso clínico: Mujer de 47 años de edad que consulta por la presencia de pápulas de pequeño tamaño, anaranjadas, distribuidas de manera simétrica en ambas mejillas, de un año de evolución. Como único antecedente de interés, la paciente había trabajado desde su juventud al sol. Realizamos una biopsia cutánea de una de las lesiones, que mostró la presencia de un material rosado homogéneo amorfo en dermis papilar, existiendo una zona Grenz bien delimitada. Este material fue PAS-diestasa resistente y mostró negatividad con Rojo Congo, no siendo birrefringente con la luz polarizada. Los hallazgos clínicos e histopatológicos fueron compatibles con milium coloide.

Discusión: El milium coloide es una condición poco frecuente consistente en pápulas anaranjadas, translúcidas o del color de la piel, de un tamaño milimétrico. Típicamente asienta en áreas fotoexpuestas, principalmente en cara, lateral del cuello, pabellones auriculares y dorso de las manos. Se han descrito 4 subtipos. El más frecuente de ellos es el milium coloide del adulto, que aparece más frecuentemente en hombres con daño actínico crónico, entre la 4^a-6^a décadas de la vida. Menos frecuente es la forma juvenil, que aparece antes de la pubertad; la forma nodular cursa como nódulos aislados o múltiples, principalmente en la cara; por último, el subtipo pigmentado ha sido relacionado con el uso de hidroquinona. La etiología continúa siendo desconocida, aunque se ha implicado a los fibroblastos unidos al daño actínico en su patogenia. Para su diagnóstico es necesario realizar una biopsia cutánea, caracterizada por el depósito de un material coloide, eosinofílico y fisurado, en la dermis superficial. Este material es PAS-diestasa resistente y la tinción con Rojo Congo suele ser negativa. El tratamiento de esta entidad es limitado. Los mejores resultados se han obtenido con dermabrasión y con los nuevos láseres fraccionados.

Conclusiones: Presentamos un caso de milium coloide del adulto, recordando sus características y la importancia de la histología para su correcto diagnóstico.

Comunicaciones libres II

1. UN CASO DE PÉNFIGO IGA

I. Escandell González^a, D. Ayala Alcázar^a, A. Allende García^a, M.I. Pinazo Canales^a, J.C. Monteagudo Castro^b y E. Jordá Cuevas^a

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

Introducción: El pénfigo IgA es una variante poco frecuente dentro del grupo de las enfermedades ampollas intraepidérmicas de origen autoinmune. Se distinguen dos variantes, la dermatosis pustulosa subcórnea y la dermatosis neutrofílica intraepidérmica IgA.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 19 años sin antecedentes reseñables que fue valorado por un cuadro clínico de lesiones vesículo-pustulosas de 3 meses de evolución. En el estudio histológico se observaron pústulas subcórneas con abundantes neutrófilos y un depósito de IgA en la IFD que ocupaba todo el espesor de la epidermis, por lo que fue diagnosticado de pénfigo IgA.

Discusión: El pénfigo IgA se presenta como una erupción vesículo-pustulosa con infiltrado neutrofílico, mínima acantolisis y presencia de anticuerpos IgA dirigidos frente a la superficie de los queratinocitos. En la variante más superficial (SPD) las pústulas son subcórneas y se observa un depósito de IgA superficial. En el caso del IEN se aprecian pústulas y depósito de IgA en todo el espesor de la epidermis, sin que se conozca el antígeno diana. Nuestro caso ha sido diagnosticado como pénfigo IgA intraepidérmico. Presentamos este caso porque contribuye a aumentar el conocimiento de una entidad poco frecuente y cuyo diagnóstico, basado en la clínica y la histología, no está claramente establecido. Aportamos asimismo nuestra experiencia terapéutica.

2. SÍNDROME DE SÉZARY ASOCIADO A DERMATITIS DE CONTACTO POR DIMETILFUMARATO, PROCESOS AUTOINMUNES Y VIRUS DE LA HEPATITIS B

P. Molés Poveda, B. Rodrigo Nicolás, N. Barrado Solís, C. Lloret Ruiz, E. Quecedo Estébanez y E. Gimeno Carpio

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. España.

Introducción: Los linfomas cutáneos primarios representan un grupo heterogéneo de neoplasias linfoides con especial tropismo por la piel. La primera manifestación suele ser lesiones cutáneas inespecíficas, sin enfermedad extracutánea en el momento del diagnóstico. Los linfomas cutáneos de células T suponen el 80% y dentro de estos destacan dos entidades bien definidas, la micosis fungoide (MF) y el síndrome de Sézary (SS). Este último caracterizado por la tríada eritrodermia, adenopatías y células de Sézary. Presentamos un caso de SS en un paciente con antecedentes de procesos autoinmunes y con clínica inicial de dermatitis de contacto a dimetilfumarato.

Caso clínico: Paciente varón de 57 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, alopecia areata y hepatitis crónica B. Consultó en nuestro servicio por un cuadro de lesiones eczematosas en miembros inferiores de un año de evolución, que relacionó claramente con la adquisición de un sillón "relax". Se parchó la batería estándar de pruebas epicutáneas, así como un fragmento del sillón que resultaron negativas. Posteriormente, el paciente recibió una notificación de que esos sillones contenían dimetilfumarato. Dada la persistencia de las lesiones a pesar del tratamiento con corticoides tópicos y la extensión de las mismas, se realizaron a lo largo del tiempo dos biopsias que resultaron inespecíficas. Tres años después, en una analítica de rutina se evidenció una linfocitosis con presencia de células de Sézary. Se realizó una nueva biopsia cutánea, que fue compatible con SS, así como un TAC que evidenció adenopatías. El paciente recibió tratamiento con poliquimioterapia, metotrexato, bexaroteno, PUVA y pentostatina logrando un control parcial de la enfermedad durante años. Sin embargo, ha desarrollado una eritrodermia progresiva y, más recientemente, lesiones cutáneas nodulares por infiltración de células tumorales.

Discusión: El SS, a diferencia de la MF, tiene un pronóstico desfavorable con una supervivencia del 10-20% a los 5 años, siendo la principal causa de muerte las infecciones. Es frecuente que los linfomas cutáneos se manifiesten inicialmente de forma inespecífica, en ocasiones simulando dermatosis benignas, por lo que el diagnóstico requiere un alto grado de sospecha e incluso varias biopsias, como fue el caso de nuestro paciente. Se discute una probable relación con la dermatitis de contacto y la presencia de procesos autoinmunes, así como la dificultad del manejo terapéutico.

3. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULAS T PLEOMÓRFICAS DE PEQUEÑO Y MEDIANO TAMAÑO CD4+: A PROPÓSITO DE UN CASO DE INVOLUCIÓN ESPONTÁNEA

D. Ayala Alcázar, I. Escandell González, L.G. Beteta Gorriti, M.D. Ramón Quiles, E. Montesinos Villaescusa, C. Monteagudo Castro y E. Jordá Cuevas

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Introducción: El linfoma cutáneo primario de células T pleomórficas de pequeño/mediano tamaño CD4+ (LCT PPM) se incluye dentro de la clasificación de las OMS-EORTC como una entidad provisional.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 62 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta por una lesión nodular localizada en rama mandibular derecha de un mes de evolución, tonalidad eritematosa y asintomática. Fue biopsiado y la lesión desapareció completamente de forma espontánea en 2 semanas. La anatomía patológica mostró un infiltrado linfocitario denso dérmico y subcutáneo, sin epidermotropismo, con predominio de células pequeñas y medianas de inmunofenotipo T CD3+, CD4+, CD8- y CD30-. El estudio de clonalidad de células T, mediante PCR del gen del receptor de célula T (TCR), evidenció reordenamiento monoclonal. Con estos datos se estableció el diagnóstico de LCT PPM.

Discusión: Los LCT PPM representan un 2% de los linfomas cutáneos primarios. Clínicamente suelen cursar como placas o tumores solitarios en cara, cuello y parte superior del tronco, de crecimiento rápido. La histología muestra infiltrados densos, nodulares o difusos que infiltran hipodermis. Predominan linfocitos T CD4+ de pequeño y mediano tamaño, aunque puede existir hasta un 30% de células grandes pleomórficas. El TCR suele mostrar reordenamiento monoclonal. El pronóstico suele ser muy favorable con excelente respuesta a tratamiento quirúrgico o radioterapia local. Se plantea diagnóstico diferencial con proliferaciones linfoides benignas y otro tipo de linfomas T cutáneos que exigen un estudio cuidadoso. El análisis de marcadores de células T Helper foliculares como PD-1, BCL-6 o CXCL13 puede ser de gran ayuda para establecer el diagnóstico definitivo.

Conclusiones: La resolución espontánea de la lesión, como ocurrió en nuestro paciente, es una evolución atípica, con pocos casos descritos en la literatura. A pesar de que la clínica, histología e inmunohistoquímica de LCT PPM puede superponerse a otros infiltrados linfoides cutáneos, consideramos que se trata de una entidad reconocible y reproducible con pronóstico excelente en la mayoría de los casos, fundamental para evitar tratamientos agresivos.

4. LINFOMA DE CÉLULAS T GAMMA-DELTA SIMULANDO UNA PANICULITIS INFLAMATORIA

J.L. Torregrosa Calatayud, J. Garcías Ladaria, M.T. Rico Fernández, A.M. Victoria Martínez, C. Sierra Talamantes, V. Zaragoza Ninet, V. Alegre de Miquel y V. Oliver Martínez

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

Introducción: El linfoma de células T gamma-delta es un neoplasia linfocítica de pronóstico desfavorable, que en ocasiones afecta a pacientes jóvenes. No es infrecuente su presentación inicial simulando una paniculitis inflamatoria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 28 años sin antecedentes personales de interés, que acudió por lesiones nodulares en las extremidades inferiores de 9 meses de evolución. Las lesiones fueron clínica e histológicamente diagnosticadas de vasculitis nodular y posteriormente de pioderma gangrenoso. Tras 17 meses de tratamiento inmunosupresor ineficaz, una cuarta biopsia para hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica estableció el diagnóstico de linfoma de células T gamma-delta. A pesar de varios es-

quemias de poliquimioterapia (CHOP y GEMOX), alemtuzumab y radioterapia, la paciente evolucionó de forma desfavorable, falleciendo por un fracaso hepático progresivo y un cuadro de lesiones pulmonares agudas relacionadas con las transfusiones (TRALI).

Discusión: Los linfomas de células T gamma-delta derivan de un subtipo de células T con expresión gamma-delta del receptor de células T (TCR), en vez del heterodímero alfa-beta. En 2008 fueron excluidos del grupo de los linfomas subcutáneos a tipo paniculitis, para ser incluidos por la WHO/EORTC en los linfomas cutáneos primarios periféricos de células T, inespecíficos. La forma de presentación más frecuente es con múltiples placas y/o tumores diseminados con afectación de mucosas. Sin embargo, en ocasiones puede simular una enfermedad inflamatoria y/o presentar lesiones nodulares en las piernas que simulen vasculitis o paniculitis lúpicas.

Conclusiones: Ante una paniculitis inflamatoria de evolución atípica y/o refractaria a los tratamientos habituales debe contemplarse el diagnóstico de linfoma de células T gamma-delta. Estas dos entidades podrían formar parte de un espectro continuo, requiriendo para su diferenciación una buena correlación clínico-patológica a lo largo de su evolución.

5. LA PIEL COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

S. de Asís, C. Sanchis, S. Santos, M.P. Pérez, A. Mateu y A. Marquina

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

Introducción: Existe una gran variedad de entidades cutáneas asociadas a procesos hematológicos, algunas específicas ocasionadas por una infiltración de la piel por células tumorales y otras inespecíficas cuya clínica será más polimorfa. Presentamos 2 pacientes cuyos cuadros cutáneos ayudaron al diagnóstico de diferentes alteraciones hematológicas.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 65 años, entre cuyos antecedentes destaca un carcinoma ductal en mama derecha en 2006, actualmente libre de enfermedad. Es remitida desde oncología para valoración de lesiones asintomáticas de 3 años de evolución en mama derecha. A la exploración se aprecia una placa anaranjada bien delimitada, no palpable, y otra lesión similar en escápula derecha, igualmente asintomática. Se realiza una biopsia de la lesión y la histología es compatible con la sospecha diagnóstica inicial de xantoma plano difuso. Posteriormente se solicita una analítica en la que se aprecia un pico monoclonal IgM, por lo que la paciente es diagnosticada de una gammopatía monoclonal de significado incierto. Caso 2: varón de 67 años que consulta por lesiones pruriginosas de 5 meses de evolución. A la exploración se aprecian lesiones eritematosas excoriadas en piernas sin otros hallazgos relevantes. En visitas posteriores continúan apareciendo nuevas lesiones pese a tratamiento con antihistamínicos y corticoides tópicos, algunas de las cuales se hacen nodulares, por lo que finalmente se realiza una biopsia compatible con picadura. Tras el hallazgo de una linfocitosis mantenida en el tiempo es cuando se sospecha una dermatosis eosinofílica asociada a procesos hematológicos y el paciente es remitido a hematología para estudio, confirmando el diagnóstico de una leucemia linfática crónica.

Conclusiones: La mayoría de casos de xantoma plano difuso normolipémico se asocian con discrasias sanguíneas, siendo lo más frecuente el mieloma múltiple y la gammopatía monoclonal de significado incierto. Se cree que las lesiones cutáneas aparecen debido a la formación de complejos Ig-lipoproteína que se depositan alrededor de los vasos y estas pueden preceder durante años al diagnóstico hematológico, por lo que la mayoría de autores recomiendan un estudio inicial y seguimiento estrecho de estos pacientes. En cuanto a la dermatosis eosinofílica asociada a procesos hematológicos, lo más frecuente es que aparezca en pacientes con

una leucemia linfática crónica ya diagnosticada. Las lesiones cursan a brotes y no siguen un curso paralelo a la leucemia, sin embargo algunos autores la han descrito como un marcador de progresión. Debido a las implicaciones que estas lesiones tienen para los pacientes, los dermatólogos debemos estar familiarizados con estos cuadros para permitir un diagnóstico precoz de posibles enfermedades subyacentes.

6. TRASPLANTE CAPILAR. TÉCNICAS ACTUALES

E. Roche Gamón, J.M. Ricart Vayá y M. Romagnoli

Hospital Quirón. Valencia. España.

Introducción: El trasplante capilar de unidades foliculares (UF) es una cirugía con una demanda en auge en los últimos años, debido a los importantes avances de las técnicas quirúrgicas, la modernización de la cirugía, con la posibilidad de mecanizar gran parte del proceso, permitiendo todo ello obtener resultados estéticos muy satisfactorios, que distan mucho de los antiguos resultados de pelo de muñeca. Su indicación más conocida es la alopecia androgenética pero no olvidemos que puede emplearse para repoblar alopecias secundarias a cicatrices, por ejemplo accidentales, quirúrgicas, tiña capitis, o alopecias congénitas como la alopecia triangular temporal. También se están realizando trasplantes de unidades foliculares para repoblar vitíligos estables sin respuesta a otras terapias, con resultados prometedores.

Material y métodos: El trasplante capilar de UF consiste en trasladar el pelo de una zona donante a una zona receptora. Existen dos métodos de obtención de las UF, la técnica FUSS o FUT, Follicular Unit Strip Transplantation y la técnica FUE, Follicular Unit Transplantation. La técnica FUT, o de "la tira", consiste en extraer una tira en forma de huso de la zona occipital y bajo el microscopio o lentes de gran aumento diseccionar esa tira en UF de uno a cuatro cabellos. Por el contrario, la técnica de FUE consiste en extraer una a una mediante micropunches las UF naturalmente existentes en el área donante.

Discusión: Cada técnica tiene sus ventajas e inconvenientes. Cabe destacar de la técnica FUT como ventajas que permite injertar mayor número de UF en menor tiempo y como inconvenientes la cicatriz residual y un período postoperatorio más doloroso. Por el contrario, la duración de la cirugía en la técnica FUE es mayor pero el postoperatorio es prácticamente indoloro y no deja cicatrices apreciables. Se discutirán con detalle las diferencias y las indicaciones de cada técnica.

Conclusiones: En conclusión, hemos querido compartir nuestra experiencia personal con este tipo de cirugía, puesto que su conocimiento y aprendizaje prácticamente no se realiza durante la formación de la especialidad. Aunque su principal aplicación en la actualidad es la alopecia androgenética, es una opción a considerar en la reparación de cicatrices en cuero cabelludo o en alopecias congénitas.

7. PLACAS ARCIFORMES EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

B. de Unamuno Bustos^a, R. Ballester Sánchez^a, M. Hernández^b y R. Botella Estrada^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedentes de hepatitis C y adenocarcinoma de próstata. Consultó por lesiones asintomáticas de unos 3 meses de evolución, que habían sido tratadas con antifúngicos y antibióticos sin mejoría. En la exploración se observaban tres lesiones de varios cm de tamaño, de morfología arciforme y con un borde levemente sobreelevado, que se localizaban en la cara externa de la rodilla, región lumbar y dorso del pie izquierdo.

Se realizó una biopsia de la lesión lumbar que mostró focos de necrosis de la epidermis, marcado edema en dermis papilar y un infiltrado linfohistiocitario de distribución perivascular e intersticial donde además se observaban numerosos neutrófilos. Los vasos de la dermis mostraban endotelios prominentes, extravasación eritrocitaria y se rodeaban de un denso infiltrado neutrofílico. En algunos focos se observaban áreas de colágeno degenerado rodeado del infiltrado inflamatorio. En la inmunofluorescencia directa no se observaron depósitos de inmunoglobulinas ni complemento. Se realizó cultivo para hongos, bacterias y micobacterias que resultó negativo. La analítica de sangre que incluyó perfil de autoinmunidad no mostró alteraciones, y la serología para *Borrelia* fue negativa. Con todos estos hallazgos clínico-patológicos se realizó el diagnóstico de dermatitis granulomatosa y neutrofílica en empalizada.

Discusión: La dermatitis granulomatosa y neutrofílica en empalizada forma parte del espectro de la dermatitis granulomatosa intersticial. Se trata de una entidad infrecuente que generalmente aparece en el contexto de una enfermedad sistémica. Los primeros casos de asociaron a artritis reumatoide aunque posteriormente se ha descrito asociada a múltiples patologías sistémicas, sobre todo de origen autoinmune. Existe una gran variabilidad clínica, pudiendo presentarse en forma de pápulas, placas o nódulos eritematovioláceos, o bien de forma más infrecuente con lesiones lineales. Desde el punto de vista histopatológico se trata de un espectro histológico en función de la fase evolutiva. En las lesiones iniciales se observan focos de vasculitis leucocitoclástica junto con un infiltrado neutrofílico y degeneración variable del colágeno, y en fases más avanzadas se observan granulomas en empalizada que rodean los focos de colágeno degenerado acompañados de fibrosis en la dermis. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el granuloma anular intersticial, la necrobiosis lipoidica, la vasculitis leucocitoclástica y el eritema elevatum diutinum. Las lesiones tienden a seguir un curso paralelo a la enfermedad de base con exacerbaciones y remisiones parciales, aunque también se han descrito casos de resolución espontánea. Se recomienda un seguimiento de los pacientes para descartar patología sistémica asociada.

8. CÓMO TRATAR LOS GLOMANGIOMAS MÚLTIPLES HEREDITARIOS. TRATAMIENTO EFICAZ EN UNA SOLA SESIÓN

S. Kindem^a, R. Alcalá^a, N. Rivas^a, B. Llombart^a, O. Sanmartín^a, C. Serra-Guillén^a, A. Martín-Santiago^b y C. Guillén^a

^aServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital de Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Los glomangiomas cutáneos múltiples son poco frecuentes y suelen aparecer en familias siguiendo un patrón autosómico dominante. No suponen un riesgo para la salud ni hay casos descritos de malignización, pero sí suponen un problema funcional y estético para el paciente. El tratamiento puede ser difícil porque en muchas ocasiones la resección quirúrgica no es viable al ser muy numerosas las lesiones. Existen otras técnicas utilizadas como láser de CO₂ o escleroterapia que implican riesgo de ulceración e infección.

Caso clínico: Varón de 33 años con 15-20 lesiones nodulares azuladas generalizadas desde el nacimiento que refería que su padre presentaba las mismas lesiones. Le ocasionaban dolor a la mínima presión. El estudio histológico confirmó que se trataban de glomangiomas múltiples. Se realizó un estudio genético en el paciente y en los familiares afectados y se encontró una mutación en el gen de la glomulina (unión exón5/intrón5, tipo C394+2T>C) relacionada con los casos de glomangiomas múltiples hereditarios y que se transmite de manera autosómica dominante.

Resultados: Revisando la literatura más reciente, se decidió realizar las lesiones con láser Nd:YAG (1064 nm), con un spot de 3 mm,

a 240 J/cm² y 40 mseg. Tras una sesión, el paciente refería que las lesiones habían dejado de ser dolorosas y a la exploración se observaban de menor tamaño y menos azuladas. Tras una 2ª sesión, los nódulos ya no eran observables y el paciente se mostraba claramente asintomático. En la actualidad, tras 2 años de seguimiento, el paciente no ha vuelto a referir dolor y los glomangiomas no han recidivado, tampoco se observan lesiones cicatriciales.

Conclusiones: Los glomangiomas múltiples hereditarios son muy poco frecuentes, aunque las lesiones son de naturaleza benigna pueden ocasionar dolor al paciente y suponer un difícil abordaje terapéutico debido a la multitud de lesiones. El tratamiento quirúrgico puede la solución más rápida y definitiva, pero en muchas ocasiones no es posible debido al elevado número de glomangiomas. Otros tratamientos que se han utilizado son el láser de CO₂, el láser argón o la escleroterapia, aunque este tipo de técnicas tiene riesgo de ulceración, necrosis o infección. Tras la llegada de los láseres más actuales, se ha utilizado el láser de colorante pulsado (PDL), pero puede no ser suficiente para lesiones más profundas. En estos casos, sería más efectivo el láser Nd:YAG. Presentamos un caso de enfermedad poco frecuente y con escasa información sobre nuevos tratamientos en la literatura, donde el tratamiento con Nd:YAG fue exitoso y sin riesgos para el paciente.

9. ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS CON CRIOTERAPIA, DICLOFENACO SÓDICO TÓPICO Y TRATAMIENTO SECUENCIAL CON CRIOTERAPIA SEGUIDO DE DICLOFENACO

L. Hueso Gabriel, A. Martorell Calatayud, I. Martínez Martínez, M.L. García-Melgares Linares, C. Pelufo Enguix y A. Alfaro Rubio

Servicio de Dermatología. Hospital de Manises. Valencia. España.

El tratamiento de múltiples queratosis actínicas en el cuero cabelludo es un reto diario en nuestra práctica clínica y al tratamiento clásico con crioterapia se han unido diferentes opciones que tratan tanto las lesiones clínicas como el campo de cancerización. El tratamiento de las queratosis actínicas con diclofenaco sódico ha demostrado ser una alternativa eficaz y bien tolerada en estos pacientes. Hemos realizado un estudio aleatorizado para comparar el tratamiento de múltiples queratosis actínicas con crioterapia únicamente, diclofenaco tópico únicamente y crioterapia seguida de diclofenaco tópico. El tratamiento secuencial con crioterapia seguido de diclofenaco sódico tópico ha demostrado ser más eficaz y mejor tolerado que el tratamiento individual con crioterapia o diclofenaco.

10. MUCORMICOSIS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CON PRONÓSTICO DIFERENTE

A. Sahuquillo^a, B. Escutia^a, M. Rodríguez^a, M. Navarro^a, C. Pujol^a, M. Llavorador^b y R. Botella^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Introducción: La mucormicosis cutánea es una infección oportunista causada por hongos pertenecientes a la clase de Zigomicetales de la orden de los Mucorales. Debido a su carácter angioinvasor debe ser diagnosticada y tratada con rapidez para evitar consecuencias fatales en el paciente.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes con trasplante alogénico de médula ósea con progenitores hematopoyéticos que sufrieron una infección por mucormicosis. El primer paciente se trataba de un varón de xx años que ingresó por cuadro séptico acompañado de edema palpebral con aparición de ulceración y necrosis en la zona frontal. A pesar del tratamiento empírico con voriconazol y anfotericina B el paciente falleció por shock séptico. El segundo paciente

se trataba de un varón de 60 años de edad, diabético insulindependiente, que ingresó por la mala evolución de una herida localizada en el brazo izquierdo tras una caída casual. La presencia de hifas de pared gruesa y ramificadas en ángulo recto en la biopsia en fresco orientó hacia una mucormicosis. Se instauró tratamiento con posaconazol y anfotericina B y el desbridamiento quirúrgico de la herida, con buena evolución del paciente.

Discusión: El cultivo de la biopsia y el estudio histológico son precisos para el diagnóstico de mucormicosis. Sin embargo, existen factores de riesgo que debemos considerar para establecer un diagnóstico temprano que puede cambiar el mal pronóstico de esta infección oportunista. Entre estos factores destacan la neutropenia, la diabetes mellitus mal controlada y el tratamiento profiláctico con voriconazol.

11. EL PUNTO FINAL, UN MARCADOR FIABLE EN LA ELIMINACION DE TATUAJES CON LÁSER Q-SWITCHED

D. Muñoz Borrás

Clinica de Dermatología del Dr. Donís Muñoz. Gandía. Valencia. España.

Introducción: Resulta difícil reproducir un protocolo de tratamiento con láser Q-Switched cuando se utilizan equipos tecnológicamente diferentes entre sí. En absoluto son equiparables los resultados obtenidos con las mismas fluencias cuando estas proceden de equipos de distintos fabricantes, e incluso un mismo equipo puede provocar efectos diferentes sobre los tejidos a pesar de emplear los mismos parámetros. Ello puede deberse a un desajuste en las len-

tes, a la presencia de partículas de polvo, restos de tejidos o sangre impactados en las mismas, a un mal estado de la lámpara, etc. Podemos concluir, por lo tanto, que los resultados son difícilmente reproducibles si nos atenemos únicamente a los parámetros que intervienen en la elección del protocolo de trabajo. Contrariamente, el punto final (PF) resulta ser un marcador objetivo, fiable y transmisible.

Material y métodos: Entendemos por PF el aspecto que adquiere el tatuaje inmediatamente después de finalizar cada sesión de láser. Este viene determinado por el mayor o menor grado de eritema, escarchado, blanqueamiento, despegamiento o desprendimiento dermoepidérmico, sangrado o perforado provocado sobre la piel del tatuaje.

Discusión: Propongo establecer 5 grados de PF, solo aplicables al Q-Switched Nd:YAG de 1064 nm: Grado I: Escarchado o blanqueamiento mínimo y eritema. Grado II: Blanqueamiento franco. Grado III: Blanqueamiento franco y rocío hemorrágico. Grado IV: Despegamiento dermoepidérmico franco y sangrado franco. Grado V: Despegamiento, perforado dermoepidérmico y sangrado francos. El PF grado I, II y III se obtiene empleando fluencias bajas y medias y resulta aplicable en los casos en donde se prioriza la seguridad frente a la rapidez en borrar un tatuaje y se corresponde por lo tanto a una opción conservadora. El PF grado IV y V se obtiene con fluencias más altas y nos permite eliminar el máximo de tinta en el menor tiempo posible, tanto a través de la vía linfática como transepidérmica y la llamaremos opción resolutive.

Conclusiones: Con esta escala del I al V que propongo podemos definir con mayor exactitud nuestra meta y resulta más fácilmente reproducible y transmisible el punto final deseado, con independencia de los parámetros que precise cada equipo para conseguir tal fin.