



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN CANARIA DE LA AE

Reunión de la Sección Canaria de la Academia Española de Dermatología y Venerología La Gomera, 5 y 6 de abril de 2019

1. TOXICODERMIA POR MORINGA (*MORINGA OLEIFERA*)

A. Sagra, S. Ponce, L. Rodríguez, D. Islas, L. Borrego, T. Montenegro y J. Hernández

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La Moringa es una planta utilizada ampliamente en la medicina tradicional.

Caso clínico. Paciente mujer de 57 acude derivada de urgencias por una erupción cutánea pruriginosa y generalizada de 3 días de evolución que se acompaña de dificultad respiratoria y edema lingual. Establece relación con la toma de Moringa durante las dos semanas previas. En la exploración física observamos en tronco, MMSS y región facial placas eritematosas confluentes que desaparecen a la vitropresión. La biopsia muestra un patrón de reacción liquenoide con necrosis salpicada y confluyente de queratinocitos. Se suspendió la Moringa y el cuadro se resolvió progresivamente en un periodo de 10 días.

Discusión. La Moringa se utiliza sobre todo en países en vías de desarrollo para tratar numerosas patologías pero tanto los principios activos como los efectos que causa son desconocidos. A pesar de esto su mercado en países desarrollados está en auge. Los mecanismos por los cuales la Moringa o cualquier planta medicinal pueden causar daños son debido al efecto farmacológico directo de alguno de sus componentes, a la interacción con los fármacos habituales o por contaminantes desconocidos.

Conclusión. Presentamos un caso de posible toxicidad cutánea por Moringa destacando la importancia de la vigilancia en su consumo y el reporte de sus efectos adversos en nuestra población.

2. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. NEGRÍN: 4 CASOS

Á.-M. García-Miñarro, C.-P. Hernández-Fernández, S. Herrera-Rodríguez, P. Díaz-Morales, A.-J. Gómez-Duaso, P. Valerón-Almazán y G. Carretero-Hernández

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es un adenocarcinoma intraepitelial que puede ser de origen primario cutáneo (>75% de los casos), o bien ser la afectación epidérmica secundaria a un adenocarcinoma mamario, gastrointestinal o genitourinario (10-20%).

Casos clínicos. Presentamos los casos de EPEM diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria en un periodo de 15 años (2003 a 2018). De los 4 casos, tres son mujeres (dos con Paget vulvar y uno perianal) y uno es varón (genitocrural). El retraso diagnóstico abarcaba de 8 meses a 5 años, siendo el liquen escleroatrófico el diagnóstico previo más común. Todos los casos fueron EPEM primario: 3 in situ y 1 invasivo. En todos los casos se realizó un cribado sin objetivar neoplasia visceral subyacente. En los Paget de la vulva se realizó vulvectomía, mientras que en las otras localizaciones se indicó tratamiento tópico con Imiquimod.

Discusión. Dada la baja incidencia de EPEM, la identificación temprana puede suponer un reto diagnóstico. La importancia en minimizar el retraso diagnóstico radica en optimizar el manejo y en la potencial asociación con otras neoplasias viscerales. Aunque las guías internacionales aconsejan realizar un cribado de neoplasia asociada, existen autores que consideran que en el caso de Paget vulvar primario in situ esto no sería necesario.

Conclusión. Aunque son necesarios más estudios para elucidar la etiopatogenia de la EPEM, es vital mantener un alto índice de sospecha para evitar retrasos diagnósticos y de tratamiento en la EPEM e individualizar el cribado de neoplasias asociadas.

3. DUPILUMAB: UN ANTES Y UN DESPUÉS. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN DERMATITIS ATÓPICA

C.P. Hernández Fernández, A. González Quesada, B. Madrid Álvarez, S. Herrera Rodríguez, P. Díaz Morales, Á. García Miñarro, P. Valerón Almazán, J. Bastida Iñarrea, J. Vilar Alejo y G. Carretero Hernández

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. Existe escasa evidencia sobre la efectividad de dupilumab en pacientes con dermatitis atópica en la práctica clínica habitual.

Material y método. Presentamos los resultados de un estudio descriptivo retrospectivo que incluye todos los pacientes adultos con dermatitis atópica tratados con dupilumab por el Hospital Doctor Negrín durante un año. Los objetivos principales fueron analizar la variación del EASI (Eczema Area and Severity Index), determinar el porcentaje de pacientes que alcanzaron el EASI 75 y 90 en semanas 16 y 52, analizar la EVA (Escala Visual Analógica) del prurito a lo largo del tiempo y estudiar los efectos adversos relacionados con el fármaco.

Resultados. Se estudió una muestra de 17 pacientes (edad media: 33 ± 9 años; 65% varones). El EASI basal fue de 8,87. Se observó un EASI en semana 16 de 2,34 (Δ 72,1%) y en semana 52 de 0,68 (Δ 95,5%). El porcentaje de pacientes que alcanzó el EASI 75 en semanas 16 y 52 fue del 55% y 100%, mientras que el porcentaje que alcanzó el EASI 90 fue del 18 y 75%, respectivamente. El EVA del prurito basal fue de 6,5 puntos, y en la semana 16 y 52 de 3 y 2 puntos, respectivamente. El 53% de los sujetos experimentó efectos adversos por dupilumab (7 conjuntivitis, 2 cefalea, 2 herpes) y en el 59% se objetivó un aumento de eosinofilia periférica con cifras superiores a 500 eosinófilos/mm³. Un paciente suspendió el tratamiento por conjuntivitis grave. En dos pacientes el régimen posológico se minorizó a una administración cada 3 y 4 semanas por buen control de la enfermedad.

Conclusiones. Dupilumab es efectivo en el tratamiento de la dermatitis atópica del adulto. Esta efectividad se mantiene durante al menos un año. La mayor parte de los pacientes experimenta efectos adversos relacionados con el fármaco, generalmente leves.

4. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL: SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

C. Rodríguez Cerdeira^{a,b}, J.L. González Cespón^{a,c},
D. Reboiras Faya^{a,c}, E. Martínez Herrera^d y R. Arenas Guzmán^e.

^aGrupo de Investigación en Eficiencia, Calidad y Costos en Servicios de Salud (EFISALUD). Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. SERGAS-UVIGO. CHUVI. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital do Meixoeiro. ^cGrado de ingeniería industrial. Universidad de Vigo. Vigo. ^dUnidad de Investigación en Micología. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. ^eSección de Micología. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Ciudad de México. México.

Antecedentes. Las infecciones por hongos levaduriformes son cada vez más frecuentes y el diagnóstico correcto consiste en la identificación del hongo levaduriforme, que en nuestro caso nos vamos a referir a las diferentes especies de *Candida*. La prescripción de un antifúngico de amplio espectro sin tener en cuenta el agente etiológico, conduce a un aumento de las resistencias a estos tratamientos.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es diferenciar la *Candida albicans* de otras especies de *Candida* que denominamos *Candida spp*. Se realizará una confrontación de las imágenes entre el programa obtenido y los dermatólogos asistentes a la reunión.

Material y métodos. Se ha revisado unas 100 fotografías procedentes de los pacientes de nuestras consultas. En este estudio utilizaremos las imágenes microscópicas de la variedad de *Candida* para ser procesadas posteriormente con el lenguaje de programación Octave y su paquete de procesamiento de imágenes (image-2.8.0).

Resultados y discusión. Se ha diseñado y programado mediante Octave. La aplicación Identificador de Candidas permite identificar a las especies de *Cándida* localizando ciertos descriptores geométricos, como el centroide y las superficies de los objetos circulares que componen las imágenes. Este sistema es capaz de diferenciar la *Candida albicans* de las demás variedades de *Cándida* como la *C. Kefyr*, *tropicalis*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, con exactitud.

Conclusiones. Los resultados que obtenemos del sistema Identificador de *Candida spp*. que abre la vía de poder trabajar con imágenes obtenidas del microscopio óptico.

5. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA REFRACTARIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

J.-M. Ramírez-Conchas, M. Arteaga-Henríquez, V. Lukoviek, M. Markthaler, S. González-Hernández y M. García-Bustinduy

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna. Canarias. España.

Introducción. La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad prevalente y con importante repercusión en la calidad de vida del paciente. Su manejo terapéutico puede ser difícil. Omalizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a IgE que ha demostrado excelente eficacia en ensayos clínicos aleatorizados, siendo recomendado como tercera línea de tratamiento asociado a antihistamínicos, cuando estos son ineficaces. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de omalizumab en pacientes con UCE en el Hospital Universitario de Canarias, así como sus efectos sobre los parámetros analíticos.

Material y método. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, analizando todos los pacientes con UCE refractaria de nuestro hospital en los que se empleó omalizumab. Se analizaron mediante los archivos médicos digitales variables epidemiológicas, clínicas y analíticas.

Resultados. De los 26 pacientes con UCE que emplearon omalizumab, el 73,07% eran mujeres. El 96,15% de los pacientes mostró resolución parcial o total de la enfermedad con omalizumab a dosis de 300 mg, administrado cada 4 semanas. De los 16 pacientes que suspendieron o espaciaron las dosis, el 56,25% presentaron recaídas que requirieron reiniciar el tratamiento. Cuatro pacientes (15,38%) presentaron algún efecto adverso que relacionaron con omalizumab.

Conclusión. A raíz de nuestros resultados, podemos afirmar que omalizumab es un fármaco seguro y efectivo para UCE refractaria.

6. PÉNFIGO FOLIÁCEO LESIÓN ÚNICA

J.-A. Pérez-Cejudo^a, E. Piqué-Duran^a, P. de La Rosa-Del Rey^b, O. García-Vázquez^c, M. Azcue-Mayorga^c y M.C. Durán-Hernández^c

^aSección de Dermatología y ^cServicio de Patología. Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote. ^bServicio de Patología. Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria. España.

Caso clínico. Paciente varón de 75 años, con antecedentes de cardiopatía hipertensiva, dislipemia, diabetes tipo II, retinopatía diabética. Consulto por lesión eritemato-escamosa localizada en sien derecha, de 1 año de evolución. Examen dermatológico: placa eritemato-escamosa bien delimitada cubierta por fina costra de 1x1 cm, no infiltrada con el diagnóstico de sospecha de enfermedad Bowen vs. queratosis solar, se realizó biopsia incisional. El estudio histopatológico mostró erosión capa córnea, acantólisis superficial que se extiende a la capa granulosa de los infundíbulos, dermis media con infiltrado inflamatorio mixto. La inmunofluorescencia directa demostró la presencia IgG (+) intercelular. No se detectaron anticuerpos antidesmogleína 1,3. con las características clínicas, histológicas e inmunofluorescencia se realizó el diagnóstico de pénfigo foliáceo de localización única. Se inicia tratamiento con propionato clobetazol 0,050% en cura oclusiva con buena respuesta. Comentario: el pénfigo foliáceo en lesión única es muy raro. En ocasiones es la forma de inicio de un pénfigo generalizado, mientras que en otras se mantiene como lesión única de forma indefinida.

da. En los casos localizados la respuesta a los tratamientos tópicos suele ser adecuada. La presencia de anticuerpos circulantes podría ser un marcador de generalización.

7. ERITEMA CRÓNICO MIGRANS

L. Rodríguez Lago, S. Ponce de la Cruz, B. Roque Quintana, A. Sagra Guedes, L. Borrego Hernando y J. Hernández Santana

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. El eritema crónico migrans (ECM) es una posible manifestación de infección por bacterias del complejo *Borrelia burgdorferi* s.l. en el sitio de la picadura de una garrapata del género Ixodes. En nuestro entorno, debe considerarse como una enfermedad importada.

Caso clínico. Una mujer de 51 años consultó por una lesión única en espalda de 6 días de evolución y crecimiento progresivo, sin sintomatología sistémica, que apareció durante su estancia en regiones rurales de Connecticut (EE. UU.). En la exploración física presentaba en zona lumbar una placa eritematosa de 23x19 cm, redondeada, de bordes más acentuados, con una placa eritematosa con un punto necrótico central. Ante la sospecha de ECM se comienza terapia con doxiciclina 100 mg durante 2 semanas con total resolución y se solicita analítica que confirma serología de *Borrelia burgdorferi* IgM e IgG positiva.

Conclusión. A pesar de no existir datos que determinen que el ECM ni la enfermedad de Lyme sean endémicos en las Islas Canarias, debemos tener en cuenta la posibilidad de este diagnóstico, especialmente ante un antecedente de exposición a una región potencialmente endémica. Destacamos la importancia de una detección y tratamiento temprano, disminuyendo así la frecuencia de aparición de complicaciones tardías.

8. CALCIFILAXIS NO URÉMICA TRATADA CON TIOSULFATO SÓDICO INTRALESIONAL

S. Ponce de la Cruz, B. Roque Quintana, A. Sagra Guedes, L. Rodríguez Lago, L. Borrego Hernando y J. Hernández Santana

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La calcifilaxis es una vasculopatía caracterizada por depósito de calcio en la capa media de pequeños vasos dérmicos.

Caso clínico. Un paciente varón de 74 años consultó por lesión ulcerada en pierna izquierda de crecimiento progresivo y evolución tórpida en los últimos 10 meses. A la exploración presentaba en tercio distal de pierna izquierda una úlcera de 11 cm de diámetro mayor, de bordes netos, eritematovioláceos, no indurados, con fondo esfacelado y áreas necróticas. Una biopsia mostró depósito de calcio en paredes vasculares, estableciendo el diagnóstico de calcifilaxis. Se realizó tratamiento con tiosulfato sódico 25% intralesional, realizando infiltraciones con aguja de 29G en los bordes de la úlcera con periodicidad bimensual. Se administró tratamiento analgésico durante la técnica. Se realizaron curas locales de la úlcera cada 48 horas. Durante el primer mes de tratamiento presentó nueva úlcera en tobillo derecho, que recibió el mismo tratamiento. Tras 15 infiltraciones en 12 meses de tratamiento, ambas úlceras presentaron reepitelización completa y el paciente se encuentra asintomático tras 6 meses de seguimiento.

Discusión. El tiosulfato sódico es una sal inorgánica usada ampliamente como tratamiento en calcifilaxis por vía intravenosa, aunque no existen ensayos clínicos aleatorizados. Su mecanismo de acción es multifactorial y no está claramente definido. Recientemente se ha propuesto su uso por vía intralesional como una alternativa efec-

tiva en el manejo de estos pacientes. Esta vía permite una administración sencilla y evita efectos secundarios asociados a su administración sistémica. La técnica requiere un manejo adecuado del dolor con analgesia.

Conclusión. Presentamos un caso de calcifilaxis no urémica tratada satisfactoriamente con tiosulfato sódico intralesional. Se trata de un procedimiento sencillo, seguro y que puede realizarse de forma ambulatoria para el manejo de pacientes seleccionados.

9. PAPULOSIS LINFOMATOIDE ANGIOINVASIVA TIPO E: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Lukoviek^a, R. Fornons-Servent^b, A. Bauer-Alonso^b, C. Llobera-Ris^b, A. Talavera-Belmonte^b, M.J. Climent-Esteller^c y O. Servitje-Bedate^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario de Canarias. Tenerife. ^bHospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España.

Introducción. La papulosis linfomatoide (PL) corresponde a un trastorno linfoproliferativo cutáneo primario CD30 positivo de etiología desconocida. Se caracteriza por brotes asintomáticos de lesiones papulonodulares costrosas o ulceradas de resolución espontánea. De acuerdo a los hallazgos histológicos, se divide en 7 tipos: A, B, C, D, E, F o DUSP-IRF4.

Caso clínico. Varón de 41 años remitido por lesión ulcerativa costrosa de rápido crecimiento lingual. En la exploración física, destacaba solo una lesión cicatricial atrófica en dorso lingual. A la anamnesis dirigida, refería una lesión similar en mucosa yugal y otra en cuero cabelludo que remitieron de forma espontánea. Además, aportaba resultado de biopsia cutánea compatible con proceso linfoproliferativo CD30 positivo primario de mucosa, analíticas sin alteraciones y PET TAC sin lesiones metabólicas. Se decide manejo expectante, sin embargo, a los cinco meses acude por una lesión nodular con necrosis central en región palmar de la mano derecha. Se realiza nueva biopsia cutánea que muestra un infiltrado dérmico de linfocitos grandes y atípicos CD30, CD8 y CD3 positivos con angiocentricidad, compatible con PL angioinvasiva. La lesión se resuelve en 3 semanas con tratamiento tópico. A los dos meses presenta una lesión nodular de aspecto ampolloso-hemorrágico en la mano derecha, por lo que se decide iniciar tratamiento con metotrexato sin nuevas lesiones cutáneas.

Conclusión. La PL angioinvasiva o tipo E fue descrita por Kempf et al. en el año 2013 en pacientes con escasas lesiones papulares ulceradas-necróticas de regresión espontánea. Histológicamente, presenta un infiltrado de linfocitos T atípicos CD30 y CD8 positivo, angiocéntrico y angioinvasivo. Dado el buen pronóstico de esta patología, es fundamental diferenciarla de otros cuadros más agresivos como linfoma extraganglionar T/NK, linfoma subcutáneo T paniculítico, linfoma cutáneo primario T γ/δ y otros linfomas T citotóxicos, con el fin de evitar tratamientos innecesarios.

10. DERMATOSIS NEUTROFÍLICA CON MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

E. Pique Duran^a, J.A. Pérez-Cejudo^a, M. Azcue-Mayorga^a, J. Morera Molina^b, M.A. Limeres-González^b, O. García-Vázquez^a, A.M. Espejo-Gil^a y J. De Cos- Juez^a

^aHospital Dr. José Molina Orosa. Arrecife. Las Palmas. ^bHospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

Introducción. Las dermatosis neutrofílicas son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por presentar acúmulos esté-

riles de neutrófilos localizados en dermis e hipodermis en los no existe vasculitis de forma primaria. Incluyen principalmente el síndrome de Sweet y el pioderma gangrenosum. De forma excepcional se ha descrito asociada a manifestaciones en otros órganos como el pulmón, articulaciones, huesos, SNC etc.

Caso clínico 1. Mujer de 34 años sin antecedentes de interés para el caso, que a finales de 2017 inició un dolor intenso localizado a nivel parietal derecho, a la exploración solo presentaba un ligero abombamiento de la zona. Se realizaron estudios de imagen exhaustivos que únicamente detectaron una imagen lítica localizada en el área de dolor. Ante la sospecha de una lesión tumoral fue intervenida con exéresis de la lesión que incluyó periostio, hueso y meninges. El estudio histopatológico se informó de osteomielitis aguda evolucionada. Se descartó un proceso infeccioso. A pesar de la mejoría, persistía la cefalea. En octubre de 2018 consultó con Dermatología por una lesión en cara anterior de pierna izquierda sugestiva clínicamente de pioderma gangrenosum que se confirmó mediante biopsia, con cultivos negativos. Se instauró tratamiento con corticoides sistémicos con resolución de las lesiones cutáneas y de la sintomatología craneal.

Caso clínico 2. Mujer ingresada en la UVI por una neumonía por micoplasma pneumoniae, con buena respuesta inicial, sin embargo, a los 3 días reapareció la fiebre y la leucocitosis, que se acompañó de lesiones papulosas en dorso de mano izquierda. La biopsia demostró un síndrome de Sweet. El cuadro se resolvió tras la instauración de corticoterapia sistémica.

Reunión, Las Palmas de Gran Canaria, 26 de octubre de 2019

1. ALOPECIA AREATA: NUEVAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Á.-M. García-Miñarro, C.-P. Hernández-Fernández, S. Herrera-Rodríguez, P. Díaz-Morales, J. Vilar-Alejo, P. Valerón-Almazán y G. Carretero-Hernández

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La alopecia areata (AA) es un trastorno inmunomediado caracterizado por una pérdida no cicatricial de pelo que afecta a pacientes jóvenes y en un 16% se asocia a otras enfermedades autoinmunes. Suele presentarse como placas alopécicas en cuero cabelludo, pudiendo en un 10% de los casos afectar a la totalidad del cuero cabelludo (alopecia total) o del cuerpo (alopecia universal). La pérdida del inmunoprivilegio del folículo se considera el evento patogénico central, siendo la infiltración por células CD8+NKG2D+ crucial y dependiente de la vía de señalización Jak/STAT.

Material y métodos. Revisaremos la evidencia actual sobre eficacia y seguridad de las alternativas terapéuticas a propósito de una serie de casos.

Resultados y discusión. Aunque existen algunos factores pronósticos, el curso de la enfermedad es impredecible, mostrando tasas de repoblación espontánea del 8-80%. La elección del tratamiento depende de la edad, las comorbilidades, la severidad y la actividad de la enfermedad. Los pilares del tratamiento convencional son la inmunoterapia de contacto y los corticoides intralesionales o sistémicos con resultados variables. Existen múltiples alternativas terapéuticas para casos severos como los inhibidores de Jak orales. En este sentido, tofacitinib, ruxolitinib y baricitinib han demostrado ser eficaces y un perfil aceptable de seguridad, aunque tras la suspensión se observan recurrencias de la enfermedad.

Conclusión. Ningún tratamiento ha demostrado hasta la fecha modificar el curso de la AA a largo plazo. No obstante, los avances en la comprensión de la fisiopatología son la base del desarrollo de terapias dirigidas que en un futuro permitan restaurar el ciclo folicular de forma definitiva en pacientes con AA.

2. FACTORES PRONÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES CD30 POSITIVO CUTÁNEO PRIMARIO. EXPERIENCIA DEL GRUPO ESPAÑOL DE LINFOMAS CUTÁNEOS DE LA AEDV

R. Fernández-de-Misa, B. Hernández-Machín, Y. Peñate, A. Combalía, M.P. García Muret, O. Servitje, C. Muniesa, F. Gallardo, R.M. Pujol, R.M. Martí, A. Ortiz-Brugués, L. Maroñas-Jiménez, P.L. Ortiz-Romero, L. Blanch Rius, R. Izu, C. Román, J. Cañueto, M. Blanes, M. Morillo, J. Bastida, S. Pérez Gala, P. Espinosa Lara, A. Pérez Gil y T. Estrach

Introducción. Pese a que el linfoma cutáneo anaplásico de células grandes CD30 positivo cutáneo primario (LACGcp) es una entidad bien definida, carecemos de parámetros fehacientes que nos permitan prever la evolución de la enfermedad.

Objetivo. Identificar factores pronósticos clínicos en este grupo de enfermos.

Material y método. Revisamos retrospectivamente las historias de pacientes diagnosticados de LACGcp entre mayo de 1986 y agosto de 2017 correspondiente a 16 centros españoles.

Resultados. Incluimos 108 casos (57 varones y 51 mujeres). La edad mediana al diagnóstico fue de 58 años. Todos los pacientes mostraron estadios T1-3N0M0 al diagnóstico. El 70% de los casos se presentó con una lesión única, predominantemente en las extremidades. La tasa de respuesta completa con la primera línea de tratamiento fue del 87% y no apreciamos diferencias significativas entre las alternativas utilizadas (cirugía, radioterapia, quimioterapia y otros tratamientos). La tasa de progresión ganglionar y visceral fue del 11% y 2%, respectivamente. La supervivencia específica (SVE) a los 5 años fue del 93%; del 97% para los pacientes T1 y del 84% para los T2/T3 (p=0,031). La SVE a los 5 años para los pacientes con recaída cutánea precoz fue del 64%; la de aquellos con recaídas tardías (> 12 meses) o sin recaídas cutáneas fue del 96% (p=0,001). La SVE de los pacientes con progresión ganglionar fue de 103 meses (IC 95%: 51-155 meses); la de los pacientes sin progresión ganglionar no alcanzó la mediana (p<0,001). La progresión ganglionar fue el único factor independiente de mal pronóstico (p=0,011).

Conclusión. La existencia de lesiones cutáneas múltiples al diagnóstico, la recaída cutánea precoz y la progresión ganglionar son factores de mal pronóstico en los pacientes con LACGcp.

3. DERMATITIS DE CONTACTO LIQUENOIDE POR MERCURIO CON MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

B. Roque-Quintana^a, A. Sagrera-Guedes^a, L. Rodríguez-Lago^a, J. Rodríguez-López^a, M. Andújar-Sánchez^b, L. Borrego^a y J. Hernández-Santana^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

La dermatitis de contacto liquenoide por mercurio es una complicación clásica tras la colocación de amalgamas dentales metálicas, siendo posible también en estos pacientes la presencia de síntomas sistémicos. Estos efectos secundarios son poco frecuentes hoy día por el desuso de las mismas, pero han de ser tenidos en cuenta tras

la rotura o fragmentación de amalgamas viejas. Mujer de 38 años, portadora de empastes de amalgama desde los 14 años que consulta porque, tras la rotura de uno de los empastes, comienza con lesiones orales urentes asociadas a astenia, algia facial, faríngea, torácica y abdominal, artromialgias, sensación urente generalizada y parestesias faciales. La exploración otorrinolaringológica, cardiológica, neurológica y reumatológica, incluyendo pruebas de imagen, fue negativa. Clínicamente presentaba en mucosa yugal bilateral dos placas leucoplásicas en contacto directo con empastes de amalgama. La biopsia mostró un infiltrado en banda con borramiento de la unión dermoepidérmica y presencia de queratinocitos necróticos. Se realizaron pruebas epicutáneas de contacto según normativa del GEIDAC con batería estándar española y batería de metales (Chemotechnique®) que leídas a las 48 y 96 horas resultaron positivas para mercurio, cloruro de mercurio y amidocloruro de mercurio. Dos meses tras la retirada de los empastes la paciente presentaba resolución de las lesiones orales y sistémicas. La toxicidad sistémica del mercurio en los portadores de empastes de amalgamas es variable y poco conocida. Aunque este cuadro sea actualmente inusual, siempre debe valorarse la posible asociación con síntomas sistémicos evitando la catalogación de estos enfermos dentro del ámbito psiquiátrico.

4. ESCORBUTO, UNA ENFERMEDAD DEL PASADO QUE NO PODEMOS OLVIDAR

J. Algarra-Sahuquillo^a, E. Fagundo-González^a, V. Lukoviek^a, J.-M. Ramírez-Conchas^a, M. Markthaler^a y R.-N. Rodríguez-Rodríguez^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

Introducción. A pesar de la gran importancia del escorbuto en el pasado, hoy es infrecuente encontrar la clínica típica de esta enfermedad en los países desarrollados dado el fácil acceso a fuentes de vitamina C. Sin embargo, existen determinados factores de riesgo que pueden predisponer a su aparición como alcoholismo, dietas restrictivas o patología psiquiátrica. A continuación se exponen dos casos de escorbuto que enfatizan la importancia de una adecuada nutrición y una correcta anamnesis.

Casos clínicos. Se trata de dos varones de 66 y 69 años. El primero, con antecedentes de trastorno obsesivo-compulsivo y dieta restrictiva con consumo únicamente de productos envasados, acudió al hospital por mialgias y petequias. El segundo, con historia de alcoholismo crónico, presentaba parálisis de miembros inferiores y síndrome confusional agudo. En la exploración física, ambos pacientes mostraban las manifestaciones típicas del escorbuto: pelos en sacacorchos, petequias perifoliculares, múltiples equimosis y gingivitis. El primer paciente presentó niveles de ácido ascórbico <0,1mg/dl. El segundo, anemia macrocítica, hipertransaminasemia e ictericia. Sus niveles de vitamina C se encontraban dentro de los límites normales. Las pruebas de imagen fueron negativas. En ambos casos, la anatomía patológica reveló extravasación de eritrocitos con inmunofluorescencia negativa. Dada la clínica y los resultados de las pruebas complementarias, se estableció el diagnóstico de escorbuto y ambos fueron tratados con suplementos de vitamina C con remisión completa de la sintomatología.

Discusión. El diagnóstico de escorbuto puede llegar a ser muy complejo, no solo por la baja prevalencia de esta enfermedad, sino también porque puede simular otros trastornos neurológicos o reumatológicos. Además, los niveles de ácido ascórbico en suero únicamente representan la concentración circulante de la vitamina, no sus depósitos.

Conclusión. Es necesario un alto nivel de sospecha para el diagnóstico de escorbuto, de forma que se puedan evitar exploraciones complementarias y tratamientos innecesarios.

5. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ADALIMUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA MODERADA A GRAVE: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

J.-M. Ramírez-Conchas, V. Lukoviek, J. Algarra-Sahuquillo, M. Arteaga-Henríquez, M. Markthaler, S. González-Hernández y M. García-Bustinduy

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa (HS) es un trastorno de las glándulas apocrinas, crónico y recurrente, que cursa con inflamación en las áreas donde están presentes, ocasionando lesiones profundas dolorosas. En su etiopatogenia se considera una importante participación del sistema inmune. Ante la ausencia de tratamientos específicos, se emplean diversas alternativas con respuestas variables y frecuentemente ineficaces. El adalimumab es un fármaco biológico dirigido frente al factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNFα) que ha demostrado eficacia en estos pacientes, estando actualmente aprobado su uso para el tratamiento de esta enfermedad. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de adalimumab en pacientes con HS en el Hospital Universitario de Canarias, así como sus efectos sobre los parámetros analíticos.

Material y método. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, analizando todos los pacientes con HS refractaria de nuestro hospital en los que se empleó adalimumab. Se analizaron mediante los archivos médicos digitales variables epidemiológicas, clínicas y analíticas.

Resultados. De los 28 pacientes con HS que emplearon adalimumab, el 60,71% eran mujeres, con una media de edad de 43,14 años. Dieciséis pacientes (57,14%) lograron mejoría clínica. El 32,14% presentó algún efecto adverso que relacionó con adalimumab, mientras que el 22,4% de los que iniciaron tratamiento requirieron suspenderlo.

Conclusión. A raíz de nuestros resultados, podemos afirmar que adalimumab se relaciona con una mejoría clínica y en la calidad de vida de los pacientes con HS.

6. SENSIBILIZACIÓN A ISOTIAZOLINONAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

V. Lukoviek, N. Pérez-Robayna, J.-M. Ramírez-Conchas y J. Algarra-Sahuquillo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. España.

Introducción. Las isotiazolinonas son compuestos orgánicos de los cuales derivan la metilcloroisotiazolinona (MCI) y la metilisotiazolinona (MI), ambas se utilizan principalmente como conservantes en gran variedad de productos cosméticos e industriales. Por otro lado, son sensibilizantes muy potentes que han adquirido gran relevancia en las últimas décadas con aumentos en las tasas de sensibilización entre 2 al 4%. Las manifestaciones clínicas cutáneas son muy heterogéneas, por lo cual es fundamental la sospecha clínica y una correcta anamnesis, además de las pruebas epicutáneas para el correcto diagnóstico.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes atendidos en el módulo de contacto del Hospital Universitario de Canarias entre enero de 2017 a diciembre de 2018, seleccionando aquellos con pruebas epicutáneas con sensibilización a MCI/MI y MI.

Resultados. Se incluyeron 73 pacientes con sensibilización a isotiazolinonas (44 a MI/MCI y 60 a MI). Dieciséis pacientes tenían antecedentes personales de atopía y 13 de ellos presentaban prick test positivo para ácaros. La localización más frecuentemente afectada fueron las manos seguido por la cabeza y el cuello. Los diagnósticos previos a las pruebas epicutáneas más frecuentes fueron eccema

dishidrosiforme y eccema irritativo. El alérgeno concomitante más frecuente fue el níquel.

Conclusión. A nivel mundial, las tasas de sensibilización a isotiazolinonas han ido en aumento desde 2005, año en que se aprobó la MI como conservante aislado en cosméticos. Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los estudios recientes, donde varios autores señalan que la MI aislada debería incluirse en la batería estándar, dado su alto potencial de sensibilización primaria.

7. PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO CUTÁNEO

E. Pique-Duran, M.C. Duran-Hernández, O. García-Vázquez, M. Azcue-Mayorga y J.-A. Pérez-Cejudo

Sección de Dermatología y Servicio de Patología. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. España.

Caso clínico. Varón de 72 años con antecedentes de poliomielitis con secuelas en miembro inferior izquierdo. Durante el ingreso por un ictus nos piden interconsulta por un tumor en pubis en el área de implantación escrotal izquierda de 2 años de evolución, de crecimiento paulatino. Asintomático, y sin relación aparente con nada. No refiere traumatismos ni picaduras en la zona. A la exploración presentaba un tumor sésil, blanquecino en el centro y de coloración de piel normal en periferia. Impresionaba de bilobulado, con unas invaginaciones u ostium en cada uno de los lóbulos. Se realizó exéresis de la lesión cuyo estudio histopatológico mostró un tumor formado por haces entrelazados de colágeno engrosado que contenían fibroblastos en el centro, con presencia de múltiples folículos linfoides en periferia de tamaño similar y sin atipias evidentes. En otras áreas se apreciaban un gran número de células plasmáticas con algunos linfocitos y eosinófilos entremezclados. En estas zonas los vasos sanguíneos se hallaban dilatados. Las serologías para sífilis y *Borrelia burgdorferi* fueron negativas.

Discusión. El pseudotumor inflamatorio es tumor de etiopatogenia incierta que probablemente engloba distintas entidades. Se localiza principalmente en pulmones, aunque se ha descrito en otros órganos. A nivel cutáneo se ha descrito excepcionalmente, mostrando una clínica muy dispar, pero siempre con un excelente pronóstico. A nivel histopatológico debe distinguirse de multitud de entidades muy variopintas, dependiendo sobre todo del patrón predominante. De este modo debe plantearse diagnóstico diferencial con un linfoma cutáneo de células B folicular, un linfoma cutáneo de células T, un plasmocitoma cutáneo o manifestación cutánea de uno sistémico, pero además de un dermatofibroma, una fascitis nodular, una enfermedad de Kimura o una hiperplasia angioliñoide con eosinofilia entre otros.

8. HEMANGIOMAS INFANTILES TRATADOS CON PROPRANOLOL: NUESTRA EXPERIENCIA

A. Sagera, B. Roque, L. Rodríguez, D. Islas, L. Borrego y J. Hernández

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. Desde que se descubrió de forma incidental el efecto del propranolol sobre los hemangiomas infantiles (HI) en el año 2008 este se ha convertido en el tratamiento de elección.

Material y métodos. En un hospital de tercer nivel (Hospital Universitario Insular de Gran Canaria) se ha realizado un estudio retrospectivo seleccionando los casos con HI tratados con propranolol entre los años 2012-2019. Se han analizado edad, sexo, tipo de HI, localización, dosis y duración del tratamiento, efectos adversos y respuesta al mismo.

Resultados. Se obtuvo una serie de 23 pacientes (13 niñas y 10 niños) siendo la localización más frecuente la facial (13 pacientes). Hubo 3

casos de HI múltiples y solo uno de ellos con afectación visceral. A los 6 meses de tratamiento se objetivó buena respuesta en 18/23 casos encontrando una clara relación entre la misma y la precocidad a la que se inicia el tratamiento. Solo hubo dos casos con efectos adversos (broncoespasmos) que requirieron la suspensión del fármaco.

Conclusión. En base a nuestra experiencia el propranolol es un tratamiento efectivo y seguro para los hemangiomas infantiles en casos correctamente seleccionados.

9. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS HERPETIFORME: REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA DE NUESTRO HOSPITAL ENTRE LOS AÑOS 2004 Y 2019

P. Díaz, A.-J. Gómez, C.-P. Hernández, S. Herrera, Á.-M. García, P. Valerón y G. Carretero

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La dermatitis herpetiforme (DH) se considera la manifestación cutánea de la sensibilidad al gluten. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas e inmunológicas de los pacientes diagnosticados de DH en nuestro servicio en el período entre 2004 y 2019.

Material y métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de los registros médicos. Los criterios de inclusión fueron características clínicas y de inmunofluorescencia directa compatibles (depósitos granulares de IgA en la unión dermoepidérmica).

Resultados. Se incluyeron un total de 22 pacientes (12 mujeres y 10 hombres). La edad media al diagnóstico fue de 48,2 años. Cinco (22,6%) pacientes tenían antecedentes personales de enfermedades autoinmunes, siendo el hipotiroidismo la asociación más frecuente. El diagnóstico de enfermedad celíaca (EC) se asoció en 9 pacientes (41%). Los anticuerpos antitransglutaminasa (anti-TG) estaban elevados en el 68,2% de los casos. La gravedad de la afectación cutánea en el momento de presentación se estimó de acuerdo al porcentaje de superficie corporal afectada y se correlacionó con los niveles de anti-TG, no encontrándose asociación entre dichas variables. Se recomendó una dieta estricta libre de gluten (DLG) para todos los pacientes. De estos, 12 pacientes requirieron tratamiento con dapsona oral, obteniendo una remisión completa de los síntomas en el 58%. En 10 pacientes que no requirieron tratamiento con dapsona, el 60% de ellos tenían control completo de la enfermedad con DLG. Entre los pacientes que obtuvieron una remisión completa, los anticuerpos anti-TG se negativizaron en el 88% de los casos.

Conclusión. La mayor incidencia de trastornos autoinmunes en estos pacientes es ampliamente conocida. No se ha encontrado asociación entre los niveles de anticuerpos y el grado de afectación cutánea. La mayoría de los pacientes obtienen buen control con DLG y tratamiento con dapsona. Los niveles de anti-TG se consideran indicador de adherencia a la dieta.

10. TIÑA AMPOLLOSA

L. Rodríguez Lago^a, B. Roque Quintana^a, A. Sagera Guedes^a, P. Almeida Martín^a, T. Montenegro Dámaso^b, L. Borrego Hernando^a y J. Hernández Santana^a

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La tiña ampollosa constituye una variante clínica poco frecuente dentro de las dermatofitosis que debe diferenciarse de otras entidades que se presentan con ampollas.

Caso clínico. Una mujer de 48 años consultó por lesiones ampollas generalizadas pruriginosas de una semana de evolución de pre-

dominio en miembros inferiores, sin sintomatología sistémica, que aparecieron tras el contacto con gatos de la calle. Refería que su pareja presentaba lesiones enrojecidas con descamación en tórax. En la exploración física presentaba de forma generalizada y predominio en extremidades, placas eritematocostrosas redondeadas de bordes netos y ampollas tensas de contenido claro y alguna de contenido purulento a nivel de la mano. La histología evidenció presencia de hifas en la capa córnea de la epidermis. En el cultivo de escamas se aisló *Microsporum canis*. Tras tratamiento con terbinafina oral y sertaconazol tópico, la paciente presentó curación de las lesiones en 14 días.

Discusión. La tiña ampollosa constituye una variante clínica de las dermatofitosis descrita por Costello en 1952 con menos de 70 casos descritos en la literatura. De forma característica aparecen ampollas dentro de un contexto inflamatorio intenso, normalmente a causa de un dermatofito zoofílico. Se clasifica en subtipos en función de la localización, siendo el pie la afectación preferencial. Dada la atipia clínica, ante un posible contacto previo con animales, resulta esencial el cultivo de escamas. El tratamiento es el estándar de las dermatofitosis.

Conclusión. Destacamos la existencia de esta variante clínica dentro del espectro de las dermatofitosis y la importancia de los antecedentes epidemiológicos como pista diagnóstica.