

Casos Clínicos

Reunión de la SECCIÓN CANARIA de la ACADEMIA ESPAÑOLA de DERMATOLOGÍA y VENEREOLOGÍA

**Colegio de Médicos. Santa Cruz de Tenerife.
20 de Octubre de 2007**

1.- ROSÁCEA GRANULOMATOSA.

C. Rodríguez, R. Sánchez, M. Sidro, N. Pérez, S. González, M. Rodríguez, M. Sáez, F. Guimerá, M. García-Bustínduy, A. Martín-Herrera, A. Noda.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

2.- SÍNDROME DE ROTHMUND-THOMSON. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

P. Melwani, E. Soler, A. Torrelo*, A. Zambrano*, C. Vázquez**, A. Santana**, T. Montenegro***, L. Borrego. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*** del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Unidad de Genética del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria**. Servicio de Dermatología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid*.

3.- CASO CLÍNICO DE SÍNDROME KID.

V. Díaz Fernández, J. Suárez Hernández Y F. Rodríguez García.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

4.- MUCINOSIS FOLICULAR IDIOPÁTICA INFANTIL.

Pedro Valerón, Jesús Bastida, Pilar de la Rosa*, Luis Dehesa, Jaime Vilar, Jesús Domínguez, Javier Gómez, Pino Rivero, Rosa Torrado, Gregorio Carretero

S. Dermatología y de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario de GC Dr. Negrín

5.- LECTURA DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE TRANSPARENCIAS: DESCRIPCIÓN DE UN MÉTODO SEGURO, CÓMODO, RENTABLE Y ECOLÓGICO.

Yeray Peñate Santana, Noemí Guillermo Martínez, Priti Melwani Melwani y Leopoldo Borrego Hernando.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

6.- MODELO DE FUNCIONAMIENTO PROTOCOLIZADO DE NUESTRA UNIDAD FUNCIONAL DE PSORIASIS.

Luis Dehesa, Jaime Vilar, Pedro Valerón, Jesús Bastida, Jesús Domínguez, Javier Gómez, Pino Rivero, Rosa Torrado, Pilar Mota, Yolanda Gracia, Gregorio Carretero

S. Dermatología H. Universitario de GC Dr. Negrín.

7.- MELANOMA DE CÉLULAS CLARAS, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Nuria Pérez Robayna, Miguel Sáez Rodríguez, Marina Rodríguez Martín, Sorahaya González Hernández, Miriam Sidro Sarto, Cristina Rodríguez García, Eva Fagundo González, María José González De Mesa, Francisco Guimerá Martín-Neda, Marta García Bustinduy, Rosalba Sánchez González, Antonio Martín Herrera*, Antonio Noda Cabrera.

Servicios De Dermatología Anatomía Patológica*, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. Tenerife.

8.- LESION PIGMENTADA EN REGIÓN AREOLAR

Fernando Rodríguez García, José Suarez Hernández, Juan Ruíz León, A. Perera Molinero*, Sara Dorta Alom, Laura Feliciano Divasson.

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Nuestra Señora La Candelaria.

9.- DISQUERATOMA VERRUGOSO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

Pérez Cejudo JA*, Piquet Duran E*, Palacios Llopis S**.
Centro de Trabajo: *Servicios de Dermatología y **Anatomía Patológica.
Hospital General Lanzarote

10.- REACCIONES CUTÁNEAS SECUNDARIAS A IFN BETA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

González Hernández S, Sidro Sarto M, Pérez Robayna N, Rodríguez García C, García Bustínduy M, Guimerá Martín-Neda F, Sáez Rodríguez M, Álvarez Argüelles H, Martín Herrera A, Noda Cabrera A, Sánchez González R.
Servicios De Dermatología y Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz De Tenerife

11.- PAPULOSIS FIBROELASTOLÍTICA DEL CUELLO.

Noemi Guillermo, Yeray Peñate, Priti Melwani, Elena Soler, Társila Montenegro* y Leopoldo Borrego.
Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*** del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

12.- REGRESIÓN COMPLETA DE MELANOMA ASOCIADO A LEUCODERMA A DISTANCIA

Enric Piqué-Duran, Santiago Palacios-Llopis, Juan A. Pérez-Cejudo, M^a Sol Martínez-Martín
Sección de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Lanzarote.

13.- ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS EN TUMORACIONES DEL PABELLÓN AURICULAR

A.J. Gómez Duaso; G. Carretero Hernández; L. Dehesa García; J. Vilar Alejo; J. Bastida Iñarrea; J. Dominguez Silva; P. Rivero Suárez.
H.U. de Gran Canaria "Dr. Negrín".

14.- MICOSIS FUNGOIDE SIMULANDO DERMATITIS DE CONTACTO POR CALZADO.

Yeray Peñate, Priti Melwani, Buenaventura Hernández y Leopoldo Borrego.
Servicio de Dermatología Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria

15.- PELO PLATEADO COMO SIGNO CLÍNICO EN UN NIÑO CON ALOPECIA AREATA.

Sidro Sarto M, González Hernández S, Pérez Robayna N, Rodríguez García C, García Bustínduy M, Guimerá Martín-Neda F, Sáez Rodríguez M, Noda Cabrera A, Sánchez González R.

16.- SÍNDROME DE SÉZARY VESICULOAMPOLLOSO.

Jesús Bastida, Luis Dehesa, Rafael Camacho (*), Conrado Campos (**), Jaime Vilar, Pedro Valerón, Javier Gómez Duaso, Rosa Torrado, Gregorio Carretero.
Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica (*) y Hematología (**)

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

17.- TRATAMIENTO DEL LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS B PRIMARIO CON RITUXIMAB INTRALESIONAL.

F.-de-Misa R, Hernández-Machín B, Peñate Y, Afonso JC, Febles C.

Hospitales Universitarios N.S. de Candelaria (S.C. de Tenerife) e Insular (Las Palmas de GC).

TÍTULO: ROSÁCEA GRANULOMATOSA.

AUTORES: C. Rodríguez, R. Sánchez, M. Sidro, N. Pérez, S. González, M. Rodríguez, M. Sáez, F. Guimerá, M. García-Bustínduy, A. Martín-Herrera, A. Noda. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias.Tenerife.

INTRODUCCIÓN: La rosácea es una patología frecuente en adultos que, ocasionalmente aparece en niños. La variante granulomatosa o lupoides es una forma poco habitual de la rosácea. Clínicamente, se caracteriza por la existencia de pequeños nódulos o pápulas rojo-parduzcas sobre piel engrosada y eritematosa de manera difusa, afectando con frecuencia a párpados inferiores. En el estudio histológico de las lesiones se observan granulomas epitelioides no caseificantes perivasculares y perifoliculares.

CASO CLÍNICO: Varón de 19 meses con antecedentes personales de Miopatía Miotubular Congénita ligada al cromosoma X, que le produce un fallo respiratorio, por lo que se encuentra con ventilación domiciliar por traqueostomía, nebulizaciones de salbutamol 0'3 ml cada 6 horas y de budesonida 250 mcg cada 12 horas. Se alimenta por medio de gastrostomía. Acude remitido por su Pediatra a consultas externas de Dermatología por presentar, desde hacía 2 meses, lesiones pápulo-pustulosas en zona perioral y mejillas, respetando el surco nasogeniano. Se realiza una biopsia cutánea y el estudio anatomopatológico de la pieza revela una reacción inflamatoria granulomatosa en dermis. Con técnica de inmunohistoquímica se distinguen abundantes linfocitos CD3+, linfocitos T dentro del granuloma, mientras que los linfocitos CD20+, linfocitos B, se disponen en los márgenes del granuloma. También se aprecia que las células de los acúmulos granulomatosos resultan CD68+, son histiocitos, todo ello compatible con rosácea granulomatosa. Se inicia tratamiento con metronidazol tópico solamente, pues la gastrostomía, dificultaba el tratamiento vía oral.

DISCUSIÓN: No existe ningún caso en la bibliografía en el que se relacione la rosácea granulomatosa con la Miopatía Miotubular Congénita ligada al cromosoma X. No es frecuente la aparición de rosácea en la población pediátrica y, aún menos común si se trata de su variante granulomatosa. En este paciente, la zona donde se encontraban las lesiones estaba en contacto con corticoides localmente durante las nebulizaciones, situación que podría haber contribuido a la aparición de la rosácea.

BIBLIOGRAFÍA:

Jansen T, Plewig G. Rosacea: classification and treatment. J R Soc Med 1997 Mar; 90(3): 144-50.

Lacz NL, Schwart RA. Rosacea in the pediatric population. Cutis 2004 Aug; 74(2):99-103.

TÍTULO: SÍNDROME DE ROTHMUND-THOMSON. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

AUTORES: P. MELWANI, E. SOLER, A. TORRELO*, A. ZAMBRANO*, C. VÁZQUEZ, A. SANTANA**, T. MONTENEGRO***, L. BORREGO.** Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*** del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Unidad de Genética del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria**. Servicio de Dermatología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid*.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Rothmund-Thomson es una genodermatosis poco frecuente, de herencia autosómica recesiva, que se caracteriza por la aparición de lesiones poiquilodérmicas en edades tempranas, acompañadas de una marcada fotosensibilidad y presencia de tumores malignos óseos.

CASO CLÍNICO:

Niña de 13 meses que consulta por la aparición de lesiones cutáneas eritematosas pruriginosas en ambas mejillas, de dos meses de evolución, acompañadas de lesiones eritematodescamativas en superficies de extensión de extremidades, que empeoraban con la fotoexposición. Las lesiones faciales presentaban una superficie atrófica con telangiectasias, de aspecto poiquilodérmico. En el resto de la exploración física destacaba talla baja para su edad e hipoplasia de ambos pulgares. Se realizó una biopsia en dorso de mano, que reveló una dermatitis de interfase. Con los datos clínicos se estableció el diagnóstico de Síndrome de Rothmund Thomson que se confirmó mediante estudio genético que detectó que la paciente era heterocigota con una mutación distinta del gen RECQL4 en cada cromosoma 8. Los estudios oftalmológico y óseo fueron normales.

DISCUSIÓN:

El Síndrome de Rothmund-Thomson, también denominado poiquilodermia congénita, se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas típicas, fotosensibilidad y una mayor incidencia de tumores malignos cutáneos y extracutáneos, entre los que destaca el osteosarcoma. Los pacientes pueden presentar además, cataratas juvenil, hipogonadismo y anomalías esqueléticas. Aunque el diagnóstico se basa en las características y evolución clínica, se han detectado mutaciones específicas en el gen RECQL4 que codifica una helicasa de DNA que, aunque no se encuentran en todos los casos, confirman el diagnóstico.

El diagnóstico temprano es fundamental para realizar una adecuada fotoprotección y seguimiento de estos enfermos.

TITULO: CASO CLÍNICO DE SÍNDROME KID.

AUTORES: V. DÍAZ FERNÁNDEZ, J. SUÁREZ HERNÁNDEZ Y F. RODRÍGUEZ GARCÍA.

Centro de Trabajo: Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Introducción: El síndrome Queratitis- Ictiosis- Sordera (KID) es una rara afección congénita ectodérmica que se ha asociado a la mutación del gen 26 para la conexina (GJB2) cuyas principales manifestaciones clínicas son queratitis, eritroqueratodermia y sordera neurosensorial. Además, pueden presentarse alopecia, hiperqueratosis reticular palmo-plantar, distrofia ungueal, predisposición a infecciones víricas, bactericas y/o micóticas, con mayor riesgo de mortalidad, y a desarrollar carcinomas de tipo escamoso.

Caso clínico: Un niño de 19 meses de edad fue remitido a nuestro Servicio de Dermatología por presentar eritrodermia y descamación generalizada desde su nacimiento y alteraciones del pelo. Como antecedente familiar descubrimos que su padre tuvo la “piel seca” durante la infancia, que persistió con fina descamación localizada en cuello y en zonas aisladas del cuerpo. Como antecedentes personales, el niño nació a las 39 semanas de parto natural sin complicaciones, con la piel roja y seca, sin pelos en el cuero cabelludo y sin pestañas ni cejas, que empezaron a salir a los 7 meses. Hipoacusia neurosensorial bilateral tratada con implante coclear. A la exploración dermatológica presentaba xerosis cutánea generalizada, placas de aspecto ecematoso, con liquenificación y costras superficiales localizadas en cuero cabelludo, cara, codos, y rodillas, pelo ralo, fino, irregular y frágil y distrofia de todas las uñas de los pies. El estudio histológico de punch de piel mostró la presencia de acantosis irregular e hiperqueratosis ortoqueratósica en “capitel de iglesia”, hipergranulosis y ausencia de componente inflamatorio dérmico. El exámen microscópico de pelo no evidenció tricorexis nodosa ni otros hallazgos significativos. La valoración ORL: hipoacusia profunda bilateral sin malformaciones a nivel del oído interno con TAC. La valoración Oftalmológica resulto normal. La pruebas de laboratorio: hemograma, bioquímica sérica, hormonas tiroideas, niveles séricos de zinc, cobre, ceruloplasmina e IgE totales presentaron valores de normalidad y el screening alimentos resultó negativo. El screening neumoalergenos fue positivo. El estudio genético de mutaciones en los genes de las conexinas 26 y/ó 30 esta en fase de resolución. Se estableció diagnóstico de dermatosis ictiosiforme con sordera neurosensorial sin afectación oftálmica en el momento actual. Se pauto tratamiento con corticoides tópicos, emolientes, queratolíticos y antihistamínicos orales. El paciente realiza controles periódicos en nuestro Servicio y desde hace 7 meses presenta en cuero cabelludo lesiones hiperqueratósicas en placas, episodios de foliculitis por estafilococo dorado y áreas de alopecia. Se han añadido antibióticos tópicos y orales a las curas

TÍTULO: MUCINOSIS FOLICULAR IDIOPÁTICA INFANTIL.

AUTORES: PEDRO VALERÓN, JESÚS BASTIDA, PILAR DE LA ROSA*, LUIS DEHESA, JAIME VILAR, JESÚS DOMÍNGUEZ, JAVIER GÓMEZ, PINO RIVERO, ROSA TORRADO, GREGORIO CARRETERO

Centro de Trabajo: S. Dermatología y de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario de GC Dr. Negrín.

Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad, sin antecedentes de interés, con un cuadro de tiempo de evolución indeterminado consistente en pápulas traslúcidas en región nasal y periocular que evolucionaron progresivamente a placas ásperas y bien delimitadas. El análisis histológico de las lesiones reveló la presencia de mucinosis folicular. El estudio del receptor T resultó ser policlonal. Las lesiones desaparecieron con tratamiento con corticoide tópicos potentes y helioterapia. 6 meses después no se observaban recidivas.

La mucinosis folicular idiopática se caracteriza por pápulas foliculares y placas induradas en las que la mucina se acumula en las glándulas sebáceas y en los folículos pilosebáceos. La cuestión de si se trata de un proceso benigno autorresolutivo o bien de las primeras manifestaciones de un proceso maligno de la piel ha sido motivo de discusión en los estudios más recientes. Ya que no se han hallado criterios clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos que permitan diferenciarlas de forma fehaciente, aconsejamos el seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

Palabras Clave (Máximo 4): Mucinosis folicular, Linfoma cutáneo de células T

TÍTULO: LECTURA DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE TRANSPARENCIAS: DESCRIPCIÓN DE UN MÉTODO SEGURO, CÓMODO, RENTABLE Y ECOLÓGICO.

AUTORES: YERAY PEÑATE SANTANA, NOEMÍ GUILLERMO MARTÍNEZ, PRITI MELWANI MELWANI Y LEOPOLDO BORREGO HERNANDO. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Introducción: El diagnóstico de sensibilización en la consulta de dermatitis de contacto exige la aplicación de pruebas epicutáneas. Estas pruebas consisten en aplicar unos parches en la espalda que se deberán despegar a las 48h, con la realización de marcas en la piel según el procedimiento habitual, mediante rotulador, en las zonas donde se han aplicado los potenciales alérgenos para poder realizar la lectura definitiva a las 96h. Estas marcas exigen para la correcta lectura que el paciente no se moje la espalda y no sude en exceso durante 5 días para evitar errores en la interpretación.

Descripción: Proponemos el uso de plantillas de metacrilato para realizar las marcas, evitando así rotular la espalda al paciente, con el único requisito de que el paciente esté en la misma posición a la hora de la lectura y de tener 3 puntos fijos de referencia (nevus, efélides, angiomas...) para poder localizar correctamente las positividadades. Además, las transparencias se pueden guardar con el nombre del paciente para posibles positividadades retardadas, y pueden reciclarse para otros pacientes.

Conclusión: Describimos un método cómodo y de fácil interpretación para el facultativo, rentable y a la vez ecológico, que permite al paciente llevar una vida normal durante el proceso diagnóstico de la dermatitis de contacto.

TITULO: MODELO DE FUNCIONAMIENTO PROTOCOLIZADO DE NUESTRA UNIDAD FUNCIONAL DE PSORIASIS.

AUTORES: LUIS DEHESA, JAIME VILAR, PEDRO VALERÓN, JESÚS BASTIDA, JESÚS DOMÍNGUEZ, JAVIER GÓMEZ, PINO RIVERO, ROSA TORRADO, PILAR MOTA, YOLANDA GRACIA, GREGORIO CARRETERO
S. Dermatología H. Universitario de GC Dr. Negrín.
Centro de Trabajo: H. Universitario de GC Dr. Negrín.

Los pacientes con psoriasis moderada-severa tienen una elevada necesidad de cuidados médicos que pueden interferir con su vida laboral o escolar repercutiendo negativamente en su rendimiento laboral o intelectual, además la psoriasis afecta a su estética generando rechazo social; afecta a su bienestar por las molestias que produce y por el tiempo que han de dedicar a aplicarse los tratamientos; y afecta psicológicamente porque produce alteraciones en las relaciones personales, sociales y laborales.

Por todo lo anteriormente comentado, junto con la disponibilidad del actual arsenal terapéutico para la psoriasis, surge la necesidad de crear unidades funcionales que se encarguen del seguimiento estrecho y protocolizado de la evolución clínica de estos pacientes.

A continuación describimos el modelo de funcionamiento protocolizado de nuestra Unidad Funcional de Psoriasis, comentando los criterios de selección e inclusión de pacientes, entrevista e información al paciente, protocolo de estudio basal y apertura de ficha terapéutica individualizada, registro y seguimiento de efectos adversos, coordinación y consultas conjuntas con enfermería, inclusión y funcionamiento de hospital de día, etc.

El objetivo es presentar una experiencia departamental que ha dado buenos resultados en cuanto a la seguridad y manejo de estas terapia con conocidos riesgos potenciales, así como en cuanto a la mayor fidelización y adhesión terapéutica por parte de los pacientes.

TITULO: MELANOMA DE CÉLULAS CLARAS, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

AUTORES: NURIA PÉREZ ROBAYNA, MIGUEL SÁEZ RODRÍGUEZ, MARINA RODRÍGUEZ MARTÍN, SORAHAYA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, MIRIAM SIDRO SARTO, CRISTINA RODRÍGUEZ GARCÍA, EVA FAGUNDO GONZÁLEZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ DE MESA, FRANCISCO GUIMERÁ MARTÍN-NEDA, MARTA GARCÍA BUSTINDUY, ROSALBA SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ANTONIO MARTÍN HERRERA*, ANTONIO NODA CABRERA.

Centro de Trabajo: SERVICIOS DE DERMATOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA*, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS, LA LAGUNA, SANTA CRUZ DE TENERIFE.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 53 años de edad que presentaba como antecedentes personales de interés retraso mental, suprarrenalectomía derecha por feocromocitoma maligno, oclusión intestinal secundaria a brida, intervención de fractura no desplazada de clavícula y no refería alergias medicamentosas. Acude a nuestro Servicio por presentar una lesión en el antebrazo izquierdo de 3-4 meses de evolución que había crecido rápidamente. A la exploración observamos una lesión tumoral, pápulo-nodular, redondeada, bien delimitada, de consistencia firme, eritematosa, de superficie lisa y brillante con una zona de costra hemorrágica. Ante esta clínica se plantearon diagnósticos de sospecha tales como tumor aneural o linfoma cutáneo por lo que se decide exéresis completa de la lesión y posterior estudio histológico de la misma, donde se observó una tumoración en dermis que adoptaba una configuración multinodular con masas separadas por bandas de tejido conectivo fibroso, constituida por células fusiformes o poligonales de citoplasmas claros y núcleos irregulares, adoptando una falsa apariencia de hidradenoma nodular de células claras. Además se observó actividad de unión a expensas de melanocitos proliferantes atípicos. Las células neoplásicas presentaban positividad con S-100 y HMB-45. Con esto se emitió el diagnóstico final de melanoma maligno de células claras (nivel V de Clark y Breslow de 11 mm).

DISCUSIÓN: El melanoma de células claras es una rara variante en crecimiento vertical. Esta característica de las células se debe al depósito de intracitoplásmico de glucógeno y puede encontrarse tanto en tumores primarios como metastáticos. Este tipo de tumores pueden confundirse con otros tales como carcinomas de células claras, incluyendo el carcinoma escamoso de células claras, hidradenocarcinoma de células claras y metástasis de células claras como las metástasis de carcinoma de células claras de riñón. Por tanto, en aquellos casos en los que el diagnóstico es realmente difícil, habrá que recurrir a técnicas de inmunohistoquímica.

LESION PIGMENTADA EN REGIÓN AREOLAR

AUTORES: FERNANDO RODRÍGUEZ GARCÍA, JOSÉ SUAREZ HERNÁNDEZ, JUAN RUÍZ LEÓN, A. PERERA MOLINERO*, SARA DORTA ALOM, LAURA FELICIANO DIVASSON.

Centro de Trabajo: Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Nuestra Señora La Candelaria.

INTRODUCCIÓN. Las lesiones cutáneas pigmentadas secundarias a un carcinoma de mama metastático son infrecuentes. Constituyen lesiones difíciles de diferenciar clínica e histológicamente del melanoma maligno. La producción local de factores quimiotácticos por las células neoplásicas del carcinoma de mama se ha postulado como la causa de la proliferación melanocítica y la hiperpigmentación clínica de estas lesiones.

CASO CLÍNICO. Paciente varón de 69 años con antecedentes personales de HTA en tratamiento médico, IAM, marcapaso por bloqueo auriculo-ventricular, ACV hemorrágico, hemorragia digestiva alta, dislipemia, exfumador, exbebedor moderado; que consulta en el Servicio de Dermatología para valoración de lesión cutánea de 6 meses de evolución en región areolar. A la exploración presenta lesión pigmentada, negruzca, que ocupa la casi totalidad de la región areolar derecha. Con la sospecha diagnóstica de epiteloma basocelular pigmentado vs melanoma maligno se procede a la realización de biopsia incisional de la lesión. El estudio histológico de la misma revela la presencia de una proliferación celular en dermis superficial y profunda que tanto en hematoxilina-eosina como mediante inmunohistoquímica es compatible con el diagnóstico de carcinoma cordonal y tubular de mama. Se procede a solicitar analítica general con hemograma y bioquímica, Eco abdominal y TAC Cervico-torácico. El Servicio de Oncología recomienda la extirpación en bloque de la lesión hasta fascia pectoral, confirmándose el diagnóstico previo.

DISCUSIÓN. Ante una lesión pigmentada en región mamaria de reciente aparición debemos plantearnos como causa benigna más frecuente el nevus nevocelular. Entre las etiologías no benignas pensaremos en el epiteloma basocelular pigmentado como causa más frecuente, seguido del melanoma maligno. Las causas menos frecuentes serían la enfermedad de Paget pigmentada de la mama y las metástasis cutáneas pigmentadas del carcinoma mamario. En este caso destaca lo infrecuente de esta manifestación cutánea, añadido a que se trata de un paciente varón.

TITULO: Disqueratoma Verrugoso. Presentación de 3 casos

AUTORES: Pérez Cejudo JA*, Piquet Duran E*, Palacios Llopis S.**

Centro de Trabajo: *Servicios de Dermatología y **Anatomía Patológica. Hospital General Lanzarote.

Presentamos 3 casos: 2 mujeres y un varón en edades comprendidas entre 32 y 62 años (media 43 años), que consulta por lesiones tumorales populoides, algunos con centro queratósico umbilicado, en área fotoexpuesta, párpado superior izquierdo, escote, retroauricular izquierda. En ningún caso el diagnóstico clínico previo a la biopsia fue de Disqueratoma verrugoso. En el estudio histopatológico predominan los fenómenos de acantolisis y disqueratosis.

Realizando la correlación clínica-histológica, el diagnóstico fue Disqueratoma verrugoso

Comentario:

El disqueratoma verrugoso es un tumor de origen incierto, se ha propuesto que pueda derivar de la unidad pilosebácea. Algunos autores opinan que puede tratarse de una variante aislada de enfermedad de Darier. La radiación ultravioleta puede verse implicada, las lesiones predominan en áreas foto expuestas.

El hecho de que clínicamente puede simular numerosos trastornos cutáneos frecuentes: verrugas, queratosis seborreica, queratosis actínica, epiteloma basocelular, unido a su baja frecuencia conduce a que el diagnóstico DV sea en la mayor parte de los casos histológico. A nivel histológico es una invaginación epidérmica con delimitación de un cráter córneo central, en cuya base se observan numerosas células acantolíticas y disqueratósicas. En el sector profundo existen papilas hipertróficas revestidas por una capa de células basales.

TITULO: Reacciones cutáneas secundarias a IFN beta para el tratamiento de la esclerosis múltiple.

AUTORES: González Hernández S, Sidro Sarto M, Pérez Robayna N, Rodríguez García C, García Bustínduy M, Guimerá Martín-Neda F, Sáez Rodríguez M, Álvarez Argüelles H, Martín Herrera A, Noda Cabrera A, Sánchez González R.

INTRODUCCIÓN: El interferón beta es un fármaco usado para la reducción de exacerbaciones de la esclerosis múltiple. Los efectos secundarios más frecuentes incluyen inflamación local, fiebre, mialgias y cefaleas entre otros, pero también se han descrito reacciones cutáneas más graves como necrosis cutánea, paniculitis y dermatitis granulomatosa.

CASO CLÍNICO: Presentamos los casos de dos pacientes vistos en nuestro servicio, remitidos desde la unidad de esclerosis múltiple, por la aparición de lesiones cutáneas tras varios años de uso de IFN beta 1b.

DISCUSIÓN: Esta medicación a pesar de ser usada desde la década de los 90 por los neurólogos no tiene todavía un mecanismo de acción bien conocido. Múltiples autores postulan sobre la posibilidad de que las lesiones cutáneas sean consecuencia de la producción de mediadores endógenos o de un efecto vasoespástico del fármaco sobre los vasos dérmicos.

TITULO: PAPULOSIS FIBROELASTOLÍTICA DEL CUELLO.

AUTORES: NOEMI GUILLERMO, YERAY PEÑATE, PRITI MELWANI, ELENA SOLER, TÁRSILA MONTENEGRO* Y LEOPOLDO BORREGO.

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*.

INTRODUCCIÓN: Se describen en la literatura varias entidades que cursan clínicamente con pápulas blanquecinas monomorfas asintomáticas en cuello e histológicamente con alteraciones de las fibras elásticas. Estos cuadros se superponen y se consideran variantes de una misma entidad, denominada papulosis fibroelastolítica del cuello. Presentamos 2 casos.

CASO CLÍNICO: Se trata de dos mujeres de 61 y 53 años que consultaron por lesiones en cuello de 6 meses y 10 años de evolución respectivamente, pruriginosas en el primer caso y asintomáticas en el segundo. A la exploración presentaban en cuello pápulas blanquecinas en número variable, adoptando en la primera paciente un aspecto en empedrado. El estudio histológico mostró en los dos casos una disminución de fibras elásticas en dermis papilar y un aumento de fibras de colágeno en dermis papilar y reticular. El diagnóstico en ambos casos fue de papulosis fibroelastolítica del cuello.

DISCUSIÓN: Ante una erupción papulosa monomorfa en cuello en mujeres de edad media-avanzada debe plantearse el diagnóstico de papulosis fibroelastolítica del cuello. Debe realizarse diagnóstico diferencial con siringomas y quistes vellosos eruptivos. Algunos autores consideran que esta entidad es resultado del envejecimiento cutáneo. Por ser un proceso benigno y normalmente asintomático no precisa tratamiento.

TÍTULO: REGRESIÓN COMPLETA DE MELANOMA ASOCIADO A LEUCODERMA A DISTANCIA

AUTORES: ENRIC PIQUÉ-DURAN, SANTIAGO PALACIOS-LLOPIS, JUAN A. PÉREZ-CEJUDO, M^a SOL MARTÍNEZ-MARTÍN

Centro: Sección de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica – Hospital General de Lanzarote.

Texto: Caso Clínico: Una mujer de 53 años consultó por la aparición de manchas blanquecinas de distribución facial sugestivas de vitiligo. A la exploración general de descubrió una lesión en tercio distal de pierna derecha en forma de mácula negra reticulada que se entremezclaba con piel sana y contenía una pápula negro-azulada redondeada y bien delimitada. Refería tenerlo desde hacía un año a raíz de un traumatismo.

Se realizó una biopsia de la lesión que incluía la pápula negra. El estudio histopatológico de la pieza mostró una epidermis levemente adelgazada de aspecto normal. La dermis papilar estaba engrosada con gran cantidad de melanófagos distribuidos de forma irregular a lo largo de la lesión. Existía una zona *grenz* entre epidermis y los melanófagos donde era evidente la presencia de fibroplasia. No se apreciaron melanocitos en toda la lesión.

En el estudio de extensión se demostró la presencia de adenopatías inguinales, que no se apreciaban clínicamente. La paciente falleció a consecuencia de su melanoma

TITULO: ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS EN TUMORACIONES DEL PABELLÓN AURICULAR

AUTORES: A.J. GÓMEZ DUASO; G. CARRETERO HERNÁNDEZ; L. DEHESA GARCÍA; J. VILAR ALEJO; J. BASTIDA IÑARREA; J. DOMINGUEZ SILVA; P. RIVERO SUÁREZ.

Centro de Trabajo: H.U. de Gran Canaria “Dr. Negrín”.

El pabellón auricular presenta unas características anatómicas peculiares que suponen que los tratamientos quirúrgicos sobre ese apéndice tengan determinados condicionantes.

Presentamos nuestra experiencia con dos técnicas quirúrgicas para el tratamiento de tumoraciones en el pabellón auricular.

En primer lugar, la técnica de curetaje más aplicación tópica de imiquimod para tratar carcinomas basocelulares. Hemos tratado con esta técnica 10 tumores de 9 pacientes. Se realiza curetaje de la lesión; hemostasia con electrocoagulación si es preciso, y aplicación de imiquimod tópico a partir del 5º día post curetaje. El tratamiento es rápido y técnicamente muy sencillo y los resultados estéticos inmediatos son muy buenos. En el seguimiento hasta el momento, no se han detectado recidivas, por lo que la técnica resulta prometedora, aunque se precisa un número mayor de casos y más tiempo de seguimiento para constatar su utilidad.

La segunda técnica es la enucleación y cierre con colgajo “en filete” de queloides en el lóbulo. Se han tratado 6 pacientes con buenos resultados cosméticos, hasta el momento. Igualmente es preciso un mayor número y más tiempo de seguimiento para la valoración de la técnica, pero nos parece de interés presentar los resultados en el momento actual.

TÍTULO: MICOSIS FUNGOIDE SIMULANDO DERMATITIS DE CONTACTO POR CALZADO.

AUTORES : YERAY PEÑATE, PRITI MELWANI , BUENAVENTURA HERNÁNDEZ Y LEOPOLDO BORREGO. Servicio de Dermatología Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La Micosis Fungoide puede presentarse clínicamente de numerosas formas, incluyendo formas eccematosas. La dermatitis alérgica de contacto, se presenta habitualmente con una clínica localizada y ocasionalmente diseminación de las lesiones, debiendo actuar con cautela en el diagnóstico de certeza de eccema alérgico de contacto en pacientes con lesiones eccematosas crónicas.

CASO CLÍNICO:

Una paciente de 37 años, con intolerancia intensa a la bisutería, es valorada en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Insular por presentar desde 7 años antes brotes de lesiones pruriginosas, exudativas en flexura de extremidades y pies que ha tratado con corticoides tópicos. En la exploración física presentaba de manera generalizada placas eritemato descamativas. En ambos pies, con distribución en calcetín placas eritematosas y exudativas de bordes netos. Con juicio clínico de posible eccema alérgico de contacto por calzado y diseminación asociada se realizaron pruebas epicutáneas según normativa del GEIDCAC con batería estándar española y batería de calzado de Chemotechnique. Leídas a las 48 y 96 horas presentaron positividad para Níquel (++), Cobalto (++) con posible relevancia pasada y Resina Epoxi (+) de relevancia desconocida. A pesar de evitar el contacto con los posibles contactantes la paciente persistía con lesiones generalizadas por lo que se tomó biopsia con el juicio clínico de dermatitis atópica. Los hallazgos histopatológicos mostraron una infiltración linfocitaria epidermotrópica con atipia compatible con micosis fungoide. El estudio de extensión fue negativo. La paciente se encuentra en estos momentos en tratamiento con PUVA con mejoría del cuadro cutáneo y desaparición del prurito.

CONCLUSIONES:

En los pacientes diagnosticados de eccema alérgico de contacto, con pruebas epicutáneas positivas y relevancia poco clara , así como en aquellos en los que persistan las lesiones a pesar de retirar los posibles contactantes, debe descartarse la posibilidad de un linfoma cutáneo de células T.

TITULO: PELO PLATEADO COMO SIGNO CLÍNICO EN UN NIÑO CON ALOPECIA AREATA.

AUTORES: SIDRO SARTO M, GONZÁLEZ HERNÁNDEZ S, PÉREZ ROBAYNA N, RODRÍGUEZ GARCÍA C, GARCÍA BUSTÍNDUY M, GUIMERÁ MARTÍN-NEDA F, SÁEZ RODRÍGUEZ M, NODA CABRERA A, SÁNCHEZ GONZÁLEZ R.

INTRODUCCIÓN:

Los pelos plateados es un signo clínico que se ha descrito clásicamente en tres patologías, el Síndrome de Elejalde, el Síndrome de Griscelli y el Síndrome de Chediak-Higashi. Estas enfermedades además de alteraciones dermatológicas asocian alteraciones de la inmunidad, las dos últimas, y manifestaciones neurológicas.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un niño de 20 meses de edad, sin otros antecedentes patológicos de interés, que acude a nuestro servicio por alopecia y cambio de coloración del pelo, desde los 6 meses de edad. El paciente había sido visto por varios dermatólogos y diagnosticado de alopecia areata.

DISCUSIÓN:

En el estudio microscópico del pelo se observa una distribución irregular de la melanina, hecho descrito en los síndromes previamente mencionados, pero el resto de exploraciones y estudios analíticos del paciente no presentan alteraciones lo que nos plantea dudas diagnósticas.

TÍTULO: SÍNDROME DE SÉZARY VESICULOAMPOLLOSO.

**AUTORES: JESÚS BASTIDA, LUIS DEHESA, RAFAEL CAMACHO (*),
CONRADO CAMPOS (**), JAIME VILAR, PEDRO VALERÓN, JAVIER GÓMEZ
DUASO, ROSA TORRADO, GREGORIO CARRETERO.**

Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica (*) y Hematología (**)

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Introducción

La observación de lesiones vesiculoampollosas en el curso de un síndrome de Sézary (SS) es un hecho excepcional. Recientemente hemos observado uno de estos pacientes.

Caso Clínico

Una mujer de 81 años ingresó por Urgencias por eritrodermia y síndrome Constitucional de aparición progresiva en los últimos 2 meses. Previamente había sido diagnosticada de *Prurito sine materia* 6 meses antes. A la exploración se observaba una eritrodermia levemente descamativa. En el tronco y la cara la piel tenía aspecto brillante y estaba algo infiltrada mientras que en las extremidades inferiores se podían observar zonas escamosas con alguna costra, descamación en láminas e incluso ampollas francas en talón derecho y espacios interdigitales que cuando se rompían eran mínimamente exudativas. La biopsia cutánea demostró un infiltrado en banda con epidermotropismo masivo, formación de microabscesos y finalmente de vesiculoampollas intradérmicas. El infiltrado estaba compuesto principalmente por células linfoides atípicas a todos los niveles. La inmunohistoquímica reveló que eran de estirpe T siendo ALK y FOXP3 negativas. Los cultivos para virus y las Inmunofluorescencias directa e indirecta resultaron negativos. El estudio de extensión demostró la presencia de poliadenopatías y la presencia de leucocitosis importante siendo el 80% de las células circulantes linfocitos atípicos de tamaño medio y encontrándose algunas células con núcleo cerebriforme. La inmunohistoquímica reveló que se trataba de células T. La biopsia de ganglio demostró infiltración por células de las mismas características que las de la piel y la sangre. Se observó monoclonalidad T en muestras de piel y ganglio. El TAC de cuerpo entero no reveló visceromegalias. No se realizó biopsia de MO. A pesar de iniciar ttº con Poliquimioterapia, la paciente falleció al mes y medio de su ingreso por infección respiratoria asociada a su proceso de base.

Comentario

En la revisión de la literatura hemos encontrado 4 casos de SS y unos 12 casos de Micosis fungoide con lesiones vesiculoampollosas descritos. Es necesario descartar otras causas de ampollas mediante pruebas complementarias.

TRATAMIENTO DEL LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS B PRIMARIO CON RITUXIMAB INTRALESIONAL.

F.-DE-MISA R1, HERNÁNDEZ-MACHÍN B2, PEÑATE Y2, AFONSO JC2, FEBLES C1. Hospitales Universitarios N.S. de Candelaria1 (S.C. de Tenerife) e Insular2 (Las Palmas de Gran Canaria).

Introducción: Rituximab es un anticuerpo monoclonal (AcM) quimérico dirigido contra el antígeno CD20 que se expresa en más del 90% de las células neoplásicas de los linfomas B, incluyendo los linfomas cutáneos de células B primarios (LCCBP). Su administración intravenosa en los linfomas B sistémicos es ya una práctica habitual aunque se acompaña de efectos secundarios ocasionalmente graves. Su administración intralesional (IL) se perfila como una alternativa segura y eficaz para ciertos pacientes con LCCBP. **Objetivo:** Comprobar la tolerancia y la eficacia de rituximab IL en el tratamiento del LCCBP.

Pacientes y método: En todos los casos la concentración de rituximab fue de 10 mg/ml y se administró 3 veces en una semana con periodicidad mensual.

Pac.	Sexo	Edad	Dgto	Lesiones	Localización	Ciclos	Respuesta
1 [#]	M	60	LCF	Múltiples	Diseminadas	4	RC
2 [#]	V	65	LZM	Múltiples	Brazo	2	RC
3 [#]	M	34	LZM	Múltiples	Tronco	3	Abandono
4 [#]	M	60	LCF	Múltiples	Cuero cabelludo	9	RP
5 [#]	V	83	LCF	Única	Nariz	4	RC
6*	V	55	LCF	Múltiples	Diseminadas	3	Progresión
7*	M	76	LZM	Múltiples	Tronco	1	RP

DGTO: Diagnóstico. LZM: LCCBP de la zona marginal. LCF: LCCB centrofolicular. RC: Remisión completa. RP: Remisión parcial. M: Mujer. V: Varón. Ciclos: Número de ciclos administrado. H.U. Insular#. N.H.U..S. de Candelaria*.

Discusión: Rituximab sistémico, empleado a dosis de 375 mg/m² una vez a la semana durante 4 semanas, se acompaña de efectos secundarios en prácticamente el 90% de los pacientes (fiebre, náuseas, hipotensión, trombocitopenia y linfopenia). Para su administración IL se sigue habitualmente el esquema propuesto por Cerroni et al: 10-30 mg (repartidos entre todas las lesiones) tres veces por semana, una vez al mes. Este ciclo se repite hasta la RC de las lesiones. Se ha constatado la desaparición de lesiones que no han sido infiltradas por lo que probablemente no sea necesario tratar todos los tumores del paciente. A pesar de que el seguimiento de nuestro pacientes es reducido, hemos constatado la fácil administración, buena tolerancia y eficacia del tratamiento: un abandono por dolor (14%) y respuesta favorable en 5 casos (71%).

Conclusión: Rituximab IL constituye una opción terapéutica en aquellos pacientes con LCCBP (tipos LCF o LZM) subsidiarios de tratamiento sistémico dada su seguridad, eficacia y su coste, muy inferior al correspondiente a la vía intravenosa.