

# COMUNICACIONES LIBRES

## 11 REACCIONES ADVERSAS EN LA DEPILACIÓN MEDIANTE LÁSER DE ALEJANDRITA. ¿SE PUEDEN IDENTIFICAR SUS CAUSAS Y REDUCIR SU INCIDENCIA?

I. de Felipe, C. Schepers, M. A. Font  
Boston Clinics. Barcelona.

**Introducción:** En la depilación mediante láser existen dos factores que determinan la satisfacción del paciente: por un lado, la eficacia, y por otro, el número reducido de reacciones adversas y de efectos secundarios. Hemos realizado un estudio para definir y analizar las causas de estas reacciones adversas.

**Material y métodos:** Se ha efectuado un estudio retrospectivo en el que 300 tratamientos (274 mujeres y 26 varones) realizados entre julio y diciembre del 2000 de depilación mediante láser de alejandrita (755 nm, 3 m, Candela Corp) fueron seguidos al mes y a los 3 meses por un observador independiente en busca de reacciones adversas.

**Resultados:** La reacción adversa más frecuente fue la hiperpigmentación, que ocurrió en un 14,8% de los tratamientos y que se aclaró casi por completo a los 3 meses. La segunda reacción adversa más frecuente fue la formación de costras o vesículas, que fue seguida de la aparición de áreas de hipopigmentación en un 8,2% de los tratamientos y que persistía a los 3 meses. Valorando otros parámetros en el tratamiento, llamó la atención el hecho de que en los tratamientos que fueron seguidos de hiperpigmentación, el tiempo de refrigeración de la piel fue ligeramente superior a la media (81 frente a 76,7 m) y la densidad de energía media fue menor (18,55 frente a 21,9 J/cm<sup>2</sup>). Por el contrario, en los casos en los que se sucedieron costras e hipopigmentación la refrigeración de la piel fue inferior (72 frente a 76,7 m) y la densidad de energía mayor (24,2 frente a 21,9 J/cm<sup>2</sup>).

**Conclusiones:** El correcto manejo del sistema de refrigeración es crucial para reducir la incidencia de reacciones adversas en la depilación mediante láser.

## 12 RESPUESTA TERAPÉUTICA DEL CARCINOMA BASOCELULAR Y OTROS TUMORES CUTÁNEOS AL IMIQUIMOD AL 5% EN CREMA

E. Naz, E. Vera, M. Hervella, M. Ruano, C. Vidaurrezaga,  
N. Hernández-Cano, P. Herranz

Hospital La Paz. Madrid.

**Introducción:** El imiquimod es un modificador de la respuesta inmune que induce citoquinas que producen una respuesta inmune mediada por células. En humanos la crema de imiquimod al 5% (Aldara, 3M Ph) se ha demostrado segura y eficaz en el tratamiento de condilomas anogenitales. Este estudio quiere evaluar la eficacia del imiquimod en el tratamiento de los carcinomas basocelulares y queratosis actínicas.

**Material y métodos:** Se trataron 21 lesiones cutáneas en 12 pacientes. Diecinueve lesiones compatibles histológicamen-

te con epitelomas basocelulares superficiales, con márgenes visibles y un tamaño de 0,5 a 2 cm de diámetro. Y dos lesiones compatibles con queratosis actínicas. Se escogieron dos pautas de tratamiento según la tolerancia del paciente, siendo de una aplicación diaria o tres aplicaciones semanales a días alternos. El tratamiento se suspendió 2 semanas tras la curación clínica o tras completar 16 semanas.

**Resultados:** Las dos queratosis actínicas desaparecieron clínicamente tras 2 y 8 semanas de tratamiento. De los 19 epitelomas, 17 respondieron completamente y dos de forma parcial, ambos tipos de lesión clínicamente evaluadas.

**Conclusiones:** El imiquimod en crema al 5% parece ser efectivo en la erradicación de los epitelomas superficiales y queratosis actínicas. En ningún caso la irritación local obligó a suspender más de 1 semana. Los resultados de este estudio son prometedores, aunque se debe confirmar la eficacia con amplios protocolos antes de su uso difundido.

## 13 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL USO DE POVIDONA YODADA Y SULFADIACINA ARGÉNTICA EN AEROSOL (SILVEDERMA AEROSOL®) EN HERIDAS QUIRÚRGICAS

M. Vera, L. Serrano, A. Vilalta, M. Lecha

Servei de Dermatologia. Hospital Clínic i Provincial.  
Universitat de Barcelona. Barcelona.

**Introducción:** En el cuidado de heridas quirúrgicas se emplean antisépticos tópicos que son sustancias químicas que ayudan a disminuir la contaminación bacteriana y la infección. El yodo y la sulfadiacina argéntica son antisépticos de amplio espectro antimicrobiano, siendo el primero muy utilizado en la práctica clínica. El objetivo de este estudio consiste en comparar la sulfadiazina argéntica en aerosol con la povidona yodada en el tratamiento preventivo de las infecciones en las heridas quirúrgicas cerradas.

**Pacientes y métodos:** Se intervinieron quirúrgicamente a 36 pacientes dermatológicos diagnosticados de tumores benignos y malignos entre septiembre y noviembre de 1999. Todas las heridas quirúrgicas fueron por escisión fusiforme hasta plano hipodérmico. El cierre se efectuó mediante aproximación directa de los bordes, suturándose con puntos alternos con filamentos de seda trenzada de calibres que oscilaron entre 2 y 4/0. A todos los pacientes en el postoperatorio inmediato se les aplicó eosina solución de eosina hidroalcohólica al 2% y se cubrieron con apósito de gasa. El grupo se dividió en forma alterna en 18 pacientes para el uso de povidona yodada y 18 para el uso de sulfadiazina argéntica en aerosol cada 24 horas a partir de las 48 horas de realizado el procedimiento y hasta el retiro de los puntos. Los pacientes se controlaron a los 12, 19 y 30 días del postoperatorio por dos médicos en forma independiente. El análisis estadístico comparativo se realizó con la prueba de  $\chi^2$ .

**Resultados:** La edad media de los 36 pacientes fue de 41,5 años (15, 92). Hubo 22 mujeres y 14 hombres. Los resultados comparativos entre la povidona yodada y la sulfadiazina argéntica no mostraron diferencias significativas en cuanto a

eritema, deshidratación de sutura, sequedad, tipo de secreción y formación de costras. No se observaron reacciones adversas medicamentosas severas en ninguno de los grupos tratados.

**Conclusiones:** El tratamiento tópico en las heridas tiene como objetivo la cicatrización normal al proteger las heridas de una posible infección. La aplicación de antisépticos durante el tiempo que permanecen los puntos de sutura se justifica por la posible puerta de contaminación o infección que éstos representan. En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas al comparar la povidona yodada con la sulfadiazina argéntica como productos de gran efectividad antiséptica. Sin embargo, debemos destacar las propiedades de la sulfadiazina argéntica en cuanto a la comodidad de la aplicación, potencia antiséptica y como alternativa ante otros productos de su línea, diseñados para la prevención y tratamiento de las heridas quirúrgicas suturadas.

## 14 OTOPLASTIA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS RETROAURICULARES

I. Longo, P. García, S. Pérez, D. Martínez, C. Mauleón, M. Sánchez-Viera

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

**Introducción:** La otoplastia es una técnica comúnmente empleada para la corrección de pabellones auriculares en abanico, labrando y aumentando los pliegues naturales del antihélix y surco retroauricular.

**Material y métodos:** Pacientes con epitelomas de más de 2 cm de diámetro en zona retroauricular. Se realizó excisión amplia y reconstrucción del defecto mediante otoplastia.

**Resultados:** No se observaron dehiscencias ni formación de seromas. Resultado cosmético aceptable.

**Conclusiones:** La otoplastia es una técnica adecuada para la reconstrucción mediante sutura directa de grandes defectos retroauriculares en cirugía oncológica.

## 15 ERUPCIÓN POR FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC)

S. Álvarez Ruiz, P. Fernández Peñas, J. Sánchez Pérez, J. Fraga Fernández\*, J. Fernández Herrera, A. García Díez

Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

**Introducción:** Los factores estimulantes de colonias de granulocitos y macrófagos (G-CSF o GM-CSF) son citocinas que se están utilizando cada vez con mayor frecuencia en pacientes con neutropenia. Se han descrito varios tipos de erupciones cutáneas por estos factores, siendo las lesiones maculopapulares las más frecuentes. Histológicamente el aumento en el tamaño y número de los macrófagos de la dermis es un factor distintivo aunque no específico.

Presentamos el caso de un paciente con erupción maculopapular más intensa en áreas fotoexpuestas por G-CSF.

**Caso clínico:** Varón de 52 años diagnosticado de LMC, por lo que se realiza un trasplante de médula ósea alogénico, previo acondicionamiento con BuCy2 (busulfán, ciclofosfamida y fenitoína) y posteriormente al mismo se pauta metotrexate a días alternos.

El día +21 sigue con aplasia de médula ósea, por lo que se inicia tratamiento con G-CSF, apareciendo 8 días más tarde unas lesiones maculopapulosas, eritematopurpúricas, no pruriginosas en cara y cuello que progresan hacia tronco y ambas extremidades incluyendo palmas.

Se realizaron dos biopsias, observándose en ambas una proliferación de células de aspecto macrófago predominantemente en la dermis papilar y reticular que con frecuencia presentaban fagocitosis de células elásticas.

**Discusión:** Las erupciones cutáneas en pacientes con quimioterapia pueden tener etiologías muy diferentes. La aparición de un rash maculopapuloso que coincida cronológicamente con la administración de factores estimulantes de colonias de granulocitos acompañado de una histología con macrófagos aumentados en número y en tamaño nos hace pensar que se trata de reacción medicamentosa por G-CSF, si bien es imposible descartar otra etiología medicamentosa.

En nuestro caso llama la atención la presencia de un rash eritematoso en áreas de fotoexposición principalmente.

## 16 SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO A LINFOMA

A. Mateu, A. Jiménez, F. Ferrando, A. Fuertes, A. Zayas, J. M. Ricart, A. Marquina, J. Espinosa

Hospital Dr. Peset. Valencia.

**Caso clínico:** Mujer de 74 años que consultó en año 1997 por presentar pápulas y nódulos violáceos indolores de 0,5-1 cm de diámetro localizados en piernas y brazos. Con la sospecha clínica de sarcoma de Kaposi se realizó una biopsia que confirmó el diagnóstico. El estudio de extensión fue negativo. En abril de 1998 consulta por la aparición de lesiones eritematoedematosas infiltradas al tacto localizadas en abdomen y en miembros, autoinvolutivas. El estudio histológico y la inmunohistoquímica confirmó que se trataba de un linfoma T angiocéntrico; se realizó un estudio de extensión que fue negativo.

En abril de 1999 presenta un empeoramiento de su estado general y adenopatías voluminosas en ingle y axila derecha; se procedió a la biopsia de ambas, diagnosticándose de linfoma T periférico. El estudio de médula ósea reveló la existencia de una infiltración linfocítica madura intersticial. Con el diagnóstico definitivo de linfoma NH T periférico estadio IA se inició tratamiento con terapia CHOP, sufriendo una exacerbación de las lesiones de Kaposi.

**Comentario:** Se ha descrito en el sarcoma de Kaposi un aumento de incidencia de neoplasias secundarias, pero en estudios recientes no parece haber más incidencia, pero sí una mayor asociación a linfoma no Hodgkin, sugiriéndose la posibilidad de una etiología común.

### Bibliografía

Isovič J, Boffeta P, Brennan P. Classic Kaposi's sarcoma a first primary neoplasm of lymphoid and thymic neoplasia. *Cancer* 1981.  
Thomas M, Ulbright MD, y cols. Kaposi's sarcoma: relationship with hemathologic, lymphoid and thymic neoplasia. *Cancer* 1981.

## 17 ARTRITIS REUMATOIDE CON DERMATOSIS NEUTROFÍLICA Y NÓDULOS REUMATOIDES

M. Pascual López, T. Sanz Sánchez, D. Ruiz Genao, M. Aragüés, J. Fraga Fernández, A. García Díez

Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

**Introducción:** Los nódulos reumatoides y la dermatitis neutrofílica reumatoide aparecen en pacientes con artritis reumatoide severa. El nódulo reumatoide es una manifestación extraarticular muy frecuente de la enfermedad; sin embargo, la dermatitis neutrofílica reumatoide se ha descrito en contados casos. Presentamos un caso de artritis reumatoide con ambas manifestaciones cutáneas.

**Caso clínico:** Presentamos una paciente de 80 años de edad con artritis reumatoide (según criterios de la ARA) de 4 años de evolución. En el último año la paciente desarrolló un empeoramiento de su enfermedad, con mayor sintomatología articular, títulos elevados del factor reumatoide (hasta 1.350) y ANA+ 1/160, por lo que inició tratamiento con metotrexate y prednisona oral. En ese intervalo de tiempo la paciente presentó cuatro brotes de lesiones papulonodulares eritematosas, afectando predominantemente dorso de manos y superficie extensora de antebrazos. Dichas brotes ocasionaban leves molestias y se resolvieron espontáneamente en 8 días aproximadamente en cada ocasión, sin acompañarse de otra sintomatología o cambios en su medicación. Biopsiamos estas lesiones, observando una dermatosis neutrofílica con necrosis basófila del colágeno y sin hallazgos de vasculitis. Asimismo biopsiamos una lesión nodular asintomática en primer dedo de la mano que la paciente refería como persistente durante al menos 2 años y que clínicamente impresionaba de nódulo reumatoide. El estudio histológico de esta última lesión evidenció un nódulo reumatoide con importante infiltrado neutrofílico en la periferia y sin fenómenos de vasculitis.

**Comentarios:** El hallazgo de una dermatosis neutrofílica reumatoide, junto con infiltración neutrofílica en un nódulo reumatoide preexistente, plantea la posibilidad de un proceso patogénico común en estas dos entidades.

## 18 LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE INFANTIL. ESTUDIO DE DOS CASOS

M. T. Gutiérrez, J. Ocaña, A. Muñoz\*

Cátedras de Dermatología y \*Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

El lupus eritematoso discoide es una variedad morfológica de baja incidencia durante la infancia. Si bien las características clínica e histológicas se asemejan a la variante adulta, su significado pronóstico, incluso en las formas localizadas, difiere, con un alto porcentaje de evolución a lupus eritematoso sistémico.

Se estudian dos casos clínicos correspondientes a una niña de 3 años y un niño de 2 años sin antecedentes de fotosensibilidad, con lesiones cutáneas superponibles a la forma adulta de lupus eritematoso discoide. Exámenes complementarios: destaca fenómeno LE negativo, ANA positivo 1/80, patrón homogéneo. HLA: A1; 11-B35, 62 cw4. Estudio histológico e inmunofluorescencia directa compatible con lupus eritematoso cutáneo. Tratamiento: cloroquina, 4 mg/kg/día; corticoide tópico, fotoprotección.

La evolución ha sido favorable en ambos pacientes. Sin embargo, el varón empeoró bruscamente a los 12 meses, apareciendo acrocianosis distal, anemia, trombopenia, ANA 1/160. Se realiza tratamiento con AINE y corticoides, pero el estado del paciente se deteriora, complicándose con intensa afectación renal que no se controla con inmunosupresores. Fallece a los 16 meses del diagnóstico.

Se plantea una hipótesis patogénica que intenta explicar el distinto significado pronóstico de esta enfermedad cuando aparece en la infancia o en la edad adulta.

## 19 FOLICULITIS/PSEUDOFOLICULITIS ABSCESIFORME DE CUERO CABELLUDO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON EXPRESIÓN CLÍNICA POCO FRECUENTE

J. D. Domínguez, S. Palencia, I. Polimón, P. Ortiz, S. López, R. Rivera, L. Iglesias

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

**Introducción:** Existen diferentes procesos inflamatorios de afectación primariamente folicular a nivel de cuero cabelludo

que determinan cuadros clínicos diversos con formación de nódulos o abscesos supurativos, cicatrices hipertróficas o queloides, con evolución en muchos casos a una alopecia cicatricial.

Pese a la separación de estos cuadros en entidades clínicas individuales (pseudofoliculitis *capitis abscedens et suffodiens* o foliculitis disecante, foliculitis queloidea, foliculitis decalvante), el evento primario es una inflamación del folículo piloso y región perifolicular, de causa no aclarada, que evoluciona a una reacción granulomatosa o fibrótica.

**Casos clínicos:** Presentamos dos pacientes con foliculitis de cuero cabelludo de expresión clínica grave, con predominio en un caso de múltiples abscesos y tactos supurativos, mientras que en el otro destaca la formación de intensas lesiones cicatriciales queloideas.

**Comentario:** Discutimos la etiopatogenia y clínica de estos procesos inflamatorios de cuero cabelludo en el intento de establecer un nexo de unión entre ellos.

## 20 LA ÚLCERA DE BURULI Y LA LEPRO, ANALOGÍAS Y DIFERENCIAS

J. Terencio de las Aguas

Clínicas Dermatología. Alicante.

**Introducción:** La úlcera de Buruli, enfermedad tropical producida por el *M. ulcerans*, es la micobacteriosis más frecuente después de la tuberculosis y la lepra y está aumentando considerablemente en los países de África occidental, sobre todo en Costa de Marfil, Benin y Togo, siendo posible su difusión a otros países y continentes.

Últimamente alguna organización está divulgando que «la úlcera de Buruli es la lepra del siglo XXI». Por ello vamos a analizar las analogías y diferencias entre ambas enfermedades, estas últimas muy notables como son la posibilidad de cultivo, el corto período de incubación, afectando únicamente piel y tejido subcutáneo y óseo, la localización extracelular del *M. ulcerans*, productor de una exotoxina y carecer de tratamiento específico y también las analogías entre ambas micobacteriosis que son escasas, como la morfología de su agente etiológico y la presencia de ulceraciones.

Se presentan diferentes casos clínicos de úlcera de Buruli, procedentes de Costa de Marfil, y también de lepra.

Como conclusión creemos que no deben asociarse estas dos enfermedades que son muy diferentes, pues produce un efecto negativo en la población que tiene aún desgraciadamente una falsa idea de la lepra como enfermedad terrible, estigma que no queremos se transmita a la úlcera de Buruli.

## 21 TUBERCULOSIS MAMARIA, UNA SIMILADORA DE CÁNCER DE MAMA

J. Paricio, C. Eguizábal, C. del Agua, F. Revenga, M. Delgado

Hospital del Insalud de Soria.

**Introducción:** La tuberculosis de la mama es una enfermedad muy rara, especialmente en los países desarrollados, dada la resistencia del tejido mamario a la infección tuberculosa. Predomina en mujeres jóvenes, multíparas, que amamantan a sus hijos.

**Descripción del caso:** Mujer de 86 años que presenta una masa indurada en el cuadrante inferoexterno de la mama izquierda, de 2 meses de evolución, que infiltra la piel en su zona superior. Una mamografía y una ecografía detectan un tumor de unos 7 cm sugestivo de malignidad. La punción-aspiración con aguja fina muestra material abscesificado, no sugestivo de malignidad. Una biopsia amplia de la lesión cutánea pone de manifiesto una dermatitis granulomatosa necrotizante, siendo la tinción de Ziehl-

Nielsen negativa. El cultivo del aspirado muestra crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*. La prueba de la tuberculina es positiva (16 mm). La tomografía axial pone de manifiesto afectación a nivel de mama, varios cartilagos costales y piel. Se descartan otros focos actuales o previos de tuberculosis. Se instaura tratamiento con isoniazida, pirazinamida y rifampicina, junto a drenaje de la lesión (que había fistulizado espontáneamente antes del diagnóstico), siendo la evolución muy favorable tras 2 meses de tratamiento, pasando a tratamiento con isoniacida y etambutol con el fin de completar 6 meses de tratamiento.

**Comentario:** La forma clínica más frecuente de tuberculosis mamaria es la forma nodular, que se caracteriza por una masa circunscrita, de lento crecimiento, habitualmente indolora, que progresa hasta alcanzar la piel, pudiendo ulcerarse o fistulizar. Ni la clínica ni la mamografía permiten su distinción con el cáncer de mama, que suele ser el diagnóstico de sospecha clinicoradiológico, si bien también puede confundirse con un absceso mamario. Sólo el estudio anatomopatológico y especialmente el cultivo de material obtenido por punción-aspiración o por biopsia van a permitir el diagnóstico. Mientras hace unos años se recomendaban tratamientos quirúrgicos agresivos, como la mastectomía, en la actualidad existe cierto consenso sobre la necesidad de combinar la terapia antituberculosa con el drenaje y la extirpación del tejido necrótico.

## 22 ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA INVASIVA CON EXTENSIÓN GANGLIONAR

J. Molinero, M. Iglesias, R. Oliete, P. Umbert

Servicio de Dermatología. Hospital del Sagrado Corazón. Barcelona.

**Introducción:** La enfermedad de Paget extramamaria suele constituir la transformación maligna *in situ* de la porción intraepidérmica del ducto sudoríparo apocrino. Predomina en mujeres de edad avanzada y se localiza en áreas apocrinas. Se manifiesta en forma de lesiones eritematosas, erosivas o eczematosas sobre las que pueden desarrollarse nódulos. Puede invadir la dermis y los ganglios linfáticos regionales, aunque son muy raras las metástasis a distancia. Su curso biológico suele ser indolente.

Presentamos un caso típico de enfermedad de Paget extramamaria con la peculiaridad de su invasión dérmica y su extensión ganglionar local, además de aportar un breve resumen de las series de casos publicadas hasta la fecha.

**Caso clínico:** Mujer de 74 años con placa eritematoerosiva localizada en la axila izquierda de 8 meses de evolución. Durante el último mes aparece en el centro de la placa un nódulo de 1,5 cm. En el examen histológico se observan hallazgos típicos de enfermedad de Paget extramamaria, además de una invasión tumoral dérmica por un adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado. El estudio de extensión resultó totalmente negativo y se descartó la posibilidad de que se tratara de una metástasis epidérmica. La ecografía de axila mostró cuatro adenopatías cuyo análisis mediante PAAF demostró una celularidad idéntica a la del nódulo axilar. Las tinciones efectuadas corroboraron el origen apocrino de la neoplasia. Por tanto, creemos que estamos ante una enfermedad de Paget extramamaria invasiva con extensión ganglionar. Se efectuó por parte del Servicio de Cirugía Plástica la exéresis amplia de la lesión acompañada de vaciamiento ganglionar. La paciente será sometida a controles periódicos para descartar recidivas o metástasis a distancia.

**Comentario:** Todo paciente con enfermedad de Paget extramamaria debe ser sometido a un estudio de extensión completo para descartar metástasis epidérmica. Asimismo debe tenerse presente la posibilidad de su extensión dérmica y ganglionar a la hora de decidir el método de tratamiento adecuado.

## 23 PRURITO SINE MATERIAE COMO MANIFESTACIÓN DE LEUCEMIA CUTIS ALEUCÉMICA

J. Sopena, A. Míquelez, C. García, R. Rivera, J. L. Rodríguez, S. López, L. Iglesias

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción:** La presencia a nivel cutáneo de infiltración por células leucémicas, en ausencia de afectación en sangre periférica y/o médula ósea, es una rara entidad clínica que se ha definido como leucemia cutis aleucémica.

Presentamos el caso de una mujer de 83 años en la cual el prurito *sine materiae* se ha mostrado como el síntoma inicial de leucemia cutis aleucémica de estirpe monocítica.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 83 años con historia de prurito de 1 año de evolución, refractario a tratamientos antihistamínicos y corticoides orales, asociado a síndrome constitucional con pérdida de peso de hasta 14 kg en 3 meses. Se practicaron múltiples pruebas complementarias, tales como hemograma, bioquímica, proteinograma, estudio inmunológico y cuantificación de inmunoglobulinas que resultaron dentro de la normalidad. En una biopsia practicada al azar se observó intenso infiltrado compuesto por células histiomonocíticas atípicas fundamentalmente en dermis papilar y reticular superficial de predominio perivascular y perianexial. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para lisozima, CD68, CD43, PGM-1 y CD3 y negatividad del CD20 y CD34, confirmando la naturaleza monocítica del infiltrado. La extensión en sangre periférica y dos biopsias de médula ósea practicadas con un intervalo de 3 meses han confirmado la ausencia de afectación a dichos niveles.

**Discusión:** La leucemia cutis aleucémica es una situación extremadamente rara, de la cual se han descrito 29 casos en la literatura inglesa que generalmente evoluciona a la afectación sistémica e implica un pronóstico fatal a corto plazo. Se manifiesta clínicamente en forma de pápulas y nódulos eritematosos, grandes masas tumorales o incluso en forma de eritrodermia; sin embargo, nuestro caso constituye el primero en el que el prurito sin lesiones cutáneas ha llevado al diagnóstico de leucemia cutis aleucémica monocítica.

## 24 VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO SISTÉMICO CON IFN BETA-1b EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

S. López Martín-Prieto, S. del Canto, C. Hernández, A. Serrano, A. Pulpillo, R. Cabrera\*, M. Navarrete\*, J. Sánchez Conejo-Mir

Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** El interferón humano recombinante beta-1b ha sido recientemente aprobado para el tratamiento de la esclerosis múltiple. Un porcentaje significativo de los pacientes tratados con esta medicación han desarrollado diversos efectos secundarios, tales como placas eritematosas, úlceras cutáneas, placas esclerodermiformes y trombosis vascular. La presencia de vasculitis en el la zona de la inyección es excepcional.

**Caso clínico:** Varón de 25 años que presentaba una esclerosis múltiples en tratamiento con IFN beta-1b desde hacía 1 año, a dosis de 5 M UI, días alternos. Desde 3 meses atrás el paciente observó la aparición de lesiones nodulares inflamatorias en los muslos, en la zona donde se realizaba la inyección. El estudio histológico reveló una vasculitis leucocitoclástica.

**Conclusiones:** El efecto secundario vascular más frecuente en el tratamiento con IFN beta-1b es la trombosis vascular, hecho que ocurre habitualmente en pacientes del sexo femenino y no requiere suspender el tratamiento. Sin embargo, la aparición de vasculitis en el lugar de la inyección es sumamente infre-

cuenta e implica fenómenos de hipersensibilidad de mayor grado y obliga a suspender el tratamiento.

## 25 SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y URTICARIA VASCULITIS

M. L. Wilhelmi, J. Ocaña Wilhelmi, A. Santa Marta, J. Ocaña Sierra, J. Linares\*

Cátedra de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

El síndrome de fatiga crónica es un trastorno complejo de etiopatogenia desconocida, con mal pronóstico evolutivo, que puede producir invalidez funcional importante y con frecuencia es causa de incapacidad laboral. Pueden coexistir manifestaciones dermatológicas (eritemas y/o trastornos vasomotores).

Observación personal: G. R. Z., mujer de 45 años, casada, matrona, en situación de baja laboral.

Antecedentes personales: neumonía, posible tuberculosis, operada de bronquiectasia, de varices y amígdalas, rinitis y faringitis crónicas.

Enfermedad actual: hace 10 años empezó a sufrir limitación funcional por dolores en un pierna y a nivel de columna lumbar y cervical. Tras 7 meses de fisioterapia, se mantuvo 2 años sin dolores. Recaída a los 3 años, siendo diagnosticada de fibromialgia espondiloartrosis lumbar, protusión discal L5-S1 y osteopenia (cuello del fémur). TAC y RMN normales. GGT elevada, ferropenia leve, serología de citomegalovirus y virus de Epstein-Barr, negativos. Actividad ligeramente baja del eje hipotálamo-hipofisoadrenal. Depresión leve no endogenomorfa. Hace 2 meses lesiones papulosas, muy pruriginosas, localizadas en cara, cuello y espalda, con pigmentación residual. Histopatología: urticaria vasculitis.

Se valoran los fallos de atención y memoria, débil respuesta secretora de ACTH y cortisol, niveles séricos bajos de DHEA y betaendorfina en los monocitos. La actividad de la prolilendopeptidasa sérica en la fibromialgia guarda relación con la hiperalgesia y la depresión, probablemente por un déficit de inactivación de péptidos algésicos.

## 26 DERMATITIS DE CONTACTO POR ACEITE DE MELALEUCA

M.<sup>a</sup> C. Di Prisco, L. Puig\*, A. Alomar\*

Instituto de Biomedicina. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela. Servicio de Dermatología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. UAB. Barcelona.

**Introducción:** El aceite de *Melaleuca* («árbol del té») se obtiene por destilación de las hojas de *Melaleuca alternifolia*, posee propiedades antisépticas y antiinflamatorias y está adquiriendo gran popularidad en Australia, Estados Unidos y diversos países del norte de Europa como ingrediente de numerosos productos «curalotodo» basados en la medicina natural. De forma paralela con la extensión de su empleo, están empezando a describirse casos de sensibilización por contacto a compuestos de aceite de *Melaleuca*, por lo que consideramos de interés presentar los primeros casos de los que hemos tenido conocimiento en nuestro medio.

### Casos clínicos:

**Caso 1:** Una mujer de 33 años, tras sufrir una abrasión en las rodillas durante unas vacaciones en Australia, empezó a aplicarse un antiséptico de venta sin receta (Dettol Sting'n'Graze anti-septic gel) que según el envase contiene aceite de *Melaleuca* al 3%, sin otra indicación del resto de sus componentes. Puestos en contacto con el laboratorio australiano fabricante del producto (Reckitt & Colman Australia), eventualmente hemos tenido conocimiento de los componentes del mismo: jabón de ácidos gra-

sol, aceite de pino, terpineol, aceite de melaleuca, propilenglicol, hidroxietilcelulosa, alantoína, mentol, fragancia, azul patente, colorante amarillo 2G). A los 10 días inició eccema de contacto ampuloso en rodillas, por lo que consultó en nuestro Servicio. Se instauró tratamiento corticoesteroide tópico y antihistamínico por vía oral, con resolución completa del cuadro en 2 semanas. Se practicaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDC, la batería de cosméticos de Chemotechnique, mezclas de caínas, cloroxilenol, d-limoneno y aceite de *Melaleuca* puro (Blidor AG) al 1% en alcohol, con resultados negativos, así como Dettol gel (tal cual) con respuesta positiva (+++) a 48 y 96 horas. Las pruebas efectuadas con el mismo producto en 10 controles sin antecedentes de exposición fueron negativas.

**Caso 2:** Una estudiante de 14 años acudió a un «médico naturista» por lesiones papulares en caras laterales de tórax que fueron diagnosticadas como «verrugas» y tratadas con aplicaciones tópicas de un preparado naturista de «árbol del té», apareciendo eritema y prurito en la zona tratada, desarrollándose posteriormente un eczema generalizado. Se practicaron epicutáneas con resultados positivos para colofonia, «árbol del té» al 5% y aceite de *Melaleuca* al 1% (+++) y tiomerosal (++).

**Comentario:** Los alérgenos implicados en la sensibilización por contacto a aceite de *Melaleuca* son por lo general aceites esenciales (terpenos y sesquiterpenos), tales como eucaliptol, d-limoneno, alfa-terpineno, aromadendreno, terpinenol, p-cimeno y alfa-felandreno, que con frecuencia dan lugar a reacciones cruzadas con la colofonia. También se han descrito sensibilizaciones a otros componentes de los preparados, tales como la lidocaína o el cloroxilenol.

Aunque en nuestros casos no hemos podido identificar el alérgeno responsable, consideramos importante llamar la atención frente a la posibilidad creciente de observar casos de dermatitis de contacto alérgica a productos «naturales» que contienen aceite de *Melaleuca* dada su difusión creciente en nuestro medio.

## 27 DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR COSMÉTICOS

M. Gómez Vázquez, B. Monteagudo, A. León, V. Fernández-Redondo, J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

**Introducción:** La incidencia de dermatitis alérgica de contacto (DAC) por cosméticos en los usuarios se ha incrementado de forma notable en las últimas dos décadas. La variabilidad en las posibles fuentes de exposición hace que cualquier parte de la superficie corporal puede verse afectada. Al mismo tiempo, los cosméticos son cada vez más numerosos y sofisticados en su composición.

**Material y métodos:** Se han estudiado 351 pacientes (enero a diciembre de 2000) en la Unidad de Alergia del Servicio de Dermatología del Hospital Gil-Casares. En 53 (15%) de ellos existía la sospecha de DAC a cosméticos, realizándose pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDC y series específicas de cosméticos y fragancias suministradas por Chemothécnique.

**Resultados:** De los 53 pacientes con sospecha de DAC a cosméticos, 45 (84,9%) fueron mujeres y ocho (15%) varones. Su edad media de 40 años (17-70) y el tiempo de evolución clínica era de 1 año o menor. En un 4% existían antecedentes personales de atopía y en un 18% familiares. Se detectó positividad a uno o más alérgenos en 43 pacientes (64,1%) y el patrón de afectación más frecuente fue el eccema, siendo las localizaciones más afectadas la cara (62,7%), las manos (17,6%) y axilas (10,8%). Los cosméticos implicados fueron las cremas faciales (29,4%) y productos de peluquería (19%). Las fragancias (29,4%), los conservantes (20,5%) y la parafenilendiamina (14,5%) son los alérgenos de mayor incidencia.

**Conclusiones:** Nuestros resultados evidencian un aumento significativo en el número de sensibilizaciones a productos cosméticos.

cos, siendo similares a los presentados por otros autores. La positividad a conservantes (Kathon CG, formaldehído, Quaternium, Thiomersal), así como parabenos, alcoholes de la lana, mezcla de fragancias, PPDA y colofonia presentes en la serie estándar del GEIDC pueden ser indicativos de una DAC a cosméticos.

## 28 ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO POR TEXTILES

I. Polimón, C. García, J. Sopena, R. Llamas, A. Segurado, J. Ortiz, L. Iglesias

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción:** La dermatitis alérgica de contacto (DAC) por textiles puede ser debida a las fibras textiles, a los colorantes empleados, a las resinas de acabado o bien a otros materiales que pueden estar asociados en una prenda (cuero, gomas, etc.). Presentamos el caso de una mujer con lesiones mal definidas en axilas, cintura y muslos con sensibilización a colorantes Disperse Blue 106, Blue 124 y Red 17, con positividades también a sus prendas propias.

**Casos clínicos:** Revisando los casos de pacientes parcheados con la serie de textiles en los últimos 2 años, encontramos cuatro casos, tres mujeres y un varón, de edades entre los 19 y 39 años. Las lesiones habían aparecido entre 1,5 meses y 3 años antes de acudir a la consulta. Uno de los pacientes presentaba únicamente prurito sin lesiones. La localización era en las áreas características de la DAC por textiles. Ninguno de los casos era de origen profesional. De los cuatro casos, dos eran debidos a colorantes Disperse y dos a resinas de acabado liberadoras de formaldehído. Una de las pacientes presentaba múltiples positividades, tanto a resinas de acabado como a fragancias.

**Conclusiones:** La DAC por textiles es poco frecuente y requiere un alto grado de sospecha para su diagnóstico. En las series más antiguas, la principal causa eran las resinas de acabado liberadoras de formaldehído, utilizadas para conferir resistencia frente a las arrugas. Con el uso de resinas con menor índice de liberación de formaldehído estos casos han disminuido mucho, siendo actualmente los colorantes, fundamentalmente de tipo Disperse, la mayor causa de DAC por textiles. Revisando los pacientes parcheados en los últimos 10 años (3.245), encontramos una incidencia de DAC textil del 1,2% de los pacientes con eczema, suponiendo las resinas de acabado un 18,4% de los casos y los colorantes textiles un 81,6%.

## 29 GRANULOMA ANULAR, VARIEDAD MACULAR. ESTUDIO DE CINCO CASOS

M. Sàbat, I. Bielsa, M. Ribera, J. Rex, C. Mangas, C. Ferrándiz

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Introducción:** El granuloma anular es una dermatosis que tiene una gran variabilidad clínica. Una variante de reciente descripción es la denominada macular. Se describen cinco casos y se revisa la literatura.

**Material y métodos:** Se incluyen cinco pacientes que desarrollaron lesiones cutáneas compatibles con un granuloma anular de la variedad macular. En todos ellos se realizó una biopsia en sacabocados y se revisaron las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas.

**Resultados:** Se trata de cuatro mujeres y un varón con edades comprendidas entre los 58 y 66 años y sin enfermedades relevantes asociadas. Todos ellos presentaban lesiones de meses de evolución en forma de máculas redondeadas eritemato-violáceas o amarronadas, sin cambios epidérmicos y de gran tamaño (hasta 15 cm de diámetro). Las lesiones se localizaban en los muslos, excepto en un caso, que presentaba las lesiones en los antebrazos. En tres pacientes se observó una lesión única, mientras que los dos restantes presentaron lesiones bilaterales y simétricas. En el estudio histológico se observó en todos los casos un infiltrado linfocitario intersticial, así como la presencia de fibras de colágeno degenerado y depósito de mucina.

**Conclusiones:** El granuloma anular variedad macular se caracteriza, en la clínica, por la aparición de lesiones maculares eritematosas de crecimiento centrífugo. En la microscopia el infiltrado linfocitario y la necrobiosis se disponen de una forma difusa, siguiendo un patrón intersticial. Este patrón se observó también en nuestros pacientes. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la morfea en la fase inflamatoria, la dermatitis granulomatosa intersticial asociada a enfermedad del colágeno, el eritema crónico migrans y la necrobiosis lipóidica. El diagnóstico de esta variante de granuloma anular es difícil si no existe un alto índice de sospecha por parte del clínico y del patólogo.

### Bibliografía

- Mutasim DF, Bridges AG. Patch granuloma annulare. Clinicopathologic study of 6 patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;3:417-21.  
Smith MD, Downie JB, DiCostanzo D. Granuloma annulare. *Int J Dermatol* 1997;5:340-8.

## 30 GRANULOMA ANULAR MACULOSO

M. García, X. Pagerols, N. Curcó, X. Tarroch, P. Vives

Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona.

**Introducción:** El granuloma anular se manifiesta en forma de pequeñas pápulas asintomáticas que suelen agruparse adoptando una morfología anular. Clásicamente se han descrito diferentes formas clínicas de granuloma anular. En 1932 se describe una variante clínica maculosa o eritematosa que se asocia a una histología peculiar.

**Métodos:** Se han practicado biopsias cutáneas en cinco pacientes con lesiones de granuloma anular maculoso. Se realiza estudio clínico, histológico y control evolutivo de dichas lesiones.

**Resultados:** Se estudian cinco pacientes, dos varones y tres mujeres, con edades entre 27 y 29 años, que presentan placas eritematosas, asintomáticas, en su mayoría ovaladas y localizadas en muslos, abdomen y/o brazos de varios meses de evolución. El examen histológico muestra un patrón intersticial de granuloma anular con necrobiosis difusa.

**Conclusiones:** Aportamos cinco nuevos casos de esta infrecuente forma clínica de granuloma anular que puede plantearnos diagnóstico diferencial con otras entidades maculosas como el eritema anular centrífugo, la enfermedad de Lyme, la sarcoidosis anular, el linfoma T cutáneo y el lupus eritematoso, pero cuya histología es característica.