

**RESÚMENES COMUNICACIONES LIBRES  
DE LAS REUNIONES DE LA  
SECCIÓN BALEAR DE LA AEDV**

*Reunión de la Sección Balear de la AEDV.*

*Ibiza, 13 de enero de 2007*

*Reunión ordinaria de la Sección Balear de la AEDV.*

*Palma de Mallorca, 21 de noviembre de 2007*

*Reunión de la Sección Balear de la AEDV.*

*Palma de Mallorca, 19 de abril de 2008*

---

**RESÚMENES**

---



# REUNIÓN DE LA SECCIÓN BALEAR DE LA AEDV

## Ibiza, 13 de enero de 2007

### 1. PLACA INFLAMATORIA FACIAL

M.C. Sánchez<sup>a</sup>, B. Bartolomé<sup>a</sup>, M. Pascual<sup>a</sup>,  
V. Tarín<sup>b</sup>, G. Matheu<sup>b</sup> y V. Rocamora<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Fundación Hospital Manacor. Manacor. España.

**Introducción.** La presencia de granulomas en la biopsia cutánea plantea distintas posibilidades diagnósticas. El origen puede ser infeccioso, por cuerpo extraño o idiopático.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente de 46 años que presentaba una lesión en placa en labio inferior en cuyo estudio histopatológico se apreciaba un denso infiltrado inflamatorio con presencia de granulomas. No se acompañaba de otras manifestaciones clínicas. En las pruebas complementarias realizadas no se evidenciaron alteraciones de interés. Con el diagnóstico inicial de queilitis granulomatosa se pautó tratamiento con metronidazol por vía oral, con resolución de la lesión. Se denomina granulomatosis orofacial a un grupo de enfermedades de origen desconocido que tienen en común la presencia de granulomas en el estudio histopatológico. Engloba a la queilitis granulomatosa, al síndrome de Merkelsson Rosenthal, la dermatitis granulomatosa de contacto, la sarcoidosis y la enfermedad de Crohn. Se recoge en la literatura la asociación entre algunas de ellas.

**Conclusión.** La presencia de granulomas es un hallazgo que orienta a distintas etiologías, que en ocasiones se superponen en la clínica.

### 2. RETINOIDES EN DERMATOLOGÍA. NUEVOS USOS

J. Escalas Taberner

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** El ácido retinoico es un producto natural obtenido fisiológicamente a través de un proceso oxidativo del retinol (vit. A). En 1969 empezó a utilizarse la tretinoína tópica para el acné, en 1980 el etretinato sistémico para la psoriasis y en 1982 la FDA aprobó el uso de tretinoína tópica para tratar las formas graves de acné.

**Comentario.** Más recientemente los retinoides tanto tópicos como sistémicos han venido utilizándose en diferentes patologías dermatológicas, entre las que podemos citar: lupus eritematoso, para la prevención de cáncer cutáneo no melanoma, leucoplasia oral, granuloma anular generalizado, rosácea, en los casos de hiperseborrea grave, en el xeroderma pigmentosum, en los trastornos de la queratinización como enfermedad de Darier y pitiriasis rubra pilaris, así como en la prevención del fotoenvejecimiento. Más recientemente los nuevos retinoides como el bexaroteno se utilizan en los linfomas cutáneos de células T y en algunos estudios se está utilizando el bexaroteno tópico para el eccema crónico de manos. La alitretinoína se utiliza para tratar las lesiones cutáneas de sarcoma de Kaposi.

**Conclusión.** Como podemos ver, los retinoides tienen un amplio campo de acción a parte de los tratamientos clásicos, y en estudios todavía sin finalizar como es en la dermatitis crónica de manos, parecen presentar un futuro prometedor.

# REUNIÓN ORDINARIA DE LA SECCIÓN BALEAR DE LA AEDV

## Palma de Mallorca, 21 de noviembre de 2007

### 1. UTILIDAD DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN LAS REACCIONES CUTÁNEAS ADVERSAS A MEDICAMENTOS

F. Mestre Bauzá, A. Bauzá Alonso y N. Izquierdo Hercé

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.*

Se realiza una revisión de la literatura sobre la utilidad de las pruebas epicutáneas en el estudio de las reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Se concluye que:

- 1) Dichas pruebas son útiles en RAM, principalmente en los exantemas maculopapulosis o exantema fijo pigmentado causados por determinados antibióticos, antihipertensivos y antiepilépticos.
- 2) Se puede considerar su utilización en casos de fármacos recientes o poco usados y cuando sean necesarios.
- 3) Debido a la existencia de falsos negativos en las pruebas epicutáneas, debemos valorar la ¿provocación oral o la intradermoreacción? en casos en los que el medicamento sea necesario.

### 2. SÍNDROME DE IPEX: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

A. Martín-Santiago<sup>a</sup>, M. Caimari<sup>b</sup>, J.C. de Carlos<sup>b</sup>, N. Martínez<sup>c</sup> y N. Matamoros<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología. <sup>b</sup>Pediatría. <sup>c</sup>Inmunología. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** El síndrome de IPEX (inmunodisregulación, poliendocrinopatía, enteropatía, ligado a X) es una rara inmunodeficiencia primaria caracterizada por diarrea incoercible, dermatitis, diabetes y tiroiditis en el neonato o lactante. Otras manifestaciones son anemia hemolítica, trombocitopenia, infecciones, hiper IgE o IgA, alergia alimentaria y nefropatía. De herencia ligada a X, está producido por mutaciones en el gen FOX-P3, que codifica una proteína de unión al ADN necesaria para el desarrollo de las células T reguladoras. Sin tratamiento la mayoría de varones afectados fallece durante el primer año de vida.

**Caso clínico.** Varón de tres meses, sin antecedentes de interés, que presentaba desde el segundo mes de vida diarrea incoercible, episodios febriles, bacteriemias y dermatitis eczematosa, en ocasiones con una morfología reticulada. El ecema predominaba en cara, tronco y superficies de extensión de las extremidades. No desarrolló lesiones periorificiales, ni en pliegues, mucosas ni uñas y no existía alopecia. La biopsia intestinal mostró atrofia de las vellosidades y un infiltrado de linfocitos y eosinófilos. La biopsia cutánea evidenció hiperqueratosis con paraqueratosis y un infiltrado linfocitario perivascular leve. Otros exámenes complementarios evidenciaron hiperglucemia, elevación de la IgE y positividad de ANCA y anticuerpos anti-GAD. El estudio molecular confirmó una mutación en el gen FOX-P3 (R397Q). El tratamiento inmunosupresor mejoró la enteropatía y la dermatitis. Posteriormente apareció alergia alimentaria, diabetes mellitus y retraso pondoestatural.

**Comentario.** Las manifestaciones cutáneas del síndrome de IPEX son muy frecuentes (> 75 %), se inician generalmente durante los primeros meses de vida, coincidiendo con el inicio del cuadro clínico y la diarrea. Habitualmente semejan una dermatitis atópica o una dermatitis psoriasiforme o ictiosiforme. Las lesiones son generalmente asintomáticas, tienen un curso crónico, son resistentes al tratamiento convencional de la dermatitis atópica y mejoran con inmunosupresores. La histología es inespecífica. En algunos casos aislados se han descrito urticaria, alopecia universal, traquioniquia, penfigoide ampolloso y sarna noruega. Se comenta cómo la alteración de las células T reguladoras estaría implicada en las manifestaciones de autoinmunidad, hiperreactividad y respuesta antiinfecciosa.

### 3. URTICARIA SOLAR. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

J. Escalas<sup>a</sup>, M.Á. Ventayol<sup>a</sup> y M.C. Sánchez<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España. <sup>b</sup>Fundación Hospital Manacor. Manacor. España.*

**Introducción.** La urticaria solar es una fotodermatosis idiopática. Más frecuente en mujeres jóvenes, con una mayor frecuencia sobre los 32 años, aunque puede aparecer a lo largo de la vida, entre los 13 y 76 años. La clínica se manifiesta con la aparición de eritema pruriginoso y ronchas que aparecen 30 minutos después de la exposición solar, incluso antes o más tarde. La erupción desaparece en menos de dos horas de sombra. Puede ir acompañada de náuseas, broncoespasmo, incluso de síncope.

**Casos clínicos.** Primer caso: paciente mujer de 50 años con alergia a la penicilina. Presenta desde hace 9 años una erupción de ronchas al tomar el sol. La erupción aparece inmediatamente después de la exposición solar y dura entre 20 minutos y una hora. La paciente es remitida a la Unidad de Fotobiología de nuestro hospital bajo la sospecha de urticaria solar. Se le realiza fototest, que resulta positivo. Se le irradian 5 jules UVA apareciendo inmediatamente eritema muy pruriginoso con formación de roncha que aparece prácticamente de inmediato. Segundo caso: paciente varón de 52 años que refiere desde hace muchos años prurito intenso con eritema y ronchas ante cualquier exposición solar. El paciente viaja con mucha frecuencia a Brasil, donde pasa largas temporadas, y está muy afectado ya que no puede tomar el sol. Se le realiza fototest UVA irradiándole 5 jules, confirmando la sospecha de urticaria solar ya que aparece inmediatamente un intenso eritema muy pruriginoso. En este caso el eritema es mucho más intenso que en el caso anterior, y posteriormente, más o menos a la media hora, empiezan a parecer las ronchas.

**Comentario.** La urticaria solar es una fotodermatosis idiopática de difícil tratamiento. Se pueden utilizar anti-H1 anti-H2, carotenos; también se han utilizado plasmaféresis, ciclosporina e inmunoglobulinas polivalentes. Aunque lo que parece resultar más eficaz es la inducción a una tolerancia a la luz, ya sea con UVA, UVB o PUVA.

# REUNIÓN DE LA SECCIÓN BALEAR DE LA AEDV

## Palma de Mallorca, 19 de abril de 2008

### 1. LOS NUEVOS PSICOTROPOS. SU UTILIDAD EN DERMATOLOGÍA

J. Escalas

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.*

Un psicofármaco es un medicamento que se utiliza para el tratamiento de las enfermedades mentales o alteraciones de la esfera psíquica, que se manifiestan por signos o síntomas (insomnio, agresividad, angustia). Podemos clasificar los psicofármacos en benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos. Hace años que los psicofármacos se utilizan en otras enfermedades a parte de las propiamente psiquiátricas. En las enfermedades llamadas psicodermatológicas, tales como el *delirium parasitorium*, la dermatitis artefacta, la dismorfofobia, las dinias (glosodinia, vulvodinia), el prurito psicógeno, los trastornos obsesivo-compulsivos (tricotilomanía, excoriaciones neuróticas, acné excoriado), y en algunos casos de urticaria, el uso de los psicofármacos nos va a permitir controlar la enfermedad.

### 2. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR III PIGMENTADA (ENFERMEDAD DE BOWEN PIGMENTADA). ESTUDIO CLÍNICO, DERMATOSCÓPICO E HISTOPATOLÓGICO DE UN CASO

E. Masgrau<sup>a</sup>, F. Mestre Bauzá<sup>b</sup>, J. del Pozo Hernando<sup>b</sup>  
y A.H. Gene<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Penya Centro Dermatología 2000. <sup>b</sup>Dermatología  
y <sup>c</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Dureta.  
Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** De un 10 a un 12% de las mujeres de raza blanca presentan lesiones pigmentadas en la vulva. Su descubrimiento suele ser de forma casual en revisiones ginecológicas. Aunque la mayoría de estas lesiones son benignas, la presencia de una lesión pigmentada en estas localizaciones nos obliga a descartar patología maligna.

**Caso clínico.** Una paciente de 35 años nos consultó por la presencia de una lesión de color marrón, localizada en vulva y detectada en una revisión ginecológica de rutina un mes antes. La paciente refería que en la anterior revisión ginecológica, efectuada un año antes, no presentaba esta lesión. En la exploración se apreciaba una placa marronácea con tonos grisáceos, de 1 cm, bien delimitada, localizada en fosa vestibular. En la dermatoscopia se observa que el pigmento es finamente granular y se agrupa en líneas cortas y algo curvadas que recuerdan al patrón en huella dactilar. Asimismo se observan vasos de pequeño calibre puntiformes o lineales, diferentes de los de la mucosa adyacente, conformando una imagen que podría catalogarse como de patrón vascular atípico. El diagnóstico diferencial debe plantearse con la melanosis de mucosa, que puede presentarse con una pigmentación similar a la de nuestro caso, pero en la que hasta nuestro conocimiento, no se ha descrito patrón vascular atípico en la misma. Debido a la presencia del patrón vascular, también podría considerarse el melanoma *in situ*, pero en nuestro caso no se observan otros criterios específicos

de melanoma (retícula pigmentada atípica, puntos y glóbulos irregulares, velo azul-blanquecino, etc.). Se realizó biopsia de varias áreas de la lesión observándose un epitelio con acantosis e hiperqueratosis y células epiteliales de aspecto basalioide, densamente empaquetadas, que muestran una mínima maduración, con mitosis en todo el espesor del epitelio, llegando al tercio superior. También se observan melanófagos en las papilas dérmicas. Se remitió a la paciente al Servicio de Ginecología, realizándose exéresis de la lesión en un centro privado.

**Discusión.** A partir de 1989 las neoplasias intraepiteliales vulvares (VIN) se clasifican, dependiendo del grado de afectación epidérmica, en VIN I, II y III, respectivamente. La enfermedad de Bowen y el carcinoma *in situ* corresponden a un VIN III. Las formas pigmentadas de VIN son debidas a un cúmulo de melanina que puede localizarse en el epitelio (en las células basales o en melanocitos) o en melanófagos de dermis superior (como en nuestro caso). En cuanto a la dermatoscopia, destacamos la presencia del patrón vascular atípico (vasos puntiformes o lineales), junto con una pigmentación que recuerda a la de la melanosis de vulva. No hemos encontrado referencias de estudio dermatoscópico de Bowen vulvar pigmentado y por tanto desconocemos la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de nuestros hallazgos en el uso de la dermatoscopia en el seguimiento de estas pacientes.

### 3. HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA BALEAR

J. Gutiérrez-de la Peña y A. Montis-Suau

*Dermatólogos. Consulta Privada. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** Con el objeto de investigar sobre los orígenes de la Dermatología y Venereología en las islas Baleares, hemos recopilado información de forma verbal, al preguntar a los que conocieron a los pioneros de la especialidad, y repasar la bibliografía de las primeras publicaciones donde figuran estudios dermatovenerológicos.

**Comentarios.** En España y en las Baleares los inicios de la especialidad son a finales del siglo XIX, donde se aprecia la necesidad de dividir la amplia rama de la Medicina en diversas especialidades, pues anteriormente esta actividad la desarrollaban los cirujanos y los médicos generales. Se inicia la Dermatología principalmente para el tratamiento de la lepra, de las enfermedades venéreas, y para el control de la prostitución. El primer Servicio de Dermatología estuvo en el Hospital Provincial de Mallorca. El ejercicio era preferentemente privado, y no es hasta 1944 cuando surge el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), y se instauran los dermatólogos de cupo, para la atención de toda la población balear. Repasamos los centros dermatológicos principales y los dermatólogos que han desarrollado su actividad profesional en las islas. Juan Alorda Suñer (fallecido en 1907) disertó el día 29 de enero de 1893 sobre un tema eminentemente dermatológico: «¿Pueden las mujeres herpéticas amamantar a sus hijos y conviene a éstos la lactancia materna?», y es la primera referencia dermatológica en las Baleares. Los primeros dermatólogos fueron Juan Vaquer Bestard, Juan Alorda Suñer, Antonio Alorda Servera, Antonio Ramis Capllonch y Jaime Carbonell Oliver. Destacan, por la importancia y el volumen de sus publicaciones a nivel local, Antonio Alorda Servera y Antonio Ramis Capllonch.

