



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Sección Gallega

Vigo, 6 y 7 de mayo de 2016

1. INCORPORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE ALTA FRECUENCIA (ECAF) A LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA

L. Casas Fernández^a, I. Rodríguez Blanco^a y H.A. Vazquez Veiga^b

^aServicio de Dermatología. Hospital da Barbanza. EOXI Santiago de Compostela. A Coruña. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. EOXI Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La ecografía cutánea de alta frecuencia (ECAF) ha irrumpido recientemente en nuestra especialidad como lo hizo antes en otras, como una herramienta diagnóstica de la que podemos disponer en la mayoría de los centros. Se trata de una técnica no invasiva, rápida, segura y eficaz que complementa la consulta y que ayuda al diagnóstico y seguimiento de diferentes patologías

Objetivos: Nuestro objetivo es compartir la experiencia adquirida en nuestro servicio

Material y métodos: Se han revisado todos los pacientes evaluados mediante ecografía cutánea desde octubre del 2014 a marzo del 2016. Se trata de una agenda bisemanal (DER ECO), en la que se utiliza un ecógrafo General Electrics Logiq P5 con una sonda lineal de frecuencia variable de 10-13 MHz. Se valoraron diferentes tipos de lesiones en pacientes que procedían en su mayoría de la consulta de dermatología. Las imágenes fueron grabadas y volcadas en IANUS

Resultados: Se han realizado 194 exámenes ecográficos con un total de 182 pacientes valorados, 94 varones y 88 mujeres, con edades comprendidas entre 1 año de edad y los 89 años. Las indicaciones más frecuentes han sido la delimitación y diagnóstico diferencial de tumores benignos (53%), patología inflamatoria (24%) y tumores malignos (13%). También se han realizado exploraciones de diferentes oncopatías (4%). Por último hemos valorado algún caso de malformación vascular y linfática (6%).

Discusión: La ECAF aporta información valiosa para el diagnóstico y manejo de diferentes patologías cutáneas, en especial los tumores, ayudando a planificar el tratamiento quirúrgico. También resulta útil en el seguimiento de diferentes procesos inflamatorios y en el estudio de lesiones congénitas y malformaciones vasculares. Dentro de sus limitaciones está la disponibilidad de ecógrafos con sondas de alta frecuencia en los servicios de Dermatología, la necesidad de formación adecuada y la poca evidencia científica hasta el momento.

Conclusiones: Presentamos nuestra experiencia adquirida con ECAF en la consulta de Dermatología de un hospital comarcal

2. COLGAJO “EN TIBURÓN” MODIFICADO

I. Rodríguez Blanco^a, L. Casas Fernández^a y H.A. Vázquez Veiga^b

^aServicio de Dermatología. Hospital da Barbanza. EOXI Santiago de Compostela. A Coruña. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. EOXI Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El ala nasal es un área de asiento frecuente de cáncer cutáneo. Se trata de una zona compleja compuesta por elementos cóncavos y convexos que le confieren su particular anatomía.

Caso clínico: Varón de 66 años de edad con lesión pigmentada de lento crecimiento en los últimos años en el ala nasal I. La exploración clínica a ojo desnudo y la exploración dermatoscópica fueron sugestivas de lentigo maligno y dicha sospecha se confirmó tras la realización de una biopsia incisional. Tras barajar las distintas opciones quirúrgicas y debido al tamaño de defecto final, se optó por realizar un colgajo en tiburón, modificado respecto a su descripción original¹.

Discusión: El ala nasal está constituida por distintas unidades cosméticas como son la propia ala nasal, la vertiente nasal, el labio superior y la mejilla y ello provoca que la reconstrucción tras la exéresis de tumores en esta localización constituya un reto quirúrgico para el dermatólogo. Describimos y mostramos la realización de una variante de colgajo pediculado en isla en tiburón, adaptada a defectos anatómicos de gran tamaño en dicha área.

Bibliografía

1. Cvanca JL, Wentzell JM. Shark island pedicle flap for repair of combined nasal ala-perialar defects. *Dermatol Surg.* 2006;32:726-9.

3. UN CASO ATÍPICO DE MUCINOSIS PAPULAR ACRAL PERSISTENTE

O. Suárez Magdalena^a, A. Vilas Sueiro^a, A. Varela Veiga^a, Ó. Suárez Amor^a, C. Durana Tonder^b, L. Rosende Maceiras^a, B. Monteagudo^a y C. de las Heras^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol, A Coruña. España.

Introducción: En el año 2001 se publicó la última clasificación existente hasta la fecha de las mucinosos cutáneas. Dentro de las for-

mas localizadas de liquen mixedematoso (mucinosi papulares), se distinguen 5 subtipos entre los que se incluye la mucinosi papular acral persistente (MPAP). Presentamos el caso de un varón diagnosticado de MPAP con algunas características atípicas.

Caso clínico: Varón de 66 años de edad, hipertenso, dislipémico y con diabetes mellitus, a tratamiento desde hace años con omeprazol, metformina, hidroclorotiazida-olmesartán, fenofibrato y pravastatina. Consulta por la presencia desde hace cinco años de lesiones cutáneas persistentes, ligeramente pruriginosas de inicio acral. A la exploración dermatológica se objetivaron numerosas pápulas de 3-4 mm de diámetro, de color carnososo-céreo y consistencia firme, algunas de ellas confluentes en pequeñas placas, con una distribución bilateral y simétrica en dorso de muñecas y antebrazos, y de forma mucho más discreta en cara externa de brazos y espalda. El estudio histopatológico mostró hallazgos compatibles con mucinosi papular. Las pruebas complementarias se encontraban dentro del rango de la normalidad, incluyendo proteinograma, función tiroidea, inmunoglobulinas, proteinuria de Bence-Jones y serologías. Hasta la fecha las lesiones permanecen estables, por lo que no se ha realizado tratamiento.

Discusión: La MPAP es una forma localizada de mucinosi papular. Los criterios clínicopatológicos empleados para su diagnóstico consisten en la aparición de pápulas de color carnososo de 2-5 mm de diámetro localizadas en dorso de manos, muñecas y ocasionalmente en la parte distal de los antebrazos, que persisten sin resolución espontánea y pueden aumentar en número. Es más frecuente en mujeres y se caracteriza por la ausencia de enfermedades sistémicas o gammopatías asociadas. Sin embargo, como ocurre con nuestro paciente, también hay descritos casos que no cumplen la totalidad de estos criterios, refiriéndose a ellos como casos atípicos o incluso contemplando la posibilidad de un solapamiento entre la mucinosi papular discreta y la MPAP.

4. QUINCE AÑOS DE APLICATIVO DE TELEMEDICINA EN GALICIA. LOS COMIENZOS

E. del Río de la Torre^a, R. Losada Iglesias^b y A. García Quintans^c

^a*Clinica Dermalar;* ^b*Médico de Familia. Centro de Saúde de Vite. Santiago de Compostela, A Coruña.* ^c*Médico de Familia. Subdirector Xeral de Organización Asistencial e Innovación Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.*

Introducción: La tele dermatología es desde hace ya años una herramienta más y plenamente integrada en la práctica diaria de la especialidad.

Objetivos: Revisar y fijar la génesis inicial de esta parte de la especialidad en nuestra comunidad.

Material y métodos: Repasamos la literatura científica, prensa, noticias TV sobre esta tecnología en sus primeros años.

Resultados: El aplicativo que se utiliza en la comunidad gallega data de finales de 2000, muy anterior al sistema de gestión IANUS, en el que se integró posteriormente. Su origen se remonta a mayo de 2000 cuando Ricardo Iglesias, médico de familia de l Centro de Saúde de Vite, pide ayuda a distancia sobre el manejo de un paciente con psoriasis apoyándose en un correo electrónico (tecnología entonces novedosa) con una breve historia clínica y unas pocas fotografías a Emilio del Río, dermatólogo del hospital de Conxo. Esta experiencia era una continuación de un programa de investigación con apoyo del prestigioso y extinto Fondo de Investigaciones Sanitarias con el que el doctor Iglesias enviaba imágenes de retinografías desde su centro al oftalmólogo Francisco González en el hospital. El entonces Subdirector Xeral de Asistencia Primaria, Antonio García Quintans intuyó la importancia y el potencial del sistema y puso en marcha el desarrollo del actual aplicativo de tele dermatología sin apenas cambios en casi 16 años. En ese momento se incorporaron otros dermatólogos como Manuel Ginarte y Eduardo Fonseca y, casi de inmediato, se extendió a todas las áreas sanitarias.

Discusión: En octubre de 2002 se celebraron en Santiago las I Jornadas de Telemedicina con participación de tres especialidades, radio-

logía, oftalmología y dermatología. En diciembre de ese mismo año la Sociedade Galega de Dermatoloxía le dedicó en extenso su reunión. En 2003 la agencia de evaluación de nuevas tecnologías (Avaliat) certificó la utilidad del sistema.

Conclusiones: La ponencia de tele dermatología presentada en las Jornadas de 2002 ya hacía hincapié en la importancia de la calidad de las fotografías, destacaba su potencial para el aprendizaje en Atención Primaria y para el cribado de urgencias y lesiones melano-cíticas graves.

5. LESIONES NODULARES DE RÁPIDA INSTAURACIÓN EN UN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

A. Vilas Sueiro^a, A. Varela Veiga^a, O. Suárez Magdalena^a, H. Álvarez^b, M.I. Gómez Pérez^c, B. Fernández Jorge^a, S. Mateo^a, L. Rosende^a, Ó. Suárez Amor^a, M. Cabanillas^a, B. Monteagudo^a y C. de las Heras^a

^a*Servicio de Dermatología;* ^b*Medicina Interna;* ^c*Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol. A Coruña. España.*

Introducción: La aparición de lesiones nodulares en pacientes inmunodeprimidos puede presentar diversas etiologías. Entre los agentes causales hay que diferenciar los de causa exógena y los de causa endógena. Presentamos el caso de un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida que desarrolló lesiones nodulares días después del inicio de terapia antirretroviral (TARGA).

Caso clínico: Varón de 37 años con disforia de género femenina. Se solicitó valoración por la aparición de lesiones nodulares en lugares en los que refería haberse infiltrado silicona. Con diagnóstico de VIH un año antes, presentaba en el momento de aparición de las lesiones un número de linfocitos T CD4+ = 267/mm³ y una carga viral = 931 cp/ml (cifras previas, al momento del ingreso de T CD4+ = 18/mm³ y carga viral = 227.000 cp/ml). Se realizó una biopsia cutánea observándose inflamación de tipo granulomatosa en relación con material tipo cuerpo extraño. Aproximadamente 7 días después, tras el inicio de tratamiento con hidrocortisona oral, solo de objetivaban lesiones maculosas hiperpigmentadas residuales en las áreas afectadas.

Discusión: La aparición de reacciones granulomatosas secundarias a inyección de silicona puede ser debida a la introducción de bacterias comensales y patógenos oportunistas durante la técnica produciéndose una reacción inflamatoria local. Otra teoría apunta a la transformación de la silicona en sílice, conocida sustancia irritante, a nivel dermo-hipodérmico. No existe un tratamiento de elección, aunque existen casos con buena respuesta a corticoides orales o intralesionales, colchicina o excisión quirúrgica, siendo esta última opción la más empleada. En el caso de nuestro paciente esta reacción se produjo 12 días después del inicio de TARGA en el contexto de un síndrome de reconstitución inmune (SRI). Existen casos descritos de reacción granulomatosa a cuerpo extraño en el contexto de un SRI, sin embargo, en nuestro conocimiento, este caso sería el primero que asocia este tipo de reacción inflamatoria con la inyección de materiales de relleno.

6. SÍNDROME DEL CABELLO EN ANAGEN SUELTO: DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS

Á. Iglesias Puzas, A. Batalla Cebey, J.C. de la Torre Fraga, H. Jin Suh Oh y L. Mesa Álvarez

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: El síndrome del cabello en anagen suelto (SCAS) es una entidad benigna y autolimitada que afecta clásicamente a niñas de pelo claro. Desde su descubrimiento se ha caracterizado como una condición rara, con un cuero cabelludo que se desprende fácilmente y sin dolor a la pilotracción.

Caso clínico: Describimos 5 casos de niñas de entre 2 y 8 años de edad, todas ellas con pelo claro. El hallazgo predominante fue pelo fino frontoparietal, pilotracción positiva no dolorosa con > 50% de cabellos en anagen, bulbos distorsionados y cutículas arrugadas en el tricograma.

Todos los casos relataron mínima necesidad de cortar el pelo, y uno de ellos presentó retardo en el crecimiento ungueal concomitante.

Discusión: El SCAS aparece en niños entre los 2 y los 6 años de edad aunque también se han reportado casos en adultos. El cuadro clínico típico consiste en una niña de menos de seis años de edad con pelo claro y fino, áreas de alopecia difusa y un escaso crecimiento del pelo, siendo necesarios sólo 1 o 2 cortes al año. Aunque predomina en zona occipital por la facilidad para el roce, en nuestra serie presentó predominio frontotemporal. Generalmente se limita al cuero cabelludo pero es posible la afectación de otras zonas con pelo. El diagnóstico en la mayoría de los casos es clínico apoyado en los hallazgos microscópicos. En resumen, reportamos una serie de 5 casos de SCAS, uno de ellos con retardo en el crecimiento ungueal concomitante. Se pretende recordar que se trata de una alteración benigna, en la mayoría de los casos autoinvolutiva, y con una presentación clínica característica.

7. SÍNDROMES ESCLERODERMIFORMES: VALOR DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA

M. Pousa Martínez^a, L. Sainz Gaspar^a, S. García Rodiño^a,
P. Leiva Valdebenito^a, J.M. Suárez Peñaranda^b, M. Ginarte^a
y H. Vázquez Veiga^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Recientemente hemos incorporado nuevas técnicas complementarias a nuestra especialidad que nos facilitan la exploración física. Una de las mismas es la ecografía cutánea: esta herramienta tiene un papel importante a la hora de valorar entidades con poca expresividad clínica, en las que prima la afectación de estructuras en profundidad; de igual modo que la dermatoscopia nos ayuda a evaluar lesiones pigmentarias.

Caso clínico: Actualmente hemos tenido la oportunidad de diagnosticar un cuadro esclerodermiforme poco frecuente como es la fascitis eosinofílica (FE). Dentro de las pruebas complementarias para llegar al diagnóstico del mismo realizamos una ecografía cutánea con sonda de 18 MHz, en la cual destacó una banda hiperecogénica de 0,25 cm de grosor correspondiente a la fascia muscular de características patológicas [grosor medio en 8 controles sanos 0,05 cm (0,04-0,06)]. El seguimiento clínico del paciente fue evaluado mediante sucesivas exploraciones ecográficas, de tal forma pudimos comprobar de manera reglada la respuesta terapéutica a través de los ultrasonidos, verificando la disminución en las dimensiones de la fascia muscular y modificando el tratamiento en base a una medición objetiva.

Discusión: El diagnóstico de la FE se establece por la presencia tanto de una biopsia cutánea como de una historia clínica compatible, apoyado por una técnica de imagen concordante. Clásicamente se ha utilizado la resonancia nuclear magnética para este fin. Nosotros proponemos la utilización de la ecografía cutánea como una técnica de imagen inocua, accesible y de rápida realización para el estudio de síndromes esclerodermiformes como la FE. Esta herramienta nos permite una aproximación diagnóstica y una evaluación terapéutica de la enfermedad de manera objetiva.

Conclusiones: La ecografía cutánea es una herramienta clave y accesible para la evaluación de síndromes esclerodermiformes.

8. REACCIÓN DE FOTOSENSIBILIDAD DIAGNOSTICADA EN UN PACIENTE QUE INICIA FOTOTERAPIA CON UVBBE

M. Rodríguez Rodríguez^a, P. Gonzalo Leiva Valdebenito^a,
M. Pousa Martínez^a, O. Figueroa Silva^a, V. Fernández Redondo^a,
J.M. Suárez Peñaranda^b, H. Vázquez Veiga^a y M.T. Rodríguez Granados^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica.
Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina.
Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El diagnóstico de reacciones de fotosensibilidad no es sencillo ya que en ocasiones el paciente acude sin lesiones y no relaciona con la exposición solar

Caso clínico: Varón de 58 años, fototipo III de Fitzpatrick con antecedente de hiperplasia benigna de próstata a tratamiento con Duodart desde 2011. Desde ese año acude a consulta de forma intermitente por lesiones eczematosas en manos, piernas, tronco, cuello y cara. La analítica y pruebas epicutáneas no muestran alteraciones. La biopsia se informa de dermatitis espongiótica. Con el diagnóstico de eczema disseminado se decide tratamiento con fototerapia con UVBBE. Previo al inicio se detecta una DEM patológica que se confirma con fototest. Se suspende Duodart y se cambia por dutasteride persistiendo clínica y fototest patológico por lo que se substituye por tamsulosina con resolución del cuadro y normalización del fototest siendo diagnosticado de reacción de fotosensibilidad sistémica por dutasteride. El fototest realizado a controles con dutasteride es normal.

Discusión: Discusión: Duodart es una asociación de dutasteride e hidrocloreto de tamsulosina empleado en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. Realizando una búsqueda bibliográfica no encontramos casos de fotosensibilidad por Duodart ni por sus componentes. El paciente presentaba el cuadro desde hace años no pudiéndolo relacionar con ningún desencadenante y siendo diagnosticado previo al inicio de fototerapia por lo que destacamos la importancia de la determinación de la DEM previa al inicio de la misma. En fototerapia con UVBBE la dosis inicial y los incrementos por sesión se pueden determinar mediante dos protocolos (basado en el fototipo o en la DEM). Estos últimos permiten resultados más rápidos, limitando la dosis acumulada y el tiempo de tratamiento, además de permitir diagnosticar una fotosensibilidad sistémica no referida previamente.

Conclusiones: Presentamos un caso de fotosensibilidad sistémica por dutasteride no encontrando otros casos descritos en la literatura. Destacamos la importancia del cálculo de la DEM previo al inicio de la fototerapia.

9. LA ESPONGIOSIS EOSINOFÍLICA EN LOS PÉNFIGOS

M. Almagro^a, M.T. Yebra-Pimentel^b, N. Villamarín^a, C. Tomé^a,
C. Peña^a y J. del Pozo^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica.
Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña. España.

Introducción: La espongiosis eosinofílica (EEO) es un patrón histopatológico caracterizado por la infiltración de la epidermis por eosinófilos asociada a espongiosis con ocasional depósito intraepidérmico de eosinófilos. Puede observarse en entidades muy diferentes como la incontinencia de pigmento, las toxicodermias, las reacciones a picadura de artrópodo, los eccemas agudos o las enfermedades ampollosas autoinmunes como el pénfigoide ampolloso y algunos pénfigos. Se presentan 4 casos de pénfigo que mostraron un patrón de EEO en algún momento de su evolución.

Casos clínicos: Caso 1: mujer con lesiones pustulosas y erosivas en pliegues y mucosas cuya histología correspondía a un patrón de EEO con diagnóstico final de pénfigo vegetante. Caso 2: varón con lesiones vegetantes en pliegues y biopsia e IFD de pénfigo vulgar, que años después del diagnóstico desarrolla un pénfigo herpetiforme con EEO. Caso 3: varón diagnosticado de pénfigo herpetiforme con histología de EEO que evoluciona a pénfigo foliáceo. Caso 4: mujer diagnosticada de pénfigo herpetiforme con EEO que desarrolla un pénfigo vulgar.

Discusión: El patrón de EEO puede presentarse en diferentes tipos de pénfigo: vulgar, vegetante, foliáceo, herpetiforme. Las manifestaciones clínicas, histológicas y el pronóstico de dichos pénfigos no son estables, sino que cambian con su evolución. Cuando aparece el patrón de EEO, el curso suele ser benigno y responde a dosis bajas de esteroides.

10. TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

O. Figueroa Silva^a, A. Estany-Gestal^b, Y. Sola^c, M.R. Gato Otero^a, S. García Rodiño^a, M. Rodríguez Rodríguez^a, L. Sainz Gaspar^a, H. Vázquez Veiga^a y T. Rodríguez Granados^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España. ^bUnidad de Epidemiología e Investigación Clínica. Fundación Ramón Domínguez. ^cDepartamento de Astronomía y Meteorología de la Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción: La fototerapia se ha empleado en el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) moderada o grave con buena respuesta. Hay pocos estudios que comparen la efectividad entre los diferentes tratamientos disponibles con fototerapia.

Objetivos: Valorar si el tratamiento con UVB-BE asociado a UVA es más beneficioso que solo tratar con UVB-BE. Como objetivos secundarios se estudiará si el número de sesiones totales y la dosis total acumulada (DTA) se reduce al asociar UVA al tratamiento con UVB-BE, y se valorará si la respuesta (aclaramiento y periodo de remisión) con esta modalidad es mayor.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes adultos diagnosticados de DA remitidos para tratamiento con fototerapia, desde enero del 2009 hasta enero del 2016. Se recogieron tanto variables demográficas como variables de tratamiento.

Resultados: Se registraron 36 pacientes, 17 tratados con UVB-BE y 19 con la asociación de UVB-BE+UVA. La dosis inicial de UVB-BE fue calculada en función de la DEM y la de UVA fue de 1 J/cm². La DTA media fue de 35,47 J/cm² y 26,21 J/cm² y el número medio de sesiones fue de 28 y 31, en el grupo de UVB-BE y UVB-BE+UVA, respectivamente. Se obtuvo una respuesta muy satisfactoria en un 33,3% de los pacientes, satisfactoria en un 41,7% y moderada en un 2,8%. En un 8,3% no se obtuvo respuesta y un 13,8% abandonaron el tratamiento. No se observaron efectos adversos que obligaran a suspender el tratamiento. La mediana de remisión fue de 3 meses. No se demostraron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros estudiados, teniendo en cuenta la limitación de que se trata de un número pequeño de pacientes.

Discusión: La DA en adultos es una enfermedad poco frecuente en la que no hay consenso sobre cuál es el mejor tratamiento. La fototerapia se considera una opción adecuada, aunque se hace evidente la falta de estudios comparativos entre las diferentes modalidades de tratamiento disponibles.

Conclusiones: Aunque no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre tratar con UVB-BE y UVB-BE+UVA, sí se aprecia una tendencia a favor de la asociación en relación a la respuesta.

11. CASOS CLÍNICOS DE AFECTACIÓN UNGUEAL. BLOQUE I. ÚNICA

A. Varela Veiga^a, A. Vilas Sueiro^a, O. Suárez Magdalena^a, S. Mateo^a, A. Ramírez Santos^b, D. González Vilas^c, Ó. Suárez Amor^a, B. Fernández Jorge^a, E. León Muiños^d, J. Pérez Valcárcel^d, M.T. Mosquera^e, M. Cabanillas^a, L. Rosende^a, B. Monteagudo^a y C. de las Heras^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña. España. ^cServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. España. ^dServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. EOXI de Ferrol. Sergas. Ferrol. A Coruña. ^eServicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. EOXI de Ferrol. Sergas. Ferrol. A Coruña. España.

Introducción: A diario, sea de forma presencial o por tele dermatología, observamos alteraciones en la estructura o en el color de las uñas. Estas pueden ser variedades de la normalidad (por ejemplo,

en relación con edad o raza), secundarias a traumatismos, causadas por distintas enfermedades dermatológicas (algunas tan frecuentes como la psoriasis), en el contexto de enfermedades sistémicas, infecciones, intoxicaciones o reacciones adversas a fármacos, e incluso de distintos cuadros sindrómicos.

Caso clínico: En estas dos comunicaciones, expondremos 10 casos clínicos de pacientes con afectación ungueal. Engloban procesos muy frecuentes y otros más raros. Inicialmente sólo se mostrarán imágenes clínicas de la alteración ungueal sin aportar de forma deliberada otros datos como tiempo de evolución, sintomatología asociada o antecedentes personales o familiares. Con ello, pretendemos estimular la curiosidad y el ingenio de los asistentes para que puedan definir la semiología de la alteración (lesión elemental ungueal) de cada caso y establecer, previa a la resolución de los casos, una "hipótesis diagnóstica" sobre el nombre del agente o enfermedad causal de dicha alteración.

Discusión: Dada la extensión se divide la sesión en dos comunicaciones, la primera mostrando 5 casos con afectación de una o dos uñas, y la segunda con afectación múltiple.

12 CASOS CLÍNICOS DE AFECTACIÓN UNGUEAL. BLOQUE II. MÚLTIPLE

A. Varela Veiga^a, A. Vilas Sueiro^a, O. Suárez Magdalena^a, S. Mateo^a, A. Ramírez Santos^b, D. González Vilas^c, Ó. Suárez Amor^a, B. Fernández Jorge^a, E. León Muiños^d, M. Cabanillas^a, L. Rosende^a, B. Monteagudo^a y C. de las Heras^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. EOXI de Ferrol. Sergas. Ferrol. A Coruña. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña. España. ^cServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. España. ^dServicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. EOXI de Ferrol. Sergas. Ferrol. A Coruña. España.

Introducción: La unidad ungueal está formada por la matriz, el lecho ungueal, los pliegues periungueales proximal y laterales, y el hiponiquio. Su crecimiento puede verse enlentecido por la edad avanzada y los trastornos vasculares, además de verse interrumpido en el contexto de ciertas enfermedades sistémicas, la toma de algunos fármacos o por los traumatismos.

Caso clínico: Presentamos 10 casos de pacientes con patología ungueal que reflejan la heterogeneidad de las lesiones a este nivel, su dificultad diagnóstica y el amplio espectro de etiologías que pueden ocasionarla.

Discusión: El aparato ungueal y su normal crecimiento pueden verse afectados por múltiples causas. Existe una amplia variedad de trastornos que pueden ocasionar alteraciones de la unidad ungueal, como algunas infecciones (por ejemplo, la onicomicosis o las verrugas), la aparición de tumores, tanto benignos como el fibroma, el onicomatricoma, el quiste mixoide o el granuloma piogénico, o malignos como el melanoma o el carcinoma espinocelular. También algunas patologías inflamatorias como la psoriasis o el liquen plano y otras enfermedades sistémicas como la enfermedad de Graves o las alteraciones de la función renal pueden ocasionar estos trastornos. Las alteraciones de la uña suponen un reto diagnóstico que tratamos de solventar con el uso cada vez más habitual de técnicas exploratorias complementarias como la dermatoscopia, la biopsia o la ecografía cutánea, así como un reto terapéutico, ya que, dadas sus características anatómicas, los productos tópicos no penetran de forma óptima y, en algunos casos, van a requerir de tratamientos sistémicos e, incluso, técnicas quirúrgicas. Por tanto, exponemos una serie de casos para abordar parte de la patología ungueal más habitual en las consultas de Dermatología y recordar, una vez más, la amplia variedad de alteraciones ungueales que pueden presentar nuestros pacientes.

13. ESCLEROTERAPIA PERCUTÁNEA CON POLIDOCANOL DE QUISTES MIXOIDES DIGITALES

L. Mesa Álvarez, L. Salgado Boquete, H. Jin Suh Oh, Á. Iglesias Puzas y C. de la Torre

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: Para el tratamiento de los quistes mixoides digitales (QMD) se han empleado múltiples alternativas, como la punción y vaciamiento del QMD, la crioterapia, la exéresis quirúrgica o el láser CO₂. Dado que las recidivas son frecuentes con estas técnicas, se han propuesto nuevas estrategias como el tratamiento con escleroterapia percutánea con polidocanol (EPP).

Objetivos: Tras incorporar la EPP en el tratamiento de los QMD en nuestro centro, hemos reunido una serie de casos que presentaremos a continuación, pudiendo llevar a cabo un seguimiento a medio-largo plazo.

Material y métodos: Técnica empleada: punción lateral con aguja de 25G de QMD y vaciamiento del contenido. Infiltración con aguja de 29G de polidocanol 2% hasta el blanqueamiento de la lesión y cura compresiva. Reevaluación de las lesiones en 6-8 semanas. En aquellas lesiones en las cuales no se hubiese alcanzado respuesta completa (RC) se repite el procedimiento. Datos registrados y analizados: Características de las lesiones. Características demográficas de los pacientes. En relación al procedimiento: 1) Tolerancia (dolor). 2) Eficacia: Tasa de RC, nº de infiltraciones necesarias hasta alcanzar RC, tasa de recurrencias y tiempo hasta la recurrencia. 3) Efectos adversos: Inmediatos (durante el procedimiento), corto plazo (< 7 días), medio-largo plazo (< 7 días).

Resultados: Se han tratado 15 QMD en 13 pacientes (p). Características de las lesiones (l): tamaño: rango (3,8) mm, media 5,2 mm. Localización: 13 l en dedos de manos (86,7%) y 2 en dedos de pies (13,3%). Características demográficas de los p.: distribución por sexo: 5 varones (38,5%) y 8 mujeres (61,5%). Edad: rango (42,72) años, mediana 57 años. Se presentarán los resultados de eficacia, tolerancia y efectos adversos.

Discusión: Hemos podido realizar un seguimiento a más largo plazo que los que aportan otras series publicadas, encontrándonos una baja tasa de recidivas con una técnica subjetivamente bien tolerada y menos invasiva que otras terapias como la cirugía.

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie muestran que la EPP ha sido una técnica eficaz, segura, sencilla y económica.

14. DERMATITIS INTERSTICIAL GRANULOMATOSA: REVISIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO SERVICIO EN EL PERÍODO 2000-2015

S. García Rodiño^a, O. Figueroa Silva^a, P. Leiva Valdebenito^a, J.M. Suárez Peñaranda^b y H. Vázquez Veiga^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La dermatitis intersticial granulomatosa (DIG) fue descrita por Ackerman en 1993 en asociación con artritis. Se considera poco habitual y su origen es controvertido: ¿se trata de una entidad propia o de un signo inespecífico de disfunción inmune?

Objetivos: Determinar si existe un patrón clínico-patológico que la defina y si se confirma su asociación con patología sistémica.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo en el que hemos evaluado las características demográficas, clínicas e histológicas de los pacientes diagnosticados de DIG en nuestro servicio entre los años 2000 y 2015.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes: 9 varones y 9 mujeres, entre 19 y 88 años. El tiempo de evolución fue muy variable, oscilando entre los 3 días y los 2 años, con una media de 3,6 meses.

Clínicamente, la mayoría presentaba afectación de tronco y raíz de miembros, con lesiones eritematoedematosas anulares. Las principales sospechas diagnósticas fueron dermatosis neutrofílica y LECS. La mitad asociaba enfermedad autoinmune y en un tercio se sospechó origen medicamentoso. La evolución fue favorable en la mayoría, en muchos casos sin tratamiento. Histológicamente, se objetivó infiltrado inflamatorio perivascular mixto, con predominio linfocitario y marcada extensión intersticial. La afectación de dermis reticular era habitual, con ocasional extensión a tejido celular subcutáneo. La lesión de interfase era más frecuente si existía sospecha de implicación farmacológica.

Discusión: La DIG es una entidad controvertida y probablemente infradiagnosticada. Considerada clínicamente muy polimorfa, nuestra revisión encuentra un patrón de presentación habitual, con lesiones eritematoedematosas anulares en tronco y raíz de miembros. Histológicamente el diagnóstico diferencial es complejo, sobre todo con entidades como granuloma anular intersticial o síndrome de sweet histiocitoide, y puede apoyar un origen medicamentoso.

Conclusiones: Los resultados de nuestra revisión muestran un patrón clínico-patológico definido. Conocerlo es esencial, puesto que puede representar un marcador de enfermedad sistémica o de reacción farmacológica.

15. REVISIÓN DE CASOS POR FUSARIUM

L. Sainz Gaspar, M. Pousa Martínez, M. Rodríguez Rodríguez, M.M. Pereiro Ferreirós, M. Pereiro Jr. y H. Vázquez Veiga

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La onicomycosis por *Fusarium*, un hongo no dermatofito, es una patología poco frecuente.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia en relación con el papel patógeno del *Fusarium* como responsable de esta entidad, determinar las características clínico-epidemiológicas así como su capacidad para afectar a otras localizaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se recogió de forma retrospectiva los cultivos en los que se aisló *Fusarium* en nuestro laboratorio de micología entre 1988 y 2016. Así mismo se recogieron los casos de onicomycosis por dermatofitos en dicho período.

Resultados: Se incluyeron un total de 90 pacientes con cultivos en los que se aisló *Fusarium* procedentes de diversas localizaciones con correlación clínica compatible. El 78,89% (n = 71) presentó afectación ungueal, el 21,11% restante (n = 20) otras localizaciones poco comunes como pliegues, córnea o pabellón auricular. La edad media de diagnóstico en las onicomycosis fue 46,8 años (12-87) con un predominio en mujeres representando el 59,15% (n = 42). Destacó la localización en pies siendo el 87,32% (n = 62) del total de las uñas. La forma clínica de presentación más frecuente fue la onicomycosis blanca superficial. Se realizó examen directo con KOH al 40% en 62 de los pacientes obteniendo una sensibilidad del 59,68%. Se logró alcanzar una identificación de la especie en un 36,62% de los cultivos en medio agar-glucosado (n = 26) prevaleciendo *F.solani* en casi la mitad de ellos (n = 12). La ratio entre *Fusarium* y Dermatoftito fue 8:100. En contraposición a la afectación ungueal no hubo diferencia por sexos en las localizaciones infrecuentes. Se analizó el comportamiento de los pacientes con inmunosupresión (n = 4) y se objetivó relación clínica relevante con estas localizaciones raras, uno de los pacientes falleció por fusariosis sistémica.

Conclusiones: Presentamos una revisión de pacientes con afectación por *Fusarium* donde destacó la onicomycosis como principal afectación localizada. También queremos reflejar su capacidad para invadir tejidos no queratinizados y su virulencia en pacientes inmunodeprimidos.

16. DERMATOMIOSITIS PARANEOPLÁSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Fernández Vázquez^a, N. Iglesias Pena^b, M.M. Vereza Hernando^b, B. Sanromán Budiño^b y E. Fonseca Capdevila^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Dermatología y Anatomía Patológica. CHUAC. A Coruña. España.

Introducción: La dermatomiositis (DM) es un enfermedad de presunta patogénesis autoinmune que puede ser desencadenada por distintos factores como drogas, malignidad y agentes infecciosos. Puede ser, por lo tanto, un síndrome paraneoplásico, y debemos tenerlo en cuenta. En adultos, la incidencia de dermatomiositis paraneoplásica parece estar entre el 10% y el 50%, siendo los carcinomas los tumores más frecuentemente asociados (en especial el de ovario, aunque también el de colon, mama, pulmón, estómago, páncreas y linfomas).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 46 años que acudió a nuestra consulta con un exantema generalizado eritematoso-violá-

ceo pruriginoso de 10 días de evolución. En la anamnesis el paciente refería dolor y debilidad muscular que iba en aumento, así como astenia y pérdida de unos 6 kg de peso en los últimos 2 meses. En la analítica se detectó una CPK elevada y en la radiografía de tórax se observó la presencia de una masa mediastínica. Una exploración detallada halló en el dorso de las manos lesiones eritemato-violáceas con pequeños elementos papulosos en las articulaciones interfalángeas y lesiones eritemato-descamativas en codos y costados, sugestivas de DM. La biopsia cutánea mostraba Dermatitis de Interfase compatible con DM. Con respecto a la masa mediastínica, se le practicó una biopsia transbronquial de la que se obtuvo un mínimo fragmento de tejido neoplásico consistente con Carcinoma no de célula pequeña tipo NOS y una TC y un PET que descartaron metástasis a distancia, por lo que finalmente se derivó al paciente al Centro Oncológico para tratamiento concomitante con QMT+RDT.

Discusión: En conclusión: la DM clásica de inicio en el adulto se asocia con un riesgo elevado de neoplasia subyacente. Saber reconocer sus signos cutáneos característicos nos puede ayudar a mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.