



REUNIÓN DE LA SECCIÓN ANDALUZA  
JAÉN. 13 Y 14 DE MARZO DE 2015

HOTEL INFANTA CRISTINA

**"A FAVOR DE LA PIEL"**



## Comité editorial

### Editor

Salvador Arias Santiago  
*Complejo Hospitalario de Granada. España*

### Editores adjuntos

Miguel González Andrades  
*Harvard Medical School, Boston, MA. EEUU*

Miguel Ángel Arrabal Polo  
*Hospital de Huerca Overa (Almería). España*

Juan Jiménez Jaimez  
*Complejo Hospitalario de Granada. España*

## Comité científico y asesor

Manuel Díaz-Rubio  
*Real Academia Nacional de Medicina  
Madrid, España*

Jorge Alvar Ezquerro  
*OMS  
Ginebra, Suiza*

Juan Rodés Teixidor  
*Hospital Clinic  
Barcelona, España*

Pasquale Quattrone  
*Istituto Nazionale dei Tumori  
Milán, Italia*

## Comité de redacción

Luis Javier Aróstegui Plaza  
Álvaro Sillero Sánchez  
M. Nieves Gallardo Collado  
Cristina Chinchilla Martínez  
Alonso Gómez Torres

Publicación cuatrimestral  
(3 números al año)

### © 2015. Actualidad Médica

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Actualidad Médica, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Actualidad Médica con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

## Comité rector

Prof. Antonio Campos Muñoz  
*Presidente de la Real Academia  
de Medicina de Andalucía Oriental*

Prof. Indalecio Sánchez-Montesinos García  
*Decano de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Granada*

Prof. Manuel García Morillas  
*Presidente de la Asociación  
de Antiguos Alumnos de la Facultad  
de Medicina de la Universidad de Granada*

José María Segovia de Arana  
*Real Academia Nacional de Medicina  
Madrid, España*

Antonio Rendas  
*Universidade Nova de Lisboa  
Portugal*

Andrés Castell  
*Universidad Nacional Autónoma de  
México. México DF, México*

Duarte Nuno Vieira  
*Universidade de Coimbra,  
Coimbra, Portugal*

Alice Warley  
*King's College  
Londres, Reino Unido*

Robert Brown  
*University College  
Londres, Reino Unido*

Sebastián San Martín  
*Universidad de Valparaíso  
Valparaíso, Chile*

Antonio Alcaraz Asensio  
*Hospital Clinic  
Barcelona, España*

## Diseño y maquetación

ARP Producciones

Disponible en internet:  
[www.actualidadmedica.es](http://www.actualidadmedica.es)  
Atención al lector:  
[info@actualidadmedica.es](mailto:info@actualidadmedica.es)  
Actualidad Médica.  
Avda. Madrid 11. 18012 Granada · España.

Protección de datos: Actualidad Médica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Papel ecológico libre de cloro. Esta publicación se imprime en papel no ácido.  
This publication is printed in acid-free paper.

Impreso en España.

Depósito Legal: GR-14-1958

ISSN: 0365-7965

DOI: 10.15568/am

## Imprenta

Gráficas Alhambra

Revista editada por:



Real Academia de Medicina y Cirugía  
de Andalucía Oriental  
Granada



Facultad de Medicina.  
Universidad de Granada



Asociación de Antiguos Alumnos  
Facultad de Medicina de Granada

Con el patrocinio de:



FUNDACIÓN BENÉFICA ANTICÁNCER  
San Francisco Javier y Santa Cándida  
Gran Cruz de Beneficencia. Distintivo Blanco

**ACTUALIDAD  
MÉDICA**

[www.actualidadmedica.es](http://www.actualidadmedica.es)

© 2015. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actualidad Médica incluida en Latindex, IME y Google Scholar

Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de los términos médicos, Actualidad Médica recomienda consultar el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina

## **Comité Organizador Y Científico de la Reunión Anual De La Sección Territorial Andaluza de la Academia Española de Dermatología Y Venereología**

Dra. Rosa Ortega del Olmo  
*Profesora Titular de Dermatología de la  
Facultad de Medicina de Granada*

Dra. Amalia Pérez Gil  
*Hospital Virgen de Valme. Sevilla*

Dr. Mario Linares Barrios  
*Hospital U Puerta del Mar. Cádiz*

Dr. Diego del Ojo Cordero  
*Hospital U Puerto Real. Cádiz*

Dra. Mercedes Alcalde Alonso  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas.  
Almería*

Dr. Francisco Extremera Castillo  
*Hospital de Jaén*

## **Coordinador de la Reunión Anual De La Sección Territorial Andaluza de la Academia Española de Dermatología Y Venereología**

Dr. Francisco Extremera Castillo  
*Hospital de Jaén*

## **Junta Directiva de la Sección Territorial Andaluza de la Academia Española de Dermatología y Venereología**

### **Presidenta**

Dra. Rosa Ortega del Olmo  
*Profesora Titular de Dermatología de la  
Facultad de Medicina de Granada*

### **Vicepresidenta 1ª**

Dra. Amalia Pérez Gil  
*Hospital Virgen de Valme. Sevilla*

### **Vicepresidente 2º**

Dr. Mario Linares Barrios  
*Hospital U Puerta del Mar. Cádiz*

### **Tesorero**

Dr. Diego del Ojo Cordero  
*Hospital U Puerto Real. Cádiz*

### **Secretaría**

Dra. Mercedes Alcalde Alonso  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas.  
Almería*

### **Representante de residentes**

Dra. María Porriño

### **Vocal Almería**

Dra. Pilar Gómez Avivar

### **Vocal Cádiz**

Dr. Juan Márquez Enriquez

### **Vocal Córdoba**

Dr. Rafael Salido Vallejo

### **Vocal Granada**

Dra. Elena García Lora

### **Vocal Huelva**

Dra. Carmen Suárez Marrero

### **Vocal Jaén**

Dr. Francisco Extremera Castillo

### **Vocal Málaga**

Dra. Magdalena De Troya

### **Vocal Sevilla**

Dra. Águeda Pulpillo

## COMUNICACIONES ORALES

- 06** C1. 7 Casos de enfermedad injerto contra huésped tratados con puva baño desde 2007 hasta la actualidad. *Vila Sava Carolina et al*  
C2. Erupción primaveral y estival de los codos. *López Jiménez Patricio et al*  
C3. Acropigmentación dorsal mojitera de Galvañ-Linares. Una variante de fitofotodermatitis por la lima atribuida a los mojitos. *Galvañ Pérez del Pulgar José Ignacio et al*
- 07** C4. Proyecto de fotoprotección escolar del Área Sanitaria Sosta del Sol. *De Troya Martín Magdalena et al*  
C5. ¿Dermatitis granulomatosa, pseudolinfoma....? Placa y nódulos en espalda y cuero cabelludo. *García Morales, Irene et al*  
C6. Smartphone-consultas: una realidad cotidiana en dermatología. *Salido Vallejo Rafael et al*  
C7. Expresión de la sustancia P y su receptor NK1 en las malformaciones y tumores vasculares. *Ortiz Prieto Alejandro et al*
- 08** C8. Malformación vascular capilar difusa asociada a sobrecrecimiento: un nuevo subtipo de malformación capilar con hipertrofia. *De la Corte Sánchez Sofía et al*  
C9. Hemangioma elastolítico adquirido. *Galán Gutiérrez M. et al*
- 09** C10. Asociación entre los trastornos respiratorios del sueño y marcadores de agresividad del melanoma cutáneo. *Pérez Gil Amalia et al*  
C11. Factores pronósticos en el melanoma cutáneo: análisis mediante un árbol de clasificación y regresión *Tejera-Vaquerizo Antonio et al*  
C12. Carcinoma basocelular: estudio descriptivo y análisis de recurrencias en el Área Sanitaria Sur de Sevilla. *Romero Sillero Estrella Mª et al*
- 10** C13. Prevalencia de la queratosis actínica en España. Estudio EPIQA. Subanálisis de resultados Zona Sur. *Rafael Salido Vallejo et al*  
C14. Condilomatosis gigante de Buschke-Lowenstein tratada mediante cirugía. *García Montero Pablo et al*  
C15. Eritema anular centrífugo paraneoplásico: a propósito de dos casos. *Baños Arévalo Antonio José et al*
- 11** C16. Casos del siglo XIX en el siglo XXI. *Méndez Abad Cristina et al*  
C17. Placa verrucosa en dorso de mano de paciente de etnia africana. *Cases Mérida Sandra et al*  
C18. Queilitis angular crónica. *Jorquera Barquero Enrique et al*
- 12** C19. Micosis fungoide angiocéntrica. *Vargas Nevado Álvaro et al*  
C20. Micosis fungoide foliculotropa. Un subtipo especial. *Israel Pérez López et al*
- 13** C21. Paniculitis pancreática: presentación de dos casos. *Natividad López Ibáñez et al*  
C22. ¡¡ Pero que psoriasis más rara !! El problema de la inercia clínica. *Rodríguez Martín Ana María et al*  
C23. Nódulos urticariformes e infiltración palpebral: dos manifestaciones clínicas de letálides en una paciente. *Díaz Martínez Miguel Antonio et al*
- 14** C24. Pigmentación mamaria. Un diagnósticodiferencial relevante. *Martínez López Antonio et al*  
C25. Tumoración en codo izquierdo de un año de evolución. *Godoy Díaz Daniel Jesús et al*
- 15** C26. Mutación c.1628\_1629Delct en familia con Síndrome de Brooke Spliegel. *Arjona Aguilera Cintia et al*  
C27. Factores de riesgo de síndrome de fragilidad/insuficiencia cutánea crónica o dermatoporosis. *Montserrat García María Teresa et al*  
C28. Hiperpigmentación cutánea por minociclina en paciente con artritis reumatoide. *López Delgado David et al*
- 16** C29. Hallazgos dermatológicos en una serie de pacientes en tratamiento prolongado con hidroxycarbamida. *Ildefonso Mendonça Francisco Manuel et al*  
C30. Pitiriasis liquenoide crónica inducida por adalimumab en paciente con psoriasis grave. *Martínez Peinado C. et al*
- 17** C31. Oxibutinina oral para el tratamiento de la hiperhidrosis, resultados tras un año de seguimiento. *Millán Cayetano José Francisco et al*  
C32. Tratamiento de la tromboangeitis obliterante (enfermedad de buerger) con vasodilatadores de alta potencia. *Ossorio García Lidia et al*  
C33. La consulta de dermatología desde la perspectiva del paciente. *Martínez García Eliseo A et al*
- 18** C34. Necesidades desatendidas en psoriasis: funcionamiento sexual. *Molina Leyva Alejandro et al*  
C35. Lupus chilblain: clínica, enfermedades asociadas, tratamiento y evolución. Nuestra experiencia con 9 pacientes. *Navarro Triviño Francisco José et al*

## COMUNICACIONES ORALES

1ª Sesión. Viernes, 13 de marzo (16:00 – 17:00 hrs)

### C1. 7 CASOS DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED TRATADOS CON PUVA BAÑO DESDE 2007 HASTA LA ACTUALIDAD

Vila Sava Carolina<sup>1</sup>, Carrizosa Esquivel Ana María<sup>1</sup>, Pulpillo Ruiz Águeda<sup>2</sup>, Conejo-Mir Julián<sup>2</sup>, Camacho Francisco M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UGC Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

<sup>2</sup> UGC Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**Objetivos:** Evaluar la respuesta terapéutica del tratamiento PUVA-baño en pacientes con EICH sin respuesta a múltiples tratamientos sistémicos inmunosupresores y establecer el período de remisión, dosis, número de sesiones y seguimiento clínico.

**Metodología:** Se incluyen un total de 10 pacientes diagnosticados de EICH entre 2007 y 2013. Tres pacientes fueron excluidos por imposibilidad para realizar los baños, dos de ellos por presentar catéteres permanentes en zonas sumergibles y uno por incompatibilidad logística. Los pacientes fueron tratados con fotoquimioterapia PUVA-baño 3 veces en semana y revisados en consulta siguiendo el protocolo de la Unidad de Fototerapia.

**Resultados:** 5 pacientes obtuvieron buena respuesta al tratamiento con mejoría significativa de la textura de la piel y la movilidad, llegando incluso a conseguir la remisión completa de las lesiones en algunas áreas. En 2 pacientes se suspendió el tratamiento al no objetivar respuesta después de 20 sesiones. El tiempo libre de enfermedad fue variable con una media de 18,8 meses (117 sesiones) con remisiones estables y sin necesidad de más baños hasta la actualidad.

**Conclusiones:** La terapia PUVA oral es un tratamiento satisfactorio para EICH agudas y crónicas pero puede tener efectos sistémicos secundarios. La fotoquimioterapia PUVA-baño supone una alternativa terapéutica con buen perfil de seguridad y eficacia evitándose los potenciales efectos adversos de la terapia PUVA oral. Además, hay una menor dosis acumulativa de psoraleno por su administración tópica y se logra incluso la desaparición de las lesiones en ciertos casos, devolviendo la calidad de vida que en estos pacientes puede llegar a verse muy deteriorada.

### C2. ERUPCIÓN PRIMAVERAL Y ESTIVAL DE LOS CODOS

López Jiménez Patricio<sup>1</sup>, López Navarro Norberto<sup>1</sup>, Aguilera Arjona José<sup>2</sup>, De Galvez Aranda María Victoria<sup>2</sup>, González Saavedra José Andrés<sup>1</sup>, Herrera Ceballos Enrique<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

<sup>2</sup> Laboratorio de Fotobiología Dermatológica. Facultad de Medicina. Málaga

**Introducción:** La erupción lumínica polimorfa (ELP) es la forma más frecuente de fotodermatosis idiopática. Clásicamente

aparece en forma de pápulas eritematosas. Localizadas en extremidades superiores y escote, en relación con la exposición solar en los meses de primavera-verano. Sin embargo se han descrito formas clínicas de presentación atípica. Recientemente Ana Molina y colaboradores han descrito una serie de casos de pacientes con lesiones localizadas en codos, en lo que ellos han descrito como erupción primaveral y estival de los codos, representando una nueva forma clínica de ELP.

**Casos:** Presentamos una serie de pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Clínico Universitario de Málaga, con lesiones localizadas a nivel de los codos, de aparición en los meses de primavera-verano, con carácter cíclico y estacional. En todos los casos se realizó estudio dermatopatológico en los que se apreciaban hallazgos compatibles con ELP. En dos de los pacientes se realizó estudio fotobiológico mediante test de fotoprovocación, logrando reproducirse las lesiones.

**Discusión:** La erupción primaveral de codos y rodillas se considera una variante clínica de la ELP, poco descrita en la literatura. Sin embargo, recientemente se han descrito casos clínicos de lesiones similares a las de nuestros pacientes como manifestación clínica del lupus eritematoso cutáneo, de ahí la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial.

### Referencias:

1. Spring and summer eruption of the elbows: a peculiar localized variant of polymorphous light eruption. Molina-Ruiz AM, Sanmartín O, Santonja C, Kutzner H, Requena L. J Am Acad Dermatol. 2013;68(2):306-12.
2. Cutaneous lupus erythematosus on the elbows: a peculiar localization. Bielsa I, Guinovart RM, Fernández – Figueras MT, Rodríguez C, Ferrándiz C. Lupus. 2012 ;21(1):84-8

### C3. ACROPIGMENTACIÓN DORSAL MOJITERA DE GALVAÑ-LINARES. UNA VARIANTE DE FITOFOTODERMATOSIS POR LA LIMA ATRIBUIDA A LOS MOJITOS

Galvañ Pérez del Pulgar José Ignacio<sup>1</sup>, Linares Barrios Mario<sup>1</sup>, Russo de la Torre Francisco<sup>1</sup>, Nieto Montesinos Isabel<sup>1</sup>, Taberner Ferrer Rosa<sup>1</sup>, Galvañ Pozo JI<sup>2</sup>, Azaña Defez JM<sup>1</sup>, Almazán Fernández Fco., Ródenas López JM.

<sup>1</sup> Dermachat (Grupo Español de Consenso On Line en Dermatología) (España).

<sup>2</sup> Facultad de Medicina. Universidad de Szeged. Hungría.

**Resumen:** La acropigmentación dorsal mojitera de Galvañ-Linares (ADM), es una variante de fitofotodermatosis, causada por la lima contenida en una bebida popular en los últimos años como son los mojitos. La fitofotodermatosis inducida por el jugo de la lima, se conoce desde antaño. La lima contiene compuestos fotosensibilizantes siendo el bergapteno y psoraleno los máximos responsables de ella predominando su contenido en la cáscara o envoltorio de la misma. Típicamente, la lima induce una fitofoto-

dermatosis, que puede manifestarse de manera aguda con eritema y formación de vesículas a las 12-36 horas tras exposición del psoraleno a la radiación ultravioleta. Lo habitual es que ocurra una hiperpigmentación variable según los casos. El denominador común en los ocho casos presentados de ADM, fué una pigmentación irregular en dorso de manos, varios días tras la preparación de mojitos. Como dato curioso, referir que ningún paciente relacionó la aparición de sus lesiones con los mojitos, siendo unánime la sorpresa de cada paciente, al ser preguntado si había realizado esta bebida días antes. En todos nuestros casos, la lima perteneciente a la familia de las rutáceas, fué el agente etiológico de esta fitofotodermatosis causada por personas aficionadas o auténticos barman que se exponen al sol tras preparar mojitos. El primer caso observado fue expuesto en Julio del 2012 en nuestro grupo de dermatólogos del Facebook, Foroderma 2.0, donde se plantearon diferentes diagnósticos diferenciales. A partir de entonces, hemos podido compartir en nuestro grupo científico DERMACHAT varios casos semejantes. El comienzo de la dermatitis es variable, iniciándose a las pocas horas o días tras contactar con la lima que contienen los mojitos, y exponerse al sol. Una adecuada historia clínica, es esencial en el diagnóstico de esta entidad que puede quedar sin diagnosticar en muchos casos.

#### Referencias:

1. Flugman SL. Mexican beer dermatitis: A unique variant of lime phytophotodermatitis attributable to contemporary beer-drinking practices. Arch Dermatol. 2010 Oct; 146(10):1194-5. doi:10.
2. Schmutz JL, Trechot P. Lime, beer and phytophotodermatitis. Ann Dermatol Venereol. 2012 Jan; 139(1):81.

#### C4. PROYECTO DE FOTOPROTECCIÓN ESCOLAR DEL ÁREA SANITARIA COSTA DEL SOL

De Troya Martín Magdalena<sup>1</sup>, Blázquez-Sánchez Nuria<sup>1</sup>, Fernández-Morano Teresa<sup>1</sup>, Delgado Sánchez Nuria<sup>2</sup>, Rivas Ruiz Francisco<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Costa del Sol

<sup>2</sup> Distrito Sanitario Costa del Sol

**Objetivo:** El presente proyecto de Fotoprotección Escolar se enmarca en la Campaña de Fotoprotección y Prevención del Cáncer de Piel del Área Sanitaria Costa del Sol y tiene como objetivos educar a la comunidad escolar en hábitos saludables de fotoprotección e impulsar políticas de fotoprotección en los centros escolares.

**Metodología:** fotoprotección e impulsar políticas de fotoprotección en los centros escolares. Metodología: El proyecto ha sido elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales de la salud y la educación e integra las siguientes estrategias que se desarrollarán durante el periodo 2014 a 2018 en la Costa del Sol Occidental: 1) Formación de profesionales sanitarios; 2) Formación de profesores; 3) Educación en las aulas; 4) Desarrollo de políticas escolares; 5) Investigación epidemiológica.

**Resultados:** Durante el año 2014, se formaron 109 profesionales sanitarios y 117 profesores. Más de 2.000 escolares recibieron educación en las aulas impartida por el profesorado certificado. 20 centros escolares desarrollaron iniciativas creativas en fotoprotección. 1762 alumnos/profesores/padres participaron en el primer estudio epidemiológico sobre hábitos de fotoprotección de nuestra comunidad escolar y manifestaron sus expectativas en el proyecto.

**Conclusiones:** Estos resultados muestran la buena acogida del Proyecto de Fotoprotección Escolar en nuestra área. Serán necesarios futuros estudios para conocer el impacto en los hábitos de fotoprotección y las tasas de quemaduras solares de nuestra comunidad escolar.

#### C5. ¿DERMATITIS GRANULOMATOSA, PSEUDOLINFOMA....? PLACA Y NÚDULOS EN ESPALDA Y CUERO CABELLUDO.

García Morales Irene<sup>1</sup>, Márquez Enriquez Juan<sup>2</sup>, Ruiz Gómez M. Carmen<sup>3</sup>, Rodríguez Fernández Antonio<sup>4</sup>, Torres Gómez Javier<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Quirón Sagrado Corazón

<sup>2</sup> Hospital de Jerez

<sup>3</sup> Hospital Virgen del Camino

<sup>4</sup> Anatomía patológica Hospital de Jerez

<sup>5</sup> Hospital alta resolución Utrera

**Resumen:** Paciente de 57 años con AP de DMNID, HTA, hiperlipemia, neo de laringe, con cuadro de placa eritematosa granulomatosa en espalda y posterior aparición de nódulos en cuero cabelludo. Biopsias iniciales de linfocitoma cutis y dermatosis granulomatosa tipo sarcoidosis/ lupus.

#### C6. SMARTPHONE-CONSULTAS: UNA REALIDAD COTIDIANA EN DERMATOLOGÍA

Salido Vallejo Rafael<sup>1</sup>, Alcántara Reifs Carmen María<sup>1</sup>, Garnacho Saucedo Gloria<sup>1</sup>, de la Corte Sánchez Sofía<sup>1</sup>, Vélez García-Nieto Antonio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UGC Dermatología Médicoquirúrgica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Introducción:** En la era de la información, la acelerada incorporación a nuestra vida cotidiana de sistemas de información, redes sociales, blogs y webs 2.0 es un fenómeno patente que no sólo ha cambiado nuestras vidas personales sino también profesionales. La forma de acceder a la información científica, cursos de formación continuada e intercambio de impresiones con otros colegas dermatólogos se ha visto profundamente influenciada por estos avances en el campo de las telecomunicaciones. Los sistemas de mensajería instantánea que integran nuestros teléfonos móviles han influido especialmente, incluso convirtiéndose en una frecuente vía de consultas dermatológicas.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal sobre las consultas dermatológicas enviadas a través de diferentes servicios de envío de información a especialistas en dermatología del territorio nacional. Se realizó una encuesta online sobre las características de las consultas dermatológicas recibidas, así como datos del receptor y emisor. Los datos obtenidos fueron explotados mediante el paquete estadístico G-Stat.

**Resultados:** Se analizaron variables referentes al sexo, región geográfica y ámbito profesional de los receptores. Se evaluaron la frecuencia, procedencia, vía de comunicación empleada, así como el contenido y predominancia estacional de las consultas recibidas. Por último, se estimó el impacto causado por estas teleconsultas en los dermatólogos encuestados.

**Conclusiones:** Las consultas dermatológicas a través de los nuevos sistemas de información son una realidad evidente en nuestra práctica clínica habitual. El conocimiento del perfil de estas consultas, así como de su impacto en los profesionales que las reciben, nos permiten plantear estrategias para un abordaje óptimo de este fenómeno cuyo crecimiento es constante.

#### C7. EXPRESIÓN DE LA SUSTANCIA P Y SU RECEPTOR NK1 EN LAS MALFORMACIONES Y TUMORES VASCULARES

Ortiz Prieto Alejandro<sup>1</sup>, Bernabeu Wittel José<sup>1</sup>, Zulueta Dorado Teresa<sup>2</sup>, Muñoz Sáez Miguel<sup>3</sup>, Conejo-Mir Sánchez, Julián<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Gestión Clínica Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Virgen del Rocío

<sup>2</sup> Unidad de Gestión Clínica Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío

<sup>3</sup> Investigador Adscrito IBIS. Laboratorio de Investigación en Neuropeptidos. Unidad de Gestión Clínica Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío



**Introducción:** Las anomalías vasculares (AV) constituyen un grupo de tumores y malformaciones con presentación clínica diversa, pronóstico variable y etiopatogenia poco conocida. El diagnóstico se establece en base a criterios clínicos y su correlación histológica, siendo necesario en algunas ocasiones recurrir al estudio de diversos marcadores bioquímicos. La Sustancia P (SP) es un péptido que se encuentra ampliamente distribuido por todo el sistema nervioso central y periférico pero también en otros tejidos corporales. El complejo de unión SP y su receptor NK1(NK1R) participa en multitud de procesos biológicos como el dolor y la inflamación, además de tener un papel importante en la proliferación celular, presentando un efecto antiapoptótico y angiogénico.

**Objetivos:** Estudiar la expresión y distribución de la SP y NK1R en las AV. Describir si existen diferencias de expresión según el tipo de anomalía y su fase de presentación.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal de una serie de 12 muestras histopatológicas, procedentes de biopsias o intervenciones quirúrgicas de pacientes diagnosticados de distintas AV en el H.U. Virgen del Rocío entre enero 2005 y diciembre 2014, en las que se ha realizado estudio de la expresión de la SP y NK1R mediante inmunohistoquímica.

**Resultados:** En las tres muestras estudiadas correspondientes a malformaciones venosas se obtuvo expresión positiva nuclear para SP, dos con patrón parcheado y una con patrón difuso, presentando además en este caso positividad citoplasmática para SP. A diferencia de las venosas, en las dos muestras de malformaciones capilares se observó una expresión positiva citoplasmática para SP, siendo negativa la expresión nuclear. Con respecto a los tumores vasculares, en las cuatro muestras estudiadas de hemangiomas infantiles, todos en ellos en estadio de regresión, la expresión fue negativa para SP tanto nuclear como citoplasmática, destacando en una de ellas positividad para SP nuclear en la periferia de la lesión con una zona central negativa. Se incluyó una muestra perteneciente a un tumor vascular tipo RICH presentando positividad débil en la expresión citoplasmática para SP. En una de las dos muestras de granulomas piógenos existía expresión citoplasmática positiva para SP siendo nuclear negativa y en otra no presentaba expresión citoplasmática o nuclear de la SP ni tampoco de su receptor. En once de las muestras incluidas se evidenció expresión para NK1R siendo en todas ellas citoplasmática.

**Conclusiones:** Se ha demostrado mediante inmunohistoquímica la existencia de expresión de SP y NK1R en las distintas AV de nuestro estudio. Hemos observado diferencias según el tipo de malformación y de tumor vascular, lo que podría sugerir la utilidad de este marcador inmunohistoquímico en AV de diagnóstico complejo así como una posible diana terapéutica futura. Destacamos la existencia de expresión SP nuclear focal en periferia de la lesión en el hemangioma infantil correlacionándolo con el probable patrón de crecimiento de estas lesiones. Es necesario profundizar en el estudio de esta nueva línea de investigación para aclarar estas hipótesis.

## C8. MALFORMACIÓN VASCULAR CAPILAR DIFUSA ASOCIADA A SOBRECRECIMIENTO: UN NUEVO SUBTIPO DE MALFORMACIÓN CAPILAR CON HIPERTROFIA

De la Corte Sánchez Sofía<sup>1</sup>, Garnacho Saucedo Gloria<sup>1</sup>, Alcántara Reifs Carmen<sup>1</sup>, Rodríguez Martín Ana María<sup>1</sup>, González Padilla Marcelino<sup>1</sup>, Salido Vallejo Rafael<sup>1</sup>, Vélez García-Nieto Antonio<sup>1</sup>, Moreno Giménez José Carlos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Reina Sofía, Córdoba

**Introducción:** El término descriptivo "malformación capilar difusa asociada a sobrecrecimiento" (DCMO) fue propuesto en 2013 por Lee MS y colaboradores para designar un subgrupo de pacientes con malformaciones vasculares capilares (MVC) reticuladas extensas asociadas a sobrecrecimiento proporcionado.

**Caso Clínico:** Recién nacida a término sin patologías de interés derivada para valoración de MVC reticuladas extensas difusas en diferentes segmentos anatómicos. La paciente se ha seguido en nuestra unidad a lo largo de 3 años. En este tiempo las MVC se han aclarado y se ha acompañado de un sobrecrecimiento de partes blandas que afecta el miembro inferior izquierdo con una asimetría proporcionada del pie izquierdo. No han aparecido alteraciones linfáticas ni venosas, la RNM fue completamente normal salvo por el sobrecrecimiento de partes blandas indicado y la niña continua completamente asintomática y con buen desarrollo madurativo.

**Discusión:** Los criterios diagnósticos para DCMO son los siguientes:

1. – Criterios de inclusión: MVC que se extiende 2-3 cm más allá de una región anatómica (MVC difusa). Aumento difuso proporcionado de una región corporal en comparación con la contralateral (Sobrecrecimiento).

2. – Criterios de exclusión: Características clínicas asociadas a trastornos definidos como CMTC, MVCMacrocefalia, Klippel Trenaunay, Parkes Weber o Sturges Weber, Facomatosis Pigmentovascular, Lipomatosis-Hemihipertrofia, Proteus y CLOVES.

Las MVC del DCMO son típicamente reticuladas, pálidas, extensas y difusas (varias regiones anatómicas afectadas de forma contigua). El sobrecrecimiento puede no estar presente en el nacimiento, es proporcionado y por tanto la asimetría en la etapa adulta es mínima.

La RNM está indicada cuando existe evidencia de vesículas linfáticas, edema y/o venas engrosadas anómalas. No se asocia a retraso madurativo ni complicaciones durante el embarazo. Por lo demás se trata de niños completamente sanos.

**Conclusiones:** DCMO es una entidad de buen pronóstico y escasas complicaciones en comparación con el resto de entidades que asocian MVC e hipertrofia.

## C9. HEMANGIOMA ELASTOLÍTICO ADQUIRIDO

Galán Gutiérrez M., Martínez Peinado C, Solórzano Mariscal R.<sup>1</sup>, Extremera Castillo F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica Complejo Hospitalario de Jaén

**Introducción:** En los últimos años estamos asistiendo a la descripción de nuevas proliferaciones vasculares cutáneas, incluyendo una variante distintiva de hemangioma, que se denomina hemangioma elastolítico adquirido, y del que hemos tenido la oportunidad de diagnosticar un caso en nuestra unidad.

**Caso clínico:** Paciente de 69 años, que entre cuyos antecedentes personales destaca padecer artritis reumatoide e hipertensión en tratamiento, que es derivada desde su médico de atención primaria por lesión en zona proximal de antebrazo izquierdo, de unos 6 meses de evolución y que ha tratado con ácido fusídico en crema sin cambios.

En la exploración se apreciaba la existencia de lesión ovalada, de 0,8 cm de diámetro mayor, violácea, con imagen blanco-violácea en dermatoscopia, bastante inespecífica. Con la sospecha de dermatofibroma aneurismático se extirpa la lesión que es informada en anatomía patológica como hemangioma elastolítico adquirido.

**Discusión:** El hemangioma elastolítico adquirido es una variante de hemangioma que aparece en zonas cutáneas afectas por el daño solar de cuello y extremidades superiores. Clínicamente se caracterizan por lesiones de lento crecimiento, solitarias, ocasionalmente molestas, y en forma de placa. Histológicamente se caracteriza por la proliferación horizontal de vasos capilares en la dermis reticular superior en un fondo de elastosis solar. La mayoría de los casos muestran positividad para el marcador linfático D2-40, lo que apunta un posible origen linfático de dicha lesión.



## Referencias:

1. Martorell-Calatayud A, et al. Definition of the features of acquired elastotic hemangioma reporting the clinical and histopathological characteristics of 14 patients. *J Cutan Pathol* 2010;37(4):460-4.
2. Toon PL, Beer TW. Acquired elastotic hemangioma: ten cases with immunohistochemistry refuting a lymphatic origin in most lesions. *J Cutan Pathol* 2010; 37(12):1259-60.
3. Sangüenza OP. Update on vascular neoplasms. *Dermatol Clin* 2012; 30(4):657-65.

## COMUNICACIONES ORALES

### 2ª Sesión. Viernes, 13 de marzo (18:00 – 19:00 hrs)

#### C10. ASOCIACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO Y MARCADORES DE AGRESIVIDAD DEL MELANOMA CUTÁNEO

Pérez Gil Amalia<sup>1</sup>, Campos Rodríguez Francisco<sup>1</sup>, Romero Sillero Estrella<sup>1</sup>, Muñoz Reina Álvaro<sup>2</sup>, Martínez García Miguel Ángel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital U. Virgen de Valme, Sevilla<sup>2</sup> Hospital U. y Politécnico la Fe, Valencia

**Objetivos:** Algunos estudios recientes muestran la asociación entre los trastornos respiratorios del sueño (TRS) y la incidencia y mortalidad por cáncer, pero no hay estudios en un tipo específico de cáncer. Con este estudio se pretende analizar la relación entre la severidad de los TRS y los factores de agresividad en el melanoma cutáneo maligno (MCM).

**Método:** Se diseñó estudio multicéntrico observacional en 82 pacientes diagnosticados de MCM, de los cuales se incluyeron finalmente a 56. Las mediciones de la agresividad en los MCM fueron: índice mitótico, índice de Breslow, presencia de ulceración, estadio de la enfermedad y tasa de crecimiento del MCM. Se realizó estudio del sueño en todos los pacientes incluidos en el estudio. Para examinar la relación de independencia entre la severidad de los TRS (índice apnea-hipopnea (IAH) e índices de desaturación de oxígeno (IDO3% y IDO4%)) y las variables de agresividad del MCM, se usaron análisis multivariantes.

**Resultados:** El 60.7% de los pacientes tenían TRS (IAH $\geq$ 5) y el 14.3% tenían apnea obstructiva del sueño severa (IAH $\geq$ 30). En todos los análisis multivariante ajustados, IAH (OR 1.08, 95% CI 1.02-1.14), IDO3% (OR 1.08, 95% CI 1.02-1.11) y IDO4% (OR 1.1, 95% CI 1.02-1.2) estaban independientemente asociados con un aumento en la tasa de crecimiento del melanoma. Además, IAH, IDO4% y IDO3% estaban significativamente correlacionados con otros factores de agresividad del MCM, como el índice de Breslow, presencia de ulceración histológica y el índice mitótico.

**Conclusiones:** Los marcadores de severidad de los TRS están asociados con algunos marcadores de agresividad del MCM.

#### C11. FACTORES PRONÓSTICOS EN EL MELANOMA CUTÁNEO: ANÁLISIS MEDIANTE UN ÁRBOL DE CLASIFICACIÓN Y REGRESIÓN

Tejera-Vaquerizo Antonio<sup>1</sup>, Contreras-Ferrer Patricia<sup>2</sup>, Requena Celia<sup>3</sup>, Soriano Virtudes<sup>4</sup>, Traves Victor<sup>5</sup>, Bolumar Isidro<sup>6</sup>, Nagore Eduardo<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Instituto Dermatológico GlobalDerm

<sup>2</sup> Servicio de Dermatología. Instituto Dermatológico GlobalDerm. Palma del Río (Córdoba)

<sup>3</sup> Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

<sup>4</sup> Servicio de Oncología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

<sup>5</sup> Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

<sup>6</sup> Servicio de Otorrinolaringología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

<sup>7</sup> Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

**Introducción:** Actualmente, el pronóstico del melanoma localizado se establece en función del grosor tumoral, la presencia de ulceración y en los melanomas finos la presencia de mitosis. Adicionalmente, la presencia de metástasis en el ganglio centinela determina un peor pronóstico.

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio es obtener una visión global de las variables clásicas clínicas y patológicas en el melanoma mediante una metodología basada en un árbol de clasificación y regresión.

**Material y método:** Estudio de cohorte retrospectivo. En total se incluyeron 1108 pacientes. La variable de resultado principal fue la supervivencia global a los 5 años. La valoración de los factores pronósticos se realizó mediante la técnica CART (del inglés, Classification and Regression Tree).

**Resultados:** La edad, el género, el grosor tumoral y la positividad del ganglio centinela demostraron ser factores pronósticos de la supervivencia global en el análisis de regresión multivariante. Los factores pronósticos más importantes en el análisis CART fueron el grosor tumoral, el índice mitótico, la edad, la localización anatómica, los linfocitos infiltrantes de tumor y la biopsia selectiva del ganglio centinela.

**Conclusión:** La positividad del ganglio centinela no tiene relevancia pronóstica en los melanomas de menos de 2 mm de grosor más allá de la proporcionada por el índice mitótico y la edad del paciente. Con la metodología CART es posible una predicción de la supervivencia más práctica e intuitiva con vistas al pronóstico y manejo clínico de estos pacientes o su inclusión en ensayos clínicos.

#### C12. CARCINOMA BASOCELULAR: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANÁLISIS DE RECURRENCIAS EN EL ÁREA SANITARIA SUR DE SEVILLA

Romero Sillero Estrella M<sup>a</sup>, Pérez Gil Amalia, Cases Mérida Sandra, Martínez Barranca M<sup>a</sup> Luisa, Escudero Ordóñez Jerónimo  
<sup>1</sup> Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme

**Objetivos:** Establecer el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos por carcinoma basocelular en el Área Sanitaria Sur de Sevilla y realizar un estudio de las recurrencias tras la cirugía, con el fin de identificar los factores predictores de las mismas.

**Metodología:** Se incluyeron los pacientes diagnosticados de carcinoma basocelular primario entre Marzo de 2008 y Marzo de 2009, que realizaron un seguimiento mínimo de 5 años. Las variables clínicas y epidemiológicas recogidas fueron la edad, sexo, inmunodepresión, subtipo clínico, localización y lesiones actínicas anteriores y posteriores al diagnóstico.

**Resultados:** Un total de 310 lesiones se incluyeron en el análisis final, correspondiendo un 55,5% a varones y un 44,5% a mujeres. La media de edad fue de 67,7 años siendo más del 75% mayores de 60 años. El tamaño medio de las lesiones fue de 8,95mm, localizándose en más del 75% de los casos en la región facial y siendo el subtipo perlado el más frecuente.

Se realizó tratamiento quirúrgico en 224 lesiones y tras 5 años de seguimiento, se observaron recidivas en el 10% de las mismas. La edad, sexo, tamaño de la lesión y subtipo clínico no

demonstraron ser factores predictores de recidiva. Si actuaron como factores predictores de la afectación de bordes quirúrgicos y la localización palpebral. El tiempo medio de aparición de la recidiva fue de 23 meses y durante los 5 años de seguimiento, más del 20% de los pacientes presentaron un segundo cáncer cutáneo no melanoma.

**Conclusiones:** El presente estudio nos ha permitido establecer el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados de carcinoma basocelular en el Área Sanitaria Sur de Sevilla, así como extraer importantes conclusiones para realizar un seguimiento efectivo tras el diagnóstico.

### C13. PREVALENCIA DE LA QUERATOSIS ACTÍNICA EN ESPAÑA. ESTUDIO EPIQA. SUBANÁLISIS DE RESULTADOS ZONA SUR

Rafael Salido Vallejo, Carmen María Alcántara Reifs, Sofía De la Corte Sánchez, Ana María Rodríguez Martín, Antonio Vélez García-Nieto.

UGC de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Antecedentes:** Las queratosis actínicas (QA) son un importante problema de salud por el creciente incremento de su incidencia en los últimos años y el riesgo de desarrollar carcinomas escamosos cutáneos (CEC) invasivo. Aunque existen estudios que estiman su prevalencia en determinados países de Europa, actualmente desconocemos estos datos referidos a nuestro país y comunidad autónoma.

**Objetivos:** Determinar la tasa de prevalencia bruta y estandarizada de QA en población española con edad igual o superior a los 45 años atendida en servicios hospitalarios de dermatología.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico realizado en 19 centros hospitalarios y representativos de las diferentes zonas geográficas del territorio peninsular español.

Se incluyeron de forma consecutiva pacientes  $\geq 45$  años, caucásicos y que acudieron a los servicios hospitalarios de dermatología del hospital por cualquier motivo. La tasa de prevalencia estandarizada se calculó a partir de los datos de población del Instituto Nacional de Estadística Español (Datos Enero 2014), ajustados por edad. Se analizaron por separado los resultados de 5 zonas diferentes del territorio español para conocer la prevalencia según la zona geográfica estatal. Resultados: De los 3.877 pacientes incluidos en el estudio, 606 correspondían a la Zona Sur, formada por las regiones de Andalucía y Extremadura. Un total de 170 pacientes mostraron QA, siendo la prevalencia bruta del 28,1% (IC95%: 24,4-31,7). Los pacientes con QA presentaban una media de edad de 74,5 años (DE: 10,1) y el 55,9% fueron hombres, un 30,0% presentaban antecedentes personales de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) y los fototipos más frecuentes fueron el II y III (53,5% y 38,8%, respectivamente). El 40,6% presentaba exposición solar profesional alta (toda la jornada) y el 30,0%, presentaba también exposición recreacional intensa. Las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron la cara (principalmente frente [50,0%] y nariz [35,9%]) y cuero cabelludo (30,6%). En los hombres, la localización más frecuente de lesiones de QA fueron la frente (51,6%) y cuero cabelludo (49,5%) mientras que en las mujeres, las mejillas (49,3%) y frente (48,0%).

**Conclusiones:** El conocimiento de los datos de prevalencia de QA en nuestro medio es fundamental para el diseño de futuros estudios y el diseño de estrategias sanitarias dirigidas a una mejora en el manejo terapéutico y preventivo de estos pacientes.

### C14. CONDILOMATOSIS GIGANTE DE BUSCHKE-LOWENSTEIN TRATADA MEDIANTE CIRUGÍA

García Montero, Pablo<sup>1</sup>, Repiso-Jiménez Jb.<sup>1</sup>, Fernández-Morano T.<sup>1</sup>, López-Ortiz I.<sup>2</sup>, De Troya-Martín M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella

<sup>2</sup>Servicio de Ginecología, Hospital Costa del Sol, Marbella

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años natural de Rumanía y sin antecedentes de interés, que consultó por verrugas anogenitales de 7 años de evolución. Durante este tiempo la paciente recibió tratamiento con inmunomoduladores, crioterapia, láser y vacuna tetravalente para el Virus del Papiloma Humano, sin embargo, no obtuvo remisión completa de las lesiones y el tamaño de éstas aumentó progresivamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física se objetivaron dos grandes masas verrugosas que afectaban a pubis, capuchón del clítoris, labios mayores y parte de los menores, horquilla vulvar y zona perianal. Asimismo, existían varias lesiones satélites en pubis e ingles. Con la ayuda del espéculo vaginal se apreciaron otras de menor tamaño en introito, paredes vaginales y cuello uterino. Una biopsia amplia confirmó el diagnóstico de verrugas anogenitales y se identificó al Virus del Papiloma Humano genotipos 6 y 11 en el material tisular.

**Diagnóstico:** Tumor de Buschke-Lowenstein.

**Comentario final:** Ante la tórpida evolución del cuadro y la escasa respuesta a terapias conservadoras se decidió realizar exéresis radical bajo raquianestesia. Se extirparon ambos labios mayores, periné y región perianal. El defecto en forma de H resultante fue reconstruido mediante despegamiento de la piel adyacente y cierre directo. El estudio histológico fue compatible con verrugas anogenitales y el postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Seis meses después la paciente se encuentra libre de lesiones y desarrolla su vida personal y sexual con normalidad. El Tumor de Buschke-Lowenstein es una enfermedad de transmisión sexual cuyo manejo supone un reto para el especialista. Por su mayor tasa de éxito y menor grado de recurrencia, el tratamiento quirúrgico es considerado de elección. Sin embargo, dado lo mutilante y disfuncional que puede llegar a ser esta patología, debemos recalcar la importancia de su prevención mediante vacunas y a través de unos hábitos sexuales saludables.

#### Referencias:

1. Spinu D, Rădulescu A, Bratu O, Checheriță IA, Ranetti AE, Mischianu D; – . Giant condyloma acuminatum – Buschke-Lowenstein disease – a literature review. *Chirurgia (Bucur)*. 2014 Jul-Aug;109 (4):445-50.
2. Tripoli M, Cordova A, Maggi F, Moschella F. Giant condylomata (Buschke-Löwenstein tumours): our case load in surgical treatment and review of the current therapies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012 Jun;16(6):747-51.

### C15. ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO PARANEOPLÁSICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Baños Arévalo Antonio José, Bosch García Ricardo<sup>1</sup>, Vargas Nevado Álvaro<sup>1</sup>, López Jiménez Patricio<sup>1</sup>, Herrera Ceballos Enrique<sup>1</sup>, Mendiola Fernández María Victoria<sup>1</sup>

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

**Introducción:** El eritema anular centrífugo (EAC) se caracteriza por eritema, con o sin descamación, que puede adoptar formas anulares (arcos de círculo o policíclicas) y que se extienden de forma centrífuga. Su importancia radica en su asociación a patología sistémica, siendo en ocasiones marcadores de neoplasias internas. Presentamos dos casos clínicos de EAC paraneoplásico asociados a cáncer de pulmón. 1. – Varón de 57

años que acude a urgencias por dolor lumbar de 3 meses de evolución acompañado de cuadro constitucional y erupción cutánea de dos semanas de evolución. Como antecedentes, HTA, arteriopatía periférica, aneurisma aorta abdominal y EPOC. En Rx de urgencia se observa fractura patológica de T9. A la exploración dermatológica presenta lesiones anulares de crecimiento excéntrico, diseminadas, con discreta descamación periférica y prurito moderado. No afectación de palmas, plantas ni mucosas. Se realiza biopsia-punch con sospecha de EAC mostrando rasgos dermatopatológicos compatibles con el diagnóstico clínico lo que nos indujo a realizar un estudio de despistaje de neoplasia interna. En TAC de tórax se detecta nódulo espiculado de 1.2cm en lóbulo superior derecho y en la biopsia vertebral metástasis vertebral con origen primario pulmonar. El paciente recibió tratamiento con radioterapia y quimioterapia y las lesiones cutáneas fueron desapareciendo progresivamente. Actualmente se encuentra en seguimiento por Oncología. 2: Varón de 79 años que acude a urgencias por presentar desde hace 2 semanas disnea y lesiones cutáneas en región lumbar. Como antecedentes, hematuria por divertículo vesical y fibrilación auricular crónica. En las pruebas urgentes realizadas, se aprecia un derrame pleural derecho. En su ingreso observamos, en región lumbar, lesiones anulares de crecimiento excéntrico, compatibles con EAC. Las lesiones fueron biopsias mostrando rasgos dermatopatológicos compatibles con el diagnóstico clínico por lo que también se realizó estudio de extensión para descartar neoplasia interna. Se evidenció un adenocarcinoma de pulmón estadio IV, con diseminación ósea. A pesar del tratamiento quimioterápico, falleció a los dos meses.

**Discusión:** El EAC es una dermatitis inflamatoria, crónica y recurrente, de etiología desconocida. Es una afección infrecuente, sin predominio en ninguna etnia o sexo. Hay numerosas teorías sobre las causas de esta afección, pero ninguna es concluyente. El diagnóstico se realiza por la clínica. Los rasgos histopatológicos son poco concluyentes. La erupción cutánea puede ser una manifestación precoz de neoplasias internas, que desaparece después del tratamiento antineoplásico y reaparece con la recurrencia del tumor.

#### Referencias:

1. Eritemas figurados. Kaminsky A. Actas. Dermosifiliogr. 2009;100(2):88-109.
2. Differential diagnosis of round or discoid lesions. Rudikoff D. Clin Dermatol. 2011 Sep-Oct;29(5):489-97

### C16. CASOS DEL SIGLO XIX EN EL SIGLO XXI

Méndez Abad Cristina, Moyano Almagro Blanca, Delgado Ceballos Jaime, Collado Minguiñón Andrés, Russo de la Torre Francisco

Hospital Punta Europa. Algeciras

**Resumen:** En el siglo XIX la dermatología estaba aún poco desarrollada y la mayoría de afecciones dermatológicas eran diagnosticadas en fases muy avanzadas. Muchas veces no se consultaba por ellas y eran tratadas de manera domiciliaria o por curanderos. Muestra de ello son muchos de los dibujos, grabados y moldes que existen de la época de colecciones como las del museo olavide entre otras. En la práctica clínica diaria se siguen viendo casos que nos recuerdan a épocas pasadas, os presentamos una serie de casos muy evolucionados, con clínica muy abigarrada, debido a la falta de tratamiento médico – quirúrgico actual.

### C17. PLACA VERRUCOSA EN DORSO DE MANO DE PACIENTE DE ETNIA AFRICANA

Cases Mérida Sandra, Romero Sillero Estrella<sup>1</sup>, Osorio

Gómez Guiovanna F.<sup>1</sup>, Bernal Martínez Samuel<sup>2</sup>, Pérez Gil Amalia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología del H.U. Valme

<sup>2</sup> Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología del H. U. Valme

**Descripción:** Paciente varón de 35 años de edad, natural de Nigeria, acude por presentar una placa verruciforme localizada en dorso de mano de 5 años de evolución de crecimiento lentamente progresivo. No antecedentes personales ni familiares de interés. No presentaba repercusión sistémica ni otra sintomatología asociada.

**Exploración:** Fototipo VI. Placa exofítica hiperqueratósica de bordes sobreelevados e irregulares, verruciforme, localizada a nivel de dorso de mano derecha.

**Pruebas complementarias:** Se tomaron muestras para cultivo de hongos y micobacterias. Se realizó una biopsia cutánea. Finalmente, se completó con estudios de extensión como radiografía de tórax, serología y cultivo de esputo. JUCIO CLÍNICO. El diagnóstico diferencial englobaba infección dermatofítica, micosis profundas, infección por micobacterias, parasitosis y una enfermedad inflamatoria granulomatosa idiopática. El cultivo de hongos fue negativo. El estudio anatomopatológico describió la presencia de una inflamación granulomatosa dérmica. Finalmente, el cultivo de micobacterias permitió aislar cepas del Complejo de *Micobacterium tuberculosis*, y el tipaje reveló presencia de *M.bovis*.

**Diagnóstico:** Tuberculosis verrucosa cutis.

**Comentario final:** La tuberculosis cutánea representa un 1,5% del total de las infecciones por *M. Tuberculosis*. La forma clínica depende de tres variables fundamentalmente: la vía de inoculación, la carga bacteriana y el estado inmunológico sensibilización previa del enfermo. La tuberculosis verrucosa cutis se considera una enfermedad paucibacilar que se produce por inoculación exógena de la micobacteria en un punto de solución de continuidad cutánea en una persona inmunocompetente sensibilizada o infectada previamente. El manejo es común al de la tuberculosis pulmonar, por lo que requiere tratamiento sistémico. Fenómenos migratorios son la principal causa de que enfermedades tan infrecuentes como ésta vuelvan a estar presentes en el día a día de nuestras consultas.

### C18. QUEILITIS ANGULAR CRÓNICA

Jorquera Barquero Enrique<sup>1</sup>, Pérez Gutiérrez Sofía<sup>\*2</sup>, Suárez Marrero M. Carmen<sup>2</sup>, Vázquez Bayo M Carmen<sup>2</sup>, De Alba Rioja Inés<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dermatología M-Q y Venereología Complejo hospitalario Huelva

<sup>2</sup> Anatomía Patológica\* y Dermatología MQ y Venereología

**Resumen:** Varón de 36 años derivado por su Médico de Atención Primaria por una queilitis angular izquierda con inflamación y dolor de dos meses de evolución afectando a mucosa oral y piel adyacente. Había sido tratado con antibióticos y antifúngicos orales sin mejoría.

Se realiza una biopsia excisional para descartar naturaleza neoplasia. La histopatología es informada como inflamación granulomatosa necrotizante con tinción para BAAR negativa.

Se solicitan pruebas complementarias (analítica, rx tórax, mantoux) e ínter consulta a Digestivo.

En la radiología de tórax se descubren cavitaciones en vértices pulmonares con PPD positivo 10 mm. En los esputos se encuentran baciloscopias positivas y cultivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Tras tratamiento específico se logra curación tanto para la infección pulmonar como cutánea.

La afectación cutánea de la tuberculosis es muy infrecuente (1-1.5%), la mayoría de los casos son el resultado de una extensión de un proceso endógeno. En este caso se plantea el diagnóstico diferencial con procesos granulomatosos orofaciales y se plantea un algoritmo diagnóstico.

## Referencias:

1. Alawi F: An up date on granulomatous diseases of the oral tissues. Dent Clin North Am 2013; 57:657-671

## COMUNICACIONES ORALES

3ª Sesión. Sábado, 14 de marzo (12:30 – 13:30 hrs)

## C19. MICOSIS FUNGOIDE ANGIOCÉNTRICA

Vargas Nevado Álvaro<sup>1</sup>, López Navarro Norberto<sup>2</sup>, Baños Arévalo Antonio José<sup>2</sup>, Gallego Domínguez Elena<sup>3</sup>, Herrera Ceballos Enrique<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

<sup>2</sup>Servicio de Dermatología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

<sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

**Resumen:** Introducción: La micosis fungoide (MF) es el linfoma primario cutáneo más frecuente. Se han descrito múltiples variedades clínico-patológicas e inmunofenotipos atípicos, algunos de los cuales tienen implicaciones pronósticas. Presentamos un caso de MF angiocéntrica con perfil citotóxico y evolución clínica agresiva.

**Caso clínico:** Varón de 84 años que refiere prurito generalizado de intensidad leve-moderada y carácter intermitente, de dos años de evolución. Aparición ocasional de lesiones eritematosas en tronco. En los últimos 5 meses aparecen de forma progresiva placas eritematosas, descamativas, algunas de ellas con morfología arciforme y superficie queratósica. De forma aislada se apreciaban 2 placas infiltradas con superficie necrótica. No síntomas sistémicos asociados. La dermatopatología muestra un infiltrado de linfocitos atípicos y pleomórficos, con células de pequeño, mediano y gran tamaño con epidermotropismo constituyendo grandes acúmulos intraepidérmicos. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para el CD2, CD3, CD4, CD5 y CD7. El CD8 fue positivo focalmente y el CD30 de expresaba de forma llamativa tanto en el infiltrado dérmico como epidérmico. Reordenamiento monoclonal para TCR gamma. Analítica y estudios de imagen sin alteraciones relevantes. A los tres meses de seguimiento el paciente desarrolla placa tumoral de grandes dimensiones (14x14cm), intensamente infiltrada y ulcerada en la cara interna de la pierna izquierda. Se toman nuevas biopsias de la placa tumoral observándose un infiltrado monomorfo de linfocitos atípicos de gran tamaño, afectando a todo el espesor de la dermis con extensión al panículo adiposo. Llamaba poderosamente la atención la existencia de angiocentricidad, con angio-invasión y necrosis. El estudio inmunohistoquímico de la biopsia de la placa muestra pérdida de expresión de CD2, CD4, CD8 y CD30, y positividad para CD3, CD5, CD7, granzima-B, TIA-1 y Beta-F1. La TCR-gamma y EBER resultaron negativos y el reordenamiento monoclonal mediante PCR para TCR gamma con pico similar a la primera muestra del paciente. Analítica y estudios de imagen sin datos patológicos. Tras la correlación clínico-patológica llegamos al diagnóstico de micosis fungoide angiocéntrica en transformación a perfil citotóxico.

**Discusión:** La angiocentricidad, con angioinvasión y angioneurosis es un hallazgo dermatopatológico infrecuente en los linfomas primarios cutáneos. Se aprecia de forma habitual en el linfoma NT tipo nasal y en el Linfoma gamma/delta. Sin embargo en la MF este signo es extremadamente infrecuente. El cambio inmunofenotípico durante la progresión de la enfermedad es raro y no son bien conocidas sus implicaciones pronósticas.

## Referencias:

1. Part 1: T-cell and natural killer/t-cell lymphomas and related conditions. Kempf W, Kazakov DV, Kerl K. Am J Dermatopathol. 2014;36(2):105-23

2. CD8+ cutaneous T-cell lymphoma with pagetoid epidermotropism and angiocentric and angiodestructive infiltration. Fujiwara Y, Abe Y, Kuyama M, Arata J, Yoshino T, Akagi T, Miyoshi K. Arch Dermatol. 1990;126(6):801

## C20. MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA. UN SUBTIPO ESPECIAL

Israel Pérez López<sup>1</sup>, Garrido Colmenero Cristina<sup>1</sup>, Blasco Morente Gonzalo<sup>1</sup>, Martínez López Antonio<sup>1</sup>, Ruiz Villaverde Ricardo<sup>1</sup>, Tercedor Sánchez Jesús<sup>1</sup>, Aneiros Fernandez José<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología <sup>1</sup>. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España

<sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica <sup>2</sup>. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

**Descripción del caso:** Mujer de 66 años de edad con antecedentes personales de osteoma osteoide, hipotiroidismo, hipogonadismo hipogonadotropo, saos, DM tipo II y macroadenoma hipofisario. En tratamiento con Lacidipino, Eutirox, Metformina y Diazepam. Consulta por presentar máculas y placas eritematosas, congestivas y algo pruriginosas en menos del 10 % de la superficie corporal de meses de evolución. Lo ha tratado con corticoides tópicos sin mejoría.

**Pruebas complementarias:** Biopsia cutánea que fue informada de micosis fungoide subtipo foliculotropa (MFF). Realizamos un estudio de extensión con analítica general, B2 microglobulina, LDH, PAMO y PET – TAC que fue negativo.

**Juicio clínico:** Micosis fungoide subtipo foliculotropa. Actualmente en tratamiento con UVB.

**Comentario final:** La micosis fungoide (MF) es el subtipo de linfoma cutáneo de células T más frecuente, aproximadamente el 10% de estos, se presenta como MFF (1). Este subtipo se caracteriza por presentar infiltrados foliculares, a menudo respetando epidermis y en ocasiones presentando mucinosis folicular (1, 2,3). Las lesiones suelen afectar a la cabeza y al cuello de ahí, lo excepcional de nuestro caso, pues las lesiones se asentaban en tronco (1,3). Su comportamiento más agresivo hace que el pronóstico se equipare al de la Micosis fungoide en estadio tumoral (2, 3, 4, 5). Los tratamientos a considerar son los mismos que los usados en el resto de MF, teniendo en consideración, que las células neoplásicas están mas profundas y que no todos los tratamientos van a lograr alcanzarlas (3,4,5). En estadios precoces suelen emplearse tratamientos dirigidos a la piel como los esteroides, la fototerapia, las mostazas nitrogenadas, los retinoides tópicos o los baños de electrones (5). Este último, ha mostrado mas eficacia en este subtipo de MF, pues logra penetrar a una mayor profundidad en la piel. Otra opción, es combinar los anteriores, podrían emplearse PUVA junto con INF alfa o con retinoides tópicos siendo esto también útil para este subtipo de presentación (3, 5). En casos avanzados suelen emplearse tratamientos mas agresivos, inmunomoduladores, anticuerpos monoclonales, mono o poliquimioterapia e incluso el trasplante de médula ósea son algunas de las opciones que se emplean (5).

## Referencias:

1. Cristina Muniesa , Teresa Estrach , Ramon M. Pujol et al. Folliculotropic micosis fungoides: Clinicopathological features and outcome in a series of 20 cases. J An Acad Dermatol. 2010;62(3): 418-26.
2. S Gomez Díez, C Maldonado, F Vázquez López et al. Micosis fungoide folicular. Estudio de cuatro casos. Actas Dermosifilopgr. 2007;98:486-90.
3. P Mantaka, P Helsing, P Gjersvik et al. Clinical and Histopathological features of folliculotropic Mycosis Fungoides: a Norwegian Patient Series. Acta Derm Venereol. 2013;93:325-329.



4. Pedram Gerami, Steve Rosen, Timothy Kuzel et al. Folliculotropic Mycosis Fungoides. Arch dermatol. 2008;144 (6): 738-46.
5. Sarah I Jawed , Patricia L et al. Primary cutaneous T-cell lymphoma (micosis fungoides and Sézary syndrome). J Am Acad Dermatol. 2014;70(2):223.e1.

## C21. PANICULITIS PANCREÁTICA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Natividad López Ibáñez, Antonio Rodríguez Pichardo, Juan José Ríos Martín, Begoña García Bravo, Lara Ferrándiz Pulido, Francisco M. Camacho Martínez

UGC de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

La reciente observación de dos casos de paniculitis pancreática justifica esta presentación.

**Caso clínico 1:** Varón de 42 años con antecedentes de pancreatitis crónica enólica, ascitis pancreática, pseudoquistes pancreáticos, coledocolitiasis y estenosis parcial duodenal, que presentó episodio de reagudización de su pancreatitis crónica, observándose en la exploración nódulos subcutáneos dolorosos en la región distal de miembros inferiores que, al resolverse, dejaron cierta hiperpigmentación residual.

**Caso clínico 2:** Mujer de 31 años, fumadora, con antecedentes de obesidad, en tratamiento con anticonceptivos orales. Presentó una colecistopancreatitis aguda litiasica y, a la semana del inicio de este cuadro clínico, se observaron nódulos eritematosos en miembros inferiores, dolorosos a la palpación.

**Juicio clínico:** En ambos casos se realizó estudio histopatológico, confirmando el diagnóstico de paniculitis pancreática. Las lesiones evolucionaron de forma paralela al cuadro clínico, desapareciendo con la resolución de la patología pancreática de base.

**Comentario:** La paniculitis pancreática o necrosis grasa subcutánea es una complicación poco frecuente de ciertas enfermedades pancreáticas (0,33-3% de los pacientes), siendo en ocasiones, el primer indicio de patología pancreática basal, que obliga a descartarla incluso en pacientes asintomáticos. Clínicamente se manifiesta como nódulos eritematovioláceos, dolorosos, localizados con mayor frecuencia en miembros inferiores. Suele producirse en el contexto de una pancreatitis aguda o crónica, si bien puede asociarse a otras entidades como el carcinoma pancreático. El estudio histopatológico muestra una paniculitis lobulillar sin vasculitis, acompañada de las características "células fantasmas". Su evolución es paralela a la remisión de la enfermedad pancreática subyacente.

### Referencias:

1. Fernández Jorge B, Vereá Hernando MM, Álvarez Rodríguez R, Paradela S, Fonseca E. Presentación de un caso de paniculitis pancreática y revisión de la bibliografía. An. Med. Interna. 2006; 23(9):431-434.
2. Segurado Rodríguez A, Guerra Tapia A, Jaén Olasolo P, Cuevas Santos J. Paniculitis pancreática: estudio de 12 casos y valoración comparativa de sus caracteres epidemiológicos, clínicos, histopatológicos y terapéuticos. Actas Dermosifiliogr. 1999; 90:227-234.

## C22. ¿¡ PERO QUE PSORIASIS MÁS RARA !! EL PROBLEMA DE LA INERCIA CLÍNICA

Rodríguez Martín Ana María, Sánchez Sánchez Rafael,

Ruano Ruíz Juan, De la Corte Sánchez Sofía, Alcántara Reifs Carmen, González Padilla Marcelino, Salido Vallejo Rafael, Vélez García Nieto Antonio

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

**Descripción:** Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés. Acudió a dermatología por placas eritematodescamativas en el dorso de ambos pies de dos meses de evolución. Se le realizaron pruebas epicutáneas que permitieron excluir una dermatitis de contacto al dicromato potásico. La paciente fue biopsiada en dos ocasiones con resultado histopatológico compatible con psoriasis.

**Evolución clínica:** Con el diagnóstico de psoriasis la paciente realizó seguimiento en nuestro servicio durante cuatro años. A lo largo de este tiempo se instauraron diferentes tratamientos para su psoriasis: ciclosporina, retinoides, fototerapia y terapias biológicas. Las placas eritematodescamativas presentaron sólo una mejoría discreta con cada uno de estos tratamientos. Finalmente las lesiones se extendieron al dorso de las manos, las ingles, la región genital... y apareció un cuadro de caquexia, pérdida de peso y dificultad para la deambulación. Todo ello condicionó un ingreso en medicina interna. Se realizó una interconsulta al servicio de dermatología, el cual se replanteó el caso clínico. Se realizaron las pruebas diagnósticas oportunas que, permitieron establecer el diagnóstico correcto del caso.

**Comentario final:** Este caso clínico constituye un ejemplo de inercia clínica en el ámbito dermatológico. El concepto de inercia clínica (IC) fue descrito originalmente por Phillips 2001 y lo utilizó para describir la falta de cambios terapéuticos ante la respuesta inadecuada de los tratamientos establecidos. El problema de la inercia clínica ha sido descrito principalmente en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus. Hasta la fecha no ha sido descrito en el ámbito de la Dermatología. Consiste en un fallo de los médicos para indicar, recomendar, estudiar o seguir a un paciente, con la consecuencia de un perjuicio en términos de salud. A pesar de todo lo expuesto este caso clínico presentó un desenlace favorable.

### Referencias:

1. Safford MM, Shewchuk R, Qu H, Williams JH, Estrada CA, Ovalle F, et al. Reasons for not intensifying medications: differentiating "clinical inertia" from appropriate care. J Gen Intern Med. 2007; 22: 1648-55.
2. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical Inertia. Ann Intern Med. 2001;35:825-34.
3. Sanchís Doménech C, Llisterrí Caro JL, Palomo Sanz V, Alonso Moreno FJ, López Rodríguez I, Nevado Loro A, et al. Inercia terapéutica en pacientes hipertensos asistidos en atención primaria en España. Estudio Objetivo Kontrol. Aten Primaria. 2011; 43: 638-47

## C23. NÚDULOS URTICARIFORMES E INFILTRACIÓN PALPEBRAL: DOS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LETÁLIDES EN UNA PACIENTE

Díaz Martínez Miguel Antonio<sup>1</sup>, Sánchez López Josefa<sup>1</sup>, Retamero Díaz Juan Antonio<sup>2</sup>, Almodóvar Real Ana María<sup>1</sup>, Naranjo Sintés Ramón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada

<sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario San Cecilio, Granada

**Descripción:** Mujer de 55 años con antecedentes personales de adenocarcinoma de mama lobulillar extirpado hace 17 años, estadio IV con metastásis óseas, en aparato digestivo y carcinomatosis peritoneal en tratamiento actual con letrozol, que acudió a nuestro servicio derivada del Servicio de Oncología.

gía por presentar nódulos violáceos asintomáticos en espalda, placas eritematoedematosas duras al tacto en zona posterior del cuello y eritema palpebral indurado que infiltraba a plano profundo que dificultaba el cierre y la apertura de la hendidura palpebral.

**Pruebas complementarias:** El estudio histológico de estas lesiones objetivó infiltrado dérmico de células neoplásicas con patrón IHQ de tumor mamario, GCDPF-15 positivo, receptores hormonales negativos, her2/neu positivo y un Ag Ki67 del 20 %.

**Diagnóstico y tratamiento:** Con el diagnóstico de Metástasis Cutáneas y la clínica digestiva motivaron la modificación del régimen terapéutico a Capecitabina.

**Comentarios:** Las metástasis cutáneas (letálides) de neoplasias internas son una entidad infrecuente, cuya incidencia varía entre 0,7 y el 9% siendo el resultado de la infiltración de la piel por células neoplásicas diseminadas por vía hematógena. Su frecuencia coincide con los tumores más prevalentes, pulmón en varón y mama en la mujer. Las letálides suelen ser diagnosticadas con posterioridad al diagnóstico de la neoplasia primaria, aunque en un tercio de los casos su diagnóstico es previo a la misma.

Presentamos un caso de letálides de carcinoma de mama como nódulos urticariformes, de presentación poco frecuente. Otros patrones clínicos incluyen las formas erisipeloides, en co- raza, telangiectásico, alopecico, enfermedad de Paget y exclusivo palpebral análogo al de nuestra paciente. La presentación de este tipo de lesiones es un factor pronóstico que permite al oncólogo junto a los diferentes marcadores analíticos la re-evaluación co- rrecta del régimen.

#### C24. PIGMENTACIÓN MAMARIA. UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RELEVANTE

Martínez López Antonio<sup>1</sup>, Garrido Colmenero Cristina<sup>1</sup>, Blasco Morente Gonzalo<sup>1</sup>, Martínez López Antonio<sup>2</sup>, Tercedor Sánchez Jesús<sup>1</sup>

<sup>1</sup> U.G.C. Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

<sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Descripción:** Mujer de 60 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento con Metformina y asma extrínseco que consulta por una mancha pruriginosa eritemato-marrón de bordes irregulares en mama derecha de 5 años de evolución. La lesión comenzó en el pezón y se fue extendiendo progresivamente. No ha realizado ningún tipo de tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palpación mamaria normal. Mamografía normal. Biopsia cutánea informada de Enfermedad de Paget pigmentada de la mama (EPPM). Se practicó una mastectomía radical, encontrando en la pieza quirúrgica focos de carcinoma intraductal sin evidencia de infiltración en un área de 1,5x1cm. Ganglio centinela y PET-TAC negativos.

**Juicio clínico:** Enfermedad de Paget pigmentada de la mama.

**Comentario final:** La EPPM es una infrecuente variante clínicopatológica del carcinoma intraductal o del carcinoma mamario invasor extendido a la epidermis de areola y pezón (1-3). En la dermatoscopia se observa un patrón inespecífico con estructuras de regresión y la presencia de una pigmentación difusa e irregular (2). Esta pigmentación puede ser secundaria a una proliferación de melanocitos, a la fagocitosis de melanina por las células pagetoides o a la presencia de melanófagos en la dermis. El diagnóstico diferencial fundamental se debe realizar con el melanoma mediante criterios histológicos e inmunohistoquímicos (1-4), aunque se han descrito casos de EPPM positiva a marcadores de melanoma (5). El diagnóstico diferen-

cial también debe incluir el carcinoma de mama pigmentado, generalmente acompañado de nódulos subyacentes palpables bajo la pigmentación, el carcinoma basocelular pigmentado y las metástasis cutáneas pigmentadas de carcinoma mamario (1-3).

#### Referencias:

1. Requena L, Sangueza M, Sangueza OP, Kutzner H. Pigmented mammary Paget disease and pigmented epidermotropic metastases from breast carcinoma. *Am J Dermatopathol* 2002; 24: 189-98.
2. Torrijos-Aguilar A, Ramos-Fernández V, Hernández-Bel P, Ricart-Baya JM. Pigmentación asintomática de la mama. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(2):175-176.
3. Meyer-González T, Alcaide-Martin A, Contreras Steyls M, Mendiola M, Herrera-Acosta E, Herrera E. Pigmented mammary Paget disease mimicking cutaneous melanoma. *Int J Dermatol*. 2010 Jan;49(1):59-61.
4. Peterson F, Ivan D, Kazakov DV, Michal M, Prieto VG. Pigmented Paget Disease – A Diagnostic Pitfall Mimicking Melanoma. *Am J Dermatopathol*. 2009 May;31(3):223-6.
5. Park JS, Lee MJ, Chung H, Park JB, Shin DH. Pigmented mammary Paget disease positive for melanocytic markers. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Jul;65(1):247-9.

#### C25. TUMORACIÓN EN CODO IZQUIERDO DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN

Godoy Díaz Daniel Jesús<sup>1</sup>, Francia García-Calvo Antonio<sup>1</sup>, Fernández Ballesteros María Dolores<sup>1</sup>, Vera Casaño Ángel<sup>1</sup>, Sanz Trelles Andrés<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga

<sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga

**Introducción:** La fascitis isquémica o fibroplasia decubital atípica es una proliferación pseudosarcomatosa rara, de reciente descripción, observada en pacientes de edad avanzada e inmobilizados.

**Caso clínico:** Varón de 45 años que presenta una tumoración eritematosa, indurada, bien delimitada a nivel del codo izquierdo. Refiere la tumoración de 1 año de evolución pero de crecimiento progresivo en el último mes, en el que se asocia a parestias y disminución de la sensibilidad distal a la tumoración. Ante la sospecha de un tumor de partes blandas, realizamos toma de biopsia para anatomía patológica, en el que se aprecia una proliferación fibroblástica de carácter reactivo con un área extensa de necrosis isquémica en dermis profunda y tejido celular subcutáneo. Además se realizó biopsia de piel para microbiología resultando los cultivos negativos. En los estudios radiológicos se evidenciaba la profundidad de la lesión afectando la parte más profunda del tejido celular subcutáneo incluso llegando a afectar focalmente el músculo.

Tras revisión bibliográfica, se planteó la posibilidad de una fascitis isquémica, y refiriéndonos entonces el paciente el apoyo continuo de ese codo al dormir, le indicamos el cambio del hábito postural asociado a coderas de descarga, con el que el paciente mejoró significativamente de su cuadro.

**Comentarios:** La fascitis isquémica es un cuadro descrito con mayor frecuencia en pacientes inmobilizados, a modo de una tumoración de partes blandas sobre prominencias óseas expuestas a una presión continua. Es de gran utilidad la anatomía patológica en la que se observa necrosis con proliferación fibroblástica atípica, por lo que cabe realizar diagnóstico diferencial con un sarcoma. El manejo en casos en los que existe la posibilidad, el



tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa de la lesión. En todos los casos, es fundamental el cambio en los hábitos del paciente, así como dispositivos que eviten el apoyo continuado, consiguiendo una mejoría significativa como así ocurrió en nuestro paciente.

#### Referencias:

1. Komatsu M, Kosaka H, Yoshizaki Y, Ueda M. Ischemic fasciitis. *Journal of Dermatology* 2010; 37: 934–936.
2. K. Znati, A. Daoudi, H. Elfatemi, L. Chbani, S. Bennis, F. Boutayeb, A. Amarti. La fasciite ischémique. À propos d'un cas. *Annales de chirurgie plastique esthétique*. 2009;54:392–395.
3. Liegl B, Fletcher CD. Ischemic fasciitis: analysis of 44 cases indicating an inconsistent association with immobility or debilitation. *Am J Surg Pathol*. 2008 Oct;32(10):1546-52.

#### C26. MUTACIÓN CYLD C.1628\_1629DELCT EN FAMILIA CON SÍNDROME DE BROOKE SPLIEGEL

Arjona Aguilera Cintia, Jimenez Gallo David<sup>1</sup>, Ossorio García Lidia<sup>1</sup>, Albarrán Planelles Cristina<sup>1</sup>, Raquel de la Varga Martínez<sup>2</sup>, Linares Barrios Mario<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

<sup>2</sup> Unidad de Gestión de Inmunología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Antecedentes-objetivos:** El Síndrome de Brooke Spliegel (SBS) es una rara genodermatosis con alrededor de 52 casos publicados. Se debe a mutaciones del gen CYLD (gen de la cilindromatosis familiar), habiendo sido descritas unas 93 mutaciones.

**Material-métodos:** Realizamos una detallada anamnesis y exploración de nuestro caso índice, observándose múltiples pápulas redondeadas rosadas y asintomáticas en frente y cuero cabelludo. El diagnóstico dermatopatológico de varias lesiones extirpadas fue de cilindroma en un caso y espiadenoma en el resto. Entre sus antecedentes familiares reconoció lesiones parecidas en cabeza y rostro de su madre, dos hijas y una hermana de su padre. El estudio de sus dos hijas afectas demostró existencia de múltiples cilindromas en cuero cabelludo. El estudio genético de las tres mujeres resultó positivo para mutación CYLD en heterocigosis c.1628\_1629delCT.

**Discusión:** El SBS se caracteriza por la aparición progresiva de tumores anexiales múltiples, fundamentalmente tricoepiteliomas, cilindromas y espiadenomas. También se ha asociado a tumores de glándulas salivares. Generalmente se manifiesta a partir de la adolescencia con mayor incidencia en sexo femenino. El riesgo de malignización de estos tumores anexiales es bajo. Su etiología radica en mutaciones del gen CYLD del cromosoma 16q12q13. Es un gen supresor tumoral con un papel clave en la regulación de la inflamación y la división celular. Presenta un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia variable entre 66%-100%.

**Conclusiones:** Aportamos un nuevo caso de SBS asociado a la mutación CYLD en heterocigosis c.1628\_1629delCT, descrita previamente en una familia en 2008. La forma de presentación fue de espiadenomas y un cilindroma en nuestra paciente, y cilindromas múltiples en sus dos hijas. Es importante el diagnóstico y seguimiento de por vida dada la asociación infrecuente con neoplasias. El estudio del gen CYLD permite el diagnóstico molecular y la posibilidad de consejo genético adecuado.

#### C27. FACTORES DE RIESGO DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD/INSUFICIENCIA CUTÁNEA CRÓNICA O DERMATOPOROSIS

Montserrat García María Teresa<sup>1</sup>, Domínguez Cruz Javier<sup>1</sup>, Mozo Vargas Pedro<sup>1</sup>, De Zulueta Dorado Teresa<sup>1</sup>, Conejo-Mir Sánchez Julián<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Introducción:** El síndrome de fragilidad/insuficiencia cutánea crónica (SFICC) o dermatoporosis está asociado al envejecimiento y a otros factores como la exposición solar o la corticoterapia.

**Objetivos:** Identificar y cuantificar la relación entre distintos factores de riesgo y la presencia de SFICC.

**Metodología:** Estudio analítico observacional de casos y controles. Se incluyeron todos los individuos >18 años que acudieron a consulta como primera visita durante los meses de noviembre y diciembre de 2012 que no estuvieran diagnosticados previamente de SFICC. La muestra fue dividida en casos y controles en función del diagnóstico clínico o no, respectivamente, de SFICC. A todos los individuos de la muestra se les realizó un cuestionario valorando sus características epidemiológicas y diferentes posibles factores de riesgo para el SFICC. Se compararon las características entre los casos y los controles.

**Resultados:** Se incluyeron 187 individuos con edades entre 19 y 90 años, siendo la edad media de 50,72 años. El 34,8% eran >60 años. Se identificaron 60 casos de SFICC (32.2%), de los cuales el 73% eran de grado I. El 60% eran mujeres y el 40% hombres. El IMC medio fue 25,96. El fototipo más frecuente fue el 2 (63%). 91 individuos eran fumadores o exfumadores. Se ha observado una relación entre el SFICC y la edad (OR 72; IC95%:27-194,7), el sobrepeso (OR 2,3; IC95%:1,2-4,4), la ICC (OR 11,4; IC95%: 1,3-100,7) y la DM (OR 4,7; IC95%:1,3-16,4). Con respecto al tabaquismo en el grupo <60 años se observó una relación con el SFICC pero de una manera no significativa (OR 6,79; IC95%:0,8-58,1)

**Conclusiones:** El SFICC es un problema que podría estar siendo infradiagnosticado, sobre todo en sus fases iniciales. Es más frecuente en individuos con sobrepeso, ICC y DM. El tabaquismo podría ser un factor de riesgo en adultos menores de 60 años.

#### COMUNICACIONES ORALES

4ª Sesión. Sábado, 14 de marzo (16:30 – 18:00 hrs)

#### C28. HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA POR MINOCICLINA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

López Delgado David<sup>1</sup>, Almodovar Real Ana María<sup>1</sup>, Navarro Triviño Francisco José<sup>1</sup>, Retamero Díaz Juan Antonio<sup>1</sup>, Fernandez Pugnaire Maria Antonia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario San Cecilio

**Descripción del caso:** Mujer de 46 años con Artritis Reumatoide desde los 5 años de edad, hipertensa e insuficiencia renal. Ha tenido diversas complicaciones infecciosas debidas a intervenciones quirúrgicas por traumatología, en 2011 shock séptico secundario a infección de prótesis de rodilla por lo que se realizó amputación supracondílea y se añadió minociclina, tratamiento que se mantuvo hasta la fecha. A destacar en su tratamiento habitual, prednisona, denosumab y gabapentina.

Consulta por pigmentación cutánea azul-grisácea progresiva generalizada desde hace dos años.

**Exploración y pruebas complementarias:** Pigmentación difusa azul-grisácea generalizada más intensa en región facial y miembros. También en mucosa oral y láminas ungueales. Desta-

caba la mayor pigmentación en cicatrices y zonas donde inyectaba la heparina. El estudio anatomopatológico reveló depósitos de pigmento en capa basal.

**Juicio Clínico:** Hiperpigmentación por minociclina. Tratamiento: Se retiró el fármaco con discreta mejoría clínica a los 6 meses. Comentarios: La minociclina es un antibiótico usado en varios trastornos inflamatorios de la piel, como acné y rosácea. Es útil como tratamiento antibiótico de mantenimiento tras artritis sépticas para evitar recidivas, uso que tenía nuestra paciente. La hiperpigmentación es un efecto secundario dosis-dependiente de este fármaco que ha sido descrito tras su uso prolongado. La minociclina al oxidarse se oscurece y se acumula en tejidos como piel, mucosas, hueso, válvulas cardíacas y tiroides.

**Hay 3 tipos descritos:** Tipo I, coloración azulada en zonas postinflamatorias y cicatriciales; tipo II, azulado que afecta a piel sana; tipo III, coloración marrónácea en zonas fotoexpuestas. Presentamos un caso de hiperpigmentación generalizada por minociclina, una entidad rara de ver habitualmente en la piel, a pesar de ser conocidos sus efectos pigmentantes en otras zonas como en los dientes y de tener un diagnóstico diferencial anatomopatológico con otras entidades como dermatosis cenicienta, hiperpigmentación postinflamación y hiperpigmentación por amiodarona entre otras.

## C29. HALLAZGOS DERMATOLÓGICOS EN UNA SERIE DE PACIENTES EN TRATAMIENTO Prolongado CON HIDROXICARBAMIDA

Ildefonso Mendonça Francisco Manuel<sup>1</sup>, Arbelo Granado Elisa<sup>1</sup>, Rodríguez Fernández Alicia<sup>1</sup>, Rodríguez Pichardo Antonio<sup>1</sup>, Portero Frías María Ángeles<sup>1</sup>, Villar Rodríguez José Luis<sup>2</sup>, García Bravo Begoña<sup>1</sup>, Moreno Ramírez David<sup>1</sup>, Camacho Martínez Francisco<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UGC Dermatología Hospital Universitario Virgen Macarena

<sup>2</sup> UGC Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena

**Introducción:** La hidroxycarbamida (HU) es un citoreductor utilizado en el tratamiento de las Neoplasias Mieloproliferativas, de forma especialmente prolongada en las formas crónicas Philadelphia negativo. Los efectos secundarios cutáneos de la hidroxycarbamida son xerosis cutánea, alopecia difusa, melanoni-quia longitudinal, la denominada dermatopatía por HU, queratoderma palmoplantar, úlceras y displasias epiteliales (queratosis actínicas (QA) y carcinoma espinocelular). Actualmente no se conoce la incidencia de displasia epitelial en pacientes en tratamiento con hidroxycarbamida.

Este estudio tiene como objetivo principal definir a la prevalencia de displasia epitelial en los pacientes en tratamiento con HU, y como objetivos secundarios definir la prevalencia de otros efectos secundarios cutáneos en pacientes en tratamiento con HU.

**Material y métodos:** Se ha revisado todos los pacientes en seguimiento por la UGC de Hematología, con indicación para tratamiento con HU que cumplieran criterios diagnósticos de Trombocitemia Esencial [plaquetas > 450 x 10<sup>9</sup>/L; proliferación de línea megacariocítica con megacariocitos grandes y maduros sin aumento de granulopoyesis o eritropoyesis en la biopsia de médula ósea; ausencia de criterios diagnósticos de Policitemia Vera, Leucemia Mieloide Crónica, Mielofibrosis Primaria, o Síndromes Mielodisplásicos; presencia de mutaciones clonales JAK2 y CALR (la mutación en MPL actualmente pendiente en los casos JAK2 y CALR negativos)]. Los datos de estos pacientes se recogieron de las historias clínicas de las UGC de Hematología y Dermatología, y se completaron con informes de Anatomía

**Patológica. Se recogió las siguientes variables:** sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo de duración del tratamiento, y presencia de melanoni-quia, alopecia, xerosis, úlceras cutáneas, QA, cáncer cutáneo no melanoma y tipo histológico. Los datos fueron recopilados mediante Excel y el aná-

lisis estadístico fue realizado con el programa GNU PSPP versión 0.8.4.

**Resultados:** Se recogió un total de 117 pacientes, 71 mujeres (60,68%) y 46 varones (39,32%). La edad media al diagnóstico fue de 59 años (desviación típica 17,68, rango 17-92). Recibían tratamiento con HU y profilaxis/tratamiento antitrombótico 57 pacientes, HU y Anagrelida (ANA) 6 pacientes, ANA y profilaxis/tratamiento antitrombótico 14 pacientes, 1 paciente recibía otros tratamientos y 39 no precisaban tratamiento (bajo riesgo) salvo profilaxis antitrombótica. Entre las complicaciones terapéuticas 14 de los pacientes presentaron QA (12 con HU (20,69%), 1 con ANA+HU, y uno sin tratamiento (2,56%)). Con la prueba chi-cuadrado constatamos que existe evidencia estadísticamente significativa entre HU y QA (p=0,002). La proporción de carcinoma espinocelular en pacientes con HU fue de 6,3%.

No se comprobó este tipo de neoplasia en pacientes que no tomaban HU. Se verificó melanoni-quia y presencia de úlceras en 2 pacientes en tratamiento con HU (3,1%). No se registraron otros efectos secundarios cutáneos.

**Conclusiones:** El tratamiento con Hidroxiurea se asocia a la aparición de Queratosis Actínica. La prevalencia de Carcinoma Espinocelular en nuestra serie fue de 6,3%. Las úlceras y la melanoni-quia presentaron una prevalencia de 3,1%. No hemos comprobado otros efectos adversos cutáneos.

## C30. PITIRIASIS LIQUENOIDE CRÓNICA INDUCIDA POR ADALIMUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS GRAVE

Martínez Peinado C<sup>1</sup>, Galán Gutiérrez M<sup>1</sup>, Solorzano Mariscal R.<sup>2</sup>, Ruiz-Villaverde, Ricardo<sup>3</sup>, Extremera Castillo, Francisco<sup>1</sup>, Martínez Victoria JM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología Complejo Hospitalario de Jaén

<sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica Complejo Hospitalario de Jaén

<sup>3</sup>Servicio de Dermatología Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

**Introducción:** El desarrollo de las terapias biológicas ha revolucionado el manejo de una gran variedad de enfermedades inflamatorias, entre ellas la psoriasis. Inicialmente, los estudios de seguridad de estos fármacos se focalizaron principalmente en el riesgo de infecciones y el desarrollo de neoplasias. Sin embargo, recientemente, se han comunicado diversos casos de lesiones cutáneas inducidas por estos fármacos, cuya incidencia ha ido en aumento, resaltando la importancia de la piel como uno de los principales órganos diana de los efectos secundarios de estos tratamientos. Se han documentado con frecuencia reacciones en el punto de inyección, infecciones cutáneas, eccemas o reacciones psoriasiformes paradójicas, pero sólo cuatro casos de reacciones liquenoides han sido comunicados hasta la fecha. Presentamos el caso de un paciente con psoriasis que desarrolla un cuadro de pitiriasis liquenoide crónica durante el tratamiento con adalimumab que logramos controlar con la asociación de metotrexato.

**Caso clínico:** Varón de 45 años hipertenso, diabético y sin alergias a medicamentos, presenta historia de psoriasis en placas desde los 20 años por el que ha recibido múltiples tratamientos tópicos, sistémicos y biológicos (ustekinumab y etanercept) sin control de la enfermedad y con inicio de sintomatología articular. Inicia tratamiento biológico con Adalimumab, alcanzando PASI 0 a la octava semana y remisión de las molestias articulares. El paciente nos refiere semanas después la aparición de una erupción intermitente de pequeñas lesiones asintomáticas que no coinciden con procesos infecciosos ni se acompañan de sintomatología sistémica y que habían sido diagnosticadas de psoriasis en gotas. En la exploración observamos múltiples pápulas de aspecto liquenoide, eritematoescamosas de color pardo-rojizas que afectan predominantemente a tronco y raíz de miembros superiores e inferiores, respetando palmas y plantas. Las pruebas de laboratorio reflejaron resultados dentro de la normalidad. Con la sospecha diagnóstica de reacción liquenoide se realiza biopsia que es compatible con

pitiriasis liquenoide crónica. Tras revisión de la literatura, se decidió asociar tratamiento con Metotrexate 15 mg sc semanales con disminución progresiva de la dosis que finalmente se suspende a los 2 meses por resolución completa del cuadro que no ha vuelto a referir tras 6 meses de seguimiento.

**Discusión:** El uso de la terapia biológica en general está aumentando en el tratamiento de la psoriasis y de otras enfermedades inflamatorias inmunomediadas. Se ha puesto de manifiesto que los efectos secundarios cutáneos observados y relacionados con la administración de los anti TNF son más prevalentes de lo estimado. Describimos un nuevo caso de pitiriasis liquenoide crónica asociada al tratamiento con anti-TNF (Adalimumab) y se realiza una revisión de la literatura.

### C31. OXIBUTININA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS, RESULTADOS TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO

Millán Cayetano José Francisco<sup>1</sup>, Del Boz Javier<sup>1</sup>, Rivas Ruiz Francisco<sup>2</sup>, Hernández Ibáñez Carlos<sup>1</sup>, García Montero Pablo<sup>1</sup>, Blázquez Sánchez Nuria<sup>1</sup>, De Troya Martín Margdalena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

<sup>2</sup>Apoyo a la investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

**Introducción:** Aunque existen varias opciones terapéuticas disponibles para el manejo de la hiperhidrosis (HH), no siempre se consigue un control óptimo. En los últimos años se han realizado estudios sobre anticolinérgicos orales como la oxibutinina, con aparentemente buen perfil de efectividad y seguridad aunque sólo en tres de ellos hay un seguimiento a largo plazo. Estos estudios introducen dos pautas de tratamiento, la dosificación no progresiva y la progresiva, pero siempre según protocolos fijos.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad, el modo de dosificación y la seguridad a largo plazo de la oxibutinina oral para el tratamiento de la hiperhidrosis.

**Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo pacientes que iniciaron el tratamiento antes de diciembre de 2013. Valoramos la respuesta al tratamiento mediante la Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) al inicio, a los 3 y a los 12 meses recogiendo los efectos adversos acontecidos en los mismos periodos. Consideramos respuesta excelente la mejoría del HDSS en dos puntos, parcial la mejoría en un punto y fracaso la ausencia de cambio o el abandono del tratamiento.

**Resultados:** Obtuvimos una cohorte de 110 pacientes con una edad media de 33,6 años, localización predominantemente palmar, plantar y axilar. Entre los 3 y los 12 meses se perdió el seguimiento de 9 pacientes. De entre los pacientes en seguimiento respondió el 79,1% a los tres meses y el 62,4% al año, siendo la respuesta predominantemente excelente. El 77,3% presentaron efectos adversos a los 3 meses y el 69,8% al año, sin detectar ningún efecto adverso potencialmente grave. La pauta de dosificación progresivamente creciente e individualizada se relacionó significativamente con la continuación del tratamiento.

**Conclusión:** Teniendo en cuenta nuestros resultados y los de otros estudios podríamos decir que la oxibutinina oral es un tratamiento efectivo y seguro a largo plazo para la HH.

### C32. TRATAMIENTO DE LA TROMBOANGIITIS OBLITERANTE (ENFERMEDAD DE BUERGER) CON VASODILADORES DE ALTA POTENCIA

Ossorio García Lidia<sup>1</sup>, Jiménez Gallo David<sup>1</sup>, Albarrán Planelles Cristina<sup>1</sup>, Arjona Aguilera Cintia<sup>1</sup>, Linares Barrios Mario

<sup>1</sup>UGC Dermatología Hospital Universitario Puerta del Mar

**Descripción del caso:** Presentamos dos varones de 49 y 36 años con antecedentes de tabaquismo activo. Consultaron por

dolor intenso en dedos de manos con supuración y parestesias.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración mostraron escaras necróticas irregulares dolorosa en pulpejos de dedos de ambas manos. En ambos casos los pulsos periféricos de los miembros estaban conservados. Se solicitaron pruebas de laboratorio con resultado negativo. La arteriografía de miembros superiores mostraron vasos helicoidales anormales y lesiones estenóticas distales.

**Diagnóstico:** Enfermedad de Buerger o tromboangiitis obliterante (TAO).

**Tratamiento:** Además de la deshabituación tabáquica en ambos, en el primer caso, comenzamos el tratamiento con bosentan a una dosis de 62,5 mg/12 horas durante 4 semanas, aumentando posteriormente la dosis a 125 mg/12 horas mejorando el dolor y la necrosis digital progresivamente, con curación a los 3 meses de tratamiento sin recurrencia. En el segundo caso, se trató con alprostadil 40 µg/12 horas durante los primeros días y luego 60 µg/24 horas 21 días. Posteriormente pautamos tratamiento con sildenafil 20 mg/8 horas. Las lesiones sanaron por completo a los 3 meses y el dolor y las parestesias desaparecieron sin recurrencia de TAO hasta el momento.

**Comentario final:** La TAO o enfermedad de Buerger es una vasculitis oclusiva y segmentaria que afecta a arterias y a venas de pequeño y mediano calibre de las extremidades superiores e inferiores. Afecta sobre todo a varones jóvenes y en más del 95% de los casos el tabaco actúa como factor desencadenante del proceso y de su progresión. En cuanto a su tratamiento además del abandono del hábito tabáquico es necesario el uso de vasodilatadores de alta potencia, como iloprost, bosentan, sildenafil, o alprostadil. Los vasodilatadores de alta potencia orales, como bosentan o sildenafil pueden proporcionar una nueva arma terapéutica durante el proceso de abandono del tabaco.

### C33. LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Martínez García Eliseo A., Affleck Andrew<sup>2</sup>, Arias Santiago Salvador<sup>3</sup>, Rakvit Pariyawan<sup>2</sup>, Buendía Eisman Agustín<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de dermatología. Hospital de Baza, Granada

<sup>2</sup>Departamento de Dermatología. Ninewells Hospital, Dundee (Escocia)

<sup>3</sup>UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

<sup>4</sup>Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

**Introducción:** La elevada presión asistencial, asociada al limitado tiempo por paciente del que disponemos en nuestra consulta, favorece que los aspectos psicológicos asociados a las enfermedades dermatológicas sean frecuentemente pasados por alto, lo que puede conducir a resultados terapéuticos subóptimos. La utilización de un cuestionario, dirigido a pacientes que acuden a la consulta por primera vez, puede ser útil para valorar conocimientos e inquietudes en relación a su problema dermatológico, que de otro modo serían fácilmente ignorados.

**Objetivo:** Conocer los conocimientos, temores y expectativas de los pacientes que acuden a la consulta de dermatología.

**Material y métodos:** Dos hospitales participaron en un estudio prospectivo en el que se facilitaba a los pacientes un cuestionario preguntándoles sobre sus conocimientos, sus temores y sus expectativas respecto a su problema dermatológico. El cuestionario era rellenado por los pacientes en la sala de espera, siendo posteriormente examinado por el dermatólogo de forma rutinaria durante la consulta.

**Resultados:** 200 pacientes participaron en el estudio. El 74.4% de los pacientes describieron sus síntomas y el 34.7% describieron sus sentimientos respecto a su problema dermatológico.

co. El 85.5% de los pacientes señalaron tener preocupación o temor respecto a su problema dermatológico. La preocupación más común entre los pacientes fue el temor al cáncer (19.6%), seguido del temor a la persistencia del problema (18.6%), el temor a los síntomas (13.1%) y el temor a un futuro deterioro de la enfermedad (12.6%). El temor relativo a problemas estéticos, contagio a otras personas o aparición de cicatrices fue bajo. Sin embargo, los pacientes menores de 30 años tenían más miedo a la aparición de cicatrices (44.4% vs 7.8%,  $p < 0.05$ ). El miedo a infectar a otras personas fue más marcado en pacientes con patologías que afectaban a la zona genital (20% vs 1.57%). La expectativa más frecuente entre los pacientes era la de recibir un tratamiento que mejorase o resolviese su problema (75.4%). El 33.2% indicó su deseo de ser informado y tranquilizado. La mayoría de los pacientes tenían expectativas realistas, habiendo sólo un 5,5% de pacientes que esperaban una cura definitiva para una patología incurable. Como cabía esperar, el cuestionario no cambió el enfoque clínico o la decisión terapéutica en la mayoría de los casos, sin embargo, en 25 (12,6%) pacientes, el cuestionario modificó la decisión terapéutica. El 74,4% de los pacientes consideraron que el cuestionario les había sido útil.

**Conclusiones:** Nuestro estudio muestra que los pacientes frecuentemente acuden a la consulta con numerosos temores y expectativas, así como un conocimiento variable de su problema, incluyendo creencias erróneas. El conocimiento de las creencias individuales de cada paciente permite una discusión productiva durante la consulta, aclarando ideas erróneas y tranquilizando al paciente. El uso de un sencillo cuestionario previo a la consulta es una forma fácil y útil de mejorar la comunicación con el paciente y, en algunos casos, las respuestas pueden influenciar en los resultados de la consulta dermatológica. Creemos que el uso de este cuestionario ayuda a los pacientes a sacar el máximo partido de su cita en nuestra consulta, maximizando por tanto su satisfacción con la atención recibida.

### C34. NECESIDADES DESATENDIDAS EN PSORIASIS: FUNCIONAMIENTO SEXUAL

Molina Leyva Alejandro<sup>1</sup>, Ruiz Carrascosa José Carlos<sup>2</sup>, Naranjo Sintés Ramón<sup>2</sup>, Jiménez Moleón José Juan<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> UGC Dermatología. Hospital Torrecárdenas, Almería

<sup>2</sup> UGC Dermatología. Hospital San Cecilio, Granada

<sup>3</sup> Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública. Instituto de Investigación Biosanitaria IBS. Granada. Hospitales Universitarios de Granada/Universidad de Granada. Granada, Spain

<sup>4</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Granada. España

**Introducción:** En la últimos años existe un número creciente de comorbilidades físicas y psíquicas asociadas con la psoriasis. Intentar mejorar estas alteraciones no siempre se traduce en una mejora en la calidad de vida o simplemente no interesa al paciente. ¿Qué interesa/preocupa a los pacientes con psoriasis?

**Material y métodos:** Mediante una página web, "psoriasis365", evaluamos la interacción de los pacientes con psoriasis con diversos contenidos. Siendo el funcionamiento sexual el más popular. Posteriormente tras realizar una revisión sistemática de la literatura, realizamos un estudio de serie de casos comparativo, en el que se explora la prevalencia, posibles causas y factores de riesgo de disfunción sexual en pacientes con psoriasis moderada-grave.

**Resultados:** Los pacientes con psoriasis moderada-grave presentan un riesgo mayor de presentar disfunción sexual que la población normal odds ratio (OR) 5.5 (2.6-11.3;  $p < 0.001$ ). Factores psicológicos y físicos intervienen en este fenómeno. La psoriasis per se OR 2.9 (1.2-7.0;  $p < 0.016$ ) y concretamente ciertos patrones de distribución de las lesiones psoriásicas OR 7.9 (2.3 – 33.4;  $p < 0.001$ ), se asocian con un mayor riesgo de disfunción sexual. El perfil de riesgo del paciente con psoriasis y disfunción sexual comprende sujetos de sexo femenino, con psoriasis ex-

tensas, artritis psoriásica y alteraciones del estado de ánimo.

**Conclusiones:** El funcionamiento sexual es un área que interesa a los pacientes con psoriasis moderada grave, presentan una frecuencia elevada de alteraciones. El patrón de distribución de la psoriasis y las alteraciones del estado de ánimo pueden permitir identificar a sujetos con mayor riesgo de disfunción sexual en la práctica clínica habitual.

### C35. LUPUS CHILBLAIN: CLÍNICA, ENFERMEDADES ASOCIADAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN. NUESTRA EXPERIENCIA CON 9 PACIENTES

Navarro Triviño Francisco José<sup>1</sup>, Porriño Bustamante María Librada<sup>1</sup>, López Delgado David<sup>1</sup>, Rubi Uria Josefa<sup>2</sup>, Ortego Centeno Norberto<sup>1</sup>, Naranjo Sintés Ramón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario San Cecilio

<sup>2</sup> Hospital comarcal Motril-Santa Ana

**Objetivos:** estudio de las características epidemiológicas, clínicas, enfermedades asociadas, tratamientos administrados y su evolución clínica, de 9 pacientes con lesiones perniciosas del Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

**Metodología:** estudio retrospectivo de 9 pacientes con lesiones de lupus chilblain. Exploración clínica (tipo de lesión elemental, localización), analítica (incluidos estudios de autoinmunidad e hiperviscosidad), y estudio histológico de las lesiones sospechosas. La agrupación de datos nos permiten diferenciar la perniosis idiopática de la perniosis secundaria a enfermedades del tejido conectivo.

**Resultados:** Todos los pacientes son mujeres con edad media de 57 años. El 100% presentan fenómeno de Raynaud (en 2 y 3 fases). El 77.7% (7/9 pacientes) tienen afectación facial. En el 66.6% (6/9 pacientes) se observa la persistencia de las lesiones una vez finalizado el invierno, pero las lesiones mejoran y curan en las estaciones de calor. En el 100% de las pacientes fumadoras (2/2 pacientes), las lesiones se cronifican en el tiempo. El 66.6% (6/9 pacientes) presentan estudio de autoinmunidad positivo para ANA's. El 44.4% (4/9 pacientes) tienen DNAs positivos.

**Conclusiones:** La asociación de lesiones de perniosis y enfermedades del tejido conectivo (LES y Síndrome de Sjögren) es muy frecuente. El tabaco es considerado un factor de riesgo en la cronicidad de las lesiones. El estudio de crioglobulinas en los pacientes con perniosis no es necesario, dado que el resultado es negativo en todos los casos. El tratamiento con antipalúdicos mejora la clínica y analítica del LES/LEDC, pero no se observan los mismos resultados en las lesiones perniciosas. El micofenolato de mofetilo es una alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento del lupus chilblain. La cronicidad de las lesiones y la refractariedad de las mismas al tratamiento puede estar relacionado con la actividad de la conectivopatía.



## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA

### NORMAS GENERALES

ACTUALIDAD MÉDICA es una revista ([www.actualidadmedica.es](http://www.actualidadmedica.es)) centenaria de ámbito científico nacional e internacional que publica artículos de investigación clínica o básica, artículos de docencia y de opinión, cartas al editor, editoriales y comentarios en relación con las enfermedades y patologías que afectan al ser humano fundamentalmente en el ámbito de la medicina interna y otras especialidades médico-quirúrgicas.

Es la revista oficial de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, edita 3 números al año, y acepta manuscritos en español e inglés. Tiene una versión impresa (español) y otra on line (español o inglés). Esta revista se adhiere a las sugerencias del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas disponibles en <http://www.icmje.org/faq.html>

#### ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán ser remitidos por internet a través de la dirección [www.actualidadmedica.es](http://www.actualidadmedica.es) en el enlace de envío de manuscritos, debiéndose previamente registrar en dicha página y siguiendo las normas e instrucciones que aparecen en la misma. El texto del manuscrito (incluyendo primera página o página de título, abstracts, cuerpo del artículo, agradecimientos y referencias) deberán incluirse en un único archivo. Las figuras y tablas deberán adjuntarse en archivos separados, usando un archivo para cada tabla o figura.

#### NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA TIPO DE ARTÍCULO

##### ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Se considerarán trabajos de investigación clínica o básica todos aquellos relacionados con la medicina interna y con aquellas especialidades médico-quirúrgicas que representen interés para la comunidad científica. Los tipos de estudios que se estiman oportunos son los estudios de casos controles, estudios de cohortes, series de casos, estudios transversales y ensayos controlados. En el caso de ensayos controlados deberán seguirse las instrucciones y normativas expresadas en CONSORT disponible en <http://www.consort-statement.org>, o en otros similares disponibles en la web.

La extensión máxima del texto será de 3000 palabras que deberán dividirse en las siguientes secciones: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones. Además deberá incluir un resumen de una extensión máxima de 300 palabras estructurado en Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusiones. Se acompañará de 3 a 6 palabras clave, recomendándose para las mismas el uso de términos MeSH (Medical Subject Headings de Index Medicus/ Medline disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) y de términos del Índice Médico Español. Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de palabras médicas le recomendamos consulten el Diccionario de Términos Médicos editado por la Real Academia Nacional de Medicina. En total se admitirán hasta 40 referencias bibliográficas siguiendo los criterios Vancouver (ver más adelante). El número máximo de tablas y figuras permitidas será de 6. Una figura podrá estar a su vez formada por una composición de varias.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

##### ARTÍCULO ORIGINAL DE DOCENCIA

Se considerarán artículos docentes originales aquellos encaminados a mejorar y aportar nuevos datos sobre un enfoque práctico y didáctico de los aspectos docentes más importantes en las Ciencias de la Salud que ayuden a mejorar la práctica docente diaria.

La extensión máxima del texto será de 2500 palabras que deberá dividirse en los mismos apartados descritos con anterioridad para los Artículos Originales. Se acompañará de un resumen no estructurado de hasta 250 palabras. Se incluirán de 3 a 6 palabras clave. El número máximo de referencias será de 20. Se podrá acompañar de hasta 3 tablas o figuras en los casos precisos.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

##### ARTÍCULO DE REVISIÓN

Son artículos que de forma sistemática intentan mostrar las evidencias más actuales sobre un tema de interés médico o médico-quirúrgico, tratando de establecer una serie de pautas a seguir en determinadas patologías. Los artículos de revisión podrán ser solicitados al autor de forma directa por parte del Comité Editorial (Editor y Editores Asociados) o bien remitidos de forma voluntaria por los autores. Los artículos de este tipo serán revisados por el Comité Editorial, por algún miembro del Comité Asesor/Científico y por Revisores externos.

La extensión máxima del artículo será de 4000 palabras divididas en una Introducción, Cuerpo o Síntesis de la revisión (podrán usarse los apartados y subapartados que se estimen oportunos) y Conclusiones. El resumen no tendrá que ser estructurado, con un máximo de 300 palabras; Se añadirán de 3 a 6 palabras clave. Se permitirán hasta 50 referencias bibliográficas y hasta 10 tablas o figuras.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

#### CASOS CLÍNICOS

Se permitirá la elaboración y envío de casos clínicos interesantes y que tengan un mensaje que transmitir al lector. No se contemplarán casos clínicos habituales sin interés para la comunidad científica. La longitud máxima de los casos será de 1500 palabras distribuidas en una Introducción, Caso Clínico y Discusión. El resumen tendrá una extensión máxima de 150 palabras y no necesitará ser estructurado. Se permitirá un máximo de 3 figuras o tablas. El número máximo de referencias bibliográficas será de 10.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

#### CARTAS AL EDITOR

Los artículos incluidos en esta sección podrán ser comentarios libres sobre algún tema de interés médico o bien críticas a artículos recientemente publicados (últimos 6 meses) en la revista ACTUALIDAD MÉDICA. Se aceptarán de manera excepcional críticas o comentarios publicados en otras Revistas si tienen un interés médico evidente. La extensión máxima del texto enviado serán 500 palabras sin estructurar. No es necesario incluir resumen ni palabras clave. Se podrá incluir 1 figura o tabla acompañando a la carta. Como máximo se permiten 5 citas bibliográficas.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

#### CRÍTICA DE LIBROS

En esta sección se permitirá la crítica y comentarios sobre un libro de ámbito médico o médico-quirúrgico en el que se destaquen los aspectos formales y científicos más importantes, así como las aportaciones fundamentales del mismo a la práctica clínica. Su extensión máxima será de 500 palabras. No es necesario resumen, palabras clave y no se permitirán tablas ni figuras, salvo la portada del libro. El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx)

#### CARACTERÍSTICAS FORMALES EN LA REDACCIÓN DEL MANUSCRITO

Cada trabajo, en función del tipo de artículo anteriormente expresado, deberá estar estructurado según se ha comentado anteriormente. De forma general los trabajos deberán ir escritos en folios tamaño DIN A4 con una letra 10, tipo Times New Roman, con unos márgenes de 2.5cm y un interlineado de 1.5 con una justificación completa. Los artículos podrán enviarse en Español o Inglés, que son los dos idiomas oficiales de la revista.

Durante la elaboración del manuscrito podrán realizarse abreviaturas, previamente especificadas y aclaradas durante la primera aparición de la misma. Se recomienda uso de abreviaturas comunes en el lenguaje científico. No se permitirá el uso de abreviaturas en el título ni el resumen, únicamente en el cuerpo principal del manuscrito. Se deberá hacer especial hincapié en la expresión correcta y adecuada de las unidades de medida.

La terminología usada en Actualidad Médica está regulada por el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina.

Se considera fundamental y norma editorial la elaboración de un manuscrito que siga las instrucciones anteriormente mencionadas en cuanto a la estructura de cada uno de los tipos de artículos. La estructura general de envío de los artículos será la siguiente:

- Página inicial o Página de Título
- Deberá incluirse un Título sin más de 90 caracteres que sea lo suficientemente claro y descriptivo

- Nombre y Apellidos de los autores
- Indicar las Instituciones en las que Trabajan o proceden los autores
- Incluir el nombre completo, dirección, e-mail y teléfono del Autor para la Correspondencia

- Título breve: Sin superar los 50 caracteres
- Añadir el número de palabras sin incluir el abstracts y el número de tablas y figuras si procede

- Segunda página o Página de Resumen y palabras clave

Se deberá incluir un Resumen si procede según el tipo de manuscrito elegido, en el que deberá incluirse unos Objetivos (indicar el propósito del estudio de forma clara y breve), Métodos (indicando el diseño del estudio, pruebas realizadas, tipo de estudio, selección de pacientes y estudio estadístico), Resultados (los más significativos con su estudio estadístico correspondiente) y Conclusiones (énfasis en lo más importante de lo obtenido en el estudio).

A continuación se incluirán de 3 a 6 palabras clave.

- Tercer página o Página de Resumen y palabras clave en Inglés.

Siguendo las mismas recomendaciones anteriormente descritas pero en Inglés.

- Texto y Cuerpo del manuscritos con sus diferentes apartados
- Introducción: Se incluirán los antecedentes más importantes, así como los objetivos del estudio a realizar.

- Material y Métodos: Es la parte fundamental y más crítica del manuscrito. Es conveniente especificar el periodo de estudio, el tipo de población, el diseño del estudio, los procedimientos e instrumentos utilizados en el estudio, así como especificar los criterios de inclusión y de exclusión en el estudio. Deberá incluirse el tipo de estudio estadístico realizado según las características de las variables analizadas y estudiadas. Además se añadirá si cumple con los requisitos éticos del comité del centro donde se ha llevado a cabo el estudio.

- Resultados: Deben ser claros, concisos y bien explicados. Se intentará resumir parte de ellos en tablas para evitar confusión durante su lectura. Se recomienda no repetir información de las tablas o gráficos en el texto.

- Discusión: Deberán discutirse los resultados obtenidos con respecto a los datos existentes en la literatura de una forma clara y científicamente adecuada. Se evitará repetir comentarios o datos contemplados en los apartados anteriores en la medida de lo posible.

- Conclusiones: Se deberán destacar los aspectos más importantes de los datos obtenidos de forma breve y con mensajes directos.

- Agradecimientos

- Referencias o Bibliografía: Se incluirán las citas que el autor o autores hayan utilizado en la elaboración del manuscrito y quede constancia de ellas en el texto. Deberán ser ordenadas según su aparición en el texto y ser incluidas dentro del mismo entre paréntesis y con números arábigos. En general, se deberán referenciar siguiendo las normas Vancouver. Se expresan diferentes ejemplos a continuación para facilitar la labor de los autores. En caso de que su tipo de cita no aparezca entre los ejemplos le rogamos revise las normas Vancouver.

- Artículo: Deberán incluirse todos, a menos que haya más de 6, en cuyo caso se pondrán los tres primeros y et al. Ej: Nisengard R, Bascones A. Invasión bacteriana en la enfermedad periodontal. Av odontotoestomatol. 1987; 3: 119-33

- Suplemento de un volumen: Shen HM, Zhang KF. Risk assesment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect. 1994; 102 Supl 1: 275-82.

- Suplemento de un número: Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem. 1995; 32 (Pt 3): 303-6.

- Artículo en prensa: Deberá referenciarse igual que un artículo, pero añadiendo en la medida de lo posible el doi del artículo. Ej: Arrabal-Polo MA, Arias-Santiago S, Arrabal-Martin M. What is the value of bone remodeling markers in patients with calcium stones? Urol Res. doi: 10.1007/s00240-012-0511-1

- Libros: Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Saunders: Philadelphia; 1984

- Capítulo de libros: Takey H, Carranza FA Jr. Treatment of furcation involvement and combined periodontal endodontic therapy. En Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Saunders: Philadelphia; 1984.

- Editores o compiladores como autores: Norman JJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.

- Documento de Internet: Donaldson L, May, R. Health implications of genetically modified foods [citado 1 de enero. 2013]. www.doh.gov.uk/gmfood.htm

- Tablas

Deberán realizarse siguiendo los mismos criterios en cuanto a tamaño y tipo de letra, así como interlineado. Cada tabla será incluida en una página en solitario y deberá ser numerada de forma correlativa a su aparición en el texto con números arábigos. Deberá llevar un título explicativo del contenido de la misma de manera clara y concisa. El formato de realización de las tablas será .doc o .docx.

- Figuras

Tanto gráficos como fotografías, dibujos o esquemas se consideran figuras. Deberán numerarse según el orden de aparición en el texto. Cada una de las figuras llevará un título explicativo de las mismas, que deberá incluirse en el cuerpo principal del manuscrito tras las Referencias o Bibliografía. Cada figura deberá enviarse en un archivo individual principalmente en formato .tiff o .jpg con una calidad de al menos 300 dpi. Se añadirá además un pie de figura explicativo.

## RESPONSABILIDADES Y PRINCIPIOS ÉTICOS

### TRABAJOS CON PERSONAS Y ANIMALES

Es importante aclarar y dejar por escrito en los manuscritos cuando se realizan estudios con seres humanos si los mismos han sido realizados siguiendo los criterios establecidos en las normas éticas del comité de experimentación del centro responsable donde se ha llevado a cabo el estudio y respetar la Declaración de Helsinki de 1975 (se puede consultar en <http://www.wma.net/es/10home/index.html>). No se permite dar cualquier dato o señal que pueda identificar de manera evidente cualquier nombre o identidad de paciente o sujeto implicado en el estudio. En el caso de experimentos realizados con animales se deberá indicar las pautas seguidas según la institución en la que se han llevado a cabo los mismos, así como especificar si ha seguido alguna norma o ley nacional o internacional sobre el trato de los animales de experimentación.

### PERMISOS

En el caso de que el autor o autores de un trabajo quieran presentar algún gráfico, tabla o dato de publicaciones ya presentadas deberán obtener por ellos mismos el permiso correspondiente para poder hacerlo. Dicho permiso tendrá que quedar reflejado por escrito y puesto en conocimiento del Editor de la revista ACTUALIDAD MÉDICA. En el caso de que una institución o patrocinador haya participado en el estudio se requiere de forma explícita su permiso para la publicación de los resultados de la investigación. En el caso que se presente información relativa a un paciente cuya identidad pueda verse afectada por la publicación de diversos datos, se requerirá por escrito el consentimiento del mismo.

### DUPLICACIÓN DE MATERIAL

La revista ACTUALIDAD MÉDICA no acepta material previamente publicado. En el caso de haber remitido el manuscrito a varias revistas en el mismo instante deberá ser notificado por escrito al Editor. El plagio o autoplagio es un delito que está tipificado como delito en nuestro código judicial. En el caso de que se realice una publicación que complete otra previamente publicada deberá especificarse como referencia bibliográfica y quedar perfectamente explicado en la redacción del texto.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es importante que los autores comenten al final del apartado de Material y Métodos que los pacientes incluidos en el estudio han dado su consentimiento a participar el mismo tras haber sido informados con detalle del mismo. El editor de Actualidad Médica si lo estima oportuno podrá solicitar una copia de este consentimiento informado a los autores.

### CONFLICTO DE INTERESES

En determinadas ocasiones puede existir una relación económica, profesional o de otra índole entre los autores del trabajo con la industria farmacéutica o con otras instituciones que hacen que surja un conflicto de intereses. En el caso de existir dicho conflicto, deberá ser especificado en la página del Título (como se especificó anteriormente) y cumplimentarse de forma correcta el documento de Conflicto de Intereses específico (ver documento) por parte de los autores y remitirse firmado al Editor de la revista ACTUALIDAD MÉDICA. Habrá que mencionarse el tipo de relación y de participación de las fuentes de financiación. En el caso de que no exista ningún tipo de conflicto de intereses deberá especificarse de igual modo.

### AUTORÍA

Entre la lista de autores que componen un artículo deberán incluirse aquellos que han participado en la elaboración del mismo (ver documento). En el caso de artículos originales y de docencia se recomiendan 6 autores como máximo, aunque se aceptarán sugerencias de un mayor número. Para el resto de tipos de publicación se considera 4 autores como un número aceptable. Cada uno de los autores deberá especificar de forma precisa la manera en la que desea que se citen sus apellidos (bien el primer apellido, los dos apellidos o los dos apellidos unidos por un guión). En el caso que la revista lo requiera se deberá especificar el tipo y grado de participación de cada autor en el manuscrito.

### DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y PROCESO EDITORIAL

#### COPYRIGHT

La Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental como propietaria de la revista ACTUALIDAD MÉDICA se encargará de salvaguardar los derechos de la autoría del manuscrito. Se leerán a los autores los derechos de autoría y de cesión de los mismos a la revista ACTUALIDAD MÉDICA, mediante la cumplimentación del correspondiente documento (ver documento). El autor de correspondencia estará obligado a declarar si se trata de un trabajador para el gobierno de Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos o algún tipo de relación contractual con estas instituciones. En el caso de ser empleado en los Estados Unidos deberá especificarse el número de contrato, y si la investigación ha recibido fondos de los EEUU o algún autor pertenece al Howard Hughes Medical Institute deberá especificarse obligatoriamente.

La firma y aprobación del copyright incluirá:

- Responsabilidad y garantía del autor: El autor garantiza que todo el material remitido a



ACTUALIDAD MÉDICA es original e inédito y que los mismos no han sido publicados por otra revista o en otro tipo de material. En el caso de que parte del contenido haya sido publicado deberá informarse y quedar incluido en el manuscrito. El autor garantiza que todos los datos expresados no vulneran derechos de terceros y que autoriza a ACTUALIDAD MÉDICA para la explotación de los mismos si fuese necesario.

- Cesión de derechos de explotación: El autor cede a la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental todos los derechos de explotación que surjan de los trabajos seleccionados para su publicación en ACTUALIDAD MÉDICA, así como cualquier producto derivada de la misma, en relación con la difusión, transformación, adaptación y traducción fundamentalmente. Estas consideraciones se encuentran en el vigente Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual.

Por tanto, el autor no podrá publicar ni difundir trabajos aceptados en ACTUALIDAD MÉDICA sin la autorización expresa por escrito de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.

#### PROCESO EDITORIAL Y DE REVISIÓN

ACTUALIDAD MÉDICA recibe a través de plataforma digital los manuscritos y una vez revisados informará a los autores de su aceptación, rechazo o proceso de revisión si es pertinente. El proceso de revisión se inicia con la recepción del trabajo que será evaluado formalmente por el Editor o Editores asociados. Posteriormente será remitido al menos a dos revisores externos o del Consejo Rector o Comité Científico de manera ciega, sin que aparezcan los nombres de los autores ni su procedencia ni los centros de los mismos, para salvaguardar una revisión objetiva y correcta de los revisores. Una vez obtenido el informe de los revisores externos, el Comité Editorial tomará una decisión que se le hará llegar al autor. Este primer proceso de revisión se llevará a cabo en un plazo máximo de 2 meses. En el supuesto de que el artículo precisara de cambios, modificaciones o revisiones se notificará a los autores y se dará un tiempo para el mismo que dependerá del número de cambios exigidos. Cuando se remita la versión modificada deberá indicarse en la misma los cambios en otro color y se acompañará de una carta de respuesta a los revisores donde se expondrá de manera clara las modificaciones realizadas.

El Comité Editorial de la revista ACTUALIDAD MÉDICA se reserva el derecho a realizar algún cambio o modificación en el manuscrito con el beneplácito y aprobación de los autores sin que haya un cambio en su contenido principal. Esto se llevará a cabo con el objetivo de mejorar la calidad de los manuscritos publicados en la revista.

Tras la aceptación del artículo correspondiente se remitirá a la imprenta que enviará al autor una prueba del artículo. El autor deberá comprometerse a revisar la prueba y dar su visto bueno, así como indicar fallos y modificaciones de imprenta en menos de 48 horas. En este momento no se permitirá ya ningún cambio en el contenido científico del artículo ni en el número u orden de los autores.

En el caso de que se detecten erratas o fallos en la publicación definitiva, el Comité Editorial de acuerdo con los autores del artículo procederá a una aclaración pertinente en el siguiente número de la revista en el que se haya publicado el artículo.

En el caso extremo en el que los autores quieran realizar cambios no permitidos antes de la publicación definitiva del artículo o vulneren los principios anteriormente comentados, el Comité Editorial de ACTUALIDAD MÉDICA tendrá la potestad para no publicar el artículo.

#### AGRADECIMIENTO Y LISTADO DE REVISORES

En el último número del año de la revista aparecerá un listado de los revisores que de forma altruista y desinteresada han llevado a cabo el proceso de revisión externa de los artículos de ese año natural. En agradecimiento a su labor se les enviará un diploma de revisor de ACTUALIDAD MÉDICA. El Comité Editorial y Científico incorporará nuevos revisores cada año y está abierto a las sugerencias de los mismos con el fin de mejorar la calidad científica de la revista.

#### POLÍTICA EDITORIAL Y PUBLICIDAD

La revista ACTUALIDAD MÉDICA se reserva el derecho de admitir publicidad comercial relacionada con el mundo de las Ciencias de la Salud si lo cree oportuno.

ACTUALIDAD MÉDICA, su Consejo Editorial y Científico y la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental no se hacen responsables de los comentarios expresados en el contenido de los manuscritos por parte de los autores.

El Comité Editorial.

Diciembre de 2012.





Real Academia de Medicina y Cirugía  
de Andalucía Oriental  
Granada

# ACTUALIDAD M É D I C A

www.actualidadmedica.es

... desde **1911**

**Publicación centenaria**  
médico científica de ámbito  
nacional e internacional

Artículos de **investigación**  
básica o clínica, **casos clínicos**,  
docencia y opinión

**Edición de suplementos**  
específicos para congresos  
y reuniones

El Comité Editorial invita a todos los médicos colegiados en Andalucía a que publiquen los resultados de su experiencia clínica e investigación en Actualidad Médica, revista cuatrimestral fundada en Andalucía hace 103 años, actualmente incorporada al modelo de Open Journals y con sistema de revisión por pares, que cuenta con una amplia difusión en el mundo académico y de la salud de España y América

[www.actualidadmedica.es](http://www.actualidadmedica.es)  
EDICIÓN IMPRESA Y EDICIÓN ONLINE

---

# ACTUALIDAD M É D I C A

[www.actualidadmedica.es](http://www.actualidadmedica.es)

---



**Real Academia de Medicina y Cirugía  
de Andalucía Oriental  
Granada**