

INDICE II

47. Tiñas Incógnito. Sesión Clínica en Unidad de Gestión Clínica de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.Granada.Diciembre 2014

48. Acropigmentación dorsal mojitera de Galvañ-Linares.Una variante de Fitofotodermatosis por la lima, atribuída a los mojitos.Actual Med. 2015;100(794).Supl 6-24.Reunión Andaluza de la AEDV .Jaén.Marzo 2015

48.1. Resumen comunicación

48.2. Resumen comunicación II

49. Acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos.Una fitofotodermatosis por lima. Actas dermosifilográficas 107 (2016), pp. 253-255.

50. Pénfigo herpetiforme.Dificultad diagnóstica. Reunión Andaluza AEDV.Marbella.Marzo 2016

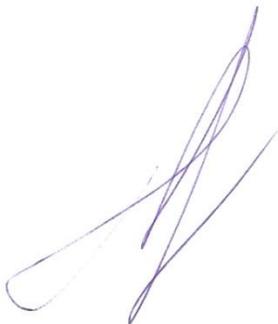
51. Pénfigo herpetiforme con anticuerpos anti-desmogleína 1 y 3. Actas Dermosifilográficas Octubre (2016).pp 785-786

52. Discromía paradójal inducida por rayos ultravioletas. Primer caso observado en España. CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN – CASO CLÍNICO.

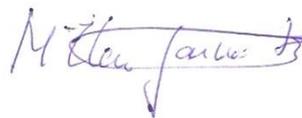
53. Taller Examen Micológico directo. Marbella 2018

DR JOSE IGNACIO GALVAÑ PEREZ DEL PULGAR

HA IMPARTIDO LA SESIÓN CLÍNICA TITULADA “**TIÑAS INCOGNITO**” DENTRO DE LA ACTIVIDAD DE FORMACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES EL 3 DE DICIEMBRE DE 2014 .



FDO: DR. JESÚS TERCEDOR SÁNCHEZ
TUTOR CLÍNICO DE UGC DERMATOLOGÍA



DRA. ELENA GARCÍA LORA
JEFA UGC DERMATOLOGÍA



REUNION ANUAL DE LA SECCION ANDALUZA DE LA ACADEMIA
DE DERMATOLOGIA Y VENEREOLOGIA
JAÉN 13 Y 14 DE MARZO 2015

Certificamos que

Los Firmantes :

GALVAÑ PÉREZ DEL PULGAR JOSÉ IGNACIO

DERMACHAT (GRUPO ESPAÑOL DE CONSENSO ON LINE EN DERMATOLOGÍA) (España).
LINARES BARRIOS MARIO*; **RUSSO DE LA TORRE FRANCISCO***, **NIETO MONTESINOS ISABEL***,
TABERNER FERRER ROSA*, **GALVAÑ POZO JI****, **AZAÑA DEFEZ JM***; **ALMAZÁN FERNÁNDEZ FCO** ; **RÓDENAS LÓPEZ JM**.

* DERMACHAT (GRUPO ESPAÑOL DE CONSENSO ON LINE EN DERMATOLOGÍA) (España). ** FACULTAD DE MEDICINA.UNIVERSIDAD DE SZEGED.HUNGRÍA.

Han presentado la Comunicación. :

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

En la :

**REUNION ANUAL DE LA SECCION TERRITORIAL ANDALUZA DE LA
ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA.**

**RECONOCIDAS DE INTERES CIENTÍFICO SANITARIO POR LA CONSEJERIA DE SALUD
DE LA JUNTA DE ANDALUCIA.**

**CELEBRADAS EN EL HÓTEL INFANTA CRISTINA DE JAÉN
LOS DIAS 13 Y 14 DE MARZO DE 2015**

Dra. Rosa Ortega del Olmo

Presidenta Sección Territorial Andaluza de la AEDV.

Dr. Francisco Extremera Castillo.

Coordinador de la Reunión Andaluza de la AEDV. Jaén 2015.

Secretaría Técnica: Arrayanes Viajes y Congresos, S.L. Avda. de Madrid.3. Bajo.18012 Granada.
Tel: 958 295250. Mail: v_arrayanes@infonegocio.com. Web : www.viajesarrayanes.com

[Volver al índice](#)

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 Carolina¹, Carrizosa Esquivel Ana María¹, Pulpillo Ruiz Águeda², Conejo-Mir Julián², Camacho Francisco M.³

¹ UGC Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

² 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 periodo 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 evitando 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 Patricio¹, López Navarro Norberto¹, Aguilera Arjona José², De Galvez Aranda María Victoria², González Saavedra José Andrés¹, Herrera Ceballos Enrique¹

¹ Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

² Laboratorio de Fotobiología Dermatológica. Facultad de Medicina. Málaga

Introducción: La erupción lumínica polimorfa (ELP) es la forma más frecuente de fitodermatosis 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 Ignacio¹, Linares Barrios Mario¹, Russo de la Torre Francisco¹, Nieto Montesinos Isabel¹, Taberner Ferrer Rosa¹, Galvañ Pozo JI², Azaña Defez JM¹, Almazán Fernández Fco., Ródenas López JM.

¹ Dermachat (Grupo Español de Consenso On Line en Dermatología) (España).

² 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.

B. Monteagudo^{a,*}, A. Varela-Veiga^a, J.Á. Vázquez-Bueno^b y A.M. Porta^c

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

^c Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.017>

Acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos: una fitofotodermatosis por lima



Acropigmentation of the Dorsum of the Hands From Preparing Mojitos: A Lime-Induced Phytophotodermatosis

Sra. Directora:

La fitofotodermatosis fue descrita en 1942 por Klaber como una reacción cutánea a la exposición solar tras el contacto previo con plantas, por reacción fototóxica a furocumarinas y derivados de las antraquinonas¹. Las especies vegetales que más comúnmente causan este tipo de reacción son el apio (familia umbelífera), seguido de la lima y el limón (familia de las rutáceas).

Se presenta una serie de 9 pacientes cuyas características epidemiológicas se definen en la [tabla 1](#) con manifestaciones clínicas similares consistentes en pigmentación irregular homogénea en dorso de manos ([figs. 1 y 2](#)). La edad media

fue de 25,5 años, el rango de 14-41 años y la desviación típica de 9,8 años. Las lesiones fueron asintomáticas con ausencia de signos de eczema, todos los pacientes presentaban como antecedente común a su aparición la preparación de mojitos, con un intervalo variable de 7-14 días en la mayoría de los casos. Como dato curioso, referir que ningún paciente relacionó la aparición de sus lesiones con la elaboración de combinados, siendo unánime la sorpresa al ser preguntado si había realizado esta bebida días antes.

Proponemos la denominación acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos para definir una variante de



Figura 1 Hiperpigmentación homogénea en dorso del primer dedo de ambas manos, asintomáticas, que se iniciaron varios días tras realizar mojitos en una fiesta en la playa.



Figura 2 Hiperpigmentación irregular en dorso de ambas manos que aparecieron 3 días después de la manipulación de mojitos en una boda y exposición franca al sol en unos jardines colindantes.

Tabla 1 Características epidemiológicas de los pacientes con acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos

Número de paciente	Sexo	Edad	Antecedentes personales	Dedicación profesional a la elaboración de mojitos	Intervalo de tiempo entre la exposición y la aparición de la clínica
1	Mujer	23	No	No	7 días
2	Mujer	25	Alergia a los ácaros del polvo	No	7 días
3	Mujer	31	Alergia al melocotón	No	7 días
4	Mujer	19	Alergia a los ácaros del polvo	No	21 días
5	Varón	41	No	No	10 días
6	Varón	40	No	No	10 días
7	Mujer	21	No	No	7 días
8	Mujer	14	No	No	14 días
9	Mujer	16	No	No	14 días

fitofotodermatitis o fototoxicidad ocupacional en dorso de manos de camareros que realizan combinados con lima como son los «mojitos» (fig. 1). Este cóctel, cada vez más popular en nuestro país, está compuesto de la combinación de ron, agua de Seltz, hierbabuena, azúcar y lima. Dado que no es una reacción inmunológica, es innecesaria una sensibilización previa y cualquier persona puede verse afectada.

La fitofotodermatitis inducida por el jugo de la lima es largamente conocida. Esta fruta perteneciente a la familia de las rutáceas contiene compuestos fotosensibilizantes, siendo el bergapteno y psoraleno los máximos responsables², predominando su contenido en la cáscara³. El mecanismo de fototoxicidad observado con estas furocumarinas está bien descrito. Típicamente, la lima induce una fitofotodermatitis que puede manifestarse de manera aguda con eritema y formación de vesículas a las 12-36 h tras exposición del psoraleno a la radiación ultravioleta ocasionalmente dolorosa. Lo habitual es que la fase aguda produzca hiperpigmentación, según los casos, con excepcional formación de cicatrices. 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. La causa de la pigmentación puede ser el resultado de una estimulación del melanocito o como mecanismo secundario al daño del melanocito de forma que se genera una incontinencia pigmentaria³. El tratamiento sintomático es suficiente en la mayoría de los casos.

Dentro de las fitofotodermatitis cuyo agente implicado sea la lima, hay casos referidos como los relacionados con la práctica habitual de usar lima en el ritual de beber cierto tipo de cervezas mejicanas⁴. Esta fruta se utiliza en la cocina, aunque últimamente es muy popular su uso como ingrediente en ciertos cócteles como la fabricación de mojitos⁵. En nuestros casos, la lima es el agente etiológico de esta fitofotodermatitis en personas aficionadas o auténticos *barman* que se exponen a la luz solar tras preparar mojitos, bebida cubana inventada en la época de la ley seca estadounidense, cuando quienes querían beber alcohol de forma legal tenían que viajar fuera de los EE.UU. siendo Cuba uno de los destinos favoritos.

Dentro del diagnóstico diferencial y la historia clínica de este tipo de lesiones, además de descartar contacto con higos, limones, geranios o hierba de San Juan como otras causas de fitofotodermatitis, es importante indagar si es aficionado o profesional en el arte de hacer mojitos. No hay que olvidar que debido al polimorfismo de este tipo de fototoxia existen múltiples diagnósticos diferenciales que van desde la dermatitis de Berloque por el aceite de bergamota contenido en los perfumes, la dermatitis friccional y, en ocasiones, hasta con abusos sexuales^{6,7}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos agradecer a los Dres. Russo, Azaña, Martín Gorgojo, Taberner, Nieto y Jiménez Gallo, al igual que al resto del grupo DERMACHAT su ayuda en la elaboración de este artículo.

Bibliografía

1. Klaber RE. Phytophotodermatitis. *Br J Dermatol.* 1942;54:193-211.
2. Nigg HN, Nordby HE, Beier RC, Dillman A, Macías C, Hansen RC. Phototoxic coumarins in limes. *Food Chem Toxicol.* 1993;31:331-5.
3. Wagner AM, Wu JJ, Hansen RC, Nigg HN, Beiere RC. Bullous phytophotodermatitis associated with high natural concentrations of furanocoumarins in limes. *Am J Contact Dermat.* 2002;13:10-4.
4. Flugman SL. Mexican beer dermatitis: A unique variant of lime phytophotodermatitis attributable to contemporary beer-drinking practices. *Arch Dermatol.* 2010;146:1194-5.
5. Schmutz JL, Trechot P. Lime, beer and phytophotodermatitis. *Ann Dermatol Venereol.* 2012;139:81.
6. Coffman K, Boyce WT, Hansen RC. Phytophotodermatitis simulating child abuse. *Am J Dis Child.* 1985;139:239-40.

7. Roth LM, Levin EH, Schwartz Ah Roth DJ. Phytophotodermatitis due to puncture from lime tree thorn. *South Med J*. 2007;100:544–5.

J.I. Galvañ-Pérez del Pulgar^{a,*}, M. Linares-Barrios^a
y J.I. Galvañ-Pozo Jr.^b

^aDERMACHAT (Grupo Español de Consenso on-line en Dermatología), España

^bFacultad de Medicina, Universidad de Szeged, Szeged, Csongrád, Hungría

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: galvanderma@telefonica.net
(J.I. Galvañ-Pérez del Pulgar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.015>

Melanoma con fenómeno de Meyerson: características clínicas y dermatoscópicas



Melanoma With Meyerson's Phenomenon: Clinical and Dermoscopic Features

Sr. Director:

Presentamos una mujer de 75 años de edad con antecedente de insuficiencia venosa en los miembros inferiores. Consultó por una lesión localizada en el tobillo izquierdo, de un año de evolución, que en la última semana había presentado eritema y prurito. Al examen físico se observaba una lesión ligeramente sobreelevada, de color azul oscuro y marrón, asimétrica, de límites mal definidos y 1 cm de diámetro; se encontraba rodeada por un halo de eritema y descamación, y asentaba sobre un terreno de edema y dilataciones varicosas (fig. 1). Los diagnósticos presuntivos planteados fueron lesión equimótica asociada a dermatitis por estasis venosa vs. lesión melanocítica con halo de eccema (fenómeno de Meyerson).

En la dermatoscopia detectamos la presencia de un velo azul-blancuecino y áreas desestructuradas de color marrón y negro distribuidas irregularmente (fig. 2A). A nivel del halo eritemato-descamativo observamos vasos glomerulares y puntiformes distribuidos en parches junto a descamación blanquecina fina (fig. 2B).

Los hallazgos dermatoscópicos profundizaron la sospecha de lesión melanocítica, específicamente melanoma maligno con halo eccema, por lo que realizamos una biopsia escisional de la lesión. En el estudio histopatológico de la misma se evidenció una proliferación de melanocitos atípicos con fase de crecimiento radial y vertical, migración intraepidérmica de melanocitos, nidos y placas irregulares que infiltraban la dermis papilar (fig. 3A). Estas células atípicas presentaban núcleos grandes e irregulares, con nucléolos evidentes, y ocasionales vacuolas intranucleares (fig. 3B). La epidermis adyacente presentaba acantosis con espongirosis moderada, exocitosis de linfocitos e hiperqueratosis, junto a un infiltrado inflamatorio mononuclear dispuesto en forma perivascular en la dermis (fig. 3C). Se confirmó el diagnóstico de melanoma de extensión superficial con fenómeno de Meyerson, Breslow 1,12 mm. No se observó ulceración, regresión, invasión vasculo-linfática ni neurotrofismo, siendo el índice mitótico bajo.

El halo eccema o fenómeno de Meyerson es un área de eritema y descamación que rodea simétricamente una lesión central, pudiendo ser pruriginoso o asintomático. En cuanto

a su etiopatogenia existen varias hipótesis, siendo la principal una respuesta inmunológica con predominio de linfocitos CD4 positivos sobre linfocitos CD8 positivos¹. El fenómeno fue descrito originalmente en nevos melanocíticos adquiridos, pero con el tiempo surgieron reportes en todo tipo de nevos melanocíticos (congénitos, displásicos) e incluso en lesiones no melanocíticas como el carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular, las queratosis seborreicas y otros^{1,2}. Rodins et al. comunicaron por primera vez la presencia del fenómeno de Meyerson en un melanoma *in situ*¹, y más tarde Ferneiny et al. lo describen en un melanoma de extensión superficial de 0,75 mm de Breslow³.

Si bien existen pocos trabajos sobre la dermatoscopia de lesiones melanocíticas con halo eccema, estos sugieren que el fenómeno inflamatorio no modifica ni oculta la visualización de estructuras y criterios dermatoscópicos, permitiendo así el correcto diagnóstico de las mismas^{2,4}. En nuestro caso la presencia de velo azul blancuecino y áreas desestructuradas sugirieron el diagnóstico de melanoma.

En todos los tipos de dermatitis se observan vasos puntiformes, distribuidos en parches y escamo-costras amarillentas a la dermatoscopia⁵, similar a lo observado en nuestro caso a nivel del halo eccematoso. Las equimosis se presentan con un patrón homogéneo consistente en áreas purpúricas sin estructura en la dermatoscopia⁶, por lo cual desestimamos este diagnóstico en la paciente.

Tras la revisión de la literatura, este es el primer caso en el cual se describen las características dermatoscópicas de un melanoma invasivo con fenómeno de Meyerson. Estamos de acuerdo con los autores mencionados previamente^{1,3} en que este fenómeno no debe constituir un



Figura 1 Presentación clínica. Lesión sobreelevada, de color azul oscuro y marrón, asimétrica, de límites mal definidos, 1 cm de diámetro; rodeada por halo de eritema y descamación. Terreno de edema y dilataciones varicosas.



REUNIÓN ANUAL 2016 AEDV SECCIÓN TERRITORIAL ANDALUZA

CERTIFICADO

La Sección Andaluza de la Academia Española de Dermatología y Venereología certifica que:

La comunicación científica C01 Caso Clínico, titulada:

PENFIGO HERPETIFORME. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA

Cuyos autores son:

*José Ignacio Galván Pérez del Pulgar¹, Mario Linares Barrio¹,
Jesús Tercedor Sánchez¹, Andrés Sanz Trelles²*

Dermachat¹, Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Quirón, Málaga²

Ha sido presentada en la Reunión Anual de la Sección Territorial Andaluza celebrada
en Marbella del 11 y 12 de Marzo de 2016.

Marbella, 12 de Marzo 2016

Magdalena de Troya Martín

Directora del AIG Dermatología
Hospital Costa del Sol de Marbella
Coordinadora de la Reunión
Marbella 2016

Rosa Ortega del Olmo

Profesora Titular de Dermatología MQ y V
Facultad de Medicina de la
Universidad de Granada
Presidenta de la Sección Andaluza de la AEDV

AEDV SECCIÓN
TERRITORIAL
ANDALUZA
marbella 10 al 12 de marzo 2016

AEDV
2016

Libro de
Abstracts

LA VOZ DE MI PIEL

Obra original "La voz de mi piel" por Ana Roldan

AEDV | REUNIÓN ANUAL DE LA
SECCIÓN ANDALUZA AEDV

[Volver al índice](#)

Pénfigo herpetiforme con anticuerpos anti-desmogleína 1 y 3



Pemphigus Herpetiformis With Autoantibodies to Desmoglein 1 and 3

Sra. Directora:

El pénfigo herpetiforme (PH) es una variante infrecuente de pénfigo, con una incidencia del 6-7,3% dentro del grupo de los pénfigos. Jablonkska, et al. establecieron los criterios diagnósticos de PH en 1975, aunque ya habían sido descritos casos clínicos similares con el nombre de dermatitis herpetiforme (DH) en 1955. El PH se caracteriza clínicamente por ser similar a una DH con un patrón de autoinmunidad similar al pénfigo¹.

Una mujer de 43 años sin antecedentes personales ni familiares de interés acudió a nuestra consulta de dermatología por un cuadro clínico de lesiones cutáneas muy pruriginosas, localizadas principalmente en la espalda. A la exploración física se observaron placas anulares de hasta 3 cm de diámetro formadas por pápulo-vesículas eritematosas de 1-2 mm con distribución herpetiforme localizadas en la espalda (fig. 1). No mostró afectación de mucosas, y el signo de Nikolsky fue negativo. En el estudio histológico de una de las lesiones se observó espongiosis neutrofílica. El estudio de inmunofluorescencia directa (IFD) mostró depósitos intercelulares de inmunoglobulina G (IgG), siendo negativa para C3 (fig. 2). Los exámenes complementarios solicitados incluyendo hemograma, bioquímica general con perfil hepático y renal, serología de hepatitis B, hepatitis C y virus de la inmunodeficiencia humana fueron normales o negativos. El estudio de autoinmunidad por Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA)



Figura 1 Imagen clínica. Lesiones pápulo-vesiculosas de base eritematosa y morfología anular afectando a la espalda.

resultó positivo para anticuerpos anti-desmogleína 1 a título 1/80 (negativo si < 1/10) y anti-desmogleína 3 a título 1/30 (negativo si < 1/10).

Correlacionando la clínica, el estudio histológico y el patrón de autoinmunidad, realizamos el diagnóstico de PH.

Previa detección de los niveles normales de glucosa 6-P-deshidrogenasa, se inició tratamiento con dapsona oral 100 mg/día asociado a prednisona 60 mg/día, con desaparición en pocos días de las lesiones cutáneas y el prurito. Posteriormente se comenzó con reducción de la dosis de prednisona siendo suspendida totalmente tras 6 meses del inicio del tratamiento. En la actualidad la paciente permanece asintomática después de un año, siendo tratada exclusivamente con dapsona 100 mg/día.

La clínica del PH es similar a la DH. Se caracteriza por lesiones pápulo-vesiculosas sobre una base eritematosa de morfología predominantemente anular, afectando principalmente a tronco y área proximal de las extremidades. Las lesiones son muy pruriginosas. A diferencia del pénfigo vulgar, la afectación mucosa es excepcional^{1,2}. Histológicamente destaca la presencia de espongiosis con microabscesos subcórneos sin acantósis. En el infiltrado inflamatorio predominan los neutrófilos en el 20% de los casos, los eosinófilos en otro 20% y un infiltrado mixto de neutrófilos con eosinófilos en un 60%. La espongiosis neutrofílica denota un hallazgo precoz del PH. Sin embargo, cuando existe acantósis refleja una fase tardía del PH^{1,3}. La IFD en el PH se representa como depósitos intercelulares de IgG, y menos frecuentemente de C3. El patrón de anticuerpos para proteínas desmosómicas detectadas por ELISA es anti-desmogleína 1, principalmente y con menor frecuencia anti-desmogleína 3¹. Es de destacar el estudio de Ishii et al.⁴ con 20 muestras de PH, donde 16 de ellas fueron positivas para anti-desmogleína 1, y 4 para anti-desmogleína 3, pero en ninguna se detectaron ambos anticuerpos. Nuestro caso destaca por ser el primero en la literatura consultada con ambos anticuerpos anti-desmogleína 1 y 3 positivos. Los anticuerpos en el pénfigo vulgar y pénfigo foliáceo son patogénicos, cumpliendo la teoría de la compensación de desmogleínas, sin embargo en el PH esta teoría no se cumple^{5,6}. Esto puede explicarse porque los anticuerpos en el PH pueden reconocer una porción menos importante de la proteína y, por tanto, tener menor capacidad de inducir acantósis⁴. En concordancia con lo descrito en la literatura, la ausencia de afectación mucosa en nuestro caso a pesar de presentar anti-desmogleína 3 positivo puede explicar también que los anticuerpos en el PH tienen una menor patogénicidad. No obstante, no podemos descartar que la ausencia de afectación mucosa se debió a la presencia de títulos bajos de anti-desmogleína 3. Recientemente se están publicando nuevos casos de PH con un perfil inmunológico diferente, con detección de anticuerpos anti-desmogleína con o sin anti-desmogleína^{2,7}.

El diagnóstico diferencial del PH incluye la DH, el pénfigo foliáceo, pénfigo IgA, penfigoide ampolloso y la dermatosis IgA lineal^{1,5}. Se ha descrito asociaciones entre PH y neoplasias malignas o enfermedades autoinmunes, sin embargo esta asociación es rara y su verdadera relación no está demostrada. El PH es una enfermedad de buen pronóstico y normalmente responde al uso de dapsona a dosis de 100-300 mg/día. De esta manera, la dapsona se considera el

PENFIGO HERPETIFORME. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA

Galván Pérez del Pulgar JI*, Linares Barrios M*, Tercedor Sánchez J*, Sanz Trelles, A**

*DERMACHAT. (Grupo Español de Consenso on line en Dermatología)

** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Quirón, Málaga.

INTRODUCCIÓN

El pénfigo herpetiforme (PH), es una variante peculiar de pénfigo, de baja incidencia y prevalencia (7% de los casos de pénfigo). Desde el punto de vista fisiopatológico el PH se diferencia del pénfigo vulgar por la ausencia de acantolisis, la cual cuando está presente denota un grado avanzado de enfermedad, siendo a veces muy difícil realizar un diagnóstico adecuado. La inmunofluorescencia directa es determinante en el diagnóstico mostrando depósitos de Ig G y C3 en la superficie intercelular intraepitelial. La detección de autoanticuerpos Ig G frente a desmogleína 1 y con menos frecuencia frente a desmogleína 3, es la prueba que se utiliza para realizar el diagnóstico junto con la inmunofluorescencia. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades ampollasas como el pénfigoide ampolloso, la dermatitis herpetiforme, el pénfigo Ig A, el pénfigo vulgar o la dermatosis Ig A lineal.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 43 años que consultó por vesículas y costras, mínimas bien delimitadas, localizadas en dorso, región preesternal, frente y algunas erosivas en cuero cabelludo de varios meses de evolución. No había afectación de mucosas. El Signo de Nikolsky fue negativo. La AP mostró una ampolla intraepidérmica reepitelizada con espongiosis neutrofílica, y la inmunofluorescencia mostró depósitos intercelulares de Ig G y ausencia de fenómenos acantolíticos. La inmunofluorescencia indirecta demostró positividad frente a desmogleína 1 y 3.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del PH como ocurrió en nuestra paciente, es difícil en los estadios iniciales, y puede confundirnos tanto clínica como histopatológicamente, con otro tipo de entidades como el pénfigoide o la dermatitis herpetiforme. A pesar de la baja incidencia del PH, nos encontramos frente a un tipo de pénfigo que es importante reconocer, porque el curso de la enfermedad y tratamiento es diferente del pénfigo convencional.

Pénfigo herpetiforme con anticuerpos anti-desmogleína 1 y 3



Pemphigus Herpetiformis With Autoantibodies to Desmoglein 1 and 3

Sra. Directora:

El pénfigo herpetiforme (PH) es una variante infrecuente de pénfigo, con una incidencia del 6-7,3% dentro del grupo de los pénfigos. Jablonkska, et al. establecieron los criterios diagnósticos de PH en 1975, aunque ya habían sido descritos casos clínicos similares con el nombre de dermatitis herpetiforme (DH) en 1955. El PH se caracteriza clínicamente por ser similar a una DH con un patrón de autoinmunidad similar al pénfigo¹.

Una mujer de 43 años sin antecedentes personales ni familiares de interés acudió a nuestra consulta de dermatología por un cuadro clínico de lesiones cutáneas muy pruriginosas, localizadas principalmente en la espalda. A la exploración física se observaron placas anulares de hasta 3 cm de diámetro formadas por pápulo-vesículas eritematosas de 1-2 mm con distribución herpetiforme localizadas en la espalda (fig. 1). No mostró afectación de mucosas, y el signo de Nikolsky fue negativo. En el estudio histológico de una de las lesiones se observó espongiosis neutrofílica. El estudio de inmunofluorescencia directa (IFD) mostró depósitos intercelulares de inmunoglobulina G (IgG), siendo negativa para C3 (fig. 2). Los exámenes complementarios solicitados incluyendo hemograma, bioquímica general con perfil hepático y renal, serología de hepatitis B, hepatitis C y virus de la inmunodeficiencia humana fueron normales o negativos. El estudio de autoinmunidad por Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA)



Figura 1 Imagen clínica. Lesiones pápulo-vesiculosas de base eritematosa y morfología anular afectando a la espalda.

resultó positivo para anticuerpos anti-desmogleína 1 a título 1/80 (negativo si < 1/10) y anti-desmogleína 3 a título 1/30 (negativo si < 1/10).

Correlacionando la clínica, el estudio histológico y el patrón de autoinmunidad, realizamos el diagnóstico de PH.

Previa detección de los niveles normales de glucosa 6-P-deshidrogenasa, se inició tratamiento con dapsona oral 100 mg/día asociado a prednisona 60 mg/día, con desaparición en pocos días de las lesiones cutáneas y el prurito. Posteriormente se comenzó con reducción de la dosis de prednisona siendo suspendida totalmente tras 6 meses del inicio del tratamiento. En la actualidad la paciente permanece asintomática después de un año, siendo tratada exclusivamente con dapsona 100 mg/día.

La clínica del PH es similar a la DH. Se caracteriza por lesiones pápulo-vesiculosas sobre una base eritematosa de morfología predominantemente anular, afectando principalmente a tronco y área proximal de las extremidades. Las lesiones son muy pruriginosas. A diferencia del pénfigo vulgar, la afectación mucosa es excepcional^{1,2}. Histológicamente destaca la presencia de espongiosis con microabscesos subcórneos sin acantólisis. En el infiltrado inflamatorio predominan los neutrófilos en el 20% de los casos, los eosinófilos en otro 20% y un infiltrado mixto de neutrófilos con eosinófilos en un 60%. La espongiosis neutrofílica denota un hallazgo precoz del PH. Sin embargo, cuando existe acantólisis refleja una fase tardía del PH^{1,3}. La IFD en el PH se representa como depósitos intercelulares de IgG, y menos frecuentemente de C3. El patrón de anticuerpos para proteínas desmosómicas detectadas por ELISA es anti-desmogleína 1, principalmente y con menor frecuencia anti-desmogleína 3¹. Es de destacar el estudio de Ishii et al.⁴ con 20 muestras de PH, donde 16 de ellas fueron positivas para anti-desmogleína 1, y 4 para anti-desmogleína 3, pero en ninguna se detectaron ambos anticuerpos. Nuestro caso destaca por ser el primero en la literatura consultada con ambos anticuerpos anti-desmogleína 1 y 3 positivos. Los anticuerpos en el pénfigo vulgar y pénfigo foliáceo son patogénicos, cumpliendo la teoría de la compensación de desmogleínas, sin embargo en el PH esta teoría no se cumple^{5,6}. Esto puede explicarse porque los anticuerpos en el PH pueden reconocer una porción menos importante de la proteína y, por tanto, tener menor capacidad de inducir acantólisis⁴. En concordancia con lo descrito en la literatura, la ausencia de afectación mucosa en nuestro caso a pesar de presentar anti-desmogleína 3 positivo puede explicar también que los anticuerpos en el PH tienen una menor patogenicidad. No obstante, no podemos descartar que la ausencia de afectación mucosa se debió a la presencia de títulos bajos de anti-desmogleína 3. Recientemente se están publicando nuevos casos de PH con un perfil inmunológico diferente, con detección de anticuerpos anti-desmocolina con o sin anti-desmogleína^{2,7}.

El diagnóstico diferencial del PH incluye la DH, el pénfigo foliáceo, pénfigo IgA, penfigoide ampolloso y la dermatosis IgA lineal^{1,5}. Se ha descrito asociaciones entre PH y neoplasias malignas o enfermedades autoinmunes, sin embargo esta asociación es rara y su verdadera relación no está demostrada. El PH es una enfermedad de buen pronóstico y normalmente responde al uso de dapsona a dosis de 100-300 mg/día. De esta manera, la dapsona se considera el

CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN CASO CLÍNICO

El Comité Científico de la Reunión Anual de la Sección Andaluza, certifica que:
DISCROMÍA PARADOJAL INDUCIDA POR RAYOS ULTRAVIOLETA. PRIMER CASO OBSERVADO EN ESPAÑA

Cuyo/s autor/es:

JOSÉ IGNACIO GALVAÑ POZO

Ha sido presentada en la Reunión Anual de la Sección Andaluza
de la Academia Española de Dermatología y Venereología, celebrada en Almería del 9 al 10 de Marzo de 2018.

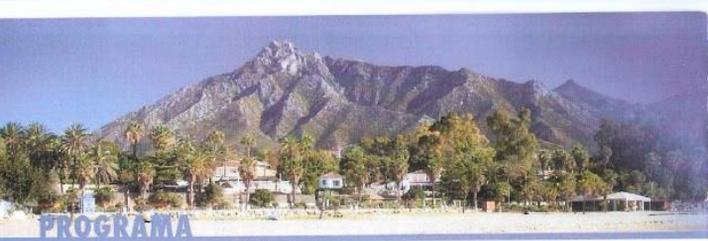
Almería, 10 de Marzo 2018



Rosa Ortega del Olmo
Presidenta de la Sección Andaluza de la AEDV



Pilar Gómez Avivar
Coordinadora de la Reunión Almería 2018



VIERNES 5 OCTUBRE - TALLERES

10.00-11.00 Recogida de documentación.

11.00-12.15 **Examen directo en micología. Patrocinado por ISDIN**
Javier del Boz González.
José Ignacio Galván Pérez del Pulgar.
Vicente Crespo Erchiga.

En el diagnóstico clínico de las dermatofitosis es aconsejable la confirmación mediante la búsqueda microscópica de los elementos fúngicos por examen directo. En este taller se repasarán los conceptos teóricos básicos para la toma de muestras y la identificación de estructuras fúngicas en el examen directo aplicando los conocimientos teóricos a casos clínicos de forma práctica y didáctica. El objetivo de este taller es conocer y aplicar el examen directo como herramienta fundamental en el diagnóstico de las dermatofitosis.

Taller Práctico de Peeling. Patrocinado por Cantabria Labs.

Cristina Redonda. Commercial Training Manager Cantabria Labs
Alfahidroxiácidos & Retinoides ¿Cuáles son sus beneficios en la piel? Los alfahidroxiácidos y los retinoides son moléculas con un gran número de evidencias clínicas publicadas. En el taller se enseñará a manejar los beneficios del ácido glicólico y el retinol a altas concentraciones a través de la técnica del peeling médico en la consulta dermatológica.

12.15-12.45 Café y visita a la exposición.

12.45-14.00 **Taller Ecografía en hidradenitis supurativa. Patrocinado por AbbVie**
Juan Manuel Segura Palacios.

El objetivo del taller es conocer de primera mano los últimos avances en hidradenitis supurativa a través de la ecografía dermatológica. Dado que en ocasiones en el manejo de la HS la exploración no es suficiente, es por lo que la ecografía cutánea se ha convertido en una herramienta muy útil para un correcto diagnóstico y estadaje, seguimiento y valoración terapéutica de los pacientes que sufren esta enfermedad.

Taller Hiperhidrosis. Patrocinado por Martiderm

José Francisco Millán Cayetano.
La hiperhidrosis afecta casi al 3% de la población, con un impacto en la calidad de vida del paciente. En este taller se repasarán los mecanismos fisiopatológicos de la sudoración así como la correcta evaluación del paciente con hiperhidrosis. Además se profundizarán en los diferentes tratamientos disponibles para este proceso, y se resaltarán las novedades en el campo de la hiperhidrosis.

14.00-15.00 COMIDA.

15.00-15.15 **Inauguración oficial.**

Asiste al acto inaugural su Excelentísima Sra. Dña. M^a Ángeles Muñoz Uriol Alcaldesa de Marbella
PARTICIPANTES: Leandro Martínez Pilar, Magdalena de Troya Martín, Javier del Boz González, Pablo García Montero y Cristina García Harana.

15.15-16.20 **Bloque I: Pediatría.**

MODERADORES: Javier del Boz González, Eliseo Martínez García

15.15-15.30 Importancia de la Dermatología en el diagnóstico de las enfermedades genéticas
Ángel Vera Casaño.

15.30-15.45 Actualización en hemangioma infantil.
José Bernabéu Wittel.

15.45-16.00 Láser en pediatría: ¿Cómo, cuándo y por qué?
Leandro Martínez Pilar.

16.00-16.06 Mis mejores casos: Pediatría.
Pablo García Montero.

16.06-16.20 Discusión.

16.20-17.25 **Bloque II: Patología inflamatoria.**

MODERADORES: Olaya Suárez Magdalena, Ana Varela Veiga

16.20-16.35 Novedades terapéuticas en psoriasis.
Manuel Galán Gutiérrez.

16.35-16.50 Actualización en diagnóstico y terapéutica del lupus con afectación cutánea.
Jorge Alonso Suárez Pérez.

16.50-17.05 Dermatitis de contacto.
José Carlos Armario Hita.

17.05-17.11 Mis mejores casos: Patología inflamatoria.
Cristina García Harana.

17.11-17.25 Discusión.

17.25-17.50 Café patrocinado por Galderma y visita a la exposición.