
EL PROFESSOR JOAQUIM PIÑOL AGUADÉ: UNA FIGURA CABDAL EN LA DERMATOLOGIA DEL SEGLE XX

Carmen Herrero Mateu



EL PROFESSOR
JOAQUIM PIÑOL AGUADÉ:
UNA FIGURA CABDAL EN LA
DERMATOLOGIA DEL SEGLE XX

Carmen Herrero Mateu

Barcelona, 2017

Índex

Pròleg.....	2
Camps d'especial interès dermatològic per al professor Piñol	5
Malalties ampul·lars	5
Reumatisme.....	6
Genodermatosi	7
Malalties sistèmiques	9
Panniculitis.....	12
Limfomes	14
Citologia	17
Al·lèrgia i èczemes de contacte	19
Fotobiologia	20
Porfíria	21
Conclusions.....	24
Bibliografia.....	25

Pròleg

Amb motiu, l'any 2017, de la commemoració del centenari del naixement del professor Joaquim Piñol Aguadé, el Dr. Miquel Bruguera, del Col·legi de Metges de Barcelona, em va encarregar la revisió de les aportacions científiques del mestre, en el context dels coneixements i els recursos diagnòstics i terapèutics de l'època. La revisió de la bibliografia dels treballs del professor Piñol m'ha reportat una gran satisfacció i m'ha permès constatar la claredat de les seves idees, a més de rememorar el seu profund coneixement de la Dermatologia, en particular, i de la Medicina, en general.

Vaig conèixer amb el professor Joaquim Piñol a la Càtedra de Dermatologia de la Facultat de Medicina i al Servei de Dermatologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, primer com a estudiant i després com a metgessa resident, des del 1970 fins al 1976, any de la seva prematura mort. La desaparició del professor Piñol va representar una orfandat acadèmica per a tots els qui estàvem al seu voltant, molt joves encara. En qualsevol cas, ens va transmetre de manera permanent el seu mestratge i la seva qualitat humana. La petjada que va deixar va ser tan important que va marcar tota la nostra trajectòria professional.

El professor Joaquim Piñol Aguadé (1917-1977) es va llicenciar en Medicina l'any 1942 i va ser professor adjunt de la Càtedra de Dermatologia a partir de l'any 1960, i catedràtic des del 1967 fins que va morir, als 59 anys. Va ser vicepresident de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie, de l'Association des Dermatologistes Francophones i del Colegio Ibero-Latino-Americano de Dermatología, així com director de la revista del Col·legi, *Medicina Cutánea*. L'any 1977 va ser elegit acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, on ingressà a títol pòstum. No ens estendrem en la seva biografia, d'altra banda prou ben documentada, ja que l'objecte d'aquest escrit és la revisió de les seves publicacions i de la seva

aportació científica, emmarcades clarament en el context dels temps en què van ser realitzades, en ple segle xx, entre els anys 1944 i 1977.

El mestre Piñol era un home estudiós, de gran constància i memòria, obsessiu en la resolució de problemes i molt generós. Aquest tarannà va marcar definitivament els seus interessos acadèmics i la seva producció científica. El professor Piñol no considerava l'especialitat com una esfera restringida al teixit cutani, sinó que sempre tenia present l'estreta relació existent entre la pell i tot allò que la pell cobreix, i donava molt de valor a aquells signes cutanis que podien revelar malalties internes.^(34,35,43,63,74,76,129)

Durant el segle xix i els inicis del segle xx, les malalties cutànies eren descrites per diferents autors amb diferents noms, fet que derivava en classificacions molt complexes. Davant d'aquell panorama, una de les preocupacions més notables del professor Piñol va ser la de simplificar les classificacions, remarcant en tot moment els signes clau de cada procés i minimitzant els signes secundaris que podien emascarar el diagnòstic.^(39,87,88) El tractament de les malalties va ser, també, un dels seus focus d'interès, com queda palès en diverses publicacions,^(4,12,13,30,58,167,196) juntament amb els possibles efectes secundaris dels medicaments emprats.^(17,26,37,47,173)

Com podrà comprovar el lector, va publicar un munt de casos clínics, sempre amb peculiaritats que s'havien de destacar, i en paral·lel, més de vint estudis sobre llargues sèries de malalts, en els quals destacava les característiques clíniques^(11,23,43,63,65,74,76,88,140,144,148,171,178,182) o terapèutiques⁽¹⁹⁶⁾ dels diferents processos. La recerca de nous mètodes de diagnòstic adreçats a facilitar el reconeixement de les malalties va ocupar una part rellevant dels seus projectes. Fruit d'aquesta inquietud son els estudis al voltant de la citologia i la citoquímica,^(77,80,83,95,97,204) així com de la immunologia^(128,184,207). Una observació detallada dels casos clínics li va permetre descriure malalties que fins aquell moment no havien estat reconegudes, amb una acceptació internacional de la seva autoria.^(63,76,125,201) Tot aquest ampli coneixement també va quedar reflectit en la seva tesi doctoral,⁽²²²⁾ en un conjunt de monografies i en capítols de llibres.⁽²²³⁻²²⁹⁾

El seu treball cooperatiu amb el professor Xavier Vilanova, entre el 1949 i el 1965, es va plasmar en múltiples publicacions conjuntes durant aquells anys, tot i que la llista de col·laboradors del professor Piñol en el decurs de la seva trajectòria professional va ser llarguíssima, conseqüència, sens dubte, del seu esperit entusiasta, que sabia transmetre i que contagiava als seus companys i deixebles.

Hem revisat la bibliografia del professor Piñol a partir de les fonts del Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació (CRAI), de la Universitat de Barcelona (biblioteques Campus Clínic i Campus Cervera), el qual ens ha facilitat la revisió de tot el material dipositat en les seves seus i alhora ens ha ajudat a obtenir còpies de treballs conservats en altres institucions. Tanmateix, no podem descartar l'existència d'altres publicacions que no haguem tingut a l'abast.

La llista bibliogràfica està ordenada cronològicament, no per temes. Amb tot, amb l'objectiu de facilitar la comprensió de l'immens treball del professor Piñol, hem agrupat les publicacions d'acord amb les diferents àrees de coneixement, sobretot aquelles que van gaudir d'un impacte més gran tant en la seva especialitat com en la de Medicina Interna.

Camps d'especial interès dermatològic per al professor Piñol

Malalties ampul·lars

Al voltant dels anys cinquanta del segle passat, el professor Piñol va publicar diversos articles sobre la síndrome de Senear-Usher.^(31,39,56) Hi reclamava el reconeixement d'aquesta síndrome com a entitat ben definida dintre dels pèmfigs, ja que llavors encara no estava clarament reconeguda. En els articles va aprofitar per destacar que sota el nom de pèmfig s'hi agrupaven diferents malalties caracteritzades per la presència de butllofes, i que calia fer un esforç per distingir-les. Al seu parer, les classificacions «[...] de diversos tratadistas con un número impresionante de subdivisiones abusivas» diferenciaven com a entitats individuals casos que no eren més que variacions clíniques.⁽³⁹⁾ La transcripció literal de les seves paraules: «No se ha de sobrevalorar la descripción minuciosa de la morfología eruptiva ni dar un valor absoluto a las discrepancias evolutivas y pronósticas» reflecteix molt bé la seva visió. El professor Piñol insistia que el diagnòstic s'havia de basar en el criteri anatomopatològic, no acceptat per tothom, i reivindicava el valor del citodiagnòstic de Tzanck, un concepte que li va permetre de simplificar la classificació dels pèmfigs, en unificar el pèmfig de Senear-Usher, el pèmfig foliaci i el *fogo selvagem*.

També va publicar diversos casos d'eritema polimorf amb variades associacions (infeccioses, hormonals), que probablement eren la causa del quadre reactiu. Per aquest motiu, proposava que els tractaments anessin dirigits a la causa més que a l'eritema polimorf en si.^(1,2,6) En aquest sentit, cal recordar que la seva primera aportació científica, de l'any 1944, va versar justament sobre un cas d'eritema polimorf relacionat amb una limfogranulomatosi rectal i el tractament efectiu amb sulfamides. Aquell cas li va brindar l'oportunitat de discutir àmpliament sobre la naturalesa de l'eritema polimorf.⁽¹⁾

Reumatisme

Encara que al segle XIX ja s'havien descrit casos esporàdics de psoriasi associat a artritis, durant les primeres dècades del segle XX perdurava la controvèrsia entorn d'aquesta associació. El professor Piñol, juntament amb els reumatòlegs Jaume Rotés i Pere Barceló, van estudiar malalts amb psoriasi que tenien afecció reumatològica. Inicialment van publicar un estudi de 20 casos i una descripció molt acurada del procés.^(11,14) Posteriorment, en un altre treball, van referir l'experiència de 54 casos personals, l'anàlisi de 150 històries clíniques i una exhaustiva revisió de la literatura, on ja deixen clarament descrita i individualitzada la psoriasi artropàtica.⁽²²⁾

Juntament amb el mateix Dr. Jaume Rotés, fa una revisió de 124 casos de malalts hospitalitzats per processos que afecten simultàniament la pell i les articulacions, incloent-hi la psoriasi. La causa de l'associació podria ser una reacció al·lèrgica o immunitària d'orígens diversos, coneguts o desconeguts, que afectés simultàniament la pell i la sinòvia, dos teixits que tenen el mateix origen embrionari.⁽⁴³⁾

Entre aquestes malalties que afecten la pell i les articulacions, l'any 1955, en col·laboració amb el Dr. Dalmases, va descriure dos casos d'aftosi que cursaven amb vesícules a les conjuntives, lesions nodulars a les cames, tromboflebitis i artritis de mans i peus, i hi apuntava la seva possible etiologia vírica.⁽⁶²⁾ L'aftosi era una malaltia coneguda des de l'antigor i els autors fan referència en el seu article a les descripcions de Turaine, Neumann i Behçet. Al mateix any 1955, Vilanova i Piñol van publicar un article de revisió sobre l'aftosi i van distingir dos cursos evolutius diferents: un de benigne, sense repercussió general, i un altre de greu, amb simptomatologia visceral. Els autors assenyalaven la possible etiologia vírica del procés, i suposaven que una deficiència immunitària podria explicar els casos greus.⁽⁴⁶⁾ L'any 1966, amb el Dr. Castells Mas, va publicar tres casos de síndrome de Behçet, en què considerava que aquesta malaltia havia de ser inclosa entre les malalties autoimmunitàries.⁽¹⁰⁵⁾

Genodermatosi

Les malalties d'origen genètic i hereditari van representar un innegable focus d'interès per al professor Piñol, i en va fer àmplies revisions.^(82,85) Fruit del seu coneixement d'aquestes malalties va ser l'observació de nous detalls sobre processos ja coneguts. En relació amb la malaltia de Darier, descriu dos casos amb aspectes clínics i histològics especials, els quals dificulten el diagnòstic. Recomana en aquests casos fer biòpsies múltiples, atès que les lesions característiques no es troben en totes les lesions.^(183,187) El mateix problema ocorre amb les poroqueratosis.^(135,162)

Entre les epidermòlisis, en va descriure una forma distròfica amb úlceres i lesions vegetants⁽³³⁾ i una forma *sine bullae* en la qual el diagnòstic es fonamenta en alteracions de la queratinització dels palmells, lesions albopapuloides, histologia com la d'una epidermòlisi ampul·lar simple i una transmissió hereditària autosòmica dominant no lligada al sexe.⁽¹⁴¹⁾

Pel que fa a les facomatosi, va referir-ne casos típics d'esclerosi tuberosa, però també casos associats a nevoxantoendoteliomes⁽¹¹⁰⁾ i a xantogranuloma juvenil,⁽¹⁸⁸⁾. Va suposar que aquestes malalties poden tenir un *locus* genètic pròxim que podria explicar la seva associació.

Sobre les alteracions congènites del teixit conjuntiu, va publicar articles al voltant de la síndrome d'Ehlers-Danlos,⁽⁵¹⁾ la pterigoartromielodisplàsia de Rossi i Caffilisch,⁽¹⁰¹⁾ les síndromes de Bureau-Thomas⁽¹³⁴⁾ i de Berardinelli-Seip⁽¹⁵⁸⁾ i el cutis lax generalitzat.⁽¹⁹³⁾

El professor Piñol va fer evident els problemes existents en la classificació de les poiquilodèrmies congènites i hereditàries. Considerava que constituïen un grup de genodermatosi poc conegut i mal estudiat, amb una gran varietat de manifestacions clíniques i l'absència de trets clínics i histològics ben definits. Molts casos descrits que es diferenciaven entre si només per petits detalls eren considerats com a malalties distintes. I tal com havia fet en altres àrees, va mirar de simplificar la classificació de les

poiquilodèrmies. Va descriure vuit casos de la síndrome de Rothmund-Thomson i un cas de síndrome de Bloom, i va comprovar que no hi havia grans diferències entre ambdues síndromes i que podrien ser varietats del mateix procés.⁽⁸⁰⁾

També representaven un problema d'individualització les poiquilodèrmies amb butllofes. Va publicar quatre casos de poiquilodèrmia que cursaven amb brots de butllofes que histològicament recordaven l'epidermòlisi ampul·lar simple. Va equiparar aquests casos al quadre descrit per Weary l'any 1971 com a poiquilodèrmia acroqueratòsica hereditària i va proposar-hi el nom de poiquilodèrmia amb lesions vesicobutlloses, ja que les lesions verrucoses que van donar el nom inicial a la malaltia apareixen de forma tardana i no eren més que un símptoma secundari.^(155,180) Així mateix, va publicar un cas de poiquilodèrmia amb butllofes, una atrofia important de la pell i queratosi dels porus sudorípars dels palmells i de les plantes de peus. Els autors l'equipararen al quadre descrit per Kindler-Salamon i el diferenciaren del que havia descrit Weary.⁽¹⁶⁸⁾

Entre les genodermatosis, el professor Piñol va mostrar un interès especial per la *incontinentia pigmenti* (IP). L'any 1955 en va publicar el primer cas,⁽⁵⁷⁾ i el 1959 va descriure una família en la qual el pare i l'àvia paterna d'una nena amb IP tenien també altres anomalies: hidradenomes a les parpelles i al front, siringomes, pigmentació reticulada i absència de sudoració, un quadre que en conjunt considerava com un exemple de polidisplàsia.⁽⁷⁵⁾ Més tard publicà un cas en què en una mateixa família coexisteixen la forma clàssica i la forma acròmica d'IP, i va concloure que no eren dues formes diferents, sinó que la forma acròmica representava l'estadi final de la IP clàssica. Considerant l'arbre familiar dels malalts, l'autor va apuntar que el cromosoma X, portador del gen de la IP, era letal per al sexe masculí.⁽¹³¹⁾ Ara bé, l'aportació cabdal sobre aquesta malaltia, i que va merèixer una repercussió internacional, va ser una nova observació clínica: els tumors subunguials disqueratòsics.^(159,179) Els autors van descriure el cas de dues bessones univitel·lines amb tumors subunguials dolorosos, que s'inicien a la vora lliure però que més endavant afecten tota la ungla, d'evolució recidivant, tot i que es curaven espontània-

ment. L'aparició d'aquests tumors s'iniciava després de la pubertat i afectava les ungles de mans i peus. Histològicament estaven formats per una hiperplàsia epidèrmica amb importants fenòmens de disqueratosi. Les dues germanes presentaven, a més, displàsies dentàries, hiperqueratosi de palmells i alopecia pseudocicatricial. Una de les germanes va tenir tres avortaments de sexe masculí i l'altra va ser mare d'una nena amb IP típica. Els autors consideraren que els tumors subunguials representaven una expressió monosimptomàtica del gen de la IP i se'n van plantejar dues hipòtesis: aquestes lesions podien ser l'equivalent de la fase verrucosa de la malaltia, o bé una manifestació independent d'aquesta síndrome, ja per si mateixa d'expressió variable.⁽¹⁷⁹⁾

Malalties sistèmiques

El professor Piñol va superar la mirada descriptiva per abordar el coneixement de la complexitat de les entitats estudiades, raó per la qual no es va limitar a les malalties pròpiament cutànies, sinó que també es va endinsar en les malalties sistèmiques amb repercussió a la pell. Per això, aquest apartat engloba un grup molt variat i divers de processos que van atraure el seu interès.

Destacava el seu coneixement del lupus eritematós (LE), dels aspectes cutanis, així com dels aspectes generals, sovint molt greus. L'any 1950 va publicar el primer cas que presentava unes característiques clíniques atípiques.⁽¹⁶⁾ Al 1957 va alertar sobre la possible afectació específica del teixit cel·lular subcutani a causa de la malaltia. Va descriure el cas d'una pacient amb LE sistèmic, amb febre, afectació articular i renal, que va presentar dos brots de lesions nodulars subcutànies. La biòpsia d'aquests nòduls mostrava infiltrat limfocític del teixit adipós amb degeneració fibrinoide. A propòsit d'aquest cas va recordar la possibilitat que l'entitat lúpica coneguda com *lupus profundus d'Irgan Kaposi* es pogués associar a una afectació sistèmica greu.⁽⁶⁴⁾

El 1958 va presentar el cas d'un noi de 14 anys, a qui havia seguit al llarg de 4 anys, que presentava tumefacció del llavi superior d'evolució progressiva i sense febre, associada a altres lesions a les mans i la cara típiques d'un LE cutani. El cas li va donar peu a discutir si la quilitis granulomatosa de Miescher representava una manifestació més del LE, o si es tractava de l'associació de dues malalties inflamatòries.⁽⁶⁹⁾

L'any 1977 va publicar l'observació de quatre pacients amb brots de lesions circinades amb marges necròtics, localitzades a àrees exposades al sol, que histològicament mostraven una vacuolització intensa de la capa basal epidèrmica amb zones de necrosi total de l'epidermis i infiltrat dèrmic. L'estudi immunològic no era concloent. Les característiques clíniques i histològiques corresponien a un LE cutani disseminat, però cridava l'atenció la presència dels focus de necrosi epidèrmica. El professor Piñol va anomenar el quadre necròlisi epidèrmica focal i es va preguntar si es tractava d'una variant de LE o bé una nova malaltia.⁽²¹⁸⁾ Aquest article va ser el precursor del quadre clínic descrit per Gilliam i Sontheimer l'any 1982 com a lupus eritematós cutani subagut, en el qual referien brots de lesions anulars amb vores més actives, relacionats amb l'exposició solar i que immunològicament podien mostrar negativitat en els anticossos antinuclears.

Altres malalties autoimmunitàries també van despertar el seu interès. Així, publica el cas d'una pacient amb esclerodèrmia sistèmica amb intenses calcificacions a les articulacions i també a les artèries, del qual va discutir quina podia ser la patogènia.⁽²⁴⁾ Va descriure també la peculiaritat del desenvolupament d'una esclerosi cutània similar a una esclerodèrmia en una malalta amb anèmia perniciosa, que va remetre totalment un cop va administrar-hi vitamina B12.⁽¹⁰²⁾

En el curs d'una periarteritis nodosa, la inflamació perivascular dels vasos dèrmics superficials pot anar acompanyada d'un edema intens que ocasioni lesions vesiculars. Aquest fet pot fer confondre el quadre clínic amb la malaltia de Dühring, cosa que va ser ressaltada pel professor Piñol, preocupat en tot moment d'oferir claus amb vista al diagnòstic precoç, destriant les lesions específiques d'aquelles inespecífiques que moltes vegades apareixen en el curs clínic de les malalties.⁽³⁸⁾

És evident que a la dècada dels anys cinquanta del segle passat no es disposava dels mitjans diagnòstics que avui dia simplifiquen tant les coses. L'any 1955 el professor Piñol va publicar el cas d'un nen de 4 anys amb una dermatomiositis que presentava tènues lesions cutànies i una important afectació muscular. El diagnòstic diferencial que es va proposar en aquest cas era el d'una miopatia, però també una poliomièlitis, una malaltia freqüent en aquells anys. La valoració de les lesions cutànies, encara que poc prominents, va permetre'n la distinció, clau de cara al tractament i al pronòstic.⁽⁴⁵⁾ Era un exemple més de la importància del reconeixement i la valoració de les lesions cutànies en les malalties sistèmiques. A partir d'aquella observació va publicar una actualització del coneixement de la dermatomiositis.⁽⁵⁴⁾

El 1973 va escriure sobre la seva observació de brots d'intens eritema i edema facial en una malalta de 35 anys amb un limfosarcoma, amb enzims i biòpsia muscular normals. Va identificar aquests brots com a representants d'una síndrome paraneoplàsica poc coneguda.⁽¹⁶¹⁾ Probablement, es tractava d'una dermatomiositis atípica, identificable amb el quadre paraneoplàsic descrit per Winkelman com a «eritema maligne».

En dos extensos articles de l'any 1953, arran de tres casos de malalties simultànies a la pell i els ronyons, fa una revisió de les síndromes hepatorenals; cal tenir present que fins aquell moment s'havia prestat ben poca atenció a les manifestacions cutànies de les malalties renals. Va fer una classificació dels processos hepatorenals en quatre grups: 1) malalties sistèmiques (LE, periarteritis nodosa, sarcoïdosi), 2) processos infecciosos i/o febrils greus (psoriasi, pèmfig, septicèmia), 3) nefropaties secundàries a malalties cutànies (nefritis postinfeccioses, efectes secundaris dels tractaments) i 4) malalties que afecten el ronyó i la pell al mateix temps, de causa unívoca (eritrodèrmies).^(34,35)

La llista de publicacions de malalties sistèmiques amb afectació dermatològica és molt llarga i difícil de detallar aquí. Va publicar casos de paludisme,⁽⁴⁷⁾ sífilis,^(36,100) tuberculosi,^(3,8) necrobiosi lipòide,⁽⁴⁹⁾ granuloma anular que calia diferenciar de nòduls

reumàtics,⁽⁶⁷⁾ crioglobulinèmia amb lesions necròtiques,⁽⁷³⁾ granuloma monilial,^(78,153) mastocitosi amb defectes de la coagulació,⁽⁷⁹⁾ síndrome de *flushing* per hèrnia paraduodenal en un malalt amb mastocitosi,⁽¹⁵⁶⁾ raquitisme,⁽⁸⁹⁾ gangrenes cutànies de diferents causes,^(81,99,198,208) síndrome de Lyell,⁽⁹⁴⁾ síndrome de Gianotti-Crosti i hepatitis B⁽¹⁴⁹⁾ i cirrosi hepàtica.⁽²⁰⁵⁾ La revisió de les causes de les úlceres de les cames i de la seva relació amb malalties internes li va permetre alertar del fet que la presència d'ulceracions a les cames en gent jove podia ser secundària a una anèmia hemolítica hereditària.^(15,53)

De tota aquesta extensa llista, només en destacarem el cas d'un pacient de 33 anys amb brots congestius a la part superior de tòrax i la cara, que deixaven eritema i múltiples telangièctasis que van afectar pràcticament tot el cos, fet que el va empenyer a consultar al dermatòleg. L'exploració va permetre comprovar que presentava hepatomegàlia, i amb una gammagrafia es va detectar una massa que ocupava espai al fetge. La laparoscòpia va mostrar un fetge multinodular amb un tumor intramural al budell prim i un altre al mesenter, causat per la proliferació de cèl·lules de Kultchitzky-Mason, pròpies d'un tumor carcinoide.⁽¹²⁹⁾

Panniculitis

El professor Piñol va estar també interessat en el diagnòstic de les inflamacions del pannicle adipós, considerant que en aquell moment el diagnòstic s'havia de basar en les característiques clíniques, l'evolució i la resposta al tractament, però no en la histopatologia, ja que era poc específica.^(49, 50,87)

Després de la revisió dels casos de panniculitis viscuts en la seva pròpia experiència, Xavier Vilanova i Joaquim Piñol van descriure la hipodermitis nodular subaguda migratritz, una forma amb característiques que permetien individualitzar-la,⁽⁶³⁾ encara que era, en paraules del professor Piñol, una «afección corriente que había pasado desapercibida». Van descriure extensament onze pacients amb la malal-

tia i realitzaren un detallat diagnòstic diferencial per refermar la nova entitat. Es tractava de lesions nodulars de localització hipodèrmica a la part inferior de les cames, que creixien per extensió perifèrica fins a formar plaques que podien arribar als 20 cm de diàmetre. Només es presentaven en dones que prèviament havien patit amigdalitis, i desapareixien després d'un tractament específic amb iodur potàssic. Les troballes histològiques també eren característiques: les lesions es localitzaven en els septes interlobulars de la hipoderma i s'observava proliferació capil·lar amb infiltracions disseminades d'histiòcits i monòcits, així com canvis notables en les fibres de col·lagen. L'anomenaren *hipodermatitis* (per fidelitat a Gougerot, que així citava les inflamacions del pannicle), *nodular* (sobre la base de la lesió elemental), *subaguda* (atesa la seva evolució) i *migratòria* (perquè s'esdevé un creixement perifèric). L'article feia un ampli diagnòstic diferencial amb les panniculitis que es coneixien aleshores.⁽⁶³⁾ Tres anys més tard van publicar un nou article al *British Journal of Dermatology* amb les troballes efectuades en nous pacients. En aquest nou article, els autors van anomenar la seva entitat *panniculitis migratòria nodular* expressió amb què és citada a la literatura anglosaxona.⁽⁷⁶⁾ També, des de llavors, va ser àmpliament coneguda com a *panniculitis de Vilanova i Piñol*.

De fet, l'estudi de les panniculitis va ser el tema de la seva tesi doctoral, llegida l'any 1963.⁽²²²⁾ Hi destacava les dificultats de classificar les síndromes inflamatòries d'hipoderma a causa de: 1) ignorància de l'etiologia, 2) monotonia de la resposta clínica del teixit subcutani, 3) monotonia histològica, 4) mateix aspecte clínic a la majoria de lesions a les cames, 5) multitud de sinònims. El professor Piñol va fer una severa crítica al gran nombre de nous diagnòstics que havien anat apareixent al llarg dels anys anteriors, i recomanava parlar de *panniculitis no determinada* quan el diagnòstic no quedava clar. Només admetia les varietats següents: 1) l'adiponecrosi del nouat, 2) les panniculitis infeccioses amb demostració del germen causal, 3) les afeccions del pannicle per proximitat d'altres patologies (tumors, inflamacions o alteracions vasculars), 4) afeccions del teixit adipós subcutani que apareixen en el curs de síndromes clíniques ben definides (sarcoïdosi, PAN, lupus, etc.), 5) vasculitis nodular

i eritema indurat, 6) síndrome de Pfeiffer Weber Christian, per bé que considerava que era un calaix de sastre que calia revisar, 6) eritema nodós, 7) síndrome de Rothmann Makai i 8) hipodermatitis nodular subaguda migratòria.

Un altre problema que el professor Piñol va intentar aclarir fou la distinció entre vasculitis nodular i eritema indurat de Bazin. La vasculitis nodular era considerada pels autors americans com una resposta vascular hipodèrmica a diferents agents, mentre que la hipodermatitis de Bazin era considerada clarament com a tuberculosa. Vilanova, Piñol i altres col·laboradors van estudiar 148 malalts amb lesions nodulars a les cames, recollits en el decurs de deu anys i catalogats com a vasculitis nodular o eritema indurat de Bazin, per tal d'identificar allò que distingia aquestes dues entitats. L'aspecte clínic de les lesions era el tret més diferencial, malgrat que histològicament no es distingien. El test de la tuberculina era positiu en gairebé la totalitat dels malalts de tots dos grups, raó per la qual mancava de valor diagnòstic. La velocitat de sedimentació globular elevada es trobava majoritàriament en pacients amb tuberculosi activa. El tractament antituberculós era efectiu en l'eritema indurat, però advertien que calia valorar amb cura aquesta dada, donades les possibles remissions espontànies que s'hi podien produir. Amb tot, els autors van considerar que la hipodermatitis de Bazin era una variant de vasculitis nodular de causa específicament tuberculosa.⁽⁷⁴⁾

Linfomes

L'any 1945 Friedman va publicar el cas d'una dona amb lesions nodulars a les cames que evolucionaven a la necrosi, amb febre, leucopènia i una ràpida evolució mortal. La histologia mostrava infiltrat per cèl·lules mononuclears grans, amb figures de mitosis i algunes que semblaven cèl·lules de Reed–Sternberg, necrosi tissular important i lesió de les parets dels vasos sanguinis. No era evident una afecció visceral, i l'autor ho va anomenar panniculitis d'evolució fatal. A aquest article el va seguir la descripció en la literatura d'altres casos similars. Vilanova i Piñol van publicar el 1953, el 1955 i el 1964

nous casos de malalts amb aquestes característiques, lesions nodulars subcutànies que evolucionen cap a la necrosi i un pronòstic molt dolent, i es van plantejar la possibilitat que es tractessin d'inflamacions del teixit adipós subcutani de tipus Weber-Christian amb fenòmens de patergia o d'una sensibilització de tipus Sanarelli-Schwarzmann, que n'explicarien la gravetat, o bé d'una reticulo-sarcomatosi.^(40,48,98)

El 1972 Piñol i els seus col·laboradors recullen el cas publicat l'any 1964⁽⁹⁸⁾ i un altre de recent observació amb una simptomatologia idèntica, i els publiquen al *Journal de Médecine de Lyon*. Els autors discutiren si eren davant una panniculitis sistèmica d'evolució fatal, una granulomatosi patèrgica, una síndrome de Wegener extrafacial o una veritable reticulosi maligna de localització exclusiva al teixit subcutani. Van jutjar que resultava més versemblant aquesta darrera hipòtesi, atesa la densitat de l'infiltrat, l'aspecte immadur o atípic de les cèl·lules i les nombroses i anormals figures de mitosi. Destacaren que l'afecció exclusiva del teixit adipós per les reticulosi no era gens freqüent. El nom donat a la malaltia, *reticulosos necròtiques*, emfatitzava l'evolució necròtica de les lesions com un signe molt evident del quadre clínic. Els autors creien que la necrosi podia ser secundària a una lesió vascular, de la qual no s'aclareix l'origen.⁽¹⁵¹⁾

L'observació d'un altre cas d'idèntiques característiques, en què la necròpsia va aportar noves dades sobre la malaltia, va reforçar la hipòtesi diagnòstica expressada en l'article anterior. Es va presentar aquest nou cas, juntament amb els dos anteriors i amb les dades de la necròpsia de dos d'ells: infiltració de pell, ganglis i medul·la òssia per cèl·lules d'aspecte reticular o histiocític, atípiques, amb fenòmens d'autofàgia d'eritròcits i d'altres cèl·lules hemàtiques. Aquestes dades van permetre equiparar la malaltia al procés descrit per Scott i Robb-Smith l'any 1939 com a *histiocytic medullary reticulosis*, amb lesions al moll de l'os, els ganglis, el fetge i la melsa, però no a la pell.

En els casos publicats pel professor Piñol, les manifestacions clíniques es mantenien localitzades a la pell durant molt de temps, i l'afecció de ganglis, medul·la i altres òrgans apareixia només a l'última fase evolutiva, moment en què la malaltia era

totalment equiparable a la que havia descrit Scott i Robb-Smith. Els autors destacaven que l'observació d'aquests casos palesava les especials característiques de les reticulosis que afecten la pell.⁽¹⁸¹⁾ Un estudi posterior de les cèl·lules mitjançant microscopi electrònic va evidenciar les característiques morfològiques i els fenòmens d'autofàgia d'hematies, leucòcits, plaquetes i restes nuclears, que confirmaren l'origen histiocític maligne d'aquest procés.⁽²¹¹⁾

La complexitat del diagnòstic descrit en el paràgrafs anteriors es repeteix en casos de lesions infiltratives i necròtiques a l'àrea nasal i perinasal.⁽⁴⁴⁾ L'any 1963 van descriure el cas d'una noia amb episodis de rinitis, tamponament nasal, febre i brots de lesions necròtiques a l'ala nasal i a la parpella; posteriorment, aparició de nòduls al pulmó i mort de la malalta. Els autors van destacar la dificultat diagnòstica de casos com aquest, ja que l'infiltrat granulomatós i la necrosi que s'apreciava en la biòpsia de la lesió nasal emascaraven l'autèntic origen limfomatós de les lesions, i recordaren que ja al 1954 Weiss havia considerat que els processos amb inflamació i necrosi de l'àrea perinasal podrien ser reticulosarcomes. Es discuteix el complicat diagnòstic diferencial entre el granuloma maligne centrefacial i la malaltia de Wegener. L'absència d'afectació renal podria ser un punt clau de cara al diagnòstic de limfoma.^(86,91,92)

Destacaren, així mateix, casos de dermatitis i eritrodèrmies de causa desconeguda, que evolucionaven de manera crònica, i d'èczemes fotosensibles o reaccions cròniques a la llum, amb biòpsies totalment inespecífiques durant mesos, que eren preludi del desenvolupament d'una síndrome de Sézary.⁽¹⁵⁷⁾

De la mateixa manera que el professor Piñol va alertar sobre la naturalesa maligna de processos que costava catalogar en el seu debut, també va advertir de la possibilitat d'atribuir malignitat a processos absolutament benignes. Va ressaltar que certes varietats de parapsoriasis (parapsoriasis varioliforme aguda, parapsoriasis en plaques) mostraven un infiltrat inflamatori en què es veien moltes atípies i fàcilment es

podien classificar com a limfomes. La involució espontània de les lesions en el temps aclaria la seva naturalesa benigna.^(109,197) Referia aquests casos a fi de prevenir les greus conseqüències que comportava un diagnòstic erroni. Defensava que, per evitar confusions, aquests processos no s'havien d'incloure dins del capítol de les parapsoriasis, i proposava el nom de *dermatitis digitata*. Es podia cometre el mateix error en relació amb la papulosi limfomatoide, que en realitat no era més que una resposta immunoblàstica a antígens no coneguts.⁽²¹⁰⁾

La classificació de les malalties limfoproliferatives era difícil i canviant, però d'ençà el 1966 es basava en la que havia proposat Rappaport, en la qual també tenien cabuda les d'origen cutani. L'any 1975, Lennert a Alemanya i Lukes i Collins als Estats Units van suggerir noves classificacions dels limfomes basades no només en els aspectes morfològics, sinó també en aspectes funcionals i immunològics. L'any 1977, en la monografia sobre limfomes, el professor Piñol va proposar una classificació dels limfomes amb manifestacions primàries o secundàries a la pell, basada en l'estudi de l'arquitectura de les lesions i en els aspectes citològics, citoquímics, immunològics i ultraestructurals de les biòpsies de 222 limfomes i 23 pseudolinfomes cutanis, amb l'objectiu de poder adaptar el coneixement dels limfomes cutanis a la classificació general vigent en aquell moment.⁽²³⁰⁾

Citologia

El professor Piñol va estar sempre interessat a disposar de tantes proves diagnòstiques com fos possible. Des del 1958 va dedicar notables esforços a l'estudi citomorfològic d'una varietat de dermatosi, incloent-hi processos inflamatoris i tumors, amb vista a identificar les peculiaritats morfològiques dels diversos components cel·lulars de les lesions. L'any 1960 publica una revisió d'aquesta tècnica i de la seva utilitat, en la qual remarca en tot moment que no ha de substituir l'anatomia patològica, sinó que n'ha de ser un complement.⁽⁷⁷⁾ Dos anys després publicà un article al *Journal of Investigative Dermatology* sobre els aspectes citològics del carcinoma de cèl·lules basals,

després que revisés de 892 frotis de 156 basaliomes, en què comparava la citologia amb l'anatomia patològica i la histoquímica. Entre les cèl·lules basals, hi destaca la presència d'abundants melanòcits, més dels que la histologia podia fer intuir. D'acord amb aquestes troballes, els autors van suggerir que el melanòcit podia tenir un paper força rellevant en la proliferació d'aquests tumors.⁽⁸³⁾

Després d'un estudi de sis anys, Vilanova i Piñol publiquen les dades citològiques de 118 tumors, entre els quals 18 melanomes, i mostren nítidament la morfologia dels melanòcits que proliferen en aquests tumors, amb alteracions del nuclèol, cromatina laxa i citoplasma clar, trets que els diferencien d'altres tumors.⁽⁹⁵⁾

El professor Piñol considerava que els avantatges de la citologia, sempre com a complement de la histologia, eren els següents: 1) es tractava d'una tècnica ràpida i fàcil, 2) permetia diagnosticar el melanomaacròmic, 3) feia possible la detecció de la malignitat per citoquímica, i 4) possibilitava establir un pronòstic en funció del grau d'atípiacel·lular.⁽⁹⁷⁾ Va descriure, també, la morfologia de les cèl·lules del melanoma juvenil⁽⁸⁴⁾ i les característiques morfològiques de les cèl·lules de l'endoteli del sistema vascular dèrmic, a fi de diferenciar-les d'altres cèl·lules presents en els frotis i d'evitar, d'aquesta manera, confusions diagnòstiques.⁽⁸⁰⁾

El diagnòstic del fibroxantoma atípic va ser un altre objecte de l'interès del professor Piñol, qui en promogué l'estudi citològic i ultraestructural. Les seves investigacions el van portar a concloure que aquestes tècniques no permetien diferenciar-lo del fibrohistiocitoma maligne, ja que tots dos tumors estaven formats per cèl·lules de morfologia molt similar. Els autors de l'estudi proposaren que el fibroxantoma atípic i el histiocitoma maligne fibrós podien representar diferents aspectes d'un mateix procés proliferatiu.⁽²⁰⁴⁾

Aquestes tècniques citològiques es van aplicar, així mateix, a l'estudi del percentatge de limfòcits T i B en sang perifèrica i en les lesions de diferents dermatosis reactives (psoriasi, líquen pla, reaccions per fotosensibilitat, etc.) i proliferatives (tumors i reticulosis). Els autors trobaren una disminució de limfòcits T en la reticulosi i

en el melanoma, cosa que possiblement es podia traduir en una reducció de la immunitat retardada amb capacitat d'influir en el pronòstic.⁽¹⁸⁴⁾ Els limfòcits B es van veure augmentats en el reticuloide actínic i en dos casos de xantomes fotosensibles, motiu pel qual van deduir que aquestes cèl·lules podien intervenir en les dermatosis per fotosensibilitat.⁽²⁰⁷⁾

Al·lèrgia i èczemes de contacte

Un dels camps que també van merèixer l'interès del professor Piñol va ser el de l'al·lèrgia cutània i l'èczema de contacte. Juntament amb els seus deixebles, el professor Francesc Grimalt i el Dr. Carles Romaguera, va publicar una sèrie d'articles en els quals deixaven provada l'existència de nous al·lèrgens responsables de dermatitis peculiars.

A finals de la dècada dels seixanta del passat segle, es van observar nombrosos casos d'una dermatitis crònica que afectava les àrees de fricció, intensament pruriginosa, que evolucionava a la liquenificació i a la pigmentació intensa. Atesa la localització de les lesions, es va sospitar un origen tèxtil del procés. Després de diverses consultes a la indústria, es van fer proves d'al·lèrgia en més de 100 casos i en tots i cadascun d'ells es va demostrar la positivitat a algun del set blanquejadors òptics utilitzats en aquells moments en la fabricació de detergents, sobretot els derivats de pirazolines i d'estilbè.^(140, 143)

La prometazina (Fenergan®) és un antihistamínic d'aplicació tòpica que llavors era molt utilitzat per al tractament de picades de mosquits, el qual freqüentment desencadenava, un cop aplicat, una dermatitis aguda. Piñol, Grimalt i Romaguera van estudiar 33 casos amb proves al·lèrgiques positives a aquesta pomada i també es va detectar positivitat a l'etilendiamina en la majoria dels casos, amb reaccions creuades entre els dos productes. L'etilendiamina és una substància que es feia servir com a conservadora en cremes i pomades, i d'aquí la utilitat pràctica d'aquella descoberta.⁽¹⁷⁴⁾

L'observació de molts casos de dermatitis de contacte localitzades als peus els va dur a investigar els nombrosos i diversos productes que s'empraven en la fabricació de les sabates, per tal de trobar quin podia ser el responsable d'aquelles reaccions. Es van fer proves d'al·lèrgia en 45 malalts amb aquests problemes i es van testar 64 substàncies, i es va trobar sensibilització al dodecilmercaptà, un poliuretà utilitzat com a additiu per aturar el procés de polimerització del plàstic. Tot i això, en el 38 % dels casos d'al·lèrgia a les sabates no es va arribar a identificar el producte responsable.⁽¹⁸²⁾

Per acabar aquest apartat, destacarem l'estudi de 16 homes amb dermatitis a la part superior externa de les cuixes, en l'àrea de contacte amb les butxaques, fabricades amb teixit sintètic de niló. Es va comprovar que es tractava d'una al·lèrgia de contacte causada pels polímers de poliamida, component del niló, però no dels productes usats en l'acabat i en el tint del teixit. Ara bé, no es va poder identificar l'al·lergen específic. Quan es va reemplaçar el teixit sintètic de les butxaques per cotó, van desaparèixer aquestes reaccions.⁽²¹⁴⁾

Aquestes troballes, un cop posades en coneixement de la indústria, van permetre que es retiessin aquests elements del procés de manufactura de vestits i sabates, amb la qual cosa va disminuir considerablement el nombre de sensibilitzacions.

Fotobiologia

A la dècada dels seixanta del segle xx es van començar a publicar treballs sobre les malalties cutànies provocades o empitjorades per l'exposició al sol. L'any 1972 el professor Piñol va publicar la primera monografia en llengua espanyola sobre la fisiopatologia, la clínica i el diagnòstic d'aquests processos.⁽²²⁷⁾ La seva col·laboració amb el Dr. Ian Magnus, lector de Fotobiologia al London Institute of Dermatology, va ser clau en la implicació del Servei de Dermatologia de l'Hospital Clínic de Barcelona en la posada al dia en aquest tema. Així, els termes *dermatitis lumínica*, *fototòxia*, *fotoal·lèrgia*, *fototeràpia*, *reticuloide actínic*, etc., van quedar totalment integrats al vo-

cabulari dermatològic del moment, juntament amb les definicions a què s'associaven. El professor Piñol també va ser pioner en la utilització de la radiació lumínica com a tractament de determinades dermatosis –com el lupus vulgar i el vitiligen–, però, sobretot, de la psoriasi.

Porfíria

L'any 1950 el professor Piñol va descriure el primer cas de porfíria de l'adult, i hi va insistir en el diagnòstic, tot i que només el fonamentava en les dades clíniques, ja que en aquells moments no es disposava d'anàlisis de laboratori que detectessin l'increment de porfirines.⁽¹⁹⁾ Uns mesos després va publicar un segon cas amb característiques similars a l'anterior, i en aquesta ocasió ja va poder comprovar l'augment de porfirines a l'orina.⁽²³⁾ Arran d'aquestes observacions i de l'estudi de tres casos més, va fer una revisió d'aquestes malalties i va posar al dia els coneixements que hi havia en aquella època.^(26,27,28,29) En aquella revisió ja proposava la distinció entre una veritable porfíria i porfirinúries secundàries, i ja insinuava que algunes de les porfíries cròniques de l'adult podien tractar-se de porfíries congènites d'aparició tardana. Com a causa, citava l'alteració de la funció hepàtica, el desencadenant de la qual podia ser l'acció d'un tòxic (alcohol, fàrmacs, siderosi, etc.).^(65,223)

A més, va descriure la característica alopecia dels malalts amb porfíria i les limfangiectasis papuloses de la cara com a signes d'aquesta malaltia, alhora que secundaris a la fibrosi dèrmica.^(126,145,147)

Durant els anys 1970 i 1971 va tornar a actualitzar els coneixements al voltant d'aquestes malalties, llavors ja basats en una llarga experiència personal de més de 60 casos, la majoria dels quals eren porfíria cutània tarda (PCT). Els resultats els va presentar a l'International Conference on Porphyrin Metabolism and the Porphyrrias, que va tenir lloc a Ciutat del Cap al desembre de 1970.⁽¹⁴⁸⁾

En els seus treballs descriu les tècniques, el material i els instruments necessaris en un laboratori dedicat al diagnòstic d'aquests processos,^(28,227) amb els quals va poder posar en marxa, a finals de la dècada dels seixanta, el Laboratori de Porfirines de l'Hospital Clínic, gràcies a la col·laboració del Dr. Sidney Smith i del Dr. George Elder, del Departament de Bioquímica de la Universitat de Cardiff. Aquest laboratori va ser acreditat internacionalment, i encara ho és.

Va realitzar un estudi histopatològic del fetge en 40 biòpsies hepàtiques de malalts amb PCT, en què demostrava que es tractava d'una hepatopatia polimorfa, amb esteatosi i siderosi, amb fenòmens inflamatoris i regeneratius d'intensitat variable que evolucionaven lentament cap a fibrosi i cirrosi hepàtica.⁽¹⁷¹⁾

També va atraure el seu interès l'hepatopatia de la protoporfíria eritropoiètica (PPE). Per aquest motiu va promoure un estudi histològic, amb microscopi òptic, microscopi de llum polaritzada i microscopi electrònic, en tres casos de PPE, que va evidenciar graus variables d'inflamació, tot i que el punt més destacable era la presència d'un pigment a l'interior dels hepatòcits, a les cèl·lules de Kupffer i als capil·lars biliars, format per protoporfirina, que mostrava fluorescència vermella, imatges en forma de creu de Malta amb llum polaritzada i estructures tubulars de 120Å per microscòpia electrònica.^(146,172,186)

L'any 1969 el professor Piñol va descriure un cas de porfíria no classificable des del punt de vista bioquímic. Es tractava d'una pacient que presentava lesions per fotosensibilitat des dels 2 anys que amb el pas dels anys li havien causat mutilacions greus. Per aquest motiu, el cas recordava vivament la porfíria eritropoiètica congènita que havia descrit Gunther, però no hi havia eritrodòncia ni anèmia hemolítica, i tampoc no presentava porfirines de l'isòmer I.⁽¹²⁵⁾ Al 1975 al seu servei de l'Hospital es va observar un cas similar en una nena de 8 anys. Llavors el laboratori ja estava en ple funcionament i es van poder identificar bioquímicament les porfirines urinàries, que presentaven un patró com el de la PCT, però amb protoporfirines a les hematies, motiu pel qual el professor Piñol va descriure el cas com porfíria hepatoeritrocitària.⁽²⁰¹⁾

La mort prematura del professor Piñol no va permetre que conegués la identificació final d'aquests casos. Les tècniques enzimàtiques van poder demostrar, el 1981, que l'enzim deficitari (l'uroporfirinogen decarboxilasa) coincidia amb el de la PCT, i l'any 1995, amb les anàlisis genètiques ja totalment desenvolupades, se'n va poder identificar el gen responsable. Amb tot això, es va demostrar que aquests casos representaven formes homozigòtiques de la PCT hereditària. Aquesta forma clínica de porfíria s'ha conegut durant molts anys com *porfíria de Piñol* .

Conclusions

La tasca científica del professor Piñol va estar marcada pel descobriment, l'autocrítica i l'anàlisi clarificadora de les malalties cutànies, juntament amb la seva integració, quan esqueia, a la Medicina Interna. Aquesta lluita evolutiva va ser una constant en tots els seus treballs, i s'aprecia d'una forma molt clara en historiar les seves publicacions.

Cal destacar que els estudis que s'han inclòs en aquesta àmplia bibliografia van assentar les bases per a noves investigacions que van continuar els seus deixebles. Les paraules del professor Piñol escrites per al discurs d'entrada a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, llegit a títol pòstum el dia 13 de novembre de 1977: «[...] jo no veuré la ufana dels arbres que he plantat ni el germinar i el créixer de la llavor sembrada...» reflecteixen el seu sentiment poc temps abans de la seva mort.

Quaranta anys després de la seva desaparició es pot afirmar sense ombra de dubte que la llavor que va sembrar ha germinat i ha crescut amb ufana, gràcies, sempre, al seu exemple i record.

Bibliografía

1. **Piñol Aguadé J., Umbert E.** Consideraciones acerca de un caso de eritema polimorfo en una enferma de estenosis rectal linfogranulomatosa. Actas Dermo-Sif. 35:521-527, 1943-1944.
2. **Piñol Aguadé J., Bassas Grau E.** Consideraciones acerca de la dermatitis dismenorreica de Matzenauer y Polland. Tratamiento con una supuesta toxina menstrual (la trimetilmina) Actas Dermo-Sif. 35:642-656, 1943-1944.
3. **Piñol Aguadé J.** Lupus tuberculoso tratado con rubrofén. Actas Dermo-Sif. 35:924, 1943-1944.
4. **Piñol Aguadé J.** Sobre el tratamiento del botón de Oriente con soluciones débiles de atebрина. Actas Dermo-Sif. 36:657-661, 1944-1945.
5. **Piñol Aguadé J., Umbert E.** Contribución al estudio de las telangiectasias esenciales en placas adquiridas. Actas Dermo-Sif. 36:662-667, 1944-1945.
6. **Piñol Aguadé J., Bassas Grau E.** Consideraciones sobre la supuesta dermatitis de Matzenauer Polland. Actas Derm-Sif. 36:957-971, 1944-1945.
7. **Mercadal Peyrí J., Piñol Aguadé J.** Nota previa sobre el empleo de la tiourea como antiseborreico. Actas Derm-Sif. 36:957-971, 1944-1945.
8. **Mercadal Peyrí J., Piñol Aguadé J.** Perniosis pápulo-queratogena cornificante toxituberculosa. Actas Dermo-Sif. 37:383-390, 1945-1946.
9. **Piñol Aguadé J.** Sobre los factores endocrinos en la patogenia del acné. Anales de Medicina y Cirugía. 19: 334-341, 1946.
10. **Piñol Aguadé J.** Eritrodermia psoriásica en psoriasis artropático. Actas Dermo-Sif. 38: 297, 1946-1947.
11. **Piñol Aguadé J., Barceló P., Rotés Querol J.** Poliartritis crónica i psoriasis artropático. Revista Española de Reumatismo y Enfermedades Osteoarticulares 2:373-403,1948
12. **Piñol Aguadé J., Mercadal Peyrí J.** Eritrodermia leucémica tratada con uretano. Actas Dermo-Sif. 38:882-887, 1946-1947.
13. **Piñol Aguadé J., Mercadal Peyrí J.** Nuestro resultado con el empleo de tiourea en estados seborreicos. Actas Dermo-Sif. 39:1003-1007, 1947-1948.

14. **Piñol Aguadé J., Rotés Querol J., Barceló Torrent P.** Consideraciones sobre la personalidad clínica de la psoriasis artropática. *Anales de Medicina*. 35: 272-278, 1948
15. **Vilanova X., Dulanto F., Piñol Aguadé J.** Contribución al estudio de los síntomas cutáneos de la ictericia hemolítica. *Actas Dermo-Sif* 40:608-624, 1948-1949.
16. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Lupus eritematoso atípico. Caso para diagnóstico. *Actas Dermo-Sif*, 41:163, 1949-1950.
17. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Comentario sobre el caso de una ictericia aparecida al iniciar una serie salvarsánica. *Actas Dermo-Sif* 41: 372, 1949-50.
18. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Umbert de Torrecansa E.** Contribución al estudio de la sintomatología visceral de las eritrodermias arsenobenzólicas. *Actas Dermo-Sif* 41:821, 1950.
19. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Reig J.** Un caso de porfiria crónica. *Actas Dermo-Sif* 42:17-24, 1950.
20. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Pedragosa R.** Linfangioma profundo con angioma plano superficial y nevus piloso concomitante. *Actas Dermo-Sif* 42:59, 1950.
21. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** La importancia de las adenopatías tuberculosas en la etiopatogenia y en el tratamiento de las vasculitis nodulares crónicas tuberculosas (Síndrome de Bazín). *Revista Clínica Española*, 38:348-363,1950
22. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Psoriasis arthropathica. *Rheumatism (Londres)*, 7:197-208,1951.
23. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Porfiria crónica. *Actas Dermo-Sif* 42:552-555, 1950-1951.
24. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Valls A.** Esclerodermia, gota calcárea i calcificaciones arteriales. *Actas Dermo-Sif* 42:651-659, 1950-1951.
25. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Panmielopatía arsenical. *Actas Dermo-Sif* 43:92-93, 1951-1952.
26. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Contribución al estudio de las porfirias crónicas. *Actas Dermo-Sif* 43: 453-456. 1951-1952.
27. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Contribución al estudio de las porfirias crónicas. *Actas Dermo-Sif* 43: 497-527, 1951-1952.
28. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Contribución al estudio de las porfirias crónicas. *Actas Dermo-Sif* 43: 585-614, 1951-1952.

29. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Contribución al estudio de las porfirias crónicas. *Anales Medicina y Cirugía* 31:385-435, 1952.
30. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** El tratamiento de psoriasis, poquilodermatomiositis y eritrodermia con mostazas nitrogenadas. *Actas Dermo-Sif* 43:366-368, 1952.
31. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Villalonga J.** Síndrome de Senear Usher. *Actas Dermo-Sif* 43:731-733, 1952.
32. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Capdevila J.M.** Eritrodermia por Tiosemicarbazona. *Actas Dermo-Sif* 43:826-828, 1952.
33. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Beitrag zur Kenntnis der epidermolysis bullosa dystrophica ulcero-vegetans. *Hautarzt* 3:514-521, 1952.
34. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Contribución al conocimiento de las interrelaciones cutáneo-visceralas. Síndromes dermatorenales. *Actas Dermo-Sif* 44:583, 1953.
35. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Contribución al conocimiento de las interrelaciones cutáneo-visceralas. Síndromes dermatorenales. *Actas Dermo-Sif* 44:620-627, 1953.
36. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Capdevila J.M.** Pseudotabes por mielosis funicular en un sífilítico afecto de anemia perniciosa. *Actas Dermo-Sif* 44:581-583, 1953.
37. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Síndrome de Senear-Usher y pénfigos. *Actas Dermo-Sif*. 44: 467-469, 1952-1953.
38. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Moragas J.M.** Periarteritis nudosa simulando una enfermedad de Duhring. *Actas Dermo-Sif* 44:319-328, 1952-53.
39. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Síndrome de Senear-Usher y pénfigos. *Actas Dermo-Sif*. 45: 96-109, 1953-1954.
40. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Moragas J.M.** Dermatitis nodularis necrótica. *Actas Dermo-Sif* 45:140-144, 1953-1954.
41. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Pemphigus aigu febrile grave. Relation d'un cas. Discussion sur la position nosologique de cette affection. *Annales Dermat et Syph* 80:574-598, 1953.
42. **Solé Sagarra J., Piñol Aguadé J., Bassols Parés R.** Estudio clínico de un caso de esclerosis tuberosa (Enfermedad de Pringle). *Acta Pediatr Esp* 11:164, 1954.
43. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Rotés J.** Afecciones cutáneas reumatoides. Comentario a nuestra casuística. *Actas Dermo-Sif* 46:106-126, 1954-1955.

44. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Granuloma grangraenescens: rapport dun cas. *Dermatologica* 109:14-20, 1954.
45. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Dermatomiositis, forma infantil. *Actas Dermo-Sif* 46:258-262, 1954-1955.
46. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Aftosis, concepto, etiología, situación nosológica y ensayo de un nuevo tratamiento. *Actas Dermo-Sif* 46:704-714, 1954-1955.
47. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Castells A.** Agranulocitosis en el curso de un paludismo inducido. *Actas Dermo-Sif* 46:270-272, 1955.
48. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Romaguera C., Castells A.** Reticulosarcomatosis cutáneas tipo Gottron. *Actas Dermo-Sif* 46:273-276, 1954-1955.
49. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Necrobiosis lipoidica diabética. *Actas Dermo-Sif* 46:752, 1955.
50. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Paniculitis. *Actas Dermo-Sif* 46:752, 1955.
51. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Síndrome de Ehlers-Danlos. *Actas Dermo-Sif* 46:752, 1955.
52. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Eritema polimorfo ampolloso crónico. *Actas Dermo-Sif* 47:235, 1955.
53. **Piñol Aguadé J.** Algunos síndromes ulcerosos de extremidades inferiores en enfermedades internas. *Anales de Medicina* 41:51-67, 1955.
54. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** La dermatomiositis. *Progresos de Patología Clínica* 2:351-381, 1955.
55. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Acrodynie et mercure. A propos d'une observation clinique. *Bull Soc Franç Dermat Syph* 62:528-529, 1955.
56. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Das syndrom von Senear-Usher un der pemphigus. *Archiv Fur Dermatologie und Syphilis*. 200:211-215, 1955.
57. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Incontinencia Pigmenti. *Actas Dermo-Sif* 47: 47, 1955-1956.
58. **Vilanova X., Piñol Aguadé J** Tratamiento genérico de los estados eritrodérmicos. *Actas Dermo-Sif* 47:282-286, 1955-1956.
59. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Lupus eritematoso agudo en fase de remisión. *Actas Dermo-Sif* 47:753, 1955-1956.
60. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Angeitis alérgica o alérgide polimorfa. *Actas Dermo-Sif* 47:753, 1955-1956.

61. **Vilanova X., Piñol Agudé J.** Hipertrichosis, melanososis y dermatoesclerosis circunscritas consecutivas a la inyección subcutánea de hematoporfirina seguida de irradiación solar. *Dermatología* 1:146-154, 1956.
62. **Vilanova X., Piñol Agudé J., Dalmases Gosé R.** Síndromes cutáneo-articulares. *Revista Española de Reumatismo y Enfermedades Osteoarticulares* 6:169-179, 1955.
63. **Vilanova X., Piñol J.** Hypodermite nodulaire subaigue migratrice. *Ann Dermat et Syph* 83: 369-404, 1956.
64. **Vilanova X., Piñol Agudé J.** Lesiones nodulares profundes dans le cours évolutif d'un lupus érythemateux aigu mortel. *Ann Dermat et Syph* 84:37, 1957.
65. **Vilanova X., Piñol Agudé J.** Porfiria crónica del adulto. Monografía. Ediciones Ariel, 1957.
66. **Piñol Agudé J.** La piel senil en patología cutánea. *Actas Dermo-Sif* 49:102-109, 1958.
67. **Vilanova X., Piñol Agudé J.** Granuloma anular del cuero cabelludo. *Actas Dermo-Sif* 49:544-545, 1957-1958.
68. **Vilanova X., Piñol Agudé J.** ¿Curan espontáneamente los hemangiomas capilares tuberosos (nevus fresa)? *Actas Dermo-Sif* 49:546-554, 1957-1958.
69. **Vilanova X., Piñol Agudé J., Cardenal C.** Chéilite granulomateuse de Miescher avec manifestations cutanées rappelant le lupus érythemateux. *Ann Dermat et Syph* 85:278-289, 1958.
70. **Vilanova X., Piñol Agudé J.** Recurrent pustulosis. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr* 65:316-319, 1958.
71. **Vilanova X., Piñol Agudé J.** Pustuloses recidivantes. *La Presse Médicale* 66:1495-1499, 1958.
72. **Vilanova X., Piñol Agudé J.** Noduläre aphtose, aphtose en plaques und Pfeiffer-Weber-Christiansche Panniculitis. Experimentelle reproduktion der nodulären läsionen bei aphtose. *Hautarzt* 9:389-398, 1958.
73. **Vilanova X., Piñol Agudé J., Moragas J.M.** Crioglobulinemia esencial con lesiones cutáneas ulcerosas y gangrenosas. *Arch Argent Derm* 8:267-277, 1958.
74. **Vilanova X., Piñol Agudé J., Rubió J., Moragas J.M.** Vascularite nodulaire et érythème induré de Bazin. Étude statistique et diagnostique. *Bull Soc Franç Derm* 65:418-433, 1958.

75. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Incontinentia pigmenti. Troubles sudoripares fonctionnels dysplasiques et pigmentaires chez les ascendants. Ann Derm Syph, 86:247-258, 1959.
76. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Subacute nodular migratory panniculitis. Br J Dermatol 71: 45-50, 1959.
77. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Diagnóstico citológico en dermatología. Actas Dermo-Sif 51:307, 1960.
78. **Vilanova X., Moragas J., Piñol Aguadé J., Casanovas M.** Monilial granuloma. Bull Sc Fr Dermatol Syphilgr 67:700-701, 1960
79. **Vilanova X., Castillo R., Piñol Aguadé J.** Mastocytosis with coagulations defects induced by biopsy. Arch Derm 84:603-606, 1961.
80. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Castells A., Maíz Bermejo S.** Síndrome de Rothmund-Thomson y síndrome de Bloom. Actas Dermo-Sif 53:3-23, 1962.
81. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Castells A.** Gangrena cutánea y mucosa simétrica de origen dentario. Actas Dermo-Sif 53:511-514, 1962.
82. **Piñol Aguadé J.** Genodermatosis. Anales de Medicina y Cirugía 39:197-224, 1962
83. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Rueda L.A.** The cytologic aspects of basal cell carcinoma. J Invest Dermatol 39:123-131, 1962.
84. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Castells A., Moragas J.M.** Juvenil melanoma. A tumor of vascular origen? Dermatologica 125:189-202, 1962.
85. **Piñol Aguadé J.** Genodermatosis. Arch de Pediatría 72:647-669, 1962.
86. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Rueda L.A.** Reticulosis necrótica. Actas finales del V Congreso ILA de Dermatología, pag 939-942, 1963.
87. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Sobre la clasificación de las paniculitis o hipodermatitis. Actas finales del V Congreso ILA de Dermatología, pag 675-676, 1963.
88. **Piñol Aguadé J.** Contribución al estudio de algunos síndromes nodulares (Resumen de Tesis Doctoral. Medicina Clínica 41:124-130, 1963.
89. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Alopecia universal en el raquitismo vitaminoresistente. Actas Dermo-Sif 54:509-517, 1963.
90. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Rueda L.A.** Cytopatologie du systeme endothelial vasculaire dans quelques lesions cutánées. Ann Dermat Syph 90:457-466, 1963.

91. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Rueda L.A.** Reticulose nécrotique d'évolution extraordinaire et terminée par la mort. Bull Soc Franç Dermat 70:456-462, 1963.
92. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Rueda L.A.** Granuloma malin centrofacial avec lésions genitales et viscerales. Bull Soc Franç Dermat 70: 462-470, 1963.
93. **Vilanova X., Piñol Aguadé J., Castells A.** Hematome angiomateux sudoripare sécrétant. Dermatologica, 127:9-16 1963.
94. **Torres Marty L., Piñol Aguadé J., Ferrer Pi S.** Síndrome de Lyell (necrolisis epidérmica tóxica). Arch de Pediatría (Barcelona) 14/83:533-543, 1964.
95. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Importancia de algunas coloraciones citológicas en el diagnóstico de los melanomas malignos. Actas Dermo-Sif 55:437-442, 1964.
96. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Queratomalacia en el curso de una eritrodermia. Actas Dermo-Sif 55:657-664, 1964.
97. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Estudios citoquímicos en el melanoma. Actas Dermo-Sif 55:665-690, 1964.
98. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Paniculitis necrótica. Evolución mortal. Actas Dermo-Sif 55:261-270, 1964.
99. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Crítica al concepto de la *pyodermia chancriforme faciei* de Hoffmann (aportación de un caso). Actas Dermo-Sif 56:137-146, 1965.
100. **Vilanova X. Piñol Aguadé J.** Cicatrices lineales de la cara como estigma solitario en un caso de sífilis congénita tardía. Actas Dermo-Sif 56:203-206, 1965.
101. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Pterigo-arthro-myelodysplasia de Rossi y Caffilisch con síndrome de Ehlers-Danlos. Rev Derm Iber Amer 7:143-165, 1965.
102. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Pseudoesclerodermia en la anemia perniciosa. Curación con terapéutica antianémica. Actas Derm-Sif 56:333-336, 1965.
103. **Piñol Aguadé J., Giménez Camarasa J., Moragas J.** Annually recurring erythema: an unusual variety of centrifugal annular erythema? Arch Argent Dermatol 16:75-87, 1966
104. **Piñol Aguadé J., Grau Gilabert J.L.** Asociación de reticulosis maligna y carcinoma. Actas Dermo-Sif 57:113-123, 1966.
105. **Piñol Aguadé J., Castells Mas A.** Tres casos de síndrome de Behcet. Actas Dermo-Sif 57:319-322, 1966.

106. **Piñol Agudé J.** Aspectos de la patología cutánea en las comunicaciones arteriovenosas. *Med Cut* 1:151-158, 1966
107. **Piñol Agudé J.** A propósito de los hidroadenomas nodulares (Lund). *Med Cut* 1:233-246, 1966
108. **Piñol Agudé J., Umbert Millet P.** Keratosis palmoplantaris mutilans. *Med Cut* 2: 187-190, 1967
109. **Piñol Agudé J., Rubio J., Grimalt F.** Falsa reticulosis maligna por parapsoriasis varioliforme aguda. *Actas Dermo-Sif* 58:131-136, 1967.
110. **Piñol Agudé J., Castells A., Grimalt F.** Nevoxandoendotelioma con afectación ocular y síntomas de enfermedad de Recklinghausen. *Actas Dermo-Sif*, 58:285, 1967.
111. **Piñol Agudé J.** Nuevos aspectos sobre las reticulosis malignas de la piel. *Med Cut* 2:355-368, 1968
112. **Telese A., Rubió J., Castells Mas A., Piñol Agudé J.** Pénfigo benigno familiar de Haley-Haley evidenciado en una eritrodermia por eccema de contacto. *Med Cut* 2:463-468, 1968
113. **Piñol Agudé J., Giménez Camarasa J.M.** Factores etiológicos del llamado «eccema del ama de casa». *Med Cut* 2:507-414, 1968
114. **Piñol Agudé J., Castells Mas A., Lecha M., Mascaró J.M., Giménez Camarasa J.M., March P., Gras J., Tuset N., Castells Rodellas A.** Grave dermatitis liquenoide con alopecia irreversible i beta-alaninuria en pacientes tratados con tuberculostáticos. *Med Cut* 3:27-42, 1968
115. **Asprer J., Romaguera C., Castells A., Piñol Agudé J.** Lipoidoproteinosi. *Med Cut* 3:59-64, 1968
116. **Piñol Agudé J., Galy C., Mascaró J.M., Asprer J.** Queratodermia palmo-plantar paulosa en una enferma hipofisectomizada por craneofaringioma. *Med Cut* 3:169-172, 1968
117. **Piñol Agudé J., Mascaró J.M., Umbert Millet P.** Estudio anatomoclínico de los nevos organoides (Hamartomas pilosos pluripotentes). *Med Cut* 3:261-274, 1968
118. **Piñol Agudé J., Romaguera C., Mascaró J.M.** Incontinentia pigmenti achromians (ITO) *Med Cut* 3:287-290. 1968
119. **Bassas Grau E., Capdevila J.M., Castells A., Piñol Agudé J.** Nevus sistematizado con heterocromia areata del cabello. Heterocromia areata congénita. *Med Cut* 3:339-346 1969
120. **Piñol Agudé J., Umbert P., Mascaró J.M.** Acantosis nigricans maligna en una niña de tres años. *Med Cut* 3:387-390, 1969

121. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Asprer J., Rubió J., Roselló E.** A propósito de la fibromatosis juvenil benigna. Estudio de cuatro casos. *Med Cut* 3:475-484, 1969
122. **Guix Melcior J.R., Giménez Camarasa J.M., Mascaró J.M., Piñol Aguadé J.** ¿Existe la fotoalergia? *Med Cut* 3:489-492, 1969
123. **Piñol Aguadé J., Telese A., Mascaró J.M.** Consideraciones sobre algunas formaciones angiomasas benignas de aparición tardía. *Actas Dermo-Sif* 60:201-230, 1969.
124. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Romaguera C., Lecha M.** Xanthoma disseminatum avec lésions osseuses. *Bull Soc Fr Derm* 76:555, 1969.
125. **Piñol Aguadé J., Castells A., Indacochea A., Rodés J.** A case of biochemically unclassifiable hepatic porphyria. *Br J Dermatol* 81:270-275, 1969.
126. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Galy C., Capdevila J.** Sur quelques manifestations cutanées et oculaires peu connues des porphyries. (Les lymphangiectasies papuleuses centrofaciales de la porphyrie). *Ann Dermatol Syphiligr* 96: 265-270, 1969.
127. **Piñol Aguadé J., Lecha M., Grimalt F., Mascaró J.M.** Contribución al estudio de las capilaritis pigmentarias y purpúricas. *Actas Dermosifiliogr* 61: 291-296, 1970.
128. **Castells Rodellas A., Piñol Aguadé J., Mascaró J.M.** El «test» de la inhibición de la migración leucocitaria en clínica dermatológica (nota preliminar). *Actas Dermosifiliogr* 61:391-396, 1970.
129. **Piñol Aguadé J., Castells Mas A., Lecha M., Mascaró J.M.** Telangiectasias múltiples difusas reveladoras de un carcinoide ileocecal con metástasis hepáticas. *Actas Dermosifiliogr* 61:389-390, 1970.
130. **Mascaró J.M., Piñol Aguadé J., Galy C.** A propósito de un nuevo caso de fibromatosis juvenil benigna. *Actas Dermosifiliogr* 61:387-388, 1970.
131. **Asprer J., Romaguera C., Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Maideu E.** Incontinentia pigmenti clásica y acromians en una misma familia. *Med Cut* 4: 137-142, 1970.
132. **Mascaró J.M., Galy C., Piñol Aguadé J.** Fibroma perifolicular. *Med Cut* 4:163-168, 1970.
133. **Piñol Aguadé J.** Inmunidad y Dermatología. *Med Cut* 4:193-202, 1970.
134. **Piñol Aguadé J., Castells A., Romaguera C., Mascaró J.M.** Una conectivopatía hereditaria poco conocida: el síndrome de Bureau, Barrière y Thomas. *Med Cut* 4:361-366, 1970.

135. **Piñol Aguadé J., Grimalt F., Mascaró J.M.** Relaciones entre la poroqueratosis superficial de Respighi y otros cuadros clínicos Med Cut 4:429-436, 1970.
136. **Mascaró J.M., Galy C., Piñol Aguadé J.** Historia natural del nevus de Becker. Med Cut 4:437-446, 1970.
137. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Guix, J.R.** Fotobiología y Dermatología (1ª parte). Med Cut 4:457-479, 1970.
138. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Guix, J.R.** Fotobiología y Dermatología (2ª parte). Med Cut 5:389-414, 1970
139. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Galy C.** Difusse telangiectasis revealing a carcinoid of the digestive tube with hepatic metastasis. Bull Soc Fr Dermatol Syphiliogr 78:227-228, 1971.
140. **Piñol Aguadé J., Grimalt F., Cisneros J.L, Romaguera C., Mascaró J.M.** Dermatitis por detergentes. Nota preliminar sobre los casos observados en el departamento de Dermatología de la Facultad de Medicina de Barcelona. Actas Dermosifiliogr 62:82-83, 1971.
141. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Castel T.** Epidermólisis bullosa *sine bullae*. Una modalidad peculiar de epidermólisis. Med Cut 5:415-422, 1971.
142. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Botella R.** Síndrome del nevus epidérmico. Comentarios a propósito de dos casos. Med Cut 5:99-104, 1970-1971.
143. **Piñol Aguadé J., Romaguera C., Grimalt F., Mascaró J.M., Cisneros J.L.** Dermatitis por los blanqueadores ópticos de los detergentes. Estudio de 103 observaciones personales. Med Cut 5:249-268, 1971.
144. **Piñol Aguadé J.,** Consideraciones generales sobre nuestra experiencia acerca de los métodos de estudio en la PCT y exploraciones fotobiológicas. Bolletino dell Instituto San Gallicano 7:31-38, 1971.
145. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Galy C.** La alopecia porfírica. Med Cut 5:235-240, 1971.
146. **Mascaró J.M., Piñol Aguadé J., Bruguera M., Galy C.** Histopatología del hígado en la protoporfiria eritropoiética. Nota a propósito del estudio de tres casos. Med Cut 6:441-448, 1971.
147. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Galy C.** Histología de la alopecia en la porfiria cutánea tarda. Nota preliminar. Actas Dermosifiliogr 62:69-72, 1971.
148. **Piñol Aguadé J., Galy C., Mascaró J.M.** Clinical studies of 63 cases of variuos porphyrias in Barcelona over the 2-year-period 1968-1970. South African Medical Journal, 17: 201-203, 1971 Special Issue.
149. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M.** Dos casos de síndrome de Gianotti-Crosti con antígeno Australia positivo. Actas Dermosifiliogr 62:91-104, 1971.

150. **Mascaró J.M., Piñol Aguadé J.** Estudio ultraestructural de la fibromatosis juvenil benigna. *Actas Dermosifiliogr* 62:16-174, 1971.
151. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Romaguera C., Castells A., Herrero C., Castel T.** Les réticuloses nécrotiques. *J Med Lyon* 53:1140-1147, 1972.
152. **Piñol Aguadé J., Lecha M., Mascaró J.M., Montis A.** Acné estivalis («Mallorca Acné»). *Med Cut* 6:353-356, 1972.
153. **Piñol Aguadé J., Castells Rodellas A., Lecha M., Romaguera C., Castel T., Montis A.** Problemas inmunológicos de ciertas micosis cutáneas. *Med Cut* 6:369-378, 1972.
154. **Piñol Aguadé J., Grimalt F., Romaguera C.** Sobre el mecanismo de establecimiento de las pulpitis secas i fisurarias de las manos de las amas de casa. *Med Cut* 6:379-388, 1972.
155. **Piñol Aguadé J., Herrero C., Castel T., Castells A., Grimalt F., Rueda L.A.** Poikiloderma congénita con lesiones vesicoampollosas. *Med Cut* 6:427-436 1972.
156. **Piñol Aguadé J., Montis A., González, O., Castells A., Romaguera C., Arandes R., Prats M.** Síndrome del *flushing* por hernia paraduodenal. Estudio de un caso en un enfermo con mastocitosis cutánea. *Med Cut* 6:471-476, 1972.
157. **Piñol Aguadé J., Lecha M., Guix J.R., Mascaró J.M.** Actinic reticuloid. *Arch Belg Dermatol Syphiligr* 28:75-83, 1972.
158. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Peyrí J., Bruguera M.** Berardinelli-Seip syndrome. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr* 6:1-14, 1972.
159. **Piñol Aguadé J., Herrero C., Mascaró J.M.** Tumores subungueales dolorosos. Sus relaciones con la *incontinentia pigmenti*. *Actas Dermosifiliogr* 63:166-167, 1972.
160. **Piñol Aguadé J., Montis A., Botella R., Lecha M., Mascaró J.M.** *Balloon cell nevus* (Se presenta un caso de un paciente con lesiones névicas múltiples con aspectos histológicos de *balloon cell nevus*). *Actas Dermosifiliogr* 64:557-564, 1973.
161. **Piñol Aguadé J., Montis A., Botella R., Lecha M., Mascaró J.M.** Un síndrome paraneoplásico poco conocido. El eritema facial con lesiones necróticas. *Actas Dermosifiliogr* 64:349-358, 1973.
162. **Peyrí J., Herrero C., Piñol Aguadé J.** Poroqueratosis linear de Freund. *Actas Dermosifiliogr* 64:607-616, 1973.

163. **Ferrando J., Corominas A., Piñol Agudé J., Grimalt F., Castells A.** Estudios con cromatografía de lípidos en piel normal y en diferentes tipos de xantomatosis (nota previa). *Med Cut* 7:349-358, 1973.
164. **Piñol Agudé J., Capdevila J.M., Lecha M., Peyrí J., Castel T., Corretger J.M., Grimalt F., Castells A.** Síndrome de Seckel con manifestaciones de fotosensibilidad. *Med Cut* 7:327-332, 1973.
165. **Piñol Agudé J., Ferrando J., Estrach T., Palou J., Esquerda J.** Indiferencia congénita al dolor con anhidrosis e hiperlaxitud articular. *Med Cut ILA* (segunda época) 3:185-203, 1973.
166. **Castells Rodellas A., Castel T., Capdevila J.M., Ferrando J., Pedragosa R., Piñol Agudé J.** Inmunofluorescencia del liquen plano. *Med Cut ILA* (segunda época) 1:49-56, 1973.
167. **Piñol Agudé J., Pedragosa R., Castells A., Sendra N., Lecha M., Jal-ladi A., Grimalt F.** Ensayo terapéutico con virus vacunal en el eritema anual recidivante. *Med Cut ILA* (segunda época) 1:127-132, 1973.
168. **Piñol Agudé J., Peyrí J., Herrero C., Torres A.** Poiquilodermia congénita con ampollas tipo Kindler Salamon. *Med Cut ILA* 3:221-225, 1973.
169. **Piñol Agudé J., Ferrando J., Castells A., Castel T., Castells A., Fernandez N., Corominas A.** Sobre la posición nosológica y el estado inmunitario del xantoma disseminatum. A propósito de cuatro observaciones. *Med Cut* 7: 9-26, 1973.
170. **Piñol Agudé J., Lecha M., Almeida J., Herrero C., Galy Mascaró C.** Porfiria cutánea tarda en niños. *Med Cut* 7:45-52 1973.
171. **Mascaró J.M., Piñol Agudé, Bruguera M., Galy C.** El hígado porfírico. Correlaciones entre la histopatología, la clínica y el laboratorio. Experiencia personal. *Actas Dermosifiliogr*, 64:177-202, 1973.
172. **Mascaró J.M., Piñol Agudé J., Galy C., Bruguera M., Esquerda J.E.** Ultraestructura del hígado en la protoporfiria eritropoiética. *Med Cut ILA* 6:369-376, 1973.
173. **Piñol Agudé J., Lecha M., Castells M.A., Castells R.A., Cisneros J.L., Pinto B.** Dermatitis por *amiodarona*. Estudios fotobiológicos e inmunológicos. *Med Cut* 7:189-196, 1973.
174. **Romaguera C., Lecha M., Piñol Agudé J., Grimalt F.** Estudio comparativo de las reacciones cruzadas alérgicas y fotoalérgicas producidas por el fenérgán y la etilenodiamina. *Med Cut* 7:121-124, 1973.
175. **Piñol Agudé J., Fernández N.** Enfermedad de los puntos pardos (*Dark dot disease*). *Med Cut* 7:257-262, 1973.

176. **Piñol Aguade J., Peyrí J., Ferrando J.** Acantosis nigricans maligna infantil asociada a tumor de Wilms. Med Cut 7:287-290, 1973.
177. **Piñol Aguadé J., Peyrí J.** Nevus sobre nevus. Med Cut 7:85-93, 1973.
178. **Piñol Aguadé J., Ferrando J., Castells R.A., Castel T., Castells M.A., Fernández N., Corominas A.** Sobre la posición nosológica y el estado inmunitario del *xantoma disseminatum*. Med Cut ILA 7:9-27, 1973.
179. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M. Herrero C., Castel T.** Tumeurs sous-unguéales dyskératosiques douloureuses et spontanément résolutes. Ses Rapports avec *l'incontinentia pigmenti*. Ann Dermatol Venereol 100:159-168, 1973 (citado en Year Book 1974).
180. **Piñol Aguadé J., Herrero C., Castel T., Castells A., Grimalt F., Rueda A.** Poikilodermie congénitale avec des lésions vésico-bulleuses. Med Hyg 32:858-862, 1974 (citado en Year Book 1974).
181. **Piñol Aguadé J., Peyrí J., Ferrando J., Herrero C., Pedragosa R., Mieras C., Estrach T., Mascaró J.M.** Reticulosis necróticas. Una manifestación de la enfermedad de Scott y Robb-Smith? Med Cut ILA 1:15-30, 1974.
182. **Romaguera C., Grimalt F., Piñol Aguadé J.** Nuevos alergenitos pertenecientes al grupo de las resinas en la dermatitis de contacto del calzado. Med Cut ILA 3:201-212, 1974.
183. **Piñol Aguadé J., Mieras C., Ferrándiz C., Lecha M., Estrach T., Herrero C.** Enfermedad de Darier fotosensible y sus relaciones con el síndrome de Haber. Med Cut ILA 4:299-306, 1974.
184. **Estrach T., Castells A., Piñol Aguadé J.** Determinación de linfocitos T en sangre circulante e infiltrados inflamatorios de diversas dermatosis. Med Cut ILA 3:213-220, 1974
185. **Lima M., Palou J., Jaladi A., Peyrí J., Piñol Aguadé J.** Psoriasis tipo eritema anular centrífugo. Med Cut ILA 4:249-254, 1974.
186. **Mascaró J.M., Piñol Aguadé J., Galy C.** Ricerche ultrastrutturali sul fegato nella protoporfiria eritropoietica. Gior Ital Der Minerva Dermatologica, 109:118-119, 1974 170
187. **Piñol Aguadé J., Asprer J., Ferrando J.** Lichenoid tri-keratosis (Kaposi-Bureau-Barrière-Grupper). Dermatologica 148:179-188, 1974.
188. **Piñol Aguade J., Ferrando J., Fernandez N.** Xantogranuloma juvenil asociado a enfermedad de V. Recklinghausen. Actas Dermosifiliogr 64:213-218, 1974.
189. **Lima Ostos M., Piñol Aguadé J.** Incintinencia pigmenti o síndrome de Bloch-Sulzberger en fase eritematoampollosa. Actas Dermo-Sifiliogr 65:175-176, 1974.

190. **Piñol Aguadé J., Peyrí J., Rubió J., Grimalt F., Ferrando J.** Sarcoma alveolar de la lengua. Med Cut ILA 1:49-61, 1974.
191. **Lima M., Palou J., Jaladi A., Peyrí J., Piñol Aguadé J.** Psoriasis tipo eritema anular centrífugo. Med Cut ILA 2:249-253, 1974
192. **Piñol Aguade J., Peyrí J., Quintana L., Torres A., Palou J.** *Lichen aureus*. Med Cut ILA 2:263-266, 1974.
193. **Palou J., Ferrándiz C., Peyrí J., Piñol Aguadé J.** Cutis laxa congénita generalizada. Med Cut ILA 2:403-408, 1974.
194. **Castel T., Piñol Aguadé J., Castells A., Prats M., Pigdomenech L.** Application of thermography in the diagnosis of melanoma. Med Cut ILA 2:409-416, 1974.
195. **Castells A., Grimalt F., Castel T., Piñol Aguadé J.** Urticaria por contacto. Med Cut ILA 2:417-423, 1974.
196. **Romaguera C., Castel T., Pedragosa R., Piñol Aguadé J.** Tratamiento de epitelomas con DNCB. Med Cut ILA 2:471-476, 1974.
197. **Ferrando J., Capdevila J.M., Piñol Aguadé J.** Xantoeritrodermia perstans o dermatosis digitata (parapsoriasis en placas de tipo benigno) Actas Dermosifiliogr, 65:177-178, 1974.
198. **Piñol Aguadé J., Castells A., Lecha M., Ferrando J.** A propos de cinq observations d'une forme particuliere de vascularite gangreneuse du scrotum. XIV Congres de L'assoc. Des Derm et Syphil De Langue Francaise. Vascularites ed, Geneve, Medicine et Higiene, II:112-120 1974.
199. **Piñol Aguadé J., Ferrándiz C., Ferrando J.** A propósito de dos nuevas observaciones de vasculitis gangrenosa del escroto. Med Cut ILA 2:101-106, 1974.
200. **Piñol Aguadé J., Lecha M., Estrach T., Castel T., Castells A., Mieras C., Palou J.** Dermatitis lumínica crónica, sus relaciones con el reticuloide actínico, el eccema fotosensible y las «reacciones persistentes a la luz». Med Cut ILA 5:333-352, 1974.
201. **Piñol Aguadé J., Herrero C., Almeida J., Castells, A., Ferrando J., Asprer J., Palou J., Giménez A.** Porphyrie hépato-erythrocytaire. Une nouvelle forme de porphyrie. Ann Dermatol Syphiligr (Paris) 102:129-136. 1975.
202. **Piñol Aguadé J., Herrero C., Almeida J., Smith S.G., Belcher R.V.** Thin layer chromatography and counter-current analysis in porphyria. British Journal of Dermatology 93:277-289, 1975.
203. **Ferrando, J., Lecha M., Estrach T., Piñol Aguadé J.** Xantoma plano diseminado con fotosensibilidad. Med Cutan ILA 3:23-28, 1975.

204. **Ferrando J., Mieras C., Piñol Agudé J., Tomas J.M.** Estudio citológico y ultraestructural del fibroxantoma atípico. *Med Cutan ILA* 3:37-46, 1975.
205. **Palou J., Ferrándiz C., Piñol Agudé J.** Queratodermia punctata queratósica asociada a cirrosis hepática. *Med Cutan ILA* 3:63-68, 1975.
206. **Piñol Agudé J., Peyrí Rey J.** Papulosis liquenoide estival. *Med Cutan ILA* 3:193-198, 1975.
207. **Estrach T., Castells A., Piñol Agudé J.** Determinación de linfocitos B: inmunofluorescencia y tinción de peroxidasa (nota preliminar). *Med Cutan ILA* 3:399-402, 1975.
208. **Ferrándiz C., Pedragosa R., Piñol Agudé J.** Livedo reticularis asociado a vasculopatía cerebral. *Actas Dermosifiliogr* 66:651-652, 1975.
209. **Bruguera M., Esquerda J., Mascaró J.M., Piñol Agudé J.** Erythropietic protoporphyria. A light and polarization microscopical study of the liver in three patients. *Arch Pathol Lab Med*, 100:587-589, 1976.
210. **Piñol Agudé J., Ferrándiz C.** Lymphomatoid papulosis. A model of immunoblastic reaction of the skin. *Mod Probl Paediatr* 20:169-179, 1976.
211. **Piñol Agudé J., Ferrando J., Tomas J.M., Mieras C., Peyrí J.** Necropsy and ultrastructural findings in histiocytic medular reticulosis. *Br J Dermatol* 95:35-44, 1976.
212. **Piñol Agudé J., Ferrándiz C.** Sarcoma epitelioid. ¿Un tumor de miofibroblastos? *Med Cut ILA* 4:91-104, 1976.
213. **Torras H., Mieras C., Romaguera C., Piñol Agudé J.** Mastocitosis pseudoxantomatosa con aspecto de nevus elástico. *Med Cut ILA* 4:73-76, 1976
214. **Grimalt F., Romaguera C., Piñol Agudé J.** Dermatitis de contacto por bolsillos de plástico de pantalones. *Med Cut ILA* 4:7-14, 1976.
215. **Piñol Agudé J., Pedragosa R., Tomás J.M., Torres A.** Falsos basaliomas y falsas metástasis cutáneas de carcinomas viscerales. A propósito de 7 observaciones de carcinoma ecrino. *Med Cut ILA* 4:23-40, 1976.
216. **Piñol Agudé J., Martino L.** Resultados de un ensayo clínico comparativo doble ciego entre dos corticoides tópicos, 17-desoximetasona y betametasona, aplicados al tratamiento del psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 68:401-408, 1977.
217. **Piñol Agudé J., Ferrando J., Bombí J.A., Castel T., Lecha M., Ferrándiz C., Fontarnau R.** Melanoma desmoplástico. *Med Cut ILA* 5:77-92, 1977.

218. **Piñol Aguadé J., Palou J., Lecha M., Castel T.** Necrosis epidérmica focal. ¿Una variante del lupus eritematoso o una nueva enfermedad? Med Cut ILA 5 1-11, 1977.
219. **Herrero C., Piñol Aguadé J., Lecha M., Muniesa A.M., Almeida J., Mallolas J.** In vitro studies of the metabolic pathway from 8-COOH porphyrins to 4-COOH porphyrins. Dermatosen in Beruf und Umwelt 3:86-88, 1978.
220. **Piñol Aguadé J., Lecha M., Ferrándiz C.** Fototerapia. Actas Dermosifiliogr 70:15-24, 1979.
221. **Peyrí J., Ferrándiz C., Piñol Aguadé J., Palou J.** Múltiple ecrine pilar hamartoma. Med Cutan Ibero Lat Am 9:45-49, 1981.

Monografies

222. **Piñol Aguadé J.** Contribución al estudio de algunos síndromes nodulares hipodérmicos. Tesis doctoral Universitat de Barcelona. Facultat de Medicina, 1957.
223. **Vilanova X., Piñol Aguadé J.** Porfiria crónica del adulto. Ediciones Ariel, 1957
224. **Piñol Aguadé J.** Dermatología. Barcelona: Departamento de Publicaciones. Facultad de Medicina de Barcelona, Tomos I, II y III. 1967.
225. **Piñol Aguadé J.** Citogenética en Dermatología. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1968.
226. **Gay Prieto J., Piñol Aguadé J.** Dermatología. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1971.
227. **Piñol Aguadé J., Mascaró J.M., Guix J.R., Pujol J., Lecha M.** Fotobiología y Dermatología. Barcelona: Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina, 1972.
228. **Piñol Aguadé J.** Citodiagnóstico de los tumores y reticulosis de la piel. Barcelona: Síntex Ibérica, 1973.
229. **Piñol Aguadé J.** Cancer and precancer of the skin. Capítulo libro: Cancer of the Skin, Biology, Diagnosis and Management. Prof. Rafael Andrade. Saunders Philadelphia, 1976
230. **Piñol Aguadé J., Ferrándiz C., Estrach T., Bombí J.A.** Linfomas y pseudolinfomas cutáneos. Ensayo de clasificación basado en la revisión de 222 linfomas y 23 pseudolinfomas. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1977.

Textos biogràfics sobre el professor Joaquin Piñol Aguadé

- **Mascaró, J.M.** Prof. D. Joaquín Piñol Aguadé. Actas Dermosif. 1977;68:607-10.
- **Ferrando J.** Breve historia de la Dermatología Catalana. Joaquín Piñol Aguadé. Med Cut ILA. 2003;31:62-65.
- **Real Academia de Medicina de Barcelona.** Porfirinas y Porfirias. Discurso del Académico Electo Profesor Piñol Aguadé y Discurso de Contestación del Profesor Alfonso Balcells Gorina. Barcelona 30 de noviembre de 1977.

