



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Reuniones de la Sección Territorial Canaria de la AEDV

Las Palmas de Gran Canaria, 4 de marzo de 2023

1. MELANOMA DE MUCOSAS: SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

E. de la Rosa Fernández, J. González Rodríguez, I. Loizate Sarrionandia, N. Hernández Hernández, J. Suárez Hernández y R. Fernández de Misa Cabrera

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. El melanoma de mucosas (MM) supone alrededor del 1% de los melanomas; presenta unas características epidemiológicas, clínicas y genéticas diferentes al melanoma cutáneo, además de un peor pronóstico. El objetivo de este trabajo es conocer las características de los pacientes diagnosticados de melanoma de mucosas en el área de Salud del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de MM en el HUNSC entre el 1 de enero de 2002 y el 1 de enero de 2023.

Resultados. De los 1057 melanomas diagnosticados, se incluyeron en nuestra serie 15 MM (5 hombres y 10 mujeres) con una edad mediana de 75 años (RIC 64-81,5 años). Ninguno tenía antecedentes de melanomas cutáneos previos. Diez pacientes presentaron melanoma de cabeza y cuello (8 nasosinusal y 2 oral), 4 vulvovaginales (2 vagina y 2 vulva) y uno anorrectal. Los datos mejor recogidos en los informes de las biopsias fueron el estado de los márgenes (73,3%) y el Breslow (53,3%). El 73,3% de los márgenes estaban afectos y la mediana de Breslow fue 4,0 mm. En el momento del análisis, el 80% de los pacientes había fallecido. La mediana del tiempo hasta progresión fue de 16,9 meses y de la supervivencia, 23,6 meses. La supervivencia a los 5 años fue del 10%. El 73,3% de los pacientes presentaba formas localizadas al diagnóstico. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a supervivencia entre estadios localizados y diseminados. En el 27% de los pacientes se realizó radioterapia, en el 20% inmunoterapia, el 13% recibió interferón, al 13% se le realizó linfadenectomía y el 13% recibió quimioterapia sistémica.

Discusión. Se presenta una serie de 15 casos diagnosticados de MM en el HUNSC en los últimos 21 años. Las características clínicas y epidemiológicas fueron similares a las descritas, a excepción de la baja frecuencia de melanoma colorrectal en la serie aquí presentada. Los datos de los informes patológicos fueron heterogéneos, probablemente relacionado con la baja calidad de las muestras y el hecho de que su manejo y estudio no esté estandarizado, el Colegio Americano de Patólogos no cuenta con un protocolo de recogida de información para estos tumores. La supervivencia a los 5 años de la serie fue menor a la descrita en la literatura (10 vs. 25%) y el manejo heterogéneo en probable relación con la ausencia de guías, la variabilidad clínica y la aparición de nuevos tratamientos a lo largo del tiempo.

2. TRASTORNO LINFOPROLIFERATIVO DE CÉLULAS T PLEOMÓRFICO PRIMARIO CUTÁNEO: UNA SERIE DE CASOS

G. Suárez Mahugo^a, J. Bastida Iñarrea^a, N. Naranjo Guerrero^a, A. Felipe Robaina^a, P. Naranjo Álamo^a y J. Carlos Rivero^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. Los linfomas primarios cutáneos (LPC) constituyen una patología poco frecuente, con múltiples cambios en su clasificación, entre ellos el antiguo linfoma T CD4+ pleomórfico. El objetivo de esta serie es analizar todos los casos recogidos en nuestro servicio entre 1993 y 2022.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo. Se han recogido los casos de LCP pleomórfico CD4+ diagnosticados y/o en seguimiento mediante consulta de bases de datos e historia clínica de nuestra unidad de Linfomas, durante el período 1993-2022. Todos tienen diagnóstico histopatológico confirmado, con diferente nomenclatura previa y posteriormente a la clasificación de la OMS-EORTC 2018.

Resultados. Se registró un total de 102 casos de linfoma T cutáneo primario, de los cuales un 10,8% (11/102) fueron pleomórficos CD4+. El 63,6% de los pacientes son mujeres (7/11) y tienen una edad media de 49 años al diagnóstico. La presentación clínica común consistía en pápulas-nódulos eritematosos infiltrados solitarios, localizados en un 90,1% en cabeza (5 en frente, uno retroauricular, 2 preauriculares, uno en punta nasal y uno en

párpado inferior) y solo el 9,1% en el tronco (tórax superior). Ningún caso con adenopatías. Las biopsias mostraban infiltración linfocitaria polimorfa atípica en dermis CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD48, PD1 y BCL2 positivos en el 100% de los casos (11/11) con células CD30+ y linfocitos B entremezclados. Se realizó estudio de clonalidad en el 54,4% (6/11) con restricción clonal del TCR en todos ellos. El 36,4% (4/11) experimentó resolución espontánea tras biopsia *punch*, el 63,6% (7/11) fueron tratados con extirpación completa, de los cuales el 9,1% (1/11) recidivó, resolviéndose tras infiltración intralesional de corticoides, desarrollando posteriormente nueva lesión en hélix, curada tras exéresis completa. El 100% estudio de extensión (TC y biopsia de médula ósea) negativo.

Discusión. El antes conocido como linfoma T CD4+ pleomórfico se define ahora como desorden linfoproliferativo de células T pequeñas/medianas pleomórfico primario cutáneo (DLCTP) en la clasificación de la OMS-EORTC 2018, siendo una entidad provisional del espectro de los LPC de células T. Es un proceso poco frecuente y con indeterminado potencial de malignidad, que, dado su curso indolente, la OMS decidió reclasificar como desorden linfoproliferativo más que un verdadero linfoma. Las lesiones suelen ser solitarias y ubicarse en mitad superior del cuerpo, afectando a edades medias de la vida. Caracterizado por infiltrado linfocítico no epidermotropo CD3+ y CD4+ con abundantes linfocitos B. Se sugiere que deriva de linfocitos TH foliculares que estimulan la activación de los B. El tratamiento suele ser cirugía o infiltración de corticoides, mostrando un pronóstico excelente.

3. AMILOIDOSIS DE CADENAS LIGERAS. A PROPÓSITO DE TRES CASOS INFRECIENTES

I. Loizate Sarrionandia^a, E. de la Rosa Fernández^a, J. González Rodríguez^a, G. Marrero^a, S. Dorta Alom^a, N. Carina Storti^b y R. Fernández-de-Misa Cabrera^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. Las amiloidosis son un grupo heterogéneo de enfermedades que comparten el rasgo de presentar depósitos extracelulares anormales de amiloide en los tejidos. El amiloide deriva de la degradación de diversas proteínas y tiene múltiples orígenes. Hay dos variantes en las cuales el amiloide deriva de las cadenas ligeras de las inmunoglobulinas: la amiloidosis sistémica primaria y la amiloidosis nodular cutánea primaria. Presentamos dos casos de amiloidosis nodular y una de amiloidosis sistémica con afectación cutánea.

Material y métodos. El primer caso es una mujer de 62 años sin antecedentes personales de interés que presenta en cuero cabelludo una placa alopecica amarillenta e infiltrada de años de evolución. El segundo caso es un varón de 69 años que acude presentando en el antebrazo izquierdo un nódulo lobulado de un año de evolución. Se biopsian ambas lesiones y se aprecia depósito de material amorfo eosinófilo ocupando toda la dermis, TCS y alrededor de los vasos, Rojo Congo positivo y presenta birrefringencia verde con luz polarizada. En el segundo caso hay un infiltrado de células plasmáticas. Se descarta afectación sistémica, ya que no presentan signos ni síntomas, y la única alteración analítica que se aprecia es elevación de cadenas ligeras (lambda en el primer caso, y kappa y lambda en el segundo caso). Se llega al diagnóstico de amiloidosis nodular cutánea primaria. El primer caso se trata con infiltración de trigón, consiguiendo aplanamiento de la lesión. El segundo, con extirpación quirúrgica. Las lesiones no recidivan. En el seguimiento (10 años y 3 años) no presentan progresión sistémica. El tercer caso es un varón de 53 años con amiloidosis sistémica con afectación cardíaca, renal y de colon, que acude por lesiones ungueales, queratodermia palmoplantar y pápulas faciales. Presen-

ta distrofia ungueal, con adelgazamiento y crestas longitudinales, queratodermia con eritema y aspecto céreo en palmas y plantas. En la cara, numerosas pápulas translúcidas. Se biopsia la palma y la matriz ungueal, demostrándose depósito de amiloide, y fue diagnosticado de afectación cutánea por amiloidosis sistémica. A los 5 años el paciente fallece por IC congestiva.

Conclusión. La amiloidosis nodular cutánea primaria es muy infrecuente, con menos de 200 casos publicados en la literatura. Destacamos la importancia de descartar enfermedad sistémica y realizar seguimiento ya que un 7% progresan a amiloidosis sistémica. La amiloidosis sistémica puede presentarse desde el punto de vista dermatológico con manifestaciones infrecuentes que debemos conocer para colaborar en el establecimiento del diagnóstico de la enfermedad.

4. CARCINOMA BASOCELULAR SOBRE HEMANGIOMA TRATADO CON RADIOTERAPIA

A. San José Rodríguez^a, T. Montenegro Dámaso^b, L. Revenga Porcel^a, C.F. Figueroa Martín^a, L.F. Godoy Villalón^a, M.Z. Hernández Hernández^a, L. Borrego Hernando^a y J. Hernández Santana^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. Los hemangiomas infantiles (HI) son los tumores benignos más frecuentes en la infancia. En el 90% de los casos sufren regresión espontánea. En la primera mitad del siglo pasado, era común utilizar la radioterapia para tratarlos, siendo esta práctica abandonada una vez conocido su potencial carcinogénico.

Caso clínico. Una mujer de 50 años consulta por cambios en cicatriz posradioterapia en área auricular izquierda. En la infancia fue diagnosticada de HI, tratado con radioterapia y posteriormente con cirugía de la lesión residual. Es sometida de nuevo a radioterapia en la zona operada secundariamente a la formación de un queloide. En la exploración se aprecia un carcinoma basocelular superficial sobre la cicatriz. La extirpación quirúrgica confirma el diagnóstico de carcinoma basocelular sobre radiodermatitis.

Discusión. Afortunadamente, la indicación de tratamiento con radioterapia superficial de los HI ha quedado obsoleta. Sin embargo, la radioterapia puede estar indicada en lesiones benignas siempre que no supere una dosis de 10-20 Gy. Muy posiblemente, la aplicación de una dosis doble de radioterapia pueda haber condicionado la aparición de un carcinoma basocelular.

5. LINFOMA INTRAVASCULAR B DE CÉLULA GRANDE

E. Piqué Duran^a, A.I. Cuellar Armas^b, V. Afonso Ferrandez^c, J.A. Perez-Cejudo^a, L. Alonso Naranjo^a, J.M. Ramírez Conchas^a, O. García-Vazquez^b y B. Roque Quintana^a

^aSección de Dermatología. Servicios de ^bPatología y ^cHematología³. Hospital Dr. José Molina Orosa. Arrecife (Las Palmas). España.

Caso clínico. Una mujer de 81 años con antecedentes de anemia normocítica-normocrómica, y gammapatía monoclonal de significado incierto IgG lambda, estaba siendo estudiada por Medicina Interna por un cuadro de astenia y pérdida de peso. De forma concurrente fue intervenida de un prolapso uterino. En el estudio histopatológico demostró el acúmulo de linfocitos intravasculares. El cuadro cutáneo se inició en septiembre de 2021, con la aparición de edemas en ambas piernas que fue estudiado por cirugía vascular, descartando insuficiencia o trombosis venosa, catalogando el cuadro de "edema metabólico". En noviembre de 2021, empezó a mostrar dilataciones vasculares que han ido extendiéndose

paulinamente. En el momento de la consulta mostraba telangiectasias de gran longitud y grosor que adoptaban un aspecto arboriforme ampliamente distribuidas por cara anterior de tronco, extremidades superiores y en cara interna de muslos. En extremidades inferiores presentaba un edema de consistencia leñosa que dejaba fovea; de forma similar la piel abdominal estaba engrosada. Una biopsia demostró la presencia de linfocitos a nivel intravascular con un inmunofenotipo B (CD20+, CD45+, BCL2+, BCL6+, CD5-), con EBER negativo y un Ki-67 muy alto. La paciente recibió tratamiento con ciclofosfamida, vincristina y rituximab con desaparición casi por completo de las telangiectasias, y del edema, pero en enero de 23 se descubren un nódulo púrpico, adenopatías supra e infradiaphragmáticas y afectación vertebral.

Comentario. Conocido previamente como angioendoteliomatosis maligna, el linfoma intravascular B de célula grande es un linfoma raro y agresivo, del que se han descrito 3 variantes: a) la variante clásica, que correspondería a nuestra paciente, que suele acompañarse de síntomas B, y suele presentar afectación sistémica en el momento del diagnóstico; b) la variante cutánea, con un mejor pronóstico, que afecta habitualmente a jóvenes, con afectación exclusivamente cutánea, y c) la variante asociada a síndrome hemofagocítico, que suele asociar afectación de médula ósea y síndrome hemofagocítico, con un comportamiento más agresivo.

6. NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: UNA AUTÉNTICA URGENCIA DERMATOLÓGICA

C.F. Figueroa Martín^a, L. Revenga Porcel^a, L.F. Godoy Villalón^a, A. San José Rodríguez^a, Y. Peñate Santana^a, J.O. Rodríguez López^a T. Montenegro Dámaso^b, Z. Hernández Hernández^a y J. Hernández Santana^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una enfermedad ampollosa mucocutánea grave asociada a una morbimortalidad elevada.

Caso clínico. Mujer de 16 años con antecedentes de artrodesis lumbar; complicada con infección de la herida quirúrgica por *S. aureus*, por lo que recibió tratamiento con clindamicina y etoricoxib. Consultó por lesiones generalizadas de cinco días de evolución e inicio progresivo. Comenzó con odinofagia y enrojecimiento ocular, seguido de lesiones rojizas y ampollas, que progresaron en dirección cefalocaudal. Asociaba astenia, fiebre, tos, expectoración y escorzo al orinar. En la exploración física presentaba enrojecimiento y membranas oculares, así como múltiples pápulas eritematosas con tendencia a confluir y ampollas flácidas, de distribución generalizada y simétrica. El estudio histológico reveló apoptosis de queratinocitos basales con áreas de necrosis epidérmica y despegamiento dermoepidérmico, con escaso componente inflamatorio linfocitario. La analítica solicitada puso de manifiesto una alteración en el perfil hepático, con parámetros de colestasis y citolisis. Se instauró tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día en régimen de ingreso, con la sospecha de solapamiento entre síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y NET. En menos de 48 h el cuadro progresó, afectando al 85% de la superficie cutánea, con despegamiento epidérmico y compromiso grave de mucosas. Desde el punto de vista cutáneo la evolución fue favorable, pero se llevó a cabo un manejo multidisciplinar dadas las múltiples complicaciones desarrolladas: hepatitis tóxica aguda, bacteriemia por *S. aureus*, anemia de trastornos crónicos, hiponatremia, neumonía y colonización cutánea por múltiples microorganismos.

Discusión. El SSJ y la NET son emergencias dermatológicas caracterizadas por una necrosis y desprendimiento cutáneo extenso. En la

mayoría de los casos se deben a reacciones adversas graves a fármacos, asociando una elevada mortalidad. La afectación hepática es poco frecuente y requiere un tratamiento de soporte y monitorización estrecha dado el riesgo de hepatitis aguda grave. El mecanismo patogénico más probable incluye una destrucción y desprendimiento del revestimiento biliar, con la consecuente obstrucción. Se han notificado casos de hepatitis colestásica en relación con antiinflamatorios, paracetamol y antibióticos. Por tanto, el manejo debe ser multidisciplinar, incluyendo el cuidado de herida, nutrición, fluidoterapia, control de temperatura, así como prevención y tratamiento de infecciones. No existe un tratamiento sistémico consensuado, pero las opciones más prometedoras incluyen ciclosporina, etanercept, corticoides sistémicos e inmunoglobulinas intravenosas.

Conclusiones. Presentamos un caso clínico típico de NET, una entidad que requiere un abordaje multidisciplinario, incluso en pacientes jóvenes sin comorbilidades, dado el riesgo elevado de complicaciones sistémicas.

7. SIN AVISO PREVIO: ENFERMEDAD GONOCÓCICA DISEMINADA EN UN JOVEN INMUNOCOMPETENTE

J. González Rodríguez^a, I. Loizate Sarrionandia^a, E. de la Rosa Fernández^a, R. Fernández-de-Misa Cabrera^a, G. Marrero Alemán^a, J. Suárez Hernández^a, A. Cabrera Febles^b, G. Castro Gainett^b y A. García Pardo^b

Servicios de ^aDermatología y ^bMedicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. La enfermedad gonocócica diseminada es una complicación infrecuente de la gonorrea. Se produce por la diseminación hematogena del gonococo, manifestándose típicamente con artralgias, lesiones cutáneas y fiebre. El aislamiento microbiológico no es fácil, por lo que se debe mantener una elevada sospecha clínica para llegar al diagnóstico.

Caso clínico. Varón de 23 años que acude a Urgencias por fiebre, artralgias y lesiones cutáneas de 4 días de evolución. Presenta múltiples máculas y pápulas purpúricas en dedos de manos y pies, nariz y glánde con posterior evolución a cianosis y necrosis. Reconoce un contacto sexual de riesgo previo, con desarrollo de lesiones herpéticas genitales. No se aisló ningún microorganismo mediante cultivos y PCR en sangre, exudado genital ni orofaringe. Dada la buena evolución clínica tras antibioterapia, la ausencia de otras causas justificantes y el claro antecedente, se acaba diagnosticando de enfermedad gonocócica diseminada con vasculitis séptica secundaria. A pesar de presentar una recuperación clínica y analítica, precisó la amputación del quinto dedo de ambos pies y cirugía reparadora de la nariz y el glánde.

Discusión. Solo un 0,5-3% de los pacientes infectados por *Neisseria Gonorrhoeae* desarrolla la enfermedad gonocócica diseminada. Es más frecuente en asintomáticos, predominando en pacientes con déficit del complemento o inmunodeprimidos. Existe una fase bacteriémica donde se producen las manifestaciones clínicas típicas: fiebre elevada, poliartralgias migratorias asimétricas y máculo-pápulas y pústulas hemorrágicas en zonas distales de las extremidades. En esta fase, los hemocultivos son positivos en un 50% de los casos. Puede complicarse con artritis séptica, vasculitis, endocarditis o meningitis. El diagnóstico se basa en la confirmación microbiológica extragenital. Si no es posible, se requiere aislamiento genital con manifestaciones sistémicas. Sin embargo, cuando estos casos son negativos, si presenta una buena respuesta al tratamiento junto con las manifestaciones típicas y la ausencia de otras causas que lo justifiquen, se acepta el diagnóstico de enfermedad gonocócica diseminada, como en nuestro caso. El tratamiento debe ser con ceftriaxona, asociando doxiciclina si no se descarta coinfección.

Conclusión. La enfermedad gonocócica diseminada puede suponer un reto diagnóstico: elevado porcentaje de cultivos negativos, vergüenza de los pacientes, manifestaciones sistémicas variadas... Es importante el tratamiento empírico antes de la confirmación microbiológica. Se debe mantener una alta sospecha clínica en pacientes jóvenes ante la aparición de artralgias asociadas a lesiones cutáneas. Es importante la educación sexual para la prevención de prácticas de riesgo.

8. PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE

L. Alonso Naranjo^a, E. Piqué Durán^a, J.M. Ramírez Conchas^a, J.A. Pérez Cejudo^a y B. Roque Quintana^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Dr. José Molina Orosa. Arrecife (Las Palmas). ^bHospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La sarna o escabiosis es una enfermedad causada por la infección del ácaro *Sarcoptes scabiei*. En su presentación clínica típica se caracteriza por la aparición de un prurito intenso, de predominio nocturno, lesiones en zonas de pliegues y el factor epidemiológico de algún conviviente afecto. Sin embargo, también existen formas de sarna atípica, tanto en su presentación clínica como por la localización de las lesiones.

Caso clínico. Se trata de un varón de 26 años, en tratamiento con isotretinoína por una hidradenitis supurativa, que en septiembre de 2022 consulta por un exantema macular en tronco, acompañado de unas pápulo-pústulas con costra central distribuidas en abdomen, piernas, codos, región genital, sin asociar síntomas sistémicos. El contexto epidemiológico de esas fechas era el de un brote de casos de viruela del mono (monkeypox), por lo que dada la clínica sugestiva se procedió a descartarlo.

Resultados. Tanto la PCR como el resto de pruebas complementaria solicitadas no resultaron diagnósticas. En la evolución siguieron apareciendo nuevas lesiones, apreciándose en esta ocasión algunas de trayecto lineal en los dedos de los pies, por lo que se procedió al tratamiento empírico con ivermectina oral con resolución completa del cuadro.

Discusión. Con este caso clínico queremos repasar las manifestaciones atípicas de la sarna, tales como las formas vesiculoampollosa, costrosa, incógnito, nodular, pustulosa y formas atípicas de la infancia, haciendo hincapié en la importancia de tener un alto nivel de sospecha para su diagnóstico. Hasta la fecha solo hay un caso descrito en la literatura en el que una sarna pustulosa se confundiera con una infección por monkeypox.

9. PITIRIASIS RUBRA PILARIS TRATADA CON BRODALUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Naranjo Álamo, E. Castro González, N. Naranjo Guerrero, G. Suárez Mahugo, A. Felipe Robaina y G. Carretero Hernández

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis papuloescamosa inflamatoria poco frecuente. Se expone el caso de una mujer de 50 años con PRP tipo I tratada con brodalumab.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 50 años sin antecedentes relevantes, que consulta en nuestro servicio por erupción generalizada formada por placas eritemato-descamativas con áreas de piel respetadas y queratodermia palmoplantar con zonas fisuradas. Dos semanas antes había sido valorada por dermatólogo privado que inició acitretina 25 mg/día con sutil mejoría. Refería además distermia, prurito generalizado y dolor en plantas de los pies que dificultaba sus actividades de la vida diaria. Se decidió realización de

biopsia cutánea en contexto de eritrodermia en donde se confirmó el diagnóstico de sospecha de pitiriasis rubra pilaris. Además se realizó despistaje de neoplasia subyacente dado el inicio brusco del cuadro, siendo estos estudios normales. Se decide continuar con la misma dosis de acitretina e iniciar fototerapia como complemento al tratamiento. En revisiones posteriores se objetiva mejoría del cuadro cutáneo pero hipertransaminasemia en la analítica de control, por lo que se decide retirada del retinoide y sustitución por brodalumab con una dosis de 210 mg cada 2 semanas. A pesar de rebrote tras retirada de la acitretina, este fue controlado a los 3 meses de inicio del brodalumab, permaneciendo sin lesiones hasta el momento actual.

Discusión. La PRP es una entidad rara de la que se describen seis tipos según la edad de inicio, pronóstico, morfología y extensión de las lesiones. Generalmente se manifiesta como pápulas foliculares hiperqueratósicas que confluyen en placas con islotes de piel respetados y queratodermia palmoplantar cérea amarillenta. Estudios recientes sugieren un aumento de actividad de la vía Th-17/IL-23 como posible determinante en la patogenia del cuadro dado que productos de dicha vía se han encontrado aumentados en biopsias de pacientes con PRP. En su presentación eritrodérmica precisa de ser diferenciada de otras entidades como la psoriasis o la dermatitis atópica. El abordaje terapéutico no está del todo establecido, pero se han ensayado inhibidores de la vía Th-17/IL-23 con buena respuesta al igual que nuestra paciente. A pesar de ser precisos estudios más amplios, ya existen esquemas de tratamiento que los sitúan como fármacos de elección para PRP extensas dada su seguridad y efectividad.

10. INCONTINENCIA PIGMENTI EN UN VARÓN

L. Revenga-Porcel^a, R. Martín-Moreno^a, C.F. Figueroa-Martín^a, L.F. Godoy-Villalón^a, A. San José-Rodríguez^a, D. Islas-Norris^a, F. Granados-Pacheco^b, L. Borrego-Hernando^a, E. Soler-Cruz^a y J. Hernández-Santana^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La incontinencia pigmenti (IP) o síndrome Bloch-Sulzberger es una genodermatosis poco frecuente. Es de herencia dominante ligada al cromosoma X con penetrancia completa, por lo que resulta letal en la mayoría de los varones afectados intraútero. La incidencia se estima en 1:40.000-50.000 recién nacidos, con unos 120 casos descritos en varones. El gen mutado responsable es el *IKBKG* o *NEMO*, localizado en el brazo largo del cromosoma X. Hasta en un 75% de los casos estas mutaciones son "de novo". La IP produce afectación de tejidos derivados del ectodermo y mesodermo, manifestándose con anomalías a nivel de piel, pelo, dientes, ojos y sistema nervioso. Los excepcionales casos de IP en varones que no sufren muerte intraútero pueden ser explicados por mosaicismos somáticos, síndrome de Klinefelter (47XXY) o mutaciones hipomorfias del gen *IKBKG*, siendo los mosaicismos somáticos la etiología más frecuente. Las manifestaciones clínicas y el pronóstico son similares a los encontrados en mujeres.

Caso clínico. Un neonato varón de 4 días de vida, nacido a término en un embarazo controlado sin incidencias, fue valorado de forma urgente por lesiones cutáneas congénitas. Las lesiones se habían extendido por la cara posterior de la pierna izquierda, glúteo izquierdo y antebrazo. No tenía fiebre ni otra sintomatología sistémica y mantenía un buen estado general. En la exploración cutánea, siguiendo una disposición lineal blaschkoide se objetivaban pápulas, vesículas y lesiones costrosas de aspecto melicérico sobre una base eritematosa. Ante la sospecha clínica de herpes impetiginizado o IP, se instauró tratamiento con aciclovir y cloxacilina y se realizaron pruebas complementarias. El análisis sanguíneo fue normal,

y los estudios microbiológicos bacterianos y víricos resultaron negativos. El estudio histológico cutáneo mostró hiperqueratosis, acantosis, exocitosis de eosinófilos, queratinocitos apoptóticos e infiltrado inflamatorio perivascular superficial linfocitario con eosinófilos. El cariotipo fue XY y los estudios oftalmológico y neurológico fueron normales. Tras 10 meses de seguimiento, las lesiones cutáneas evolucionaron hacia máculas hiperpigmentadas residuales y el desarrollo del niño fue normal.

Conclusión. Aunque la frecuencia de IP en varones que no sufren muerte intraútero es extremadamente rara, esta entidad debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las lesiones vesiculosas neonatales también en pacientes varones, sobre todo si su distribución sigue las líneas de Blaschko.

11. BEBÉ COLODIÓN, PRESENTACIÓN DE UN CASO

L.F. Godoy Villalón^a, L. Revenga Porcel^a, C.F. Figueroa Martín^a, A. San José Rodríguez^a, D. Islas Norris^a, Z. Hernández Hernández^a, T. Montenegro Dámaso^b y J. Hernández Santana^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. El bebé colodión es una dermatosis rara del recién nacido. Se caracteriza por una membrana gruesa y transparente, que recubre toda la superficie corporal y que ocasiona alteraciones dismórficas. La morbimortalidad del bebé colodión es alta por la alteración de la barrera mucocutánea.

Caso clínico. Recién nacido a término varón, con embarazo controlado y sin consanguinidad de los padres, que presentó al nacimiento una membrana blanquecina adherente en toda la superficie corporal. En la exploración presentaba una membrana rígida, gruesa y brillante, que comprimía todo el cuerpo y que ocasionaba ectropión bilateral y eclabium. Las manos y pies también estaban recubiertos, adoptando posición en semiflexión. Se indicó hidratación con vaselina y se mantuvo en incubadora. Durante las 2 primeras semanas comenzó con descamación en forma de grandes láminas, que permitían ver piel eritematosa y seca en su fondo. Se realizó biopsia que demostró un patrón de reacción psoriasiforme y la microscopía óptica del pelo fue normal. La evolución clínica fue favorable, con resolución completa del ectropión y eclabium, y piel de aspecto normal con leve xerosis, por lo que se dio de alta a las 6 semanas de vida. Tras 10 meses de seguimiento mantiene piel y pelo de aspecto normal, así como un buen desarrollo psicomotor. Presentó de forma esporádica áreas de xerosis en abdomen, que se resolvieron con la aplicación de emolientes. El estudio genético aún está pendiente de realizar.

Discusión. El bebé colodión es una forma de inicio de diferentes enfermedades que tienen en común una piel ictiosica. Con mayor frecuencia evoluciona a una eritrodermia ictiosiforme congénita no ampollosa o a una ictiosis lamelar, que son los tipos de ictiosis congénitas autosómicas recesivas (ICAR) más comunes. Sin embargo, entre un 4 y 10% evolucionan a la curación, denominándose a estos casos bebé colodión autorresolutivo (BCAR). El BCAR ha sido propuesto como una forma menor de ICAR, en la que la xerosis suele ser la única manifestación. Además, se han publicado casos de BCAR que comparten las mismas alteraciones genéticas encontradas en formas mayores de ICAR, en los que la baja expresividad clínica estaría dada por una actividad enzimática residual. A pesar de esto, aún no se dispone de información acerca del pronóstico a largo plazo, por lo que el diagnóstico definitivo en estos niños debe realizarse de forma cuidadosa.

Conclusión. Presentamos un caso de BCAR, una genodermatosis rara y que debemos considerar como una forma menor de ICAR. El seguimiento debe ser estrecho, dado que el pronóstico aún es desconocido y las manifestaciones clínicas de otras ICAR pueden ins-taurarse paulatinamente en meses o incluso años.

San Cristóbal de La Laguna, 21 de octubre de 2023

1. IMPACTO DEL COVID19 EN LAS CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DEL MELANOMA EN LA ZONA NORTE DE TENERIFE. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. Quetglas Valenzuela^a, R. López Henríquez^b, L. Santos e Silva Caldeira Marques^a, J. Mercader Salvans^a, D.J. Sánchez Suárez^a, C.N. Hernández León^b, R.N. Rodríguez Rodríguez^b, S. González Hernández^a, E. Fagundo González^a y M. Pestana Eliche^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Canarias. España.

Antecedentes y objetivos. Los melanomas representan el 90% de las muertes asociadas a los tumores cutáneos, con incidencia creciente. Durante la pandemia por SARS-Cov2 se intentó mantener la asistencia en dermatología gracias a la realización de esfuerzos con la tele dermatología. A nivel nacional e internacional se han medido las consecuencias de la pandemia sobre el diagnóstico del melanoma, encontrándose un diagnóstico de melanomas de mayor riesgo. **Material y método.** Estudio retrospectivo que compara las características histológicas de los melanomas cutáneos desde marzo 2018 hasta marzo 2023. Se incluyen todos los melanomas no léntigo maligno de la base de datos de Anatomía Patológica de la zona norte de Tenerife excluyendo melanomas no primarios o melanomas no cutáneos.

Resultados. Se incluyeron 194 pacientes, encontrándose una reducción del 21% entre 2019 y 2020 en el número de melanomas diagnosticados. Se encontró una reducción no significativa tras la pandemia del 10-18% del diagnóstico en fase radial del melanoma, un aumento estadísticamente significativo en melanomas estadio V de Clark entre 2018 y 2022 y un aumento no significativo del grosor de Breslow de 0,6 mm, 0,8 mm y 1,3 mm en 2020, 2021 y 2022, respectivamente. La proporción de diagnóstico de melanomas in situ en 2020 y 2022 se redujo de forma no significativa.

Discusión. Los hallazgos encontrados sobre las características histológicas de los melanomas diagnosticados durante y tras la pandemia concuerdan con los datos hallados en otras regiones. En Granada se encontró un 18,46% de reducción en casos de melanoma diagnosticados, y un aumento significativo del Breslow de hasta 1,65 mm. En Pamplona el aumento fue no significativo de 1,14 mm. En una revisión sistemática internacional el aumento del Breslow fue del 4,0-37,5% y la reducción de melanomas in situ del 7,6-40,4%.

Conclusión: Las características histológicas de los melanomas diagnosticados después de la pandemia son de mayor riesgo que las de los diagnosticados antes de la pandemia en la población del norte de Tenerife, sin encontrar diferencias significativas. Estos datos coinciden con los de otros estudios realizados en diferentes zonas geográficas de España.

2. PACIENTES MUY ANCIANOS CON CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA: LA EDAD NO LO ES TODO

J. González Rodríguez, E. de la Rosa Fernández, I. Loizate Sarrionandia, E. Benítez García, N. Hernández Hernández, J. Suárez Hernández y R. Fernández-de-Misa Cabrera

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. El cáncer cutáneo no melanoma es cada vez más común en ancianos. Estos pacientes padecen más fragilidad y co-

morbididades que pueden limitar la esperanza de vida y las opciones terapéuticas, siendo excluidos habitualmente de los ensayos y guías de práctica clínica. Esto dificulta la toma de decisiones, pudiendo exponerse a tratamientos demasiado agresivos o a abstenciones terapéuticas inapropiadas.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de CEC y CBC muy ancianos (> 85 años) en nuestro servicio entre 1/1/2014 y 31/12/2014. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y evolutivos, aplicándose las escalas ACE-27 (Adult Comorbidity Evaluation) y ACCI (Age-adjusted Charlson Comorbidity Index).

Resultados. Se incluyeron 94 pacientes (46% hombres) con un seguimiento máximo de 9,5 años. El 64,9% fueron CBC. La mediana de supervivencia global (SVG) fue 48 meses, sin diferencia significativa por sexo y diagnóstico. Tener un ACE-27 de 2-3 ($p = 0,005$), ACCI entre 8-11 ($p = 0,001$), hemoglobina < 12 g/dl ($p < 0,001$) y urea > 50 mg/dl ($p = 0,033$) resultaron predictores para una menor SVG. En el análisis multivariante solo la Hb resultó ser un predictor independiente (HR = 3,1; IC95% 1,6-7,5). Los pacientes con 3 o 4 de estos predictores muestran una mediana de SVG de 16 meses (IC95% 14,1-17,9 meses). Este subgrupo tiene un HR = 4,4 (IC95% 2,1-9,2) de fallecer con respecto a los que no reúnen ningún parámetro protector.

Discusión y conclusión. La evidencia sobre los factores que influyen en la supervivencia en pacientes > 85 años es limitada. El tratamiento suele ajustarse a las características del tumor y no a las del paciente. La edad por sí sola no es un buen indicador de supervivencia. El uso de escalas validadas ayudaría a predecir la esperanza de vida. Nuestro estudio respalda el uso de las escalas ACE-27 y ACCI como predictores de supervivencia sugiriendo nuevos parámetros para guiar las decisiones médicas, que deberán confirmarse en estudios posteriores.

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA SENSIBILIZACIÓN A HIDROXIETILMETACRILATO EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA

M.Á. Sirvent Sáez^a, C.F. Figueroa Martín^b, L.F. Godoy Villalón^b, A. San José Rodríguez^b y L. Borrego Hernando^b

Servicio de Dermatología M-Q y V. ^aHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^bComplejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Gran Canaria. España.

Introducción. El 2-hidroxietil metacrilato (HEMA) es un reconocido alérgeno de contacto incluido en la batería basal europea desde 2019 y en la estándar española desde 2022. Se trata de un éster del ácido metacrílico que ha demostrado ser muy efectivo como marcador de sensibilización a acrilatos. El objetivo de este estudio es analizar la epidemiología de la sensibilización a HEMA en la población del sur de Gran Canaria.

Material y método. Estudio observacional, descriptivo y transversal de la sensibilización a HEMA en los pacientes valorados de forma sucesiva desde el 1 de enero de 2019 hasta el 30 de septiembre de 2023 en la unidad de Dermatitis de contacto del Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil, que cubre una población de 400.000 habitantes del área sur de Gran Canaria. Los datos recogidos fueron edad, sexo, antecedentes personales de atopía, localización del eccema, relación con ocupación, positividad a las 96 h y relevancia de las positividad.

Resultados. De 529 enfermos estudiados, 22 presentaron positividad para HEMA (4,16%), 14 de ellos con una relevancia presente (63,64%), 5 pasada (22,73%) y 3 desconocida (13,63%). Todas eran mujeres, 12 eran ocupacionales (54,54%) y 2 tenían antecedentes de atopía (9,09%). En cuanto a localizaciones, 16 pacientes tenían afectación principal de las manos (72,72%), una de la cara (4,54%) y ninguna de las piernas. La edad media fue 36 años, con 8 pacientes (36,36%) mayores de 40 años. La profesión más frecuente fue la

de peluquería y esteticista, con 7 pacientes (31,81%). La localización más frecuente fue la mano (72,72%), y la duración media de los síntomas 29,59 meses. 12 de las pacientes eran usuarias de uñas de porcelana (54,54%).

Discusión y conclusiones. Destacamos la alta prevalencia de sensibilización a HEMA en nuestra población de estudio, que predomina en mujeres profesionales y usuarias de manicura acrílica, de forma equivalente a los estudios más recientes en la población española.

4. IMPACTO PSICOLÓGICO DEL VITÍLIGO

M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, J. Mercader Salvans, M. Quetglas Valenzuela, D. Sánchez Báez, M. Pestana Eliche, J. Bravo Medina y M. García Bustinduy

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Canarias. España.

Introducción. El vitíligo es la causa de despigmentación cutánea con mayor prevalencia. Su etiología es fundamentalmente autoinmune y se manifiesta en forma de máculas acrómicas. Dada su afectación mayoritaria en las zonas más visibles de la piel, puede tener importantes repercusiones psicológicas en los pacientes que lo sufren.

Material y métodos. Estudio caso y control, observacional y descriptivo, de 30 pacientes con vitíligo en seguimiento en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y 30 sujetos control. Para valorar el impacto psicológico, se utilizó la escala de estrés percibido (PSS) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

Resultados y discusión. Los grupos estaban equiparados en edad y género. La edad media de comienzo del vitíligo era de 29,61, siendo la edad de diagnóstico de 32,21 y el tiempo de evolución 17,87. El 46,67% tenía antecedentes familiares y el 66,67% relacionaba la aparición de la enfermedad con algún evento traumático. Las localizaciones más frecuentes fueron: cabeza-cuello (86,7%), tronco (70%), manos (70%), brazos (63,7%) y piernas (60%). El 30% estaban en tratamiento. Un 40% de los pacientes referían tener antecedentes de enfermedades psiquiátricas frente a ninguno del grupo control. En cuanto al impacto psicológico de la enfermedad, el 40% de vitíligos contaban con niveles elevados de estrés, frente al 6,7% de los controles. Respecto a la sintomatología ansiosa, un 23,3% fue valorado como caso de ansiedad y un 30% como probable, frente a un 10% de casos probables en los controles. Por el contrario, se objetivó que el 6,7% de los pacientes presentaban sintomatología depresiva y el 10% probable, frente al 3,3% de los controles con sintomatología probable.

Conclusiones. Los pacientes con vitíligo parecen tener un mayor riesgo de padecer niveles elevados de estrés y ansiedad, pero no depresión, con respecto a las personas sanas.

5. DERMATOSIS AMPOLLAR IgA LINEAL DEL ADULTO: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

A. Ruedas-Martínez^a, E. Piqué-Duran^a, A.I. Cuellar-Armas^b, J.A. Pérez-Cejudo^b, O. García-Vázquez^b, L. Alonso-Naranjo^b, M. Azcue-Mayorga^b, M.C. Durán-Hernández^b y M.P. de la Rosa Rey^c

^aSección de Dermatología. ^bServicio de Patología. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La dermatosis IgA lineal es una enfermedad vesiculoampollar subepidérmica autoinmune. Se trata de una patología adquirida y poco frecuente. Aunque la mayor parte de los casos reportados son idiopáticos, en el adulto con frecuencia está desen-

cadena por fármacos, siendo la vancomicina el más frecuente. En la infancia, el cuadro clínico suele ser muy característico, mientras que en el adulto puede simular cuadros de dermatitis herpetiforme o de penfigoide ampollar. Se caracteriza por un hallazgo único en la inmunofluorescencia directa: el depósito lineal de IgA a lo largo de la membrana basal. El tratamiento de elección es la dapsona.

Casos clínicos. Presentamos tres casos de esta enfermedad en adultos. En las tres pacientes se confirmó el diagnóstico mediante biopsia cutánea y técnicas de inmunofluorescencia directa. Solo una presentó la distribución anular típica de las ampollas en “collar de perlas” y tan solo una de las tres pacientes tuvo compromiso mucoso. En ninguna de ellas se pudo achacar la formación de ampollas a un fármaco en concreto.

Discusión. Más de un tercio de las formas de presentación en el adulto se asocian a fármacos. Sin embargo, la relación causa-efecto no siempre es fácil de dilucidar porque los pacientes con frecuencia se encuentran polimedificados y no se suelen realizar test de provocación. Al igual que en el penfigoide ampollar, la mayoría de los pacientes presentan anticuerpos dirigidos contra la porción extracelular del antígeno 2 del penfigoide ampollar (BP180), situado en la lámina lúcida. Sin embargo, en las dos enfermedades se van a unir a dominios distintos de la misma molécula. Mientras que la inmunofluorescencia directa es positiva en el 100% de los casos, la presencia de anticuerpos IgA circulantes suele ser negativa.

6. SERIE DE CASOS DE COLGAJOS INTERPOLADOS PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE ALA NASAL

J. Mercader Salvans, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, M. Quetglas Valenzuela, D.J. Sánchez Báez, J. Algarra Sahuquillo, M. Markthaler, D. Ramos Rodríguez y M.M. Pestana Eliche

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). España.

Introducción. La nariz es una localización frecuente de cáncer cutáneo no melanoma, siendo su reconstrucción un reto debido a su importancia funcional y estética. Nuestro objetivo es mostrar la utilidad de los colgajos interpolados (CI) para la reconstrucción de ala nasal tras la resección tumoral.

Casos clínicos. Se presentan cuatro casos de carcinomas basocelulares en ala nasal resecados mediante cirugía de Mohs y otro caso de escisión simple de léntigo maligno también en la misma localización. Para la posterior reconstrucción, se realiza un colgajo interpolado melolabial (CML) en 4 de los casos y un colgajo interpolado paramediofrontal (CPMF) en un caso que también tuvo afectación de punta nasal. Pasadas 4 semanas se realiza una segunda cirugía para cortar el pedículo, consiguiendo un buen resultado funcional y estético.

Discusión. Un CI permite la movilización del tejido no adyacente al defecto primario posibilitando el cierre de defectos a distancia. El CPMF y el CML son los CI más utilizados para reconstruir defectos nasales. El CPMF es un colgajo de irrigación axial muy utilizado para la reconstrucción de grandes defectos nasales. Se diseña en la hemifrente contralateral con un pedículo axial de 10 a 15 mm de ancho. Una vez labrado, se rota 180° en su eje axial y se inserta en el lecho nasal. El CML se diseña lateralmente al pliegue melolabial y se transfiere tejido de la mejilla a la nariz mediante una rotación inferior. Se trata de un colgajo muy versátil que se puede realizar bajo anestesia local. A las 3-4 semanas se precisa una segunda etapa donde se secciona del pedículo de los CI, se cierra la zona donante y se sutura el colgajo en su posición final tras adaptar su grosor y forma, siendo esto a su vez su principal limitación.

Conclusión. Los CI son una buena opción para la reconstrucción de defectos en el ala nasal a pesar de necesitar 2 tiempos quirúrgicos ya que ofrecen buenos resultados estéticos y funcionales.

7. ADENOMA PAPILAR ECRINO VS. ADENOMA TUBULAR APOCRINO

J.A. Pérez Cejudo^a, E. Piqué Duran^b, L. Alonso Naranjo^a, A. Rueda Martínez^b y J.A. Cortes Toro^c

^aConsultorio Dermatológico (Consulderma). Lanzarote. ^bSección de Dermatología. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa de Lanzarote. ^cEurofins- LGS- Megalab- Madrid. España.

Introducción. Los tumores benignos de glándulas sudoríparas son una patología infrecuente.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 70 años que nos consulta por una lesión nodular hiperpigmentada cupuliforme bien delimitada, ligeramente dolorosa. Localizada en borde lateral de mano izquierda de un año de evolución.

Histología. Dilataciones túbulo-quísticas revestidas de doble capa de células epiteliales luminales y cuboides en zona externa, papilas intraluminales. Se aprecia en algunos sectores decapitación localizadas en dermis reticular y subcutis, sobre un estroma fibroso. Con técnicas de inmunohistoquímica expresa (+) CD117, CK7, CEA, EMA en capa celular interna y S-100 en la externa. No expresa (-) colpoina, P63, CK516, BErEp4. Se realiza el diagnóstico adenoma tubular papilar.

Discusión. La distinción entre adenoma papilar ecrino y adenoma tubular presenta hallazgo clínico, histológicos, inmunohistoquímicos superponibles. La distinción en ocasiones es muy difícil, por lo que quizás deberíamos aceptar que estos tumores tienen un patrón híbrido.

8. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO METASTÁSICO INOPERABLE CON RESPUESTA A PEMBROLIZUMAB EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA T

P. Naranjo Álamo^a, P. Díaz Morales^a, Á. Veiga Vaz^b, G. Suárez Mahugo^a, A.B. Felipe Robaina^a, A. Rebolledo Ruiz^a, E.N. Castro González^a e I. Castaño González^a

Servicios de ^aDermatología y ^bHematología². Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. España.

Introducción. El tratamiento con inhibidores de los puntos de control inmune (ICI) en carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) inoperable está en auge, pero los datos sobre su uso en caso de procesos hematológicos concurrentes son escasos. Presentamos un caso de CEC metastásico tratado con pembrolizumab con buena respuesta en paciente con leucemia prolinfocítica T (LPT).

Caso clínico. Varón de 82 años con carcinomas epidermoides de alto riesgo (CECAR) extirpados en 2020. Presentó lesión tumoral parietal izquierda compatible con nuevo CECAR (mal diferenciado, invasión hasta hipodermis e invasión perineural) en contacto con margen profundo, realizándose radioterapia de contacto durante un mes. Tras 4 meses se detectó recidiva de lesión parietal con nódulo subcutáneo adyacente, biopsiados con resultado de CEC con invasión vascular y satelitosis, respectivamente. Se decidió rescate quirúrgico, sin lograr márgenes libres. En las semanas posteriores, aparecieron múltiples nódulos en bordes del colgajo y hemicara ipsilateral, junto a masa cervical de 3 cm evidenciada en TAC. En este punto, se consideró inoperable e irradiable, candidato a inmunoterapia. En analítica de inicio se detectó leucocitosis con frotis sanguíneo compatible con síndrome linfoproliferativo crónico. Tras consenso con Hematología, se decidió iniciar pembrolizumab 200 mg cada 3 semanas. Las lesiones cutáneas y masa cervical regresaron tras 5 infusiones, pero con progresión de leucocitosis. Previo al sexto ciclo, el paciente ingresó por deterioro clínico en Hematología completando estudio. Fue diagnosticado de LPT y falleció al mes.

Discusión. El CEC avanzado presenta una alta carga mutacional siendo efectivos los ICI en su manejo, alcanzando porcentajes de respuesta global hasta 52% y remisión completa tras 4-6 ciclos. Sin

embargo, los pacientes con trastornos hematológicos presentan peores resultados (26,7%) por mayor agresividad tumoral y un sistema inmune disfuncional. La relación entre ICI y desarrollo de neoplasias hematológicas es discutida, aunque la pérdida de supresión de linfocitos T por PD1 podría ejercer su papel. La agresividad y letalidad de la LPT impide determinar la influencia de los ICI sobre esta. **Conclusión.** Los ICI han supuesto un tratamiento efectivo para CEC inoperables, siendo necesarios más estudios para evaluar eficacia y seguridad en pacientes con procesos hematológicos.

9. UN PACIENTE, DOS TUMORES NO RESECABLES: TRATAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA LOCALMENTE AVANZADO

E. de la Rosa Fernández, I. Loizate Sarrionandia, J. González Rodríguez, E. Benítez García, N. Hernández Hernández y R. Fernández de Misa Cabrera

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife. España.

Introducción. El carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma escamoso (CEC) son los cánceres cutáneos más frecuentes. En ocasiones, se presentan en formas localmente avanzadas que imposibilitan el tratamiento quirúrgico curativo. Los inhibidores de la vía Hedgehog y la inmunoterapia han demostrado ser seguros y efectivos para el tratamiento de formas avanzadas.

Caso clínico. Varón de 70 años consulta por sangrado incoercible a través de una lesión cutánea torácica de 20 años de evolución. La exploración destacó palidez mucocutánea, y en tórax, una úlcera con bordes sobrelevados de unos 23 cm, llegando a plano muscular y óseo. La biopsia reveló un CBC infiltrante. El estudio de extensión evidenció anemia (Hb 3,2 mg/dl) e invasión de musculatura pectoral y ósea a nivel esternal y clavicular. Se inició vismodegib 150 mg/día y tras 2 años se alcanza una respuesta parcial muy significativa que lleva a valorar la posibilidad de abordar el tumor quirúrgicamente. Explicados los riesgos, el paciente rechaza la cirugía. Durante este periodo desarrolla 2 episodios de toxicidad típica que exigen descanso terapéutico durante los cuales se administran sendos ciclos de radioterapia. Tras su recuperación, se cambia a sonidegib (200 mg/día). Entre tanto, desarrolla sobre la úlcera un CEC pobremente diferenciado con invasión perineural. Tras realizar un debulking del CEC se inicia cemiplimab 350 mg/3 semanas. El tratamiento consiguió una respuesta completa del CEC al tiempo que el CBC continuaba evolucionando favorablemente. Tras 9 meses con inmunoterapia el paciente desarrolla un cuadro de poliartritis que se encuentra actualmente en estudio, suspendiéndose el citado tratamiento.

Discusión y conclusiones. En la última década se han desarrollado fármacos indicados para las formas avanzadas de cánceres cutáneo no melanoma. Su uso, junto a la radioterapia pueden convertir tumores irsecables en resecables o incluso producir remisiones completas. Sin embargo, es necesario optimizar la cronología de los tratamientos e investigar las causas de resistencia a estos.

10. CARCINOMA BASOCELULAR INTRAEPIDÉRMICO

C.F. Figueroa Martín^a, E. Piqué Durán^b, J.A. Pérez Cejudo^b y A.I. Cuellar Armas^c

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. ^bHospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Arrecife. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Arrecife. España.

Introducción. El carcinoma basocelular (CBC) es una neoplasia epitelial maligna localmente agresiva. Se origina de los queratinocitos basales del epitelio interfolicular o del folículo piloso.

Caso clínico. Un varón de 63 años, con antecedentes de queratosis actínicas y CBC, consultó por una lesión en la pierna derecha, de tiempo de evolución desconocido. En la exploración física presentaba una placa eritematosa, de forma estrellada, con bordes netos y contorno irregular. La superficie era plana y brillante, con costras serohemáticas adheridas. El examen histopatológico reveló múltiples nidos intraepidérmicos de células basaloides, de morfología redondeada y tamaños variables. Algunos nidos se conectaban con el estrato córneo, donde se observaban acúmulos de células basaloides suspendidas. Otros nidos presentaban hendiduras de retracción entre el parénquima y la dermis papilar subyacente, así como células dispuestas en empalizada periférica. No se observó crecimiento pagetoide, sebocitos, tecas, disqueratosis ni islotes basaloides en dermis. Los islotes tumorales resultaron positivos para Ber-EP4 y negativos para CEA, EMA y S100. Con estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de CBC intraepidérmico.

Discusión. El CBC es una neoplasia que presenta una elevada variabilidad histológica. Se origina a nivel de la membrana basal y se extiende hacia la dermis; por lo tanto, los nidos tumorales dérmicos están en conexión con la epidermis. Se han descrito siete casos de CBC con un componente intraepidérmico, algunos de los cuales han mostrado extensión pagetoide. Al igual que ocurre en otras enfermedades inflamatorias, infecciosas o tumorales, la eliminación transepidérmica de células malignas podría explicar esta localización tan excepcional.

Conclusiones. Presentamos un caso de CBC intraepidérmico, una presentación histológica poco frecuente. Debemos considerar el CBC en el diagnóstico diferencial de neoplasias con componente epidérmico y de tumores con crecimiento pagetoide. Proponemos que la eliminación transepidérmica de células tumorales podría ser el mecanismo subyacente en este caso.

11. ERUPCIÓN PAPULOSA COMO DEBUT DE LA LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T DEL ADULTO

E. Benítez García^a, I. Loizate Sarrionandia^a, E. de la Rosa Fernández^a, J. González Rodríguez^a, R. Fernández de Misa Cabrera^a, S. Dorta Alom^a, J. Suárez Hernández^a, y E. Linares^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. España.

Introducción. La leucemia-linfoma de células T del adulto (LLCTA) es una neoplasia asociada al virus linfotrópico T humano tipo I (HTLV-I) que se desarrolla en aproximadamente el 5% de los individuos infectados tras décadas de latencia.

Caso clínico. Mujer de 45 años en seguimiento por serología positiva para el HTLV-I, después de que su madre, natural de Venezuela, fuese diagnosticada de LLCTA. Tras 5 años asintomática, desarrolla pápulas milimétricas, cupuliformes e induradas en miembros superiores, sin datos de malignidad en la biopsia. Dos años después aumentan en número, predominan en escote y cara, son pruriginosas y se asocian a sudoración nocturna y febrícula, sin adenopatías ni hepatoesplenomegalia. La analítica es normal. La biopsia revela infiltración epidérmica de linfocitos T formando microabscesos de Pautrier. La inmunohistoquímica y la citometría de flujo identificaron una población clonal de linfocitos T CD2+ CD3+ CD4+ CD5+ CD25+. El PET-TC descartó enfermedad sistémica. Se diagnosticó LLCTA smoldering y se inició zidovudina e interferón α , sin remisión tras tres meses de tratamiento.

Discusión. El HTLV-I presenta distribución mundial, con áreas altamente endémicas como Japón, África subsahariana o Sudamérica. Se transmite principalmente a través de la lactancia materna, vía sexual y parenteral. La LLCTA se clasifica en varios subtipos (agudo, linfoma, crónico y latente o smoldering) y cursa con lesiones cutáneas hasta en la mitad de los casos, siendo las más características las de tipo multipapular. La variante latente es asintomática, sin afectación sanguínea, pero con posible compromiso cutáneo. El

diagnóstico se basa en la serología, histopatología e inmunofenotipo. El pronóstico es desfavorable a pesar del tratamiento, basado en poliquimioterapia y alotrasplante de células hematopoyéticas o zidovudina/interferón α .

Conclusión. Las lesiones cutáneas pueden constituir la primera manifestación de la LLCTA. Una alta sospecha clínica, especialmente en pacientes procedentes de regiones endémicas o con antecedentes familiares de infección, es fundamental para establecer el diagnóstico e iniciar tratamiento temprano.

12. BALANITIS SEUDOEPITELIOMATOSA, QUERATÓSICA Y MICÁCEA. UNA RARA ENTIDAD

L.F. Godoy Villalón^a, C.F. Figueroa Martín^a, A. San José Rodríguez^a, F. Granados Pacheco^b, Z. Hernández Hernández^a y J. Hernández Hernández^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La balanitis pseudoepiteliomatosa, queratósica y micácea (BPQM) es una rara entidad que supone un reto diagnóstico por su similitud con otras enfermedades inflamatorias y neoplásicas del pene.

Caso clínico. Un varón de 54 años sin antecedentes consultó por una lesión en el pene de 5 meses. La lesión progresó con crecimiento, induración, picor y dolor leve. En la exploración presentaba en el glande dos lesiones exofíticas; una placa queratósica, blanquecina, de 2 cm, con superficie papilomatosa y bien delimitada, y adyacente, una placa eritematosa y papilomatosa con extensión a prepucio. Sin adenopatías regionales. El hemograma, bioquímica y serologías fueron normales. El estudio histopatológico reveló hiperplasia epidérmica con marcada hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis, sin atipias celulares y en dermis, un infiltrado linfoplasmocitario con algunos eosinófilos. Se inició tratamiento con ácido salicílico al 5%. A las 8 semanas se observó una reducción significativa de ambas lesiones. Actualmente está en seguimiento, con buena respuesta al tratamiento.

Discusión. La BPQM fue descrita en 1966 por Lortat-Jacob y Civatte. Es una rara entidad, con solo 40 casos publicados. Se caracteriza por placas queratósicas, habitualmente asintomáticas, que recuerdan la psoriasis. Afecta a varones ancianos circuncidados. Aunque inicialmente era considerada una condición benigna, en la actualidad se considera un estadio premaligno, debido a que se ha constatado mayor riesgo de progresión a carcinoma verrucoso y carcinoma de células escamosas. A pesar de esto, no se ha evidenciado relación con VPH. El diagnóstico definitivo es histopatológico y el tratamiento no está estandarizado. El ácido salicílico y el 5 fluorouracilo tópico son las opciones más recomendadas para estadios iniciales, reservando la cirugía para casos con atipia celular.

Conclusión. Presentamos un caso de BPQM, una entidad rara pero potencialmente grave, por su asociación con enfermedades malignas del pene, por lo que son importantes el diagnóstico precoz y un seguimiento estrecho.

13. ÚLCERAS DE MALA EVOLUCIÓN EN MIEMBROS INFERIORES: UN CASO ATÍPICO DE GOTA TOFÁCEA CRÓNICA

A. San José Rodríguez^a, C.F. Figueroa Martín^a, L.F. Godoy Villalón^a, Y. Peñate Santana^a, F. Granados Pacheco^b, M.Z. Hernández Hernández^a y J. Hernández Hernández^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La gota es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el depósito de cristales de urato monosódico. Hasta un

30% de los pacientes que presentan gota de mal control desarrollan tofos gotosos, siendo la ulceración de los mismos un hecho infrecuente.

Caso clínico. Varón de 70 años, con antecedentes de artritis reumatoide y gota tofácea crónica en tratamiento con alopurinol, consultó por úlceras dolorosas en miembro inferior izquierdo de meses de evolución, con excreción de material blanquecino duro. El estudio histológico de las úlceras mostró un material acelular amorfo rodeado de granulomas en empalizada en dermis compatible con nódulo reumatoideo, sin embargo, tras la sospecha clínica de tofo gotoso, se realizó el análisis bioquímico del material extraído, confirmando la presencia de urato monosódico. Se inició tratamiento con colchicina y curas semanales con extracción de los cristales, con evolución tórpida.

Discusión. Las úlceras sobre tofos gotosos son poco frecuentes. Se suelen presentar en el pie, en zonas traumáticas. La presentación en piernas es muy infrecuente, describiéndose solo casos aislados, siendo más frecuente en pacientes con comorbilidades como diabetes o enfermedad vascular periférica, que contribuyen a la mala evolución de las mismas. El diagnóstico histológico puede ser difícil si la muestra se conserva en formol, dado que los cristales de urato monosódico se disuelven en el mismo. El análisis bioquímico del material puede ayudar a filiar su composición. Para su manejo, es imprescindible disminuir los niveles de ácido úrico en sangre y el control de las comorbilidades.

Conclusión. Los tofos gotosos deben entrar en el diagnóstico diferencial de las úlceras con excreción de material. La confirmación de cristales de urato monosódico mediante estudio bioquímico puede ser necesaria en casos con alta sospecha clínica donde no haya correlación clínico-patológica.

14. MUJER DE 36 AÑOS CON ESCARAS NECRÓTICAS EN MIEMBROS INFERIORES

R. Cabrera^a, P. Gil^a, L. Regalado^b, É.C. Zborovszky^b, A. Macía^b, M.J. Arranz^c, M. Jiménez^d y R.N. Rodríguez

^aUnidad de Dermatología. ^bUnidad Asistencial de Medicina Intensiva. Servicios de ^cNefrología y ^dAnatomía Patológica. Hospital General Universitario de La Palma. Hospital Universitario de Canarias. España.

Introducción. La presencia en un paciente de úlceras cutáneas con escaras necróticas plantea un amplio diagnóstico diferencial, siendo necesario actuar sin demora para alcanzar lo antes posible el diagnóstico correcto.

Caso clínico. Mujer de 36 años, con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica avanzada secundaria a glomerulonefritis primaria. Tras pérdida de seguimiento, ingresa por deterioro del estado general, ascitis y edemas, presentando lesiones dolorosas en miembros inferiores de 10 días de evolución. Estas consistían en varias placas induradas, con escaras necróticas adheridas firmemente, que asentaban sobre un fondo de livedo racemosa. Ante este cuadro, se instaura tratamiento con tiosulfato sódico intravenoso en cada sesión de hemodiálisis. La biopsia cutánea confirmó el diagnóstico de calcifilaxis. El tratamiento con tiosulfato sódico, el control del metabolismo fosfocálcico, las curas locales y la administración de oxígeno hiperbárico resolvieron la totalidad de las lesiones al cabo de 3 meses.

Discusión. La calcifilaxis se caracteriza por la calcificación de la íntima de arteriolas cutáneas, provocando una isquemia secundaria. Se asocia habitualmente a una insuficiencia renal terminal con alteraciones del metabolismo fosfocálcico. Con una mortalidad elevada, la calcifilaxis representa una "urgencia dermatológica". La clínica más habitual es la presencia de úlceras muy dolorosas con escaras necróticas y livedo racemosa perilesional. El diagnóstico diferencial es amplio, siendo la biopsia una herramienta valiosa. Debido a su baja prevalencia, no hay protocolos estrictos diagnós-

tico-terapéuticos. El tratamiento es “multimodal”, siendo el tiosulfato sódico el fármaco más empleado.

Conclusión. Presentamos un caso de calcifilaxis, en el cual el rápido diagnóstico y tratamiento, fue clave para su resolución.

15. NECROSIS DEL PENE DE PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

D.J. Sánchez Báez, J. Mercader Salvans, M.L. Santos e Silva Caldeira Marqués, M. Quetglas Valenzuela, M. Arteaga Henríquez, M. Markthaler y M.M. Pestana Eliche

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Canarias. España.

Introducción. La calcifilaxis cutánea es una entidad infrecuente y progresiva, consistente en una vasculopatía obstructiva por calcificación distrófica de arteriolas dérmicas e hipodérmicas. La localización en el pene es rara e implica un nefasto pronóstico vital.

Caso clínico. Varón de 58 años hipertenso y diabético tipo 2, en hemodiálisis desde hacía 3 meses por enfermedad renal crónica (ERC) diabética, que acude por la aparición de una lesión inicialmente blanquecina e indolora en glándula, que evolucionó en un mes hacia una placa necrótica de 2 cm. Se descartó causa infecciosa, autoinmune o neoplásica y la biopsia inicial fue inespecífica. El angio-TAC mostró la presencia de una calcificación extensa de vasos peneanos y pudendos. Se realizó el diagnóstico de calcifilaxis del pene (CP) y se inició tratamiento con mala evolución clínica, recurriendo finalmente a una penectomía. La biopsia postoperatoria confirmó el diagnóstico mostrando calcificación distrófica arteriolar.

Discusión. La CP es una entidad muy infrecuente y de mal pronóstico, más frecuente en mujeres y pacientes con ERC terminal en hemodiálisis. Se ha relacionado con hiperparatiroidismo secundario, al igual que en nuestro caso, y normalmente asocia alteraciones del metabolismo fosfocálcico, aunque no es indispensable. Clínicamente suele iniciarse como una placa eritematoviolácea en glándula, dolorosa, que progresa hacia una escara necrótica que se extiende al resto del pene hasta producirse una autoamputación en estadios finales. La presencia de dolor, como en nuestro caso, no está siempre presente. El diagnóstico de la calcifilaxis es clínico, desaconsejándose la biopsia por riesgo de progresión o sobreinfección. La histología de piezas de penectomía, en caso de requerirse, suelen confirmar el diagnóstico.

Conclusión. La CP es una patología que debe sospecharse en todo paciente con necrosis peneana que recibe hemodiálisis. Puede pre-

sentarse sin dolor y sin alteración grave del metabolismo fosfocálcico. La biopsia no siempre es diagnóstica y está desaconsejada.

16. “ESTO HUELE A CHAMUSQUINA”

A.B. Felipe Robaina^a, E. Castro González^a, G. Suárez Mahugo^a, P. Naranjo Álamo^a, A. Rebolledo Ruiz^a, E.M. Gómez Rebordinos^b e I. Castro González^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La púrpura fulminans es una manifestación cutánea que se asocia con frecuencia a la catastrófica coagulación intravascular diseminada (CID). Se presenta un caso de púrpura fulminans en paciente con déficit de proteína S y sepsis urinaria.

Caso clínico. Varón de 56 años con déficit congénito de proteína S y tumor fibroso solitario maligno, con exéresis de masa pélvica, cistoprostatectomía radical y portador de catéter mono J bilateral con asa de Bricker. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por síndrome miccional y fiebre en contexto de sepsis de origen urinario, con aislamiento de *Escherichia coli* y *Klebsiella oxytoca* BLEE+ en sangre y orina y evolución a shock séptico y CID. Al inicio del cuadro, presentaba petequias y áreas de equimosis en pirámide nasal, cara y tercio distal de extremidades superiores, con necrosis cutánea en esta última localización. El examen histopatológico reveló una vasculopatía trombótica con alteraciones vasculíticas y rasgos purpúricos, sin aislamiento de microorganismos, en el marco de CID con repercusión cutánea. Tras recambio de catéteres, soporte vasoactivo, desbridamiento de tejidos necróticos, antibioterapia dirigida con ertapenem y daptomicina, así como suplementación de fibrinógeno y corticoterapia, el paciente experimentó una mejoría clínica y analítica, con recuperación parcial de la función renal y resolución ad integrum de lesiones cutáneas en cara, pendiente de amputación en D2 y D3 de mano derecha por necrosis.

Discusión. La púrpura fulminans es una emergencia dermatológica caracterizada por lesiones purpúricas y necrosis cutánea a causa de una microangiopatía trombótica. El déficit de proteína C y/o S, ya sea congénito, o adquirido por consumo en contexto de infección bacteriana grave, hacen más probable este cuadro, ambos presentes en nuestro paciente.

Conclusión. La púrpura fulminans en un paciente séptico constituye un signo precoz para detección de CID e instauración de terapia de soporte en UCI.