



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN VASCO-NAVARRO-ARAGONESA-RIOJANA DE LA AEDV

Reuniones de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Zaragoza, 25 de marzo de 2023
Comunicaciones orales

1. ÚLCERA MUCOCUTÁNEA PRODUCIDA POR EL VIRUS DE EPSTEIN-BARR: INQUIETANTE, INDOLENTE E INFRECIENTE

P. Villagrasa-Boli^a, E.A. Bularca^a, S. Martínez-Cisneros^a, A. Esteban Escudero^a, M. García-García^b, L. Prieto-Torres^a y M. Ara Martín^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. La úlcera mucocutánea producida por el virus de Epstein-Barr (EBVMCU) es una entidad de curso indolente englobada dentro de los trastornos linfoproliferativos B inducidos por dicho patógeno, reconocida por la Organización Mundial de la Salud desde 2016 y probablemente infradiagnosticada dado su curso autolimitado y escasa incidencia.

Caso clínico. Mujer de 62 años con diabetes mellitus, dislipidemia y esquizofrenia paranoide, remitida a Dermatología por presentar una lesión en el muslo derecho de dos meses de evolución tratada con antibióticos tópicos y orales sin respuesta. Se observó una lesión tumoral de 8 cm de diámetro, indurada, de bordes violáceos y mal delimitados, sin aumento de temperatura local regional ni adenopatías localregionales. Se realizaron sendas biopsias para estudio histológico y microbiológico, que revelaron la presencia de un infiltrado inflamatorio dermo-hipodérmico donde destacaba la presencia de elementos de talla grande CD30+/MUM1+ y CD15-/ALK1-, con poblaciones EBER+ y LMP1+, sin detectarse reordenamiento clonal ni microorganismos patógenos en los cultivos realizados para micobacterias y hongos; todo ello compatible con una EBVMCU. Tras la biopsia, la lesión presentó regresión parcial, y ante la ausencia de captación extralesional en el PET-TC y normalidad de parámetros analíticos, se decidió tratamiento local con radioterapia, consiguiéndose la resolución completa.

Discusión. La EBVMCU es propia de individuos inmunocomprometidos o de edad avanzada, y exige el diagnóstico diferencial con otros trastornos linfoproliferativos de curso y pronóstico diferentes. Por este motivo, es de capital importancia identificar los factores que condicionan su evolución y determinar la necesidad de tratamien-

to, ya que su pronóstico suele ser favorable, siendo incluso posible la regresión espontánea.

2. PÁPULAS INDURADAS EN LA MAMA. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

E. Bularca^a, P. Villagrasa-Boli^a, A. Esteban-Escudero^a, S. Martínez-Cisneros^a, L. Prieto-Torres^a, M. García-García^b y M. Ara-Martín^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. La enfermedad de Rosai-Dorfman cutánea (ERDc) es una entidad infrecuente que se caracteriza por la proliferación de histiocitos a nivel cutáneo. Sus manifestaciones clínicas y hallazgos histopatológicos pueden suponer un desafío diagnóstico.

Caso clínico. Una mujer de 41 años, fumadora, sin antecedentes de interés, es valorada en la unidad de mama por la aparición de varias lesiones nodulares de 6 meses de evolución en tronco. La exploración física evidenció dos nódulos eritemato-parduzcos, pétreos, no móviles en cola-axila de mama izquierda. La ecografía mamaria demostró un aumento heterogéneo de la ecogenicidad de tejido celular subcutáneo de unos 5 cm, apreciando áreas irregulares y nódulos hipocóicos en su interior. La biopsia reveló un denso infiltrado mixto constituido por histiocitos de citoplasma amplio y claro, con frecuente emperipolesis, positivos para S100 y CD68, y negativos para CD1a, compatible con enfermedad de Rosai Dorfman. El estudio de extensión mediante PET-TAC fue negativo. Las serologías, incluyendo toxoplasma, lúes, VEB, CMV y Bartonella henselae fueron negativas. Dada la localización única se realizó exéresis completa de la lesión. Seis meses después, la paciente presentó dos lesiones en brazo y muslo derecho que se autorresolvieron, motivo por el que continúa seguimiento con una actitud expectante.

Discusión y conclusiones. Las lesiones cutáneas aparecen en el 10% de los casos de enfermedad de Rosai-Dorfman sistémica y en el 3% de los casos de forma aislada. La ERDc se considera una forma indolente, y en ocasiones, autolimitada, de la enfermedad. Se manifiesta como nódulos o placas, aislados o confluentes, con predilección por la cabeza y el cuello, simulando xantomas eruptivos, erupciones acneiformes, sarcoma de Kaposi, linfoma cutáneo, tuberculosis diseminada o histiocitosis de células de Langerhans. El

diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos, siendo los histiocitos positivos para S-100, lisozima, alfa1-antitripsina, CD68 y CD163, y negativos para CD1a y langerina. Se han utilizado múltiples tratamientos como la cirugía, la crioterapia, corticoides intralesionales o inmunosupresores clásicos con buenos resultados.

3. PAPULOSIS LINFOMATOIDE ULCERONECRÓTICA ACRAL DE PREDOMINIO ESTIVAL

G. Braceras Rincón^a, R. Ballesteros Redondo^a, M.A. Arregui Murua^a, A.X. de Vicente Aguirre^a, Í. Aranguren López^a, N. Ormaetxea Pérez^a, M.Y. Silva Carmona^b y J. Zubizarreta Salvador^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. Donostia. España.

La papulosis linfomatoide es un trastorno linfoproliferativo cutáneo CD30 positivo benigno que se caracteriza por lesiones papulonecroticas o nodulares generalmente en tronco y extremidades con resolución espontánea y curso crónico recidivante. Hay distintas formas clínicas, siendo rara la presentación acral y no tenemos conocimiento de casos de predominio estacional. Se presenta el caso de un varón de 67 años sin antecedentes de interés que fue remitido desde Urgencias por lesiones ulceradas dolorosas en muñeca derecha y quinto dedo de pie izquierdo con lesión pequeña en muñeca izquierda en agosto de 2018. Refería lesiones similares en veranos previos en mano y planta pie con sobreinfección bacteriana; se trataron con desbridamiento quirúrgico en uno de los episodios. Se realizó biopsia de lesión muñeca con histología compatible con papulosis linfomatoide con reordenamiento de TCR-positivo. Se instauró tratamiento corticoide oral y antibiótico oral y tópico con resolución de lesiones en 4 semanas. En seguimiento posterior, ha presentado recidiva de lesiones en muñeca, antebrazo, pierna mano y pie en los años siguientes en época estival (mayo-agosto), menos en una ocasión que tuvo lesión en diciembre. Algunas lesiones han sido pequeñas y el paciente las ha tratado, sin consultar, con corticoide potente tópico, pero las lesiones grandes ulceronecroticas han requerido tratamiento, con metotrexato con buena evolución.

4. MICOSIS FUNGOIDE CON EVOLUCIÓN AGRESIVA

J. Rodríguez Blandón, M. Meruelo Ruano, I. Gainza Apraiz, A. Lobato Izaguirre, C. Gómez Bringas, A. Sánchez Diez y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. La micosis fungoide (MF) es el linfoma T cutáneo más frecuente y representa casi la mitad de los linfomas cutáneos primarios. En estadios iniciales suele tener un curso indolente siendo infrecuente la afectación extracutánea; sin embargo, en estadios avanzados existe un riesgo considerable de afectación sistémica. Los órganos más comúnmente afectados son, en frecuencia descendente, los ganglios linfáticos/sangre periférica, el hígado, el bazo, los pulmones, la médula ósea y el tubo digestivo.

Material y métodos. Descripción de un caso y revisión de la literatura. **Caso clínico.** Varón de 69 años sin antecedentes de interés. Valorado hace años en otra consulta de Dermatología por máculas eritematosas pruriginosas, con biopsia no concluyente. Posteriormente consulta en nuestro servicio por presentar una lesión tumoral en rodilla derecha con estudio histológico concluyente para MF fenotipo T-helper, estadio IIB. Se instaura tratamiento con radioterapia y posteriormente bexaroteno a pesar de lo cual la enfermedad progresa con nuevas lesiones tumorales en tórax y extremidades. El estudio histológico de una nueva lesión tumoral es compatible con MF con transformación a célula grande, evidenciándose en el tac de estadificación adenopatías supraclaviculares. Poco tiempo después presenta disfagia, apreciándose en

gastroscoopia lesión tumoral en tercio distal de esófago, con incremento de metabolismo en PET/tac y con estudio histológico que confirma afectación metastásica con transformación a célula grande CD30+. Se deriva a Hematología y deciden iniciar tratamiento sistémico con brentuximab, ciclofosfamida, doxorubicina, prednisona y posterior consolidación con autotrasplante si alcanza remisión completa.

Discusión y conclusiones. La afectación tumoral aumenta la probabilidad de afectación extracutánea, aunque la afectación esofágica es excepcional. Se requiere un seguimiento adaptado a la etapa tumoral para una detección precoz de metástasis.

5. AMILOIDOMA CUTÁNEO AL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

S.P. Martínez-Cisneros^a, A. Esteban-Escudero^a, P. Villagrasa Boli^a, E.A. Bularca^a, M. García-García^b, L. Prieto-Torres^a y M. Ara-Martín^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción El amiloidoma cutáneo supone un tipo de depósito tumoral de amiloide en dermis/hipodermis en ausencia de amiloidosis sistémica. Puede derivar de diferentes precursores de proteínas, siendo la más frecuente el componente de cadenas ligeras de inmunoglobulinas tipo AL. Presentamos el caso de dos pacientes con lesiones cutáneas amiloidoma AL con el objetivo de caracterizar la clínica e histopatología y su asociación con linfoma cutáneo de células B de la zona marginal (LCBZM).

Caso clínico. Se presenta una serie de dos casos con diagnóstico de amiloidoma cutáneo tipo AL. El primero se trata de una paciente de 64 años que presentó lesiones eritematovioláceas en espalda de larga evolución y placas anaranjadas en brazos. El estudio histopatológico mostró depósitos compatibles con amiloide con tinción para cadenas ligeras lambda en dermis en lesiones en brazos, así como infiltrado linfoplasmático perivascular compatible con proceso linfoproliferativo B de bajo grado a nivel de lesiones dorsales. No se apreciaron datos clínicos compatibles con amiloidosis sistémica y el estudio de extensión, así como la presencia de cadenas ligeras en suero y orina de 24 h fue negativa. El segundo caso se trata de una paciente de 68 años con antecedentes de síndrome de Sjögren que presentaba desde hace años nódulos firmes eritematoamarillentos en ambas axilas con resultados compatibles en estudio histopatológico con amiloidosis cutánea tipo AL. Como en el caso previo, el estudio de extensión y resto de pruebas no evidenciaron proceso sistémico subyacente.

Discusión. La amiloidosis asociada a linfoma puede presentar dos patrones, el primero, asociado a un proceso sistémico linfoplasmático con enfermedad multiorgánica, y el segundo, como en nuestros casos, asociado a depósito cutáneo extranodal de linfomas de bajo grado tipo MALT sin gammapatía monoclonal acompañante. La progresión de este tipo de LCBZM a linfomas de alto grado es limitada, no obstante, se requieren estudios completos de extensión, tratamiento de las lesiones cutáneas y seguimiento estrecho.

6. UN TUMOR CON EXCELENTE RESPUESTA A CORTICOIDES SISTÉMICOS

N. Martínez Peña, I. Arévalo Ortega, M. Meruelo Ruano, I. Gainza Apraiz, A. Sánchez Diez y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. El seudotumor inflamatorio (PI) es un proceso reactivo, no neoplásico, caracterizado por un crecimiento irregular de células inflamatorias. En la actualidad, el término PI se está abandonando a favor de diagnósticos más precisos para entidades que probablemente presenten etiologías diferentes.

Caso clínico. Varón de 79 años ingresado por sospecha de celulitis facial secundaria a una tumoración de rápido crecimiento. A la exploración, presentaba una lesión queratósica de 5 × 5 cm en sien

derecha, asentada sobre una placa indurada “erisipela-like” que ocupaba toda la hemicara. Se llevó a cabo un tac facial, que mostró una infiltración de la fascia y musculatura temporal, con adenopatías regionales bilaterales captantes. Sin embargo, en la biopsia cutánea no se hallaron células tumorales, sino un marcado infiltrado inflamatorio con abundantes células plasmáticas policlonales y polimorfonucleares. Una BAG de dos de las adenopatías confirmó la ausencia de células malignas. Ante estos hallazgos, se solicitó el nivel de IgG4 en sangre, que fue 5 veces el límite superior de la normalidad; la proporción IgG/IgG4, que resultó menor del 40%; y un tac “total-body”, que descartó afectación sistémica. Se inició tratamiento con prednisona oral con desaparición completa de la lesión y las adenopatías en un mes.

Discusión y conclusiones. Presentamos el caso de una lesión tumoral de rápido crecimiento con niveles séricos de IgG4 muy elevados y respuesta espectacular a corticoides sistémicos. Estas características orientan a una lesión en el espectro de la enfermedad relacionada con la IgG4; aunque, estrictamente, no se cumplieron criterios histológicos para el diagnóstico definitivo.

7. EXPERIENCIA DE CARCINOMAS BASOCELULARES GIGANTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG

A. Navarro Bielsa, M. Almenara Blasco, L. Bernal Masferrer, I. Muelas Rives, B. Clemente Hernández, A. Diago Irache e Y. Gilaberte

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. Los inhibidores de la vía Hedgehog, vismodegib y sonidegib, se han convertido en tratamiento de primera línea de carcinomas basocelulares localmente avanzados (CBCla) no operables o no tributarios de tratamiento con radioterapia.

Casos. Presentamos una serie de 4 casos de CBCla tratados con inhibidores de la vía de Hedgehog. Correspondieron a 2 hombres y 2 mujeres, de entre 78 y 90 años, que presentaron tumores inoperables y no tributarios de tratamiento de radioterapia, siendo 3 de ellos primarios, y uno recidivado, localizados en mejilla, oreja, y espalda. Los casos localizados en espalda correspondieron a grandes tumores de más de 20 cm de diámetro y décadas de evolución. Dos pacientes recibieron tratamiento con vismodegib, y 2 con sonidegib. Se observó respuesta parcial de 3 pacientes, pero progresión del paciente con CBC recidivado en el que se había utilizado vismodegib. Como efectos secundarios más frecuentes se encontraron los gastrointestinales y disgeusia, espasmos musculares, calambres y alopecia. Un paciente requirió espaciado de dosis para disminuir los mismos.

Discusión. Tanto vismodegib como sonidegib han demostrado buena respuesta en el tratamiento del CBCla (entre el 33% y 71,2% según estudios). Los efectos adversos, aunque leves, son frecuentes y pueden influir en la adherencia de los pacientes al tratamiento. En nuestros casos, el tratamiento en monoterapia ha demostrado al menos respuesta parcial, y en 3 de los 4 casos se espera mantener el tratamiento, pudiendo valorarse rescate quirúrgico si no se alcanzara respuesta completa de dichos tumores.

8. REVISIÓN DE LAS LESIONES DE PENE Y GENITALES

C. Miguel-Miguel, M. Azcona-Rodríguez, I. Hiltun-Cabredo, M. Fernández-Parrado, I. Ibarrola-Hermoso de Mendoza y J.I. Yanguas-Bayona

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. El cáncer de pene es una neoplasia poco frecuente cuya incidencia es altamente variable entre distintas zonas geográficas, siendo la incidencia en España (2,55/100.000 varones/año) mayor que en el resto de Europa (1/100.000 varones/año). Más del

95% de los casos de neoplasia de pene son carcinomas escamosos o sus subtipos, y son factores de riesgo la fimosis, la inflamación crónica y la infección por virus del papiloma humano, entre otros.

Material y método. Descripción/exposición de casos clínicos diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra.

Resultados. Se realiza una revisión del diagnóstico diferencial de las lesiones de pene y genitales; así como del manejo de las lesiones precursoras y el carcinoma epidermoide de pene.

Discusión y conclusiones. Actualmente no existen centros de referencia para el manejo del cáncer de pene a nivel nacional. Se estima que el 88,5% de los hospitales españoles tratan menos de 6 casos de cáncer de pene al año, por lo que se considera que los pacientes se podrían beneficiar de la creación de grupos multidisciplinares en centros de referencia.

9. MELANOMA DE PENE

J.M. Villa-González, J. Gardeazabal García, X.M. Eizaguirre Uriarte, I. Allende Markixana, I. Ocerin Guerra, M.N. Agesta Sánchez y A. Aramburu González

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo (Bizkaia). España.

Introducción. El melanoma es un tumor melanocítico maligno que puede asentar tanto en piel como en mucosas. Entre ellos, el melanoma de pene es una entidad muy infrecuente y que supone un reto diagnóstico y terapéutico. Presentamos un paciente con melanoma de pene, y discutimos las peculiaridades clínicas y de manejo de los melanomas de esta localización.

Caso clínico. Varón de 75 años derivado a nuestro hospital por una lesión pigmentada en el pene de 3 años de evolución, con crecimiento progresivo. A la exploración se observaba una mácula pigmentada heterocrómica de bordes irregulares que abarcaba el glande y el prepucio. Se tomaron tres biopsias con informe de “melanoma, índice de Breslow 0,3 mm”. Se realizó una resonancia magnética del pene y una uretroscopia sin objetivarse infiltración peneana ni afectación macroscópica de la uretra, respectivamente. Tras presentarlo en el Comité de Melanoma se decidió realizar una penectomía parcial. El estudio de la pieza quirúrgica reveló un melanoma con un índice de Breslow de 0,3 mm afectando el glande y prepucio y con extensión a la uretra.

Discusión. La afectación peneana por melanoma es muy rara, y en muchas ocasiones su diagnóstico es tardío y tiene mal pronóstico. En general, aparece en la sexta y séptima década de la vida. Asienta principalmente en el glande y aunque el índice de Breslow descrito varía entre las publicaciones, en la mayoría de los casos es > 1,5 mm. En lo referente al tratamiento, se recomienda la extirpación de la lesión con márgenes, lo que implica cirugía como la penectomía parcial o radical. A pesar de ello, se ha descrito una recurrencia local del 15%, y la supervivencia a 5 años varía entre 22-70%.

Conclusiones. El melanoma de pene es infrecuente y eso hace que las recomendaciones de manejo sean escasas. Sin embargo, es necesario identificarlo con precocidad para mejorar su pronóstico y reducir las repercusiones del tratamiento.

10. FUSARIOSIS INVASIVA CON AFECTACIÓN CUTÁNEA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO: BIOPSIA CUTÁNEA COMO ELEMENTO CLAVE PARA EL TRATAMIENTO PRECOZ

R. Pérez Blasco^a, M.R. González-Hermosa^a, V. Velasco Benito^b, J.A. Ratón Nieto^a, S. Álvarez Sánchez^a, B. Udondo González del Tánago^a, M. Pascual Ares^a y J. Ugedo Alzaga^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo (Bizkaia). España.

Introducción. La fusariosis invasiva es una enfermedad fúngica diseminada causada por hongos filamentosos saprofitos del género *Fusarium* spp. que se presenta de forma más frecuente en pacientes inmunodeprimidos con neutropenias prolongadas y con una tasa de mortalidad del 96%. Las lesiones cutáneas aparecen en el 72% de los casos en forma de nódulos eritematovioláceos dolorosos que tienden a desarrollar necrosis central.

Caso clínico. Presentamos un paciente de 34 años de origen marroquí diagnosticado de una leucemia linfoblástica aguda pre-T en proceso de acondicionamiento de la médula ósea para la realización de alotrasplante por lo que se encontraba en una situación de pancitopenia mantenida de dos meses de evolución. Ingresó de forma programada en el hospital para recibir el segundo ciclo de inducción quimioterápica con el objetivo de conseguir así una remisión de la enfermedad. Por fiebre de 40 °C se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, vancomicina y fluconazol con buena respuesta. Dos semanas más tarde, nos consultan por fiebre y lesiones pápulo-nodulares purpúricas, dolorosas, en cara, cuello y en extremidades. Con la sospecha diagnóstica de infiltración leucémica en la piel o infección fúngica diseminada, se realizaron dos biopsias cutáneas: una para su procesamiento en formol (hematoxilina-eosina) y otra para cultivo. Además, se recogieron hemocultivos. A los dos días de la toma de las muestras y coincidiendo con el aumento del número de lesiones y necrosis de las mismas, el servicio de Anatomía Patológica informa que la histología era compatible con micosis angioinvasiva por *Fusarium*/mucor y se comienza tratamiento con anfotericina B, terbinafina y voriconazol. Posteriormente, en el hemocultivo se obtuvo el crecimiento de *Fusarium* spp. confirmándose el diagnóstico. El paciente con el tratamiento instaurado consiguió una mejoría clínica importante con desaparición de la fiebre y resolución de las lesiones cutáneas.

Discusión y conclusiones. Presentamos un caso poco frecuente y potencialmente mortal de infección invasiva por hongos del género *Fusarium* spp. en un paciente inmunodeprimido. La sospecha diagnóstica y las biopsias cutáneas permitieron instaurar de forma precoz un tratamiento agresivo dirigido desde el inicio, evitando así el fallecimiento del paciente.

11. TIÑA POR TRICHOPHYTON INDOTINEAE RESISTENTE A TERBINAFINA: ESTAR PREPARADOS ANTE EL NUEVO PARADIGMA

M. Pascual Ares^a, O. Lasa Elgueza^a, L.M. López Soria^b, A. Orbea Sopena^a, B. Navajas Pinedo^a, M. Mendieta Eckert^a, R. Pérez Blasco^a y J.M. Villa González^a

Servicios de ^aDermatología y ^bMicrobiología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo (Bizkaia). España.

Introducción. La tiña corporis es una infección causada por hongos dermatofitos. Durante los últimos años, se han descrito casos resistentes a antifúngicos como la terbinafina, sobre todo en pacientes del continente asiático.

Caso clínico. Presentamos una paciente de 17 años procedente de Bangladesh que presentaba placas eritematodescamativas pruriginosas de un año de evolución y que afectaban a la mayoría de la superficie corporal. Con la sospecha diagnóstica de tiña corporis y tras la realización de pruebas complementarias, se inició tratamiento con terbinafina oral. Durante el seguimiento no se observó ninguna mejoría y las lesiones se extendieron a la región facial por lo que, a los dos meses, se sustituyó terbinafina por itraconazol. La paciente presentó una clara mejoría al mes de tratamiento. En este punto, se remitió muestra a centro de referencia donde por técnicas moleculares se aisló *Trichophyton indotineae* y se realizó estudio de sensibilidad.

Discusión y conclusiones. *T. indotineae* se ha descrito recientemente como agente causante de tiña corporis extensas e inflama-

torias resistentes a diferentes antifúngicos. Aunque la mayoría de los casos proceden de Asia, se han reportado casos en algunos países europeos y americanos. Tras revisión de literatura, no hemos encontrado casos descritos por este agente en España. Debido a los movimientos migratorios y viajes de larga distancia en la población mundial, es esperable un aumento del número de casos en nuestro medio, lo que supondrá un reto terapéutico para el que debemos estar preparados.

12. TUBERCULOSIS POR INOCULACIÓN

I. Ibarrola Hermoso de Mendoza^a, I. Hiltun Cabredo^a, M. Fernández Parrado^a, C. Miguel Miguel^a, A. de Olivera Gomes^b y R. Arnaez Solís^c

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cMedicina Interna Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa cuya vía más frecuente de contagio es la respiratoria, sin embargo, existen otras formas atípicas de transmisión.

Material y métodos. Presentamos el caso de un técnico de laboratorio de microbiología de 57 años, que consultó por una lesión en pulpejo de segundo dedo de mano derecha, tras haberse pinchado de forma accidental al manipular un frasco de hemocultivos de un paciente con infección tuberculosa. A las 6 semanas desarrolló una pápula eritematosa con erosión central en punta de dedo, junto con adenopatía en región de epitroclea ipsilateral. En la biopsia se halló una inflamación granulomatosa necrotizante-caseificante y en el estudio molecular se detectó el complejo MT. Se completó pauta de tratamiento con levofloxacino y rifampicina por mala tolerancia a tratamiento estándar, con resolución de cuadro.

Discusión. La TBC es una enfermedad granulomatosa crónica que puede afectar a cualquier órgano. La TBC cutánea representa el 1,5-3% de los casos extrapulmonares. Al ser tan poco frecuente, en ocasiones insidiosa y con diversas formas de presentación, es fácil que las lesiones puedan pasarse por alto. La vía de infección junto con el estado inmunitario van a determinar la clínica cutánea. Cuando se produce por inoculación puede presentarse como chancro tuberculoso, lupus vulgar o tuberculosis verrucosa cutis. Nuestro caso corresponde a un chancro tuberculoso, antes frecuente por inoculaciones accidentales, pero ahora más difícil de ver por las mejoras en las medidas de prevención de riesgos laborales.

Conclusión. Caso atípico de TBC por inoculación y revisión de la clínica cutánea de una enfermedad donde los dermatólogos pueden desempeñar un papel importante para su diagnóstico precoz y así evitar complicaciones sistémicas graves.

13. RE-DESCUBRIENDO EL PRURIGO PIGMENTOSO: NO PASES POR ALTO LA ALIMENTACIÓN

R. Ballesteros Redondo^a, N. Infante Gonzalo^a, S. Vildosola Esturo^a, A. López Pestaña^a, C. Rodríguez Caruncho^a, M. Marquina Iñarrairaegui^a, I. Bernal Simón^b y J. Zubizarreta Salvador^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. Donostia. España.

Introducción. El prurigo pigmentoso (PP) es una dermatosis inflamatoria infrecuente de etiología desconocida, habiéndose descrito la dieta cetogénica como desencadenante del mismo. Dada la creciente popularidad de esta dieta, los casos de PP están en aumento. Sin embargo, el PP inducido por la dieta cetogénica, denominado keto rash, es una entidad infradiagnosticada debido a la falta de investigación clínica sobre los hábitos alimenticios de los pacientes. Presentamos un caso.

Caso clínico. Mujer de 26 años, con anorexia nerviosa desde 2013, quien presenta desde hace un mes una erupción simétrica y pruriginosa, en forma de pápulas eritematosas confluentes que determinan un aspecto reticulado, localizada en zona lumbar con posterior extensión al cuello. Refiere estar realizando dieta hipocalórica con restricción de cantidades. Sin mejoría tras antihistamínicos, se pauta doxiciclina oral que junto con cambios en la dieta producen una evolución favorable de la erupción, observándose una pigmentación residual de la misma. Se realiza biopsia que muestra infiltrado linfocitario en dermis superficial de localización perivascular compatible con pigmentación postinflamatoria.

Discusión. Se desconoce la patogenia del PP, siendo la dieta cetogénica uno de los posibles desencadenantes. El PP predomina en mujeres adultas jóvenes y se caracteriza por una erupción pruriginosa de pápulas eritematosas en el tronco y cuello que evoluciona a una hiperpigmentación reticulada residual. Los hallazgos histopatológicos reflejan el dinamismo que, en solo días, es posible observar en las lesiones clínicas. El pronóstico es bueno después de reanudar una dieta normal e iniciar el tratamiento, normalmente con doxiciclina oral, que se ha mostrado como el más eficaz.

Conclusión. Presentamos este caso para recordar la creciente asociación del PP con la dieta cetogénica, ya que conocerla nos permite realizar un diagnóstico y tratamiento temprano, con resultados óptimos para estos pacientes.

14. UN CASO FULMINANTE

I. Arévalo Ortega^a, N. Martínez Peña^a, L. Blanch Rius^a, C. Gómez Bringas^a, F. Samson^b, A. Gainza Apraiz^c y R. Izu Belloso^a

Servicios de ^aDermatología, ^bPediatría y ^cCirugía Plástica. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. La púrpura fulminans (PF) se caracteriza por lesiones cutáneas de púrpura y necrosis rápidamente progresivas en presencia de datos de coagulopatía intravascular diseminada. Se manifiesta en 3 situaciones clínicas: en recién nacidos con déficit congénito homocigoto de proteínas S o C (PF neonatal), en el contexto de una infección aguda grave (PF infecciosa) y la que aparece debido a un déficit autoinmune transitorio de proteína S (PF idiopática). La PF idiopática afecta a niños y en el 90% de los casos es precedida por una infección. El pronóstico varía en función de la evolución de las lesiones y de los fenómenos tromboembólicos sistémicos.

Material y método. Descripción de un caso y revisión de la literatura.

Resultados. Niña de 3 años que acudió a urgencias pediátricas por aparición de placas violáceas extensas dolorosas en región pretibial de 24 h de evolución. A la exploración, hiperemia e hipertrofia amigdalar sin exudados sin síntomas generales acompañantes. La analítica sanguínea mostró un descenso de fibrinógeno, aumento de dímeros D y alargamiento de TTPa e INR. Con el diagnóstico de sospecha de PF se amplió el estudio y se objetivó un déficit severo de proteína S y Ac anti proteína S elevados. En el estudio microbiológico destacó Stretotest positivo, PCR positiva en faringe a Metaneumovirus y ASLO elevado. Ante el diagnóstico de PF idiopática con déficit de proteína S se realizó tratamiento con plasma fresco congelado, inmunoglobulinas, antibioticoterapia empírica y enoxaparina. De forma progresiva la proteína S recuperó valores normales. Las lesiones evolucionaron a necrosis cutánea por lo que posteriormente la paciente precisó injertos de piel parcial en ambas piernas.

Discusión y conclusiones. La PF idiopática es una entidad grave que debemos sospechar ante un paciente historia de infección 15 días antes, lesiones típicas de miembros inferiores y ausencia de signos de shock. El diagnóstico precoz y adecuado manejo pue-

den prevenir complicaciones irreversibles como la amputación o el shock.

15. LESIONES PERIANALES: AMPLIANDO EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

J. Ugedo Alzaga^a, J.L. Díaz Ramón^a, V. Velasco Benito^b, A. Aramburu González^a, A. Orbea Sopeña^a, E. Acebo Mariñas^a y O. Lasa Elgezua^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo (Bizkaia). España.

Introducción. El liquen plano (LP) hipertrófico o verrucoso es una variedad de LP que aparece sobre todo en las extremidades inferiores, siendo la localización perianal excepcional. En general se presenta como una placa ovoide eritematoviolácea o grisácea, edematosa y de borde redondeado y bien definido, cuyo diagnóstico diferencial incluye procesos de diversa naturaleza como son el liquen simple crónico, la psoriasis, carcinoma espinocelular o condilomas acuminados.

Caso clínico. Mujer de 65 años remitida por lesiones sospechosas de condilomas acuminados perianales que fueron identificadas al realizar una colonoscopia de cribado. Negaba relaciones sexuales de riesgo, además 8 meses antes se había realizado una citología para el virus del papiloma humano (VPH) que fue negativa. A la exploración física se observaban varias lesiones polipoides confluentes en toda la circunferencia anal con una placa infiltrada y pigmentada en la piel perianal de la nalga derecha. El resto de la piel, mucosas y anejos estaban respetados. El estudio de infecciones de transmisión sexual, que incluía serologías, una PCR de exudado vaginal y la detección de VPH en tejido lesional resultó negativo.

Discusión. El LP hipertrófico perianal es una patología infrecuente, habiéndose descrito muy pocos casos en la literatura. Su diagnóstico supone un reto debido a la similitud clínica e histológica con otras entidades con un tratamiento y pronóstico totalmente distinto, como el carcinoma epidermoide o los condilomas acuminados. Por ello es fundamental considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones perianales, incluso si estas son asintomáticas y aisladas como en nuestra paciente, ya que en ese caso se podrían resolver con tratamiento médico, evitándose procedimientos agresivos.

16. PRURITO "CUM MATERIA"

R.M. Escribano de la Torre^a, A. Barrutia Etxebarria^a, M.I. Martínez González^a, S. Heras González^a, V. Fatsini Blanch^a, I. García Río^a, M. Madalina Buda^b y R. González Pérez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Araba (HUA). Vitoria (Álava). España.

Introducción. El penfigoide ampuloso (PA) es una enfermedad ampulosa autoinmune frecuente. Afecta a ancianos, siendo su aparición en jóvenes inusual. Recientemente, dupilumab (anti-IL-4/13) ha demostrado ser beneficioso para PA moderados-graves de difícil control.

Caso clínico. Mujer de 40 años seguida en consulta por prurito intenso con pápulas excoriadas generalizadas de dos años de evolución. Se realizó una biopsia cutánea compatible con prurigo y se trató con corticoides tópicos y orales, antihistamínicos y ciclosporina, sin mejoría. Ante la persistencia sintomatológica y el cambio de morfología de las lesiones, más anulares y de bordes vesiculosos, se repitió la biopsia para inmunofluorescencia directa, mostrando un depósito lineal de C3 e IgG en la unión dermoepidérmica. En la analítica aparecieron títulos elevados de BP180 y BP230. Con la sospecha de PA y dado el empeoramiento del prurito afectando su calidad de vida, se consensuó ingreso. Se probó con dapsona, metilprednisolona intrave-

nosa, azatioprina y gammaglobulinas, siendo ineficaces. Además, fueron apareciendo ampollas tensas por toda la superficie corporal y aumentando la eosinofilia periférica. Por ello, se añadió dupilumab, con resolución progresiva de las lesiones y el prurito. En la actualidad, se mantiene controlada con azatioprina y dupilumab.

Discusión y conclusiones. Debe considerarse el PA ante un prurito incoercible sin causa aparente, incluso en jóvenes, por lo que se recomienda la toma de biopsia para inmunofluorescencia directa. Presentamos un caso de PA atípico por su aparición a una edad temprana, y su refractariedad a múltiples tratamientos, que ha respondido al empleo de dupilumab con control mantenido.

17. NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA POR PEMBROLIZUMAB

L. Bernal Masferrer, B. Aldea Manrique, I. Hernández Aragüés, A. Ballano Ruiz, A. Navarro Bielsa, M. Almenara Blasco y M.C. Matei

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.

Introducción. Los fármacos inhibidores de check-point o también denominados inhibidores de los puntos de control inmunitarios, como el pembrolizumab, son una nueva clase de fármacos aprobados para el tratamiento de neoplasias que regulan la activación de los linfocitos T. Debido a su mecanismo de acción intrínseco, se han reportado numerosas reacciones adversas cutáneas, que abarcan desde exantemas hasta alteraciones muy graves como la necrólisis epidérmica tóxica (NET).

Caso clínico. Varón de 72 años con antecedentes personales de cáncer de pulmón no microcítico escamoso en estadio IV, con expresión de PDL-1 menor del 1%, en tratamiento quimioterápico con esquema de carboplatino, paclitaxel y pembrolizumab. Tras dos meses de iniciar el tratamiento, acudió a Urgencias por presentar un exantema cutáneo generalizado de 10 días de evolución que progresó hasta aparecer ampollas con despegamiento cutáneo en el 60% de la superficie corporal y afectación de mucosa oral y genital, compatible clínica e histológicamente con un cuadro NET secundario a pembrolizumab. Se inició tratamiento con corticoesteroides intravenosos, etanercept y ciclosporina con buena respuesta y reepitelización casi completa de las lesiones.

Discusión y conclusiones. Los acontecimientos adversos cutáneos relacionados con el sistema inmunitario provocados por inhibidores de los puntos de control inmunitarios van desde erupciones inespecíficas a manifestaciones cutáneas detectables, que pueden ser autolimitadas y presentar perfiles de toxicidad cutánea aceptables, mientras que algunas pueden producir complicaciones potencialmente mortales. Su reconocimiento y tratamiento precoz con glucocorticoides y otros inmunosupresores es esencial para aumentar la supervivencia en esta patología. Presentamos uno de los pocos casos descritos de esta entidad.

18. PIODERMA GANGRENOSO MÚLTIPLE COMO FORMA DE REACCIÓN PARADÓJICA A SECUKINUMAB EN UN PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA SINDRÓMICA

B. Clemente Hernández^a, I. Muelas Rives^a, L. Ollero Domenche^b, M.F. García-Gil^c, M. Álvarez Salafraña^a e Y. Gilaberte^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. ^cHospital Obispo Polanco. Teruel. España.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 67 años con antecedente de acné severo, una paniculitis neutrofílica e hidradenitis supurativa (HS) Hurley III, con afectación axilar, inguinal y glútea.

Pese a tratamiento intensificado con adalimumab 80 mg semanal y sesiones de terapia fotodinámica intralesional, el paciente mantenía un control subóptimo de la enfermedad, fundamentalmente a nivel glúteo, por lo que se decide iniciar secukinumab 300 mg como uso compasivo. Un mes tras el inicio del tratamiento, el paciente experimentó un empeoramiento súbito de las lesiones de HS y, dos semanas más tarde, aparecieron múltiples lesiones pápulo-pustulosas, nodulares y ulceronecroticas a nivel de miembros inferiores y plantas de los pies. La biopsia cutánea mostró una dermatitis supurativa y necrotizante con negatividad en las tinciones para microorganismos, siendo compatibles con el diagnóstico de pioderma gangrenoso. Ante estos hallazgos, se decidió solicitar una gammagrafía ósea, estudio genético de enfermedades autoinflamatorias asociadas a HS e iniciar rifampicina y clindamicina en combinación, además de volver a la pauta intensificada de adalimumab, con lo que el paciente comenzó a mejorar de forma progresiva, manteniendo esta evolución favorable en la actualidad.

Discusión y conclusiones. En una minoría de pacientes, la HS puede asociarse a otras enfermedades inflamatorias inmunomediadas en forma de síndromes clínicos complejos, con fenotipos muchas veces superpuestos entre distintas entidades. Diferentes factores etiopatogénicos contribuyen a la inflamación folicular de la HS sindrómica, incluyendo la hiperqueratinización folicular, así como la activación de vías autoinflamatorias. En nuestro paciente se puede hipotetizar un posible incremento paradójico de IL23 como consecuencia de la inhibición de IL17, revelando un fenotipo clínico complejo en el contexto de una HS sindrómica previamente no diagnosticada.

19. UN CASO DE PIODERMA GANGRENOSO INDUCIDO POR SORAFENIB

N. Infante Gonzalo^a, G.M. Bracerías Rincón^a, J.M. Lera Imbuluzqueta^a, Í. Aranguren López^a, S. Ibarbia Oruezabal^a, H. Cembrero Saralegui^a, I. Bernal Simón^b y J. Zubizarreta Salvador^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España.

Introducción. El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica no infecciosa caracterizada por pústulas que progresan a úlceras dolorosas. Esta patología puede ser secundaria a procesos inflamatorios o al uso de ciertos fármacos. En esta ocasión mostramos su aparición asociada a sorafenib, un fármaco inhibidor multiquinasa aprobado para el tratamiento del carcinoma renal avanzado y del hepatocarcinoma sobre el que se han descrito diversos efectos secundarios a nivel cutáneo.

Resultados. Presentamos el caso de un varón de 64 años diagnosticado de hepatocarcinoma multicéntrico en tratamiento con sorafenib. Acudió a la consulta de Dermatología refiriendo la aparición de una lesión infraumbilical de un año de evolución y de lento crecimiento. A la exploración física, se observaba una lesión ulcerada con una zona central atrófica y un borde sobreelevado rosado y costroso. Tras completar el estudio histopatológico y la toma de cultivos de la lesión, se llegó al diagnóstico por exclusión de pioderma gangrenoso. Se procedió a la suspensión del sorafenib y se inició tratamiento con prednisona oral, obteniendo una buena respuesta clínica, que se mantuvo tras la reducción progresiva del esteroide y su posterior retirada.

Conclusiones. El pioderma gangrenoso inducido por fármacos es una reacción adversa rara pero potencialmente grave, por lo que es importante conocer los diferentes agentes implicados en caso de sospecha. En este trabajo presentamos el primer caso descrito en la literatura de pioderma gangrenoso inducido por sorafenib. La ya conocida relación de esta dermatosis neutrofílica con el sunitinib, otro inhibidor multiquinasa, sugiere la existencia de un efecto secundario de clase de este tipo de fármacos.

20. EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACO INMUNOCONJUGADO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL A CONOCER

A.T. Esteban Escudero, S.P. Martínez Cisneros, E.A. Bularca, P. Villagrasa Boli y M. Ara Martín

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. Presentamos el caso de una mujer con carcinoma pulmonar en tratamiento con tusamitanab raptansine, quimioterápico conjugado, que sufrió una extravasación no identificada en su brazo. Una semana después presentaba una placa inflamatoria con destechamiento cutáneo, que se resolvió en las semanas siguientes sin secuelas.

Caso clínico. Mujer de 63 años con adenocarcinoma de pulmón estadio IV en tratamiento con tusamitanab raptansine y ramucirumab. Tras la infusión de este, consultó a los días por enrojecimiento y dolor en brazo izquierdo, que progresó a pesar de tratamiento antibiótico con extensión del eritema, edema, dolor y vesiculación con destechamiento. Con el juicio clínico de extravasación de agente quimioterápico, se trató a la paciente con corticoide tópico y oral, y curas locales, lográndose una reepitelización completa sin secuelas funcionales.

Discusión y conclusiones. La extravasación de fármacos quimioterápicos es una complicación potencialmente grave dependiendo del agente etiológico. La clínica en el caso de agentes vesicantes suele comenzar a las pocas horas. El tratamiento temprano es vital para mejorar el pronóstico de estos pacientes. Los anticuerpos monoclonales se consideran no vesicantes ni irritantes, y su extravasación no produce clínica. Tusamitanab raptansine es un fármaco inmunoconjugado formado por un anticuerpo monoclonal contra la glucoproteína CEACAM5 presente en el tejido tumoral, unido covalentemente a un maitansinoide que lleva a cabo la acción citotóxica. No existen casos descritos de reacciones cutáneas debidas a extravasación de este fármaco, pero sí a otros fármacos inmunoconjugados. Característicamente, la reacción local florida comienza tardíamente con un período ventana, pudiendo causar una grave reacción local con necrosis epidérmica, pero finalmente los casos descritos se resuelven con buen pronóstico. La extravasación de estos novedosos agentes quimioterápicos es poco conocida, sin tratamiento estandarizado, y debería ser reconocida por los profesionales involucrados en su administración.

21. PRUEBAS EPICUTÁNEAS COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS CUTÁNEAS

A. Menéndez Parrón, R.M. Escribano de la Torre, L. Carnero González, J. Gimeno Castillo, I. Arrúe Mitxelena, A. Sáenz Aguirre, I. Trébol Urrea y R. González Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Araba (HUA). Vitoria (Álava). España.

Introducción. Las reacciones adversas medicamentosas (RAM) afectan a nuestra piel dando lugar a RAM cutáneas que difieren fenotípica y etiológicamente. Pese a que las pruebas de provocación se posicionan como las más fiables, conllevan un riesgo médico y legal innegable. Disponemos de guías para la realización de pruebas cutáneas, entre las que se encuentran las pruebas epicutáneas (PE). Estas constituyen un método seguro y aceptado para investigar RAM por mecanismos inmunológicos. La sensibilidad es variable dependiendo del fármaco implicado y el tipo de RAM cutánea.

Material y métodos. Presentamos un estudio observacional retrospectivo exponiendo nuestra experiencia en la realización de PE en 22 pacientes con sospecha de RAM cutáneas por administración sistémica de fármacos durante un periodo de 5 años (2017-2021).

Resultados. Solo 3 pacientes disponían de una biopsia sugestiva de toxicodermia aunque todos presentaban una anamnesis compati-

ble. En el estudio epicutáneo se empleó la serie estándar del GEI-DAC y el/los medicamento/s propio/s diluidos al 30% en agua o vaselina así como el/los fármaco/s sospechoso/s si se encontraba en la serie de "reacciones adversas medicamentosas". Se realizó lectura a las 48 y 96 h, registrándose una positividad débil relevante a la hidrocortisona. En este caso, el parche con su medicamento propio fue negativo.

Discusión y conclusiones. Nuestra serie contrasta con los resultados previamente publicados pues tan solo observamos una positividad relevante (0,04%) en comparación con porcentajes mayores (43%). Por tanto, en nuestra experiencia, parchear los fármacos en condiciones de "máxima sencillez" no resultó útil en el diagnóstico de estas toxicodermias.

22. LESIONES COSTROSAS Y EROSIONES QUE NO CURAN TRAS TRAUMATISMOS BANALES

A. Barrutia Etxebarria^a, A. Menéndez Parrón^a, J. Gimeno Castillo^a, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya^a, S. Goula Fernández^a, A. Urtearain Ibarzaban^a, B. Cantón Santarén^b y R. González Pérez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Araba (HUA). Vitoria (Álava). España.

Introducción. El eccema alérgico de contacto (EAC) por clorhexidina en la población pediátrica es excepcional, a pesar de su empleo bastante extendido.

Caso clínico. Niña de 4 años, en seguimiento por un hemangioma infantil segmentario cervical. En una revisión, la madre refirió episodios recurrentes de lesiones cutáneas tras caídas o abrasiones superficiales. Aportaba iconografía en la que podía observarse cómo las heridas evolucionaban de forma tórpida, con formación de pápulo-pústulas, erosiones y costras melicéricas. En ocasiones, se acompañaban de lesiones sobreelevadas, eritematosas a distancia, sobre todo en codos, que recordaban al eritema multiforme.

Resultados. A pesar del aspecto impetiginizado de las lesiones, los cultivos eran negativos y no respondían a antibioterapia. Se realizó biopsia de la lesión del codo, revelando una dermatitis liquenoide y vasculitis linfocitaria. Se reinterrogó sobre el tratamiento tópico de las heridas, descubriendo que empleaban una fórmula comercializada con clorhexidina alcohólica, por lo que se realizaron pruebas epicutáneas, resultando positivas tanto para la clorhexidina como para el producto propio. Así, realizamos el diagnóstico de EAC por clorhexidina con lesiones inflamatorias a distancia como reacción de hipersensibilidad secundaria. Al retirarse su empleo, las lesiones desaparecieron.

Discusión y conclusiones. El EAC por clorhexidina en niños está escasamente descrito en la literatura, siendo más frecuente en pacientes con dermatitis atópica y excepcional en niños no atópicos por debajo de los 4 años. Su diagnóstico es importante ya que puede simular otras dermatosis frecuentes durante la infancia y derivar en reacciones agudas de hipersensibilidad en sucesivas exposiciones.

23. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES CIRUGÍAS POR QUISTES: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN FÍSICA

I. Muelas Rives^a, B. Clemente Hernández^a, L. Ollero Domenche^b, I. Bernad Alonso^a, A.M. Morales Callaghan^a, Y. Gilaberte Calzada^a y T. Gracia Cazaña^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.

El esteatocistoma múltiple es un trastorno cutáneo poco frecuente, con alta carga genética, que puede heredarse de forma autosómica dominante u originarse esporádicamente. Clínicamente se caracteriza por la aparición de múltiples quistes dérmicos, asintomáticos,

del color piel, que drenan un material oleoso. Cuando las lesiones se asocian a inflamación espontánea, se denomina esteatocistoma múltiple supurativo; variante poco descrita en la literatura y que puede responder al tratamiento con retinoides orales. Describimos el caso de un varón de 69 años, hipertenso y dislipidémico, que fue derivado a la consulta de Dermatología por presentar múltiples pápulas y nódulos, de color piel y tamaño variable, distribuidos por toda la superficie corporal, siendo más numerosos en tronco, axilas e ingles. Las lesiones habían aparecido a los quince años, habiendo aumentado de tamaño y número progresivamente. Su padre presentaba lesiones similares. Refería episodios de inflamación y supuración espontáneas. Se extirparon dos de estas lesiones, resultando histológicamente en formaciones quísticas revestidas por un epitelio escamoso muy adelgazado, carente de estrato granuloso, con una fina cutícula eosinófila en la parte interna, compatibles con esteatocistomas. Con la sospecha de esteatocistoma múltiple supurativo, fue derivado a la Unidad de Genética, confirmándose el diagnóstico al descubrirse una mutación de significado patológico en el gen de la queratina 17 (KRT17). Se inició tratamiento con isotretinoína oral, mejorando considerablemente la calidad de vida del paciente al disminuir los episodios dolorosos de inflamación. Hasta ahora en la literatura existen menos de 20 casos descritos en los que se asocia la hidradenitis supurativa con los esteatocistomas múltiples, denominándose esteatocistoma múltiple supurativo. La superposición de estas dos condiciones puede sugerir un defecto común no reconocido en la proliferación folicular. Dada su similitud con la hidradenitis supurativa tanto en la ubicación como en la presentación, un diagnóstico de esteatocistomas múltiples a menudo puede pasarse por alto. Por lo tanto, como dermatólogos debemos de conocer esta entidad apoyándonos en el examen histopatológico que es crucial para determinar el diagnóstico correcto.

24. LAS TELANGIECTASIAS SON LA CLAVE

M. Meruelo Ruano^a, J. Rodríguez Blandon^a, L. Blanch Rius^a, I. Arévalo Ortega^a, A. Lobato Izaguirre^a, R. Izu Belloso^a y A. Martín Santiago^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario de Basurto. Bilbao. ^bHospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción. La ataxia-telangiectasia (A-T) o síndrome de Louis-Bar es una rara enfermedad de carácter autosómico recesivo caracterizada por una degeneración cerebelosa, aparición de telangiectasias cutáneas, inmunodeficiencia, envejecimiento prematuro, sensibilidad a la radiación y aparición temprana de neoplasias. Por todo ello, se suele englobar dentro de los trastornos de inestabilidad genómica y defectos de reparación del ADN.

Material y métodos. Exposición de un caso clínico y revisión de la literatura.

Caso clínico. Presentamos el caso de un niño de 12 años, residente desde hace poco en España (natural de Ucrania), con el antecedente personal de ataxia y disartria que es derivado al servicio de dermatología para la valoración de lesiones cutáneas. El paciente padecía una ataxia que le impedía la deambulacion autónoma, dificultad severa para poder mantener la sedestación sin ayuda y una incapacidad para poder articular palabras. No presentaba deterioro cognitivo. En la exploración física se objetivaron telangiectasias en ambas conjuntivas bulbares y en el lado izquierdo del cuello. Estos hallazgos eran compatibles con el diagnóstico clínico de A-T. El paciente se encuentra pendiente de completar el estudio genético para la confirmación diagnóstica.

Discusión y conclusiones. Se subraya la importancia del dermatólogo en el diagnóstico de esta entidad, ya que la sintomatología neurológica puede resultar similar en muchas enfermedades, pero las manifestaciones cutáneas son características de esta patología y nuestro papel puede ser muy relevante a la hora de aportar un

diagnóstico certero, siendo claves los hallazgos dermatológicos y oculares para el diagnóstico de la A-T. Asimismo, se destaca el avance que se puede obtener en el conocimiento de la biología humana del estudio de la genética de las enfermedades raras, con el avance terapéutico que ello puede conllevar.

25. DESCRIPCIÓN Y MANEJO PRÁCTICO DE ANGIOMIXOMAS SUPERFICIALES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

I. Oteiza Rius, J. Antoñanzas, A. Morelló Vicente, E.M. Gómez González y N. Rodríguez Garijo

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. España.

Los angiomixomas superficiales (AS), también conocidos como mixomas cutáneos, son tumores de características benignas de baja prevalencia. Generalmente, se presentan de forma esporádica como lesiones únicas, sin embargo, pueden aparecer también en el contexto de un complejo de Carney (CC). Presentamos el caso de dos pacientes mujeres de 54 y 47 años, valoradas en el Departamento de Dermatología por lesiones cutáneas asintomáticas y de aspecto quístico, de meses de evolución, localizadas en dorso de mano derecha y antebrazo izquierdo, respectivamente. En la exploración física se aprecian nódulos eritematosos, de consistencia quística y no adheridos a planos profundos. Tras biopsia escisional, los estudios anatomopatológicos describen tumoraciones bien delimitadas localizadas en la unión dermohipodérmica, constituidas por células fusiformes, dispuestas sobre una matriz mixoide, sin características de atipia. Además, se aprecia la presencia de estructuras vasculares de conformación arqueada y tamaño variable. Todo ello, compatible con el diagnóstico de AS. Tras confirmación diagnóstica, se lleva a cabo estudio ecocardiográfico, descartando la presencia de CC en ambos casos. Los AS son tumores cutáneos de baja incidencia compuestos por una matriz mixoide, células fusiformes y estructuras vasculares. Generalmente aparecen en extremidades, tronco y región genital, aunque pueden aparecer en otras localizaciones. A pesar de tratarse de una entidad benigna, su confirmación diagnóstica mediante estudio histológico resulta imprescindible dada su alta tasa de recidiva y su posible asociación con el CC. El CC es un síndrome de herencia autosómica dominante causado en la mayoría de los casos por mutación del gen PRKAR1A y caracterizado por la presencia de mixomas en diferentes localizaciones, hiperpigmentación cutánea y afectación de glándulas endocrinas. Además, existen otros signos cutáneos característicos de esta entidad como la presencia de lentiginosis o de nevos azules. Dada la baja incidencia de AS y su posible asociación con el CC, resulta de gran importancia descartar la presencia de mixomas cardiacos. Para ello, se recomienda la realización de un estudio ecocardiográfico, a pesar de la ausencia de otros signos o síntomas concomitantes, característicos de esta entidad.

Bilbao, 20 de octubre de 2023 Comunicaciones orales

1. ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA CUTÁNEA

N. Valero Montalvo^a, C. Rodríguez Caruncho^a, S. Vildosola Esturo^a, G.M. Braceras Rincón^a, N. Infante Gonzalo^a, Í. Aranguren López^a, M. Silva Carmona^b y J. Zubizarreta Salvador^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España.

Introducción. La enfermedad de Crohn (EC) metastásica (ECM) es una complicación cutánea poco común de la EC primaria. Se trata de un proceso inflamatorio granulomatoso, similar al mecanismo patogénico de la EC, que ocurre en localizaciones no contiguas al tracto gastrointestinal.

Caso. Mujer de 46 años diagnosticada de EC en 1999, tratada con azatioprina. En 2004, colectomía total y, en 2013, resección de íleon distal. Remitida a Dermatología por lesiones a nivel perineal, inguinal y región interglútea, con una zona simétrica denuddada y de bordes algo infiltrados. Ante la sospecha de ECM se biopsia, hallando infiltrados inflamatorios linfoplasmocitarios y células gigantes multinucleadas en dermis papilar, compatible con ECM. Se ha controlado de forma parcial con tratamientos tópicos como, corticoides, tacrolimus y fórmulas secantes hasta la actualidad.

Discusión. La ECM es la manifestación dermatológica menos común de la EC. La prevalencia no supera el 0,7%, con discreto predominio femenino y en la edad pediátrica. La clínica es heterogénea con erosiones, placas o nódulos eritematosos, indurados y, en ocasiones, ulcerados. Las localizaciones más frecuentes son el área genital, pliegues y extremidades inferiores. La presencia en pliegues, como en el caso descrito, requiere realizar diagnóstico diferencial con el intertrigo candidiásico. Se presenta microscópicamente como inflamación granulomatosa con células gigantes multinucleadas, no caseificante, en dermis, con extensión ocasional a grasa, y con infiltrado linfoplasmocitario difuso acompañante. Se puede tratar combinando inmunosupresores, antibióticos y, en ocasiones, cirugía.

Conclusión. La ECM cutánea debe distinguirse de las manifestaciones cutáneas contiguas más frecuentes de la EC. El polimorfismo clínico y el hecho de que su aparición puede ser anterior al diagnóstico inicial de la EC puede dar lugar a infradiagnósticos y a retrasos en el tratamiento.

2. LAS MÚLTIPLES CARAS DEL DERMATOFIBROMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Orbea Sopena^a, J.A. Yagüe Barcia^a, I. Vicente Sánchez^a, P. Manrique Martínez^a, V. Morillo Montañés^a y G. Irigoyen Miró^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Galdakao (Bizkaia). España.

Introducción. El dermatofibroma (DF) es una lesión muy frecuente que suele aparecer como un nódulo en dermis de lento crecimiento que afecta de forma predominante a las mujeres en los miembros inferiores. No obstante, existen otras formas clínicas de presentación menos conocidas por los dermatólogos.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 48 años que acude a urgencias presentando un tumor ulcerado de un año de evolución. A la exploración se observa una lesión tumoral ulcerada sangrante de color negro en la pierna izquierda. Bajo sospecha de melanoma, se realiza la extirpación simple de la lesión. El estudio anatomopatológico reveló el diagnóstico de DF celular. En la revisión posterior a los 4 meses, no presenta datos de recidiva pero sí una nueva lesión nodular subcutánea, rodadera, en eminencia tenar de mano derecha. Se realiza la extirpación quirúrgica con diagnóstico histológico de DF.

Discusión. El DF es una lesión dérmica muy frecuente de la que se han descrito diferentes variedades clínicas e histológicas. La forma más frecuente del DF es la de un nódulo solitario asintomático de pocos milímetros y color parduzco con predilección por los miembros inferiores. A la palpación suele ser desplazable sobre planos profundos y es típico el signo del hoyuelo cuando se comprime lateralmente. Una de las formas clínicas más llamativas e infrecuentes es la de DF gigante, caracterizada por ser una lesión exofítica de gran tamaño en la que no suele sospecharse el diagnóstico clínico de DF por su frecuente aspecto de malignidad. La histopatología

confirma el diagnóstico al mostrar las características típicas del DF. A pesar de su apariencia clínica, su comportamiento biológico es benigno y la exéresis quirúrgica curativa. Presentamos el caso de un paciente con dos DF de presentación atípica y realizamos una revisión de las variantes clínicas e histológicas del DF.

3. PANICULITIS CON SORPRESA

J. Ugedo Alzaga^a, A. Fernández de Larrinoa^b, X.M. Eizaguirre de Uriarte^a, N. Agesta Sánchez^a, I. Allende Markixana^a, P. Andrés Ibarrola^a y B. Udondo González del Tánago^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo (Bizkaia). España.

Introducción. La paniculitis pancreática es una rara afección caracterizada por la inflamación del tejido adiposo subcutáneo debido a la liberación descontrolada de enzimas pancreáticas. Es una condición cutánea que puede actuar como un indicador temprano de enfermedades pancreáticas subyacentes, como la pancreatitis, el adenocarcinoma y excepcionalmente el tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI).

Caso clínico. Mujer de 62 años, con perfecto estado general, consultó por la aparición de nódulos subcutáneos dolorosos con aumento de temperatura local en ambas extremidades inferiores de un mes de evolución, con sospecha de eritema nodoso y que cedían con corticoide oral. La biopsia fue informada como paniculitis pancreática por lo que se solicitaron amilasa y lipasa, con elevación de las mismas y mediante pruebas de imagen se diagnosticó un TPMI.

Discusión. La paniculitis pancreática se asocia principalmente con trastornos pancreáticos, destacando la pancreatitis crónica y el cáncer de páncreas, pero puede asociarse a otros tumores pancreáticos. Se manifiesta mediante nódulos subcutáneos dolorosos, ulceraciones y exudado viscoso por la liberación descontrolada de enzimas pancreáticas, lipasa y amilasa, que provocan necrosis del tejido graso y respuesta inflamatoria en la piel. Los síntomas sistémicos incluyen fiebre, pérdida de peso y dolor articular. Por otro lado, el TPMI es una neoplasia pancreática poco frecuente que afecta los conductos pancreáticos, manifestándose como crecimiento celular anormal que origina quistes y tumores. Con extirpación quirúrgica presenta un excelente pronóstico. La estrecha conexión entre la paniculitis pancreática y el TPMI radica en su asociación con enfermedades pancreáticas subyacentes, haciendo que la primera sirva como un marcador temprano de enfermedades graves subyacentes.

Conclusión. La paniculitis pancreática es un síndrome cutáneo que puede señalar la presencia de enfermedades pancreáticas graves. Su detección y evaluación adecuadas son esenciales para un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo. La colaboración interdisciplinaria es esencial para mejorar la atención a los pacientes.

4. DIAGNÓSTICO DE GENODERMATOSIS EN LA EDAD ADULTA: LA CLAVE ESTÁ EN LA PIEL

A. Barrutia Etxebarria^a, A. Menéndez Parrón^a, R.M. Escribano de la Torre^a, J. López Martínez^a, A. Sáenz Aguirre^a, V. Fatsini Blanch^a, A.M. Cordovilla Moreno^b y R. González Pérez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Araba (HUA). Vitoria (Álava). España.

Introducción. Las genodermatosis son enfermedades de causa genética con expresión clínica en la piel y que frecuentemente se asocian a manifestaciones en otros órganos. A continuación, exponemos dos casos de genodermatosis diagnosticados a través de manifestaciones cutáneas en la edad adulta.

Caso clínico 1. Presentamos el caso de un varón de 43 años que acudió a nuestras consultas por una lesión de reciente aparición. Observamos un nódulo rosado de 1 cm de diámetro y realizamos exéresis de la lesión con resultado anatomopatológico de colagenoma estoriforme. El paciente presentaba múltiples antecedentes familiares de neoplasias, por lo que se realizó estudio molecular del gen PTEN con resultado positivo, realizándose el diagnóstico de síndrome de Cowden.

Caso clínico 2. Presentamos el caso de una mujer gestante de 34 años que consultó por una lesión de rápido crecimiento y sangrado frecuente en región paranasal derecha. A la exploración, observamos un nódulo eritematoso de 2 cm diámetro. El resultado anatomopatológico mostró un carcinoma sebáceo. Se realizó estudio genético con resultado MSH2 positivo compatible con síndrome de Lynch, variante fenotípica Muir Torre.

Discusión y conclusiones. El diagnóstico de las genodermatosis se realiza con frecuencia en la infancia, pero en algunos casos las manifestaciones cutáneas pueden aparecer en la edad adulta. En el caso del síndrome de Cowden o el síndrome de Muir Torre, las manifestaciones cutáneas pueden ser el primer hallazgo. El diagnóstico precoz de las manifestaciones cutáneas resulta muy importante, no solo para el inicio del tratamiento adecuado, sino también para la detección precoz de otras enfermedades frecuentemente asociadas.

5. LESIÓN ANULAR EN REGIÓN GENITAL

M.C. Antonetti Roso^a, S. García González^a, A.T. Esteban Escudero^a, S. Martínez Cisneros^a, J. González Fernández^a, M. García García^b y M. Ara Martín^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. Cuando se evidencian lesiones anulares en zona genital el espectro de posibles etiologías es amplio, con implicaciones clínicas y terapéuticas distintas, pudiendo suponer un reto diagnóstico, como en el caso que presentamos.

Caso clínico. Paciente masculino de 47 años, que presenta lesión en región peneana de 5 meses de evolución, pruriginosa. A la exploración física se evidencia placa rosada, de morfología anular, bien delimitada, de bordes sobreelevados, con centro hipopigmentado, localizada en base de pene. Inicialmente se trata con ácido fusídico, pero debido a la escasa mejoría y habiendo descartado, con pruebas complementarias, la etiología venérea/infecciosa, se decide realizar biopsia cutánea que reporta los siguientes cambios: epidermis con acantosis e hiperqueratosis, con focos de agranulocitosis y disqueratosis que se continúan con columnas de paraqueratosis, hallazgos que son compatibles con poroqueratosis. Por tanto, ante el diagnóstico de poroqueratosis genital, se pauta tratamiento con calcipotriol en crema, evidenciando mejoría progresiva.

Discusión y conclusiones. La poroqueratosis es un trastorno primario de la queratinización epidérmica, que presenta varias formas clínicas. La localización genital es extremadamente infrecuente, caracterizada por tener un comienzo tardío, afectar casi exclusivamente al varón, presentarse como lesiones únicas de pequeño tamaño, no relacionarse con antecedentes familiares, ni con inmunosupresión o fármacos, así como por la escasa transformación maligna. Existen múltiples opciones terapéuticas, entre ellas tratamientos tópicos con análogos de la vitamina D3, como en el caso presentado. En conclusión, la relevancia de esta entidad radica en la rareza de la localización que suele conllevar un diagnóstico tardío, en la infrecuente pero potencial transformación maligna, y por último, en la existencia de diversos diagnósticos diferenciales, que incluyen patologías venéreas, con las repercusiones sociales y psicológicas que acarrea su diagnóstico.

6. HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA GENERALIZADA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE ADDISON

P. Rodríguez-Jiménez^a, M. Fernández-Parrado^a, I. Ibarrola-Hermoso de Mendoza^a, C. Miguel-Miguel^a, M. Larrea-García^a, J.I. Yanguas-Bayona^a, Francisco Javier Basterra-Gortari^b y M.R. Mercado-Gutiérrez^c

Servicio de ^aDermatología, ^bEndocrinología y ^cAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. La enfermedad de Addison, también llamada insuficiencia suprarrenal primaria, supone una causa infrecuente de hiperpigmentación mucocutánea generalizada, siendo la incidencia reportada de 4:1.000.000 por año. Clínicamente, se caracteriza por una hiperpigmentación de piel y mucosas producida por la hormona estimulante de los melanocitos tipo alfa. La elevación de esta hormona y de la ACTH ocurren simultáneamente, ya que ambas derivan de un péptido precursor común denominado proopiomelanocortina.

Material y método. Se presenta el caso de un paciente con hiperpigmentación cutánea generalizada secundaria a enfermedad de Addison.

Resultados. Se trata de un varón caucásico de 20 años que presentó una hiperpigmentación generalizada de 3 años de evolución, más acentuada a nivel de pliegues palmares. Se realizó una biopsia que mostró hiperpigmentación basal acentuada y presencia de abundantes melanófagos dérmicos. A nivel analítico destacó cortisol basal bajo, ACTH plasmática elevada y anticuerpos anti-21 alfa hidroxilasa positivos, lo cual es diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria autoinmune. Posteriormente, se administró tratamiento hormonal sustitutivo.

Discusión y conclusión. En este caso, la importancia radica en la sospecha clínica de una enfermedad endocrina poco frecuente y potencialmente mortal, como es la enfermedad de Addison, a partir de una manifestación dermatológica (hiperpigmentación generalizada). La hiperpigmentación mucocutánea generalizada no supone un motivo de consulta frecuente en Dermatología. No obstante, puede ser consecuencia de patologías con compromiso vital para el paciente, siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial de sus diferentes causas.

7. ESTUDIO BIOQUÍMICO Y PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN REACCIONES GRANULOMATOSAS A TINTA ROJA DE TATUAJE

I. Oteiza Rius^a, A. Morelló Vicente^a, E.M. Gómez González^a, JI. Álvarez Galindo^b, M. Hervella^c y A. España^a

Departamentos de ^aDermatología, ^bQuímica y ^cDermatología. Clínica Universidad de Navarra. España.

Introducción. La práctica de tatuajes ha incrementado notablemente durante los últimos años. Esto implica un aumento en el número de complicaciones asociadas a los mismos, clasificadas en la literatura en inflamatorias, alérgicas y neoplásicas. La tinta de color rojo es la más frecuentemente descrita en relación con reacciones de hipersensibilidad, generalmente atribuidas a la presencia de cadmio y magnesio en su composición.

Caso clínico. En este trabajo se presenta un caso de reacción granulomatosa a la tinta de tatuaje rojo, así como el estudio molecular mediante espectrometría y difracción de rayos X, tanto de la tinta como de la piel afectada. Asimismo, se realizaron pruebas epicutáneas con tinta propia, metales y textiles, además de la batería estándar. En los resultados se observó una positividad de las pruebas epicutáneas frente a Disperse Orange 1, así como la presencia de Red Pigment 122 en la composición de la tinta mediante difracción de rayos X. Por el contrario, las pruebas epicutáneas fueron negativas para la tinta roja.

Discusión. A pesar de que las pruebas epicutáneas no parecen estar recomendadas de forma generalizada en pacientes con este tipo de

reacciones, en nuestro estudio observamos una posible reacción cruzada entre el Disperse Orange 1 y el Red Pigment 122, ya que ambos presentan una composición molecular muy similar.

Conclusión. El estudio molecular en este tipo de pacientes podría ser de gran ayuda a la hora de correlacionar los resultados de las pruebas epicutáneas con reacciones granulomatosas a la tinta de tatuaje rojo.

8. LESIONES ANGIOMATOSAS EN EL PACIENTE VIH: ¿ANGIOMATOSIS BACILAR O SARCOMA DE KAPOSI?

N. Martínez Peña, I. Arévalo Ortega, I. Gainza Apraiz, M. Meruelo Ruano, L. Blanch Rius y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. Las lesiones angiomasos más frecuentemente asociadas a la infección avanzada por VIH son la angiomatosis bacilar (AB) y el sarcoma de Kaposi (SK). Las manifestaciones cutáneas son muy semejantes en estas dos entidades, haciéndolas en ocasiones clínicamente indistinguibles.

Caso clínico. Un paciente de 31 años, original de Nigeria, es ingresado por síndrome general, con gran decaimiento y edemas en extremidades inferiores. A nivel cutáneo, destacaban tres lesiones tumorales de carácter friable en piernas, acompañadas de placas violáceas induradas pretibiales e inguinales. Las lesiones nodulares mostraron hallazgos histológicos compatibles con una AB, que fue confirmada mediante PCR positiva para Bartonella quintana. En la misma lesión, el estudio inmunohistoquímico para HHV-8 fue positivo en células aisladas, tratándose de un caso de AB y SK coexistentes. Por otro lado, la biopsia de una de las lesiones tipo placa fue compatible con un SK (con positividad difusa para HHV-8). El análisis de laboratorio mostró una carga viral de VIH de 229.000 copias/ml y 26 linfocitos CD4 (VIH estadio C3). El paciente presentó lesiones pulmonares, hepatoesplenomegalia, adenopatías inguinales y lesiones óseas líticas; hallazgos compatibles con una AB. Las serologías fueron positivas para B. haenslae (1/4096) y B. quintana (1/256). Se inició tratamiento con doxiciclina (200 mg/día) y terapia antirretroviral precoz.

Discusión y conclusiones El diagnóstico diferencial entre la AB y el SK puede resultar complejo a nivel clínico, por lo que es fundamental apoyarse en el estudio histológico. Presentamos un caso de diagnóstico simultáneo de ambas entidades en una misma lesión cutánea, hallazgo inusual pero que no debe ser pasado por alto, ya que tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas. Es muy importante mantener un alto índice de sospecha para las mismas en pacientes VIH con un bajo recuento de linfocitos T CD4.

9. LESIONES PURPÚRICO-NECRÓTICAS DISEMINADAS EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO Y NEUTROPENIA FEBRIL

Z. Álvarez Bobillo^a, I. Barandika Urrutia^a, B. Clemente Hernández^a, M. Álvarez Salafraña^a, L. Ollero Doménche^b e Y. Gilaberte Calzada^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.

Introducción. Fusarium spp. es un género de hongos geofílico distribuido de forma universal por suelos, animales y plantas. Mientras que en inmunocompetentes puede ser causa de onicomicosis, en pacientes inmunodeprimidos es una causa potencial de infección fúngica diseminada grave. La fusariosis sistémica produce lesiones cutáneas hasta en un 75% de los casos, por lo que el papel del dermatólogo en su diagnóstico puede ser fundamental.

Caso clínico. Paciente de 61 años con síndrome mielodisplásico de alto riesgo que ingresa por neutropenia febril. A los 12 días del ingreso, desarrolla lesiones cutáneas eritemato-purpúricas bien delimitadas, con centro necrótico, distribuidas por tronco y extremidades. Los hemocultivos fueron positivos para Fusarium solani, mientras que el estudio anatomopatológico de una lesión cutánea reveló la presencia de hifas tabicadas con tendencia a la angioinvasión. Durante el ingreso, se constató asimismo afectación esplénica y ocular. Se instauró tratamiento con anfotericina B liposomal y voriconazol intravenosos, debiéndose suspender este último por toxicidad asociada, por lo que a día de hoy continúa tratamiento a largo plazo con anfotericina B liposomal y fosmanogepix.

Discusión y conclusiones. El género Fusarium es la causa más frecuente de fungemia con afectación cutánea y presenta una elevada mortalidad, que se ha estimado de hasta el 70%. Las lesiones cutáneas pueden ser clínicamente muy polimorfas, desde cuadros similares a ectima gangrenoso, hasta máculo-pápulas eritematosas de centro necrótico o nódulos subcutáneos. En este sentido, el diagnóstico de fusariosis diseminada debe formar parte del diagnóstico diferencial de todo paciente inmunodeprimido con fiebre y lesiones cutáneas.

10. TRICHOPHYTON INDOTINEAE RESISTENTE A TERBINAFINA EN UNA PACIENTE EMBARAZADA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

B. Clemente Hernández, Z. Álvarez Bobillo, I. Barandika Urrutia, B. Aldea Manrique, I. Hernández Aragués y T. Gracia Cazaña

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.

Introducción. Presenciamos la comunicación realizada por Pascual Ares et al. en la reunión de marzo de 2023 de la SVNAR titulada «Tiña por Trichophyton indotineae resistente a terbinafina: estar preparados ante el nuevo paradigma». Los autores describían un caso de tinea corporis extensa por T. indotineae resistente a terbinafina, tratado con éxito con itraconazol durante un largo periodo de tiempo, siendo el primero descrito en España. En los días posteriores recibimos un caso similar el expuesto pero con el añadido de darse en una mujer embarazada.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer marroquí de 33 años de edad, con 33 semanas de gestación, que presentaba lesiones cutáneas diseminadas y muy pruriginosas desde hacía seis meses. La exploración física reveló placas eritematosas y descamativas distribuidas por toda la superficie corporal, con un borde circinado activo de morfología anular. Ante la sospecha inicial de tinea corporis, se realizó un raspado de una de las lesiones y se envió a microbiología. Los resultados mostraron la presencia de abundantes hifas sugestivas de un hongo dermatofito y en el estudio microbiológico se identificó Trichophyton spp. La cepa aislada se identificó como T. indotineae mediante secuenciación del ADN. Se inició terbinafina oral 250 mg/día, y tras cuatro semanas de tratamiento no hubo respuesta clínica. Tras el parto, se cambió el tratamiento a itraconazol 100 mg/12 h, alcanzando la resolución completa tras seis semanas de tratamiento.

Discusión y conclusiones. T. indotineae es un hongo dermatofito morfológica y genéticamente similar a T. interdigitales y T. mentagrophytes, pero presenta una elevada resistencia a la terbinafina. Para diferenciarla de estas especies no bastan los métodos convencionales, sino que se requieren métodos moleculares específicos. La aparición de esta nueva especie ha supuesto una seria preocupación para los dermatólogos por su facilidad de transmisión y su resistencia a la terbinafina en un alto porcentaje de casos, enfrentándose a retos no solo diagnósticos sino también terapéuticos como en pacientes embarazadas.

11. LO QUE SE ESCONDE TRAS LAS COSTRAS

I. Arévalo Ortega, B. Lada Colunga, L. Fernández Domper, L. Blanch Rius, J.L. Artola y R. Izu Beloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. El número de pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que desarrollaran algún tipo de manifestación cutánea puede llegar al 90%. Aunque su incidencia se encuentra en descenso, la prevalencia aumenta gracias al uso de terapias anti-retrovirales. En ocasiones, estas dermatosis pueden ser la primera manifestación de la infección por VIH.

Material y métodos. Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Caso clínico. Varón de 48 años, natural de Barcelona y sin antecedentes personales de interés que consulta por la aparición de pápulas eritematocostrosas, algunas necrohemorrágicas y otras más amarillentas que se iniciaron en tórax y han ido extendiéndose por el tronco, las cuatro extremidades y la cara. Asocia malestar general, pérdida de 10 kilos en el último mes, astenia, fiebre intermitente de hasta 38 °C y disminución de la agudeza visual. La histología mostraba una dermatitis granulomatosa supurativa y vasculitis aguda con trombos intraluminales. En las serologías se descubrió una infección por VIH con una carga viral muy alta y unos linfocitos CD4 de 310, además de una serología positiva para lúes con un RPR de 1/64. Con estos datos se llegó al diagnóstico de sífilis maligna y se inició tratamiento con penicilina.

Discusión y conclusiones Presentamos un caso de sífilis maligna cuyas lesiones cutáneas permitieron el diagnóstico de una infección por VIH en estadio C3. La sífilis maligna es una forma infrecuente de sífilis secundaria que se presenta como pápulas o nódulos ulcerados que pueden estar cubiertos por costras y evolucionan lentamente a cicatrices varioliformes. Asocia fiebre y síntomas constitucionales que pueden preceder las lesiones cutáneas. La histología, las pruebas serológicas reactivas a títulos elevados, reacción de Jarisch-Herxheimer con el inicio del tratamiento y rápida resolución de las lesiones con la terapia adecuada son los principales criterios diagnósticos. La penicilina es siempre el tratamiento de elección y se asocia a buena respuesta clínica, con remisión de las lesiones en un plazo variable de tiempo y desaparición más precoz de los síntomas generales. Como en nuestro caso, esta manifestación puede ser el primer dato de sospecha de una infección por VIH.

12. PENITENCIA SIN PECADO

S. García González, M.C. Antonetti Roso, S.P. Martínez Cisneros, A.T. Esteban Escudero, P. Villagrasa Bolí, E.A. Bularca y M. Ara Martín

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, siendo posible su transmisión vía sexual, transplacentaria, por transfusiones y por inoculación accidental. Presentamos el caso de un paciente con secundarismo luético por mecanismo no sexual.

Caso clínico. Varón de 20 años, sin antecedentes de interés, derivado a consultas de dermatología para valoración de alopecia parcheada de un mes de evolución, refiriendo episodio de exantema cutáneo previo al inicio del cuadro. El paciente negaba relaciones sexuales de riesgo. A la exploración física se objetivaron parches de alopecia leve en regiones temporoparietales. Bajo la sospecha de alopecia luética, se solicitaron serologías sanguíneas, siendo positivas las pruebas treponémicas. En este mismo contexto y en relación con el cuadro del caso índice, el padre presentaba exantema tenue en el momento de la consulta, mientras que la hermana del paciente cursaba con clíni-

ca cutánea con erupción roseoliforme desde hacía un año, estando en estudio por alergología por posible hipersensibilidad a betalactámicos. Se solicitaron serologías a familiares, confirmándose serologías luéticas tanto en la hermana como en el padre del paciente.

Discusión. La sífilis es una enfermedad infecciosa cuya prevalencia ha aumentado en las últimas décadas. La forma de transmisión más frecuente es vía sexual, siendo anecdótica la transmisión interhumana mediante otras vías. Su diagnóstico en ocasiones supone un reto dada la diversidad de manifestaciones clínicas, y sobre todo cuando el mecanismo de transmisión no es sexual.

13. ERUPCIÓN PRIMAVERAL Y ESTIVAL DE LOS CODOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Ballesteros Redondo^a, M.A. Arregui Murua^a, N. Infante Gonzalo^a, G. Braceras Rincón^a, M. Marquina Iñarrairaegui^a, A. López Pestaña^a, M.Y. Silva Carmona^b y N. Ormaetxea Pérez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. Donostia. España.

Introducción. La erupción polimorfolumínica (EPL) es la forma más frecuente de fotodermatitis idiopática. Se han descrito diferentes variantes morfológicas de EPL, destacando la erupción primaveral y estival de codos como una forma localizada de la misma. Presentamos un caso.

Caso clínico. Varón de 64 años que se nos remite por lesiones pruriginosas desde hace 4 años de aparición en primavera-verano tras exposición solar en ambos codos que ceden con corticoide tópico y recidivan posteriormente. A la exploración se objetivaba pápulas eritematosas de 2-3 mm en zona de codos y placas eritematosas, edematosas e infiltradas en antebrazos. Refiere tener un episodio de lesiones al año y siempre tras las primeras exposiciones solares. El estudio histológico mostró una dermatitis superficial con leve infiltrado linfocitario perivascular e inmunofluorescencia directa negativa. En este contexto se llegó al diagnóstico de erupción primaveral y estival de codos. Se pautó corticoide tópico para lesiones activas, antihistamínicos orales y fotoprotección oral y tópica.

Discusión. La erupción primaveral y estival de codos se caracteriza por pápulas pruriginosas recurrentes, papulovesículas o placas, localizadas exclusivamente y simétricamente en los codos. Las lesiones aparecen después de la primera semana de exposición solar, y tienden a resolverse espontáneamente en un plazo de 7 a 15 días siendo eficaces los corticosteroides tópicos y antihistamínicos orales. Histológicamente se caracteriza por edema de la dermis papilar e infiltrados linfocitarios dérmicos perivascuales. El diagnóstico diferencial incluye erupciones cutáneas que involucran ambos codos simétricamente, incluyendo granuloma anular, dermatosis liquenoide friccional y lupus eritematoso cutáneo.

Conclusión. Presentamos el caso de una forma localizada de EPL. Recientemente se han descrito casos clínicos de lesiones en codos como manifestación clínica del lupus eritematoso cutáneo, de ahí la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial.

14. CUADRO SIMILAR A LA ENFERMEDAD DE STILL DE COMIENZO EN ADULTOS TRAS VACUNACIÓN FRENTE EL VPH: A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Marcos Muñagorri, A. Morelló, I. Oteiza, E. Góme, A. Carrera y N. Rodríguez

Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. España.

La enfermedad de Still de comienzo en el adulto es un trastorno inflamatorio multisistémico que se caracteriza por exantema evanescente, acompañado de picos febriles y poliartalgias. Afecta a adultos jóvenes, y aunque la etiología es desconocida, se ha planteado la hipótesis de una predisposición previa junto a un trastorno

reactivo a varios microorganismos infecciosos. Además, se han descrito algunos casos después de la administración de vacunas. Presentamos el caso de un varón de 45 años con verrugas planas en dorso de ambas manos, antebrazos y rodillas que no habían respondido a varias líneas de tratamiento. Ante dichas verrugas recalcitrantes se administra vacunación completa frente a VPH con resolución de las lesiones. Meses después, el paciente consulta por brotes de lesiones cutáneas asintomáticas y evanescentes. En la exploración se observaban maculopápulas asalmonadas de aspecto edematoso en codos, palmas y glúteos. Al mismo tiempo, el paciente estaba en seguimiento por Reumatología debido a artralgias inflamatorias. El estudio histológico y analítico confirmó hiperferritinemia y dermatitis perivascular superficial con espongirosis compatible con enfermedad de Still. Se han reportado casos autoinflamatorios parecidos después de la vacunación por SARS COVID-19 y otras vacunas de uso generalizado. Aunque el mecanismo patogénico del desarrollo de la autoinmunidad a las vacunas no se ha dilucidado, se postulan dos teorías: el mimetismo molecular y la “activación por espectador”. Por lo tanto, consideramos importante notificar el caso y valorar la vacunación por VPH como posible causa de exacerbación de un cuadro similar a la enfermedad de Still.

15. FOTOSENSIBILIDAD POR PIRFENIDONA: PRESENTACIÓN DE UN NUEVO CASO

C. Miguel-Miguel, M. Fernández-Parrado, I. Ibarrola-Hermoso de Mendoza, P. Rodríguez-Jiménez, R. Santesteban-Muruzábal y J.I. Yanguas-Bayona

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad pulmonar poco frecuente de curso progresivo e irreversible. Actualmente, su tratamiento se basa en el uso de dos fármacos antifibróticos: pirfenidona y nintedanib. Ambos presentan efectos adversos importantes que pueden provocar la interrupción o modificación del tratamiento. La fotosensibilidad por pirfenidona se describió inicialmente en los ensayos clínicos; sin embargo, la información disponible se limita a publicaciones de casos aislados.

Material y método. Se describe el caso de un varón de 71 años diagnosticado de FPI que, tras 6 meses de tratamiento con pirfenidona, refiere prurito continuo en cara. Presenta eritema descamativo e infiltrado en zona superior de la cara con afectación de cuero cabelludo y respeto de párpados superiores; junto con eritema leve en cara dorsal de manos.

Resultados. Se realizó ciclo de corticoterapia oral con mejoría sintomática. Posteriormente, se suspendió pirfenidona y se inició nintedanib; y se aplicaron corticoides tópicos, antihistamínicos orales y medidas de fotoprotección estricta. Presentó resolución completa en menos de 8 semanas, sin aparición de efectos secundarios por nintedanib.

Discusión y conclusiones. El manejo de la fotosensibilidad por pirfenidona depende del tipo y severidad de la reacción. Se recomienda la disminución/suspensión del fármaco y el uso de corticoterapia oral en los casos graves, junto con curas de las quemaduras (sulfadiazina argéntica, corticoide tópico...). La reintroducción de la pirfenidona parece posible y segura si se realiza con aumento lento y progresivo de la dosis.

16. SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A FÁRMACOS EN PACIENTE CON PÉNFIGO FOLIÁCEO

E.M. Gómez González, A. Morelló Vicente, I. Oteiza Riu, D. Marcos Muñagorri, A. Carrera Gabilondo y A. España Alonso

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. España.

Introducción. El síndrome de hipersensibilidad inducida por fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) es una reacción de hipersensibilidad retardada con elevada mortalidad. Se han descrito diversos mecanismos por los que grupos farmacológicos pueden inducir reacciones sistémicas, siendo la formación de haptenes, la génesis de autoinmunidad o una susceptibilidad genética individual los más estudiados.

Material y métodos. Mujer de 65 años, diagnosticada de pénfigo foliáceo inducido por enalapril, en tratamiento con prednisona y dapsona, que presentó un cuadro de lesiones cutáneas generalizadas con eosinofilia periférica y aumento de enzimas hepáticas. La biopsia cutánea reveló hallazgos compatibles con síndrome de DRESS y reagudización de pénfigo foliáceo. Tras retirada de dapsona y optimización de tratamiento, el cuadro remitió hasta reintroducción de fármacos antihipertensivos por hipercortisolismo secundario a tratamiento corticoideo, presentando nuevas lesiones cutáneas con síntomas sistémicos. Debido a la sospecha de síndrome de hipersensibilidad a fármacos, se realizó tipificación de HLA-B(08*35) y se retiraron aquellos con grupo amida en su formulación, presentando buena evolución sin recidivas.

Discusión. La asociación de fármacos como inductores de pénfigo ha sido descrita previamente, destacando aquellos con un grupo tiol o amida en su formulación. Además, determinados polimorfismos HLA, como HLA-B8, pueden influir en su patogenia. Por otro lado, genotipos como HLA-B58, HLA-B13 o HLA-B35, se han relacionado con reacciones de hipersensibilidad a fármacos, pudiendo coexistir predisposición para estas reacciones adversas con el desarrollo de patología autoinmune.

Conclusiones. Determinados polimorfismos HLA podrían predisponer a reacciones de hipersensibilidad farmacológicas e inducir el desarrollo de patología autoinmune.

17. LESIÓN INUSUAL EN PACIENTE PEDIÁTRICA

N. Infante Gonzalo^a, M.A. Arregui Murua^a, R. Ballesteros Redondo^a, N. Valero Montalvo^a, S. Vildosola Esturo^a, N.M. Segué Merino^b, M.J. Silva Carmona^b, A. Val-Carreres Castellote^b y N. Ormaechea Pérez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. España.

Introducción. El trastorno linfoproliferativo cutáneo primario de linfocitos T pequeños/medianos CD4+ (TLCP-LTPM) es una entidad clínica infrecuente y heterógena de curso indolente y buen pronóstico, que suele aparecer en adultos mayores. Es todavía más inusual en niños, en los que suele mostrarse como una lesión solitaria eritematosa y asintomática en cabeza o cuello. Esta entidad responde bien al tratamiento local, generalmente mediante la escisión quirúrgica, sin mostrar recurrencias.

Resultados. Presentamos el caso de una paciente de 13 años con una lesión nodular sonrosada de 10 × 13 mm en cuero cabelludo de 4 meses de evolución, sin otros síntomas acompañantes. Se extirpó la lesión, observándose histológicamente un nódulo linfoide bien delimitado con una proliferación de linfocitos T sin epidermotropismo y de talla pequeña, con reordenamiento clonal TCR positivo. Se diagnosticó como TLCP-LTPM y se decidió el seguimiento clínico, sin observar signos de recidiva ni otras alteraciones.

Discusión y conclusiones. La sospecha inicial fue de una neoplasia hematológica por las características de la lesión. Tras el análisis histológico y genético, se diagnosticó un TLCP-LTPM, trastorno especialmente infrecuente en pacientes pediátricos. Esta entidad, previamente considerada un linfoma cutáneo primario, ha dejado de serlo debido a su pronóstico excelente y a la escasa tasa de progresión. No se recomienda el estadificación, y en su manejo es suficiente con el seguimiento clínico. Por lo tanto, debemos conocer esta entidad para evitar pruebas complementarias o tratamientos invasivos innecesarios. Considerando que es una entidad poco conocida, debemos formar a nuestros profesionales para lograr un manejo adecuado de estos pacientes.

18. LACTANTE CON MAL ESTADO GENERAL: CON LA ESCARA DIO LA CARA

S.P. Martínez Cisneros, A.T. Esteban Escudero, M.C. Antonetti Roso, S. García González, V. Lezcano Biosca, M. García García y M. Ara Martín

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. El ectima gangrenoso es una infección poco frecuente, potencialmente grave, producida por *Pseudomonas aeruginosa*, característica de individuos inmunodeprimidos y es infrecuente en pacientes sanos. Las lesiones se presentan en forma de máculo-pápulas eritematosas con progresión a ampollas de contenido hemorrágico y formación posterior de una úlcera en sacabocados con centro necrótico. Presentamos el caso de una lactante sana con lesiones clínicas e histológicas compatibles con ectima gangrenoso. **Caso clínico.** Lactante de 6 meses, sin antecedentes previos de interés, ingresada por mal estado general con fiebre, irritabilidad, vómitos, diarreas y lesiones cutáneas en forma de absceso y úlcera en labio mayor de vulva y región perianal, placas eritematosas en extremidades y edema en pie izquierdo. Las analíticas sanguíneas realizadas descartaron posibles inmunodeficiencias primarias. Se tomaron cultivos de sangre, de úlcera, heces y orina con crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa* en los tres primeros. El estudio histopatológico mostró dermatitis con espongiosis e infiltrado inflamatorio mixto. Tras un mes de ingreso con antibioterapia intravenosa, se decide alta hospitalaria.

Discusión. El ectima gangrenoso es una infección grave y potencialmente letal, cuyas lesiones cutáneas y factores de riesgo predisponentes permiten su diagnóstico de sospecha. En el caso presentado podemos observar una inusual expresión de esta entidad, puesto que es infrecuente en lactantes sanos, siendo característica de adultos en situaciones de inmunosupresión. Para su confirmación se requiere la mencionada clínica cutánea y aislamiento de *P. aeruginosa* en cultivos, resultando fundamental la pronta instauración de antibioterapia sistémica y desbridamiento cutáneo si precisa.

19. RECIÉN NACIDO CON LESIONES AMPOLLOSAS: CUANDO LA GENÉTICA ES LA CLAVE

A.T. Esteban Escudero^a, S.P. Martínez Cisneros^a, M.C. Antonetti Roso^a, S. García González^a, M. García García^b y M. Ara Martín^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. Presentamos un caso clínico de un recién nacido, que presenta en las primeras horas de vida erosiones y ampollas, y que gracias a las pruebas histológicas y genéticas fue diagnosticado de ictiosis epidermolítica anular, una variante extremadamente rara de ictiosis queratinopática.

Material y métodos. Descripción de un caso clínico. Revisión de la literatura.

Caso clínico. Recién nacido varón que presenta a las pocas horas de nacer ampollas, erosiones y descamación en zonas acrales, glútea, cara y espalda. Según los padres, su hermana había nacido con lesiones similares y ahora con 5 años presentaba xerosis, que también mostraba el padre. Se realizó biopsia cutánea que mostró granulosa con presencia de gránulos gruesos de queratohialina, hiperqueratosis compacta paraqueratosis y vesiculación. Se realizó secuenciación masiva que arrojó una variante en heterocigosis de la queratina 10, llegándose al diagnóstico de ictiosis epidermolítica anular. El paciente mejoró con tratamiento tópico y es seguido en consultas.

Discusión. El diagnóstico diferencial del recién nacido con lesiones erosivas y ampollosas es amplio y debe siempre considerar la epidermolísis bullosa, las infecciones y las ictiosis queratinopáticas. Por tanto, las pruebas de microbiología, la histología y las pruebas

moleculares son esenciales para llegar a un diagnóstico. Mutaciones tanto en la queratina 1 como en la 10 producen ictiosis epidermolítica. Raras mutaciones en estos genes se han descrito como causantes de ictiosis epidermolítica anular, descrita como un subtipo diferente de ictiosis, o quizá una variante fenotípica de la ictiosis epidermolítica. La herencia es autosómica dominante. Se han descrito menos de 20 casos en la literatura, y parece que el curso es más benigno que en la ictiosis epidermolítica usual, provocando en ocasiones en la edad adulta lesiones anulares que dan nombre a la patología.

Conclusiones. La ictiosis epidermolítica anular es una rara variante de ictiosis queratinopática que causa vesiculación y erosiones al nacimiento. Al igual que el resto de ictiosis y genodermatosis, el diagnóstico requiere genética molecular y una correcta orientación clínica.

20. MELANOMA HEREDITARIO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

J.M. Villa-González^a, S. Carrera Revilla^b, L. Lombardero Gutiérrez^b, E. Acebo Mariñas^a, J.L. Díaz Ramón^a y J. Gardeazabal García^a

Servicios de ^aDermatología y ^bOncología Médica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo (Bizkaia). España.

Introducción. El 5-12% de los melanomas se detectan en individuos o familias en las que existe agregación de casos de melanoma o de otros tumores relacionados con este (p. ej., el cáncer de páncreas), de los cuales un 7-22% se atribuye a mutaciones germinales. Entre los genes implicados destaca el CDKN2A, aunque también se han asociado otros como CDK4, TERT1, ACD, BAP1, TERF2IP o POT1, entre otros.

Material y métodos. Estudio retrospectivo que incluye a los pacientes del Hospital Universitario Cruces desde 2016 a 2023 que cumplían alguno de los siguientes criterios: individuos con ≥ 2 melanomas invasivos y/o cáncer de páncreas, o pacientes con melanoma invasivo y/o cáncer de páncreas y al menos un familiar de primer o segundo grado con alguna de las neoplasias mencionadas. **Resultados.** Se incluyen 59 familias (69 pacientes) con los criterios descritos, de las cuales 18 (30,5%) (22 pacientes [31,9%]) presentaron alteraciones genéticas (variantes patogénicas/probablemente patogénicas -VP/VPP- o variantes de significado incierto). Se hallaron VP/VPP en CDKN2A en 6 familias (10,2%) (10 pacientes [14,5%]), y en cada uno de los genes ATM, BAP1, BRCA1 y TERF2IP en una familia (1,7%) (un paciente [1,4%]).

Discusión y conclusión. Los trabajos que analizan la frecuencia de mutaciones germinales en casos de melanoma que cumplen criterios de estudio genético son escasos, y aún más, aquellos en población española. A pesar de que existe una gran heterogeneidad entre los estudios, se ha descrito una frecuencia de mutaciones germinales patogénicas/probablemente patogénicas del 7-22% en estos casos, lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio en el que el 16,9% de las familias (20,3% de los pacientes) presentaban dichas mutaciones. Considerando que el efecto de las alteraciones genéticas se modifica en función de la variante hallada, sería de gran interés promover el conocimiento de los distintos perfiles genéticos en población española, de cara a optimizar el manejo de los pacientes.

21. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE ORIGEN VISCERAL: UN ESTUDIO CLÍNICO PATOLÓGICO

R. Pérez Blasco^a, J.A. Ratón Nieto^a, V. Velasco Benito^b, S. Gamba Torrez^b, S. Álvarez Sánchez^a y M. Mendieta Eckert^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo (Bizkaia). España.

Introducción. Las metástasis cutáneas son infrecuentes y es poco habitual que sean el signo de presentación de una neoplasia maligna interna. En general, se asocian a un mal pronóstico. A continuación, presentamos los casos de metástasis cutáneas de neoplasias malignas internas diagnosticadas en un centro de tercer nivel durante los últimos cinco años.

Material y método. Se realizó una búsqueda retrospectiva en la base de datos de nuestro centro desde enero de 2018 hasta enero de 2023. Se excluyeron las metástasis de tumores de origen cutáneo, las neoplasias hematolinfoides y la infiltración neoplásica por contigüidad. Se recogieron las siguientes variables clínico-patológicas: sexo, edad, localización, descripción morfológica de las lesiones, intervalo de tiempo desde el diagnóstico del tumor primario hasta la aparición de la metástasis cutánea y supervivencia desde el diagnóstico.

Resultados. Se obtuvieron 22 casos, de los cuales 11 eran hombres y 11 eran mujeres, con edades comprendidas entre los 34 y los 94 años. La localización de las metástasis fueron las siguientes: 11 casos en cabeza y cuello (8 de ellos en cuero cabelludo), 2 casos en el tórax, 2 casos en el abdomen, 3 casos en la espalda, 2 casos en el hombro, 1 caso en el brazo y 1 caso en el escroto. Se trataban de nódulos indurados únicos, en un 40% de los casos múltiples, de consistencia pétreo en su mayoría. Solo 2 pacientes no contaban con un antecedente tumoral conocido. El intervalo de tiempo desde el diagnóstico del tumor primario hasta la aparición de la metástasis fue desde 3 meses hasta 21 años. El tiempo de supervivencia tras el diagnóstico de metástasis cutánea fue desde días hasta 6 años. Las localizaciones del tumor primario fueron las siguientes: 5 casos de aparato respiratorio (4 adenocarcinomas y 1 carcinoma epidermoide de pulmón), 5 casos de aparato digestivo (3 adenocarcinomas colorrectales y 2 colangiocarcinomas), 7 casos de aparato genitourinario (4 carcinomas de células claras de riñón, 1 carcinoma oncocítico de riñón, 1 carcinoma urotelial de vejiga y 1 carcinoma endometrioide de útero), 4 casos procedentes de mama (carcinoma ductal) y un tumor de partes blandas (sarcoma en extremidad inferior).

Discusión y conclusiones. Las metástasis cutáneas generalmente carecen de conexión o afectación epidérmica y se sitúan en la dermis o en la hipodermis. En su mayoría reproducen el patrón histológico de su tumor de origen. En algunos casos pueden ser necesarias las técnicas de inmunohistoquímica para confirmación histológica. El diagnóstico requiere una alta correlación clínico-patológica.

22. ANGIOSARCOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CUERO CABELLUDO, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

I. Ibarrola Hermoso de Mendoza^a, C. Miguel Miguel^b, M. Fernández Parrado^a, I. Hiltun Cabredo^a, A. de Oliveira Gomes^b y J.I. Yanguas Bayona^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. El angiosarcoma (AS) primario cutáneo es uno de los tumores de piel más letales y de peor pronóstico, con unas tasas de supervivencia muy bajas a pesar de tratamiento agresivo. La baja incidencia y la presentación insidiosa, en ocasiones inespecífica, llevan a un diagnóstico tardío y en estadios avanzados.

Material y métodos. a) Varón de 79 años que consulta por placas eritematodescamativas e hiperqueratósicas en cuero cabelludo con sospecha de carcinoma epidermoide. Un mes más tarde, lesión aumentada de tamaño de aspecto más violáceo. Se realizan dos biopsias, la primera compatible con verruga vulgar y la segunda con angiosarcoma cutáneo. En la TC se descarta extensión tumoral. Se trata mediante cirugía radical y radioterapia posterior. b) Varón de 91 años que presenta lesión equimótica y sangrado intermitente de úlcera en región occipitoparietal izquierda. No está claro si trauma-

tismo previo. Dos TC normales sin focalidad neurológica. Se toman dos biopsias, una de la úlcera y otra de la equimosis, ambas compatibles con angiosarcoma. Se comienza tratamiento paliativo con radioterapia. Exitus dos meses después.

Discusión. El AS es un sarcoma derivado del endotelio vascular, y uno de los tumores de piel más agresivos. Típicamente se presenta como una lesión edematosa y mal delimitada en cara y cuero cabelludo en población anciana. El resto de formas asientan sobre linfedema crónico o zonas irradiadas. Histológicamente existen tres patrones de diferenciación, aunque parece no haber correlación entre el grado de diferenciación y la agresividad del tumor. Los principales diagnósticos diferenciales son el linfoma cutáneo, sarcoma de Kaposi, sarcoïdosis, metástasis cutáneas, melanoma, granuloma telangiectásico, tumores anaxiales o tumor de Merckel. El único tratamiento potencialmente curativo es la cirugía con márgenes libres y radioterapia posterior, aunque muchas veces no es posible por la extensión del tumor o por ser multicéntrico. La quimioterapia es una medida paliativa.

Conclusión. Presentamos dos casos poco frecuentes de angiosarcoma de cuero cabelludo de aspecto inespecífico, por lo que es preciso la sospecha clínica para el correcto diagnóstico y tratamiento precoz.

23. METÁSTASIS CUTÁNEAS URTICARIFORMES

B. Lada Colunga, J. Rodríguez Blandón, A. Lobato Izaguirre, M. Meruelo Ruano, L. Fernández Domper y R Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. Aunque las metástasis cutáneas de neoplasia de órgano sólido son infrecuentes, su reconocimiento es importante, porque pueden ser el primer signo de enfermedad metastásica extraganglionar y, como consecuencia, tener implicaciones pronósticas trascendentales. La forma de presentación más frecuente es en forma de nódulo eritematoso firme e indoloro, sin embargo, puede ser muy variable.

Material y métodos. Exposición de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados. Se presenta el caso de un varón de 75 años con antecedentes de carcinoma pulmonar poco diferenciado no microcítico T4N3M0 estadio IIIB y urticaria crónica bien controlada con antiH1. Durante un ingreso presentaba lesiones eritematosas y ocasionalmente pruriginosas de mes y medio de evolución. Las lesiones de aspecto urticariforme se localizaban en espalda, flanco y abdomen de predominio derecho con extensión progresiva y sin clara evanescencia. Mantenía buen estado general sin fiebre ni afectación epidérmica. Se realizó biopsia que mostró positividad neoplásica para Ck7 y TTF1 y negatividad para Gata3 y Ck20 compatible con infiltración neoplásica por adenocarcinoma de probable origen pulmonar.

Discusión y conclusiones. Las metástasis cutáneas son infrecuentes en neoplasias internas, siendo los tumores que más metastatizan a la piel el de mama en las mujeres y el de cabeza y cuello seguido del de pulmón en varones. En este último caso, aparecen entre 1-12% de los casos, especialmente en estadios avanzados. Desde el punto de vista histológico el que más tropismo cutáneo tiene es el adenocarcinoma. La localización del primario parece tener también relevancia, viéndose una mayor proporción de metástasis cutáneas en los tumores que asientan en lóbulo superior, como era el caso de nuestro paciente. La biopsia es importante tanto para confirmar el diagnóstico como para intentar determinar la neoplasia maligna primaria. Presentamos un caso de metástasis cutánea de cáncer pulmonar con presentación atípica. Aunque inicialmente las lesiones cutáneas podrían haberse atribuido a su patología dermatológica de base, el contexto clínico fue fundamental para realizar una biopsia. Finalmente, gracias a la sospecha clínica y la histología se realizó un correcto diagnóstico diferencial.

24. ERUPCIÓN MACULOPAPULOSA: LINFOMA ANGIOINMUNOBLÁSTICO DE CÉLULA T

G. Braceras Rincón^a, M.A. Arregui Murua^a, N. Valero Montalvo^a, R. Ballesteros Redondo^a, A.X. de Vicente Aguirre^a, H. Cembrero Saralegui^a, M.N. Segues Merino^b, y N. Ormaechea Pérez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. Donostia. España.

El linfoma angioinmunoblástico de célula T (AITL) es una variante poco frecuente de linfoma periférico de célula T en el que las manifestaciones cutáneas aparecen durante el transcurso de la enfermedad hasta en el 50% de los pacientes. Su variabilidad clínica supone un reto diagnóstico para el dermatólogo. Mujer de 61 años derivada en dos ocasiones a Dermatología por la aparición de rash cutáneo en contexto de AITL. El primer episodio ocurre tras el diagnóstico de la enfermedad y se trata de una vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso. El segundo episodio consistía en una erupción maculopapulosa generalizada que planteaba diagnóstico diferencial entre viriasis, toxicodermia o infiltración específica. Tras el estudio anatomopatológico se confirmó la infiltración cutánea del proceso linfoproliferativo, lo que puso de manifiesto la progresión de la enfermedad y la necesidad de iniciar la quinta línea de tratamiento. El AITL se presenta típicamente en adultos de mediana edad (promedio de 65 años) y suele manifestarse con adenopatías generalizadas, fiebre, síntomas constitucionales, hepatoesplenomegalia e hipergammaglobulinemia policlonal, simulando en ocasiones procesos autoinmunes. Las manifestaciones cutáneas son una de las expresiones extraganglionares más frecuentes con gran variabilidad clínica. La forma de presentación más habitual es una erupción maculopapulosa pruriginosa en tronco y extremidades, siendo los principales diagnósticos diferenciales que plantea toxicodermia, erupción viral o infiltración específica. El pronóstico de la enfermedad es desfavorable, con una supervivencia media de menos de 3 años.

25. ÚLCERA SACRA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA

M. Pretel Irazabal^a, E. Moreno Artero^a, N. González Romero^a, A. Arechalde Pérez^a, e I. Zabalza Estevez^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Galdakao (Bizkaia). España.

Introducción. La enfermedad injerto contra huésped (EICH) es una enfermedad multisistémica que aparece en receptores de progenitores hematopoyéticos o médula ósea alogénicos. La afectación cutánea crónica puede manifestarse con lesiones esclerodermiformes o liquenoides.

Material y métodos. Varón de 67 años con antecedente de leucemia mieloide crónica tratada con quimioterapia, imatinib y trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos en 2005 en remisión completa. Antecedente de EICH crónica con afectación ocular, oral y genital. Consulta por la aparición de placa ulcerada dolorosa en zona sacra de 3 meses de evolución. La biopsia cutánea mostró signos compatibles con morfea. Se diagnosticó al paciente de EICH crónica cutánea morfea-like.

Discusión. La EICH es una enfermedad multisistémica que puede afectar cualquier órgano. El compromiso cutáneo es la manifestación clínica más frecuente de la enfermedad, con una presentación muy heterogénea. La EICH esclerodermiforme es una rara y potencialmente grave forma de EICH crónica. Puede ocasionar lesiones semejantes a liquen escleroso y atrófico, morfea o fascitis. La ulceración de lesiones de morfea es una rara complicación que ocurre en formas ampollas de morfea. La aparición de una morfea ulcerada como manifestación única de EICH crónica cutánea es muy infrecuente y su tratamiento puede suponer un reto.

Conclusión. Presentamos el caso de una EICH crónica cuya manifestación única es una placa de morfea ulcerada por su rara forma de presentación y el reto terapéutico que supone.

26. ULCERACIÓN NEUROTRÓFICA DEL TRIGÉMINO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

J.S. Rodríguez Blandón, N. Martínez Peña, I. Gainza Apraiz, A. Lobato Izaguirre, A. Sánchez Diez y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. La ulceración neurotrófica del trigémino es una condición clínica poco común, caracterizada por úlceras faciales unilaterales y autoinfligidas por rascado persistente, como consecuencia de alteraciones sensitivas que ocurren en localizaciones inervadas por el nervio trigémino. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de úlceras faciales crónicas, especialmente cuando existe patología del nervio trigémino.

Caso clínico. Varón de 87 años de edad, con antecedente de ablación del nervio trigémino derecho hace 4 décadas. Presenta úlcera crónica en hemicara derecha de 2 años de evolución, ha recibido múltiples ciclos de tratamiento antibiótico sin mejoría. Ingresó a cargo del servicio de Enfermedades Infecciosas con diagnóstico de celulitis facial. Solicitan valoración por cronicidad de la lesión. A la exploración física, destaca ulceración superficial e indolora en territorio anatómico de V2, con destrucción del ala nasal. Se realiza estudio de extensión (TAC de cabeza, estudio microbiológico e histopatológico) que descarta otras posibles etiologías. Se establece el diagnóstico de ulceración neurotrófica del trigémino, iniciándose tratamiento neuromodulador con gabapentina y curas locales.

Conclusiones. El caso presentado ilustra el retraso diagnóstico que suele tener esta patología, con las consecuencias funcionales y estéticas que esto puede implicar. El diagnóstico precoz y un enfoque terapéutico multidisciplinario son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes. Se requiere una mayor comprensión de la fisiopatología subyacente y estudios que permitan comparar la eficacia de las intervenciones terapéuticas disponibles con el fin de homogeneizar la práctica clínica.

27. PÚRPURA RETIFORME Y ULCERACIÓN ACRAL: BUSCANDO UNA AGUJA EN UN PAJAR

I. Barandika Urrutia^a, Z. Álvarez Bobillo^a, B. Clemente Hernández^a, M. Álvarez Salafraña^a, M.C. Gómez Mateo^b e Y. Gilaberte Calzada^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.

Introducción. Las vasculopatías oclusivas abarcan un gran espectro de patologías de diferente etiología y suelen presentarse clínicamente en forma de púrpura retiforme, ulceración, infartos cutáneos o el conocido como "síndrome del dedo azul".

Caso clínico. Una paciente de 66 años, con antecedente de carcinoma endometriode, consultó por una lesión úlcero-necrótica en el talón izquierdo asociada a púrpura retiforme y precedida de claudicación en dicha extremidad cuatro meses antes, en ausencia de otros síntomas. Un estudio analítico completo reveló una infección por el VIH previamente no conocida, mientras que el resto de serologías y el estudio de autoinmunidad, incluyendo ANA, ANCA, así como crioglobulinas fue negativo. La biopsia cutánea mostró una vasculopatía oclusiva en la que se pudo detectar la presencia de un único vaso de pequeño calibre con la luz ocluida por una estructura acicular sugestiva de cristal de colesterol. Se realizó un angio-tac, que mostró lesiones ateroscleróticas comprometiendo severamente las luces de la aorta infrarrenal, las arterias ilíacas

común y externa izquierdas y la arteria femoral superficial izquierda. Con el diagnóstico de embolismo por cristales de colesterol (ECC) espontáneo, no se detectó afectación a otros niveles, iniciando tratamiento con cilostazol y ácido acetilsalicílico.

Discusión. El ECC es una enfermedad multisistémica secundaria a la liberación de cristales de colesterol hacia la circulación tras la rotura de una o más placas ateroscleróticas. Generalmente sucede tras procedimientos angioinvasivos o inicio de tratamiento anticoagulante, aunque se ha descrito de forma espontánea. La afectación cutánea es frecuente, hasta en el 90% de los casos, y suele acompañarse de eosinofilia y sintomatología sistémica. El hallazgo histológico característico de estructuras biconvexas intravasculares, sin embargo, puede requerir de múltiples cortes histológicos, por lo que un alto índice de sospecha clínica puede ser crucial para su diagnóstico.

28. SIROLIMUS TÓPICO COMO TRATAMIENTO DE NEVUS EPIDÉRMICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A. Morelló Vicente, I. Oteiza Rius, E.M. Gómez González, D. Marcos Muñagorri, A. Carrera Gabilondo y L. Aguado Gil

Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. España.

Los nevus epidérmicos representan un grupo heterogéneo de lesiones que se distribuyen típicamente por las líneas de Blaschko y que, frecuentemente, aparecen como marcas de nacimiento de forma aislada. Cuando aparecen en la cara o cuero cabelludo pueden mostrar una diferenciación sebácea (nevus sebáceo). El tratamiento de estas lesiones puede ser un reto. Aunque la extirpación total es curativa, estas lesiones pueden aparecer en lugares donde la cirugía produciría resultados antiestéticos. Otros tratamientos como el ácido retinoico, el 5-fluorouracilo o el láser ablativo se han utilizado con resultados diferentes y limitados. Presentamos el caso de dos pacientes en los que tras tratamientos continuados con láser ablativo para nevus epidérmico hemifacial se decidió iniciar sirolimus tópico al 1%. El primer paciente, un varón de 19 años, presentó una mejoría rápida, con aplanamiento de la lesión en menos de dos meses y sin ningún efecto adverso. En cambio, el segundo paciente, un varón de 22 años, no presentó mejoría tras un año de tratamiento. Sirolimus es un inhibidor de mTor con capacidad de regular diferentes procesos celulares como el crecimiento, la proliferación y la supervivencia. Su uso de forma tópica está en aumento en diferentes tipos de lesiones cutáneas con mínimos efectos secundarios. Sirolimus podría ser una nueva opción de tratamiento para los nevus epidérmicos.

29. PITIRIASIS RUBRA PILARIS. NUESTRA EXPERIENCIA CON TILDRAKIZUMAB

X. Atxutegi Ayesta, O. Lasa Elgezua, M. Pascual Are, M.R. González-Hermosa, B. Navajas Pinedo e I. Ocerín Guerra

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo (Bizkaia). España.

Introducción. La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis inflamatoria papuloescamosa infrecuente, caracterizada por pápulas foliculares hiperqueratósicas de extensión variable y queratodermia palmo-plantar. Su tratamiento clásicamente se ha basado en retinoides orales y metotrexate por su similitud con la psoriasis. Recientemente se han documentado buenos resultados con fárma-

cos biológicos frente a IL-23/17. Presentamos dos casos de PRP tratados con tildrakizumab.

Casos clínicos. El primer caso se trata de un hombre de 67 años que presentaba una erupción cutánea generalizada de extensión craneocaudal que empeoró tras prednisona oral. Destacaban una erupción eritemato-descamativa en tronco y extremidades y una importante queratodermia palmoplantar con una biopsia característica de PRP. Inició tratamiento con ciclosporina sin mejoría, por lo que se cambió a tildrakizumab, desapareciendo las lesiones en pocas semanas. El segundo caso es un varón de 51 años con descamación en cuero cabelludo y rápida progresión a pápulas eritematosas en las cuatro extremidades y tronco. Destacaron placas eritemato-descamativas confluentes, alternando con piel sana, junto a queratodermia palmar. Las lesiones empeoraron a pesar de tratamiento con corticoides, por lo que ante pruebas analíticas normales y biopsia compatible con PRP, se inició terapia con tildrakizumab con desaparición progresiva de sus lesiones.

Conclusiones. El mayor conocimiento del eje IL-23/17 y su implicación en la PRP apoya emplear terapias dirigidas en esta patología, especialmente en casos de instauración aguda, formas extensas e incapacitantes, donde la terapia biológica puede aportar respuestas rápidas y eficaces.

30. USOS OFF-LABEL DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

R.M. Escribano de la Torre, I. López Martínez, A. Barrutia Etxebarria, A. Menéndez Parrón, S. Goula Fernández, S. Heras González, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya y R. González Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Araba (HUA). Vitoria (Álava). España.

Introducción. La terapia fotodinámica (TFD) se basa en el empleo de un fotosensibilizante sobre una lesión, su incubación durante unas horas y su posterior exposición a una fuente de luz, generalmente luz roja 630 nm, que en presencia de oxígeno causa una muerte celular selectiva. Tiene indicación aprobada para el tratamiento de queratosis actínicas, carcinoma basocelular y enfermedad de Bowen. No obstante, gracias a la investigación básica y clínica se han descubierto otras aplicaciones que en la actualidad no tienen una indicación oficial. Así, puede ser útil en linfomas cutáneos de células T primarios (LCCT), en trastornos de la unidad pilosebácea como acné, foliculitis o hidrosadenitis supurativa, en patologías inflamatorias como psoriasis, dermatosis liquenoides, esclerodermia localizada, lupus discoide, granuloma anular o necrobiosis lipoidica o en infecciones como verrugas por VPH, moluscos o leishmaniasis cutánea.

Material y métodos. Presentamos 15 pacientes que han sido sometidos en nuestro centro a TFD convencional con usos fuera de indicación (LCCT, foliculitis, balanitis de Zoon, necrobiosis lipoidica, granuloma anular y actínico, sarcoidosis, condilomas acuminados y queloides), exponiendo sus protocolos de tratamiento.

Resultados y conclusiones. En general, nuestra experiencia con la TFD en indicaciones off-label es positiva, con respuestas parciales e incluso completas, sin apenas efectos secundarios y con pocas recaídas, si bien el tiempo de seguimiento es limitado. Se requieren estudios a largo plazo para valorar la respuesta tardía, aunque nuestros resultados preliminares posicionan la TFD como una terapia sencilla, segura y eficaz en estas indicaciones, especialmente cuando los tratamientos convencionales no han sido efectivos.