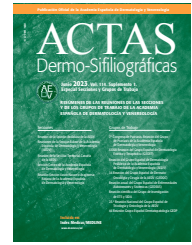




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

## Reuniones de la Sección Balear de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

Abril y noviembre de 2022

### Abril de 2022

#### 1. POLIARTRITIS, POIQUILODERMIA Y DEBILIDAD MUSCULAR

A. Solá-Truyols<sup>a</sup>, M.E. Parera-Amer<sup>a</sup>, J.F. Mir-Bonafé<sup>a</sup>, J. Adsuar-Mas<sup>a</sup>, M.C. Álvarez-Buylla<sup>a</sup>, V. Fernández-Tapia<sup>a</sup>, F. Terrasa-Sagristá<sup>b</sup> y C. Nadal Lladó<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma. España.*

**Introducción.** La reticulohistiocitosis es una forma rara de histiocitosis que cursa con poliartritis erosiva y lesiones cutáneas que suponen un reto diagnóstico. Se trata de una presentación clínica poco frecuente, más si cabe su manifestación en forma de dermatomiositis.

**Caso clínico.** Varón de 69 años que presenta tumefacción y eritema en las manos de 2 meses de evolución. Entre sus antecedentes destaca un carcinoma de suelo de boca y un carcinoma urotelial, libres de enfermedad. A la exploración física presenta pápulas de Gottron en los nudillos de las manos, un tenue eritema heliotropo en la zona periorbitaria, también eritema y telangiectasias en los pliegues ungueales proximales de las manos. El diagnóstico clínico inicial fue de dermatomiositis amiopática, aunque la biopsia sugería el diagnóstico de reticulohistiocitosis.

**Discusión.** La reticulohistiocitosis puede confundirse con la artritis reumatoide y otras artritis inflamatorias, en especial cuando no aparece clínica cutánea. Esta entidad puede imitar la presentación clínica de la dermatomiositis y su diferenciación resulta de interés principalmente por las implicaciones terapéuticas que supone.

**Conclusiones.** La dermatomiositis puede ser una forma de inicio de reticulohistiocitosis por lo que los hallazgos histológicos son un factor clave para detectar esta forma de histiocitosis.

#### 2. PLACAS ANULARES Y CÉLULAS PLASMÁTICAS

C. Álvarez-Buylla<sup>a</sup>, A. Solá<sup>a</sup>, J. Adsuar<sup>a</sup>, V. Fernández<sup>a</sup>, A. Nadal<sup>a</sup>, F. Terrasa<sup>b</sup> y C. Nadal<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma. España.*

**Introducción.** La sífilis secundaria se produce por la diseminación a los tejidos del microorganismo *Treponema pallidum*. En este estadio se observan la mayor variedad de manifestaciones cutáneas, algunas de ellas bien conocidas por los dermatólogos. Sin embargo, también pueden objetivarse patrones atípicos que mimetizan otras dermatosis conocidas o que representan variantes atípicas de las formas clásicas.

**Descripción del caso.** Se presenta el caso de un varón de 54 años, con infección por virus de la inmunodeficiencia humana, que mostraba unas placas anulares asintomáticas de 6 meses de evolución en la palma de la mano derecha. Ante la sospecha de una infección micótica, había recibido tratamiento con ketoconazol tópico y terbinafina oral durante 2 meses sin mejoría y desde hace 3 semanas se aplicaba clobetasol tópico. Se realizó biopsia cutánea y, junto a los hallazgos serológicos, se obtuvo el diagnóstico de sífilis secundaria.

**Discusión.** Las lesiones del caso corresponden a una de las manifestaciones atípicas de secundarismo luético, en cuanto a su forma, localización y presentación. Existen ciertos factores que hacen más probable que los pacientes presenten una manifestación atípica, ambos factores se cumplen en el paciente: la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el antecedente de infección luética previa. Cabe destacar otro hallazgo que nos puede ayudar en el diagnóstico: la presencia de un patrón inflamatorio mixto con múltiples células plasmáticas en el estudio histopatológico debe situarnos tras la pista de una sífilis secundaria.

### 3. EL ICEBERG CUTÁNEO

V. Fernández<sup>a</sup>, A. Vila<sup>a</sup>, F. Terrasa<sup>b</sup>, JO. Roca<sup>c</sup> C. Álvarez-Buylla<sup>a</sup>, J. Adsuar<sup>a</sup>, A. Solà<sup>a</sup>, R. Taberner<sup>a</sup> y C. Nadal<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Llàtzer. <sup>c</sup>Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitari Son Espases. Palma. España.*

**Introducción.** El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de partes blandas de origen cutáneo que representa el 1% de todos los sarcomas de partes blandas. La edad de presentación más frecuente es entre los 20-50 años, sin haber diferencias significativas en la incidencia por sexo, con la presencia de una lesión cutánea en forma de placa indurada que puede evolucionar a formas protuberantes. En cuanto a sus características histopatológicas, es un tumor que se localiza inicialmente en la dermis, compuesto por células fusiformes y depósitos de colágeno intercelular. El uso del marcador inmunohistoquímico CD34 es de gran utilidad en su diagnóstico. Su principal característica es la gran capacidad que posee para infiltrar tejidos circundantes a una distancia considerable del foco central del tumor. Están descritas diferentes variantes histopatológicas, siendo una de las más relevantes la variante fibrosarcomatosa por el peor pronóstico que comporta. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica radical con cirugía de Mohs diferida, pudiendo utilizar imatinib en los casos metastásicos o de gran tamaño inicial.

**Descripción del caso.** Mujer de 38 años, y gestante de 30 semanas, es derivada a consulta por presencia de lesión indurada de unos 3 cm en región cervicodorsal izquierda de dos meses de evolución. Tras valoración inicial, se realiza biopsia cutánea, obteniendo datos histopatológicos compatibles con DFSP. Al finalizar la gestación, se procede a exéresis radical con cirugía de Mohs diferida y cierre del defecto con colgajo cutáneo tras la confirmación histológica de márgenes libres.

**Discusión.** Pese a que se trate de un tumor cutáneo poco frecuente y con un compartimiento maligno intermedio, cursa con gran morbilidad. Su gran capacidad infiltrativa a nivel local y su elevada tasa de recidiva obligan al dermatólogo a conocer el comportamiento del DFSP y las implicaciones que tiene de cara a aplicar el tratamiento más óptimo. Por otro lado, la paciente estaba en periodo de gestación, dato muy relevante a la hora de decidir cuándo realizar dicho tratamiento.

### 4. PLACA VIOLÁCEA DE RÁPIDO CRECIMIENTO

E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, M.C. Montis Palos<sup>a</sup>, I. Gracia Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, C. Martorell Moreau<sup>a</sup>, J. Garcías Ladaria<sup>a</sup>, M.R. Perelló Alzamora<sup>a</sup>, A. Giacaman<sup>a</sup>, A.M. Quintero Duarte<sup>a</sup> y A. Bauzá Alonso<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma. España.*

**Introducción.** La neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas es una proliferación maligna hematológica muy poco frecuente. En la mayoría de casos las lesiones cutáneas son la primera manifestación de esta entidad.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 79 años derivado a dermatología por aparición de una placa violácea a nivel frontal de unas 2 semanas de evolución con rápido crecimiento. Presenta además una progresiva pancitopenia en las últimas analíticas. Ante el amplio diagnóstico diferencial, se decide realizar una biopsia con estudio anatomopatológico de la lesión, así como un aspirado de médula ósea. Mediante múltiples estudios complementarios y el análisis inmunohistoquímico de la lesión se confirma el diagnóstico de neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas.

**Discusión.** Esta entidad debe ser incluida en el diagnóstico diferencial dermatológico ante máculas o placas violáceas o marrones

a pesar de presentar una incidencia de solo 0,04/100.000 personas. Para un correcto diagnóstico, que suele ser confirmado por inmunohistoquímica, se deben solicitar marcadores específicos. Su diagnóstico y tratamiento precoz permiten incrementar la supervivencia. En la actualidad se están investigando múltiples terapias dirigidas para esta neoplasia.

### 5. LOXOSCELISMO CUTÁNEO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C.M. Martorell Moreau<sup>a</sup>, E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, J. Martínez Andrés<sup>b</sup> y J. Boix Vilanova<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Universitario Son Espases. Palma. <sup>b</sup>Hospital Can Misses. Ibiza. España.*

**Introducción.** Cuatro géneros de arañas causan efectos importantes en el ser humano (Phoneutria, Atrax, Latrodectus y Loxosceles), de las cuales solo los últimos 2 se encuentran en el área mediterránea. La afectación grave local o sistémica por veneno de arácnido suele reportarse en África y América, siendo en cambio un evento infrecuente en Europa. Presentamos un caso probable de loxoscelismo cutáneo en Baleares.

**Caso clínico.** Varón de 19 años, natural de Gales y sin antecedentes de interés, refiere picadura de araña en mano derecha mientras se encontraba en una zona rocosa a orilla del mar en Cala Salada, Ibiza. Tras la picadura, no presenta reacción local inicial pero despierta la madrugada siguiente por dolor tipo quemazón en la mano derecha. A la exploración, se aprecia eritema y presencia de flictenas en región palmar, además de cianosis en dedos. En la analítica se evidencia marcada leucocitosis, elevación de PCR y CK. Los hemocultivos y cultivos del exudado cutáneo resultan negativos. Se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam, linezolid, anticoagulación, corticoides IV y 8 sesiones de cámara hiperbárica. Se decide esperar la delimitación del área de necrosis antes de la intervención quirúrgica, logrando preservar la mayor cantidad de tejido viable y evitando la amputación total del segundo y tercer dedo. La investigación de la zona donde sucedió la picadura revela diversos ejemplares de *Loxosceles rufescens*. En base a la presentación clínica y la descripción de la araña por parte del paciente, se diagnostica de probable loxoscelismo cutáneo.

**Discusión.** El tratamiento de la picadura de *Loxosceles rufescens* varía según la severidad del daño. Están recomendadas medidas locales como el desbridamiento, frío local y elevación de la extremidad. En la mayoría de los pacientes suelen administrarse antibióticos orales o IV y profilaxis antitetánica. Se han utilizado corticoides, antihistamínicos, oxígeno hiperbárico, colchicina y dapsona con poca evidencia.

### 6. RAVEN; UNA FORMA INFRECUENTE DE NEVUS EPIDÉRMICO

I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, E. Vanrell-Buse<sup>a</sup>, E. Jubert<sup>b</sup>, C. Martorell<sup>a</sup>, A. Giacaman<sup>a</sup>, A. Obrador Hevia<sup>c</sup> y A. Martín-Santiago<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Son Espases. <sup>b</sup>Hospital Quironsalud Palmaplanas. <sup>c</sup>Servicio de Genética. Hospital Universitario Son Espases. Palma. España.*

**Introducción.** La acantosis nigricans nevoide o RAVEN (round and velvety epidermal naevus) es una forma infrecuente de nevus epidérmico. Se ha relacionado con mutaciones en los genes FGFR2 y FGFR3.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un recién nacido a término fruto de inseminación in vitro y embarazo gemelar que presentaba desde el nacimiento un conjunto de extensas lesiones de distribución lineal en pierna izquierda formadas por pápulas y placas de

forma redondeada y ovalada de bordes bien delimitados y tonalidad marrón clara. Posteriormente las lesiones se oscurecieron, adquiriendo un tacto aterciopelado y apareciendo también lesiones de las mismas características en línea media supraumbilical y en escápula derecha. A los 2 años de vida se evidenció una heterocromía en el pelo en región parietoccipital. El paciente además presentaba un retraso del lenguaje y un trastorno del espectro autista en seguimiento por la unidad de neuropediatría. El estudio molecular de la muestra cutánea reveló la presencia de una variante en heterocigosis en FGFR2 (p.C383R y c.1147T>C) con ganancia de función, probablemente patogénica.

**Discusión.** En 2011 Petit et al. propusieron el término “RAVEN” para denominar a un grupo de pacientes con lesiones marrónáceas redondeadas de superficie aterciopelada similares a las descritas en la literatura bajo el término de acantosis nigricans nevoide, que seguían una distribución lineal a lo largo de las líneas de Blaschko. Se han clasificado como un subtipo de nevus epidérmicos ya que se han relacionado con un mosaicismo poscigótico en los genes FGFR3 y FGFR2. No hemos encontrado otros casos de RAVEN asociados a heterocromía del pelo ni a autismo, aunque parece ser que los genes NEGR1 y FGFR2 regulan cooperativamente el desarrollo cortical y los comportamientos centrales relacionándose con trastornos del espectro autista en ratones.

## Noviembre de 2022

### 7. LA CLAVE ESTÁ EN LA PIEL

M. Meruelo Ruano<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>b</sup> y A. Martín Santiago<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>b</sup>Hospital Universitario Son Espases. Palma. 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.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un niño de 8 años, residente desde hace poco en España (natural de Ucrania), con el antecedente personal de ataxia que es derivado a nuestro servicio para la valoración de lesiones cutáneas. El paciente padecía una ataxia que le impedía la deambulación 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 en un paciente con deterioro neurológico. 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.

### 8. ¿TIENEN LOS PACIENTES CON DÉFICIT DE VITAMINA D Y MELANOMA UNA PEOR SUPERVIVENCIA? ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO DEL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, C. Carrera<sup>b,c,d</sup>, F. Alamón-Reig<sup>b</sup>, J. Malveyh<sup>b,c,d</sup>, S. Puig<sup>b,c,d</sup> y S. Podlipnik<sup>b,c</sup>.

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Son Espases. Palma. <sup>b</sup>Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona. <sup>c</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). <sup>d</sup>Biomedical Research Networking Center on Rare Diseases (CIBERER). ISCIII. Barcelona. España.*

**Introducción.** En los últimos años se ha sugerido el posible papel protector de la vitamina D en la supervivencia del melanoma, siendo objeto de múltiples estudios. Sin embargo, los mecanismos que subyacen a esta compleja asociación son desconocidos.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio de cohortes retrospectivo de 264 pacientes con melanoma invasivo del Hospital Clínic de Barcelona, entre enero de 1998 y junio de 2021. Se incluyeron los pacientes con determinación analítica de vitamina D tras el diagnóstico de melanoma. Se definieron dos grupos en función del nivel sérico de 25-hidroxivitamina D3: deficiencia (< 10 ng/mL) o normal/insuficiencia (> 10 ng/mL). El objetivo del estudio fue analizar la relación entre los niveles de vitamina D y el pronóstico de los pacientes con melanoma. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para investigar las diferencias en la supervivencia y se realizaron análisis de supervivencia univariante y multivariante.

**Resultados.** Los pacientes con deficiencia de vitamina D mostraron una supervivencia global (SG) inferior (p = 0,006), pero no para la supervivencia específica de melanoma (p = 0,51). El análisis de regresión de Cox univariado mostró un hazard ratio (HR) de SG de 2,34 (p = 0,007) en el grupo con deficiencia. El análisis de regresión de Cox multivariado ajustado por edad al diagnóstico, sexo, índice de Breslow y estación del año mantuvo la significancia y se observó un HR de 2,45 (p = 0,007).

**Discusión.** Nuestro estudio sugiere que la deficiencia de vitamina D podría desempeñar un papel en la supervivencia general del melanoma, pero no en la supervivencia específica del melanoma. Observamos que los niveles más bajos de vitamina D se asocian de forma independiente con una peor supervivencia global en pacientes con melanoma en concordancia con estudios previos de otras poblaciones. Se necesitan futuros estudios prospectivos para determinar el efecto de la suplementación con vitamina D en el pronóstico del melanoma.

### 9. LA SÍFILIS NO ES LA ÚNICA GRAN SIMULADORA

E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, I. Gracia Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, C. Martorell Moreau<sup>a</sup> y C. Saus Sarrias<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma. España.*

**Introducción.** El diagnóstico de las infecciones por el virus del herpes simple (VHS) suele ser clínico, requiriendo en ocasiones confirmación por técnicas microbiológicas. Aún así, tanto a nivel clínico como histológico puede presentar formas muy atípicas, simulando otras dermatosis.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 34 años que manifestaba la aparición recurrente de una placa eritematoedematosa, sobreelevada y dolorosa a nivel del mentón desde hacía 8 meses. Había acudido a dos dermatólogos privados, con distintas orientaciones diagnósticas y tratamientos. Aportaba un informe anatomopatológico compatible con un linfoma cutáneo de células T tipo papulosis linfomatoide. Dadas las características clínicas y el curso recidivante, sospechamos una posible infección herpética por

lo que decidimos hacer una PCR viral y una nueva biopsia que confirmó nuestra sospecha.

**Discusión.** La infección por el VHS debe ser incluida en el diagnóstico diferencial dermatológico, sobre todo ante lesiones recurrentes en región perioral y anogenital. Aprovechamos un caso clínico para realizar una revisión de la literatura sobre infecciones herpéticas que simulan otras patologías cutaneomucosas.

## 10. VIRUELA DEL MONO: ACTUALIZACIÓN Y EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

C.M. Martorell Moreau, I. Gracia Darder, E. Vanrell Buse, A. Llull Ramos y A. Martín Santiago

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma. España.*

**Introducción.** La viruela del mono es una zoonosis causada por un virus de ADN de doble cadena perteneciente al género Orthopoxvirus, familia Poxviridae. Actualmente es una enfermedad de alto impacto para la salud pública mundial, siendo España uno de los países principalmente afectados.

**Material y métodos.** Presentamos la experiencia de la consulta conjunta Dermatología - Infecciosas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de todos los pacientes diagnosticados en el Hospital Universitario Son Espases desde el inicio del brote actual.

**Resultados.** Se diagnosticaron 72 casos, de los cuales 71 fueron varones (98,6%). La mediana de edad fue 37,5 (RIC, 31-43) años. Sesenta y ocho pacientes (94,4%) tenían como lugar de residencia España. El 20,8% tuvieron contacto con un caso confirmado. Diecinueve (26,3%) de los pacientes tenían antecedente de ITS en el año previo y se halló coinfección con otras ITS al momento del diagnóstico en 8 (11,1%) pacientes. Se presentaron complicaciones en el 20,8% de pacientes entre las que destacaron la proctitis y la balanitis. Tres (4,1%) pacientes requirieron ingreso hospitalario.

**Discusión.** De manera similar a otras series publicadas del brote actual, las manifestaciones cutáneas fueron las más características, mientras que los síntomas sistémicos estuvieron ausentes en un número importante de casos. Se encontró un menor número de lesiones por paciente en comparación a la presentación clásica africana, incluso lesiones únicas. La coinfección por ITS fue frecuente, por lo que se debe aprovechar para su cribaje al momento del diagnóstico. En nuestra cohorte, la mayoría de los casos fueron leves y fueron manejados ambulatoriamente con éxito.

## 11. PSICOLOGÍA CAMINANDO EN PACIENTES CON PSORIASIS

J. Adsuar, M.C. Álvarez-Buylla, V. Fernández, A. Solà, C. Llodrà y R. Taberner

*ªServicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma. España.*

La asociación entre psoriasis y estrés es compleja y la gran mayoría de pacientes relaciona el estrés o eventos estresantes con el inicio de la enfermedad o con los brotes sucesivos. Además, varios estudios han demostrado que las técnicas de relajación y las terapias de manejo cognitivo del estrés son efectivas en pacientes con psoriasis. Por este motivo, desde el servicio de Dermatología del Hospital son Llàtzer se ha llevado a cabo un programa piloto de sesiones psicoterapéuticas y educativas sobre el manejo del estrés en un entorno al aire libre donde participó un grupo de pacientes con psoriasis moderada o grave. Tras la intervención los pacientes refirieron una disminución de los niveles de estrés entre otros beneficios.

## 12. LESIONES BLANCAS EN LA MUCOSA ORAL DE UN NIÑO

A. Llull Ramos<sup>a</sup>, I. Gracia Darder<sup>a</sup>, M. Meruelo Ruano<sup>b</sup>, E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, C. Martorell Moreau<sup>a</sup>, L. Moreno Hernández<sup>a</sup>, I. Torralba Cloquell<sup>c</sup>, A. Giacaman<sup>a</sup> y A. Martín Santiago<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. ªHospital Universitario de Son Espases. Palma. ºHospital Universitario de Basurto. Bilbao. ºServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Son Espases. Palma. España.*

Niño de 5 meses sano, sin antecedentes de interés. Consultó por placas blanquecinas en la mucosa oral externa e interna. Las lesiones afectaban la mucosa labial, la mucosa yugal y la mucosa lingual. No se observaron otras alteraciones en las uñas, el pelo, la piel o las mucosas. Tampoco presentaba estridor. Una laringoscopia descartó afectación de la vía respiratoria. En la biopsia se evidenció una mucosa acantósica con queratinocitos de citoplasma claro. Se realizó el diagnóstico de nevus blanco esponjoso (NBE). El NBE es una enfermedad infrecuente de herencia autosómica dominante, con penetrancia y expresividad variables. Se han aislado mutaciones en los genes de la citoqueratina 4 y 13 en los pacientes con esta alteración. Clínicamente, se presenta como placas blanquecinas de superficie aterciopelada que no desaparecen con la fricción. Se afecta principalmente la mucosa oral, pero puede desarrollarse en otras mucosas como los genitales o el esófago. Con frecuencia suele comenzar en la infancia temprana, pero se han descrito casos de inicio en la adolescencia o la edad adulta. En la infancia el diagnóstico es clínico, pero en adultos se recomienda el estudio histológico con el objetivo principal de descartar otras etiologías. En la biopsia se suele evidenciar hiperqueratosis, acantosis, edema intracelular, y en ocasiones, depósitos eosinófilos de tonofilamentos de citoqueratina perinucleares. En niños, el diagnóstico diferencial se realiza con la paquioniquia congénita, la disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria y la disqueratosis congénita, principalmente. El NBE se ha tratado con tetraciclinas tópicas u orales, cirugía, láser de CO<sub>2</sub>, betacarotenos, enjuagues de clorhexidina..., con variable efectividad y motivos fundamentalmente estéticos al tratarse de una condición benigna.

## 13. TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL: QUÈ PODEM ELS DERMATÒLEGS APRENDRE D'UNA PATOLOGIA FREQUENT

M. Mir Bonafè<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, C. Martorell Moreau<sup>a</sup>, B. de Diego Vidal<sup>b</sup> y A. Martín Santiago<sup>a</sup>

*ªServei de Dermatologia. l'ªHospital Universitari Son Espases (HUSE). ºMedicina familiar i Comunitària. CS Son Pisà. Palma. España.*

La trombosi venosa superficial (TVS) és una afecció comuna, caracteritzada pel desenvolupament d'un trombe localitzat en una vena del sistema superficial, que s'acompanya d'una important reacció inflamatòria perivenosa. Home de 73 anys, en seguiment per un carcinoma escatós a l'àrea del cuir pilós, intervengut l'any 2021, sense recidives. Ens comenta que des de fa 6 dies presenta una lesió dolorosa a la part interna del bessó dret. A l'exploració s'observa un cordó eritematós, indurat, d'uns 5cm, dolorós a la palpació. Signe de Homans negatiu. Se li realitza una ecografia on s'observa una imatge hiperecogènica a l'interior de la vena safena interna. Amb tot, es diagnostica de TVS i se'l deriva tant a urgències com a la consulta de Medicina Interna. La TVS és una entitat freqüent, que pot aparèixer en context de nombroses afeccions (immobilització perllongada, traumatismes, trombofílies, neoplàsies...). Aquesta patologia era abans considerada com a banal i de fàcil tractament. Arran de nous coneixements en els darrers anys, han modificat substancialment el diagnòstic, tractament i maneig de la mateixa.