



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Resúmenes de la XXXIV Reunión de la Sección Murciana de la AEDV

Murcia, 2 de junio de 2023

1. ÚLCERA QUE NO CURA, MEJOR A DERMATOLOGÍA

F.J. Martínez Ortega, D. López Martínez, J.J. Parra García, M. Segado Sánchez, J. Román Gómez, L. Sánchez Godoy, E. García Martínez y M. Lova Navarro

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Cuando nos enfrentamos por primera vez ante una úlcera en un paciente, el primer paso es siempre intentar filiar la etiología. A pesar de que la mayoría de las úlceras son de etiología vascular (tanto arterial como venosa), hay otras posibles causas como traumatismos, infecciones, enfermedades inflamatorias... Es por ello conveniente, que, en una unidad de úlceras, esté la visión de un dermatólogo, ya que por lo general es el especialista que conoce un diagnóstico diferencial más amplio de posibles entidades causantes del cuadro. Presentamos el caso de un varón de 69 años que había sido tratado con múltiples terapias antibióticas durante 1 año por una úlcera cutánea en brazo. Se decidió interconsultar con dermatología, para descartar posible etiología tumoral de la úlcera tras la aparición de lesiones satélites. Con la ayuda de la clínica y la biopsia, la etiología pudo ser filiada, tratándose el origen de la lesión un granuloma anular perforante, variante atípica de granuloma anular. Además, aunque su asociación con patología neoplásica es controvertida, permitió el diagnóstico de una neoplasia prostática. En nuestro caso realizamos tratamiento con corticoide infiltrado junto a dapsona oral, con buena respuesta y tolerancia al tratamiento.

2. DOCTOR, MI PIEL SE DESPRENDE COMO LA DE UNA SERPIENTE

L. García Almazán, C. Campoy Carreño, F.J. de León Marrero, J. Pardo Sánchez, F. Alarcón Soldevilla, T. Amanda Hernández Gómez, Á. López Ávila y F.J. Allegue Gallego

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Introducción. El síndrome de descamación de la piel acral es una rara genodermatosis de herencia autosómica recesiva caracterizada por exfoliación superficial o descamación de la piel. Es consecuencia de una mutación genética en el gen *TG5*, responsable de la producción de la transglutaminasa 5, proteína implicada en la correcta cohesión de los queratinocitos.

Objetivo. Describir un caso clínico de síndrome de descamación de la piel acral y realizar una breve revisión de la literatura sobre su diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 47 años sin antecedentes médicos de interés que acudió a nuestra consulta refiriendo episodios de descamación cutánea de 4-5 meses de evolución. A la exploración física, se podía apreciar una descamación cutánea de la palma de ambas manos junto a áreas eritematosas en resolución. El resto de la piel y las mucosas eran normales y el paciente se encontraba totalmente asintomático. Decidimos realizar una biopsia cutánea y la histología reveló una separación de la epidermis entre la capa granulosa y la córnea sin datos de inflamación. La clínica y los hallazgos histológicos sugerían que se trataba de un síndrome de descamación de la piel acral. Se instauró tratamiento sintomático con emolientes mejorando el paciente de forma significativa. Actualmente, estamos a la espera de los resultados del estudio genético.

Conclusión. El síndrome de descamación acral cursa de manera asintomática o con sintomatología muy leve por lo que en muchas ocasiones está infradiagnosticado. Consideramos que el síndrome de descamación acral no es un cuadro tan infrecuente y que en muchas ocasiones se diagnostica erróneamente de epidermolisis ampollosa simple, especialmente cuando no se realizan estudios genéticos.

3. PANICULITIS LOBULILLAR EXTENSA: UN RETO DIAGNÓSTICO

I. Ballester, R. Rojo, B. Pérez-Suarez, J. López-Robles, G. Juan-Carpena, P. Mercader, M. Pérez-Ramos^a y J. Marco^b

Servicios de Dermatología, ^aAnatomía Patológica y ^bHematología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. La granulomatosis linfomatoide (GL) es un síndrome linfoproliferativo heterogéneo angi destructivo que se localiza habitualmente en pulmón.

Caso clínico. Varón de 76 años que consulta por la aparición de nódulos. En la exploración física se observaban nódulos eritemato-

sos en ambos miembros inferiores. En las revisiones posteriores los nódulos evolucionaban dejando lipoatrofia residual y aparecían en otras localizaciones como glúteos y abdomen. Se tomaron 2 biopsias de los nódulos con diagnóstico de paniculitis lobulillar granulomatosa no necrotizante inespecífica, sin signos de vasculitis. Un año después el paciente desarrolló un nódulo en el hueso poplíteo del que se tomó nueva biopsia. En esta se observaba un infiltrado linfocítico de células pequeñas no atípicas, entre las que se entremezclaban células atípicas de mayor tamaño con patrón focalmente angiocéntrico, que mostraban expresión inmunohistoquímica para CD20, CD30 y positividad para VEB mediante EBER-ISH. El paciente se diagnosticó de linfoma difuso de célula grande (LDCG) VEB positivo tipo NOS con características solapantes de GL grado 3. En el estudio de extensión con PET-TAC se describía además de la masa en el hueso poplíteo derecho, innumerables lesiones en tejido celular subcutáneo. Se inició tratamiento con R-CHOP durante 6 ciclos con resolución completa de las lesiones cutáneas.

Discusión. El LDCG VEB positivo tipo NOS y la GL forman parte de los trastornos linfoproliferativos B asociados a la infección por el VEB. El LDCG VEB+ afecta con frecuencia a varones de edad avanzada. Se suele presentar en los ganglios y/o de forma extranodal. Histológicamente presenta infiltrado linfocitario atípico de células VEB+. Sin embargo el patrón angiocéntrico y la necrosis son más características de la GL. La GL característicamente afecta a los pulmones y con frecuencia puede afectar la piel y el SNC. La forma de presentación cutánea más frecuente de la GL es la paniculitis lobulillar inespecífica. Esta afectación puede estar producida por un efecto sistémico producido por la infección del VEB. Por este motivo las biopsias cutáneas pueden no ser diagnósticas de GL y preceder a la afectación pulmonar. Se han descrito otros casos de GL exclusivamente cutánea ocasionalmente asociados a la utilización de metotrexate que han mejorado tras su retirada.

Conclusiones. La GL presenta con frecuencia afectación cutánea y en un tercio de los casos puede preceder al diagnóstico. Las manifestaciones histológicas pueden ser inespecíficas y de curso indolente.

4. LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS

J. Román Gómez, D. López Martínez, F.J. Martínez Ortega, J.J. Parra García, M. Segado Sánchez, A. López Mateos, E. García Martínez y B. Ferri Níguez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Se presenta el caso clínico de un paciente con endocarditis infecciosa, en tratamiento con vancomicina y gentamicina, que desarrolló un exantema con máculas confluyentes en diana en torso y extremidades, que en algunas zonas evolucionó a ampollas tensas. La biopsia confirmó dermatosis IgA lineal mediante inmunofluorescencia directa. Se suspendieron los antibióticos y se pautaron corticoides tópicos e intravenosos a dosis altas, con remisión clínica completa en el control posterior al alta un mes después. La dermatosis IgA lineal es una patología inmunomediada caracterizada por la formación de ampollas subepidérmicas debido al ataque de anticuerpos de tipo IgA que se distribuyen de forma lineal a lo largo de la membrana basal. Existen dos formas diferenciadas: la infantil, con curso benigno y la del adulto, frecuentemente relacionada con fármacos. Esta última puede simular otras entidades como el eritema multiforme, penfigoide ampolloso, síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica. La vancomicina es el fármaco que se ha visto más asociado a la dermatosis IgA lineal con clínica similar a una necrólisis epidérmica tóxica. Su diagnóstico definitivo se establece con la biopsia con inmunofluorescencia directa, técnica que se debe incluir siempre en el diagnóstico diferencial de las toxicodermias. El tratamiento consiste en corticoides tópicos y dapsona como fármaco de elección, aunque requiere previa determinación de actividad de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa por inducción de crisis hemolíticas. En casos graves se pueden utilizar corticoides sistémicos e inmunosupresores o fárma-

cos biológicos como rituximab o etanercept, aunque son necesarios estudios de mayor calidad para poder establecer recomendaciones sobre el tratamiento de esta patología.

5. CUADERNO DE BITÁCORA

J. Navarro Pascual, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, E. Cutillas Marco y M.E. Giménez Cortés

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. Se exponen tres casos destacados vistos a lo largo de 4 años de residencia.

Caso 1: varón de 60 años, gran fumador, que consulta en urgencias traído por la familia aquejado de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. La familia refiere que asocia olvidos frecuentes y comportamiento extraño desde hace meses. Entre las pruebas complementarias, destaca una radiografía de tórax que muestra opacidad en lóbulo medio con engrosamiento mediastínico y una TC de cuerpo entero que revela una masa en lóbulo medio con múltiples adenopatías hiliares y un nódulo satélite, así como una masa en corteza frontotemporal sugestiva de metástasis. La exploración física revela un engrosamiento de las palmas, con incremento del tamaño de los dermatoglifos, realizándose el diagnóstico de palmas en tripa asociado a neoplasia pulmonar. El paciente fallece 3 días después del ingreso por insuficiencia respiratoria aguda. Caso 2: varón de 19 años oriundo de Venezuela que consulta en urgencias por lesión genital de 1 mes de evolución. Ha realizado relaciones sexuales de riesgo multívía HSM con pareja en Venezuela, la última hace 5 semanas. Artralgias y fiebre de hasta 38.5°C. A la exploración física, se evidencia una placa eritematosa ulcerada en prepucio, dura, dolorosa al tacto, asociada a gran nódulo inguinal izquierdo, sugestivo de adenopatía. Se solicitan serologías venéreas, que muestran serologías de lúes positivas (RPR 1/1 y TPHA 1/320) y serologías VHB, VHC, VIH negativas. Se realiza PCR de exudado de uretra, con positividad para *C. trachomatis*, así como PCR de exudado de úlcera genital, positivo para *C. trachomatis*. Días después se realiza punción bajo ecografía del nódulo inguinal, que había aumentado de tamaño, siendo la PCR del aspirado positivo para *C. trachomatis* serotipos L1-L3. Bajo el diagnóstico de linfogranuloma venéreo, se inicia tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 21 días, con resolución de la lesión.

CASO 3: mujer de 77 años que presenta una herida en cara antero-interna de pierna derecha de 6 meses de evolución. En el lecho presentaba tejido de granulación y un material de consistencia dura, fijado a planos profundos. Dolor moderado. La analítica sanguínea no muestra alteración del cociente fosfocálcico y la biopsia de tejido revela presencia de grandes cristales de calcio. Bajo el diagnóstico de calcinosis cutis idiopática, la úlcera se trata inicialmente con curas semanales con tiosulfato sódico al 25% más óxido de zinc al 25% en base Beeler en oclusión y, cuando el material cálcico se torna más friable, se realiza litotricia con ondas de choque extracorpóreas. En un segundo tiempo, se realizan varias sesiones de injertos en sello, realizando terapia compresiva. Los injertos prenden y, tras 9 meses, la herida ha epitelizado completamente.

6. HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA MASIVA Y OTRAS COMPLICACIONES INESPERADAS

M. Segado Sánchez^a, D. López Martínez^a, J.J. Parra García^a, F.J. Martínez Ortega^a, J. Román Gómez^a, C. Martínez Alfaro^b, A. López Mateos^a y M.Lova Navarro^a.

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Las complicaciones quirúrgicas en Dermatología son raras, destacando entre ellas la hemorragia perioperatoria y postquirúrgica,

cuya trascendencia clínica suele ser escasa. Presentamos una paciente con una hemorragia perioperatoria masiva que obligó a la reintervención con carácter urgente.

Mujer de 47 años con antecedentes de talla alta, aspecto tosco, discapacidad intelectual, trombocitopenia inmune primaria, tumor del estroma gastrointestinal (GIST) estadio IV en remisión completa y disfunción sistólica severa por miocardiopatía dilatada. Entre su medicación habitual destacan elimatinib, la prednisona y la sulodexida. Acudió a consulta por una tumoración infiltrante en mejilla izquierda de rápido crecimiento compatible con carcinoma epidermoide. Se observó también una lesión sobrelevada pigmentada en arco cigomático izquierdo sospechosa de malignidad. Con 62000 plaquetas y ausencia de fármacos antiagregantes y anticoagulantes, se decidió intervención. Se realizó extirpación de ambas lesiones, con abundante sangrado que precisó esponjas hemostáticas, y finalmente se recontruyó el doble defecto con un avance de mejilla. En la siguiente hora, la paciente experimentó un progresivo aumento de volumen en hemicara izquierda que no remitió con una mayor compresión. Se solicitó nuevo hemograma que resultó similar al previo y se levantó el vendaje. Se evidenció un importante incremento del volumen de partes blandas, de color violáceo, que imposibilitaba la apertura ocular. El empastamiento se extendió a la región cervical y el labio, observándose en cavidad oral un hematoma proyectándose desde la mejilla. Se contactó con Hematología que atribuyó el incidente a la combinación de imatinib con sulodexida, en una paciente con plaquetopenia de base, y aconsejó reintervención tras la administración de un concentrado de plaquetas. De nuevo, la hemostasia fue compleja, con una hemorragia en sábana que no respondía a coagulación eléctrica, ligadura de vasos, cierre hermético por planos, esponjas y soluciones hemostáticas... Finalmente, se detuvo la hemorragia tras un segundo concentrado de plaquetas. Se colocó un drenaje y la evolución de la paciente fue muy buena.

El resultado anatomopatológico fue de carcinoma epidermoide infiltrante y melanoma de extensión superficial, ulcerado, de 5 mm de Breslow. A la exploración se evidenciaron una enfermedad de Bowen en la rama mandibular y múltiples carcinomas basocelulares en tronco. El fenotipo, la afectación cardíaca y la predisposición de tumores de la paciente nos lleva a sospechar que padece un síndrome de Sotos, pendiente de confirmación por estudio genético.

7. ERUPCIÓN EN PUERPERA. DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA?

D. López Martínez^a, F.J. Martínez Ortega^a, J.J. Parra García^a, M. Segado Sánchez^a, J. Román Gómez^a, E. García Martínez^a, M.E. Belando Pardo^b y P. Sánchez Pedreño Guillén^a

^aServicio Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Murcia. España.

Introducción. Durante el embarazo, el cuerpo experimenta una serie de cambios hormonales y fisiológicos que pueden influir en la salud de la piel. Estos cambios hormonales, como el aumento de los niveles de estrógeno y progesterona, así como los cambios en la función inmunológica, pueden desencadenar respuestas cutáneas anormales en algunas mujeres. Las dermatosis del embarazo pueden variar en su presentación clínica y gravedad, y pueden incluir afecciones como la dermatitis atópica del embarazo, el prurito gestacional, el herpes gestacional, la erupción polimorfa del embarazo, entre otras. A continuación, se expone un caso clínico de una paciente con penfigoide gestacional durante el tercer trimestre de embarazo.

Caso clínico. Mujer de 45 años, procedente de Bolivia, con antecedente de dislipemia en tratamiento con pravastatina, hipotiroidismo gestacional en tratamiento con levotiroxina y gestación previa a término 2 años antes. La paciente consultó por lesiones cutáneas periumbilicales intensamente pruriginosas que comenzaron en el último mes de embarazo con diagnóstico de "eccema por distensión abdominal". Tratada con cremas hidratantes y antihistamínicos orales con

escasa mejoría. En el primer día del puerperio empeoramiento con aumento del prurito, aparición de más lesiones y ampollas. A la exploración física presentaba placas eritemato-edematosas bien definidas con ampollas en algunas de ellas localizadas en región periumbilical, pubis y dorso de ambos pies y manos. La analítica con perfil de autoinmunidad fue rigurosamente normal. La biopsia con hematoxilina-eosina mostró leve infiltrado inflamatorio en dermis papilar a expensas de eosinófilos, espongiosis eosinofílica de forma focal y microvesículas subepidérmicas con polimorfonucleares y eosinófilos en su interior. La inmunofluorescencia directa mostró depósito de C3 lineal subepidérmico sugestivo de penfigoide gestacional. Se inició prednisona 0,5 mg/kg/día, clobetasol crema y ebastina con desaparición de las lesiones a las tres semanas de tratamiento.

Discusión. El penfigoide gestacional es una enfermedad rara y específica del embarazo que se caracteriza por la aparición de ampollas y lesiones cutáneas pruriginosas en mujeres gestantes. Aunque se considera una enfermedad autoinmune, su mecanismo exacto aún no se comprende completamente. Se manifiesta principalmente en el segundo o tercer trimestre del embarazo, aunque un 10-15% debutan en el posparto. Aunque el penfigoide gestacional puede afectar a cualquier mujer embarazada, se ha observado una asociación con ciertos factores de riesgo, como la edad materna avanzada y embarazos múltiples. Las complicaciones asociadas pueden incluir un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer, aunque la mayoría de los casos no presentan efectos adversos graves. El objetivo principal del tratamiento es controlar los síntomas y minimizar el riesgo de complicaciones, siendo de elección los corticoides tópicos y sistémicos. En casos más graves, la azatioprina o la ciclosporina son alternativas útiles. La mayoría de los casos se resuelven al mes del inicio de tratamiento. Sin embargo, hasta un 60% recidivan en embarazos posteriores.

8. NIKOLSKY POSITIVO: LA PUNTA DEL ICEBERG

J.F. Orts Paco^a, J. Navarro Pascual^a, B. Rebollo Caballero^a, J.P. Serrano Serra^a, J. Ruiz Martínez^a, B. Ferri Níguez^b, J. Hernández-Gil Sánchez^a y M.E. Giménez Cortés^a.

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Caso clínico. Mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad de Alzheimer y adenocarcinoma ductal infiltrante de mama derecha en remisión desde el 2008, que consultaba por una erupción cutánea fotodistribuida de unos 4 meses de evolución. Entre los antecedentes farmacológicos, se descubrió el inicio de gabapentina, duloxetine y levofloxacino. A la exploración física, presentaba placas eritematodescamativas anulares con aclaramiento central que afectaba la región malar, región frontal, región del escote, y dorso de manos y antebrazos. Se realizó una biopsia que informó de una dermatitis de interfase con dudosos depósitos de mucina sin depósitos en la IF. La analítica mostró la existencia de ANA positivos a título 1/320, Anti-Ro+, descenso de C4 y anemia microcítica (rasgo talasémico). La paciente sufrió un empeoramiento de la clínica cutánea con extensión de las lesiones e, incluso, formación de flictenas en región superior de la espalda con signo de Nikolsky positivo en dicho nivel. Se decidió ingreso hospitalario donde se objetivó generalización del exantema con extensión del signo de Nikolsky a la cara anterior de tórax. Las mucosas estaban respetadas. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona y dolquene con buena repuesta inicial. Durante la exploración física, se encontró de forma incidental un nódulo pétreo en la mama izquierda sugestivo de malignidad. Se solicitó mamografía que informó de la existencia de un nódulo en cuadrante superoexterno de mama izquierda categoría BIRADS5. Se realizó una BAG que informó de la existencia de un adenocarcinoma ductal infiltrante de mama izquierda. Se llegó al diagnóstico final de lupus subagudo net-likeparaneoplásico asociado a cáncer de mama.

Discusión. El lupus paraneoplásico es una entidad muy infrecuente descrita inicialmente en el año 1986 asociada a un adenocarcinoma gástrico. Hasta entonces, se han descrito 37 casos. Globalmente, la neoplasia más frecuentemente asociada es el cáncer de pulmón. Por sexos, en mujeres destaca el cáncer de mama y en hombres los tumores gastrointestinales. La afectación de mucosas y el signo de Nikolsky son excepcionales. La clínica cutánea precede en el 65% de los casos al diagnóstico de la neoplasia. Los anticuerpos más frecuentes son ANA y anti-Ro y en la biopsia suele observarse una dermatitis de interfase con necrosis variable de queratinocitos, depósitos de mucina e IFD positiva en el 16% de los casos. Suele seguir un curso paralelo con la neoplasia de forma que el tratamiento de la neoplasia de forma aislada puede resolver el cuadro cutáneo.

9. LA OTRA GRAN SIMULADORA

B. Rebollo Caballero^a, J.P. Serrano Serra^a, J.F. Orts Paco^a, J. Navarro Pascual^a, J. Ruiz Martínez^a, P. de los Reyes Cano Mármol^b, M.N. Navarro Martínez^c y M.E. Giménez Cortés^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. ^cServicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica en la que puede aparecer afectación cutánea en el 20-35% de los casos, y en muchos de estos casos la clínica cutánea será la forma de presentación de la enfermedad. Además, puede afectar prácticamente a cualquier órgano, presentando un espectro muy amplio de manifestaciones clínicas que pueden simular una gran variedad de enfermedades, lo que la convierte en un verdadero reto diagnóstico. Se presenta el caso de una mujer de 28 años, natural de Marruecos y con antecedentes de hemoglobinopatía S y C heterocigótica, en la que la primera manifestación clínica de sarcoidosis fue una lesión eritematosa en mejilla derecha que en un primer momento se diagnosticó de leishmaniasis cutánea. Ante el fracaso del tratamiento mediante infiltraciones intralesionales de antimonio de meglumina, se realizó un exhaustivo estudio de extensión en el que se detectó presencia de múltiples adenopatías hipercaptantes en PET-TC, sugestivas de síndrome linfoproliferativo. Tras numerosas biopsias de piel, ganglio linfático e incluso médula ósea, en las que se puso de manifiesto la presencia de granulomas de células epitelioides no caseificantes de tipo sarcoideo, la paciente fue finalmente diagnosticada de sarcoidosis sistémica con afectación ganglionar, ósea y cutánea. Se inició tratamiento con prednisona en pauta descendente, con buena evolución y disminución del tamaño de las adenopatías. Existen varios casos publicados en la literatura en los que se ha visto asociación de anemia de células falciformes (la forma homocigótica de la hemoglobinopatía S) y sarcoidosis extensa dentro del mismo paciente. Las hemoglobinopatías podrían predisponer al desarrollo de cuadros de sarcoidosis más extensos y de mayor gravedad, aunque aún no se ha encontrado una justificación que explique la causa de esta asociación.

San Javier, 2 de diciembre de 2023

1. UN “RINOFIMA” FUERA DE LO COMÚN

B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, J.C. Romera Pallarés, S. Mallo García, E. Cutillas Marco y B. Ocaña

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. La leucemia linfática crónica (LLC) es el tipo de leucemia más frecuente en adultos y se caracteriza por la acumulación

de linfocitos B monoclonales en sangre, médula ósea, bazo y ganglios linfáticos. Pueden darse manifestaciones cutáneas en el 25% de los casos y estas son extremadamente variadas.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón de 72 años con antecedentes de hábito enólico y LLC estable sin tratamiento que acudió derivado a consultas de dermatología para valoración de lesiones en dorso nasal de 3 años de evolución. El paciente había sido diagnosticado previamente de rosácea y rinofima y tratado con antibiótico tópico y oral sin mejoría. Presentaba una evidente tumefacción con eritema y aumento de partes blandas en todo el dorso nasal con llamativa induración a la palpación. Ante los hallazgos de la exploración se decidió realizar biopsia punch de la lesión para análisis histológico. El estudio anatomopatológico mostró la presencia de un infiltrado linfocitario a nivel de dermis, sin epidermotropismo, constituido por linfocitos pequeños con núcleos hipercrómicos y redondeados, con citoplasma escaso. La inmunohistoquímica mostró positividad para CD20, CD23 y BCL-2. Estos hallazgos eran compatibles con una infiltración cutánea por la LLC. El paciente inició tratamiento con ibrutinib por progresión de su enfermedad con crecimiento de adenopatías y esplenomegalia, con buena respuesta desde el punto de vista hematológico y con marcada disminución de la induración y el eritema en la nariz tras el primer mes de tratamiento.

Discusión. Se ha planteado que la aparición de una leucemia cutis en la misma localización donde antes hubo lesiones de rosácea podría representar un fenómeno isotópico de Wolf, tal y como ocurre en pacientes con una infección previa por el virus herpes zóster o herpes simple. En conclusión, se deben incluir las lesiones rosaceiformes atípicas que no responden a los tratamientos habituales dentro de las formas de presentación clínica de la LLC para evitar retrasos diagnósticos.

2. MACROGLOSIA: LA LLAVE DE LA CAJA DE PANDORA

J.C. Romera Pallarés, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, J. Ruiz Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez y A.I. Gil Liñán

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Caso clínico. Mujer de 74 años que acudió a urgencias por presencia de macroglosia de meses de evolución. A la exploración, además, presentaba púrpura periorcular derecha que relacionaba con el esfuerzo tras el vómito y lesiones purpúricas submamarias que refería presentar desde hace años, junto con clínica de túnel carpiano bilateral y síndrome constitucional asociado.

Como antecedentes destacaba seguimiento anual por Hematología desde el 2018 por un mieloma múltiple quiescente manejado con actitud expectante y sin tratamiento activo. Además, la paciente ya fue valorada un año atrás por Dermatología por presentar esas mismas lesiones purpúricas realizándose una biopsia de grasa abdominal en la que no se evidenció depósito de amiloide dando de alta a la paciente. Ante la elevada sospecha de amiloidosis se decidió realizar una nueva biopsia, en este caso de la lengua y de las glándulas salivares menores no detectándose tampoco depósito amiloideo. Llegados a este punto, dada la muy alta sospecha y a pesar de las biopsias previas negativas, se tomó una nueva biopsia de grasa abdominal resultando positiva para amiloide y diagnosticándose de amiloidosis sistémica AL.

Discusión. En torno al 40% de los pacientes con amiloidosis sistémica primaria van a presentar hallazgos cutáneos, siendo la macroglosia y la púrpura periorbitaria lo más característico. Para establecer el diagnóstico de esta patología es necesario identificar los depósitos de amiloide en los tejidos. La biopsia de grasa abdominal ha sido considerada la primera prueba a realizar en caso de sospecha. No obstante, esta prueba tiene un alto porcentaje de falsos negativos, por ello la necesidad de un posible cambio a otro tipo de biopsias con mayor rentabilidad diagnóstica, como puede ser la

biopsia de glándulas salivales menores que ha demostrado ser una técnica eficaz, simple y segura para el diagnóstico de amiloidosis, y se debería plantear como técnica de elección a la espera de estudios más robustos que comparen ambas técnicas.

3. DERMATITIS DE CONTACTO POR FENILETILRESORCINOL EN MURCIA

P. Mercader, J. López Robles, G. Juan Carpena y T. Rodenas Herranz

Servicio de Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. El feniletilresorcinol (FER) es un despigmentante muy usado en diversos productos cosméticos, con solo 5 casos descritos de dermatitis de contacto desde 2016.

Material y métodos. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de las pacientes con dermatitis de contacto por FER diagnosticados en nuestro hospital desde 2018.

Resultados. Cinco mujeres presentaron lesiones eccematosas en cara y cuello tras la aplicación de cosméticos que contenían FER. Las pruebas epicutáneas se realizaron con FER 2% y 5% en vaselina. Otras tres pacientes tuvieron pruebas positivas con el producto, pero no con los parches de FER. Las pacientes tenían fototipos altos ($\geq$ III) y dos tenían melasma.

Discusión. El FER es un alérgeno relativamente frecuente en nuestro medio. Ante la presencia de lesiones de eccema en cara y cuello en una mujer con fototipo alto conviene preguntar sobre el uso de productos que contengan este alérgeno.

4. PAPILOMATOSIS CONFLUENTE Y RETICULADA DE GOUGEROT Y CARTEAUD, TRES CASOS CON AFECTACIÓN FACIAL

J.J. Parra García, M. Segado Sánchez, F.J. Martínez Ortega, D. López Martínez, J. Román Gómez, M. Castillo Landete, A. López Mateos, E. García Martínez, A.M. Victoria Martínez, C. Pereda Carrasco, M. Lova Navarro, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez y P. Sánchez-Pedreño Guillén

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción y objetivos. La papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud es una dermatosis de etiología desconocida que afecta característicamente a tórax-cuello, que luego se pueden extender a otras localizaciones de forma centrífuga. Existen algunos casos, que son poco frecuentes, con afectación facial. Se presentan tres casos con componente de afectación facial, que también se denomina dermatosis por *Malassezia* hiperqueratósica de cabeza y cuello, ya que dicho microorganismo ha sido descrito en biopsias y cultivos tomados de zonas afectas de dicha patología.

Caso clínico. Mujer de 36 años sin antecedentes, presenta lesiones maculares de varios años de evolución de coloración marrónácea, reticulares, con islotes de piel sana y levemente descamativas de localización perioral, mentón, submamaria y nugal. Ha sido tratada con metilprednisolona crema con recidiva tras la suspensión. Se realiza biopsia confirmatoria de zona submamaria y mentón. Buena respuesta a tratamiento con minociclina 100 miligramos cada 24 horas un mes. Mujer de 30 años con lesiones de un año de evolución, reticulares, marrónáceas, de bordes bien definidos, descamativas, localizadas en zona perioral y mejilla. Buena respuesta a metilprednisolona crema, recidivando en cuanto se retira. Buena respuesta a minociclina oral con la misma pauta anterior. Mujer de 35 años con lesiones de un año de evolución marrón-asalmonadas, levemente descamativas, con reticulado entre el cual aparece piel sana. Tratada con fluticasona tópica con respuesta transitoria. Mejoría con minociclina oral.

Conclusiones. La papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud es una dermatosis inflamatoria que afecta a la re-

gión facial en escasas ocasiones, aunque probablemente sea infradiagnosticada. La imagen clínica característica de lesiones reticuladas suele ser suficiente para el diagnóstico, sin precisar biopsia confirmatoria ni pruebas que determinen la existencia de *Malassezia* (microorganismo con el que se quiere relacionar esta entidad a nivel facial bajo el nombre de dermatosis por *Malassezia* hiperqueratósica de cabeza y cuello). El tratamiento que muestra resultados más satisfactorios es tetraciclina oral, pudiendo ser este un tratamiento ex juvantibus.

5. LESIONES CUTÁNEAS EN UN PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO

M. Castillo Landete, J.J. Parra García, M. Segado Sánchez, F.J. Martínez Ortega, J. Román Gómez, A. López Mateos, E. García Martínez, P. Sánchez-Pedreño Guillén y J.A. Ruiz Maciá.

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Caso clínico. Varón de 62 años con antecedentes de trasplante cardíaco tres meses antes, en tratamiento con tacrolimus, ácido micofenólico y prednisona. Acude a consulta de Dermatología derivado desde Cardiología por lesión en cara lateral de mano izquierda y pierna derecha de un mes de evolución. Refiere vivir en zona rural y tener un jardín con rosales, pero niega traumatismo previo, contacto con animales o acuarios. Además, refiere clínica de infección respiratoria subaguda de semanas de evolución refractaria a tratamiento antibiótico. Se observa lesión nodular eritemato-marrónácea infiltrada de 0,7 cm en cara lateral de mano izquierda, no ulcerada, que impresiona en un primer momento de esporotricosis. En pierna derecha presenta pápula eritematosa de 0,2-0,3 cm con centro erosionado. No se palpan adenopatías axilares ni inguinales. En el estudio histopatológico se observó dermatitis granulomatosa supurativa con cadenas de esporas pequeñas de morfología variable y otras esporas grandes aisladas, con el diagnóstico de micosis invasiva compatible con *Fusarium* y probable *Mucor*. Tras realizar cultivo microbiológico del tejido se constató que las estructuras micóticas observadas correspondían al género *Alternaria Alternata*, lo que permitió el diagnóstico definitivo de micosis cutánea invasiva por *Alternaria Alternata*. El paciente fue tratado con itraconazol oral 200 mg/día junto con la extirpación de las lesiones cutáneas, sin presentar recidiva durante un seguimiento de 7 meses.

Conclusiones. La alternariosis cutánea es una infección inusual causada por hongos dematiáceos patógenos de plantas. La mayoría de los casos se dan en sujetos inmunocomprometidos, especialmente en receptores de trasplante de órgano sólido. La vía de transmisión más frecuente es mediante inoculación directa tras un traumatismo, aunque también se ha descrito la adquisición por inhalación de conidios fúngicos. Las lesiones suelen presentarse como pápulas, placas, nódulos y úlceras únicas en áreas expuestas. El tratamiento no está estandarizado, pero en estudios recientes se han visto mayores tasas de curación con la combinación de cirugía y tratamiento antifúngico sistémico.

Destacamos la rareza de este caso tanto por tratarse de una infección poco frecuente como por su forma de presentación atípica que simulaba una esporotricosis.

6. UNA ONICODISTROFIA DE CAUSA POCO COMÚN

M.I. de la Hera Matute^a, M. Leiva Salinas^a, J. Navarro Pascual^a, C. Ortuño Gil^a, A. Sánchez Serrano^b, D. Sánchez Gutiérrez^c y S. Ortiz Reina^c

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor. San Javier. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. España.

Caso clínico. Un varón marroquí de 59 años de edad consulta por onicodistrofia de las 20 uñas de años de evolución. Entre sus antecedentes destacan una polineuropatía sensitivo-motora en guante y calcetín y una poliartritis seronegativa. Había sido diagnosticado de crioglobulinemia mixta 14 años antes, que evolucionó a la mejoría con corticoides orales y una biopsia de dermatitis granulomatosa inespecífica de curso fluctuante. Obtuvimos un cultivo de uñas negativo para hongos y se objetiva una facies leonina incipiente con pérdida de colas de cejas, placas eritematosas anulares simétricas en torno a codos y en zona lumbar, máculas hipopigmentadas occipitales (todas ellas hipoestésicas), engrosamiento de los nervios cubitales y mano en garra cubitomediana bilateral. Con la sospecha clínica de lepra se obtienen biopsias que demuestran la presencia de un infiltrado granulomatoso perineural y perianexial con tinción de Fite positiva para micobacterias y PCR positiva para *Mycobacterium leprae* del fondo de las biopsias. El paciente se ha tratado durante un año con la triple terapia de la OMS con resolución de las lesiones, negativización de la tinción de Fite y la PCR y con un único episodio de leprorreacción de tipo 1 controlado con dosis medias de corticoide oral.

Discusión. La lepra es una enfermedad endémica en determinadas regiones del mundo que en nuestro medio se considera una rareza, diagnosticándose a menudo en estados tardíos. Es fundamental controlar las leprorreacciones fruto de cambios inmunológicos durante y tras el tratamiento para evitar comorbilidades. La afectación ungueal y la crioglobulinemia son eventos que pueden suceder en la lepra.

7. LA CONFABULACIÓN DE LOS COCOS

J.P. Serrano Serra, F. Orts Paco Jose, J.C. Romera Pallarés, B. Rebollo Caballero, A. Agüera Sánchez y J. Navarro Pascual

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Se presenta un caso de una mujer de 54 años que manifestó concurrentemente el síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SPEE) y el síndrome del shock tóxico estreptocócico (SSTE), una afluencia aún no documentada en la literatura médica en el adulto. La paciente ingresó con fiebre, hipotensión y lesiones cutáneas extensas, cubriendo el 30% de su superficie corporal, con desprendimiento epidérmico y signo de Nikolsky positivo. Los análisis revelaron elevación de procalcitonina, hipoglucemia, acidosis metabólica y disfunción orgánica. Los cultivos identificaron *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina en el exudado faríngeo y *Streptococcus pyogenes* en hemocultivos, indicando la coexistencia de SPEE y SSTE. A pesar de la instauración de tratamiento empírico, la condición de la paciente se deterioró, evolucionando hacia fascitis necrotizante, sepsis y necesidad de amputación, culminando en su fallecimiento tras 15 días de hospitalización. Este caso subraya la complejidad y gravedad de las infecciones cutáneas mixtas por cocos grampositivos en la población adulta.

8. PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN TRATAMIENTO CON DUPILUMAB: SERIE DE 3 CASOS

M. Torrent García, C. Campoy Carreño, L. García Almazán, A.J. Castillo Botero, J. Pardo Sánchez, F. Alarcón Soldevilla, T.A. Hernández Gómez, F.J. de León Marrero, F.J. Allegue Gallego, L.F.J. Ruffín Villaloslada y Á. López Ávila

Servicio de Dermatología. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa subepidérmica más frecuente en población adulta en países desarrollados. Presenta una etiología autoinmune, causada por anticuerpos dirigidos contra componentes de la membrana basal, que se unen a dos proteínas hemidesmosómicas, los antígenos BP180 y BP230. En los últimos años, se ha investigado sobre el papel de la vía Th2 en la patogenia de la enfermedad debido a la sobreproducción de IL-4, IL-5 e IL-13. Dupilumab, es un anticuerpo monoclonal humano IgG4 con especificidad de unión al receptor IL-4R α , lo que bloquea la producción de IL-4 e IL-13. Se está incorporando en las últimas guías terapéuticas como opción eficaz para aquellos pacientes con resistencia o dependencia a los corticoides. Aunque la evidencia por el momento es escasa, los resultados son prometedores por su buena respuesta clínica, tolerancia y escasas interacciones farmacológicas. Presentamos una serie de tres pacientes con diagnóstico de PA en tratamiento con dupilumab en monoterapia con buenos resultados clínicos.

9. UN MAL HÁBITO Y UN VIEJO CONOCIDO: UNA RELACIÓN SINGULAR

J.F. Orts Paco^a, J.C. Romera Pallarés^a, B. Rebollo Caballero^a, J.P. Serrano Serra^a, J. Navarro Pascual^a, J. Ruiz Martínez^a y C. Godoy Alba^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Caso clínico. Caso 1: mujer de 63 años sin antecedentes de interés que consultaba por la presencia de lesiones dolorosas en miembros inferiores de unos 10 días de evolución y fiebre. Negaba antecedente traumático y cualquier otra sintomatología. A la exploración física, presentaba úlceras con un borde gris metálico y una base eritematosa en miembros inferiores. Destacaba el gran número de lesiones presentes. También presentaba una tumoración indurada y fija a planos profundos en región parotídea izquierda. La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia, aumento de los reactantes de fase aguda, trombocitosis reactiva, aumento de calprotectina y ANA + a título 1/320. La RMN mostró la presencia de un absceso intraparietotideo izquierdo. La biopsia mostró una infiltración masiva de neutrófilos en dermis con extensión al tejido celular subcutáneo, así como necrosis de la epidermis en la zona ulcerada. Se derivó a la paciente a digestivo que realizó colonoscopia que descartó enfermedad inflamatoria intestinal. Se instauraron pulsos de corticosteroides con paso posterior a ciclosporina con resolución de las lesiones. Caso 2: varón de 58 años que consultaba por presencia de úlceras en tronco, raíz de miembros, faciales y conducto auditivo externo de 6 meses de evolución, negando otra sintomatología. A la exploración física, presentaba úlceras múltiples localizadas preferentemente en tronco y región facial con un fondo fibrinopurulento y un borde eritematovioláceo. La biopsia informó de una región ulcerada con presencia de un infiltrado inflamatorio mixto compatible con pioderma gangrenoso en el contexto clínico adecuado. Se instauraron corticosteroides tópicos y orales con buena respuesta.

Discusión. El nexo de unión entre ambos casos es el consumo de cocaína de forma previa al desarrollo de las lesiones. Algunos casos de pioderma gangrenoso son inducidos por el consumo de cocaína. La presentación clínica de esta forma suele ser más extensa que las formas clásicas, con mayor cantidad de lesiones, mayor tamaño y localización predominante en tronco y región facial. Es fundamental el cese del consumo de cocaína además del tratamiento específico del pioderma gangrenoso.