



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

Reuniones de la Sección Territorial Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la AEDV

Bilbao, 13 de marzo de 2010

1. ANGIOHISTIOCITOMA DE CÉLULAS MULTINUCLEADAS GENERALIZADO

C. López Obregón^a, M.A. Arregui Murua^a, C. Lobo Morán^a,
P. Eguino Gorrochategui^a, M. López Núñez^a, A. Jaka Moreno^a
y L. Requena Caballero^b

^aHospital Donostia. San Sebastián. ^bFundación Jiménez Díaz.
Madrid. España.

Introducción: El angiohistiocitoma de células multinucleadas es una proliferación vascular benigna de células fibrohistiocitarias, poco frecuente, con cerca de 70 casos publicados hasta el momento actual. Fue descrito por primera vez en 1985 por Smith y Wilson Jones. Afecta fundamentalmente a mujeres, localizándose preferentemente en dorso de manos, muñecas y extremidades inferiores. La variante generalizada es excepcional.

Caso clínico: Varón de 56 años que presentaba desde hacía 6 años una erupción lentamente progresiva con prurito ocasional. A la exploración presentaba decenas de pápulas eritematovioláceas y marrónáceas, ligeramente induradas, localizadas fundamentalmente en flancos y mitad inferior de la espalda. La biopsia cutánea mostraba una proliferación de capilares y vénulas en la dermis, acompañada de un infiltrado linfohistiocitario y células multinucleadas de contorno angulado.

Discusión: El angiohistiocitoma de células multinucleadas generalizado es una enfermedad extraordinariamente rara de la que tan sólo tenemos constancia de 4 casos. Dos de los pacientes presentaban las lesiones cutáneas en el contexto de un síndrome POEMS. Aportamos un nuevo caso de angiohistiocitoma de células multinucleadas generalizado sin asociación a ninguna otra enfermedad.

Palabras clave: Tumor benigno. Diagnóstico.

2. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M.C. Montis Palos^a, Z. Martínez de Lagrán^a, A. de Arcaya^a,
L. Carnero González^a, E. Acebo Mariñas^a, R. González Pérez^a,
B. Catón Santarán^b y R. Soloeta Arechavala^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica.
Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. España.

Introducción: El tumor de células granulares, también conocido como tumor de Abrikossoff, es una neoplasia rara, por lo general

benigna, de probable origen neuroectodérmico (células de Schwann). La mayoría de los casos son esporádicos aunque también se han descrito presentaciones familiares. Suele manifestarse como un nódulo solitario, indoloro y de crecimiento progresivo, inferior a 3 cm de diámetro. Generalmente se localiza en la lengua y menos frecuentemente en otras áreas.

Caso clínico: Mujer de 62 años que presentaba una lesión en región infraescapular izquierda de varios años de evolución que en los últimos meses había aumentado de tamaño y cambiado de consistencia. En la exploración física se apreciaba una masa subcutánea de 5 x 2 cm de diámetro, pétreo, desplazable, no adherida a planos profundos. La sospecha clínica inicial fue de lipoma calcificado. El estudio histológico fue sugestivo de tumor de células granulares profundo, con afectación completa del tejido celular subcutáneo. La inmunohistoquímica mostró positividad para S-100, enolasa neuronal específica y calretinina, siendo el índice proliferativo inferior al 1%. Aunque la malignidad de estos tumores es excepcional, las características de nuestro caso (tamaño, localización y profundidad de la lesión) llevaron a la exéresis completa de la misma y realización de estudio de extensión mediante radiografía de tórax y ecografía abdominal.

Conclusión: Presentamos un caso de una neoplasia infrecuente y con una presentación clínica no habitual, tanto por su localización como por su tamaño (superior a 3 cm) y por la llamativa afectación en profundidad a nivel histológico.

Palabras clave: Tumor benigno. Tumor de células granulares. Tumor de Abrikossoff.

3. NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ Y NEOPLASIA INTRAABDOMINAL: SIGNO DE MAL PRONÓSTICO

M. Julià Manresa^a, V. Almeida Llana^a, I. García-Río^a,
A. Martínez de Salinas^a y A. Viguri Díaz^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica.
Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Álava. España.

Introducción: El epónimo nódulo de la hermana María José hace referencia a la presencia de nódulos tumorales metastásicos en la región umbilical. Es un signo clásico, bien descrito en la literatura pero infrecuente. Se asocia a cáncer intraabdominal diseminado y es un signo de mal pronóstico.

Métodos: Presentamos 2 pacientes de 49 y 89 años de edad con nódulos de la hermana María asociados a un proceso neoplásico intra-

abdominal diseminado, de origen desconocido y de origen gástrico, respectivamente. Ambas pacientes presentaron una evolución fatal con una supervivencia inferior a los 2 meses tras el diagnóstico de las metástasis cutáneas periumbilicales.

Discusión: Entre el 1-10,4% de los tumores malignos internos metastatizan la piel, típicamente en forma de nódulos cutáneos, y hasta en el 0,8% representan la primera manifestación de un cáncer no diagnosticado. La presencia de los nódulos de la hermana María José se asocia en un 97% a procesos neoplásicos intraabdominales, destacando por su frecuencia los de origen digestivo y ginecológico. El interés de estos nódulos es principalmente diagnóstico ya que facilita la obtención de muestras para su estudio anatomopatológico. Sin embargo, suelen presentarse en estadios avanzados, de mal pronóstico, en los que el tratamiento es básicamente paliativo.

Palabras clave: Tumor maligno.

4. ASOCIACIÓN DE NEVUS EPIDÉRMICO Y NEVUS LENTIGINOSO MOTEADO: FACOMATOSIS PIGMENTOQUERATÓTICA

A. Giménez de Azcárate Trivez^a, G. Ruiz-Carrillo Ramírez^a, L. Marqués Martín^a, M. Navedo de las Heras^a, M. Pretel Irazabal^a y M.A. Idoate Gastearena^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El nevus epidérmico (NE) es un hamartoma que se origina a partir de un clon anormal de células, debido a una mutación somática durante la embriogénesis, que se manifiesta en forma de mosaico. Debido a esto, cualquier tipo de nevus puede hipotéticamente asociarse con alguna anomalía congénita en algún órgano derivado del mismo tejido embriológico. La mayoría de nevus epidérmicos se distribuyen a lo largo de las líneas de Blaschko, que presentan un aspecto variable según la localización.

Caso clínico: Varón de 5 años afecto de nevus epidérmico/sebáceo desde el nacimiento. Presentaba una placa alopecica amarillo-anaranjada en cuero cabelludo y lesiones similares en mejilla, labio superior y pabellón auricular ipsilaterales, adquiriendo un aspecto más verrucoso en región retroauricular. A los 2 años de vida desarrolló en hombro y brazo del mismo lado lesiones pigmentadas de aspecto moteado que planteaban diagnóstico diferencial entre *Nevus spilus* y lentiginosis unilateral parcial. Histológicamente el estudio de dicha lesión mostró hallazgos de nevus juntural, lo que apoya el diagnóstico de *Nevus spilus*. La asociación de nevus epidérmico y *Nevus spilus* se denomina facomatosis pigmentoqueratótica y puede asociar alteraciones neurológicas, oftalmológicas y esqueléticas. El examen oftalmológico y el desarrollo psicomotor del niño son normales hasta el momento actual.

Conclusión: Ante un nevus epidérmico es preciso un estrecho seguimiento dada, en primer lugar, su posible malignización en forma de carcinoma basocelular y, en segundo lugar, por su posible asociación a otras alteraciones cutáneas y extracutáneas que se deben descartar.

Palabras clave: Diagnóstico. Nevus. Melanoma.

5. TUMOR FIBROHISTIOCÍTICO PLEXIFORME EN EL PIE DE UNA ANCIANA

E. Acebo Mariñas^a, B. Catón Santarán^b, L. Carnero González^a, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya^a, I. Trébol Urra^a, I. Arrue Mitxelena^a y R. Soloeta Arechavala^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital de Santiago. Vitoria. Álava. España.

Introducción: El tumor fibrohistiocítico plexiforme (TFP) es una rara neoplasia mesenquimal de bajo grado de malignidad que suele

afectar el tejido subcutáneo de las extremidades superiores de niños y adultos jóvenes.

Caso clínico: Mujer de 75 años con un nódulo erosionado de 15 mm de diámetro en la planta del pie izquierdo, de 1 año de evolución, con sospecha clínica de melanoma amelanótico. El estudio histológico de la pieza quirúrgica reveló una tumoración multinodular infiltrante que ocupaba toda la dermis y parcialmente la hipodermis. Cada nódulo estaba constituido por fascículos de células fusiformes sin atipia, entremezcladas con células gigantes de tipo osteoclasto, con abundantes vasos y siderófagos en el estroma internodular. Tras la extirpación quirúrgica la paciente no ha presentado signos de recidiva después de 8 meses de seguimiento.

Discusión: El TFP fue descrito en 1988 por Enzinger y Zhang. Es de histogénesis desconocida y suele presentarse como un nódulo indoloro de menos de 3 cm de diámetro en el tejido subcutáneo. Rara vez afecta a la dermis y es excepcional su localización en el pie. Existen 3 subtipos histológicos: fibrohistiocítico, fibroblástico y mixto. El diagnóstico diferencial incluye, entre otros, el tumor de células gigantes de la vaina tendinosa y el tumor de células gigantes de partes blandas. El tratamiento es quirúrgico con márgenes amplios ya que recidiva hasta en el 40% de los casos. Se han descrito 2 pacientes con metástasis ganglionares y 3 con metástasis pulmonares entre los más de 100 casos publicados, por lo que se recomienda realizar seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: Tumor maligno. Tumor fibrohistiocítico plexiforme.

6. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE DISTRIBUCIÓN ZOSTERIFORME

B. Navajas Pinedo, J.A. Ratón Nieto, X. Eizaguirre Uriarte, S. Álvarez Sánchez, I. Allende Markixana y A. Palacios Abufón

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Introducción: En un 5-10% de las metástasis cutáneas el primario es desconocido, diagnosticándose premortem sólo en un cuarto de los casos. Frecuentemente se deben a adenocarcinomas. El patrón zosteriforme de metástasis es poco frecuente. Se localiza sobre todo en tronco y el primario sólo es conocido en el 12,5% (generalmente mama y pulmón).

Caso clínico: Varón de 75 años sin antecedentes de interés. En agosto de 2004 es intervenido de urgencia por colecistitis aguda gangrenosa con peritonitis biliar, realizándose una colecistectomía parcial. En octubre de ese año es diagnosticado de adenocarcinoma de próstata estadio IV con metástasis óseas que es bien controlado con hormonoterapia. En marzo de 2005, 7 meses tras la operación, acude a nuestra consulta por lesiones nodulares, algunas ulceradas, en el trayecto de la cicatriz de laparotomía en zona abdominal derecha sin pasar la línea media. Aunque la sospecha clínica inicial fue metástasis cutáneas de origen prostático, el estudio histológico con IHQ orientaba hacia metástasis cutáneas de adenocarcinoma intestinal, probablemente biliar. El TAC también mostró metástasis hepáticas. En julio de 2005 desarrolla un cuadro oclusivo intestinal con carcinomatosis peritoneal. El paciente es tratado con quimioterapia hasta que fallece 2 meses después.

Conclusiones: Presentamos un caso de metástasis cutáneas como primera manifestación de neoplasia interna (adenocarcinoma biliar) en paciente ya diagnosticado de otra neo avanzada (adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas). Destacamos el patrón «zosteriforme» peculiar de las lesiones sin poder asegurar si se debe a diseminación hematogena o a implantación en el momento de la intervención.

Palabras clave: Tumor maligno.

7. LESIÓN CUTÁNEA CENTROFACIAL DE RECIENTE APARICIÓN

I. García-Río^a, V. Almeida Llamas^a,
A. Martínez de Salinas^a, M. Julia Manresa^a
y V. Moreno Nieto^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica.
Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Álava. España

Introducción: La «foliculitis pseudolinfomatosa» (FSL) es una variante de la hiperplasia linfoide cutánea descrita por primera vez por McNutt en 1986. Es una entidad poco frecuente, con menos de 50 casos publicados en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 44 años, sin antecedentes de interés, que presentaba una lesión nodular eritematoviolácea en ala nasal derecha que creció rápidamente en 15 días, con discreto dolor. Se realizó una biopsia, observándose un infiltrado denso en dermis rodeando folículos y constituido por linfocitos CD20 y CD3, en la misma proporción. El reordenamiento genético (PCR) fue policlonal. La lesión remitió espontáneamente en 20 días. Se estableció el diagnóstico de «foliculitis pseudolinfomatosa».

Discusión: La FSL es un proceso raro, de naturaleza benigna, que se presenta clínicamente como un nódulo solitario en cara e histológicamente por un infiltrado linfocitario mixto CD3 Y CD20 rodeando los folículos pilosos. Se discuten posibilidades diagnósticas (pseudolinfoma, linfoma, etc.) y se comentan aspectos de esta entidad curiosa y desconocida.

Palabras clave: Linfoma.

8. MICOSIS FUNGOIDE FOLICULAR

M. Navedo de las Heras^a, G. Ruiz-Carrillo Ramírez^a,
L. Marqués Martín^a, A. Giménez de Azcárate Trivez^a,
M.A. Idoate Gastearena^b y P. Gil Sánchez^a

Departamentos de ^aDermatología y ^bAnatomía
Patológica. Clínica Universidad de Navarra.
Pamplona. España.

Introducción: La micosis fungoide folicular es una variante de micosis fungoide caracterizada por la presencia de infiltrados de linfocitos atípicos alrededor e infiltrando el folículo piloso. No suele presentar epidermotropismo y en la mayoría de los casos se observa una mucinosis folicular asociada. Esta variante de linfoma cutáneo T constituye un 10% de las micosis fungoides. Afecta a adultos localizándose preferentemente en cabeza y cuello.

Caso clínico: Mujer de 37 años que consulta por presentar placas eritematosas, pruriginosas y nódulos persistentes en región facial de 9 meses de evolución, extendiéndose progresivamente hacia la región cervical. Realizaba tratamiento con corticoides e inmunosupresores tópicos en el último mes con mala evolución. En la biopsia se apreciaba un infiltrado linfoide de naturaleza T, CD-4+ de localización perifolicular, que se acompañaba de intensa mucinosis. Se realizó análisis molecular observando reordenamiento monoclonal del gen TCR γ . El diagnóstico fue de micosis fungoide foliculotropa. El estudio de extensión fue negativo. Se indicó tratamiento con prednisona a dosis altas (1 mg/kg) en pauta descendente durante 3 meses con resolución del cuadro.

Conclusiones: La ausencia de máculas o placas en zonas cubiertas y la ausencia de epidermotropismo de los linfocitos T atípicos pueden dificultar el diagnóstico inicial de micosis fungoide. Es necesario realizar una correlación clinicopatológica para establecer un diagnóstico certero.

Palabras clave: Tumor maligno. Linfoma. Tratamiento sistémico.

9. PAPULOSIS LINFOMATOIDE EN EDAD INFANTIL

P. Manrique Martínez^a, A. Fernández de Larrinoa^b,
J.L. Artola Igarza^a, V. Morillo Montañés^a,
A. Arechalde Pérez^a y A. Mariscal Polo^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Galdakao Usansolo.
Galdakao. ^bServicio de Anatomía Patológica.
Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción: La papulosis linfomatoide es un linfoma cutáneo de bajo grado de malignidad. Su curso es crónico y en su evolución puede asociarse a otro linfoma. Aunque puede aparecer a cualquier edad es poco frecuente en niños, habiéndose publicado no más de 60 casos en dicho grupo de población. El seguimiento y la monitorización son iguales en niños que en adultos.

Caso clínico: Varón de 10 años que con 8 años comienza con lesiones papulosas rojo violáceas en miembros inferiores, asintomáticas, que regresan en 1-2 meses, con hiper e hipopigmentación residual. El diagnóstico inicial fue de picaduras pero ante la persistencia de los brotes de lesiones, siempre en miembros inferiores, es remitido a dermatología. La biopsia de las lesiones para m. óptica e inmunohistoquímica mostró un infiltrado perivascular dérmico superficial y profundo, constituido por linfocitos e histiocitos y entre el que se observan algunas células linfoides grandes, de núcleos irregulares, algunos de ellos indentados. La epidermis muestra hipergranulosis y ligera hiperqueratosis. En el estudio inmunohistoquímico, la población linfoide está constituida por linfocitos T y se observan algunas células grandes que expresan CD30. El componente histiocitario expresa CD68. Con tinciones especiales no se observan bacilos ácido-resistentes ni hongos. El estudio de extensión fue negativo para la presencia de otro linfoma. Se optó por un tratamiento sintomático y revisiones programadas.

Conclusiones: La papulosis linfomatoide es una enfermedad linfoproliferativa, muy raramente descrita en la literatura médica y más aún en edad infantil.

Palabras clave: Linfoma.

10. ÚLCERAS DOLOROSAS EN PIERNAS COMO SIGNO DE CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL

M. Lorda Espés, R. Conejero del Mazo, C. Corredera Carrión,
V. Fuentelsaz del Barrio, M. Ara Martín, M.P. Grasa Jordán
y F.J. Carapeto

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

Introducción: Bien por la complejidad de su patogenia, bien por la inespecificidad de su espectro clínico, la crioglobulinemia mixta esencial es una entidad poco diagnosticada. La lesión cutánea más frecuente es la purpura palpable en extremidades inferiores, aunque el abanico de manifestaciones clínicas en la piel es amplio y común con otras patologías.

Material y métodos: Ingresó en la planta de nuestro servicio una mujer de 74 años con antecedentes de hipertensión y fibrilación auricular crónica con úlceras dolorosas limitantes en ambas piernas de 2 meses de evolución, diagnosticada 1 mes antes por el servicio de reumatología de vasculitis leucocitoclástica pendiente de filiación, por unas lesiones purpúricas en piernas y tratada con Dacortin 30 mg/día en pauta descendente con pobre respuesta. En la exploración física se apreciaban úlceras irregulares de diferentes tamaños en cara anterior y posterior de ambas piernas, así como pápulas purpúricas en cara anterior de ambos muslos con histopatología compatible con vasculitis leucocitoclástica. La inmunofluorescencia de las lesiones mostró depósitos de C3 y C4. En las analíticas se hallaron crioglobulinas policlonales positivas tipo Ig M e Ig G. Se trató a la paciente con ibuprofeno oral y curas tópicas de las úlceras con lenta pero buena evolución de las mismas.

Resultados: Se completó el estudio con serología (VHC), estudio de función renal y electroneurografía en busca de daño en órganos diana, llegando al diagnóstico de crioglobulinemia mixta esencial al no hallar ningún factor desencadenante ni enfermedad subyacente identificable.

Palabras clave: Vasculitis. Enfermedad sistémica. Diagnóstico.

11. SARCOIDOSIS SISTÉMICA TRAS REACCIÓN GRANULOMATOSA A TATUAJES FACIALES

I. Trébol Urrea^a, E. Acebo Mariñas^a, M.C. Montis Palos^a, I. Arrue Michelena^a, L. Carnero González^a, N. Saracibar Oyon^b y R. Soloeta Arechavala^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. España.

Introducción: La realización de tatuajes corporales es cada vez más frecuente en los países desarrollados. Sin embargo, esta práctica no está exenta de posibles efectos adversos, habiéndose descrito un amplio espectro de lesiones tumorales, infecciosas e inflamatorias en relación con los mismos.

Caso clínico: Mujer de 49 años de edad que consultó por prurito y lesiones papulosas de 6 meses de evolución en cejas y párpados. Se había tatuado dichas zonas en varias ocasiones, la última hacía 3 años. Se realizó biopsia cutánea encontrándose una reacción granulomatosa a cuerpo extraño con presencia de pigmento. Tanto la analítica como la placa de tórax fueron normales. La paciente recibió tratamiento con corticoides tópicos e intralesionales y con alopurinol oral con mejoría del cuadro. A los pocos meses de suspender el tratamiento consultó por la aparición de nuevas lesiones y por un cuadro de tos nocturna y astenia. Se realizó nueva biopsia en la que se observaba una dermatitis granulomatosa no necrotizante. En la radiografía de tórax se objetivaron adenopatías paratraqueales derechas e hiliares bilaterales compatible con el diagnóstico de sarcoidosis.

Discusión: La aparición de lesiones sobre cicatrices (cirugía, traumatismos, inyecciones, tatuajes, etc.) es una manifestación bien conocida de la sarcoidosis y pueden ser el único signo de enfermedad. Aunque las reacciones inflamatorias sobre tatuajes suelen ser de tipo granuloma a cuerpo extraño, es necesario realizar estudios complementarios y seguimiento, ya que también pueden ser el inicio de una sarcoidosis cutánea o sistémica.

Palabras clave: Enfermedad sistémica. Sarcoidosis. Tatuajes.

12. SÍNDROME DE SWEET PUSTULOSO INFANTIL

M.L. Zubiri-Ara^a, R. Baldellou-Lasierra^a, R. García-Felipe^a, A. Morales Callaghan^a, M. Bouthelie-Moreno^b y C. Hördner-Argarate^c

Servicios de ^aDermatología, ^bPediatría y ^cAnatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda es un cuadro raro en niños, que se caracteriza por placas edematosas, eritematosas, en ocasiones vesículo-pustulosas, que se acompañan de fiebre elevada, neutrofilia, denso infiltrado de neutrófilos en dermis y una rápida respuesta a los corticoides sistémicos. Su etiología puede ser variada, idiopática, secundaria a infecciones, inducida por fármacos, asociada a embarazo, a enfermedades inflamatorias y malignas, sobre todo hematológicas.

Caso clínico: Varón de 4 años y medio, español, sano, que ingresa por presentar desde hacía 4 días eritema y edema en párpado izquierdo que los padres atribuyen a una picadura, apareciendo posteriormente lesiones edematosas y pustulosas en la zona posterior del cuello, párpados y cara, que se acompañan de fiebre elevada. Inicia tratamiento con antibióticos orales y tópicos, sin mejoría; aparecen nuevas lesiones eritematosas y edematosos en tronco y extremidades. Inicialmente, al niño se le diagnostica de piodermi-

tis, se cambia el antibiótico, se toman cultivos cutáneos, citodiagnóstico de Tzanck, frotis faríngeo y hemocultivos que son negativos, se realiza una biopsia cutánea. En vista de la no buena evolución de las lesiones se sospecha de un síndrome de Sweet, añadiéndose corticoides sistémicos con una mejoría notable de su cuadro clínico. En la biopsia se observa una paniculitis mixta con predominio de neutrófilos. Todos los estudios realizados para descartar patología maligna asociada han sido negativos; en la analítica sólo se aprecia un aumento del título de ASLO.

Discusión: El síndrome de Sweet es una enfermedad muy rara en niños, asociada con frecuencia a infecciones respiratorias, pero es necesario realizar una completa evaluación para descartar la posibilidad de neoplasias subyacentes.

Palabras clave: Enfermedad sistémica.

13. DERMATOSIS NEUTROFÍLICA REUMÁTICA AMPOLLOSA

G. Ruiz-Carrillo Ramírez^a, L. Marqués Martín^a, M. Navedo de las Heras^a, B. Galarraga Gallastegui^b, E. Ornila Laraudogoitia^b, M.A. Idoate Gastearena^c y A. España Alonso^a

Departamentos de ^aDermatología, ^bReumatología y ^cAnatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: Las dermatosis neutrofílicas reumáticas (DNR) son una forma rara de manifestación cutánea de la artritis reumatoide. Se ha descrito una variante vesículo-ampollosa.

Caso clínico: Mujer de 79 años que presenta lesiones pruriginosas en extremidades superiores, inferiores y abdomen de 2 meses de evolución. Fue diagnosticada de fibrosis pulmonar y vasculitis leucocitoclástica con factor reumatoide positivo en septiembre de 2008, por lo que realiza tratamiento con deflazacort en pauta descendente, que al aparecer las nuevas lesiones ha aumentado a 60 mg/día. A la exploración presenta múltiples ampollas y vesículas, algunas de ellas con disposición anular, dispersas en muslos y abdomen. Se realiza biopsia punch y se solicita analítica.

Resultados: En la biopsia se aprecian ampollas sub e intraepidérmicas ocupadas por neutrófilos, con un denso infiltrado neutrofílico en la dermis. La inmunofluorescencia directa es negativa. En la analítica destaca VSG 1º hora: 42 mm, anticuerpos antiepidermis: negativo, anticuerpos anti-BP 180: negativo, FR: 11, anticuerpos antiproteínas citrulinadas: 55. Con el diagnóstico de DNR ampollosa se indica continuar con el tratamiento corticoideo apreciando buena evolución de las lesiones cutáneas. La paciente fallece en 5 semanas por insuficiencia respiratoria aguda.

Discusión: La DNR se caracteriza por pápulas, placas o nódulos en las superficies extensoras y las articulaciones. Anatomopatológicamente se caracteriza por un infiltrado neutrofílico denso en la dermis sin vasculitis. Hay 3 casos descritos en la bibliografía de DNR ampollosa.

Conclusiones: La DNR ampollosa forma parte del diagnóstico diferencial de las enfermedades ampollosas. La historia de artritis reumatoide, los hallazgos histológicos, la ausencia de depósito de anticuerpos y de anticuerpos antiepidermis circulantes orientan el diagnóstico.

Palabras clave: Enfermedad ampollosa. Enfermedad sistémica.

14. PÉNFIGO VEGETANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

C. Corredera Carrión^a, M.V. Fuentelsaz del Barrio^a, M. Lorda Espés^a, M. Ara Martín^a, A. Morales Moya^b, M.P. Grasa Jordán^a y F.J. Carapeto^a

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa. ^bCentro de Alta Resolución de Ejea de los Caballeros. Zaragoza. España.

Introducción: El pénfigo vegetante es una rara variante clínica de pénfigo vulgar que aparece en el 1-2% de los mismos y se caracteriza por la aparición de lesiones vegetantes predominantemente intertriginosas. Su principal diagnóstico diferencial es la piodermis-pioestomatitis vegetante.

Caso clínico: Mujer de 56 años de edad, con antecedentes patológicos de miocardiopatía dilatada, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que es remitida a nuestro servicio para diagnóstico y tratamiento de lesiones cutáneas malolientes de 3 meses de evolución. A la exploración física, en ambas regiones inguinales, zona perianal, vulvar y axila derecha, placas exudativas, sobreelevadas, eritematovioláceas, de contornos geográficos y bien definidos, con fisuración en el fondo de pliegues. En comisura labial derecha pápula verrucosa con pústulas puntiformes periféricas, de 1 cm de diámetro. En mucosas bucal, múltiples lesiones sobreelevadas blanquecinas. Biopsia cutánea: epidermis con intensa acantopapilomatosis, espongiosis eosinofílica, pústulas eosinofílicas, acantólisis y ampolla intraepidérmica; en dermis superficial, reacción inflamatoria con abundantes eosinófilos y escasos linfocitos. Inmunofluorescencia directa: positividad a IgG en espacios intercelulares epidérmicos. Tratamiento: corticoides orales a dosis elevadas y retinoides orales.

Discusión: Presentamos este caso por la rareza de esta variante de pénfigo vulgar y por la expresividad clínica del cuadro. Discutimos las posibles opciones terapéuticas.

Palabras clave: Enfermedad ampollosa.

15. INFECCIÓN POR *MYCOBACTERIUM CHELONAE* EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

R. Conejero del Mazo, M. Lorda Espés, V. Fuentelsaz del Barrio, C. Corredera Carrión, M. Ara Martín, M.P. Grasa Jordán y F.J. Carapeto

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: *Mycobacterium chelonae* está dentro del grupo de las micobacterias atípicas, es ubicua y de distribución universal. Las infecciones en humanos se agrupan en: infecciones localizadas, infección pulmonar e infección diseminada (esta última casi siempre relacionada con estados de inmunosupresión).

Caso clínico: Mujer de 76 años con antecedentes de artritis reumatoide seropositiva de 20 años de evolución, desde 2003 en tratamiento con adalimumab. Vista por nuestro servicio por aparición progresiva de lesiones de meses de evolución que consistían en placas eritemato-violáceas dolorosas, algunas exudativas, en extremidades. Se realiza biopsia cutánea con diagnóstico anatomopatológico de granuloma inflamatorio por micobacterias y microbiológico con baciloscopia (+) y cultivo (+) a *Mycobacterium chelonae*. Se suspendió adalimumab y se pautó tratamiento antibiótico con imipenem intravenoso y claritromicina oral con curación de las lesiones.

Discusión: El factor de necrosis tumoral alfa juega un papel muy importante en la reacción inmune frente a patógenos intracelulares; por ello, muchos de los efectos adversos que potencialmente pueden contribuir a una tasa elevada de morbimortalidad en pacientes con terapia anti-TNF se deben a la disminución de la resistencia a infecciones. A pesar de que las infecciones por micobacterias más frecuentes se producen por *Mycobacterium tuberculosis* cada vez se describen más infecciones por micobacterias atípicas.

Palabras clave: *Mycobacterium chelonae*. Micobacterias atípicas. Adalimumab. Anti-TNF.

16. TRASPLANTE DE MELANOCITOS AUTÓLOGOS SOBRE MEMBRANA AMNIÓTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL VITÍLIGO ESTABLE

L. Marqués Martín, L. Aguado Gil, M. Navedo de las Heras, G. Ruiz Carrillo y P. Redondo Bellón

Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El vitiligo es una enfermedad adquirida de la piel, que afecta al 1% de la población e impacta negativamente en la calidad de vida de un gran número de pacientes. El tratamiento quirúrgico

del vitiligo es una opción terapéutica reservada para aquellos pacientes que tienen una enfermedad estable de al menos 1-2 años de duración y que no han obtenido mejoría con los tratamientos médicos clásicos. La estabilidad consiste en la no extensión ni repigmentación, espontánea o con tratamiento, de las lesiones existentes, y es muy importante de cara al resultado final del procedimiento.

Material y métodos: Presentamos 2 pacientes con vitiligo estable de al menos 2 años de duración y sin respuesta a los tratamientos clásicos, que fueron tratados mediante trasplante de melanocitos autólogos. Mediante una biopsia de piel se procesaron y expandieron los melanocitos en el laboratorio durante 2 semanas. Finalmente se trasplantaron en un soporte de membrana amniótica sobre las áreas hipopigmentadas previa desepidermización con láser de CO₂.

Resultados: En ambos pacientes se obtienen unos resultados satisfactorios con tasas de repigmentación entre el 85-100% a los 6 meses postratamiento.

Discusión: El cultivo de melanocitos *in vitro* permite obtener gran cantidad de melanocitos de una pequeña biopsia de piel. La modalidad del trasplante en monocapa, y no en suspensión, favorece la adhesión de los melanocitos y requiere un menor número de células. La utilización del soporte de membrana amniótica aporta una mayor rapidez de epitelización debido a sus propiedades antiinflamatorias y antimicrobianas, y disminuye el riesgo de cicatrices hipertróficas; asimismo, provee un sustrato natural que ayuda a la proliferación y supervivencia de los melanocitos.

Palabras clave: Vitiligo. Tratamiento quirúrgico.

17. REACCIÓN CUTÁNEA AGUDA ATÍPICA SECUNDARIA A DOCETAXEL

V. Fuentelsaz del Barrio, C. Corredera Carrión, R. Conejero del Mazo, M. Lorda Espés, M. Ara Martín, M.P. Grasa Jordán y F.J. Carapeto

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

Introducción: Docetaxel es un agente quimioterápico perteneciente al grupo de los taxanos. Están descritos varios tipos de reacciones cutáneas secundarias a su uso como, por ejemplo, las eritrodisestesias palmo-plantares así como la hiperpigmentación serpigiosa supravenosa persistente, entre otras muchas.

Caso clínico: Mujer de 36 años de raza negra con antecedentes de hepatitis B, paludismo y carcinoma ductal infiltrante de mama en estadio IV (intervenida quirúrgicamente) que acude a urgencias de nuestro hospital por presentar erupción cutánea pruriginosa y dolorosa en zona periorbitaria bilateral, nuca, cara interna de antebrazos y muslos acompañada de artralgias, sensación distérmica y disestesias en manos y pies, a las 48 h de recibir quinta infusión de quimioterapia (docetaxel). A la exploración física se apreciaban hasta 4 tipos de lesiones cutáneas, aparentemente diferentes: 1) placas hiperpigmentadas, no infiltradas y dolorosas a la palpación localizadas de forma simétrica en cara interna de antebrazos y muslos; 2) eritema localizado en zona periocular y pabellones auriculares; 3) manchas lineales hiperpigmentadas en el trayecto venoso de la infusión, y 4) placa de aspecto eczematoso localizada en la nuca. La paciente ingresó en nuestro servicio para estudio y tratamiento. La evolución fue favorable, observándose una desca-mación residual en la mayor parte de las lesiones cutáneas que comenzó a los 7 días.

Discusión: Presentamos este caso por su presentación atípica, en la que identificamos varios tipos de reacción cutánea simultánea secundarios a docetaxel. Revisamos la literatura al respecto y hacemos hincapié en el reconocimiento, tratamiento y prevención de este tipo de reacciones cutáneas a quimioterápicos por parte de los dermatólogos.

Palabras clave: Reacción por fármacos. Eritrodisestesias. Docetaxel.

18. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA LOCALIZADA SECUNDARIA A BETALACTÁMICOS

A. Arechalde Pérez^a, P. Manrique Martínez^a, E. Camino Rodríguez^b, G. Bernaola Hortigüela^b, J.L. Artola Igarza^a, V. Morillo Montañés^a y A. Mariscal Polo^a

^aServicio de Dermatología. ^bSección de Alergología. Hospital de Galdakao Usansolo. Galdakao. Bizkaia. España.

Introducción: La pustulosis exantemática aguda localizada fue descrita en 2005 por Prange et al como una variante atípica de la pustulosis exantemática aguda generalizada. Los pocos casos descritos han sido desencadenados por amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, levofloxacino, paracetamol e ibuprofeno. Las lesiones pustulosas se localizan característicamente en cara, cuello o tórax.

Caso clínico: Varón de 33 años sin antecedentes médicos de interés, que consulta por la aparición de una erupción pustulosa peribucal a las 48 h de iniciar un tratamiento oral con amoxicilina. Las lesiones cedieron espontáneamente al retirar el medicamento. El paciente señala dos episodios idénticos a éste en los últimos 2 años. Ante la sospecha de una reacción a la amoxicilina se practicaron pruebas cutáneas y epicutáneas, que resultaron negativas. La analítica sanguínea fue normal y/o negativa. La prueba de provocación oral con cefuroxima (500 mg) reprodujo a las 48 h el cuadro cutáneo que se había manifestado previamente con amoxicilina, es decir, múltiples pústulas no foliculares en región peribucal. El paciente se negó a la práctica de una biopsia. El cultivo de hongos y bacterias fue negativo. Las lesiones se resolvieron sin tratamiento en pocos días dejando descamación y eritema residuales.

Discusión: La clínica —pústulas estériles aparecidas a las 48 h de la toma de la amoxicilina y su resolución espontánea al dejar el tratamiento— y la prueba de provocación positiva a la cefuroxima nos permiten retener el diagnóstico de pustulosis exantemática aguda localizada a betalactámicos.

Palabras clave: Reacción por fármacos.

19. ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES Y ERUPCIÓN DERMATOMIOSITIS-LIKE POR HIDROXIUREA

M. López-Núñez, J. Zubizarreta Salvador, A. Tuneu Valls, C. López-Obregón, B. Aseginolaza Zabaleta, S. Vildosola Esturo y A. López-Pestaña

Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: La hidroxiurea es un agente quimioterápico utilizado en el tratamiento de síndromes mielodisplásicos. Sus efectos adversos cutáneos son diversos. Presentamos el caso de un paciente que presentó úlceras en piernas y una erupción dermatomiositis-like durante el tratamiento con este fármaco.

Caso clínico: Varón de 74 años, con policitemia vera de más de 20 años de evolución para la que recibía tratamiento con hidroxiurea desde hacía 18 años. Acudió a dermatología por úlceras de pequeño tamaño en ambos maleolos externos, dolorosas, de 1 año de evolución. Presentaba también una erupción eritematoviolácea en áreas fotoexpuestas de cabeza y EESS con lesiones tipo pápulas de Gottron en dorso de manos. Se redujo la dosis de hidroxiurea, se añadió al tratamiento pentoxifilina y se pautaron curas con sulfadiazina argéntica, logrando una mejoría lenta de las úlceras. La erupción tipo dermatomiositis permaneció estable.

Discusión: La hidroxiurea actúa inhibiendo la síntesis de DNA. Se cree que sus efectos adversos cutáneos se deben a un efecto citotóxico acumulativo, localizado principalmente a nivel de la capa basal epidérmica. Las úlceras secundarias al tratamiento crónico con hidroxiurea suelen ser dolorosas y localizadas en zonas predispuestas a los traumatismos. La erupción dermatomiositis-like puede aparecer tras meses o años de iniciado el fármaco, y característicamente no se acompaña de afectación muscular. Con frecuencia es necesario interrumpir la terapia con hidroxiurea para

lograr la reepitelización de las úlceras, siendo la respuesta del rash tipo dermatomiositis más impredecible.

Palabras clave: Reacción por fármacos. Hidroxiurea. Dermatomiositis. Úlceras.

20. HIPERPIGMENTACIÓN RETICULADA EN ÁREAS FOTOEXPUESTAS INDUCIDA POR DILTIAZEM

A. Jaka Moreno^a, A. López Pestaña^a, A. Tuneu Valls^a, J. Zubizarreta Salvador^a, R. Baldellou Lasierra^b, N. Pérez Ormaechea^a y C. Lobo Morán^a

^aHospital Donostia. San Sebastián-Donostia. ^bServicio de Dermatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: El diltiazem es un calcioantagonista utilizado en el tratamiento de la hipertensión. Los efectos adversos cutáneos son poco frecuentes, destacando la urticaria, el prurito y el rash maculopapular. También se han descrito casos de lupus subagudo, síndrome de Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, vasculitis y fotosensibilidad. Recientemente se ha descrito una hiperpigmentación particular en áreas fotoexpuestas secundaria a diltiazem.

Caso clínico: Mujer de 66 años que consultó por lesiones pruriginosas en cara de 2 años de evolución que empeoraban con la exposición solar. Tenía antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con diltiazem y lisinopril desde hacía 5 años. En la exploración se observó una hiperpigmentación reticular marrón-grisácea a nivel de mejillas, pabellón auricular, cuello y V torácica. Además, presentaba un liquen plano pilar tipo alopecia frontal fibrosante con alopecia de cejas y pápulas faciales. La analítica y anticuerpos anti-nucleares fueron normales. En el examen histopatológico se observaban discretos infiltrados pericapilares linfoides con presencia de melanófagos en dermis. Se realizó el diagnóstico de hiperpigmentación secundaria a diltiazem, recomendándose la suspensión de dicho tratamiento, con aclaramiento progresivo de las lesiones.

Discusión: Aunque el diltiazem está comercializado desde hace más de 20 años, los primeros casos de este tipo particular de hiperpigmentación reticulada se han descrito en 2001. Desde entonces se ha referido un total de 13 casos en la literatura. En todos ellos, las lesiones aparecían a partir de los 6 meses. El tratamiento consiste en la fotoprotección y la suspensión del fármaco, desapareciendo progresivamente la pigmentación durante los meses siguientes.

Palabras clave: Reacción por fármacos. Pigmentación.

21. LUPUS CUTÁNEO EN PACIENTE PSORIÁTICO EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

A. Sánchez Díez^a, B. Blaya Álvarez^a, M. Zaldua^a, S. Pérez Barrio^a, I. Martínez de Lizarduy^a, A. Fernández de Larrinoa^b y J.M. Careaga Alzaga^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Caso clínico: Presentamos y discutimos el caso de un paciente psoriático grave multitratado que desarrolla lupus cutáneo tras recibir tratamientos biológicos.

Palabras clave: Reacción por fármacos.

22. UN NUEVO CASO DE ANGIOFIBROMAS FACIALES MÚLTIPLES UNILATERALES

C. Gómez Bringas, L. Díaz Ramón, M. Ballesterio Díez, I. Ocerin Guerra, N. Agesta Sánchez y M. Lázaro Serrano

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao. España.

Introducción: La esclerosis tuberosa es una genodermatosis multististémica de carácter autonómico dominante y penetrancia

variable. Los angiofibromas faciales múltiples son lesiones patognomónicas de esta entidad. La presencia de angiofibromas unilaterales es muy poco frecuente en el complejo de esclerosis tuberosa, con tan sólo 15 casos publicados en la literatura.

Caso clínico: Varón de 55 años sin antecedentes familiares, diagnosticado de esclerosis tuberosa con angiofibromas faciales unilaterales en hemicara derecha. No presentaba otras lesiones cutáneas características de la enfermedad. En el estudio posterior fue diagnosticado de angioliomas renales bilaterales, sin detectarse lesiones a otros niveles. Actualmente sigue tratamiento con láser CO2 con buenos resultados.

Discusión: Los angiofibromas faciales unilaterales son una forma inusual de la esclerosis tuberosa. En la mayoría de los casos descritos no se asocian a lesiones en otros órganos y únicamente se ha descrito un caso asociado a angioliomas renales. Se postula que, al igual que en la neurofibromatosis segmentaria, se trata de casos de mosaicismo debido a mutaciones poscigóticas tardías en el desarrollo embrionario.

Conclusiones: Aportamos un nuevo caso de esclerosis tuberosa con angiofibromas faciales unilaterales y con angioliomas renales como única expresión clínica.

Palabras clave: Genodermatosis.

23. SÍNDROME DE BROOKE SPIEGLER: NULA RESPUESTA TERAPÉUTICA CON ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN 3 PACIENTES

A. de Vicente Aguirre, J. Gardeazabal García, O. Lasa Elgezua, L. Aspe Unanue, J.L. Díaz Ramón y B. Navajas Pinedo

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. España.

Introducción: El síndrome de Brooke Spiegler es una genodermatosis de herencia autonómica dominante que se caracteriza por el desarrollo de múltiples tricopepteliomas que pueden asociarse a espiroadenomas y cilindromas. El tratamiento de estas lesiones es complejo y en muchos casos poco satisfactorio. El tratamiento quirúrgico o ablativo con láser CO2 es el *gold standar*. Recientemente se han publicado varios estudios con buena respuesta usando ácido acetilsalicílico y adalimumab de manera concomitante.

Caso clínico: Presentamos 3 casos de síndrome de Brooke-Spiegler con distinta expresividad clínica en tratamiento con láser CO2 en nuestras consultas, en los que iniciamos tratamiento con AAS. La respuesta clínica fue nula en los 3 casos.

Discusión: Recientemente se ha descubierto que el síndrome de Brooke Spiegler es debido a la mutación del gen CYLD. En última instancia este gen regula el NFκB y aumenta los niveles de TNFα. AAS bloquea el NFκB y por tanto inhibe la vía metabólica que ocasiona la mutación del gen CYLD.

Conclusión: Presentamos 3 casos de síndrome de Brooke Spiegler con nula respuesta al tratamiento con AAS. En nuestro caso solicitamos el uso compasivo de adalimumab en uno de los casos, pero no se concedió. Creemos que hacen falta más estudios y un tamaño muestral mayor para determinar si este tratamiento puede ser de alguna utilidad en este síndrome.

Palabras clave: Genodermatosis. Tratamiento sistémico.

24. MUCINOSIS CUTÁNEA ASOCIADA A VIH: PRESENTACIÓN DE UN CASO

I. Arrue Michelena^a, I. Trébol Urra^a, S. Goula Fernández^a, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya^a, R. González Pérez^a, N. Saracibar Oyon^b y R. Soloeta Arechavala^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. España.

Introducción: Las mucinosis cutáneas constituyen un amplio grupo de trastornos caracterizados por el depósito anómalo de mucina en

la piel. Este acúmulo puede ocurrir como un fenómeno aislado —formas primarias— o asociado a distintas patologías como enfermedad tiroidea, neoplasias o conectivopatías —formas secundarias—.

Caso clínico: Varón de 48 años de edad, con antecedentes de hipogonadismo, úlcera duodenal e intervenido por fístula anal que consultó por la aparición de lesiones pruriginosas localizadas en tronco y miembros, de 4 meses de evolución. Las lesiones eran placas eritematosas, infiltradas y con descamación en alguna de ellas. Se tomó una biopsia que demostró un infiltrado linfocitario perivascular, acompañado de depósito de mucina en dermis media y reticular. En la analítica se objetivó una linfopenia y alteración del perfil hepático, por lo que se amplió solicitando serología de VIH que resultó positiva. El paciente inició tratamiento antirretroviral y las lesiones cutáneas fueron mejorando progresivamente hasta su desaparición.

Discusión: El depósito de mucina en la piel se ha asociado a la infección por VIH, especialmente en forma de mucinosis papulosa o liquen mixedematoso. De forma aislada se han descrito acúmulos de mucina en pacientes infectados por este virus con clínica similar a la pitiriasis *rubra pilaris* o a la mucinosis eritematosa reticular. Se desconoce la relación entre el depósito de mucina y el VIH aunque las mucinosis cutáneas también se asocian a otras patologías en las que existe disfunción inmunológica, como el lupus eritematoso sistémico. La mejoría tras la instauración de la terapia antirretroviral apoyaría esta hipótesis.

Palabras clave: Miscelánea. Mucinosis. VIH.

25. MUCINOSIS FOLICULAR: EXCELENTE RESPUESTA A RADIOTERAPIA

A. Mariscal Polo^a, P. Manrique Martínez^a, V. Morillo Montañés^a, J.L. Artola Igarza^a, A. Arechalde Pérez^a, I. Bilbao Badiola^a e I. Imáz Murga^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Galdakao-Usánsola. Vizcaya. España.

Introducción: La mucinosis folicular (MF) fue descrita por Pinkus en 1957. Se clasifica en: localizada o generalizada, o primaria (MF de Pinkus) y secundaria, cuando se relaciona con otras enfermedades de la piel, sobre todo con linfomas de células T.

Material y métodos: Varón de 87 años, sin antecedentes de interés, que acude para valoración de lesiones muy pruriginosas de aproximadamente 3 años de evolución. A la exploración se observaban unas placas eritematosas e infiltradas, algo descamativas, de disposición anular, localizadas en tronco y extremidades, y placas sobre-elevadas, infiltradas con alopecia en área supraciliar izquierda. No se palpaban adenopatías. El diagnóstico clínico fue micosis fungoide con mucinosis folicular asociada.

Resultados: Se realizaron varias biopsias, no encontrando linfocitos atípicos en ninguna de las muestras, siendo diagnosticadas de dermatitis espongiótica con reacción psoriasiforme las lesiones del tronco y de mucinosis folicular las lesiones faciales. Las técnicas de inmunohistoquímica no fueron concluyentes. El resto de estudios complementarios, sin hallazgos significativos. Iniciamos tratamiento con puvaterapia resolviéndose las lesiones del tronco; sin embargo, las lesiones faciales no mejoraron, por lo que fueron tratadas con diferentes alternativas como corticoides tópicos en oclusión e infiltrados, terapia fotodinámica e isotretinoína oral. Debido a la ausencia de respuesta se trató con radioterapia superficial, 70 kv, administrándole 1.000 cGy en una sola sesión, presentando 2 meses después una respuesta completa.

Conclusión: Hemos querido presentar este caso por tratarse de una entidad poco frecuente, y por la escasa respuesta a los diferentes tratamientos empleados, y su rápida resolución con una sola sesión de radioterapia superficial.

Palabras clave: Miscelánea.

26. HIPOQUERATOSIS CIRCUNSCRITA ACRAL

I. Martínez de Lizarduy, B. Blaya Álvarez, R. Izu Belloso, J.M. Careaga Alzaga, M.J. Calderón Gutiérrez y A. Fernández de Larrinoa

Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Caso clínico: La hipoqueratosis acral circunscrita es una curiosa entidad recientemente descrita; desde entonces múltiples nuevos casos están siendo reportados. La clínica y la histopatología son muy características y presentan un fácil diagnóstico cuando se conoce este proceso. La etiología sigue siendo un misterio. Describimos un nuevo caso y realizamos una breve reseña de lo publicado hasta ahora.

Palabras clave: Miscelánea.

27. PÁPULAS CALCIFICADAS EN TÓRAX ANTERIOR

B. Blaya Álvarez^a, R. Izu Belloso^a, A. Sánchez Díez^a, S. Pérez Barrio^a, I. Martínez de Lizarduy^a, A. Fernández de Larrinoa^b y J.M. Careaga Alzaga^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica^b. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Introducción: El término osteoma cutis nos sirve para designar la presencia de tejido óseo maduro en la dermis y/o hipodermis, pudiendo existir múltiples causas.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedente de leucemia de linfocitos grandes granulares de reciente diagnóstico. Acudía para valorar unas lesiones discretamente pruriginosas en la zona preesternal de más de 20 años de evolución que habían ido aumentando en número progresivamente. A la exploración se objetivaba una placa pétreo preesternal de unos 20 × 15 cm, formada por la coalescencia de múltiples pápulas de menor tamaño de aspecto cicatricial, discretamente eritematosas. El paciente refería acné severo de predominio facial y en tórax anterior en su juventud. Tomamos biopsia de una de estas pápulas, que fue informada como osteoma cutis. Posteriormente, realizamos una radiografía de tórax en la que se apreciaban múltiples imágenes calcificadas en piel preesternal, una analítica en la que destacaban unos niveles discretamente disminuidos de fósforo en suero (2, 56 mg/dl) y algo elevados en orina (1.560 mg/24 h), con niveles de hormona paratiroidea, vitamina D y un producto fosforocálcico en sangre normales. También realizamos una segunda biopsia de una lesión más periférica y menos infiltrada que fue informada como engrosamiento fibroso cicatricial. Con todos estos datos diagnosticamos al paciente de osteoma cutis.

Discusión: Clásicamente, el osteoma cutis se ha dividido en 2 grandes subgrupos: una forma primaria, sin relación con lesiones preexistentes, y otra forma secundaria en la que las lesiones se asocian a algún proceso inflamatorio, traumático o neoplásico local previo. Dentro del grupo de los primarios encontraríamos los osteomas miliares múltiples de la cara.

Palabras clave: Miscelánea.

28. ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU CON BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON ETANERCEPT

M. Lázaro Serrano, M.R. González Hermosa, N. Agesta Sánchez, S. Gómez Muga, M. Ballester Díez e I. Allende Markixana

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Introducción: La acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH) es una dermatosis inflamatoria poco frecuente, que suele clasificarse como una forma localizada de psoriasis pustulosa. Los inhibidores

del TNF α han demostrado ser efectivos en el tratamiento de esta patología.

Caso clínico: Varón de 47 años remitido a nuestras consultas por eritema, descamación, formación de vesículas y onicodistrofia en 3.º y 4.º dedos de la mano derecha, de 1 año de evolución. Había recibido tratamiento tópico con antifúngicos, antibióticos, corticoides y derivados de la vitamina D, así como varios ciclos de antibioterapia sistémica, sin mejoría apreciable. En nuestro servicio, iniciamos tratamiento con acitretino, con buena respuesta inicial pero aparición posterior de nuevos brotes de lesiones pustulosas. Finalmente, en febrero de 2009, se inició tratamiento con etanercept, obteniéndose una mejoría clínica importante, que se ha mantenido en el tiempo, sin presentar nuevos brotes de la enfermedad.

Discusión: El tratamiento de la ACH continúa siendo difícil y en la mayoría de los casos no se consigue la remisión clínica a largo plazo. Recientemente, se han descrito casos con buena respuesta a los inhibidores del TNF α . El etanercept es una opción eficaz y segura para el tratamiento continuo, en monoterapia o combinado con otros tratamientos, de la ACH, que debe considerarse incluso en estadios tempranos de la enfermedad, para evitar el desarrollo de lesiones irreversibles.

Conclusión: Presentamos un caso de ACH refractaria con buena respuesta a etanercept. Los inhibidores del TNF representan una alternativa eficaz a tener en cuenta para el tratamiento de esta patología.

Palabras clave: Psoriasis. Tratamiento sistémico.

29. TRATAMIENTO MEDIANTE STRIPPING DE LA ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA

N. Ormaechea Pérez^a, A. Tuneu Valls^a, C. Lobo Morán^b, M.A. Arregui Murua^a, B. Aseginolatz Zabaleta^a, S. Vildosola Esturo^a y C. López Obregón^a

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

Introducción: La elastosis perforante serpiginosa (EPS) es una dermatosis caracterizada por la eliminación transepidermica de fibras elásticas. Es una entidad poco frecuente que afecta normalmente a varones menores de 30 años. Se localiza principalmente en la parte posterior del cuello, cara y extremidades superiores y los hallazgos histológicos son específicos. Actualmente se clasifica en 3 grupos: idiopática, asociada a otras enfermedades (como síndrome de Down o pseudoxantoma elástico) y secundaria a tratamiento crónico con penicilamina. El tratamiento a menudo es poco satisfactorio, por lo que destacamos en este caso la resolución del cuadro mediante la denudación de la superficie queratósica con celo (*stripping*).

Caso clínico: Varón de 13 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acudió por la aparición desde hacía 3 años de lesiones anulares queratósicas con discreta atrofia central en mandíbula izquierda y ambos pabellones auriculares. En la biopsia cutánea se pudo apreciar una hiperplasia epidérmica con eliminación transepidermica de fragmentos de fibras elásticas, por lo que se realizó el diagnóstico de EPS. Mediante sesiones repetidas de *stripping* se consiguió la resolución del cuadro.

Conclusión: El *stripping* consiste en la eliminación de la superficie queratósica de las lesiones mediante celo. El tratamiento de la EPS suele ser poco efectivo y existen pocos casos descritos en la literatura que hayan sido tratados mediante esta técnica. Por eso queremos destacar en este caso el *stripping* como una perla terapéutica en el tratamiento de la EPS localizada.

Palabras clave: Enfermedad del colágeno. Terapéutica física.

Pamplona, 23 de octubre de 2010

1. DERMATOSIS NEONATAL EN HIJO DE INMIGRANTE

I. García-Río, V. Almeida Llamas, M. Julia Manresa, A. Martínez de Salinas y A. Viguri Díaz

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Álava. España

Introducción: En los recién nacidos existen un gran número de enfermedades que pueden producir vesículas-ampollas, pústulas y nódulos. Presentamos un curioso caso en un hijo de un inmigrante y discutimos las diferentes dermatosis neonatales que suceden con mayor o menor frecuencia en dicha situación.

Caso clínico: Varón de 1 mes que acudió presentando unas lesiones asintomáticas en tronco. La madre, sudamericana, refería que dichas lesiones estaban presentes desde los pocos días de vida y que habían ido en aumento, sin otra clínica acompañante. Nacido en la semana 38 de gestación, el embarazo del niño había transcurrido sin incidencias, no refería hábitos tóxicos maternos y la serología TORCH materna no fue relevante. El parto fue normal y no presentaba antecedentes familiares de interés. En la exploración física se observaban lesiones vesículo-costrosas localizadas a nivel dorsal izquierda con un trayecto lineal hacia el abdomen izquierdo. Se realizó biopsia y a las 3 semanas se valora de nuevo al paciente observándose la resolución completa de las lesiones.

Discusión: Nos parece interesante este caso por el amplio abanico de diagnósticos diferenciales que nos planteó, siendo finalmente el estudio histológico convencional el que concluye el diagnóstico definitivo.

Palabras clave: Miscelánea.

2. LEPROMATOSA

A. Sánchez Díez^a, S. Kapetanovic García^b, A. Fernández de Larrinoa^c, I. Martínez de Lizarduy^a, S. Pérez Barrio^a, M. Lázaro Serrano^a y J.M. Careaga Alzaga^a

Servicios de ^aDermatología, ^bNeurología y ^cAnatomía Patológica. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción: La lepra es una enfermedad crónica causada por *Mycobacterium leprae*. Afecta principalmente a piel, nervios periféricos, mucosa de vías respiratorias y ojos. En muchas zonas del mundo ha supuesto y supone un importante problema de salud pública. Es una enfermedad de declaración obligatoria y la OMS proporciona el tratamiento de forma gratuita a todos los pacientes en todo el mundo, dentro de su plan de erradicación.

Caso clínico: Mujer natural de Venezuela que reside en Bilbao desde hace 7 años. En el último año refiere aparición de lesiones anulares en tronco y cara, así como áreas hipoestésicas en extremidades inferiores. Se realiza biopsia de una de las lesiones, que muestra múltiples bacilos dentro de los macrófagos. Con el diagnóstico de lepra lepromatosa se inician los trámites para la obtención del tratamiento y para la declaración de la enfermedad.

Conclusiones: Aunque cada vez se declaran menos casos de lepra, posiblemente nosotros nos encontraremos con más casos que en los últimos años, debido fundamentalmente a la importación de casos por el aumento de la inmigración.

Palabras clave: Infección. Lepra.

3. UN CASO ATÍPICO DE TIÑA NEGRA

M. Lorda Espés, S. Martínez Soriano, R. Conejero del Mazo, I. Rivera Fuertes, M.P. Grasa Jordán, M. Ara Martín y F.J. Carapeto

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

Introducción: La tiña negra es una micosis superficial producida por *Hortae werneckii*, un hongo dematiáceo polimórfico que tiene su hábitat en zonas tropicales y climas húmedos.

Caso clínico: Mujer de 24 años, española, residente desde hace 1 año en Irlanda, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital para valoración de una mancha asintomática en la planta del pie derecho de 6 meses de evolución. A la exploración física se aprecia una mácula hiperocrómica de color marrón claro de 4 cm de diámetro en la planta del pie derecho. Sin descamación, ni eritema ni patrón dermatoscópico sugestivo de lesión melanocítica. Ante la sospecha de tiña negra plantar se realiza un raspado de la lesión visualizando hifas y en la placa de cultivo se identifica como *Hortae wernickii*.

Resultados: Se inicia tratamiento con itraconazol oral 100 mg cada 12 h durante 1 mes y eberconazol tópico cada 12 h con posterior desaparición de la lesión.

Conclusión: La tiña negra es una micosis limitada a ciertas áreas geográficas (América Central y del Sur), poco frecuente en nuestro medio, así como la localización plantar que presenta la paciente, pues la mayoría de los casos afecta a las palmas de las manos. Se reconoce la hiperhidrosis como factor indispensable para la colonización de la piel por este hongo. El interés del caso que presentamos radica en lo poco frecuente de la localización de la lesión y que la paciente negaba antecedente de viajes o estancias en países donde *Hortae wernickii* tiene su nicho ecológico.

Palabras clave: Infección fúngica. Enfermedad tropical.

4. HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL. CASO CLÍNICO

V. de Benito Rica, O. Lasa Elgezua, S. Álvarez Sánchez, N. Agesta Sánchez, S. Gómez Muga y B. Navajas Pinedo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Introducción: La hiperplasia epitelial focal (HEF) o enfermedad de Heck es una rara enfermedad proliferativa benigna causada por el virus del papiloma humano (VPH). Presentamos un caso de esta enfermedad.

Caso clínico: Mujer de 17 años procedente del Perú que acudió a consulta con lesiones asintomáticas en la mucosa oral desde 7 años antes. En la exploración física se observaron lesiones planas, no papilomatosas en los labios, la lengua y la mucosa yugal. La biopsia escisional de una lesión mostró acantosis y focos de cambios citopáticos virales. El análisis virológico mediante PCR demostró VPH 13 en el tejido de biopsia y en el frotis de las lesiones. Se trató con imiquimod tópico al 5% 3 veces a la semana durante 3 meses, consiguiéndose la desaparición o la reducción del tamaño de las lesiones. Posteriormente se realizó ablación con láser de CO₂.

Discusión: Esta enfermedad, rara en caucásicos, se presenta entre los 3 y los 18 años de edad, predomina en mujeres y oriundos de América Central y del Sur. En su patogenia se implican factores inmunogenéticos del huésped y existe gran especificidad para los tipos 13 y 32 del VPH. Su tratamiento con imiquimod tópico ha sido empleado en muy escasas ocasiones pero con buen resultado.

Conclusiones: Analizar el genotipo de VPH mediante PCR tiene relevancia para diagnosticar esta enfermedad. El tratamiento con imiquimod tópico se puede considerar como tratamiento de inicio para aquellos casos de HEF sin regresión espontánea, y puede complementarse con láser de CO₂.

Palabras clave: Infección vírica. Tratamiento tópico. Tratamiento quirúrgico.

5. FOLICULITIS HERPÉTICA FACIAL: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Z. Martínez de Lagrán^a, I. Arrue Michelena^a, G. Ruiz-Carrillo Ramírez^a, M.C. Montis Palos^a, N. Saracibar Oyón^b, R. González Pérez^a y R. Soloeta Arechavala^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. España.

Introducción: Las manifestaciones cutáneas habituales de los herpesvirus son bien conocidas por los dermatólogos. Sin embargo, es infrecuente que esta familia de virus afecte a la unidad pilosebácea. Presentamos un caso de foliculitis herpética facial en un paciente inmunocompetente.

Caso clínico: Varón de 80 años, con psoriasis de larga evolución, bien controlada con la aplicación ocasional de corticoides tópicos. El paciente acudió a consulta refiriendo la aparición unos días atrás de una erupción pruriginosa en la mejilla derecha, sobre la que se había aplicado mometasona tópica, sin mejoría. A la exploración se observaba una lesión de morfología anular, sobreelevada, eritematosa y friable, con áreas vesiculosas y otras erosivas y costrosas. Se realizó estudio microbiológico (bacteriano y viral) y una biopsia cutánea, cuyos resultados condujeron al diagnóstico de foliculitis herpética por VHS-1. El paciente inició tratamiento con valaciclovir oral durante 14 días, con resolución de las lesiones. Para descartar posibles factores de inmunosupresión se realizó un estudio analítico completo, con resultado normal. Reinterrogado, el paciente refirió que solía utilizar de forma habitual tacrolimus tópico en la cara para evitar la aparición de psoriasis en esa zona.

Discusión: La foliculitis herpética es una entidad infrecuente, al menos si nos basamos en el número de casos descritos. Su presentación clínica es variable, pudiendo simular otras patologías y afectar principalmente a pacientes inmunodeprimidos. En nuestro caso, la aplicación mantenida de tacrolimus tópico probablemente haya favorecido el desarrollo de esta entidad.

Palabras clave: Infección vírica. Herpes. Foliculitis.

6. SEUDOPORFIRIA POR VORICONAZOL. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

J.I. Yanguas Bayona^a, M. Larrea García^a, M. Hervella Garcés^a, J. Mitxelena Ezeiza^a, C. Ros Martín^a y B. Bonaut Iriarte^b

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ^bServicio de Dermatología. Hospital García Orcyoyen. Estella. Navarra. España.

Introducción: El voriconazol es un antifúngico triazólico de segunda generación aprobado para el tratamiento de varias infecciones fúngicas y usado también de forma prolongada, como preventivo en pacientes trasplantados de médula ósea. Presentamos 3 casos de pseudoporfiria por voriconazol.

Casos clínicos: Caso 1: Varón de 34 años en tratamiento con voriconazol por aspergilosis cerebral postraumática. A los 4 meses de iniciado el tratamiento fue remitido a nuestro servicio por padecer queratitis, eritema en zonas expuestas y ampollas en manos. La determinación de porfirinas en orina fue normal. Las lesiones regresaron al suspender el fármaco. Caso 2: Varón de 68 años en tratamiento con voriconazol tras trasplante de médula ósea por LMA. Consulta a los 9 meses de iniciado el tratamiento por queratitis y ampollas en manos. La determinación de porfirinas en orina fue normal. Las lesiones regresaron al suspender el fármaco. Caso 3: Varón de 62 años de edad tratado con voriconazol por aspergilosis pulmonar. Consulta al mes y medio de iniciado el tratamiento por queratitis, eritema en zonas expuestas y ampollas en manos. La determinación de porfirinas en orina fue normal. El paciente ha continuado tomando el fármaco con fotoprotección exhaustiva.

Conclusión: Los efectos secundarios más frecuentes del voriconazol son alteraciones de la visión, de las transaminasas y cutáneas.

Se ha descrito un variado número de efectos cutáneos, tales como lesiones similares al lupus eritematoso, pseudoporfiria, fototoxicidad y fotoenvejecimiento acelerado con desarrollo de carcinomas espinocelulares y melanoma, siendo de todos ellos escasas las referencias existentes en la literatura.

Palabras clave: Reacción por fármacos.

7. HIPERPIGMENTACIÓN RETICULADA INDUCIDA POR DOCETAXEL

J. Mitxelena Ezeiza, C. Ros Martín, I. Yanguas Bayona, M.E. Iglesias Zamora, A. Valcayo Peñalba y R. Vives Nadal

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: La hiperpigmentación reticulada o serpinginosa que aparece a distancia de la zona de infusión del quimioterápico es un raro efecto adverso cutáneo del que sólo hemos encontrado 6 casos descritos en la literatura. El fármaco que se ha asociado con más frecuencia a esta manifestación clínica ha sido el 5-fluorouracilo, con 4 casos, 1 se ha asociado a idarubicina y otro a bleomicina.

Caso clínico: Varón de 17 años diagnosticado de un rabdomiosarcoma alveolar en fase metastásica y refractaria que acude a nuestra consulta por presentar una hiperpigmentación reticulada localizada en muslos y en zona lumbar de reciente aparición; el paciente estaba en tratamiento con gemcitabina y docetaxel desde hacía 5 meses.

Discusión: Tanto la gemcitabina como el docetaxel se han asociado raramente a hiperpigmentación cutánea. Hay 2 casos descritos de hiperpigmentación serpinginosa suprayacente a las venas empleadas para la infusión del fármaco asociados a docetaxel, ningún caso asociado a la gemcitabina. Se ha postulado que el patrón reticulado o serpinginoso, tanto en la zona de infusión como a distancia, sería debido a una hiperpigmentación postinflamatoria secundaria al daño vascular. Sin poder descartar el papel que haya podido tener la gemcitabina, pensamos, por lo expuesto anteriormente, que el agente causal es el docetaxel.

Conclusión: Presentamos el primer caso de hiperpigmentación reticulada secundaria a docetaxel.

Palabras clave: Reacción por fármacos. Pigmentación.

8. SARCOIDOSIS SECUNDARIA A ETANERCEPT: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

A. Palacios Abufón^a, L. Aspe Unanue^a, X. Eizaguirre Uriarte^a, I. Les Bujanda^b, I. Barredo Santamaría^c, I. Allende Markixana^a y M. Mendieta Eckert^a

Servicios de ^aDermatología y ^bMedicina Interna. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao. Usansolo. Galdakao. Vizcaya. España.

Introducción: Los anti-TNF-alfa son fármacos de comprobada eficacia para el tratamiento de la psoriasis y otras enfermedades inflamatorias crónicas. Son pocos y recientes los casos descritos de formación de granulomas y sarcoidosis en pacientes tratados con estos fármacos.

Caso clínico: Mujer de 30 años con psoriasis en tratamiento con etanercept desde hace 3 años y medio que ingresó por mareos, fiebre intermitente y visión borrosa. Suspendió tratamiento 1 mes antes, al comenzar con los síntomas, a pesar de lo cual no presentaba lesiones de psoriasis. La exploración neurológica era normal, y en la oftalmológica se objetivó una uveítis anterior granulomatosa. En la analítica presentaba una elevación del enzima convertidor de angiotensina, siendo el resto normal. El booster del PPD fue positivo pero años atrás había realizado tratamiento profiláctico con isoniazida. Se realizó análisis de líquido cefalorraquídeo, serologías, cultivos, resonancia magnética cerebral y de columna com-

pleta, potenciales evocados, todos ellos con resultado normal y descartando así enfermedad desmielinizante o meningitis tuberculosa. En la TC torácica se objetivaron adenopatías hiliares y mediastínicas significativas, por lo que se puncionó una mediante ecobroncoscopia, y su estudio demostró granulomas no caseificantes. Todos estos hallazgos nos llevaron al diagnóstico de sarcoidosis secundaria a tratamiento con etanercept.

Conclusiones: Recientemente se han descrito varios casos de sarcoidosis secundaria a tratamiento con anti-TNF-alfa, la mayoría de ellos debidos a etanercept. Se cree que el TNF-alfa juega un papel importante en la patogénesis de la sarcoidosis.

Palabras clave: Psoriasis. Reacción por fármacos. Tratamiento sistémico.

9. FENÓMENO RECALL-LIKE EN ZONA DE MASTECTOMÍA INDUCIDO POR QUIMIOTERAPIA CON DOXORRUBICINA LIPOSOMAL

R. Conejero del Mazo, I. Rivera Fuertes, M. Lorda Espés, S. Martínez Soriano, M. Ara Martín, M.P. Grasa Jordán y F.J. Carapeto

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

Introducción: El fenómeno *recall* es una reacción inflamatoria aguda en un área que ha sido previamente irradiada, la cual se desarrolla tras la administración de un fármaco, principalmente fármacos antineoplásicos.

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedentes de cáncer de mama derecha en 2004 intervenida de tumorectomía más radioterapia y hormonoterapia (5 años). En el año 2010 presenta un nódulo mamario izquierdo con infiltración de planos profundos, por lo que se realiza mastectomía radical modificada y quimioterapia. Tras la tercera infusión de doxorubicina liposomal presentó una lesión cutánea asintomática a nivel de la cicatriz de la mastectomía extendiéndose en días posteriores a tórax y abdomen izquierdos. Es diagnosticada de posible fenómeno *recall*. Dos semanas después, la lesión desapareció completamente.

Discusión: El fenómeno *recall* ha sido observado con diversos fármacos y como una reacción a la exposición a la luz ultravioleta. Las antraciclinas y taxanos son los responsables de la mayoría de los casos. El mecanismo de este fenómeno no es todavía conocido.

Resultados: En nuestro caso, tras la revisión de la historia clínica observamos que la radioterapia había sido administrada únicamente en la mama contralateral en 2004. Tampoco había antecedentes de quemaduras solares.

Conclusiones: Presentamos este caso con una lesión y evolución compatibles con un fenómeno *recall* pero en la mama contralateral a la radioterapia, que hemos denominado *recall-like* al haber descartado también otras posibles causas, no habiendo encontrado en la literatura ningún caso similar descrito, salvo la aparición de un fenómeno similar sobre lesiones previas de herpes zóster sin radioterapia previa. Desconocemos el significado de este hecho.

Palabras clave: Reacción por fármacos.

10. TUMOR MIXTO MALIGNO DE PARTES BLANDAS

V. Almeida Llamas^a, A. Viguri Días^b, I. García Río^a, M. Juliá Manresa^a y A. Martínez de Salinas Quintana^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción: Presentamos un caso de tumor mixto maligno de partes blandas, que ocasionalmente vemos en dermatología y con menos de 30 casos descritos en la literatura y comentamos el complejo capítulo de los tumores mioepiteliales de piel y tejidos blandos.

Caso clínico: Mujer de 74 años con antecedentes de HTP, diabetes II, hipotiroidismo, histerectomizada (endocervicitis), colecistectomizada e IQ de varices. En tratamiento con Estomil, Eutirox, Daflon, Dianben y Dilutol. Consulta en septiembre de 2009 por una lesión tumoral de 3 x 2 cm, de lento crecimiento (años), en primer dedo de pie derecho. Resto de exploraciones y analíticas de rutina normales. RMN: tumoración de aspecto benigno. Biopsia por truct: condrosarcoma mixoide, por lo que se practica amputación del dedo. El estudio histológico de la pieza quirúrgica muestra una lesión polilobulada, con áreas infiltrativas constituida por una proliferación celular, en que la mayoría son de pequeño tamaño y hábito plasmocitoide, con áreas más pleomórficas y mitosis. Las células se agrupan en nidos sólidos entre estroma mixoide y en algunas zonas se observan estructuras glandulares con doble revestimiento epitelial. Las células muestran positividad para: vimentina, citoqueratina AE1-AE3, CK7, calponina, S100 y proteína glial fibrilar ácida y negatividad para citoqueratina 20, actina, desmina y P63. El K67 es inferior al 10%. El CEA es positivo en el revestimiento tumoral de las áreas glandulares. La tumoración no ulcera piel y no invade el hueso subyacente. Diagnóstico: tumor mixto maligno de partes blanda. Al año de la IQ la paciente está bien

Conclusión: Se discuten las características clínico-histológicas, el enfoque y la naturaleza de este raro tumor.

Palabras clave: Tumor maligno.

11. SARCOMA GRANULOCÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Lázaro Serrano^a, F. Marco de Lucas^b, N. Vidaurrazaga Olivares^c, S. Pérez Barrio^c, A. Sánchez Díez^a, R. Izu Belloso^a y J.M. Careaga Alzaga^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Hematología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción: El sarcoma granulocítico es un tumor extramedular de células de estirpe mieloide que aparece habitualmente en el contexto de una leucemia mieloide aguda. Las formas primarias son infrecuentes y suelen plantear un reto diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 42 años, sin antecedentes de interés, que presentó una lesión nodular asintomática en pantorrilla izquierda hace 2 años, extirpada en otro centro y diagnosticada de posible linfoma angiocéntrico. El paciente se mantuvo estable hasta febrero de 2010, cuando aparecen 4 nuevas lesiones en extremidades inferiores y fue remitido a nuestro servicio. Se biopsió una de las lesiones, observándose una proliferación neoplásica de células monomorfas de pequeño-mediano tamaño en dermis profunda e hipodermis. El panel inmunohistoquímico fue positivo únicamente para CD45 (CD3, 30, 79a, 5, 15, 30, 56, 43, TDT, ALK, queratinas AE1/AE3, CK 20 y S-100 negativos), con un índice Ki-67 muy superior al 50%. El reordenamiento del TCR en la muestra y en sangre periférica no presentaba clonalidad. La analítica, el TAC body y la biopsia de médula ósea fueron normales. La muestra fue remitida al CNIO, identificándose la expresión de CD 31,68 y mieloperoxidasa en las células tumorales, permitiendo el diagnóstico de sarcoma granulocítico. Dada la alta probabilidad de desarrollar una leucemia mieloide aguda, se inició quimioterapia con respuesta favorable.

Discusión: El sarcoma granulocítico en pacientes sin patología hematológica es poco frecuente y la mayoría de los casos suelen diagnosticarse erróneamente como linfomas cutáneos. Es importante considerar esta entidad ante la sospecha de linfomas o sarcomas con características atípicas, ya que se ha comprobado que el tratamiento intensivo precoz aumenta la supervivencia en estos pacientes.

Palabras clave: Tumor maligno. Tratamiento sistémico.

12. METÁSTASIS CUTÁNEA NASAL TARDÍA

H. Borja^a, S. Vildósola^a, N. Ormaechea^a, A. Jaka^a, C. Lobo^b y J. Zubizarreta^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: Las metástasis cutáneas son un hallazgo poco frecuente, con una incidencia de hasta el 10%. La mayoría de las series indican que el melanoma es la principal fuente de metástasis a piel. Según un metaanálisis del año 2003, las neoplasias de órganos internos tienen una frecuencia de metástasis del 5,3%, siendo el cáncer de mama la causa más frecuente en mujeres y el de pulmón en varones.

Caso clínico: Mujer de 74 años con antecedente de neoplasia de mama diagnosticada el año 1993, estadio cT4N0M0. Es tratada con quimioterapia, cirugía y radioterapia; posteriormente recibe terapia hormonal con tamoxifeno durante 5 años. En mayo de 2010 acude a consulta de dermatología por presentar una lesión nodular eritematosa en punta de nariz de 1 año de evolución, la cual se describe como «nariz de payaso». Se realiza biopsia, el estudio histológico e inmunohistoquímico es compatible con el diagnóstico de metástasis cutánea de neoplasia de mama. El estudio de extensión tumoral muestra metástasis óseas y pulmonares.

Discusión: Ante un paciente con «nariz de payaso» se plantea un amplio diagnóstico diferencial, en el que se incluye la metástasis cutánea. Es importante valorar en la historia clínica la existencia de neoplasias previas.

Palabras clave: Tumor maligno. Metástasis cutánea.

13. GESTANTE CON ERUPCIÓN FLAGELADA

M. López-Núñez, A. Jaka Moreno, A. Tuneu Valls, A. López-Pestaña, M.A. Arregui Murua y B. Aseginolatz Zabaleta

Sección de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: Las erupciones en embarazadas suponen un reto diagnóstico en muchas ocasiones. Presentamos el caso de una gestante que acudió con una erupción flagelada.

Caso clínico: Mujer de 36 años, gestante de 39 semanas, remitida desde ginecología por erupción pruriginosa de 3 días de evolución. Presentaba placas eritematosas lineales, vesiculosas, distribuidas por tronco, miembros y cara. La paciente no presentaba estrías abdominales y no refería exposición solar. Dos días antes del inicio de la erupción había cenado en un restaurante japonés. Se pautó tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, con mejoría progresiva del cuadro cutáneo.

Discusión: El shiitake (*Lentinula edodes*) es un hongo muy utilizado en las gastronomías china y japonesa. En los países orientales hace años que se conoce la dermatitis por shiitake, y cada vez más en occidente debido a la generalización de su consumo. Esta dermatitis es muy característica, con pápulas y placas eritematosas muy pruriginosas diseminadas que adoptan una disposición lineal o flagelada. Se trata de una reacción tóxica probablemente producida por el lentinan, un polisacárido presente en el hongo. La erupción aparece a las 24-48 h después de ingerir el shiitake crudo o poco cocinado, y se resuelve en unos días. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Conclusiones: Presentamos esta curiosa erupción tóxica producida por hongos porque creemos que reconocerla es fundamental, ya que con el aumento del consumo de shiitake se podrían producir nuevos casos en nuestro medio. El interés de este caso reside además en que el cuadro se produjo en una mujer embarazada.

Palabras clave: Dermatitis eczematosa. Diagnóstico. Shiitake dermatitis.

14. SENSIBILIZACIÓN AL DISULFURO DE DIALILO. RESULTADOS EN NUESTRO SERVICIO DURANTE UN PERÍODO DE 8 AÑOS

R. González-Pérez, S. Goula Fernández, L. Carnero González, I. Trébol Urra, E. Acebo Mariñas, G. Ruiz-Carrillo y R. Soloeta Arechavala

Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. España.

Introducción: En una Reunión previa de la SVNAR (Bilbao 2002), presentamos 4 casos de sensibilización simultánea a disulfuro de dialilo —principal alérgeno del ajo— y Quaternium-15, planteando en aquel momento la posibilidad de una reacción cruzada entre ambos alérgenos. Por otro lado, varios autores españoles han constatado una prevalencia de la sensibilización al disulfuro de dialilo superior a la de otros alérgenos incluidos en la batería estándar del GEIDAC.

Objetivos: Establecer la prevalencia de la sensibilización al disulfuro de dialilo en nuestro entorno y estudiar la frecuencia de reacciones simultáneas entre Quaternium 15 y disulfuro de dialilo

Material y métodos: Desde marzo de 2002 a marzo de 2010 se han parcheado 1.260 pacientes con disulfuro de dialilo al 1% en vaselina, añadido a la batería estándar del GEIDAC.

Resultados: Se obtuvo una positividad al disulfuro de dialilo en el 3,7% de los pacientes estudiados, siendo relevante en el 73,91%. Esto sitúa al disulfuro de dialilo como el 7.º alérgeno más frecuente en nuestra serie. La sensibilización a este alérgeno se asoció de manera estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la profesión de ama de casa y con la clínica de pulpitis. En los 1.260 pacientes estudiados no evidenciamos ninguna reacción simultánea entre Quaternium 15 y disulfuro de dialilo.

Conclusiones: 1. La prevalencia y relevancia en nuestra área de la sensibilización al disulfuro de dialilo justificaría su inclusión en la batería estándar del GEIDAC. 2. No hemos observado nuevos casos de sensibilización simultánea entre disulfuro de dialilo y Quaternium-15, por lo que probablemente los hallazgos previos fueran coincidentales.

Palabras clave: Dermatitis eczematosa.

15. LA «PARANOIA» DE LOS PARABENOS

M. Hervella Garcés, M. Larrea García, C. Ros Marín, A. Larumbe Irurzun, M.E. Iglesias Zamora y J.I. Yanguas Bayona

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: Los parabenos (metil, etil, propil, butil y bencil parabeno) son ésteres del ácido parahidroxibenzoico, que se encuentran de forma natural en alimentos como la miel, frutas y verduras. Se introdujeron en los años treinta como biocidas eficaces y baratos en alimentos y cosméticos, y en estos siguen siendo actualmente los conservantes más utilizados. Los datos de que disponemos (Europa) nos indican que son los conservantes que originan las tasas más bajas de sensibilización alérgica por contacto. Alexander Fisher describió la «paradoja de los parabenos». En los últimos años hemos asistido al «pánico a los parabenos», alimentado por varios estudios toxicológicos y por el frenesí de los medios de comunicación y de grupos de consumidores que se han lanzado a conclusiones no probadas y a la difusión masiva en foros y páginas web de la supuesta intención de la industria cosmética de envenenar a los usuarios.

Métodos: Revisamos las claves de los polémicos estudios publicados entre 2000 y 2003 por los Dres. E. Routledge y P. Darbre.

Conclusiones: Aunque es evidente que se necesitan estudios adicionales de seguridad, a día de hoy no existe ninguna prueba de que los parabenos, a la concentración utilizada en cosméticos y alimentos, causen cáncer de mama ni actúen como disruptores metabólicos. Tanto el Cosmetic Ingredient Review Expert Panel como el

EC-Scientific Committee on Consumer Products han reevaluado la seguridad de los parabens en 2006 y 2008, y los han considerado seguros a las concentraciones autorizadas en cosméticos y alimentos.

Palabras clave: Epidemiología. Dermatitis eccematosa.

16. ESCLERODERMIA SISTÉMICA PROGRESIVA Y CARCINOMA DE CÉRVIX. ¿PARANEOPLASIA O CONCURRENCIA?

S. Vildósola Esturo, A. Tuneu Valls, A. López Pestaña, M.A. Arregui Murua, B. Aseginolatz Zabaleta y M. López Núñez

Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián. España.

Introducción: En grandes series de esclerodermia sistémica (ES) progresiva se ha encontrado una neoplasia asociada en aproximadamente el 4% de los casos, siendo el más frecuente el cáncer de pulmón, seguido del carcinoma de lengua y excepcional el carcinoma de cérvix. Por otro lado, diversos trabajos publicados señalan una alta prevalencia de cambios histopatológicos a nivel de cérvix uterino en mujeres afectas de ES.

Caso clínico: Mujer de 58 años de edad que fue remitida a nuestro hospital en febrero de 2010 para control y seguimiento de una ES rápidamente progresiva diagnosticada 1 año antes. Coincidiendo con nuestra consulta acudió al control anual de ginecología, donde se evidenció la existencia de un carcinoma de cérvix infiltrante y metastásico. La paciente falleció 5 meses más tarde debido a su enfermedad metastásica y compromiso sistémico de su esclerodermia.

Conclusión: Dada la espectacular rapidez en la progresión y agresividad de ambos cuadros nos planteamos si se trataba de un síndrome paraneoplásico o de una concurrencia de ambos procesos. Nos parece prudente señalar que se deberían realizar controles ginecológicos para diagnóstico precoz de cáncer cervical en mujeres con ES.

Palabras clave: Enfermedad del colágeno. Esclerodermia sistémica progresiva. Carcinoma cérvix.

17. DERMATOSIS EOSINOFÍLICA ASOCIADA A ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

C. Gómez Bringas, J.A. Ratón Nieto, J.L. Díaz Pérez, M. Ballesteros Díez, I. Ocerin Guerra y E. Acebo Mariñas

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Bizkaia. España.

Introducción: La dermatosis eosinofílica asociada a enfermedades hematológicas es un proceso reactivo que puede dar lugar a diferentes manifestaciones clínicas y se describe en la mayoría de las ocasiones asociada a pacientes con leucemia linfática crónica (LLC).

Pacientes y métodos: Durante el verano de 2010 hemos tenido la oportunidad de estudiar 3 pacientes (2 mujeres y 1 varón, con edades comprendidas entre los 53 y los 73 años) de los cuales 2 padecían LLC y otro había sido recientemente diagnosticado de linfoma difuso de células B y que habían desarrollado de forma espontánea erupciones cutáneas pruriginosas consistentes en múltiples lesiones en forma de pápulas o placas eritematovioláceas. A todos ellos se les realizó una biopsia de las lesiones observándose un intenso infiltrado inflamatorio dérmico con un importante componente eosinofílico en las mismas y sin evidencia de infiltración neoplásica.

Conclusión: La dermatosis eosinofílica asociada a enfermedades hematológicas es una entidad de carácter reactivo bien conocida por los dermatólogos y que ha tenido diferentes denominaciones a lo largo de los años. Su importancia consiste en el hecho de que, en aproximadamente la mitad de los casos publicados más reciente-

mente, su aparición viene acompañada de una progresión de la enfermedad de base, por lo que deberemos tenerla en cuenta para hacer diagnóstico diferencial y descartar una infiltración cutánea específica por células neoplásicas.

Palabras clave: Enfermedad sistémica. Miscelánea.

18. ERITEMA NECROLÍTICO MIGRATORIO Y SÍNDROME DEL GLUCAGONOMA

N. Ormaechea Pérez^a, M.A. Arregui Murua^a, M. López Núñez^a, A. Jaka Moreno^a, A. López Pestaña^a, J. Zubizarreta Salvador^a y C. Lobo Morán^b

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: El síndrome del glucagonoma es un fenómeno paraneoplásico caracterizado por la presencia de un tumor pancreático secretor de glucagón y de eritema necrolítico migratorio (ENM). Puede estar acompañado de diabetes mellitus, pérdida de peso, anemia, estomatitis, tromboembolia y alteraciones gastrointestinales y psiquiátricas.

Caso clínico: Mujer de 70 años que acudió debido a lesiones cutáneas de meses de evolución y síndrome constitucional. A la exploración presentaba máculas eritematosas con borde erosivo en región perineal, interdigital y extremidades inferiores. Además presentaba queilitis angular y glositis. En la analítica se detectó hiperglucemia, anemia y aumento de glucagón. La biopsia cutánea fue compatible con estados deficitarios nutricionales. En la tomografía computarizada se observó una tumoración en cola de páncreas sugestiva de neoplasia, y trombosis de ambas venas ováricas. Se instauró tratamiento con nutrición parenteral y somatostatina consiguiendo el aclaramiento de las lesiones cutáneas. Posteriormente se realizó una pancreatoclectomía corporocaudal con esplenectomía, que correspondió histológicamente a tumor endocrino pancreático. La paciente falleció debido a complicaciones postoperatorias.

Discusión: El ENM se caracteriza por la presencia de máculas eritematosas anulares con descamación en el borde activo localizadas en la región perioral, periné, glúteos y región distal de extremidades. Además puede presentar queilitis angular, estomatitis y glositis dolorosa. La necrosis epitelial superficial es el hallazgo histológico más específico aunque no exclusivo. La somatostatina disminuye la producción de glucagón, consiguiendo así la resolución de las lesiones cutáneas. Sin embargo, el tratamiento de elección es la extirpación del tumor siempre que sea posible.

Palabras clave: Enfermedad sistémica. Tumor maligno.

19. FASCITIS EOSINOFÍLICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

S. Martínez Soriano, M. Lorda Espés, I. Rivera Fuertes, R. Conejero del Mazo, M.P. Grasa Jordán, M. Ara Martín y F.J. Carapeto

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

Introducción: La fascitis eosinofílica se manifiesta como induración e inflamación dolorosa que afecta de forma simétrica a partes proximales de extremidades conservando regiones distales libres de lesiones y con ausencia de participación sistémica.

Caso clínico: Varón de 58 años que es remitido a nuestra consulta para estudio de lesiones cutáneas que se acompañan de cuadro constitucional (astenia y pérdida de hasta 9 kg de peso) de 6 meses de evolución. A la exploración el paciente presentaba placa de gran tamaño con intensa induración a nivel de pared abdominal y placas de similares características dispuestas formando un manguito a nivel de antebrazos y piernas. La epidermis tenía un aspecto brillante sin lesiones objetivables. A la palpación se delimitaban claramente los

distintos grupos musculares de las extremidades. No había afectación de manos ni de pies. No se objetivaba frialdad ni lesiones tróficas en zonas distales de dedos de manos y de pies. El cuadro cutáneo se acompañaba de dolores articulares no acompañados de inflamación de las articulaciones afectas, e intensa astenia y debilidad de la cintura escapular. Con la sospecha clínica de posible fascitis eosinofílica, al paciente se le realizó perfil general incluyendo estudio de autoinmunidad, serología de *Borrelia* y biopsia cutánea de la placa de antebrazo izquierdo. En el hemograma se observó eosinofilia de 6,5%, VSG elevada (72), los autoanticuerpos fueron todos negativos y la serología de *Borrelia* tuvo un resultado dudoso. La biopsia cutánea profunda confirmó el diagnóstico de fascitis eosinofílica.

Conclusiones: Presentamos un nuevo caso de fascitis eosinofílica, entidad poco frecuente en la práctica clínica habitual y que reúne todos los criterios clínicos, analíticos e histopatológicos para su diagnóstico.

Palabras clave: Enfermedad del colágeno. Diagnóstico.

20. PUSTULOSIS EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I. Rivera Fuertes^a, S. Martínez Soriano^a, M. Lorda Espés^a, M. Ara Martín^a, C. Delgado Beltrán^b, M.P. Grasa Jordán^a y F.J. Carapeto^a

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

Introducción: El síndrome SAPHO es una entidad caracterizada por una alteración ósea inflamatoria acompañada de ciertos procesos dermatológicos, siendo la pustulosis palmoplantar el más frecuente. Por otro lado, la pustulosis amicrobiana de las flexuras es un cuadro de pustulosis que se asocia con lupus eritematoso sistémico (LES).

Caso clínico: Mujer de 32 años con antecedente de LES desde los 17 años de edad, fumadora, en tratamiento con prednisona, azatioprina, hidroxicloroquina y suplementos de calcio. Ingresó en reumatología por desarrollar pústulas estériles en palmas y plantas, que después se extienden a extremidades, tronco, genitales y cuero cabelludo. Acompañado de sacroileítis derecha. La biopsia cutánea muestra una pústula intraepidérmica esponjiforme, repleta de neutrófilos, y un infiltrado dérmico perivasculoso linfocitario. Se descartan otras causas de pustulosis, como la medicamentosa o la infecciosa. La paciente mejora con antiinflamatorios, doxiciclina oral y corticoide tópicos. Al alta rebrotan las lesiones palmoplantares, y el servicio de reumatología añade tratamiento con tocilizumab, metotrexato y, posteriormente, etanercept. Es este último el que consigue atenuar las lesiones cutáneas, quedando actualmente escasas lesiones en las plantas de los pies.

Discusión: El diagnóstico final fue de síndrome SAPHO con pustulosis palmoplantar diseminada en paciente con LES. Pero la extensión de las pústulas al resto del cuerpo, incluidos región vulvar y cuero cabelludo, nos llevó a hacer diagnóstico diferencial con la pustulosis amicrobiana de las flexuras, que sí está asociada al LES, pero no afecta a palmas y plantas. No hemos encontrado ningún caso similar en la literatura.

Palabras clave: Enfermedad del colágeno.

21. ACNÉ RESISTENTE AL TRATAMIENTO COMO MANIFESTACIÓN DE ACROMEGALIA

A. Giménez de Azcárate Trivez, L. Aguado Gil, I. Irrarazábal Armendáriz, L. Marqués Martín, M. Navedo de las Heras y M.A. Idoate Gastearena

Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El acné es una alteración multifactorial de la unidad pilosebácea muy frecuente en la práctica habitual en dermatología.

Aunque son varias las hormonas que influyen en su patogenia, la mayoría de pacientes con acné no presentan una alteración endocrinológica. Ésta ha de sospecharse en casos de acné severo, de comienzo brusco y/o resistente al tratamiento así como en aquellos pacientes que presenten sintomatología asociada.

Caso clínico: Mujer boliviana de 35 años que presentaba acné (con lesiones atípicas) desde hacía 2 años. Refería alteraciones menstruales pero no aumento de vello corporal. Se realizó estudio hormonal que descartó la presencia de hiperandrogenismo. Se indicó isotretinoína oral con cierta mejoría, pero 2 meses después de suspender el tratamiento las lesiones reaparecieron. Ante la mala respuesta al tratamiento se sospecha la existencia de una enfermedad subyacente. Una profunda anamnesis y exploración física mostraban un cuadro compatible con acromegalia que posteriormente se confirmó mediante estudio endocrinológico.

Discusión: En la acromegalia existe una afectación cutánea variable que incluye aumento de la secreción grasa. No obstante, el acné no es un hallazgo común de esta enfermedad aunque hay varios casos descritos.

Conclusiones: Ante un acné atípico, con mala respuesta al tratamiento, el dermatólogo debe sospechar una posible enfermedad subyacente. En algunas ocasiones la acromegalia se presenta con un conjunto de manifestaciones que simulan el síndrome de ovario poliúístico.

Palabras clave: Acné. Enfermedad sistémica.

22. RECONSTRUCCIÓN DE ALA NASAL TOTAL MEDIANTE PLASTIA DE TRANSPOSICIÓN DE SURCO NASOGENIANO E INJERTO DE CARTÍLAGO AURICULAR

S. Goula Fernández, L. Carnero González, R. González Pérez, G. Ruiz-Carrillo Ramírez, I. Trébol Urra, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya y R. Soloeta Arechavala

Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción: La pirámide nasal es una estructura anatómica sumamente visible que además es frecuente lugar de asentamiento tumoral. En ocasiones, para realizar la extirpación de la lesión, es precisa la exéresis de mucosa, cartílago y piel suprayacente. La cirugía dermatológica constituye en estos casos un reto terapéutico que en primer lugar intentará la extirpación completa de la neoplasia y en segundo lugar la reconstrucción del defecto anatómico, preservando en lo posible la armonía facial.

Caso clínico: Varón de 67 años con una lesión en todo el espesor del ala nasal izquierda cuya biopsia fue informada de carcinoma epidermoide. Las pruebas de imagen descartaron afectación a distancia. Se realizó exéresis más plastia de transposición de mejilla e injerto de cartílago auricular izquierdo bajo anestesia general. Dicha técnica utiliza un colgajo de transposición modificado del surco nasogeniano que posteriormente se dobla sobre sí mismo y que, gracias al injerto auricular colocado en el centro del pliegue, permite la conformación de una neóala nasal. Posteriormente se realizó tratamiento adyuvante con radioterapia, obteniéndose finalmente buen resultado clínico y estético.

Conclusión: Presentamos el caso de una reconstrucción de pared nasal mediante plastia de transposición e injerto de cartílago auricular. Esta técnica se emplea en defectos de nariz con implicación cartilaginosa y que por consiguiente precisan de un material sustitutivo que impida el hundimiento del ala nasal, así como de un buen resultado funcional y estético por la localización de la lesión.

Palabras clave: Tratamiento quirúrgico.

23. CARCINOMA ESPINOCELULAR EN RAÍZ DE ANTEHÉLIX

M. Navedo de las Heras, L. Marqués Martín,
A. Giménez de Azcárate Trivez, I. Irarrazaval Armendáriz
y P. Redondo Bellón

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: En la porción anterior del pabellón auricular, en concreto sobre el antehélix y su raíz, la piel está directamente adherida al cartilago subyacente sin apenas existir tejido celular subcutáneo. Este hecho limita al máximo la reconstrucción en esa localización tras la exéresis de lesiones tumorales.

Caso clínico: Varón de 74 años trasplantado renal afecto de carcinoma espinocelular en raíz de antehélix de varios meses de evolución. Tras extirpación de la lesión junto al cartilago subyacente afecto, se diseña un cierre a partir de la piel postauricular. Para ello se dibuja un «bolsillo» en la piel posterior que, una vez disecada, tras perforar el pabellón auricular, se rota hacia la porción anterior para cubrir el defecto. Para suturar el borde superior del defecto con el inferior del colgajo rotado se hace una incisión superficial en este último, que favorece el movimiento sin dañar el pedículo.

Conclusiones: Se trata de una reconstrucción original, que no hemos encontrado descrita en los libros de cirugía cutánea. El resultado es muy satisfactorio, sin asimetría del pabellón auricular. El diseño es plausible gracias al remanente de piel existente en la región postauricular que favorece el deslizamiento del tegumento.

Palabras clave: Tumor maligno. Tratamiento quirúrgico.

24. CIRUGÍA DE MOHS HECHA SENCILLA

J.L. Artola Igarza^a, P. Manrique Martínez^a, A. Arechalde Pérez^a,
V. Morillo Montañés^a, I. Zabalza Estévez^b, A. Saiz López
e I. Imaz Murga^b

^aServicio de Dermatología. ^bSección de Anatomía Patológica. Hospital Galdakao-Usansolo. España.

Introducción: La cirugía de Mohs (CM) es el estándar oro en el tratamiento de diferentes tipos de cáncer de piel no melanoma. Desde que Frederick Mohs empleara en la primera mitad del siglo XX la pasta de cloruro de zinc hasta su uso habitual con cortes en congelación, la cirugía micrográfica controlada al microscopio o CM, han pasado muchas vicisitudes y modificaciones de la técnica. También se conoce como cirugía micrográfica controlada sin interrupción para diferenciarse del mal llamado Mohs lento o CM diferida (en parafina) y de la cirugía con control histológico de márgenes en 3-D. La característica más importante es el estudio del 100% del margen quirúrgico, a diferencia de la cirugía estándar, en que se extrapolan los resultados del estudio de cortes representativos de los márgenes quirúrgicos. La comprensión espacial de la CM es compleja y por ello esta comunicación pretende explicar la CM de forma sencilla («made easy»).

Material y métodos: Se presenta iconografía propia, desde la instauración de la técnica en 2007 en el hospital Galdakao, y también iconografía publicada en la literatura médica desde la descripción de la técnica hasta nuestros días.

Objetivos: Explicación ilustrada de la técnica de cirugía de Mohs de forma sencilla y comprensible para dermatólogos que no sean expertos en cirugía dermatológica avanzada.

Conclusiones: La cirugía dermatológica oncológica precisa una orientación espacial para entender el crecimiento tumoral. Mediante el empleo y la difusión de la cirugía de Mohs se puede llegar a una mayor comprensión de la biología tumoral.

Palabras clave: Diagnóstico. Tratamiento quirúrgico. Tumor maligno.

25. ESTUDIO DE VALIDACIÓN PARA UN PROGRAMA DE TELEDERMATOLOGÍA

P. Manrique Martínez, J.L. Artola Igarza, A. Arechalde Pérez,
V. Morillo Montañés y M.D. Ganzarain Legarra

Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao-Usansolo. España.

Introducción: En atención primaria, el uso de la tele dermatología posibilita el diagnóstico de lesiones cutáneas sin necesidad de acudir a la consulta de dermatología, lo cual puede llevar a una disminución de las visitas al especialista y a mejorar el acceso y uso de los recursos sanitarios. Previo a su puesta en marcha, resulta imprescindible evaluar su fiabilidad (concordancia diagnóstica), lo que requiere contrastar los resultados obtenidos mediante tele dermatología con el «gold standar», que en este caso es la consulta dermatológica tradicional presencial.

Objetivo: Comparar la concordancia entre el diagnóstico realizado mediante consulta de tele dermatología diferida, *store-and-forward* y consulta de dermatología cara a cara

Conclusiones: El estudio piloto tiene como resultado un índice simple de concordancia alto (73,2%) y no han surgido problemas técnicos relevantes con la aplicación informática, lo que señala que el sistema de tele dermatología, objeto de análisis, podría ser empleado como una herramienta de cribado fiable en centros de atención primaria. Este trabajo ha sido realizado por: dermatólogos del Hospital de Galdakao-Usansolo, médicos de atención primaria del Centro de Salud de Landako (Comarca Interior): Iñaki Aguirrebeitia Celaya, Ana Llama Guerra, José Luis Balentziaga Muñoz, servicio de Informática del Hospital de Galdakao-Usansolo: Begoña Segurola Álvarez, subdirección de Informática y Sistemas de Información de Osakidetza: Martín Begoña Oleaga. Osteba (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias): Estibaliz Orruño Aguado, Jose Asua Barrantita, Susana Iglesias Tamayo. Belén Llanos Dorronsoro, responsable del Ambulatorio de Durango. Dirección del Hospital de Galdakao: Santiago Rabanal Retolaza, Julián Salvador Blanco, Jon Guajardo Remacha.

Palabras clave: Diagnóstico.

26. PECOMA CUTÁNEO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS SEGMENTARIA: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y DE LA CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA

L. Marqués Martín^a, M.P. Gil Sánchez^a, M. Navedo de las Heras^a,
A. Giménez de Azcárate Trivez^a, M.I. Irarrazabal Armendáriz^a
y M.A. Idoate Gaztearena^b

Departamentos de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El PEComa, también denominado tumor miomelanocítico de células claras, es una neoplasia inusual de histogénesis desconocida, que surge preferentemente en retroperitoneo, útero y abdomen. La afectación cutánea es rara, característicamente localizada en extremidades inferiores de mujeres adultas.

Caso clínico: Paciente de 35 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a nuestro centro para segunda opinión terapéutica de lesión en pierna izquierda de 1 año de evolución extirpada en agosto de 2010 con el diagnóstico de melanoma maligno de 5 mm de Breslow y nivel V de Clark. En marzo de 2010 esta misma lesión había sido biopsiada y catalogada de benignidad. A la exploración física se observan múltiples dermatofibromas y manchas café con leche sobre una zona de lentiginosis unilateral de distribución segmentaria.

Resultados: Se realiza el análisis histológico de las 2 muestras. En ambos casos se observa una tumoración dérmica con células de citoplasma claro con aisladas mitosis típicas y sin fenómenos de invasión. El estudio inmunohistoquímico es positivo para HMB-45, MITF y vimentina, y negativo para S-100. Asimismo, se diagnostica

a la paciente de neurofibromatosis segmentaria o tipo V según la clasificación de Ricardi.

Discusión: La asociación de PEComas con esclerosis tuberosa es bien conocida, en cambio raramente se ha asociado a neurofibromatosis. Hasta donde llega nuestro conocimiento, éste es el primer caso reportado de PEComa cutáneo con neurofibromatosis segmentaria.

Conclusiones: Presentamos este caso por su singularidad y para mostrar la importancia de una buena anamnesis y una adecuada correlación clínico-patológica.

Palabras clave: Diagnóstico. Genodermatosis. Tumor benigno. Tumor maligno.

27. LENTIGINOSIS UNILATERAL SEGMENTARIA: DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS

I. Irarrazaval Armendáriz, L. Marqués Martín, M. Navedo de las Heras, A. Giménez de Azcárate Trávez y M. Pretel Irazabal

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: La lentiginosis unilateral segmentaria (LUS) es un trastorno pigmentario poco frecuente, caracterizado por la aparición de múltiples lentigos, agrupados sobre piel normal, que siguen una distribución segmentaria unilateral sin sobrepasar la línea media. Si bien en la literatura actual no existe un acuerdo con respecto al tratamiento de esta enfermedad, una de las alternativas con las que se cuenta es el láser Alejandrita.

Caso clínico: 2 mujeres diagnosticadas de LUS, remitidas a nuestra consulta para valoración y tratamiento. La primera presentaba múltiples lentiginosis en hemicara izquierda desde el nacimiento y la segunda en hemicara, cuello, región escapular y espalda derecha, desde los 5 años de edad. No se encontraron otras lesiones dermatológicas, alteraciones neurológicas ni antecedentes familiares de lesiones cutáneas similares. Ambas presentaban examen oftalmológico normal. Previa sesión de prueba, recibieron tratamiento con láser Alejandrita con una intensidad de 6 J/cm², spot de 3 mm. El primer caso presentó una notable mejoría, mientras que en el segundo se observó una hiperpigmentación postinflamatoria en las zonas tratadas.

Discusión: La LUS es una enfermedad muy poco frecuente. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con el nevus de Spiuls, nevus de OTA y otros trastornos genéticos graves que cursan con lentiginosis. Se ha observado asociación con neurofibromatosis, por lo que frente a un caso de LUS debe descartarse dicha enfermedad mediante la búsqueda sistemática de otras lesiones cutáneas y un examen oftalmológico. Algunos tratamientos utilizados son la crioterapia, el láser YAG y Alejandrita, con buenos resultados.

Palabras clave: Pigmentación.

28. ENFERMEDADES FOLICULARES INFRECIENTES

I. Martínez de Lizarduy, A. Sánchez Díez, O. Lasa Elgueza, S. Pérez Barrio, M. Lázaro Serrano y A. Fernández de Larrinoa

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital de Basurto. España.

Introducción: Dentro de las enfermedades foliculares existen algunas que por su infrecuencia o por el grupo étnico en el que se presentan, no son muy conocidas en nuestro medio.

Casos clínicos: Presentamos aquí 2 casos de enfermedad de HITCH Y LUND vistos en nuestro servicio, uno de tapones foliculares persistentes tras tratamiento con isotretinoína, y recordamos la existencia de la queratosis folicular escamosa de DOHI en asiáticos.

Palabras clave: Pelo.

29. XANTOGRANULOMA JUVENIL NASAL

M.C. Montis Palos^a, E. Acebo Mariñas^a, I. Arrue Michelena^a, I. Trébol Urra^a, L. Sánchez Martínez^a, J. de Diego Ribas^b y R. Soloeta Arechavala^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. España.

Introducción: El xantogranuloma juvenil (XJ) es un subtipo de histiocitosis no Langerhans, por lo general autorresolutivo, que se diagnostica principalmente en la infancia.

Caso clínico: Mujer de 24 años sin antecedentes de interés que consultó por una lesión localizada en el septo nasal de 2 meses de evolución, asintomática y de crecimiento progresivo. En la exploración se apreció una pápula de 8 mm, eritemato-anaranjada con telangiectasias superficiales. La biopsia fue compatible con el diagnóstico de xantogranuloma juvenil. Dado el aumento de tamaño experimentado y el defecto estético que le ocasionaba, se procedió a la extirpación quirúrgica de la lesión, recidivando a los 10 meses con infiltración de la punta nasal. La respuesta al tratamiento con crioterapia y corticoides intralesionales fue prácticamente nula, por lo que se inició corticoterapia vía oral, con la que ha obtenido una discreta mejoría.

Discusión: El XJ es una entidad poco frecuente que se manifiesta como una o varias lesiones nodulares, bien definidas, de coloración anaranjado-amarillenta, afectando preferentemente a cabeza y cuello. Su localización en la nariz está poco descrita. Su comportamiento benigno y su carácter autoinvolutivo hacen que habitualmente no precise tratamiento. Cuando aparece en adultos la regresión espontánea es menos frecuente. Aportamos un nuevo caso de XJ destacando su localización atípica así como su dificultad terapéutica.

Palabras clave: Tumor benigno.

30. UNIDAD DE LESIONES VASCULARES DEL HOSPITAL DE CRUCES: PRESENTE Y FUTURO

A.X. de Vicente Aguirre^a, M.R. González Hermosa^a, M.A. Salomón Estébanez^b, A. Navajas Gutiérrez^b, F. Sáez Garmendia^c, C. Torres Piedra^d y J. Gardeazabal García^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Pediatría.

^cServicio de Radiología. ^dServicio de Cirugía Pediátrica.

Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Introducción: La Unidad de Lesiones Vasculares del Hospital de Cruces se creó en septiembre de 2009 con el propósito de proporcionar un enfoque integral en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes pediátricos con lesiones vasculares. La introducción reciente del propranolol como tratamiento efectivo para los hemangiomas infantiles ha sido una pequeña revolución en nuestra práctica clínica. El manejo de estos pacientes es complejo en muchos casos y la atención multidisciplinar es esencial para su evaluación. Queremos exponer nuestra experiencia a lo largo de este breve período y las expectativas para el futuro en el manejo de estos pacientes.

Conclusiones: La Unidad de Lesiones Vasculares del Hospital de Cruces es un grupo de trabajo integrado principalmente por los Servicios de Dermatología, Oncología Pediátrica, Cirugía Infantil y Radiología. Se ha creado una base de datos de los pacientes con malformaciones vasculares y hemangiomas con el fin de facilitar un enfoque global, realizar exploraciones complementarias adecuadas a cada caso y evitar tratamientos contradictorios y multiplicidad de visitas a consultas. En este período de algo más de 1 año hemos valorado en conjunto 65 pacientes con lesiones vasculares. Dieciocho de los casos seleccionados con hemangiomas infantiles han iniciado el tratamiento con propranolol, con una muy buena respuesta al mismo. La media de duración del tratamiento en la actualidad es de 5,3 meses, con buena tolerancia y ausencia de efectos adversos al fármaco.

Palabras clave: Enfermedad vascular. Tumor benigno. Tratamiento sistémico.