



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

XLI Reunión de la Sección Gallega de la Academia Española de Dermatología y Venearología

Ourense, 5 de mayo de 2012

Comunicaciones orales / Pósters

1. PSEUDOLIFOMA CUTÁNEO SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON FENITOÍNA

L. Salgado-Boquete^a, M. Espasandin-Arias^a, S. Mateo^a, C. Cebreiro^b, J.M. Suárez-Peñaranda^c, M.D. Sánchez-Aguilar^a y J. Toribio^a

^aDepartamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Complejo Hospitalario Universitario. La Coruña. ^bCentro de Salud Concepción Arenal. La Coruña. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Introducción: Los pseudolinfomas cutáneos son procesos linfoproliferativos reactivos de naturaleza benigna y etiología diversa que suelen simular linfomas cutáneos tanto clínica como histológicamente.

Caso clínico: Una mujer de 50 años consulta por presentar una lesión cutánea asintomática de 10 meses de evolución con crecimiento lento y progresivo en su mama derecha. Entre sus antecedentes destacaba el haber sido intervenida un año antes de un meningioma frontal. Tras la intervención había iniciado tratamiento profiláctico con fenitoína. En la exploración se observaba en la localización mencionada una placa infiltrada de morfología redondeada, coloración rosada y collarete descamativo. La biopsia de esta lesión muestra un infiltrado linfocitario dérmico de características atípicas con predominio de células T. El estudio de PCR mostró un reordenamiento monoclonal para TCR2. Se realizaron estudios incluyendo analítica, TC y biopsia de médula ósea que descartaron patología a otros niveles. Coincidiendo con la reducción de dosis de fenitoína hasta su suspensión la lesión regresa alcanzando la remisión completa sin tratamiento adicional. Con estos datos clínicos e histológicos se llega al diagnóstico de pseudolinfoma secundario al tratamiento con fenitoína.

Discusión: Los anticonvulsivantes constituyen una de las principales causas conocidas de pseudolinfomas cutáneos T. Las claves diagnósticas de estos procesos linfoproliferativos son además de los datos clínicos e histológicos otros parámetros inmunohistoquímicos

y citogenéticos. A pesar de que la monoclonalidad suele ser característica de procesos malignos se ha descrito también en algunos casos de trastornos linfoproliferativos de naturaleza benigna.

Conclusiones: El hallazgo de monoclonalidad en el estudio citogenético no debe considerarse un criterio definitivo para el diagnóstico diferencial entre pseudolinfomas y linfomas cutáneos.

2. INDICACIONES POCO HABITUALES EN TERAPIA ULTRAVIOLETA B DE BANDA ESTRECHA

J. Alonso-González, A. Álvarez-Pérez, E. Gutiérrez-González, M.T. Rodríguez-Granados, M. Ginarte y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Introducción: A pesar de que la terapia UVB de banda estrecha (UVBBE) ha sido diseñada de forma específica para la psoriasis, la práctica clínica ha permitido poner de manifiesto su gran versatilidad y extender su empleo a otras dermatosis. Presentamos nuestra experiencia con este tratamiento en 3 patologías (pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda, liquen amiloide generalizado y urticaria solar) que tienen en común la dificultad en el manejo y la ausencia de un tratamiento bien estandarizado.

Casos clínicos: Los primeros 2 casos son un hombre de 41 años y una mujer de 61, que presentaban una erupción asintomática de 3 y 2 semanas de evolución respectivamente, que fue diagnosticada en ambos casos de pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda. El hombre recibió tratamiento con prednisona oral en pauta descendente, mientras que la mujer fue tratada con doxiciclina. Ninguno de los dos mostró mejoría con los tratamientos realizados, por lo que se decidió iniciar tratamiento con fototerapia UVBBE. El tercer caso es un varón de 69 años que consultó por lesiones pruriginosas en tronco y extremidades de aproximadamente 4 años de evolución, que había tratado con corticosteroides tópicos sin mejoría. Tras confirmarse el diagnóstico de liquen amiloide, se inició tratamiento con UVBBE. El último caso es un varón de 51 años de edad, que en el último año había sufrido varios brotes de lesiones pruriginosas en "zonas descubiertas" tras exposiciones solares de pocos minutos, que desaparecían en menos de 1 hora. El estudio median-

te fototest (simulador solar) permitió realizar el diagnóstico de urticaria solar (cuyo espectro de acción responsable abarcaba tanto UVB como UVA), iniciándose posteriormente desensibilización con UVBBE.

Resultados: En el caso de los 2 pacientes con pitiriasis liquenoide aguda, se observó una respuesta favorable desde las primeras sesiones, con una completa resolución de las lesiones tras el tratamiento. Ninguno ha presentado recidiva de la enfermedad tras un seguimiento de 14 y 7 meses, respectivamente. En el caso del paciente con liquen amiloide, se evidenció una disminución significativa del prurito desde las primeras sesiones y un progresivo aplanamiento de las pápulas hasta su práctica resolución en muchas localizaciones al finalizar el tratamiento. En el último caso, 2 meses después de finalizar el tratamiento, el paciente refería una mayor tolerancia al sol. Esta mejoría fue confirmada mediante fototest, en el que se objetivó un aumento de la dosis urticarial mínima (DUM) para UVA y ausencia de respuesta patológica para UVB.

Conclusiones: Consideramos que la terapia con UVBBE constituye una alternativa segura y eficaz en el manejo de casos de pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda, liquen amiloide con lesiones generalizadas y urticaria solar.

3. ELASTOLISIS DERMIS MEDIA

C. Posada, A. Flórez, A. Batalla, P. Dávila, N. No-Pérez y C. de La Torre

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.

La elastolisis de la dermis media es un trastorno raro caracterizado por la pérdida focal de fibras elásticas en esta localización. La patogenia de este trastorno se desconoce. Clínicamente se caracteriza por placas de piel arrugada (tipo I), pápulas perifoliculares (tipo II) o ambas. El patrón reticulado (tipo III) ha sido descrito más raramente. No existe un tratamiento establecido para este trastorno. Presentamos el caso de una paciente con placas de morfología reticulada, asintomáticas, con distribución simétrica en abdomen anterior. La biopsia cutánea permitió el diagnóstico de elastolisis de la dermis media. Dado el carácter benigno de la patología y la ausencia de sintomatología, se decidió no ensayar tratamiento. Presentamos un nuevo caso de elastolisis de la dermis media tipo III, una presentación rara de esta enfermedad y discutimos el diagnóstico diferencial con otros trastornos del tejido elástico.

4. REPOBLACIÓN DIANIFORME EN LA ALOPECIA AREATA Y NEUROFIBROMAS CON COMEDONES. FUENTES HISTÓRICAS

E. del Río

Clínica Dermalar. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

La recuperación dianiforme del cabello es un hecho clínico de descripción relativamente reciente. Se basaría en que, tanto la extensión de la pelada como su recuperación, se producen en ondas concéntricas y centrífugas o en que se alternen áreas de caída con áreas de repoblación. La asociación de neurofibromas y de comedones o quistes infundibulares producidos por la hiperplasia pilo-sebácea inducida por un neurofibroma subyacente (de modo similar a la hiperplasia basaloide sobre los dermatofibromas) es un hecho clínico e histológico descrito en 1998. La recuperación dianiforme del cabello en la alopecia areata ya estaba bien representada en una de las láminas del gran Atlas de Olavide, aunque etiquetada de forma equivocada como "vitiligo". En esa lámina se observan dos rasgos patognomónicos de la alopecia areata en recuperación: zonas de cabello blanco y áreas concéntricas de pelo alternado con zonas todavía peladas. La coincidencia de neurofibromas y comedones aparece representada magistralmente por el artista ceroplásti-

co en uno de los moldes de cera del museo Olavide que data de la década de 1880. Federico Rubio, cirujano amigo de Olavide, realizó una biopsia en la que informa que la lesión está centrada por un folículo pilo-sebáceo. Son dos buenos ejemplos de cómo los artistas y el patólogo reflejaron perfectamente unos hechos clínicos e histológicos hace más de un siglo que los dermatólogos no hemos sabido interpretar hasta ahora. Aún hoy podemos aprender de la historia de la dermatología si sabemos ver...

5. VASCULITIS LIVEDOIDE

E. Gutiérrez-González, I. Vázquez-Osorio, J. Alonso-González, C. Peteiro y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Introducción: Las vasculitis son un grupo heterogéneo de procesos que pueden estar en relación con infecciones, fármacos, conectivopatías o neoplasias. Con frecuencia se acompañan además de un cuadro extracutáneo que obliga a hacer un estudio general del paciente, que permite en ocasiones diagnosticar una enfermedad sistémica, cuya primera manifestación es el cuadro cutáneo.

Caso clínico: Varón de 54 años de edad que consultó por un unas lesiones de un año de evolución localizadas a nivel de área facial y rodillas. En la exploración se objetivaban unas placas eritematovioláceas, localizadas a nivel de pabellones auriculares y rodillas. Una biopsia de las lesiones mostró hallazgos compatibles con una vasculitis de pequeño vaso. Durante un ingreso para estudio de un síndrome constitucional se realizó una radiografía de tórax al paciente que demostró una masa en pulmón derecho, que se correspondía con un carcinoma epidermoide de pulmón.

Discusión: Los síndromes paraneoplásicos son manifestaciones patológicas de un proceso tumoral, del cual puede ser la primera manifestación. Los cuadros vasculíticos de origen neoplásico, suelen estar relacionados con procesos tumorales de tipo hematológico más frecuentemente que con los de tipo sólido. Este tipo de vasculitis se caracterizan por tener un curso paralelo con el tumor de base, respondiendo peor a los tratamientos habitualmente empleados, mejorando sin embargo con un tratamiento eficaz del tumor.

Conclusiones: Este caso subraya la importancia de considerar la posible asociación de una vasculitis de pequeño vaso a un proceso neoplásico oculto.

6. DOLOR ABDOMINAL EN UN PACIENTE CON ARTRALGIAS Y LESIONES CUTÁNEAS

L. Rosende^a, M. Almagro^a, C. García-Martín^b, A. de Andrés^a, V. Nespereira^a, M. González-Sabín^a y J. Pombo^c

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna; ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: La infección por parvovirus B19 (PV B19) es responsable de múltiples manifestaciones clínicas, siendo las más habituales: síndrome general, lesiones cutáneas, faringoamigdalitis, artralgias y artritis. Presentamos un caso con una manifestación no descrita previamente.

Caso clínico: Varón de 21 años de edad, que ingresa en dermatología para estudio de artralgias y lesiones cutáneas. Dos semanas antes comenzó con malestar general y odinofagia, seguidas de prurito, mialgias y sensación distérmica, hasta que 48 horas antes del ingreso apareció un exantema en mitad inferior de las piernas, cara anterior de los brazos y pelvis, así como tumefacción de los tobillos. A las 36 horas del ingreso inició un cuadro brusco de dolor abdominal en fosa iliaca derecha con defensa abdominal, por lo que solicitamos una ecografía abdominal urgente que fue compatible con ileitis, confir-

mada con un TAC abdominal y una colonoscopia. La biopsia intestinal mostró una hiperplasia folicular reactiva. Los estudios de laboratorio demostraron positividad para IgM e IgG contra PV B19, con negativización de la IgM a los 2 meses. Las manifestaciones clínicas resolvieron en pocos días con tratamiento de soporte, y el paciente permanece asintomático tras 1 año de seguimiento.

Discusión: Aunque previamente se han descrito casos de adenitis mesentérica y de infarto intestinal de causa no oclusiva por PV B19, tras revisar la literatura y para nuestro conocimiento, éste es el primer caso de ileitis acompañando a las manifestaciones habituales de esta infección.

7. LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO INDUCIDO POR FÁRMACOS

A. Álvarez-Pérez, J. Alonso-González, I. Vázquez-Osorio, M.T. Rodríguez-Granados y J. Toribio

Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.

Introducción: El lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) se caracteriza por la presencia de placas eritemato-descamativas anulares y/o psoriasiformes fotodistribuidas y la presencia de anticuerpos anti-Ro (SSA) y/o anti-La (SSB). Aunque la gran mayoría de estos casos son idiopáticos, ocasionalmente pueden ser inducidos por fármacos.

Caso clínico: Describimos el caso de una paciente de 59 años de edad, que acude a consulta por presentar un brote de LECS inducido por lansoprazol. El estudio inmunológico demostró la presencia de anticuerpos antinucleares, anti-Ro y anti-La y el estudio histopatológico de una biopsia cutánea fue sugestiva de LECS. Se realizó un estudio fotobiológico que demostró una respuesta patológica para UVA, la cual se normalizó tras la suspensión del fármaco. El estudio del parche y fotoparche con lansoprazol fue negativo.

Discusión: El lansoprazol es un inhibidor selectivo de la bomba de protones que actúa disminuyendo la secreción gástrica de ácido. Son pocos los casos descritos de LECS en relación a inhibidores de la bomba de protones. El LECS idiopático y el LECS inducido por fármacos son muy difíciles de diferenciar. Argumentamos que nuestra paciente presentó un LECS inducido por lansoprazol debido al intervalo temporal entre el inicio del fármaco y el inicio del cuadro cutáneo, la presencia de anticuerpos anti-Ro y anti-La y la resolución del cuadro y la normalización del estudio fotobiológico tras la suspensión del medicamento.

Conclusiones: Presentamos un caso de LECS inducido por lansoprazol. Nuestro caso destaca la importancia de investigar un fármaco como posible desencadenante de un LECS. Su tratamiento se basa en la supresión del medicamento sospechoso que resulta en la resolución del cuadro cutáneo.

8. ICTIOSIS ADQUIRIDA ASOCIADA A CARCINOMA NEUROENDOCRINO PULMONAR DE CÉLULA PEQUEÑA

C. Peña^a, L. Rosende^a, P. Arévalo^a, A. de Andrés^a, C. Delgado^b, L. Domínguez^c y M. Almagro^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: La ictiosis adquirida en una afección cutánea rara que puede ser la primera manifestación de una neoplasia desconocida, y se comporta como un síndrome paraneoplásico. Las neoplasias que se asocian a ictiosis adquirida con mayor frecuencia son las hematológicas, aunque también se describe asociada a tumores sólidos.

Caso clínico: Varón de 75 años de edad que consultó por descamación cutánea pruriginosa de 1 mes de evolución. Exploración: des-

camación generalizada, en forma de placas poligonales oscuras de < 1 cm. Con el diagnóstico de sospecha de cuadro ictiosiforme de tipo ictiosis vulgar se realizó biopsia cutánea que reveló hiperqueratosis ortoqueratósica y ausencia total de granulosa. En el despistaje de enfermedad neoplásica asociada destacaban: Ca 19,9 = 258 UI/ml (N < 37); TAC toraco-abdominal: consolidación del segmento basal posterior derecho y adenopatías mediastínicas. Broncoscopia: estenosis de aspecto tumoral con infiltración submucosa del segmento 6 de LID. Biopsia pulmonar: carcinoma neuroendocrino de célula pequeña. Inició tratamiento citostático con carboplatino + VP-16 + radioterapia torácica y holocraneal, con remisión completa. Después de 1 año desde el diagnóstico el paciente se mantiene libre de enfermedad.

Discusión: Presentamos un caso de ictiosis adquirida paraneoplásica como primera manifestación de un carcinoma pulmonar neuroendocrino de célula pequeña, asociación que consideramos excepcional.

9. CARCINOMA EPIDERMÓIDE SUBUNGUEAL. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

A. Batalla^a, C. Feal^a, E. Rosón^a, P. Dávila^a, N. No-Pérez^a, M.L. Carpintero^b, C. Álvarez^b y C. de la Torre^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.

Introducción: Los tumores malignos ungueales son poco frecuentes, siendo el carcinoma epidermoide el más prevalente. Debido a su inespecífica presentación clínica y a un frecuente diagnóstico erróneo a favor de otros procesos benignos más habituales en dicha localización, es habitual que su diagnóstico se vea demorado durante años.

Caso clínico: Se presentan tres casos de carcinoma epidermoide subungueal. Todos los pacientes tenían en común el antecedente de una verruga vulgar previamente tratada sin resolución completa en la misma localización. Sólo en uno de los casos, en el que existió infiltración ósea, el estudio inmunohistoquímico reveló la presencia de virus del papiloma humano. En los tres casos se realizó cirugía en función de la extensión tumoral.

Discusión: El carcinoma epidermoide subungueal es un tumor de bajo grado de malignidad que se presenta generalmente en los dedos de las manos de varones entre la quinta y séptima décadas. Se han propuesto diferentes factores predisponentes como las infecciones crónicas, los traumatismos, la radiación o la presencia del virus del papiloma humano. Su presentación clínica variable provoca fácilmente confusiones diagnósticas, siendo las verrugas víricas y la oncomicosis los diagnósticos erróneos más frecuentes. El tratamiento es quirúrgico, aunque la radioterapia puede ser una opción alternativa.

Conclusiones: Es importante tener un alto grado de sospecha de esta entidad para la realización de una biopsia precoz ante un cuadro subungueal de evolución tórpida, con el fin de realizar un diagnóstico temprano, evitando tratamientos más agresivos y un pronóstico más desfavorable.

10. GLOMANGIOMAS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

S. Mateo, L. Salgado-Boquete, I. Montero, J. Labandeira, M.M. Pereiro-Ferreirós y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Introducción: El glomangioma es una variante infrecuente de los tumores glómicos caracterizada histológicamente por la presencia de células glómicas entremezcladas con células musculares lisas. Presentamos dos casos de glomangiomas en sus variantes múltiple y solitaria.

Caso clínico: El primero de los casos que presentamos es un varón de 20 años de edad, con antecedentes personales de psoriasis, que consulta por presentar desde el nacimiento múltiples tumores, asintomáticos y estables, de coloración azulada de unos 0,5 cm de diámetro distribuidos por el tronco y extremidades. Refería que varios familiares por rama materna presentaban lesiones de características similares. El segundo caso se trata de un varón de 18 años de edad que acudió a la consulta por presentar en cara posterior de la pierna derecha una lesión tumoral de 8 meses de evolución, 1 cm de diámetro, palpable y bien delimitada, consistencia elástica, cubierta por piel de aspecto contusiforme. En el estudio histopatológico de las lesiones de ambos pacientes se observaron múltiples espacios vasculares dilatados y células glómicas que se entremezclaban con fibras de músculo liso. A partir de estos hallazgos se realiza el diagnóstico de glomangiomiomas.

Discusión: Los glomangiomiomas son tumores extremadamente infrecuentes constituyendo menos del 8% de todos los tumores glómicos. En nuestro servicio sólo dos casos fueron diagnosticados en los últimos 11 años. Suelen manifestarse como lesiones solitarias, adquiridas y asintomáticas. Su presentación múltiple es excepcional, en algunos casos tratándose de tumores congénitos en los que se ha descrito un patrón de herencia autosómica dominante.

Conclusiones: Presentamos dos casos de glomangiomiomas en dos de sus presentaciones.

11. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR DEXKETOPROFENO

J.J. Goday, P. Arévalo, M.V. Nespereira y J. Rodríguez-Lozano

Hospital Abente y Lago. CHUAC. A Coruña. España.

Introducción: Varios tipos de reacciones cutáneas debidas al uso de dexketoprofeno han sido descritas durante la última década, siendo la más frecuente la dermatitis fotoalérgica de contacto tras la aplicación de este antiinflamatorio no esteroideo (AINE) por vía tópica. Presentamos un caso de dermatitis alérgica de contacto tras la aplicación de dexketoprofeno.

Material y métodos: Paciente de 61 años de edad a tratamiento por cardiopatía isquémica, hipertensión arterial e hipertrofia prostática, que acude por presentar una reacción eczematosa aguda en la zona del brazo y hombro derecho, que apareció tras la aplicación de un preparado con dexketoprofeno desde unos días antes. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería de AINES, incluyendo el dexketoprofeno, presentando positividad a este al 1 y 2% en vaselina, y también al ketoprofeno al 1% en vaselina. Se realizaron 15 controles en pacientes sanos con resultado negativo.

Conclusiones: Aunque es conocida la alta frecuencia de fotosensibilización por el uso de dexketoprofeno tópico, presentamos el primer caso de dermatitis alérgica de contacto por dexketoprofeno confirmado por pruebas epicutáneas. Además hacemos un repaso de las reacciones que debidas a este AINE.

12. APLASIA CUTIS CONGÉNITA Y SINDACTILIA EN UN RECIÉN NACIDO

P. Dávila-Seijo, I. García-Doval, A. Batalla-Cebey, N. No-Pérez, C. Posada-García y C. de la Torre-Fraga

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.

Introducción: La aplasia cutis congénita (ACC), puede ser un hallazgo aislado o presentarse asociado a múltiples anomalías y síndromes malformativos. La asociación de ACC con defectos terminales y transversales de los miembros se conoce como Síndrome de Adams-Oliver (SAO).

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 2 meses de edad remitida para valoración por la presencia al nacimiento de una ul-

ceración en región de vértex de cuero cabelludo asociada a sindactilia cutánea parcial en dedos de manos y pies. El resto de la exploración física fue normal. No presentaba antecedentes familiares de lesiones similares. El desarrollo ponderoestatural estaba dentro de la normalidad. En las pruebas complementarias realizadas (ecocardiograma, ecografía de abdomen y Rx simple de ambas manos) y no se halló alteración alguna.

Discusión: El SAO es una enfermedad congénita rara caracterizada por un síndrome polimarfolmativo. La presencia de malformaciones en las extremidades, particularmente en la región distal es la anomalía más frecuente. La aplasia cutis es la segunda anomalía más frecuente, generalmente en cuero cabelludo y especialmente en vértex. Hasta el 20% de los afectos presentan cutis marmorata telangiectásica congénita. La expresión clínica es variable, desde formas asintomáticas a formas letales con complicaciones sistémicas. La base molecular permanece desconocida hasta la fecha.

Conclusiones: Presentamos un caso de SAO con anomalías menores y con un esperable buen pronóstico, enfatizando el espectro clínico variable.

13. VERRUGAS PLANTARES EN MOSAICO. TRATAMIENTO CON LÁSER DE COLORANTE

J. del Pozo, A. de Andrés, L. Rosende, M. González Sabín, R. Iglesias Conde y M. Almagro

Servicio de Dermatología. CHUA Coruña. España.

Introducción: Las verrugas plantares en mosaico constituyen un reto terapéutico sobre todo cuando asientan en los pies dada la importante implicación funcional que tienen en el paciente y la dificultad para realizar los tratamientos habituales.

Caso clínico: Varón de 30 años con lesiones en plantas de los pies desde los dedos hasta el arco plantar, con afectación total de forma difusa. Han ido extendiéndose de forma progresiva en los últimos meses. No presentaba enfermedades de interés ni tomaba ningún tratamiento en ese momento. Iniciamos tratamiento con bleomicina intralesional previa anestesia tópica pero a la segunda sesión hizo un cuadro exantemático generalizado por lo que tuvo que suspenderse. Se inició entonces tratamiento con láser de colorante (Cynergy; Cynosure) con spot 7 mm; 15 jul/cm² y 0,5 mseg de duración de pulso previa anestesia tópica. A pesar de la mala tolerancia del paciente al tratamiento y el dolor postoperatorio intenso entre 24 y 48 horas, en 4 sesiones las lesiones desaparecieron por completo. 2 años tras la última sesión no ha habido recidiva de las lesiones.

Discusión: Las verrugas plantares en mosaico han sido tratadas con diferentes sistemas que incluyen imiquimod, cantaridina + podofilotoxina, terapia fotodinámica, bleomicina intralesional, láser de CO₂, crioterapia con anestesia general, etc..., pero no hay ningún método que se haya considerado de elección. En concreto respecto al tratamiento con láser hay casos descritos de tratamiento con láser de CO₂ bajo anestesia general, pero prácticamente no se ha referido el tratamiento con láser de colorante que en nuestro caso ha obtenido unos resultados excelentes y consideramos que es una gran opción terapéutica.

14. POROMA APOCRINO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

I. Montero, F.J. García-Martínez, I. Vázquez-Osorio, J. Labandeira, C. Peteiro y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Introducción: Los acrospiromas son una familia de neoplasias benignas derivadas de las distintas partes del acrosiringio y conducto

ecrino. Entre ellas se incluyen el hidroacantoma simple, el poroma, el tumor del ducto dérmico, el hidradenoma poroide y el siringofibroadenoma de Mascaró.

Casos clínicos: Presentamos tres casos, uno de ellos ya publicado (como adenoma sebocrino), dos de ellos localizados en la cara y uno en la pierna. En los tres casos el estudio histológico muestra una neoformación, bien delimitada compuesta por masas tumorales extendiéndose desde la epidermis a la dermis. La neoformación está constituida por células poroides basófilas, con núcleo redondeado y escaso citoplasma y estructuras tubulares rodeadas por células cuticulares de mayor tamaño, con citoplasma claro y eosinófilo con gránulos de queratohialina PAS positivos entre ellas. En las tres piezas examinadas destaca la presencia de sebocitos maduros aislados o en pequeños grupos entre las células neoplásicas, lo que nos orienta al diagnóstico de poromas apocriños.

Discusión: Los poromas son tumores anexiales benignos solitarios relativamente frecuentes, que surgen del acrosiringio y conducto dérmico ecrino y se localizan con mayor frecuencia en las palmas y las plantas. Grosshans y Hanau en 1981 describen un tumor con el nombre de adenoma infundibular, y posteriormente, en 1988 Zaim describe una nueva neoplasia denominada adenoma sebocrino, las cuales representan la misma entidad. En los últimos años se han publicado bajo la denominación de poromas apocriños, casos de poroma con diferenciación sebácea y en algún caso mostrando además secreción por decapitación en estructuras ductales. La revisión de los casos publicados y de los nuestros nos lleva a concluir que se trata de la misma entidad y por tanto podemos denominar a estas neoplasias como poromas apocriños.

Conclusiones: Presentamos tres casos de poromas con diferenciación sebácea localizados fuera de las regiones acrales, que apoyan su origen en la unidad folículo-sebácea-apocrina.

15. VASCULITIS GANGRENOSA JUVENIL DEL ESCROTO

J. García-Silva, M. González-Sabín, L. Maceiras, M.J. Lorenzo, J. Barja, C. Peña, J. del Pozo y M. Almagro

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: La vasculitis gangrenosa juvenil del escroto (VGJE) se considera muy infrecuente, con menos de 20 casos publicados desde su descripción por Piñol en 1973. Su identidad nosológica diferenciada del pioderma gangrenoso ha sido cuestionada.

Caso clínico: Varón de 22 años que comenzó con fiebre y amigdalitis purulenta y a los 3 días desarrolló una úlcera escrotal con edema inflamatorio muy doloroso. Ingresó en el servicio de urología con sospecha de celulitis necrosante. La TAC y la ECO mostraron engrosamiento del tejido celular subcutáneo. Se trató con piperacilina/tazobactam, con mejoría. A los 15 días fue evaluado por el servicio de dermatología, presentaba una úlcera de 1 cm de diámetro cubierta por una escara negra en el hemiescroto izquierdo, sin adenopatías. Cultivos de la lesión escrotal, del exudado amigdalario y urocultivos, negativos. IFD y cultivo para VHS-1, VHS-2 y VVZ, negativos. Serologías para lúes, VIH, VHS, VHB, VHC y Rickettsia conorii, negativos. Serología VEB: IgG VCA positivo 182, IgM VCA positivo 22,6, EBNA-IgG positivo 25,3. Test de Paul Bunell negativo. Biopsia: infiltrado inflamatorio agudo y crónico, trombos de fibrina y necrosis. IFD negativa. Test de patergia negativo. Se trató con corticoide y antibiótico tópicos, con curación a las 2 semanas.

Discusión: En la VGJE siempre hay faringoamigdalitis asociada, tiende a ser autorresolutiva y no recidiva. De los 18 casos comunicados, 16 son españoles. La reactivación del VEB presente en nuestro paciente es de significado incierto.

Conclusiones: La VGJE es una entidad bien definida, diferente del pioderma gangrenoso. Probablemente es mucho más frecuente de lo que refleja la bibliografía.

16. CASO PARA DIAGNÓSTICO

F. Valdés

Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.

Varón de 18 años de edad natural de Cabo Verde sin antecedentes de interés que refiere lesiones en cintura escapular asintomáticas de varios meses de evolución. En la exploración presentaba múltiples placas levemente descamativas no confluentes en zona supraclavicular y cuello junto a la presencia de máculas hiperpigmentadas en mucosa oral, región palmoplantar, lecho ungueal y una discromía lineal en ambas extremidades superiores.

17. MICETOMA POR CYLINDROCARPON SP

I. Vázquez-Osorio, E. Gutiérrez-González, A. Álvarez-Pérez, M.M. Pereiro-Ferreirós, M. Pereiro Jr. y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Introducción: El micetoma es una infección fúngica crónica que se origina en dermis y tejido celular subcutáneo. Se relaciona con heridas traumáticas y posterior inoculación de hongos saprófitos o patógenos débiles ambientales. Suele presentarse como una tumefacción no dolorosa localizada en las extremidades con fístulas supurativas y agregados fúngicos (granos).

Caso clínico: Varón de 65 años diagnosticado de leucemia linfática crónica que, de dos meses de evolución, presentó una lesión tumoral violácea en cara externa de la pierna derecha. Se objetivó una lesión de 5 x 3 cm, sobrelevada y bien delimitada, que con la presión tangencial presentaba múltiples orificios de drenaje de material serohemático. Se aisló *Cylindrocarpon* sp. En el estudio histopatológico se observó, a nivel dérmico, un infiltrado inflamatorio mixto con células gigantes multinucleadas e hifas septadas hialinas y PAS positivas. Ante la falta de respuesta a voriconazol oral, se inició tratamiento hospitalario con Anfotericina B liposomal y posterior exéresis quirúrgica.

Discusión: Se identificó la cepa responsable como perteneciente al género *Cylindrocarpon* sp. Se trata de un hongo cosmopolita, saprófito o patógeno débil, que rara vez causa patología en el ser humano. Las especies pertenecientes a dicho género son muy difíciles de diferenciar entre sí, e incluso fáciles de confundir con el género *Fusarium*. En muchos casos es necesaria la combinación de antifúngicos y desbridamiento quirúrgico para lograr la erradicación de la infección.

Conclusiones: Se presenta un caso de eumicetoma por *Cylindrocarpon* sp., género infrecuente cuya identificación resulta complicada dada su similitud con otras especies fúngicas. Su tratamiento sigue generando muchas controversias dada la impredecible respuesta a los antimicóticos.

18. METÁSTASIS CUTÁNEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO

M. Espasandín-Arias, S. Mateo, F.J. García-Martínez, V. Fernández-Redondo, J.M. Suárez-Peñaranda y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Introducción: Las metástasis cutáneas de adenocarcinoma gástrico son infrecuentes siendo la incidencia mayor en varones. Generalmente aparecen en fases evolucionadas de la enfermedad, siendo excepcional su presentación como primer signo de la enfermedad.

Material y métodos: Varón de 46 años que consultaba por lesión indurada en región cervical de 3 meses de evolución y crecimiento

progresivo. Había recibido tratamiento con antibioterapia oral y corticoide tópico sin mejoría. Entre sus antecedentes personales figuraban una psoriasis en placas y una hemitiroidectomía izquierda por un adenoma folicular. A la exploración dermatológica presentaba en región cervical y submaxilar derecha, una única placa eritematosa que alcanzaba la fosa supraclavicular, de consistencia leñosa, de morfología redondeada y bordes mal definidos en los que se observaba alguna teleangiectasia.

Resultados: Se realizó una toma de biopsia donde se pudo observar una densa fibrosis ocupando toda la dermis y un infiltrado dérmico difuso constituido por numerosas células atípicas con inmunohistoquímica positiva para citoqueratinas CK7 y 18 y para MNF116, AE1-AE3. En la analítica destacaba una leve elevación de enzimas hepáticas. Se realizó una ecografía cervical en la que se visualizaron 6 adenopatías profundas. Con sospecha de metástasis cutánea de carcinoma gástrico indiferenciado se solicitó una ecoendoscopia digestiva alta donde se pudo observar un engrosamiento difuso de todos los pliegues de cuerpo gástrico siendo la imagen típica del adenocarcinoma gástrico difuso. En la biopsia gástrica se observaron células con morfología en anillo de sello.

Discusión: Con estos datos llegamos al diagnóstico de metástasis cutánea de adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado de células en anillo de sello. Su manifestación primariamente cutánea es anecdótica, siendo la forma de presentación más frecuente como nódulos duros e indoloros. La localización más habitual es la región abdominal.

Conclusiones: Presentamos un caso de manifestación primariamente cutánea de adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello.

19. HEMANGIOMA CONGÉNITO RÁPIDAMENTE INVOLUTIVO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

J. del Pozo^a, M.T. Cacharrón^b, R. Reparaz^b, J.L. Fernández-Trisac^b, M. Marini^c, I. Cao^c, F. Sacristán^d, M. Tellado^e y M. Almagro^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Neonatología; ^cServicio de Radiología Vascul; ^dServicio de Anatomía Patológica; ^eServicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña. España.

Introducción: Los hemangiomas congénitos rápidamente involutivos (RICH) son lesiones totalmente desarrolladas al nacimiento que involucionan de forma muy rápida en el primer año de vida. Dentro de ellos se ha descrito un grupo de lesiones de presentación muy infrecuente que son de gran tamaño y presentan trombopenia, niveles bajos de fibrinógeno, niveles altos de dímeros D y por un fenómeno de secuestro vascular pueden inducir insuficiencia cardiaca.

Caso clínico: Neonato de una semana de vida con lesión tumoral de gran tamaño en tronco desde la espina iliaca hasta la axila con una zona ulcerada en el centro y con importante vascularización. La angio RMN objetiva una masa sin extensión intratorácica ni intraabdominal, fuertemente vascularizada. El ECO doppler múltiples canales vasculares formando un conglomerado donde predomina flujo arterial de alta velocidad. La biopsia cutánea, masa vascular glut-1 negativa compatible con hemangioma congénito. La analítica presenta leucocitosis, tiempo de coagulación ligeramente alargado, fibrinógeno normal y plaquetas normales. La paciente evoluciona hacia una insuficiencia cardiaca por un fenómeno de secuestro vascular. Se realiza embolización selectiva de colaterales que nutren la masa vascular mediante liberación de coils a nivel distal de la arteria mamaria izquierda y distal de las 5 intercostales. Se estabiliza la función cardiaca y la evolución es hacia una rápida involución todavía no completada en este momento que la paciente tiene 8 meses.

Discusión: Los RICH son lesiones que no suelen causar problemas por su rápida involución, a no ser los casos de gran tamaño que son de presentación excepcional. La trombopenia y la coagulopatía asociada al RICH hay que diferenciarla del Síndrome de Kassabach-

Merritt, ya que suele ser menos severa, autolimitada y sin asociarse a problemas de sangrado. El tratamiento de estas lesiones dada su escasa frecuencia no está bien definido pero en otros casos descritos como el nuestro, la embolización de la mayoría de los vasos de gran tamaño que nutren al tumor, resuelve la insuficiencia cardiaca asociada y acelera la involución de la lesión.

Bibliografía

Baselga E, Cordisco MR, Garzon M, Lee MT, Alomar A, Blei F. Rapidly involuting congenital haemangioma associated with transient thrombocytopenia and coagulopathy: a case series. *Br J Dermatol.* 2008;158:1363-70.

20. EDEMA ADQUIRIDO EN GENITALES MASCULINOS. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

M.P. Arévalo, M.M. Vereá, M.V. Nespereira, R. Iglesias, F. Piñeyro y E. Fonseca

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: Presentamos 2 casos de edema adquirido en genitales masculinos.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 61 años con episodios de inflamación y prurito en pene y escroto desde hace 7 años, acompañados de fiebre, cada 4-6 semanas, alternando con periodos de remisión sin resolución completa del edema. Exploración física (EF): Edema y eritema en pene, escroto y región suprapúbica. Exploraciones complementarias (EC): solo edema de partes blandas en escroto, prepucio y cuerpos cavernosos, y la biopsia de escroto era de linfedema escrotal. Caso 2: varón de 40 años con edema en pene y escroto de 8 meses de evolución, que le ocasionaba problemas de tipo estético y con las relaciones sexuales, sin llegar a ser disfuncional. EF: edema en escroto y en 2/3 proximales del pene, con una pequeña zona indurada, no dolorosa y móvil, en el prepucio próximo al glande. EC: solo detectaron adenopatías inguinales a predominio derecho. La interconsulta a urología confirmó que el cuadro era compatible con linfangitis esclerosante no venérea del pene (LENVP).

Discusión: El primer caso se trata de un paciente con edema crónico de pene y escroto con episodios de celulitis a repetición, que ocasionaron daño linfático y linfedema genital. El otro paciente presenta un cordón duro, no doloroso y móvil, en prepucio cerca del glande, resultó clave para el diagnóstico. La LENVP es una lesión rara con la cual los dermatólogos estamos poco familiarizados. Una buena anamnesis y exploración física fue determinante para llegar al diagnóstico en ambos casos.

21. TERAPIA FOTODINÁMICA EN QUERATOSIS ACTÍNICAS

M. Almagro, M. Pérez, P. Arévalo, J. Rodríguez-Lozano, V. Nespereira, M. González-Sabín y R. Iglesias

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: La terapia fotodinámica (TFD) es una técnica aprobada para el tratamiento de las queratosis actínicas (QA) múltiples. En los últimos años se enfatiza en el tratamiento del campo de cancerización y en la asociación a otras terapias.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los últimos cuatro años en pacientes con QA múltiples tratadas con TFD en nuestro centro. Se estudian diversas variables siguiendo el protocolo habitual de la TFD y se realiza análisis estadístico.

Resultados: Se estudiaron 91 pacientes con una edad media de 80 años. La localización más frecuente fue la cara y el cuero cabelludo. Se obtuvo respuesta completa en el 66,7% y parcial en el 32,1%. La respuesta fue mejor en cuero cabelludo y cara, pero peor en miembros inferiores. El 61,4% de los casos tuvieron dolor moderado o intenso, sobre todo en el cuero cabelludo. Tras seguimiento de los pacientes, recidivaron más los que tuvieron respuesta parcial.

Discusión: Nuestros resultados en el grado de respuesta global y por localizaciones, son superponibles a los de otros grupos de trabajo. La mayoría de nuestros pacientes como en otras series, solo presentaron dolor leve a moderado.

Conclusiones: La TFD es una técnica eficaz en las QA, sobre todo en el cuero cabelludo y la cara. El dolor es el efecto secundario más frecuente, en especial en cuero cabelludo. La remisión completa disminuye el riesgo de recidiva.

22. LESIONES PSORIASIFORMES EN UN PACIENTE INFECTADO POR EL VIH

L. Rosende, V. Nespereira, M. Almagro, A. de Andrés, M. González-Sabín, R. Giacomodonato y J. García-Silva

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: En los pacientes infectados por el VIH la clínica de otras enfermedades concomitantes puede variar en su forma y gravedad de presentación, lo que obliga a mantener una elevada sospecha clínica para conseguir un diagnóstico acertado. Algunas dermatosis psoriasiformes como el síndrome de Reiter forman parte de estas entidades.

Caso clínico: Varón de 35 años, sin antecedentes de interés que ingresa por lesiones cutáneas de tres meses de evolución. Presenta placas eritemato-escamosas generalizadas, psoriasiformes, muy impetiginizadas, con intensa afectación palmo-plantar. Asocia síndrome general, pérdida de 10 Kg, fiebre elevada y artralgias. Además presenta una lesión en glándula, edematosa y supurativa. Niega contactos sexuales de riesgo. En las pruebas complementarias destacan: factor reumatoide y ANAs negativos, cultivo de exudado uretral negativo, serologías positivas para sífilis y VIH, CD4 311 cel/mm³ y biopsia de lesiones cutáneas compatibles con sífilis. El diagnóstico fue de sífilis secundaria. Ante la imposibilidad de realizar punción lumbar, se realiza pauta terapéutica de neurosífilis con evolución favorable y desaparición de las lesiones cutáneas.

Discusión: Existen múltiples dermatosis psoriasiformes en la infección por el VIH. Aunque la psoriasis no es más frecuente, es más grave en pacientes con estadios avanzados. El síndrome de Reiter también se observa en estos pacientes y la sífilis puede producir cuadros psoriasiformes que simulen cualquiera de estas entidades.

Conclusiones: La sífilis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las dermatosis psoriasiformes del paciente infectado por el VIH.

23. ERITEMA FLAGELADO POR SETAS

F.J. García-Martínez, M. Espasandín-Arias, I. Montero, V. Fernández-Redondo y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Introducción: La dermatitis flagelada por setas shiitake (*Lentinus edodes*) fue descrita por Nakamura en 1977. Es una entidad propia de países orientales como China y Japón, donde tradicionalmente se cultivan y consumen este tipo de setas. Sin embargo, están apareciendo algunos casos en nuestro medio debido a la popularización de la comida asiática.

Material y métodos: Varón de 45 años de edad, que acude remitido por su médico de cabecera por un síndrome febril de 48 horas de evolución y lesiones pruriginosas que afectaban predominantemente tronco y miembros superiores. A la exploración observamos múltiples pápulas lineales, paralelas y entrecruzadas sin escoriaciones, formando grandes placas remediando latigazos. El paciente negaba haber recibido tratamiento con bleomicina. De la anamnesis destacaba el consumo de setas crudas 72 horas antes del inicio de los síntomas. Una semana después, las lesiones habían desaparecido sin cicatriz.

Resultados: El dermografismo resultó negativo. Se realizaron un prick-test y un patch-test con la seta "tal cual" seca y humedecida. Ambas pruebas fueron positivas a las 72 y 96 horas, con la seta humedecida. Destacamos la aparición de un fenómeno de flare-up a las 24 horas de los test de provocación. Se confirmó por lo tanto el diagnóstico de hipersensibilidad sistémica retardada por setas del género shiitake.

Discusión: Tradicionalmente el eritema flagelado se ha relacionado con el tratamiento con bleomicina y con la dermatomiositis. Sin embargo, recientemente se ha registrado un aumento del número de publicaciones de casos similares al nuestro en Europa y EEUU. La mayoría de autores coinciden en señalar al polisacárido lentinan como responsable de la reacción de hipersensibilidad. El diagnóstico suele ser clínico siendo la histopatología inespecífica. A diferencia de lo sucedido en nuestro caso, los patch-test suelen resultar negativos, probablemente debido a la aplicación directa de la seta deshidratada.

Conclusiones: Presentamos un caso de eritema flagelado por setas shiitake, demostrada mediante patch-test y prick-test con la seta humedecida, con fenómeno de flare-up acompañante.

24. ERITEMA NECROLÍTICO

M. Almagro, L. Pérez, A. de Andrés, R. Iglesias, L. Rosende, M.T. Yebra-Pimentel y J. Cuevas

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España. Hospital Universitario Guadalajara. España.

Introducción: El eritema necrolítico migratorio se ha descrito asociado a glucagonoma, pero existen cuadros similares en sus manifestaciones clínicas e histológicas en pacientes con déficit nutricional, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), trastornos de la absorción o infección por el VHC.

Caso clínico: Mujer de 72 años, polimedcada, diagnosticada de infección crónica por el VHC, que ingresó en varias ocasiones desde el año 2004 por lesiones cutáneas con diversa morfología que se interpretaron como toxicodermias. Tras la retirada de diversos fármacos, las lesiones recidivaron. En 2008 ingresa por lesiones en pliegues, que se generalizaron y se asociaron a glositis y queilitis angular. El estudio histológico mostraba una necrosis epidérmica con "signo de la bandera tricolor". En los análisis destacaba elevación de la glucosa y disminución del cinc sérico, con normalidad en el resto de los parámetros. Mediante TAC y otras exploraciones se descartó la presencia de un glucagonoma. El diagnóstico final fue de eritema necrolítico (EN) asociado a déficit nutricional y de cinc, así como a infección por el VHC.

Discusión: En ocasiones pacientes con EN pueden no presentar glucagonoma. Se han descrito cuadros clínico-patológicos similares en pacientes con déficit de cinc, de aminoácidos o de ácidos grasos esenciales en el contexto del déficit nutricional, EII, y malabsorción. También existen lesiones acrales en la infección por el VHC. Por ello se piensa que en la génesis del EN influyen múltiples factores.

Conclusiones: El EN presenta patrones clínicos variados y observarse en pacientes sin glucagonoma.

25. ANGIOSARCOMA IRRESECABLE TRATADO CON BEVACIZUMAB (PÓSTER)

C. Peña^a, V. Nespereira^a, M. Quindós^b, A. de Andrés^a, L. Rosende^a, A. Álvarez^c y J. García-Silva^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oncología Médica; ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España.

Introducción: El angiosarcoma (AS) es un tumor de origen endotelial de comportamiento agresivo con pocas opciones terapéuticas, sobre todo en estadios avanzados. La introducción de nuevas tera-

pías biológicas en su tratamiento ha supuesto un importante avance en el manejo de esta neoplasia.

Caso clínico: Mujer de 68 años que consultó por una lesión de rápido crecimiento en cuero cabelludo. Exploración: lesión excrecente papulonodular eritemato-violácea de 5 cm, con lesiones satélites en un área de 10 cm de diámetro. Biopsia: angiosarcoma pobremente diferenciado. Estudio de extensión negativo. Dada la irreseccabilidad del tumor se inició tratamiento combinado con paclitaxel (80 mg/m²/semana) y bevacizumab (10 mg/Kg/dos semanas) por oncología, con una rápida respuesta y una excelente tolerancia. Tras 9 dosis de bevacizumab se realizó exéresis de zona residual cicatrizal.

Discusión: Existe un interés creciente en el uso de moléculas antiangiogénicas para el tratamiento del AS. El bevacizumab actúa inhibiendo la acción del factor de crecimiento endotelial (VEGF-A), impidiendo la formación de nuevos vasos. Ha sido aprobado para cáncer de colon, pulmonar, mama y renal. Existen 5 casos publicados de AS cutáneo tratados con bevacizumab, en monoterapia o en terapia combinada, con una excelente respuesta.

Conclusiones: En nuestro caso, la terapia con bevacizumab ha permitido aumentar las perspectivas de tratamiento y mejorar el pronóstico de la paciente. Este fármaco ha de tenerse en cuenta ante casos similares en los que las estrategias de tratamiento son limitadas.