



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### Reuniones de la Sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Jaca (Huesca), 4 de abril de 2014

#### 1. REGLA DE LOS 7 PUNTOS PARA EVALUAR LA RELEVANCIA DE LAS PRUEBAS DE CONTACTO

M. Hervella Garcés, L. Loidi Pascual, R. Santesteban Muruzábal, M. Larrea García y J.I. Yanguas Bayona

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción:** Establecer la relevancia de una prueba de contacto positiva es esencial para constatar si es esa sensibilización y no otra causa lo que explica la clínica que sufre un paciente. Planteamos una nueva herramienta para usar en la Consulta de Contacto, que ayudará desde etapas tempranas de la especialidad a interpretar la relevancia de una prueba positiva, y a asignar con rigor un grado de certeza a ese diagnóstico.

**Método:** Estudio retrospectivo de los enfermos atendidos en la Consulta de Contacto en los últimos 10 años con pruebas positivas (excluye relevancias pasadas, pruebas negativas, estudio incompleto, seguimiento < 2 años). Incluidos 515 pacientes, que se asignaron a tres grupos según la certeza de su diagnóstico de relevancia actual: definitiva, probable o desconocida/cuestionable. Mediante estudio multivariante se examinaron 16 variables inicialmente sospechadas como claves para la relevancia, a fin de seleccionar aquellas inequívocamente asociadas con el grupo definitiva.

**Resultados:** Siete variables mostraron una fuerte correlación ( $p < 0,05$ ) con el diagnóstico definitivo de relevancia. Proponemos recordarlas con el acrónimo "relevancia P·R·E·S·E·N·TE":

P, diagnóstico Pretest concordante.

R, Reacción positiva fuerte (++) en las pruebas.

E, Exposición conocida al producto sospechoso.

S, Sensibilización confirmada con reparcho o pruebas adicionales.

E, Exposición confirmada con test de uso/ROAT.

N, alérgeno contenido en el producto sospechoso.

TE, mejoría clínica Tras la Evitación del alérgeno.

Si exigimos al menos 5 de estos criterios, diagnosticaremos una relevancia definitiva, con 75,9% de sensibilidad y 92,5% especifici-

dad. El último criterio (TE) solo se conocerá semanas o meses tras las pruebas, pero ayudará a afianzar como definitivos casos de relevancia probable con 4 criterios y que estaban -por tanto- al filo de la certeza.

**Discusión:** La principal limitación de este estudio es la carencia de una "prueba de oro" que permita clasificar de forma incuestionable los diagnósticos, y que hemos intentado paliar con estrictos criterios de inclusión. Otra dificultad es la subjetividad y la complejidad propias del proceso de interpretación de la relevancia, que además exige un nivel previo de conocimiento y experiencia en este campo.

**Conclusiones:** Esta lista de siete puntos puede ser útil en la práctica clínica e invitamos a manejarla para establecer de forma ágil y sistemática el nivel de certeza de la relevancia presente de las pruebas del parche.

**Palabras clave:** Dermatitis eccematosa. Diagnóstico.

#### 2. COINCIDENCIA DE DERMATITIS FOTOALÉRGICA DE CONTACTO POR UN GEL ANTIINFLAMATORIO Y DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR UNA MUÑEQUERA DE NEOPRENO

I. Arrue Michelena, R. González Pérez, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, A. Urtaran Ibarzábal, L. Aspe Unanue y R. Soloeta Arechavala

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba-Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz. España.*

**Introducción:** La presencia de ciertas dermatitis condiciona una alteración de la barrera epidérmica que favorece la aparición de sensibilizaciones alérgicas a diversos haptenos. Este fenómeno, bien conocido en situaciones como dermatitis de estasis, úlceras cutáneas o dermatitis irritativas, apenas aparece descrito en la literatura cuando la dermatitis primaria responsable del daño cutáneo es una dermatitis alérgica o fotoalérgica de contacto.

**Caso clínico:** Varón de 44 años que presentó un eczema agudo en la mano derecha y antebrazo ipsilateral a los 2 días de colocarse una

muñequera de neopreno por una tendinitis. Reinterrogando al paciente, admitió haber aplicado simultáneamente Fastum gel sobre la zona. El estudio epicutáneo con la serie estándar del GEIDAC, las baterías de anti-inflamatorios (parches y fotoparches) y gomas y derivados además de los productos propios (muñequera de neopreno y Fastum gel,) demostró respuestas alérgicas positivas frente a perfumes, bálsamo del Perú, budesonida, resina de p-tert-butilfenol-formaldehído, difenilguanidina, difeniltiurea, difenilbutiltiurea, isopropilfenilendiamina, ptalamida y fragmento de muñequera de neopreno. En los fotoparches se observó una intensa positividad al ketoprofeno.

**Discusión:** Las pruebas realizadas confirmaron que nuestro paciente presentó simultáneamente una dermatitis fotoalérgica de contacto y una dermatitis alérgica de contacto, probablemente predisponiendo una a la aparición de la otra, aunque la patocronía del proceso resulte difícil de precisar. Por otro lado, se observaron varias positivities en la batería de aditivos de las gomas, algunas raramente descritas en las dermatitis alérgicas de contacto por trajes o dispositivos ortopédicos de neopreno.

**Palabras clave:** Dermatitis eczematosa.

### 3. ECCEMA DE LABIOS: REVISIÓN DE NUESTROS CASOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

L. Loidi Pascual, M. Hervella Garcés, M. Larrea García, R. Santesteban Muruzábal, A. Agulló Pérez e I. Yanguas Bayona

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.*

**Introducción:** Las causas más importantes de queilitis son la dermatitis atópica (DA) y la dermatitis de contacto alérgica (DCA).

**Material y métodos:** Revisamos retrospectivamente la base de datos de nuestra Unidad de Eczema de Contacto (UEC). En el periodo 2005-2014 fueron remitidos a nuestra consulta 78 pacientes para valoración de queilitis. En todos los casos se realizó una completa anamnesis y exploración física, además de una analítica sanguínea en los casos necesarios. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar ampliada del GEIDAC y otras baterías complementarias según la sospecha clínica, además de los productos propios.

**Resultados:** A lo largo de estos 8 años, fueron remitidos a nuestra UEC 78 pacientes con queilitis. El 87,18% eran mujeres, con un rango de edad de 7 a 86 años. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron DCA, DA y la dermatitis de contacto irritativa. 54 pacientes mostraron al menos una prueba positiva en las pruebas epicutáneas, de las cuales 28 fueron relevantes. Los alérgenos relevantes más frecuentes fueron los cosméticos, seguidos por los fármacos tópicos, las plantas y los perfumes. En los pacientes menores de 30 años el diagnóstico más frecuente fue la queilitis atópica, mientras que en los mayores de 30 años el diagnóstico más frecuente fue la DCA.

**Discusión:** Los diagnósticos finales establecidos en nuestros pacientes fueron similares a otras series publicadas. Los alérgenos más frecuentes fueron los cosméticos, los fármacos tópicos y las plantas.

**Conclusiones:** La queilitis es una entidad poco frecuente en nuestra UEC. Además de una correcta historia clínica, es fundamental estudiar a estos pacientes con pruebas epicutáneas. Además de parchear los alérgenos de la serie estándar, es importante tener en cuenta series adicionales como los cosméticos, las plantas y los productos propios.

**Palabras clave:** Dermatitis eczematosa.

### 4. INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA COMO CLAVE DIAGNÓSTICA EN UN CASO DE ENFERMEDAD AMPOLLOSA

A. Urtaran Ibarzabal, L. Aspe Unanue, L. Carnero González, I. Trébol Urra, G. Ruiz-Carrillo Ramírez, M.J. de Diego Rivas y R. González Pérez

*Hospital Universitario Araba-Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz. España.*

**Introducción:** En ocasiones es difícil realizar el diagnóstico diferencial entre la enfermedad ampollosa IgA lineal, la dermatitis herpetiforme y el lupus eritematoso sistémico (LES) ampolloso. Presentamos un caso que demuestra el destacado papel de la inmunofluorescencia directa (IFD) en el diagnóstico de estas enfermedades ampollosas.

**Caso clínico:** Varón de 51 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento habitual que consultó por presentar el último año brotes de lesiones pruriginosas vesiculoampollosas en tronco y extremidades, sin afectación mucosa. El estudio histológico mediante hematoxilina-eosina mostró una ampolla subepidérmica con neutrófilos y eosinófilos en su interior, microabscesos perifoliculares y edema e infiltrado inflamatorio de tipo crónico en la dermis papilar. La IFD de la piel perilesional mostró positividad lineal de IgA en la membrana basal dermoepidérmica. El estudio analítico detectó títulos elevados de ANA, así como ENA positivos (antiRo y antiLa). Los anticuerpos antitransglutaminasa y antiepiteliales fueron negativos. Nos planteamos el diagnóstico diferencial entre enfermedad ampollosa IgA lineal, dermatitis herpetiforme y LES ampolloso, y la IFD estableció el diagnóstico definitivo de enfermedad ampollosa IgA lineal. Se instauró tratamiento con dapsona con muy buena respuesta y actualmente el paciente se mantiene asintomático.

**Discusión:** La enfermedad ampollosa IgA lineal es una enfermedad vesiculoampollosa adquirida descrita tanto en la edad pediátrica como en la adulta que característicamente presenta una banda lineal y homogénea de IgA en la membrana basal dermoepidérmica. En nuestro paciente, la presencia de neutrófilos y los ANA podrían hacernos pensar en otras entidades. Sin embargo, la IFD demostró el depósito de IgA lineal que nos permitió establecer el diagnóstico.

**Palabras clave:** Enfermedad ampollosa.

### 5. ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

I. García-Río<sup>a</sup>, V. Almeida Llamas<sup>a</sup>, A.M. Martínez de Salinas<sup>a</sup>, M.C. Fraile Alonso<sup>a</sup>, M. Julia Manresa<sup>a</sup>, Y. Olaizola Nogales<sup>a</sup>, S. Goula Fernández<sup>a</sup> y A. Vigudi Díaz<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital HUA-Sede Txagorritxu. Vitoria. Álava. España.*

**Introducción:** La enfermedad por arañazo de gato es un síndrome caracterizado por adenopatía regional después de un arañazo o mordedura de gato distal a los ganglios afectos. Recientemente se ha incriminado a la *Bartonella henselae* como causa de esta enfermedad, aunque es posible que otros agentes puedan causar este síndrome. Presentamos 3 casos de enfermedad por arañazo de gato, con estudio histológico y serología positiva.

**Casos clínicos:** Caso 1: varón de 12 años que convivía con varios gatos, ingresó en pediatría por un cuadro sistémico de 2 días, con lesiones cutáneas y adenopatías inguinales. Caso 2: varón de 28 años en contacto con gato doméstico, ingresó por adenopatías, fluctuantes, abscesiformes de gran tamaño en región cervical izquierda de 3 meses de evolución. Caso 3: mujer de 52 años que consultó por febrícula y adenopatías en lado izquierdo del cuello desde hacía 4-5 días. La paciente refería además lesiones cutáneas en ambas piernas.

**Discusión:** La enfermedad por arañazo de gato se considera la causa más frecuente de linfadenopatía crónica benigna en niños y jóvenes y en el 90% de los casos existe el antecedente de contacto con gatos o perros. Aunque el cuadro clínico ha sido bien estudiado existe una gran variabilidad que depende de la especie de *Bartonella* y el estado inmunológico del paciente. Presentamos estos casos en los que se reflejan diferentes aspectos clínicos e histológicos y porque, a pesar de ser un proceso no raro y de distribución universal, no es común en la práctica dermatológica.

**Palabras clave:** Infestación. Miscelánea.

## 6. ÚLCERA EN PRIMER DEDO DEL PIE IZQUIERDO EN PACIENTE PROCEDENTE DE SENEGAL

T. Gracia Cazaña, I. Pastushenko, C. Conejero del Mazo, E. Pelegrina Fernández, A.L. Morales Moya, M. Ara Martín y M.P. Grasa Jordán

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

**Introducción:** Cuando nos encontramos una úlcera en pacientes procedentes de países tropicales, debe plantearse el diagnóstico diferencial dentro de los procesos infecciosos frecuentes en estos países que en algún momento de su evolución natural pueden cursar con ulceraciones en zonas expuestas.

**Caso clínico:** Hombre de 29 años de edad, natural de Senegal, sin antecedentes médicos de interés. Es remitido al Servicio de Dermatología para valorar lesión en primer dedo de pie izquierdo de 15 años de evolución. El paciente refería infección por probable "parásito" en su país. A la exploración física se observaba úlcera cutánea con destrucción ungueal en dorso de primer dedo del pie izquierdo. Ante la sospecha de úlcera fagedénica o úlcera de Buruli se realizó biopsia de la lesión y se recogieron cultivos para hongos, micobacterias y bacterias además de serologías. El estudio histopatológico de la lesión mostraba una importante reacción inflamatoria, compatible con úlcera de etiología infecciosa. Finalmente el cultivo bacteriológico fue positivo para *Granulicatella adiacens*, se trató con clindamicina con excelente respuesta al tratamiento.

**Discusión:** *Granulicatella adiacens* es la denominada antiguamente variante nutricional del estreptococo, junto con *Abioatrophia*. Las infecciones más frecuentemente reportadas secundarias a *Granulicatella* han sido las endocarditis y dentro de las infecciones extravasculares las oculares y los abscesos cerebrales. Por el contrario solo se ha descrito como agente causal de infecciones cutáneas en un paciente con ántrax. Presentamos el primer caso de úlcera en paciente procedente de país tropical atribuido a este germen y realizamos un diagnóstico diferencial de las úlceras tropicales en zonas expuestas.

**Palabras clave:** Infección bacteriana.

## 7. PLACA ALOPÉCICA INFLAMATORIA POR PICADURA DE GARRAPATA

H.A. Borja Consigliere<sup>a</sup>, E. del Alcázar Viladomiu<sup>a</sup>, J. Zubizarreta Salvador<sup>a</sup>, S. Vildósola Esturo<sup>a</sup>, C. Lobo Morán<sup>b</sup> y A. Tuneu Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

**Introducción:** *Ixodidae* es una familia de ácaros que se alimenta de la sangre de mamíferos, incluido el ser humano. Actúan como vectores de diversas enfermedades y generan reacciones inflamatorias locales.

**Caso clínico:** Mujer de 52 años que consultó por pérdida de pelo en el cuero cabelludo. Presentaba una placa alopécica inflamatoria de 3 cm, asociada a adenopatías dolorosas. Seis semanas antes se había quitado una garrapata que había tenido adherida durante una semana, acompañado de malestar general y dolor local. Había realizado tratamiento con doxiciclina durante una semana. La biopsia de la lesión mostraba un infiltrado inflamatorio mixto con presencia de eosinófilos y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, el cultivo de la lesión y las serologías para *borrelia burgdorferi* y *rickettsia conorii* fueron negativos, llegándose al diagnóstico de alopecia por picadura de garrapata. La lesión fue infiltrada con triamcinolona y posteriormente continuó con clobetasol crema, con recuperación completa del pelo.

**Discusión:** Las garrapatas secretan sustancias que generan reacciones locales agudas como eritema, pápulas, placas, púrpura, ampollas, necrosis y ulceración. Si se perpetúa el estímulo se desarrollan reacciones crónicas como granulomas a cuerpo extraño, pseudolinfomas, lesiones tipo eritema migratorio y alopecia. Esta se caracteriza por avanzar de forma centrífuga desde la zona de la picadura, estabilizarse y regresar de forma espontánea con repoblamiento total. Este caso plantea el diagnóstico diferencial con DENOBELE (Dermacenter-borne-necrosis-erythema lymphadenopathy), causada por *rickettsia slovaca*, que cursa con adenopatías y una escara necrótica en la zona de la picadura, pudiendo dejar una alopecia permanente.

**Palabras clave:** Diagnóstico. Pelo.

## 8. RECONSTRUCCIÓN DE LABIO SUPERIOR EN ONCOLOGÍA CUTÁNEA

R. Santesteban Muruzábal, M.E. Iglesias Zamora, L. Loidi Pascual, A.D. Agulló Pérez, B. Bonaut Iriarte, A. Larumbe Irurzun y J.I. Yanguas Bayona

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.*

**Introducción:** La patología tumoral en la región de los labios es más frecuente en el labio inferior. No obstante en el labio superior también se desarrollan tumores cutáneos, en ocasiones de gran tamaño, que requieren reconstrucciones complejas.

**Material y métodos:** Presentamos casos quirúrgicos de tumores cutáneos a nivel de labio superior, intervenidos en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra. Los defectos creados tras la resección tumoral pueden afectar a piel, mucosa, bermellón o todo el grosor del labio, precisando cada caso una técnica reconstructiva específica. Algunas reconstrucciones se realizan mediante técnicas clásicas (resección en V-bloque, colgajo A-T, colgajo en isla subcutáneo, colgajo de Webster, etc.) y en otros casos se requiere mayor complejidad en la reconstrucción, como la combinación de varios de ellos.

**Discusión:** En la actualidad es frecuente que los pacientes acudan al dermatólogo buscando el embellecimiento de la región labial, como por ejemplo la eliminación de las arrugas del labio superior. Sin embargo, en los labios pueden asentar tumores cutáneos con importante morbilidad. El objetivo fundamental de la cirugía en estos casos es, como siempre en cirugía oncológica, la resección completa tumoral. Posteriormente, a la hora de reconstruir el labio superior, debemos tener en cuenta varios puntos anatómicos que no debemos modificar en su estructura, como por ejemplo el filtrum, comisuras labiales, surcos nasogenianos o semimucosa, para conseguir un resultado funcional y estético óptimo.

**Palabras clave:** Tratamiento quirúrgico. Tumor maligno.

## 9. CIRUGÍA DE MOHS: PUESTA EN MARCHA Y NUESTROS PRIMEROS 30 CASOS

M. Mendieta Eckert<sup>a</sup>, I. Allende Markixana<sup>a</sup>, S. Álvarez Sánchez<sup>a</sup>, M. Ballesteros Díez<sup>a</sup>, V. Velasco Benito<sup>b</sup> e I. Ocerin Guerra<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces. San Vicente de Barakaldo. Bizkaia. España.

**Introducción:** La cirugía de Mohs es una técnica altamente eficaz que proporciona porcentajes de curación superiores a otros métodos. Es una cirugía en auge tanto en Estados Unidos como en Europa si bien se encuentra limitada por la existencia de una curva de aprendizaje y por los costes.

**Casos clínicos:** Presentamos los pasos seguidos en nuestro Servicio de Dermatología para la creación de una Unidad de Cirugía de Mohs y los primeros 30 pacientes realizados. Se muestra el recorrido se-

guido por el paciente, la realización del acto quirúrgico y el estudio histológico. Exponemos las dificultades y los resultados que hemos obtenido en nuestro primer año de experiencia. En la actualidad realizamos un paciente por semana de cirugía de Mohs formando así parte del registro español de cirugía de Mohs.

**Conclusiones:** Destacamos la necesidad de una formación quirúrgica previa en este tipo de cirugía.

**Palabras clave:** Tratamiento quirúrgico.

## 10. SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CD30. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL DE BASURTO

L. Blanch, R. Izu, M. Lázaro, J. González del Tánago, C. Gómez, M. Zaldua y J. Mari Careaga

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

**Introducción:** Los linfomas cutáneos CD30<sup>+</sup> constituyen el 30% de los linfomas cutáneos T, siendo el segundo grupo en frecuencia detrás de la micosis fungoide y el síndrome de Sézary. Se trata de un grupo de entidades en cuyos polos se encuentran la papulosis linfomatoide (PL) y el linfoma cutáneo anaplásico de células grandes (LCACG), linfomas en general de pronóstico favorable. Existen formas intermedias que en ocasiones no permiten establecer un diagnóstico de forma clara, siendo muy importante en estos casos la correlación clínico-patológica. La PL se define como una enfermedad crónica que cursa a brotes y se caracteriza por la aparición de pápulas dispersas, sobre todo en tronco y extremidades, que tienden a ulcerarse. Las lesiones tienden a regresar de forma espontánea en pocas semanas y curan dejando una cicatriz. Histológicamente se diferencian en 5 tipos según el tipo de célula predominante. En el LCACG la clínica habitual son nódulos/tumores únicos o agrupados. En la histología destaca un infiltrado de células grandes, la mayoría anaplásicas, donde más del 75% son CD30<sup>+</sup>. En un 10% de los casos se puede producir afectación extracutánea, principalmente en ganglios regionales. Es muy importante establecer el diagnóstico diferencial con los linfomas anaplásicos de células grandes sistémicos con afectación cutánea (a diferencia del cutáneo, el sistémico expresa el antígeno ALK).

**Discusión:** Hemos realizado una revisión de los casos diagnósticos en nuestro hospital en los últimos 15 años, encontrando 15 casos de PL, 7 de LCACG y 1 caso de micosis fungoide con transformación anaplásica CD30<sup>+</sup>.

**Palabras clave:** Linfoma.

## 11. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA EN GLANDE

A.D. Agulló Pérez<sup>a</sup>, R. Santesteban Muruzábal<sup>a</sup>, L. Loidi Pascual<sup>a</sup>, T. Tuñón Álvarez<sup>b</sup>, A. Larumbe Irurzun<sup>a</sup> y M.E. Iglesias Zamora<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción:** La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) constituye una entidad de inicio lento, curso insidioso y clínica anodina. Puede deberse tanto a un proceso neoplásico intraepidérmico de diferenciación apocrina (EPEM primaria) como a una migración epidérmica de un adenocarcinoma adyacente o distante (EPEM secundaria).

**Material y métodos:** Varón de 77 años con antecedentes de adenocarcinoma de próstata y carcinoma vesical de células uroteliales (pTa G2 múltiple) resecado en 2009. Intervenido de carcinoma epidérmico de párpado inferior en nuestro Servicio. Refería lesión en glándula de más de 9 meses de evolución, asintomática, diagnosticada como psoriasis en otro centro y tratada con corticoide tópico y emolientes sin mejoría. En la exploración física se objetiva una placa eritematodescamativa perimeatal de 2 cm bien definida. Se realiza biopsia con el diagnóstico diferencial de enfermedad de

Bowen, EPEM o psoriasis. El estudio anatomopatológico muestra infiltración epidérmica de células sueltas con atipia y mitosis, papilomatosis, infiltrado inflamatorio en banda, y positividad para citoqueratina 20 y Cam 5.2 que confirma el diagnóstico de EPEM. Se realiza estudio de extensión (RM y TAC) donde se evidencia neoplasia en cuerpos cavernosos de 4,5 cm y adenopatías inguinales. La PAAF de estas detecta células cancerosas de estirpe urotelial. Actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico.

**Discusión:** La EPEM constituye una entidad poco frecuente, de difícil y a menudo tardío diagnóstico. Es necesaria una alta sospecha clínica, en pacientes de edad avanzada y con antecedentes de neoplasia, como en el caso de nuestro paciente. El estudio histológico y las técnicas inmunohistoquímicas (citoqueratina 7 y 20) son fundamentales para el diagnóstico y para diferenciar entre formas primarias y secundarias en las que es necesario realizar estudios de extensión.

**Palabras clave:** Enfermedad de Paget extramamaria. Glándula. Neoplasia vesical.

## 12. OCRONOSIS: DOS CASOS, DOS CAUSAS

I. Martínez de Lizarduy, L. Blanch Rius, J. González del Tánago Diago, P. Urigoitia Ugalde, C. Gómez Bringas y J.M. Careaga Alzaga

*Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.*

Presentamos un caso de ocronosis exógena por hidroquinona y otro en un paciente con alcaptonuria. Se revisa la clínica en ambos casos y se hace hincapié en las similitudes y diferencias histológicas.

**Palabra clave:** Miscelánea.

## 13. BROTE DE ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA EN ADULTOS EN ZARAGOZA

C. Conejero de Mazo<sup>a</sup>, E. Pelegrina Fernández<sup>a</sup>, T. Gracia Cazaña<sup>a</sup>, I. Pastushenko<sup>a</sup>, R. Conejero del Mazo<sup>b</sup>, M. Ara Martín<sup>a</sup> y M.P. Grasa Jordán<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. España.*

**Introducción:** La enfermedad mano-pie-boca (EMPB) es una manifestación frecuente, en la infancia, de la infección por coxsackievirus y enterovirus.

**Material y métodos:** Entre los meses de septiembre y diciembre de 2011 acudieron a urgencias 14 pacientes adultos con manifestaciones clínicas atípicas compatibles con EMPB. Los pacientes presentaban pápulas dolorosas, purpúricas, de localización acral, en vez de las características lesiones vesiculosas. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes y revisar la bibliografía al respecto dado lo infrecuente de esta presentación.

**Resultados:** De los 14 pacientes, 7 eran mujeres y 7 varones. La edad media fue de 35,3 años. En cuanto a las manifestaciones clínicas, el 100% de los pacientes presentaban lesiones en palmas y en plantas y el 64,3% de los pacientes en boca. Doce de los 14 pacientes referían síntomas catarrales (sobre todo fiebre y odinofagia) los días previos. El tratamiento en todos los casos fue sintomático. Las serologías de enterovirus fueron positivas en 4 de los pacientes. En los exámenes complementarios llama la atención la positividad para crioglobulinas en 3 pacientes, ANAs positivos en 3 casos (a títulos bajos) y 2 casos con anticoagulante lúpico positivo.

**Discusión:** Las infecciones por enterovirus se asocian a un amplio espectro de manifestaciones clínicas, entre las que se encuentra la EMPB. En los últimos estudios epidemiológicos los agentes que con más frecuencia se asociaron a la EMNB son el coxsackievirus A16 y el enterovirus 71, sin embargo, han sido publicados casos de EMPB

en adultos y niños en los que el agente causal responsable del brote fue el coxsackievirus A6. En estos casos, las manifestaciones clínicas y la forma de presentación fueron atípicas. Presentamos la mayor serie de pacientes adultos con EMPB descrita hasta la fecha.

**Palabras clave:** Infección vírica. Epidemiología.

#### 14. INFECCIÓN CUTÁNEA POR *MYCOBACTERIUM CHELONAE*. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

S. Ibarbia Oruezabal<sup>a</sup>, P. Gutiérrez Támara<sup>a</sup>, A. Jaka Moreno<sup>a</sup>, M.A. Arregui Murua<sup>a</sup>, C. Lobo Morán<sup>b</sup> y A. Tuneu Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. España.

**Introducción:** *Mycobacterium chelonae* (MC) es una micobacteria atípica de crecimiento rápido. Se encuentra como microorganismo saprofito ampliamente distribuido en la tierra, polvo y agua. La infección cutánea ocurre habitualmente en inmunodeprimidos aunque puede darse en inmunocompetentes en relación a traumatismos.

**Casos clínicos:** Presentamos tres casos de infección por MC: Caso 1: mujer de 78 años, diabética, ingresada por sospecha de celulitis en pierna derecha, que presentaba lesiones pápulo-nodulares sobre piel eritematosa que persistían a pesar de tratamiento antibiótico. Caso 2: varón de 83 años con anemia hemolítica autoinmune en tratamiento crónico con corticoterapia, que mostraba nódulos de violáceos y dolorosos de distribución zosteriforme en cara interna del muslo izquierdo. Caso 3: mujer de 66 años con antecedentes de artritis reumatoide corticodependiente, que consultó por la aparición reciente de nódulos eritemato-violáceos en la pierna y muslo izquierdos. Las biopsias de los tres casos mostraron granulomas con células gigantes de tipo cuerpo extraño y microabscesos de polimorfonucleares. En una de ellas, la tinción de Ziehl objetivó la presencia de micobacterias. El diagnóstico se confirmó con el crecimiento de MC en cultivos específicos. Se realizó tratamiento con claritromicina en el primer y tercer casos y con claritromicina y ciprofloxacino en el segundo paciente, con buena evolución en todos ellos.

**Discusión:** MC es una micobacteria no tuberculosa que afecta más frecuentemente a inmunodeprimidos y que en inmunocompetentes puede causar infecciones cutáneas por inoculación de heridas de naturaleza diversa. La manifestación clínica más frecuente es la de nódulos infiltrados, de coloración rojo-violácea y distribución esporotricóide sin afectación del estado general. El diagnóstico se establece por la visualización de las micobacterias en las biopsias y se confirma mediante los cultivos especiales. El manejo terapéutico comprende el uso de antimicrobianos, a ser posible previo antibiograma, y entre los que destacan los macrólidos, durante un período prolongado. Asimismo puede asociarse desbridamiento quirúrgico en función de la extensión de la afectación cutánea.

**Palabras clave:** Infección bacteriana.

#### 15. LESIÓN FACIAL PERSISTENTE

M. Fraile Alonso<sup>a</sup>, A. Martínez de Salinas Quintana<sup>a</sup>, V. Almeida Llamas<sup>a</sup>, M. Julià Manresa<sup>a</sup>, I. Neve Lete<sup>b</sup>, A. Viguri Díaz<sup>c</sup>, I. García Río<sup>a</sup>, Y. Olaizola Nogales<sup>a</sup> y S. Goula Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Radiología. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Álava-Sede Txagorritxu. España.

**Introducción:** El incremento de movimientos migratorios ha dado lugar a la aparición de infecciones tropicales importadas en nuestro medio. El dermatólogo ha de estar formado y sospechar este tipo de lesiones, fundamentalmente en pacientes que hayan realizado viajes exóticos en los meses previos a la aparición del cuadro cutáneo.

**Caso clínico:** Mujer de 24 años que tras viaje a Tailandia consultó por lesiones clínicamente compatibles con picaduras en tronco y

una lesión en la cara que presentaba una gran reacción inflamatoria y una evolución lenta. Se pautó tratamiento tópico con betametasona y gentamicina tópicos y azitromicina oral. A pesar de esto las lesiones persistían, sobre todo la de la cara. Se realizó biopsia y cultivo de una lesión situada en el tronco siendo compatible con picadura. Dado que la lesión de la cara persistía, en la revisión de la paciente se evidenció la progresión serpiginosa de la misma, haciendo sospechar el diagnóstico de larva migrans. La paciente rechazó la biopsia facial y se practicó una ecografía cutánea en la que se apreciaba en la región malar izquierda un área subcutánea hipoeoica, con hiperemia circundante. En el interior de la misma se identifican dos imágenes puntiformes, lineales, milimétricas, paralelas entre sí que puede corresponder con la pequeña larva que se sospecha en el interior de un absceso. Se aplicó tratamiento con crioterapia. La lesión desapareció días más tarde. En la ecografía de control no se apreciaba la imagen previa.

**Conclusiones:** Nos gustaría destacar: 1) la localización inusual de la larva migrans en la cara lo cual dificulta su diagnóstico. 2) La utilidad de la ecografía como técnica diagnóstica complementaria en la dermatología. 3) El tratamiento con crioterapia de la larva migrans, fácil, rápido y eficaz.

#### 16. PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

M. Ivars Lleó, I. Irrazábal Armendáriz, M. Lera Imbuluzqueta, I. Bernad Alonso y A. España Alonso

*Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra. España.*

**Introducción:** El penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad ampollosa autoinmune, frecuente en ancianos. Su patogenia está definida por un componente inmunológico determinado por la presencia de anticuerpos IgG dirigidos contra proteínas de los hemidesmosomas de la membrana basal, y otro inflamatorio, por la acción de polimorfonucleares activados por los anticuerpos. La leucemia linfática crónica (LLC) es un síndrome linfoproliferativo B, frecuente en nuestro medio. Entre sus complicaciones destacan los fenómenos autoinmunes, las infecciones intercurrentes y las segundas neoplasias. Se han descrito diversas enfermedades ampollosas autoinmunes asociadas a procesos malignos. La asociación entre PA y LLC es muy infrecuente.

**Caso clínico:** Paciente de 79 años remitido a nuestro departamento ante la sospecha de un penfigoide ampolloso. Presentaba unas lesiones vesículo-ampollosas pruriginosas características, además de importante afectación de mucosa oral. El estudio histológico junto con la determinación de anticuerpos IgG circulantes (inmunofluorescencia indirecta y anticuerpos anti-BP-180) fueron compatibles con penfigoide ampolloso. El paciente fue diagnosticado, de forma paralela al cuadro dermatológico, de una leucemia linfática crónica (LLC-B). El tratamiento con rituximab produjo remisión completa de los dos procesos.

**Discusión:** Es conocida la asociación entre las dermatosis ampollosas autoinmunes y las neoplasias. Existe controversia sobre si estos procesos son consecuencia de los autoanticuerpos producidos por las células tumorales, o resultado de la disregulación inmunológica asociada al tumor. Se describen en la literatura casos de resolución de enfermedades autoinmunes tras el tratamiento de la neoplasia.

**Conclusiones:** Parece relevante descartar una neoplasia asociada ante el diagnóstico de una dermatosis ampollosa autoinmune.

#### 17. ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED ESTADIO IV Y NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: UN RETO DIAGNÓSTICO

E. del Alcázar Viladomiu<sup>a</sup>, T. Artola Urain<sup>b</sup>, A. López Pestaña<sup>a</sup>, S. Ibarbia Oruezabal<sup>a</sup>, C. Lobo Morán<sup>c</sup> y A. Tuneu Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Hematología; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

**Introducción:** La enfermedad injerto contra huésped aguda (EICHa) estadio IV puede ser indistinguible clínicamente de una necrólisis epidérmica tóxica (NET). Además, los pacientes sometidos a trasplante de médula ósea suelen estar polimedicados, por lo que son susceptibles de padecer cualquiera de las dos enfermedades.

**Caso clínico:** Varón de 59 años diagnosticado de una leucemia mielomonocítica crónica refractaria a quimioterapia. En julio de 2013 se le realizó un trasplante de progenitores hematopoyéticos de donante no emparentado. El día 37 postrasplante debutó con un cuadro de exantema cutáneo, fiebre, odinofagia y deposiciones diarreicas por lo que se le prescribió amoxicilina-clavulánico y levofloxacino. En la exploración física presentaba un exantema macular con áreas erosionadas en tronco y afectación a nivel facial, extremidades, palmas y plantas. Además, tenía erosiones en la mucosa ocular, labios y mucosa yugal. Inicialmente se planteó el diagnóstico diferencial entre EICHa y NET. La biopsia cutánea mostró una dermatitis de interfase con degeneración vacuolar y queratinocitos necróticos. Se suspendieron los fármacos implicados en el desarrollo de una NET y se pautó corticoterapia a dosis de 1 mg/kg/12 h. Las lesiones presentaron una mejoría clínica, pero posteriormente adoptaron un patrón liquenoide, por lo que finalmente se realizó el diagnóstico de EICHa. El paciente falleció 4 meses más tarde debido a infecciones pulmonares y un cuadro confusional.

**Discusión:** Los principales diagnósticos diferenciales de la EICHa son las toxicodermias y los exantemas virales. En un primer momento el diagnóstico diferencial entre la EICHa estadio IV y la NET es complejo, por lo que es recomendable suspender los fármacos potencialmente implicados en la NET. Además, la biopsia cutánea no diferencia ambas entidades, siendo necesaria una correlación clínico-patológica. Finalmente, la evolución clínica junto con las manifestaciones extracutáneas en forma de diarreas o alteraciones hepáticas serán clave para llegar al diagnóstico definitivo.

**Palabras clave:** Diagnóstico.

## 18. ERUPCIÓN PRURIGINOSA, POLIMORFA Y EOSINOFÍLICA ASOCIADA A RADIOTERAPIA (EPPER). A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Urigoitia Ugalde<sup>a</sup>, I. Martínez de Lizarduy Álvarez<sup>a</sup>, S. Pérez Barrio<sup>a</sup>, L. Blanch Rius<sup>a</sup>, C. Sanz de Galdeano Palacio<sup>a</sup>, A. Fernández Larrinoa Santamaría<sup>b</sup> y J.M. Careaga Alzaga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Bizkaia. España.

**Introducción:** La radioterapia provoca frecuentemente reacciones cutáneas conocidas como radiodermatitis aguda o crónica. Sin embargo, también han sido descritas erupciones cutáneas polimorfas generalizadas tras la radioterapia.

**Caso clínico:** Mujer de 41 años, diagnosticada de carcinoma lobulillar infiltrante en mama izquierda, intervenida quirúrgicamente, y que tras 17 sesiones de radioterapia fue derivada a nuestras consultas por una erupción cutánea papular no confluyente en mama izquierda, muy pruriginosa, que se extendía más allá de la zona radiada. Curiosamente, mientras las lesiones confluían y la erupción iba en aumento fuera de la zona radiada, esta quedaba libre de lesiones. El estudio histopatológico mostró espongiosis, edema dérmico marcado y moderado infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, histiocitos y numerosos eosinófilos. La radioterapia fue suspendida temporalmente y la paciente recibió tratamiento con corticoides sistémicos y tópicos con resolución del cuadro.

**Discusión:** Presentamos el caso de una erupción cutánea tras radioterapia, que a diferencia de la radiodermatitis típica, sobrepasa los límites del campo de radiación. En la literatura han sido descritas erupciones cutáneas generalizadas y polimorfas tras radioterapia.

La erupción pruriginosa, polimorfa y eosinofílica asociada a radioterapia, descrita por Rueda et al, es una erupción cutánea polimorfa y pruriginosa que generalmente se extiende más allá de la zona radiada. En el examen anatomopatológico de la lesión es característica la presencia de numerosos eosinófilos. Desde entonces, pocos casos han sido publicados.

**Palabras clave:** Miscelánea.

## 19. PLACA ERITEMATOVESICULOSA POST-RADIOTERAPIA

A. De Quintana Sancho, M.R. González Hermosa, E. Acebo Mariñas, B. Navajas Pinedo, M. Ballesteró Díez y M. Mendieta Eckert

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

**Introducción:** Presentamos el caso de una paciente en tratamiento con radioterapia (RT) por una neoplasia mamaria que desarrolló un cuadro generalizado de lesiones polimorfas, características de eritema exudativo multiforme.

**Caso clínico:** Una paciente de 62 años de edad acudió a nuestro servicio remitida desde Urgencias por lesiones cutáneas en zona mamaria y extremidades superiores e inferiores. Se trataba de una paciente intervenida de carcinoma de mama, en tratamiento con RT y hormonoterapia. La paciente refería eritema y prurito en la zona irradiada (tras 23 sesiones de RT), por lo que pautaron una crema de corticoide y antibiótico tópico. Pocas horas después de la aplicación apareció una placa eritematovesiculosa en la zona donde se había aplicado dicha crema. Dos días después aparecieron lesiones maculopapulosas en extremidades superiores e inferiores, así como en la mama contralateral, con morfología dianiforme. En la analítica no se encontraron hallazgos patológicos y en las biopsias cutáneas realizadas de las extremidades superior e inferior se apreciaba una vesícula subepidérmica con dermatitis espongiótica e infiltrado perivasculoso e intersticial rico en eosinófilos. Durante la evolución, la paciente presentó escasa respuesta al tratamiento con prednisona oral y diversos corticoides tópicos. Las pruebas epidermicas realizadas (True-Test, corticoides tópicos y sulfato de gentamicina) resultaron negativas.

**Conclusiones:** Hay muy pocos casos descritos en la literatura de eritema exudativo multiforme (EEM) secundario a RT. Queremos destacar que la mayoría de los casos publicados de EEM secundario a RT se produjeron en pacientes que fueron tratados simultáneamente con medicación que se conoce como causa precipitante de EEM, circunstancia que no tuvo lugar en nuestra paciente.

## 20. MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS EN PACIENTES TRATADOS CON TRIPLE TERAPIA COMBINADA PARA HEPATITIS C: NUESTRA EXPERIENCIA

J. González del Tánago Diago<sup>a</sup>, A. Sánchez Díez<sup>a</sup>, F. Menéndez Blázquez<sup>a</sup>, S. Gómez Muga<sup>a</sup>, P. Urigoitia Ugalde<sup>a</sup>, M. Juliá Manresa<sup>b</sup>, M.J. Calderón Gutiérrez<sup>a</sup> y J.M. Careaga Alzaga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España. <sup>b</sup>Hospital Universitario Araba. Vitoria. España.

Desde la introducción en 2011 del telaprevir (agente antiviral directo) como terapia combinada con ribavirina y peg-interferón para el tratamiento de la hepatitis por virus de la hepatitis C, se han descrito numerosas reacciones adversas cutáneas de tipo exantemático. La mayoría de estas reacciones son de tipo leve o moderado, permitiendo continuar con la terapia antiviral bajo supervisión dermatológica. Alrededor de un 10% son reacciones severas que tienen riesgo de progresión a erupciones cutáneas graves de tipo DRESS y síndrome de Stevens-Johnson que obligan a la suspensión inmediata de la medicación antiviral. Presentamos nuestra experiencia en el manejo conjunto con el Servicio de Digestivo de una serie de pacientes. Consideramos que es conveniente el manejo multidiscipli-

nar de estos pacientes y el conocimiento de las posibles reacciones adversas por telaprevir para proceder adecuadamente.

**Palabras clave:** Reacciones por fármacos.

## 21. HAMARTOMA FIBROSO DE LA INFANCIA VULVAR

G. Ruiz-Carrillo Ramírez<sup>a</sup>, S. Goula Fernández<sup>a</sup>,  
L. Sánchez Martínez<sup>a</sup>, S. Heras González<sup>a</sup>, J. de Diego Rivas<sup>b</sup>  
y R. González Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario de Araba. Sede Santiago. Vitoria. España.

**Introducción:** Las masas en la región genito-inguinal en niños pre-púberes son raras. El diagnóstico diferencial incluye malformaciones congénitas, pubertad precoz, adenopatías, neoplasias e infecciones, siendo las dos causas principales los hematomas tras traumatismos y las hernias.

**Caso clínico:** Niña de 18 meses que consultaba por lesión asintomática en el labio mayor izquierdo, congénita y de crecimiento progresivo. A la exploración presentaba un nódulo de bordes mal delimitados, con dos placas rosadas con aspecto de piel de naranja en su borde inferior, que provocaba una marcada asimetría de los labios mayores. La ecografía mostraba un tejido ecogénico heterogéneo de 3,5 x 1,3 cm aproximadamente y se realizó una biopsia punch. Con el diagnóstico de sospecha de hamartoma fibroso de la infancia (HFI) fue remitida a Cirugía Pediátrica, que realizó exéresis más plastia.

**Discusión:** El HFI es un tumor benigno raro, que típicamente aparece en las axilas, región superior del tronco y extremidades superiores de varones en los primeros 2 años de vida. Histológicamente presenta una mezcla de haces de mio y fibroblastos, células mesenquimales inmaduras en un estroma mixoide y tejido adiposo maduro. No se ha descrito la asociación con cuadros sindrómicos. La exéresis simple es el tratamiento de elección.

**Conclusiones:** Hay 4 casos publicados de HFI en el labio mayor. Es importante incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de las masas en la región genital porque, a pesar de sus márgenes irregulares, tiene un carácter benigno y se ha de evitar un abordaje agresivo.

**Palabras clave:** Tumor benigno.

## 22. TRICOEPITELIOMAS MÚLTIPLES: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M.P. Gutiérrez Támara<sup>a</sup>, H. Borja Consigliere<sup>a</sup>, M.A. Arregui<sup>a</sup>,  
N. Ormaechea Pérez<sup>a</sup>, C. Lobo Morán<sup>b</sup> y A. Tuneu Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. España.

**Introducción:** Los tricoepiteliomas son tumores benignos conformados por células basales con diferenciación folicular. Frecuentemente son solitarios, pero se pueden presentar clínicamente como múltiples, como parte de un síndrome genético o familiar o menos frecuentemente esporádicos. En las formas esporádicas se ha descrito una mutación de novo en el cromosoma 9p21, mientras que en las formas familiares y genéticas se ha descrito una herencia autosómica dominante con una mutación en el gen supresor tumoral CYLD. En el momento del diagnóstico se debe preguntar por otros familiares afectados u otras lesiones asociadas para descartar un síndrome o una presentación familiar.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años. Presentaba 4 pápulas faciales de 5 años de evolución. Le habían realizado una extirpación de una lesión en surconasogeniano izquierdo con biopsia compatible con carcinoma basocelular. Solo refería un primo hermano afectado con una única lesión. Se realizó biopsia de las lesiones siendo compatibles con tricoepiteliomas, y tricoblastoma en el surco nasogeniano

derecho. Se realizó extirpación de este último. En el seguimiento no se ha observado recidiva en áreas de cicatriz y las otras lesiones permanecen estables.

**Discusión:** Los tricoepiteliomas son lesiones que representan un reto diagnóstico porque se confunden clínica e histológicamente con carcinomas basocelulares. Histológicamente, tienen en común la presencia de nidos de células basaloideas en la dermis, encontrándose en los tricoepiteliomas además quistes de queratina y un estroma hipocelular. Aunque ningún marcador inmunohistoquímico es específico de uno o de otro, algunos de ellos pueden ayudar en la diferenciación. En nuestra paciente, la edad, el tiempo de evolución, el número de lesiones y los hallazgos anatomopatológicos fueron la clave para hacer el diagnóstico.

**Palabras clave:** Tumor benigno.

## 23. PLACA INDURADA FACIAL

E. Pelegrina Fernández, C. Conejero del Mazo, I. Pastushenko,  
T. Gracia Cazaña, M. Ara y M.P. Grasa Jordán

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

**Introducción:** El melanoma desmoplásico es una rara variante de melanoma que supone un reto diagnóstico clínico y anatomopatológico.

**Caso clínico:** Varón de 80 años con antecedentes de síndrome mielodisplásico y artritis reumatoide, con lesión tumoral malar izquierda de crecimiento progresivo, pétreo y no dolorosa que se acompaña de una lesión pigmentada suprayacente irregular, marrónácea y de 2 cm de diámetro, compatible con léntigo maligno. No adenopatías. Se realizan 2 biopsias con diagnóstico de léntigo maligno. En una 3ª biopsia se observa una neoplasia de células fusiformes que diseca los haces de colágeno S100 y vimentina positiva, y HMB45 y MelanA negativa, compatible con melanoma desmoplásico. El estudio de extensión es negativo. El paciente se interviene quirúrgicamente extirpándose la tumoración completamente.

**Discusión:** El melanoma desmoplásico es una rara variante de melanoma que se caracteriza por aparecer como una pápula o nódulo firme hipo o amelanótico en la cara o el cuello de los pacientes ancianos. Frecuentemente aparece debajo de una lesión pigmentada, sobre todo léntigos malignos. Crece de forma progresiva produciendo invasión local intensa y puede metastatizar. Histológicamente se observa una neoplasia de células fusiformes que diseca los haces de colágeno y es S100, vimentina y enolasa neuroespecífica positiva, y HMB45 y MelanA negativa. Los signos de atipia pueden ser leves. Se puede confundir con: carcinoma basocelular, fibroxantoma atípico y leiomiomasarcoma, entre otros.

**Palabras clave:** Melanoma. Diagnóstico.

## 24. MODELO PREDICTIVO DE METÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON MELANOMA

I. Pastushenko, T. Gracia-Cazaña, E. Pelegrina-Fernández,  
C. Conejero del Mazo, M. Ara Martín y M.P. Grasa Jordán

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

**Introducción:** La detección precoz de la enfermedad metastásica es crucial en pacientes con melanoma. Si el tumor alcanza 1 mm de profundidad, está indicada la realización de biopsia selectiva de ganglio centinela. Sin embargo, hasta en un 80% de los casos se obtienen resultados negativos y pacientes con tumores cuyo Breslow es menor de 1 mm puede desarrollar metástasis.

**Objetivos:** Investigar si existen parámetros o una serie de parámetros capaces de identificar de forma más precisa al grupo de pacientes que van a desarrollar metástasis ganglionares.

**Material y métodos:** Hemos incluido en el estudio 82 pacientes diagnosticados de melanoma primario y a los que se ha realizado la

prueba de ganglio centinela. Hemos recogido las variables clínicas, histológicas, así como parámetros relacionados con angio y linfangiogenesis tumoral evaluados mediante dobles tinciones CD34/Ki67 y D240/Ki-67. La variable respuesta ha sido presencia o ausencia de metástasis en ganglio centinela.

**Resultados:** Solo basándose en Breslow hemos sido capaces de clasificar de forma correcta al 68% de los pacientes (AIC = 96,7, AUC = 0,76, Se = 37,9%, Sp = 85,2%, VPP = 58% and VPN = 71%). El mejor modelo según AIC fue el basado en Breslow, TIL, área de vasos linfáticos intratumorales y fracción de vasos linfáticos en proliferación (peri e intratumorales). Aplicando este modelo hemos conseguido clasificar de forma correcta al 87,0% de los pacientes (AIC = 72,1, AUC = 0,84, Se = 70,8%, Sp = 95,6%, VPP = 89,5% and VPN = 86,0%). Aplicando un modelo de regresión logística multivariable Breslow (OR = 1,7), TIL (OR = 0,2) y área de vasos linfáticos intratumorales (OR = 1,8) han sido factores pronósticos independientes para predecir metástasis en ganglio centinela en pacientes con melanoma.

**Conclusiones:** Consideramos que el modelo estimado puede ser útil para identificar a aquellos pacientes con Breslow < 1 mm con riesgo de desarrollar metástasis. Para este objetivo el modelo tiene que ser válido en una muestra de pacientes más amplia.

**Palabras clave:** Melanoma. Ganglio centinela. Modelo predictivo.

## 25. INMUNOADSORCIÓN SELECTIVA DE IGE PREVIA A TERAPIA CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

J.M. Lera Imbuluzqueta, I. Irarrazaval Armendáriz, C. D'Amelio Garofalo, M.J. Goikoetxea Lapresa, A.M. Martínez de Salinas Quintana, V. Almeida Llamas, G. Gastaminza Lasarte y A. España Alonso

*Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.*

**Introducción:** La dermatitis atópica (DA) grave refractaria se refiere a aquellas formas de enfermedad que cursan con lesiones cutáneas generalizadas, con mala respuesta a terapias convencionales y que son física y/o emocionalmente incapacitantes, lo que se traduce en un deterioro significativo de la calidad de vida. Omalizumab es un anticuerpo monoclonal que actúa uniéndose específicamente a la inmunoglobulina IgE y que se ha empleado en el tratamiento de estas formas de DA recalcitrantes, con resultados variables. Se cree que la presencia de niveles muy altos de IgE sérica total, frecuentemente asociada a formas extrínsecas de DA, puede suponer una limitación para su eficacia. En este estudio se desea valorar la eficacia de la inmunoadsorción selectiva de IgE previa al tratamiento con omalizumab.

**Material y métodos:** Se seleccionan tres pacientes con antecedente de dermatitis atópica severa refractaria a múltiples tratamientos. Todos ellos asociaban unos niveles muy elevados de IgE sérica total, por encima de 8.000 KU/l, y presentaban un mal control de la enfermedad con puntuaciones elevadas en el SCORAD. Se realiza inmunoadsorción selectiva de IgE por vía yugular durante 5 días consecutivos, asociando inmediatamente una primera dosis de omalizumab 300 mg, que se repite cada 15 días. Los pacientes son valorados en revisiones posteriores.

**Resultados:** Se consiguió una reducción inmediata de los niveles de IgE sérica total, superior al 85%, en los 3 pacientes sometidos al procedimiento de inmunoadsorción. Además, se observó una mejoría clínica significativa tras el procedimiento en todos los pacientes, objetivada en consultas posteriores, por la disminución del empleo de tratamiento sintomático, así como por puntuaciones inferiores en el SCORAD.

**Conclusiones:** Presentamos, de forma preliminar, 3 pacientes con DA grave tratados con la asociación de inmunoadsorción selectiva

de IgE y omalizumab, con una respuesta analítica y clínica satisfactoria.

## 26. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUELOIDES CON RADIOTERAPIA ADYUVANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. Bernad Alonso, M.P. Gil Sánchez, L. Arbea Moreno, P. Borregón Nofuentes, I. Irarrazábal Armendáriz, J.M. Lera Imbuluzqueta y M. Ivars Lleó

*Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción:** La radioterapia posquirúrgica es una opción terapéutica en queloides resistentes a otros tratamientos. Presentamos el caso de un paciente con queloides, que no respondieron al tratamiento habitual, al que se indica esta opción.

**Caso clínico:** Varón de 27 años con historia de cicatrices queloides espontáneas, dolorosas y pruriginosas localizadas en la espalda. Había realizado tratamientos previos con corticoides tópicos e intralesionales, y con bleomicina, sin mejoría de los queloides. Se decide tratar las cicatrices de la zona escapular derecha mediante extirpación quirúrgica y radioterapia adyuvante (18 Gy). Dado que la buena respuesta se mantenía al año del tratamiento se trató la zona escapular izquierda con el mismo procedimiento. Posteriormente el paciente presentó nuevas cicatrices queloides en tórax que se trataron igualmente. Actualmente el paciente presenta nuevos queloides espontáneos pero no han vuelto a aparecer los queloides tratados con radioterapia.

**Discusión:** Se realiza una revisión de la literatura y descripción de las opciones terapéuticas para los queloides.

**Conclusiones:** La radioterapia posquirúrgica puede ser una buena opción en el tratamiento de queloides que no responden al tratamiento habitual y dada su clínica está indicado tratarlos.

**Palabras clave:** Miscelánea.

## 27. TRATAMIENTO CON LÁSER ND:YAG QS EN UN NEVUS EPIDÉRMICO HEMICORPORAL

I. Irarrazaval<sup>a</sup>, M. Lera<sup>a</sup>, L. Aguado<sup>a</sup>, I. Bernad<sup>a</sup>, M. Ivars<sup>a</sup>, M. Pretel<sup>a</sup> y J.I. Yanguas<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra.

<sup>b</sup>Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

**Introducción:** El nevus epidérmico es una entidad que puede provocar una importante repercusión en la calidad de vida del paciente, por la alteración que produce en su aspecto físico. Se han utilizado diversos métodos para tratarlo (cauterización, crioterapia, láser de CO<sub>2</sub>...) pero todos ellos tienen un alto riesgo de dejar cicatrices inestéticas en la zona tratada y además producen importante dolor.

**Caso clínico:** Paciente de 3 años que presenta un nevus epidérmico hemicorporal sin otras anomalías asociadas. En la axila las lesiones tienen superficie verrucosa. En el tronco, brazo y pierna la lesión está compuesta por pápulas pigmentadas sin hiperqueratosis. Los padres desean realizar tratamiento por la repercusión psicológica que está produciendo la lesión en la niña. Bajo sedación, se han realizado 6 tratamientos mediante la aplicación de láser Nd:Yag QS consiguiéndose desaparición de toda la lesión. Únicamente en la axila ha sido necesaria la aplicación de láser CO<sub>2</sub>. Tras despertar de las sedaciones, la paciente refería leve escozor en las zonas tratadas con láser Nd:Yag QS y dolor severo en la zona tratada con láser CO<sub>2</sub>. No se han producido cicatrices en ninguna zona tratada con el láser Nd:Yag QS, pero sí han aparecido en la zona tratada con láser CO<sub>2</sub>.

**Discusión:** El láser Nd:Yag QS se utiliza para tratar lesiones pigmentadas, como los lentigos solares. Es un láser eficaz y muy seguro, y

mucho mejor tolerado por los pacientes que el láser de CO<sub>2</sub>. Con la presentación de este caso, proponemos la utilización de este láser en los estadios precoces del nevus epidérmico, antes de que la lesión sea muy verrucosa. Debido a que la lesión suele reaparecer, puede ser necesario realizar sesiones periódicas a lo largo de la vida. Probablemente, este láser solo vaya a ser eficaz en los nevus epidérmicos de tonalidad marrónácea.

**Palabras clave:** Tratamiento quirúrgico.

## 28. FOTOSENSIBILIDAD POR CARAMELOS

O. Guergué Díaz de Cerio, J. Gardezabal García, J.L. Díaz Ramón, N. Agesta Sánchez, I. Ocerin Guerra y V. de Benito Rica

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

**Caso clínico:** Mujer de 59 años, hipertensa en tratamiento con valsartán desde hace más de 5 años. En abril de 2013 acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de 3 días de evolución de lesiones eritemato-ampollosas en áreas fotoexpuestas. Al interrogar a la paciente esta refiere que el día anterior había estado paseando al aire libre sobre las 18 h sin uso de filtro solar. En la anamnesis no se identificó ningún agente desencadenante. Tanto la analítica con ANAs y porfirinas como el fototest fueron normales. El cuadro se resolvió con tratamiento corticoideo tópico y sistémico. Tras reinterrogar a la paciente se identificaron unos caramelos de limón compuestos por hidrocloreuro de bencidamina que la paciente había consumido los días previos a la erupción para aliviar unas molestias faríngeas. La causalidad se demostró mediante pruebas epicutáneas con fotoparche positivo a bencidamina al 3 y 5% y al propio caramelo.

**Discusión:** En nuestro medio, los alérgenos más frecuentemente implicados en la dermatitis fotoalérgica son los antiinflamatorios no esteroideos (primero el ketoprofeno seguido del piroxicam y de la bencidamina), los filtros solares y los perfumes. La bencidamina es un AINE con propiedades analgésicas, antiinflamatorias y anestésicas. Está comercializado en preparados tópicos en forma de crema, soluciones vaginales, colutorios bucales y caramelos. Se han descrito casos de fotoalergia a bencidamina tras administración oral como antiinflamatorio (actualmente en desuso) y tras aplicación tópica en forma de crema y soluciones vaginales.

**Conclusiones:** Presentamos un nuevo caso de dermatitis fotoalérgica por bencidamina, en esta ocasión producida por caramelos sabor limón. No hemos encontrado en la literatura casos publicados de reacciones fotoalérgicas por caramelos.

**Palabras clave:** Miscelánea.

## 29. PIDERMA GANGRENOSO EN PACIENTE CON HIDROSADENITIS SUPURATIVA SEVERA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Rubio Lombrana, J.A. Ratón Nieto, X. Eizaguirre Uriarte, O. Lasa Elgezua, I. Allende Markixana y V. de Benito Rica

*Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.*

**Introducción:** El pioderma gangrenoso es una enfermedad inflamatoria de etiología incierta que ha sido asociada a numerosas patologías sistémicas. Su presentación en el contexto de una hidrosadenitis supurativa, en cambio, ha sido descrita pocas veces en la literatura. Presentamos un nuevo caso y revisamos la asociación entre ambas entidades.

**Caso clínico:** Mujer de 20 años que acudió a nuestras consultas en febrero de 2011, remitida de Cirugía Plástica tras intervención de ambas axilas por hidrosadenitis supurativa de 1 año de evolución. A la exploración presentaba en ambos glúteos, vulva, periné y región inguinal abscesos, trayectos fistulosos y exudado constante, con

áreas de tejido de granulación. La biopsia únicamente mostró tejido de granulación y el cultivo fue negativo. Se inició tratamiento con clindamicina y rifampicina 3 meses y posteriormente fue tratada con isotretinoína, corticoides sistémicos y analgésicos, todo ello sin mejoría, precisando ingreso en 3 ocasiones en Cirugía General para drenaje de abscesos vulvar y perianales. En febrero de 2012 se inició tratamiento con infliximab, con mejoría inicial de la hidrosadenitis, pero disminución posterior de la eficacia, a pesar de reducir los intervalos de administración. En julio de 2013 se decidió suspensión de infliximab debido a la pérdida de eficacia e intervención quirúrgica próxima. En este momento, y coincidiendo con el empeoramiento de la hidrosadenitis perianal, la paciente presentó unas lesiones pustulosas tipo folliculitis en extremidades inferiores con posterior evolución a úlceras dolorosas confluentes. La biopsia mostró un infiltrado inflamatorio perivascular con cultivos repetidamente negativos. La correlación clínico-histológica estableció el diagnóstico de pioderma gangrenoso. Comenzó tratamiento con ciclosporina, con resolución completa del pioderma gangrenoso a los 4 meses, pero persistencia de la hidrosadenitis por lo que se inició tratamiento con adalimumab. En la actualidad, la paciente está a la espera de una nueva intervención.

**Discusión:** Tanto la hidrosadenitis supurativa como el pioderma gangrenoso son dos patologías de difícil manejo. Ambas enfermedades podrían compartir una base etiopatogénica común, pero su evolución y respuesta a tratamientos es independiente.

Se han descrito asociadas en el contexto de síndromes como el PASH y PAPA. Realizamos una revisión de los casos descritos en la literatura hasta la fecha de pioderma gangrenoso en pacientes con hidrosadenitis supurativa.

**Palabras clave:** Miscelánea.

## Logroño, 4 de octubre de 2014

### 1. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ EN DOS PACIENTES JÓVENES

I. Bernad Alonso<sup>a</sup>, J.M. Lera Imbulzqueta<sup>a</sup>, M. Ivars Lleó<sup>a</sup>, E. Moreno Artero<sup>a</sup>, M.A. Idoate Gastearena<sup>b</sup>, J.L. Solórzano Redón<sup>b</sup> y A. España Alonso<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Departamento de Dermatología; <sup>b</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción:** La úlcera vulvar aguda o úlcera de Lipschütz fue descrita por Lipschütz en 1913. Posteriormente se han descrito más casos encontrándose asociación en algunos de ellos con agentes infecciosos. Presentamos 2 casos de pacientes con úlcera de Lipschütz, uno de ellos asociado a infección aguda por virus de Epstein Barr (VEB).

**Casos clínicos:** Presentamos los casos de 2 mujeres de 17 y 24 años que comenzaron ambas con dolor genital continuo y aparición de 2 úlceras simétricas en genitales externos. Los cuadros asociaban cefalea y fiebre de hasta 40 °C respectivamente y dolor abdominal. Tras realizar estudio con toma de biopsia, serología y estudio molecular, únicamente se encontró como agente etiológico en una de las pacientes positividad para la IgM del VEB a las 3 semanas del inicio del cuadro. Se diagnosticaron finalmente de úlceras de Lipschütz. Se instauró tratamiento con corticoides orales y en ambos casos se resolvió el cuadro en un periodo de varias semanas.

**Discusión:** Las úlceras de Lipschütz aparecen de forma abrupta, en mujeres adolescentes vírgenes. Son dolorosas y pueden ser únicas o simétricas localizadas generalmente en los labios menores. Suelen asociarse a un cuadro concomitante de malestar general con cefalea, fiebre y adenopatías. Su etiología no es del todo clara pero el hecho de que se haya encontrado asociación con varios agentes infecciosos puede hacernos pensar que sea parte de un cuadro clí-

nico originado por una primoinfección por estos agentes infecciosos. Aunque no hay descrito un cuadro histológico concreto, se observa vasculitis necrosante asociada a un intenso infiltrado inflamatorio linfoneutrofílico.

**Conclusiones:** La úlcera de Lipschütz puede ser confundida con otras entidades que habrá que descartar como el herpes simple; sin embargo, es un cuadro agudo en el que hay que pensar ya que a pesar de ser autolimitado, pueden originar una morbilidad importante en las pacientes.

**Palabras clave:** Miscelánea.

## 2. REACCIONES AL COLOR ROJO DE LOS TATUAJES: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Sánchez Martínez<sup>a</sup>, A. Jaka Moreno<sup>a</sup>, E. del Alcázar Viladomiu<sup>a</sup>, A. Panés Rodríguez<sup>a</sup>, I. Rodríguez Pérez<sup>b</sup> y A. Tuneu Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

**Introducción:** En la sociedad actual cada vez es más popular la realización de tatuajes decorativos. Por lo tanto es posible que nos encontremos en la consulta con complicaciones derivadas de ellos. Presentamos un caso de reacción a la tinta roja de un tatuaje.

**Caso clínico:** Hombre de 37 años que consultaba por cambio de aspecto con aumento de volumen en zona de tatuaje de 1 mes de evolución. El tatuaje se había realizado 6 meses antes y el aumento de volumen era asintomático. A la exploración se observaba un tatuaje en la cara lateral externa de la pierna derecha con una placa eritematosa infiltrada, de superficie descamativa y limitada a la zona de color rojo del tatuaje. Se realizó una biopsia que mostró una epidermis con un importante daño vacuolar de la basal, espongiosis y exocitosis de celularidad inflamatoria crónica y discreta-moderada hiperqueratosis en superficie. En dermis se identificó un intenso infiltrado linfocitario acompañado de ocasionales células plasmáticas y abundantes gránulos de pigmento rojizo.

**Discusión:** La práctica de tatuajes puede provocar múltiples complicaciones, algunas de ellas derivadas de la composición de la tinta, siendo las reacciones más frecuentes las asociadas al color rojo. La clínica de estas es similar y consiste en sobre-elevación de la zona roja con más o menos prurito. Pueden manifestarse con diferentes patrones histológicos, siendo el liquenoide el más habitual. Las pruebas epicutáneas resultan a menudo negativas. El tratamiento es variable, pudiendo utilizarse corticoterapia, exéresis o láser, entre otros.

**Palabras clave:** Miscelánea.

## 3. SOLAPAMIENTO DE EICH Y RECAÍDA EN UN PACIENTE TRASPLANTADO CON SÍNDROME DE SÉZARY

A.D. Agulló Pérez<sup>a</sup>, J. Mitxelena Ezeiza<sup>a</sup>, L. Loidi Pascual<sup>a</sup>, A. Valcayo Peñalba<sup>a</sup>, A. Córdoba Iturriagoitia<sup>b</sup>, M.C. Viguria Alegría<sup>c</sup> y J.I. Yanguas Bayona<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

**Introducción:** El síndrome de Sézary (SS) es una forma agresiva de linfoma T epidermotropo con mala respuesta al tratamiento. La única opción terapéutica con potencial curativo es el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénico. En el paciente trasplantado, la aparición de enfermedad injerto contra huésped (EICH) se considera factor de buen pronóstico respecto a la evolución del linfoma (efecto trasplante contra linfoma).

**Material y métodos:** Se realiza estudio retrospectivo anatomopatológico y molecular en paciente con SS sometido a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos de intensidad reducida (AlotIR). Presentó clínica inicial de EICH con posterior y aparente-

mente solapada recaída y recibió tratamiento inmunosupresor a dosis plenas hasta que la recaída fue franca.

**Resultados:** Constatamos la presencia del mismo clon neoplásico en las biopsias realizadas durante su evolución y un solapamiento clínico y anatomopatológico entre EICH y recaída.

**Conclusiones:** En el seguimiento del paciente con SS trasplantado, la labor del dermatólogo es fundamental para detectar de forma precoz la recaída. Con frecuencia su diagnóstico diferencial con un EICH es difícil; sin embargo, identificarla cuando aún es incipiente resulta imprescindible para conseguir, en colaboración con Hematología, un correcto manejo del paciente.

**Palabras clave:** Linfoma.

## 4. NECROSIS DE LA GRASA SUBCUTÁNEA EN UN RECIÉN NACIDO ASOCIADO A HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

M.L. Zubiri Ara<sup>a</sup>, L. Cuadrado Piqueras<sup>b</sup>, R. Pinillos Pisón<sup>b</sup>, C. Fernández Espuelas<sup>b</sup>, C. Hördler Argarate<sup>c</sup>, R. Baldellou Lasiera<sup>a</sup>, M. Sánchez Hernández<sup>a</sup> y R. Martín Marco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Pediatría; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

**Introducción:** La necrosis de la grasa subcutánea (NGS) es una enfermedad poco frecuente, autolimitada, que afecta a recién nacidos (RN) sanos, caracterizada por áreas nodulares y circunscritas de necrosis grasa.

**Caso clínico:** RN varón que ingresa a las 3 h de vida. Nace tras cesárea urgente por riesgo de pérdida del bienestar fetal anteparto, Apgar: 1/6, se realiza aspiración de meconio; RCP e intubación endotraqueal, posteriormente hipertensión que precisa tratamiento con fenobarbital. Ante la sospecha de encefalopatía hipóxico-isquémica se inicia hipotermia pasiva. A los 12 días de vida aparecen placas induradas rojo vinoso en la zona interescapular y EESS; posteriormente desaparece la coloración y la induración adquiere consistencia pétreo y se extiende a EEII, espalda y nalgas. Se realiza biopsia cutánea compatible con NGS. La evolución clínica del niño es favorable, con moderado aumento de la calcemia (11,6 mg). A los 2 meses de vida, permaneciendo las lesiones cutáneas estables se ingresa por aumento de calcemia (14 mg), por lo que se decide tratamiento con furosemida IV, obteniéndose mejoría clínica y analítica.

**Conclusiones:** La NGS y el escleredema neonatorum han sido descritos recientemente asociados a la utilización de hipotermia terapéutica para el tratamiento de la encefalopatía hipóxico-isquémica en el RN. En nuestro caso, dada la extensión de las lesiones, el riesgo de una posterior ulceración y el aumento de la calcemia, destacamos la buena evolución con furosemida.

**Palabras clave:** Miscelánea. Terapéutica física. Tratamiento sistémico.

### Bibliografía

- Hogeling M, Meddles K. Extensive subcutaneous fat necrosis of the newborn associated with therapeutic hypothermia. *Pediatric Dermatology*. 2012;29:59-63.
- Woods AG, Cederholm CK. Subcutaneous Fat Necrosis and whole-body cooling therapy for neonatal encephalopathy. *Advanced in neonatal care*. 2012;12:345-8.

## 5. DOLOR, HIPERHIDROSIS Y LESIONES CUTÁNEAS. ¿HAMARTOMA ANGIOMATOSO ECRINO O NEVUS SUDORÍPARO?

C. Conejero del Mazo, M.E. Pelegrina Fernández, S. Hernández Ortiz, R. Solanas Treviño, A.L. Morales Moya, M.P. Grasa Jordán y M. Ara

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

**Introducción:** El hamartoma angiomatoso ecrino (HAE) es un tumor benigno e infrecuente.

**Caso clínico:** Mujer de 14 años, en seguimiento en medicina interna por alteraciones de la autoinmunidad. Acude a nuestra consulta por dolor, sudoración y cambios en la coloración de la piel en 4º y 5º dedos, así como en palma de mano derecha de 1 año de evolución. La palma presentaba una coloración eritematoviolácea, sin otras lesiones. El test del sudor fue positivo en zona central de palma derecha y 3º y 4º dedos de esa mano. La biopsia mostró una proliferación de vasos en dermis alrededor de glándulas ecrinas.

**Discusión:** La presencia de elementos vasculares y ecrinos en la histología de nuestra paciente nos hizo pensar en la posibilidad de varios diagnósticos: hamartoma angiomatoso ecrino, angioma sudoríparo y nevus ecrino. El nevus ecrino se caracteriza por una proliferación de glándulas ecrinas que no se asocia a un componente vascular. El término angioma sudoríparo es controvertido, ya que se ha utilizado como sinónimo de hamartoma angiomatoso ecrino. Otros autores, por el contrario, lo consideran una entidad independiente, en la que el componente angiomatoso es más dominante y los elementos ecrinos están más dilatados que hiperplásicos. Desde nuestro punto de vista, se trata de diferentes espectros de una misma entidad, según predomine un componente u otro en la histología. En nuestro caso, diagnosticamos a la paciente de un HAE. EL HAE fue descrito por primera vez por Lotzbeck en 1859. Puede estar presente al nacimiento, o aparecer a lo largo de la infancia. Casi el 70% de los casos aparecen antes de la pubertad. Los HAE se localizan preferentemente en las extremidades. Clínicamente, se trata de una entidad muy heterogénea. Se puede presentar como máculas, pápulas, nódulos o placas. El color y el tamaño son muy variables. La mayor parte de los HAE son asintomáticos, pero pueden dar síntomas como dolor, hiperhidrosis o hipertrichosis. Dado que se trata de un tumor benigno, solamente requiere tratamiento si es muy sintomático.

**Palabras clave:** Tumor benigno.

## 6. ÚLCERAS DE EVOLUCIÓN FATAL EN LAS PIERNAS SECUNDARIAS A CALCIFILAXIA NO URÉMICA

Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya<sup>a</sup>, I. Trébol Urra<sup>a</sup>, S. Heras González<sup>a</sup>, M.N. Saracíbar Oyón<sup>b</sup>, M. Julià Manresa<sup>a</sup>, R. Soloeta Arechavala<sup>a</sup> y R. González Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria. España.

**Introducción:** La calcifilaxia es un síndrome raro que cursa con necrosis cutánea secundaria a la calcificación de arterias de pequeño y mediano calibre y habitualmente se asocia a insuficiencia renal terminal e hiperparatiroidismo secundario. Cuando aparece en pacientes con función renal normal se denomina calcifilaxia no urémica (CNU).

**Caso clínico:** Varón de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, claudicación intermitente, insuficiencia venosa crónica, cirrosis de origen enólico y fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom. Ingresó en el Servicio de Cirugía Vasculorrenal por lesiones ulceradas muy dolorosas y de crecimiento rápido en tercio medio de ambas EEII. En las biopsias iniciales tomadas con punch se observó un denso infiltrado dérmico de leucocitos sin datos de vasculitis ni trombosis, que hizo sospechar un pioderma gangrenoso. En pocos días, las lesiones progresaron de forma importante empeorando también el estado general del paciente con datos de fallo multiorgánico. A pesar del ingreso en UCI y del desbridamiento profundo de todas las zonas necróticas el paciente finalmente falleció. El resultado histológico del tejido desbridado mostró engrosamiento y calcificación de la pared de los vasos profundos de mediano calibre.

**Discusión:** La CNU se ha asociado con varios factores subyacentes: hiperparatiroidismo primario, neoplasias, hepatopatías, diabetes mellitus, obesidad, conectivopatías y tratamiento con anticoagu-

lantes orales, entre otros. Histológicamente se observa engrosamiento y calcificación de la pared de las arteriolas, sin datos de vasculitis y no es infrecuente encontrar infiltrados densos neutrofilicos en la dermis, que pueden hacer pensar, erróneamente, en un pioderma gangrenoso. De ahí la importancia de una biopsia profunda que permita alcanzar un diagnóstico preciso dado que la evolución puede ser potencialmente mortal, como en nuestro caso.

**Palabras clave:** Enfermedad vascular.

## 7. "ECCEMA" FACIAL DE EVOLUCIÓN ATÍPICA

E. Acebo Mariñas, M. Ballester Díez, I. Allende Markixan, M. Mendieta Eckert, V. Velasco Benito y M.R. González Hermosa

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Mujer de 80 años que acude a la consulta de Dermatología desde 2008 por lesiones ecematosas de 8 meses de evolución en párpado inferior derecho y dorso nasal. Refiere prurito y xerosis ocular. La analítica es normal salvo factor reumatoide positivo, ANAs, C3, C4, CK, VSG y PCR normales o negativos. Se realizan varias biopsias con diagnósticos de dermatitis espongiforme compatible con eccema. Ante la falta de respuesta a corticoides se realizan pruebas epicutáneas en dos ocasiones, incluidos corticoides tópicos, con positividad (+) a colofonia que se considera no relevante. En biopsia posterior de lesión de la mejilla izquierda se diagnostica como dermatitis de interfase compatible con lupus discoide por lo que inicia dolquine sin respuesta. En 2012 aparecen nuevas lesiones eritematodescamativas en abdomen y glúteos que cambiarán nuestra sospecha diagnóstica.

## 8. SÍFILIS CON PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA: REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

P. Urigoitia Ugalde<sup>a</sup>, J. López de Munain López<sup>b</sup>, S. Gómez Muga<sup>a</sup>, C. Gómez Bringas<sup>a</sup>, M.J. Calderón Gutiérrez<sup>a</sup> y J.M. Careaga Alzaga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que fue muy prevalente durante siglos, pero que experimentó un claro descenso tras la aparición de la antibioterapia, siendo hoy en día una enfermedad casi olvidada en la práctica habitual de la medicina y poco presente en nuestros diagnósticos diferenciales. Sin embargo, en las últimas décadas las tasas de incidencia de sífilis han ascendido llegando a superar a las de otras ETS, como la infección gonocócica. Se transmite principalmente a través del contacto sexual (aunque también por transfusión sanguínea y transmisión materno-fetal) y la creencia de que el sexo oral es una práctica segura ha hecho que esta sea una de las principales vías de transmisión (especialmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres). Realizamos una revisión de las manifestaciones clínicas atípicas de casos de sífilis diagnosticados en el Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual del Hospital Universitario Basurto. Consideramos que se trata de una entidad que debemos recordar, teniendo presentes sus variadas manifestaciones cutáneas, dado el reciente incremento en la incidencia de esta enfermedad.

**Palabras clave:** Enfermedad venérea.

## 9. SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO VARIANTE LINFOIDE

L. Loidi Pascual<sup>a</sup>, A. Agulló Pérez<sup>a</sup>, J. Mitxelena Eceiza<sup>a</sup>, R. Vives Nadal<sup>a</sup>, A. Córdoba Iturriagoitia<sup>b</sup>, M.A. Goñi Herranz<sup>c</sup> e I. Yanguas Bayona<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología; <sup>b</sup>Departamento de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Departamento de Hematología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

**Introducción:** El síndrome hipereosinofílico abarca un grupo heterogéneo de procesos en el que el daño orgánico se produce por el aumento mantenido de eosinófilos en diferentes tejidos.

**Caso clínico:** Varón que comenzó a los 9 años con clínica de eccema generalizado con curso en brotes compatible con dermatitis atópica. Mejoraba con corticoides orales. En 1994 fue diagnosticado de LNH-T estadio IV, realizando tratamiento con quimioterapia y buena respuesta. Al suspender los corticoides presentaba recidiva de las lesiones cutáneas. En 1996 se le realizó autotrasplante, con remisión total. A los meses reaparecieron las lesiones cutáneas, con curso en brotes hasta 2013, momento en el que se reevaluó la situación. Se revisaron los informes y biopsias previas, se repitieron nuevas biopsias y se realizaron otras pruebas complementarias. Con todo esto, se concluyó que se trataba de un síndrome hipereosinofílico variante linfóide. El paciente se encuentra estable con prednisona a dosis bajas.

**Conclusiones:** En el síndrome hipereosinofílico la afectación cutánea aparece hasta en el 50% de los casos. Los avances en la biología molecular y citogenética permiten diferenciar entre diferentes subtipos. Presentamos un caso en el que el diagnóstico fue un reto importante, ya que se trataba de un varón joven con clínica de larga evolución controlado con corticosteroides orales y que había recibido múltiples tratamientos agresivos previamente.

**Palabras clave:** Dermatitis eccematosa. Linfoma. Enfermedad sistémica.

## 10. NÓDULO UMBILICAL... ¿QUÉ NOS PUEDE REVELAR?

N. Ormaechea Pérez<sup>a</sup>, M.P. Gutiérrez Tamara<sup>a</sup>, B. Aseginolaza Zabaleta<sup>a</sup>, S. Vildosola Esturo<sup>a</sup>, N. Segué Merino<sup>b</sup> y A. Tuneu Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

**Introducción:** Una vez que el cordón umbilical del recién nacido se ha desprendido, suele recibir poca atención médica. Sin embargo el ombligo puede ser asiento de lesiones primarias (38%), endometrióticas (32%) o metastásicas (30%).

**Caso clínico:** Varón de 48 años, fumador de 1 paquete de tabaco al día, que consultó por la aparición de un nódulo umbilical de 3 meses de evolución. En la anamnesis refería astenia y pérdida de 7 kilos en mes y medio. A la exploración se observaba un nódulo eritematoso, infiltrado y doloroso. No se palpaban adenopatías ni megalias. El estudio histológico mostró un carcinoma pobremente diferenciado en dermis profunda e hipodermis, con positividad para citoqueratina (CK) 7 y negatividad para CK20. En la analítica destacó la elevación del marcador CA 19.9 y el TAC evidenció una masa en cuerpo pancreático, asociado a adenopatías mediastínicas, peripancreáticas, retroperitoneales, y metástasis pulmonares y hepáticas. Realizamos el diagnóstico de nódulo de la hermana María José secundario a cáncer de páncreas. Se realizó tratamiento paliativo y el paciente falleció a los 3 meses.

**Conclusiones:** Se denomina nódulo de la hermana María José a la metástasis umbilical de carcinomas intraabdominales. El origen suele ser gástrico (25%), ovárico (12%), colorrectal (10%) o pancreático (7%). Parece ser que este nódulo se produciría por la extensión por contigüidad de las células tumorales, aunque también se han propuesto las vías de disseminación hematológica y linfática. Aunque suele aparecer en el seno de una neoplasia previamente diagnosticada, ocasionalmente puede ser la forma de presentación de la enfermedad, por lo que reconocerlo a tiempo puede ser de vital importancia.

**Palabras clave:** Enfermedad sistémica.

## 11. NÓDULO UMBILICAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A. Panés Rodríguez<sup>a</sup>, S. Ibarbia Oruezabal<sup>a</sup>, A. Jaka Moreno<sup>a</sup>, M.A. Arregui Murua<sup>a</sup>, I. Rodríguez Pérez<sup>b</sup>, M. Beristain Mendizabal<sup>c</sup> y A. Tuneu Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

**Introducción:** El queloide es un proceso inflamatorio fibroso secundario a un traumatismo o herida, que sobrepasa el lugar exacto de la lesión. Normalmente aparece como un tumor firme de bordes bien delimitados pero irregulares, que puede provocar una gran afectación estética. Aunque la etiopatogenia es desconocida, se ha observado un aumento de la actividad de los fibroblastos y de la síntesis de colágeno. Presentamos un caso de queloide umbilical, dada la rareza y el diagnóstico diferencial que plantea esta peculiar localización.

**Caso clínico:** Mujer de 50 años que consultaba por una lesión nodular marrón, con áreas pigmentadas más oscuras en su interior, localizada en región umbilical, de crecimiento progresivo en los últimos dos años. Refería el antecedente de una cicatriz de apendicectomía realizada 4 años antes. Se solicitó una ecografía cutánea, observándose una imagen hipoecogénica, bien delimitada, no vascularizada, y se realizó una biopsia, que mostró hallazgos compatibles con un queloide.

**Conclusiones:** La localización de la lesión a nivel umbilical planteaba otros diagnósticos diferenciales, como el nódulo de la Hermana María José (metástasis umbilicales de neoplasia intraabdominal), o la endometriosis, siendo la historia clínica y el estudio histológico fundamentales para el diagnóstico definitivo. Queremos destacar el valor de la ecografía cutánea en el estudio de este tipo de lesiones.

**Palabras clave:** Miscelánea.

## 12. NÓDULOS UMBILICALES EN PACIENTES JÓVENES

S. Ibarbia Oruezabal<sup>a</sup>, I. del Alcázar Viladomiu<sup>a</sup>, A. Jaka Moreno<sup>a</sup>, J. Zubizarreta Salvador<sup>a</sup>, I. Rodríguez Pérez<sup>b</sup> y A. Tuneu Valls<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

**Introducción:** La endometriosis define la presencia de tejido endometrial funcionante ectópico, es decir, fuera de la cavidad uterina. Se distinguen dos clases: la adenomiosis, que designa aquellos implantes endometriales que asientan a nivel del miometrio, y la endometriosis externa clásica, que engloba al tejido endometrial presente en cualquier otra localización corporal. Presentamos dos casos de endometriosis cutánea (EC) de localización umbilical.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 38 años, portadora de un dispositivo intrauterino, que acudió por presentar desde hacía 16 meses lesiones nodulares eritematosas en el ombligo bajo una antigua cicatriz de piercing. La paciente refería molestias con la menstruación. Las lesiones habían sido cureteadas en dos ocasiones bajo el diagnóstico de *molluscum contagiosum*. Caso 2: mujer de 34 años con antecedentes de trombosis venosa profunda que consultó por una lesión eritemato-marrónácea a nivel umbilical. La palpación resultaba dolorosa y la ecografía de partes blandas mostró una lesión sólida vascularizada. El test de embarazo fue positivo. La anatomía patológica estableció el diagnóstico definitivo en ambos casos mostrando a nivel de la dermis glándulas endometriales positivas para receptores de estrógenos y progesterona y un estroma positivo para CD10. Ambas pacientes fueron sometidas a un examen ginecológico. En el primer caso se confirmó la ausencia de tejido endometrial en otras localizaciones y fue remitida a Cirugía Plástica para la extirpación completa y neoumbilicoplastia con colgajo abdominal. En el segundo caso, se confirmó el embarazo y únicamente se practicó un curetaje a las 20 semanas de gestación por-

que le molestaba. Tras el parto, se valorará la terapéutica a seguir nuevamente.

**Discusión:** La EC es infrecuente pero constituye la forma más común de endometriosis extrapélvica. Se distingue entre las formas secundarias, que son las más frecuentes y son aquellas en las que los focos ectópicos endometriósicos asientan sobre cicatrices previas, y las formas primarias o espontáneas. Aportamos dos nuevos casos de endometriosis cutánea primaria, recordando que es una entidad a considerar ante lesiones que asientan a nivel umbilical.

**Palabras clave:** Tumor benigno. Diagnóstico.

### 13. CASO PROBLEMA 1: EDEMA HEMIFACIAL

I. Trébol Urra<sup>a</sup>, T. Piqueres Zubiaurre<sup>a</sup>, G. Ruiz Carrillo<sup>a</sup>, I. García Río<sup>a</sup>, I. Arrue Michelena<sup>a</sup>, N. Saracibar Oyón<sup>b</sup> y R. González Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria. España.

Paciente varón de 64 años con antecedentes personales de HTA e hipercolesterolemia en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida, rosuvastatina, omeprazol y lorazepam. Consultaba por un cuadro de edema hemifacial izquierdo de 20 días de evolución. Un mes antes le habían realizado una extracción dental. No refería dolor, ni fiebre ni otra clínica salvo ligero prurito que mejoraba con hidrocortisona. Había realizado tratamiento con valaciclovir, prednisona oral, cefuroxima, eridomasa y dexketoprofeno sin mejoría. A la exploración física se apreciaba importante edema indurado con eritema en mejilla, labio superior y párpado inferior izquierdos. Además presentaba alguna costra melicérica y una pústula en la piel supralabial izquierda. En el cuero cabelludo parieto-occipital izquierdo tenía una zona eritematodescamativa que en las siguientes semanas evolucionó a una placa alopecica infiltrada y dolorosa con erosiones superficiales. Se tomaron cultivos víricos, bacterianos y fúngicos que fueron negativos. Se realizó ortopantomografía, TAC facial e interconsulta con cirugía maxilofacial sin encontrar patología que justificase el edema. En la analítica sanguínea presentaba eosinofilia y serología v. varicela zoster IgM positiva, aunque la determinación del DNA del virus en sangre fue negativa. Se realizaron varias biopsias cutáneas en las que se objetivaba un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos y eosinófilos con afectación foliular y perifollicular.

### 14. CASO PROBLEMA 2: XANTOGRANULOMATOSIS PERIORBITARIA

A.M. Morales Callaghan<sup>a</sup>, E. Simal Gil<sup>a</sup>, J. García Tirado<sup>b</sup>, J. Velilla Marco<sup>c</sup>, C. Hördnler Argarate<sup>d</sup>, N. Porta Aznárez<sup>a</sup>, R. García Felipe<sup>a</sup> y C. Lázaro Tremul<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Oftalmología; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

Paciente de 41 años controlada en Medicina Interna y Oftalmología desde hace 3 años por proceso inflamatorio periocular que comenzó como una adenitis de glándula lagrimal izquierda de tórpida evolución y que tras biopsia de una de las glándulas lagrimales se diagnosticó de dacrioadenitis crónica. Como única alteración analítica se observó anti-Ro++, con resto de marcadores de autoinmunidad negativos. Con el diagnóstico clínico de dacrioadenitis crónica de origen autoinmune se sometió a diferentes tratamientos inmunosupresores (prednisona, azatioprina, hidroxicloroquina) con mala evolución clínica; último tratamiento instaurado rituximab. En octubre de 2013 se solicitó colaboración a Dermatología por presentar placas eritematovioláceas y edematosas en ambos párpados, más acentuado en ojo izquierdo. Se instauró tratamiento con corticoide tópico y crema de árnica, con buena evolución clínica, desapare-

ciendo el componente inflamatorio pero evidenciándose entonces unas placas amarillentas subyacentes, que biopsiamos, con diagnóstico anatomopatológico de xantelasma. Se aporta este caso para su discusión clínica.

### 15. CASO PROBLEMA 3: PÁPULAS FACIALES PERSISTENTES

M.P. Gutiérrez<sup>a</sup>, A. Tuneu Valls<sup>a</sup>, H.A. Borja Consigliere<sup>a</sup>, A. López Pestaña<sup>a</sup>, L. Sánchez<sup>a</sup> y J. Comba<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Mujer de 33 años que consultó en 2005 por lesiones faciales de 2-3 años de evolución. Las lesiones eran máculas y pápulas faciales de 3-5 mm de diámetro, asintomáticas, localizadas en mejillas y mentón. Refería que notaba mejoría con el sol. Entre sus antecedentes destacaba que era fumadora importante desde hacía años y que tenía una hermana afectada de psoriasis. Tenía una biopsia previa de 2003 diagnosticada de verruga plana, por lo que había seguido tratamiento con ácido retinoico al 0,05% sin advertir mejoría. Se realizó una biopsia en el HUD que fue sugestiva de eccema, por lo que se aplicó tratamiento con champú de ketoconazol y emovate. Al no mejorar, se practicó una segunda biopsia que mostró una dermatitis superficial focalmente liquenoide con atrofia y porokeratosis e hiperqueratosis con adelgazamiento epidérmico. IFD: +C3. ANAS 1/160. Ante la posibilidad de un lupus discoide se asoció dolquene y tacrólimus tópico. No refirió mejoría, excepto con la exposición solar. Se cambió dolquene por resochin y tacrólimus por pimecrólimus. En octubre de 2006 se suspendió resochin por falta de eficacia y más adelante se añadió daivobet, sin mejoría. Una tercera biopsia en 2006 mostró hiperqueratosis con porokeratosis y dermatitis perivasculares de disposición liquenoide. En 2009 fue remitida a Cruces donde detectaron *Pityrosporum ovale*, dándole tratamiento con Ketoisdin gel y crema y peroxiben 5% gel, con lo que obtuvo una mejoría leve y transitoria, y Elidel (no respuesta). En junio de 2009 se prescribió isotretinoína a dosis bajas (10-20 mg días alternos) y metronidazol gel: tuvo una mejoría leve. Al acumular 8.000 mg de isotretinoína con escasa mejoría se cambió a Neotigason, que se suspendió meses más tarde por falta de eficacia. Una cuarta biopsia en 2011 mostró una dermatitis perivasculares y folicular con excitosia intraepidérmica y engrosamiento leve de la basal con una discreta hiperqueratosis y paraqueratosis focal y leve depósito de mucina en la dermis media. La IFD fue negativa. ANAS 1/160. Ante la sospecha de lupus discoide que no respondió a antipalúdicos ni retinoides, en 2011 se inició tratamiento con talidomida, con la que apenas tuvo mejoría y sí efectos secundarios que obligaron a su suspensión (hemorroides y mareos). Estuvo meses sin tratamiento y en diciembre de 2011, y teniendo en cuenta que la histología era compatible con prurigo pigmentoso, se le dio una tanda de minocin 100 mg/día, sin mejoría. Este 2014 ha seguido tratamiento tópico con lactisona y niacinamida tópica y se ha intentado de nuevo isotretinoína oral a dosis bajas, pero no ha tenido ninguna eficacia. En agosto de este año ha presentado ANAS 1/320. En la actualidad refiere que nota empeoramiento con el sol.

**Diagnóstico diferencial:** Mas probables: lupus tumidus/lupus subagudo psoriasiforme/dermatitis seborreica/sebopsoriasis. Menos probables: dermatitis por pityrosporum/foliculitis eosinofílica/verrugas planas/dermatitis autoinducida.

### 16. ESCABIOSIS COSTROSA. ENTIDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

S. Hernández Ostiz, R. Solanas Treviño, E. Pelegrina Fernández, C. Conejero del Mazo, A.L. Morales Moya, M.P. Grasa Jordán y M. Ara Martín

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

**Introducción:** La escabiosis es una infestación producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*, siendo la escabiosis costrosa una manifestación extrema de la sarna, altamente contagiosa, en la que puede llegar a haber más de 1 millón de ácaros en el huésped. Fue descrita por primera vez en Noruega por Danielsen y Boeck en pacientes con lepra lepromatosa en 1848.

**Material y métodos:** Se recogen 4 casos clínicos diagnosticados de sarna noruega en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza, en un periodo aproximado de 6 meses en 2013. Un caso síndrome de Down y 3 casos con cierta inmunodepresión. Para visualizar los ácaros y llegar al diagnóstico, en el Caso 1 se realizó raspado con visión directa y biopsia cutánea, en el Caso 2 visión directa tras raspado, en el Caso 3 visión directa tras raspado y en el Caso 4 biopsia cutánea.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 56 años con DMID y anemia multifactorial, institucionalizada en residencia, presenta placas hiperqueratósicas en zona nugal y pliegues interdigitales. En la analítica eosinofilia 5,2%. Caso 2: mujer de 83 años con Alzheimer e insuficiencia renal crónica, presenta placas hiperqueratósicas descamativas en pabellones, nuca y pliegues interdigitales de manos. En hemograma eosinófilos 13,9%. Caso 3: mujer de 90 años con anemia crónica multifactorial presenta placas hiperqueratósicas en cara, sien izquierda, pabellones y escote con surcos acarios en muslos y tórax. Caso 4: síndrome de Down de 14 años con antecedente de psoriasis, presenta desde hace 1 año eritema generalizado y placas hiperqueratósicas, de mayor intensidad en pabellones, glúteos y muslos, sin mejoría con corticoide tópico y antihistamínico.

**Discusión:** La escabiosis costrosa es más frecuente en pacientes con enfermedad neurológica, inmunodeprimidos, institucionalizados, desnutridos y Down, pudiendo el prurito ser mínimo o ausente. No hay una pauta de tratamiento protocolizada, se basa en la opinión de expertos, pudiendo ser necesarios varios ciclos de queratolíticos, permectrina e ivermectina oral hasta la curación. En la actualidad la clínica es más larvada y sutil que hace décadas, siendo difícil el diagnóstico, motivo por el cual es importante tener presente esta entidad para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz evitando infestaciones masivas.

**Palabras clave:** Infestación. Diagnóstico. Tratamiento tópico. Tratamiento sistémico.

## 17. DISPLASIA PILOSA COMO CLAVE DIAGNÓSTICA DE UN SÍNDROME NEUROECTODÉRMICO

A. Urtaran Ibarzabal, L. Aspe Unanue, M.I. Martínez González, M.V. Almeida Llamas, Y. Olaizola Nogales, S. Goula Fernández y R. González Pérez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. España.*

**Introducción:** La tricotiodistrofia (TTD) es un defecto neuroectodérmico, autosómico recesivo, caracterizado por pelo escaso y quebradizo en cuero cabelludo, cejas y pestañas. Bajo microscopía polarizada el pelo muestra un patrón característico de bandas claras y oscuras alternas. El análisis químico del pelo mediante microanálisis de Rx muestra una baja concentración de azufre.

**Caso clínico:** Niña de 5 años derivada desde Neuropediatría por presentar pelo ralo, además de retraso psicomotor global y del lenguaje. Su hermano presentaba un fenotipo similar, por lo que se habían realizado diversos estudios genéticos, todos ellos con resultados de normalidad. Los estudios metabólicos, hormonales, de imagen y el EEG no mostraban anomalías. A la exploración observamos una niña sonriente, de actitud amigable, con pelo en el cuero cabelludo de aspecto ralo, quebradizo, no lanoso. No asociaba fo-

tosensibilidad, alteraciones ungueales ni ictiosis. El estudio al microscopio óptico mostró pelos retorcidos irregulares sin clara imagen de tricosquisis, el microscopio de luz polarizada áreas en "cola de tigre" y el microscopio electrónico de barrido canales longitudinales. Fue el hallazgo de déficit parcial de azufre en el microanálisis de Rx lo que orientó el diagnóstico de TTD sin fotosensibilidad.

**Discusión:** La TTD es un raro trastorno recesivo que puede servir como un marcador para un variado grupo de síntomas neuroectodérmicos. Los pacientes se dividen en dos grupos, dependiendo de que exista o no fotosensibilidad asociada. El examen del pelo es la clave de su diagnóstico. Presentamos este caso por la importancia del papel del dermatólogo en la orientación diagnóstica de este síndrome neuroectodérmico, imprescindible de cara al manejo multidisciplinar del paciente.

**Palabras clave:** Pelo.

## 18. PAPULOSIS DE CÉLULAS CLARAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Agesta Sánchez<sup>a</sup>, X. Eizaguirre de Uriarte<sup>a</sup>, B. Navajas Pinedo<sup>a</sup>, A. Barrutia Borque<sup>a</sup>, O. Guergué Díaz de Cerio<sup>a</sup> y V. Velasco Benito<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.*

**Introducción:** La papulosis de células claras es una entidad descrita en 1987. Se han publicado pocos casos, la mayoría en pacientes asiáticos, y en menor porcentaje, de origen hispano o mediterráneo.

**Caso clínico:** Niña de 4 años de origen boliviano que consultó por la presencia de unas lesiones hipopigmentadas, lenticulares, en la zona anterior del abdomen. Comenzaron a aparecer a los pocos meses de edad, aumentando progresivamente en número. Asintomáticas. En la microscopía óptica se identificaron de forma dispersa y entre las células de las capas basales y medias de la epidermis, unas células redondeadas, de citoplasma claro, de mayor tamaño que los queratinocitos. PAS y CK7 positivas.

**Discusión:** La papulosis de células claras se caracteriza por la aparición de máculas, o más raramente pápulas planas, hipopigmentadas, asintomáticas, localizadas preferentemente en la zona púlica, abdomen y tronco anterior. El cuadro suele iniciarse en niños de entre 4 meses y 5-6 años, con aparición progresiva de nuevas lesiones. El diagnóstico histológico viene dado por la presencia de grandes células claras entre los queratinocitos basales. Tiñen positivamente para EMA, CEA, CK7 y AE1/AE3. Estas células tienen una gran similitud histológica e inmunohistoquímica con las células de Tocker del tejido mamario y las células de Paget. En los pocos casos en los que hay un seguimiento a largo plazo, la tendencia es a la remisión o a la reducción del número de las lesiones. Solo hay un caso publicado en adultos y no se ha reportado ningún paciente que haya evolucionado hacia una enfermedad de Paget.

**Palabras clave:** Diagnóstico. Miscelánea.

## 19. SARCOMA DE KAPOSI AMPOLLOSO

S. Heras González, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, A.M. Martínez de Salinas Quintana, B. Catón Santarén, L. Carnero González, A. Urtaran Ibarzabal y R. González Pérez

*Hospital Universitario de Álava. Vitoria. España.*

**Introducción:** El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia de células endoteliales relacionada etiológicamente con la infección por el virus herpes humano 8 (VHH-8). Epidemiológicamente se distinguen 4 formas de SK que a su vez se subdividen en múltiples variantes clínicas e histológicas. Los cambios vesículo-ampollosos son infre-

cuentes en el SK y cuando predominan clínicamente, se denomina SK ampolloso.

**Caso clínico:** Paciente de 85 años sin antecedentes personales de interés, que consultaba por lesiones pruriginosas de meses de evolución en la zona pretibial derecha. A la exploración física destacaba una placa eritemato-edematosa, bien definida con alguna lesión vesículo-ampollosa en su superficie junto con áreas erosionadas y costrosas. Con la sospecha de una enfermedad ampollosa, se tomaron varias biopsias que mostraron una proliferación dérmica fusocelular revestida por una epidermis extensamente ulcerada con costra epidérmica y necrosis superficial de la dermis con marcado edema en todo su espesor y positividad para VHH-8, todo ello compatible con el diagnóstico de SK. El estudio analítico no mostró hallazgos patológicos, salvo anemia ferropénica, siendo también el resto de exploraciones complementarias normales. Se procedió a la extirpación quirúrgica de las lesiones, sin recidiva posterior.

**Discusión:** El SK ampolloso engloba lesiones de SK en las que clínicamente predominan ampollas, erosiones o costras. Histológicamente suele encontrarse edema dérmico, despegamiento intra o subepidérmico y exudado epidérmico. Las causas de los cambios vesículo-ampollosos son tanto el linfedema subyacente como el edema peritumoral y las linfangiectasias. Es importante conocer la variante de SK ampolloso, puesto que aun siendo infrecuente, puede simular otras enfermedades ampollosas.

**Palabras clave:** Enfermedad ampollosa. Tumor maligno.

## 20. GRANULOMA ACTÍNICO SOBRE HERPES ZÓSTER PREVIO

R. Solanas Treviño, S. Hernández Ostiz, C. Conejero del Mazo, E. Pelegrina Fernández, M.A. Concellón Doñate, M.P. Grasa Jordán y M. Ara Martín

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.*

**Introducción:** El granuloma actínico (GA) es una enfermedad granulomatosa poco frecuente caracterizada por la presencia de placas anulares localizadas en áreas fotoexpuestas.

**Caso clínico:** Mujer de 75 años, diabética no insulino dependiente, que acude a nuestras consultas por presentar una placa de 5 x 3 cm, eritematosa con telangiectasias y zonas atróficas y bordes mal definidos localizada en zona hemifrontal y periorbitaria derecha de 2 meses de evolución. Como antecedente destacar que hacía un año presentó un herpes zóster en esa zona. Se realizan dos biopsias de la lesión con resultado anatomopatológico de granuloma actínico.

**Discusión:** O'Brien, en 1975, definió granuloma actínico como lesión pápula rosada o color piel que progresa lentamente hasta formar placas de morfología anular con borde eritematoso y centro atrófico. En su etiopatogenia se involucra a la exposición solar que generaría un daño en las fibras elásticas, también se ha visto asociado a fototoxicidad por doxiciclina y quemaduras. Histológicamente se caracteriza por presencia de elastosis solar, infiltrado granulomatoso de histiocitos y células gigantes multinucleadas fagocitando fibras elásticas (elastofagocitosis) y ausencia de fibras elásticas. Hanke et al destacan la presencia de gran cantidad de células gigantes multinucleadas con moderada o ausente elastosis solar proponiendo el término granuloma anular elastolítico de células gigantes, siendo el actualmente más aceptado. El principal diagnóstico diferencial se establece con el granuloma anular. Aparece tanto en áreas fotoexpuestas como no, así como mucosas. Se han empleado diversos tratamientos, siendo el más efectivo los retinoides sistémicos.

**Conclusiones:** Ante una lesión de morfología anular localizada en áreas fotoexpuestas y con mayor o menor presencia de daño solar nos tenemos que plantear el diagnóstico diferencial con GA. Presentamos un nuevo caso de GA sobre área cutánea en la

que acaeció un herpes zóster no descrito hasta ahora en la literatura.

**Palabras clave:** Miscelánea. Granuloma actínico. Elastofagocitosis.

## 21. MYH-POLIPOSIS ASOCIADA E HIPERPLASIAS SEBÁCEAS

E. Moreno Artero, L. Aguado Gil, M. Lera Imbuluzqueta, I. Bernad Alonso y M. Ivars Lleó

*Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción:** El síndrome MYH-poliposis asociada es un síndrome de herencia autosómica recesiva que asocia poliposis colorrectal atenuada, alto riesgo de malignización de los pólipos y manifestaciones extra-colónicas, tal como hiperplasias sebáceas.

**Caso clínico:** El caso que presentamos es el de un varón de 54 años diagnosticado de poliposis adenomatosa familiar (FAP) que acude a nuestra consulta para valoración de lesiones en región facial de 8 años de evolución, con diagnóstico anatomopatológico de hiperplasia sebácea. El paciente aporta análisis genético que revela una mutación en la línea germinal del gen MYH (p.Y179C), sin alteraciones en la línea germinal del gen APC.

**Discusión:** Tras revisar la bibliografía, encontramos asociación entre las lesiones de hiperplasia sebácea y el síndrome MYH-poliposis asociada. Este síndrome, de herencia autosómica recesiva, puede resultar una fenocopia de la FAP y se caracteriza por poliposis colorrectal atenuada, con alto riesgo de malignización de los pólipos y manifestaciones extracolónicas.

**Palabras clave:** Diagnóstico.

## 22. TELANGIECTASIAS DIFUSAS EN EXTREMIDADES INFERIORES

A.J. García-Malini<sup>a</sup>, J. Vera Álvarez<sup>b</sup>, M.E. del Prado Sanz<sup>a</sup>, C. Coscojuela Santaliestra<sup>a</sup>, E. Calvo Beguería<sup>c</sup> y Y. Gilaberte Calzada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Jorge. Huesca. España.

**Introducción:** La patología cutánea vascular es un amplio marco que engloba múltiples cuadros cutáneos. Su diagnóstico diferencial puede suponer un reto, sobre todo cuando múltiples patologías cutáneas presentan una clínica similar y el estudio anatomopatológico es el que nos da la clave diagnóstica.

**Caso clínico:** Presentamos una mujer de 52 años de edad, derivada desde el Servicio de Medicina Interna por "manchas rojas en extremidades inferiores" de 2 años de evolución. Previamente había sido valorada por el Servicio de Cirugía Vasculardescartando patología vascular de base. A la exploración física se observaba unas maculas eritematosas con aumento de la vascularización y telangiectasias en piernas y dorsos laterales de ambos pies. Además, las mismas lesiones habían aparecido progresivamente en manos, antebrazos y cuello. Como única sintomatología asociada la paciente refería sensación de pesadez en extremidades inferiores. Se realizó estudio analítico e inmunológico, sin alteraciones significativas. La biopsia cutánea fue compatible con una vasculopatía colágena cutánea.

**Discusión:** La vasculopatía colágena cutánea es una microangiopatía adquirida que afecta a la vasculatura superficial de la piel. Es una entidad poco frecuente, habiéndose descrito 25 casos hasta la actualidad, y su etiopatogenia es desconocida. La histopatología muestra una dilatación de los vasos sanguíneos superficiales de la dermis con un engrosamiento de sus paredes formado un material hialino eosinofílico que contiene colágeno. Su diagnóstico diferencial principal es con la telangiectasia esencial generalizada.

**Palabras clave:** Enfermedad vascular. Vasculopatía colágena cutánea. Telangiectasia esencial generalizada.

### 23. TRATAMIENTO CON LÁSER DE LESIONES VASCULARES. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

M. Rubio Lombraña, J.L. Díaz Ramón, I. Ocerin Guerra, I. Allende Markixana, M. Mendieta Eckert y A. de Quintana Sancho

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

**Introducción:** El empleo del láser en el tratamiento de lesiones vasculares aporta un importante beneficio en el manejo de nuestros pacientes. Dado el amplio abanico de lesiones vasculares potencialmente tratables con láser, supone una herramienta de gran utilidad.

**Material y métodos:** En el Hospital Universitario Cruces realizamos desde el año 2011 tratamiento de lesiones vasculares que cumplan indicación, con más de un centenar de pacientes recopilados hasta el momento. La patología más tratada son malformaciones vasculares capilares faciales, fundamentalmente con láser de colorante pulsado (LCP). El empleo de neodimio-YAG nos permite completar el tratamiento y tratar lesiones vasculares más profundas y de mayor tamaño. Previo al tratamiento, se realiza un adecuado examen físico y, en caso necesario, pruebas complementarias. En determinados casos, el paciente es revisado en el comité de anomalías vasculares del HUC, donde se valoran las opciones terapéuticas disponibles.

**Discusión:** Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de lesiones vasculares con LCP y Nd:YAG. Remarcamos la importancia de una buena valoración global previa al tratamiento y de realizar una adecuada selección de los pacientes, lo que nos ayudará a obtener mejores resultados.

**Palabras clave:** Terapéutica física.

### 24. PLACAS ERITEMATOSAS Y DEBILIDAD MUSCULAR

E. Pelegrina Fernández, C. Conejero del Mazo, R. Solanas Treviño, S. Hernández Ortiz, A.L. Morales Moya, M.P. Grasa Jordán y M. Ara Martín

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

**Introducción:** La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria en la que concurren lesiones cutáneas características y una miopatía proximal. Es paraneoplásica en el 15-25% de casos.

**Casos clínicos:** Caso 1: varón de 57 años que ingresa por presentar placas eritemato-violáceas de 15 días de evolución en zonas fotoexpuestas y úlceras en los pulpejos, con debilidad muscular en cinturas proximales. En la analítica presenta CPK 20063, LDH 1.115 y ANA 1/160. La biopsia muscular es positiva a miositis inflamatoria. El PET-TAC capta a nivel gástrico. En la gastroscopia se halla un adenocarcinoma infiltrante intestinal de fundus. El paciente se trata con prednisona, azatioprina y quimioterapia. Caso 2: mujer de 67 años con antecedentes de adenocarcinoma de ciego que ingresa por presentar lesiones cutáneas eritematovioláceas en zonas fotoexpuestas, con debilidad en las extremidades inferiores y una lesión papular rojo brillante en zona umbilical próxima a cicatriz quirúrgica. La CPK y LDH son normales, ANA de 1/320 y CEA 9.04. En el EMG hay afectación miosítica. El PET-TAC sugiere recidiva local en territorio ilíaco derecho. La biopsia de la lesión umbilical resulta en adenocarcinoma de colon poco diferenciado. La paciente inicia tratamiento con prednisona y quimioterapia.

**Discusión:** La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria donde se observan placas eritematovioláceas que afectan a la cara, la parte superior del tronco y la superficie de extensión de extremidades, y una miopatía inflamatoria en cinturas proximales. En el adulto hay que descartar proceso neoplásico. Los cánceres más asociados son: ovario, pulmón, mama, colorrectal,

estómago y páncreas. Para el diagnóstico de dermatomiositis se debe realizar analítica sanguínea con CPK y autoinmunidad y EMG, y TAC toracoabdominopélvico para despistaje de cáncer. El tratamiento debe ser el de la neoplasia subyacente, aunque se pueden asociar corticoides orales, metotrexate y/o azatioprina si fuera necesario.

**Palabras clave:** Dermatomiositis. Paraneoplasia.

### 25. ALOPECIA CICATRICIAL SECUNDARIA A NECROSIS CUTÁNEA POR ARTERITIS DE LA TEMPORAL. A PROPOSITO DE UN CASO

O. Vega Matute, M. Lera Imbuluzqueta, I. Bernad Alonso, M. Ivars Lleó, E. Moreno Artero y M. Pretel Irazabal

*Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción:** La arteritis temporal es una vasculitis que produce inflamación en arterias de grande y mediano calibre y que afecta generalmente a personas mayores de 50 años de edad, con un pico de incidencia en mujeres de 70 años. Sus principales síntomas son cefalea, a menudo con hipersensibilidad del cuero cabelludo, amaurosis, claudicación mandibular y síntomas de polimialgia reumática. Presentamos un caso de alopecia cicatricial secundaria a necrosis cutánea por arteritis de la temporal.

**Caso clínico:** Paciente de 79 años que acude a consulta para valorar lesiones en cuero cabelludo de 5 años de evolución, que aparecieron tras extirpación de lesión diagnosticada de queratosis actínica. Como antecedente de interés, la paciente presentaba una cefalea hemiraneal izquierda con afectación ocular y elevación de parámetros inflamatorios de 8 años de evolución. Había sido estudiada con diagnóstico de arteritis de la temporal indicando corticosteroides sistémicos, con buena respuesta neurológica. Sin embargo las lesiones persistían, motivo por el que acudió a nuestra consulta. En la exploración física se observó una placa alopécica atrófica lineal en región temporal izquierda, con presencia de costras melicéricas. Dada la localización de la lesión, la clínica y el antecedente neurológico, se llegó al diagnóstico de alopecia cicatricial secundaria a necrosis cutánea por arteritis de la temporal, indicando tratamiento con esteroides tópicos.

**Discusión:** Se han descrito algunos casos de manifestaciones cutáneas asociadas a las arteritis de la temporal, destacando principalmente la necrosis cutánea del cuero cabelludo, que es secundaria a la isquemia que genera la propia vasculitis y que puede dejar residualmente una placa de alopecia cicatricial. A menudo el diagnóstico diferencial es difícil, pudiendo confundirse con otras lesiones cutáneas que afectan al cuero cabelludo como la dermatitis pustulosa, el pioderma gangrenoso y el herpes zóster, por lo que se requiere un alto grado de sospecha para establecer el diagnóstico.

### 26. OTROS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO CON CERTOLIZUMAB Y GOLIMUMAB

J. González del Tanago Diago<sup>a</sup>, S. Pérez Barrio<sup>a</sup>, E. Galíndez Agirregoikoa<sup>b</sup>, M.L. García Vivar<sup>b</sup>, M. Zaldúa Arrese<sup>a</sup>, C. Sanz de Galdeano Palacio<sup>a</sup> y J.M. Careaga Alzaga<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.*

**Introducción y objetivos:** Actualmente 4 fármacos biológicos están aprobados en Dermatología para el tratamiento de la psoriasis moderada-severa resistente a tratamientos sistémicos convencionales: los anti-TNF etanercept, adalimumab e infliximab y el inhibidor de las interleucinas IL12/23, ustekinumab. Estos fármacos han demostrado una alta eficacia (oscila entre un 60-

80%) y un buen perfil de seguridad, siendo útiles en la mayoría de los pacientes tratados. No obstante existen algunos pocos pacientes “resistentes” a estas terapias, en los cuales a veces hay que recurrir al uso de otros biológicos indicados para otras patologías pero que también han demostrado eficacia en psoriasis cutánea. Entre ellos están el certolizumab, un nuevo anti-TNF utilizado en artritis reumatoide y enfermedad de Crohn, y golimumab, anticuerpo monoclonal IgG1 recombinante utilizado también en artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica.

**Materiales y método:** Hemos recopilado una serie de casos de psoriasis de difícil manejo que han sido tratados con certolizumab (5 pacientes) y golimumab (5 pacientes) conjuntamente con el Servicio de Reumatología en el Hospital Universitario Basurto durante los últimos años.

**Resultados:** En general hemos obtenido buena respuesta a estos tratamientos, aunque hay algunos pacientes que siguen siendo resistentes a toda terapia biológica.

**Conclusiones:** Es importante estar al día en el uso de tratamientos biológicos (tarea a veces complicada dado la vertiginosa velocidad de aparición de nuevos principios activos contra dianas terapéuticas de las que nunca habíamos oído hablar previamente), pero no solo los aprobados para nuestra especialidad, sino también sobre otros, que aunque no estén indicados (a veces por motivos económicos entre otros) sí hayan demostrado eficacia en psoriasis.

**Palabras clave:** Psoriasis. Tratamiento sistémico.

## 27. INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS EN DERMATOLOGÍA: ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL A 1 AÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

L. Blanch Rius, R. Izu Belloso, A. Sánchez Díez, I. Martínez de Lizarduy Álvarez, M. Lázaro Serrano, J.A. Yagüe Barcia y J.M. Careaga Alzaga

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

**Introducción y objetivos:** La Dermatología atiende básicamente a sus pacientes en consulta ambulatoria, pero con frecuencia se requiere a un dermatólogo para la valoración de pacientes hospitalizados. El objetivo de este estudio ha sido describir y cuantificar las interconsultas del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Basurto.

**Materiales y método:** Nuestro hospital atiende una población de unos 370.000 habitantes en 640 camas. Las consultas de dermatología representan el 5% del total de las consultas hospitalarias, la mayoría atendidas en consultas externas. A diario recibimos interconsultas de otros servicios, que desde hace poco se manejan con el programa informático de toda la red de Osakidetza, Osabide Global. Para conocer estos datos hemos realizado una búsqueda utilizando esta herramienta informática. Hemos analizado qué servicios son los más demandantes, las patologías más frecuentes e incluso si existe diferencia entre el número de consultas en los diferentes días de la semana.

**Resultados:** Nuestro departamento ha atendido unas 350 consultas durante el período del estudio. Los servicios que han generado más demanda han sido las especialidades médicas (sobre todo Medicina Interna e Infecciosas), siendo la patología más frecuente la inflamatoria, en especial las reacciones medicamentosas y las infecciones.

**Conclusiones:** Hasta la fecha, el papel de la dermatología en las interconsultas hospitalarias ha sido poco estudiada (hemos encontrado poca bibliografía al respecto). Creemos que la dermatología juega un papel muy importante dentro del hospital pero muchas veces ocurre lo que se denomina “consulta de pasillo”, a lo cual

nuestra especialidad es muy proclive. Gracias al uso de herramientas informáticas este tipo de consultas ha disminuido considerablemente.

**Palabras clave:** Miscelánea.

## 28. ENFERMEDAD DE BOWEN DE TIPO PAPILOMATOSO

O. Guergué Díaz de Cerio, J.L. Díaz Ramón, J. Gardeazabal García, S. Álvarez Sánchez, M. Ballesteros Díaz y A. Barrutia Borque

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.*

**Introducción:** La variante papilomatosa de la enfermedad de Bowen es muy poco frecuente y presenta unas características clínicas e histopatológicas propias.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 72 años sin antecedentes personales de interés, que consultaba por una extensa placa hiperqueratósica, eritematosa y friable de escasos meses de evolución, con una formación nodular suprayacente de aspecto tumoral. La lesión abarcaba gran parte de la mejilla, cuello, oreja y región retroauricular derechas. La biopsia fue informada de carcinoma epidermoide in situ con zonas de infiltración tumoral.

**Discusión:** La variante papilomatosa de la enfermedad de Bowen se presenta clínicamente como una lesión tumoral bien delimitada, exo y/o endofítica, a veces queratósica, cuya localización más frecuente es la cabeza y el cuello. En el estudio histológico presenta rasgos celulares y arquitecturales característicos como la presencia de queratinocitos atípicos con cambios coilocíticos. En el diagnóstico diferencial se incluyen principalmente la variante verrucosa-hiperqueratótica de la enfermedad de Bowen y el carcinoma epidermoide de tipo verrucoso. El tratamiento no difiere del de las otras formas de enfermedad de Bowen.

**Conclusiones:** Destacamos este nuevo caso de enfermedad de Bowen de tipo papilomatoso por su escasa frecuencia, gran tamaño y presentación clínica atípica.

**Palabras clave:** Tumor maligno.

## 29. TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ivars Lleó, M. Lera Imbuluzqueta, I. Bernad Alonso, E. Moreno Artero, L. Aguado Gil, M.A. Idoate Gastearena y P. Gil Sánchez

*Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción:** El tumor triquilemal proliferante es una lesión habitualmente solitaria, localizada en el cuero cabelludo en más del 90% de los casos, seguido en orden de frecuencia por la cara y el tronco. Aparece preferentemente en mujeres mayores de 40 años y en ancianos. Se trata de formaciones exofíticas, unilobuladas o multilobuladas, de crecimiento progresivo, cuyo tamaño puede oscilar entre los 2 y 25 cm y que con frecuencia se erosionan y/o ulceran secundariamente. Generalmente se localiza en la dermis reticular o en el tejido celular subcutáneo. Aunque habitualmente se comporta como una lesión benigna, se han descrito algunos casos infrecuentes de transformación maligna y de metástasis a distancia.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 78 años, valorada por una lesión en el hombro, de 30 años de evolución, de crecimiento lentamente progresivo. El diámetro de la lesión era de aproximadamente 10 cm y estaba rodeada de un halo eritematovioláceo. Las pruebas de imagen informaron de una gran lesión encapsulada heterogénea, con zonas de distintas intensidades en su

interior, localizada en el tejido celular subcutáneo, que se orientó como una lesión quística benigna. El estudio histológico tras su extirpación confirmó el diagnóstico de tumor triquilemal proliferante subcutáneo, con áreas focales de células epiteliales atípicas.

**Discusión:** Presentamos el caso de este tumor triquilemal proliferante, por su baja prevalencia, su localización infrecuente así como por la presencia de áreas focales de atipia en su interior.

**Conclusiones:** Ante la presencia de una lesión quística de un tamaño desacomodado, parece importante descartar un tumor triquilemal proliferante. A pesar de tratarse de tumoraciones habitualmente benignas, interesa distinguirlo de otras lesiones benignas, dado el riesgo de degeneración a carcinoma espinocelular. El tratamiento quirúrgico será la primera opción terapéutica.