



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XXII Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Murcia, 17 de junio de 2017

1. LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN ESPAÑA: LAGUNAS EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

S. Ézsöl-Lendva^a, E. Cutillas-Marco^a, M.E. Giménez-Cortés^a, S. Gaglio-DeGrecco^a y P. Llanes-Acevedo^b

^aServicio de Dermatología. Hospital de La Vega Lorenzo Guirao. Cieza. ^bServicio de Parasitología. Centro Nacional de

Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Introducción. Presentamos una revisión de la situación de la leishmaniasis cutánea (LC) en España, sobre todo desde el punto de vista epidemiológico, a propósito del caso de un lactante menor, diagnosticado en nuestro Hospital.

Resultados. En la Región de Murcia se notificaron al registro nacional solo 10 casos entre 2005-10, sugiriendo infradeclaración y dando la falsa impresión de ser una infección casi inexistente.

Discusión. En España la leishmaniasis sigue 3 patrones de presentación: endémico, con casos esporádicos en los que el perro sería el principal reservorio; casos asociados a infección por VIH u otras situaciones de inmunodepresión; y brotes epidémicos, donde el reservorio suele ser un mamífero que vive en zonas periurbanas o rurales limitrofes a ciudades. La LC se considera una enfermedad de predominio infantil en zonas hiperendémicas, sin embargo es excepcional en lactantes que, aun careciendo de inmunidad específica, probablemente están menos expuestos a picaduras.

Conclusión. No existen datos epidemiológicos fiables sobre LC en España por falta de un registro central nacional. Es importante tener en consideración la LC también en zonas aparentemente sin transmisión activa conocida y en pacientes de cualquier edad, incluso en los primeros meses de vida.

2. CONTROVERSIAS EN LAS INFECCIONES POR DERMATOFITOS

M. Lova Navarro^a, T. Martínez Menchón^a, A.M. Victoria Martínez^a, B. Ferri Ñiguez^a, R. Corbalán Vélez^a, P. Sánchez Pedreño^a, A. Clemente Ruiz de Almirón^a, J. Martínez Escribano^a, A. Clemente Valenciano^a y J.F. Frías Iniesta^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. Las infecciones cutáneas por dermatofitos son un motivo muy frecuente de consulta en la práctica dermatológica diaria, las cuales se pueden resolver fácilmente con un tratamiento sencillo. Pero en algunas ocasiones el diagnóstico será lo que implique dificultad, llevando a un tratamiento inadecuado y teniendo como resultado el empeoramiento clínico del paciente y/o el retraso en la curación.

Objetivos. Detectar y resolver las diferentes controversias existentes en torno a las infecciones cutáneas por dermatofitos.

Material y métodos. Un estudio retrospectivo de un período de 31 meses, del 1 octubre de 2014 al 30 de abril de 2017, que recoge los casos más representativos de infecciones cutáneas por dermatofitos y otros agentes infecciosos de los atendidos en las Consultas Externas de Dermatología del Hospital Virgen de la Arrixaca.

Resultados. Se detectaron un número de 4 controversias: ¿Ante una lesión que presente un borde activo centrífugo pensaré siempre en infección por dermatofitos?, ¿El borde de avance de las infecciones por dermatofitos es siempre anular y descamativo?, ¿La onicomiosis es solamente una enfermedad de adultos?, ¿Todo lo que empeora con esteroides tópicos es una tinea incógnita?

Discusión. La infección bacteriana cutánea causada por *Erysipelothrix rhusiopathiae* conocida como Erisipeloide de Rosenbach presentará un borde activo de avance que a diferencia de las infecciones por dermatofitos no será descamativo. La visualización de un borde activo de avance vesiculopustuloso siempre debe hacernos pensar en una tiña inflamatoria como primer diagnóstico. Por otro lado la afección de la lámina ungueal por dermatofitos no está reservada únicamente a la población adulta, sino que también puede desarrollarse en la población infantil, destacando la transmisión entre familiares.

3. DERMATITIS DE CONTACTO POR ESMALTES SEMIPERMANENTES. UNA NUEVA EPIDEMIA

P. Mercader García, R. Rojo España, B. Pérez Suarez, F. de León Marrero, J.M. Rodenas López, I. Ballester y A. Peña García

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario José M^a Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. Los acrilatos son unos compuestos con múltiples usos que van desde la construcción a la medicina, pasando por su uso como cosméticos en el decorado de las uñas, como uñas acrílicas, uñas de gel o esmaltes semipermanentes. Cuando estos compuestos polimerizan es muy raro que den problemas, sin embargo, cuando todavía no han polimerizado tienen una gran capacidad de inducir dermatitis de contacto.

Caso clínico. Mujer de 32 años, peluquera de profesión que acude a consulta por presenta unas lesiones clínicamente sugestivas de pulpitis en los dedos de las manos desde hace 1 año. Además de forma reciente presentaba también lesiones en las uñas con pitting y onicólisis distal. Como posible causante, la paciente estaba trabajando desde hacía 2 años con esmaltes semipermanentes de forma regular. Se realizaron pruebas epicutáneas con una batería de acrilatos con resultados positivos a varios acrilatos (hidroxietil acrilato, hidroxietil metacrilato, hidroxipropil acrilato, tetrahidrofur-furil acrilato y dimetilacrilato dietilenglicol) a las 48 y 96 horas. Se informó a la paciente de sus alergias y de la necesidad de mejorar su protección en el trabajo, usando al menos un doble guante de nitrilo.

Conclusión. Los esmaltes semipermanentes son una moda muy difundida en la actualidad; aunque su empleo en las usuarias es raro que produzcan problemas, sí que puede producir una alergia de contacto en las trabajadoras que tocan el esmalte en fresco. Una vez sensibilizadas, las pacientes podrían seguir manejando esos productos si usan las medidas de protección adecuadas.

4. DE MORFEA GENERALIZADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA, UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

E. García Martínez^a, J. Hernández-Gil Sánchez^a, J. Ruiz Martínez^a, M. Dorado Fernández^a, T. Hernández Gómez^a, A. López Gómez^a, T. Salas García^a, C. Brufau Redondo^a, A. Hernández-Gil Bordallo^a, F.A. Pastor Quirante^b y M.A. Paniza Mendoza^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. La esclerodermia localizada o morfea es una patología de etiología desconocida con principal afectación cutánea. Existen diversos subtipos de morfea atendiendo a la superficie y profundidad afectada. Presentamos un caso de morfea generalizada panesclerótica, con afectación renal progresiva y cuadros infecciosos de repetición.

Caso clínico. Mujer de 56 años con antecedente de hipertensión, dislipidemia y anemia ferropénica refractaria. La paciente es remitida a Dermatología por eritema y prurito en dorso de manos y ambas piernas, con dificultad de movilidad articular asociada,

junto con astenia. A la exploración física presentaba una importante esclerosis en dorso de manos, cuello y ambas piernas. Se realizó una biopsia, hallando una ocupación de la dermis reticular por bandas colágenas compactas que se extienden a los tabiques fibrosos de la hipodermis compatible con esclerodermia. En la analítica destacó una afectación renal leve y autoinmunidad negativa. El TAC de tórax no evidenció afectación intersticial pulmonar. El cuadro evolucionó de forma progresiva a pesar de tratamiento con corticoides asociados a metotrexato (MTX), por lo que se inició tratamiento con imatinib; se suspendió a los 3 meses por efectos secundarios. Tampoco toleró posteriormente el micofenolato de mofetilo. Actualmente, se encuentra en tratamiento con corticoides orales y MTX. Además, fue ingresada en 5 ocasiones tras el diagnóstico por cuadros infecciosos de diversa índole.

Discusión. El término esclerodermia abarca un grupo heterogéneo de patologías autoinmunes fibrosantes. De forma clásica, se han agrupado en esclerodermia localizada ante la afectación cutánea aislada y esclerodermia sistémica, cuando existe afectación visceral. Sin embargo, hay nuevas corrientes que defienden que podría tratarse de 2 extremos de un espectro clínico de una misma enfermedad y otras, que las consideran fases transicionales o, en cambio, 2 entidades diferentes. La afectación visceral en la morfea es muy rara, pero es importante su seguimiento para la detección precoz y descartar una esclerosis sistémica. Aunque disponemos de múltiples modalidades terapéuticas, existen pocos estudios que demuestren la detención de la progresión y reversibilidad en las formas más generalizadas.

5. NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA, ¿O HAY ALGO MÁS?

M. Dorado Fernández, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Ruiz Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez, T. Salas García, C. Soria Martínez, M^a.D. Ruiz Martínez, N. Marín Corbalán, C. Brufau Redondo y A. Hernández-Gil Bordallo

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

Introducción. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico reciente de infección por VIH, que consultó en nuestro servicio por lesiones cutáneas de varias semanas de evolución.

Caso clínico. Paciente de 39 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por fiebre de 5 días de evolución y lesiones cutáneas en mejillas y escote. La paciente había comenzado a tomar naproxeno por una dorsalgia hacía 10 días, pero lo había suspendido al comenzar con la fiebre, tras tomar solo 4 comprimidos. A la exploración se apreciaban unas placas eritematoedematosas en mejillas y escote, y 2 pequeñas aftas en la mucosa oral. Se pautó tratamiento corticoideo oral y se tomó biopsia cutánea, que fue compatible con eritema multiforme. A los 15 días la paciente consultó de nuevo por empeoramiento de las lesiones cutáneas, con despegamiento y zonas ampollas que ocupaban más de un 30% de la superficie corporal, y fiebre de más de 39°. Con el diagnóstico de NET, se ingresó a la paciente y se inició tratamiento de soporte y corticoterapia a altas dosis. La analítica reveló una anemia hemolítica, leucopenia y trombopenia, con anticuerpos antinucleares y antiADN positivos, cumpliendo criterios diagnósticos de LES.

Discusión. Las lesiones ampollas en el LES son una manifestación cutánea rara, pero que constituyen uno de los criterios diagnósticos del mismo. La presentación de un LES simulando una NET (LES tipo NET-like) es un hecho raro pero descrito en la literatura, y debe considerarse en aquellos casos en los que las lesiones cutáneas se inicien en zonas fotoexpuestas o cuando en la histopatología encontramos alteraciones en la membrana basal o inmunofluorescencia positiva.

6. PENFIGOIDE AMPOLLOSO Y GLIPTINAS

A.M. Victoria Martínez^a, C. Lozano Zafra^b, P. Sánchez Pedreño^a, T. Martínez Menchón^a, M. Lova Navarro^a, A. Clemente Ruíz de Almirón^a, M. Cáceres Cwiec^c, R. Corbalán Vélez^a, J. Martínez Escribano^a, A. Clemente Valenciano^a, E. Martínez Barba^a y J. Frías Iniesta^a

^aHospital Universitario Virgen de la Arrixaca. ^bUniversidad de Murcia. ^cHospital Comarcal del Noroeste. Murcia. España.

Introducción. El penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad ampollosa autoinmune en la que se producen anticuerpos dirigidos contra componentes de la membrana basal. Una larga lista de fármacos (espironolactona, furosemida, bumetanida, D-penicilamina, amoxicilina, ciprofloxacino, yoduro potásico, sales de oro y captopril) se han relacionado con el desarrollo de PA, aunque se desconoce el mecanismo etiopatogénico. En los últimos años, se han descrito casos de PA asociados al uso de inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (DPP4), también conocidos como gliptinas, un tipo de incretina utilizado en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Estos fármacos comenzaron a comercializarse en España hace 10 años y su uso se ha generalizado en los últimos años.

Material y método. Presentamos 6 casos de pacientes que desarrollaron PA asociado al uso de inhibidores de la DPP4 valorados en nuestro servicio en el último año. Además realizamos un estudio observacional retrospectivo de los casos de PA recogidos en el registro de anatomía patológica de nuestro centro desde 2008.

Resultados. En total seis pacientes presentaron una erupción ampollosa varios meses después de haber comenzado tratamiento con gliptinas. El diagnóstico de sospecha clínico fue de PA y se confirmó con biopsia e inmunofluorescencia directa e indirecta. La responsabilidad de las gliptinas como factor patogénico es probable desde un punto de vista cronológico. Al discontinuar el fármaco todos los pacientes presentaron mejoría clínica y aunque el tratamiento simultáneo con corticoides puede ser considerado como un factor de confusión, al retirarlos la clínica cutánea no ha recidivado. El mecanismo exacto por el cual estos fármacos inducen PA no se conoce. Se piensa que los inhibidores de la DPP4 podrían inducir anticuerpos antimembrana basal, determinando la aparición de ampollas subepidérmicas y PA. Hemos observado un aumento de la incidencia de los casos de PA desde 2008 en nuestro servicio. Hemos comprobado que muchos de nuestros pacientes tomaban gliptinas en el momento del diagnóstico, sobre todo en los últimos años, coincidiendo con la generalización del consumo de estos fármacos en nuestro medio.

Conclusiones. El uso de gliptinas debe ser considerado como un probable factor etiológico de PA. Se debe retirar el fármaco para un correcto manejo clínico y una buena evolución del cuadro. El reconocimiento de esta asociación puede evitar tratamientos crónicos con corticoides e inmunosupresores en estos pacientes.

7. CLÍNICA DE OCLUSIÓN VASCULAR Y PATOLOGÍA DE FIBRAS ELÁSTICAS. ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

C. Pereda Carrasco^a, M^a.E. García Solano^b, A.F. Monteagudo Paz^a, J.A. Piñero^a y C. Ortuño Gil^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital los Arcos del Mar Menor. Murcia. España.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 47 años, originaria de Marruecos con antecedente personal de trombopenia moderada, vasoespasmos arterial coronario y dolores abdominales en epimesogastrio no filiados. La paciente fue remitida desde el Servicio de Medicina Interna por presentar, desde hacía unos 5 años, en la espalda, el cuello y de forma aislada en miembros inferiores, máculas milimétricas, marrón-grisáceas, confluyentes en manchas reticuladas, pruriginosas. Se realizó una biopsia cutánea que demostró una disminución de las fibras elásticas en dermis media, por lo que se estableció el diagnóstico de elastolisis dermis media

tipo III. Se solicitó una analítica con hemograma, función hepática, renal, proteinograma, ANOES, ENAS, proteína C y S, crioglobulinas, ac antifosfolípidos, orina, VHB, VHC, VIH, en la que destacaba: Ac. anti-ADN IgM 175,00 U/L 0,00-15,00, Ac. anti-Ro/SSA > 240,0 UI/ml 0,0-7,0, C4 11,90 mg/dL 15,00-40,00.

Discusión. La elastolisis de dermis media es una patología poco frecuente e infradiagnosticada, que afecta principalmente a mujeres jóvenes o de edad media, principalmente en el tronco. En aproximadamente la mitad de los casos, las lesiones se preceden de quemazón o lesiones urticariformes. La etiopatogenia es desconocida pero podría deberse a un desequilibrio en el recambio de elastina que podría estar desencadenado por la luz UV, factores hormonales o un proceso autoinmune. Existen tres tipos: tipo I: arrugas finas tipo papel de fumar, tipo II: pápulas perifoliculares, tipo III: eritema reticular que puede asociar lesiones tipo arrugas. En la anatomía patológica se observa una disminución de las fibras elásticas en la dermis media, que puede asociar un discreto infiltrado linfocitario perivascular y elastofagocitosis, sobre todo en estadios iniciales. No existe un tratamiento eficaz. Se ha probado con corticoides orales, tópicos, retinoides tópicos, isotretinoína, vitamina E, clofacimina, colchicina, cloroquina. Se han descrito algunas respuestas aisladas con tretinoína tópica y dapsona oral. El caso que aportamos presenta varios puntos de interés: la elastolisis de dermis media es una entidad poco frecuente, sobre todo el tipo III; que en vez de eritema reticular, por el fototipo IV de la paciente, observamos una hiperpigmentación reticular y que no hemos encontrado en la literatura un caso similar al nuestro que asocie anticuerpos anti-ADN IgM, anticuerpos anti-Ro/SSA elevados, hipocomplementemia, vasoespasmos coronarios y algias epimesogástricas no filiadas.

8. TUMOR DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN LABIO INFERIOR

T. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Ruíz Martínez, M. Dorado Fernández, T. Salas García, A. López Gómez, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, M.D. Ruíz Martínez, C. Soria Martínez, C. Brufau Redondo y A. Hernández-Gil Bordallo

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

Introducción. El carcinoma sebáceo constituye un tumor anexial poco frecuente cuya localización más común es el área palpebral o periocular, mientras la presentación extraocular es rara (25% del total de casos). Presentamos un caso de carcinoma sebáceo de rápido crecimiento en labio inferior.

Caso clínico. Varón de 85 años que consultó por lesión en labio inferior de 3 semanas de evolución, de crecimiento progresivo, pruriginosa. A la exploración física presentaba un tumor eritematoso de 2 cm de diámetro, de consistencia dura, sin ulceración, sin palpase adenopatías a nivel cervical ni supraclavicular. A las dos semanas el tumor se había ulcerado y presentaba ya 3 cm de diámetro. Se realizó biopsia que dio como resultado un tumor anexial maligno compatible con carcinoma sebáceo. Se trató quirúrgicamente mediante extirpación en bloque y reconstrucción mediante colgajo de Karapandzic unilateral. Se realizó estudio de extensión con ecografía cervical y TAC de cabeza a pelvis, hallándose en este último una masa hiliar derecha con consolidación pulmonar en lóbulo superior derecho que se extendía hasta mediastino, con bloques adenopáticos pretraqueales, paratraqueales y supraclaviculares derechos; también presentaba masas indicativas de implantes peritoneales metastásicos en hemiabdomen izquierdo y pelvis menor. Se llevó a cabo broncoscopia con toma de biopsia de la consolidación pulmonar, compatible con proliferación metastásica. Posteriormente se realizó interconsulta a oncología, que indicó tratamiento paliativo, falleciendo el paciente a los 3 meses.

Discusión. El carcinoma sebáceo es un tumor agresivo, con tendencia a la recurrencia en el 30% en los 5 años posteriores a la

cirugía y a la diseminación metastásica en hasta un 25% de los casos, preferentemente por vía linfática (40% de los tumores metastásicos). La supervivencia global es del 71% y 46% a los 5 y 10 años respectivamente. No existen sistemas de estadificación ni guías de tratamiento específicas para el carcinoma sebáceo extraocular, tampoco estudios que evalúen el papel de las técnicas de imagen en la estadificación, si bien parece lógico realizar un TAC ± PET en pacientes con linfadenopatías palpables, nódulos satélites o lesiones primarias con criterios de mal pronóstico clínicos o histológicos. En cuanto al tratamiento, se requieren unos márgenes quirúrgicos de 5-6 mm (según estudios en carcinomas sebáceos oculares) y la cirugía de Mohs es la técnica de elección, con una disminución de las recurrencias desde el 30 hasta el 12%. La biopsia selectiva del ganglio centinela no está estandarizada, si bien podría ser de utilidad al tratarse de un tumor que se diseña preferentemente por vía linfática. Tampoco está protocolizado el uso de radioterapia, que suele reservarse para aquellos casos con afectación linfática, invasión local extensa y enfermedad recurrente o metastásica.

9. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON MELANOMA SOMETIDOS A BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA DURANTE UN PERIODO DE 7 AÑOS (2009-2016)

J. Ruiz Martínez, M. Dorado Fernández, E. García Martínez, T. Hernández Gómez, J. Hernández-Gil Sánchez, T. Salas García, A. López Gómez, A. Ramírez Andreo, C. Soria Martínez, N. Marín Corbalán, M.D. Ruiz Martínez, A. Hernández-Gil Bordallo y C. Brufau Redondo

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

Introducción. El tratamiento quirúrgico del melanoma engloba una serie de pasos secuenciales, la extirpación de la lesión, fundamental en todos los casos, y la biopsia de ganglio centinela y linfadenectomía en los casos en los que esté indicado. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes con indicación de biopsia selectiva de ganglio centinela por melanoma cutáneo en nuestra área hospitalaria.

Material y métodos. Se incluyeron un total de 67 pacientes con biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) por melanoma cutáneo en el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2016. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo cirujano dermatológico con experiencia en la técnica quirúrgica, en régimen de cirugía mayor con ingreso. Se recogieron datos acerca del sexo, la fecha de nacimiento, la fecha de la extirpación del melanoma y de la biopsia selectiva de ganglio centinela, la localización del melanoma, características anatomopatológicas del melanoma (subtipo, Breslow, Clark, nº mitosis, presencia de ulceración, regresión e invasión linfovascular), la localización, el número de ganglios localizados y estudio histológico de los mismos. Se recogió también información sobre el seguimiento posterior, detección de recidiva, afectación locorregional o a distancia y fecha de defunción. El periodo de seguimiento osciló entre los 6 meses y los 6 años.

Resultados. En nuestro estudio, las variables predictoras de ganglio centinela positivo que alcanzaron significación estadística fueron el índice de Breslow y la presencia de ulceración. El intervalo entre la extirpación del melanoma y la BSGC no se asociaron con eventos de progresión de la enfermedad.

Conclusión. Los resultados obtenidos en biopsia de ganglio centinela y linfadenectomía concuerdan con los de las grandes series. La definición de criterios de selección de pacientes para realización de linfadenectomías y protocolos de seguimiento tras BSGC son las nuevas preguntas a resolver en el tratamiento del melanoma.

10. RESPUESTA COMPLETA A TRATAMIENTO CON IL-2 INTRALESIONAL Y CRIOTERAPIA PARA LETÁLIDES EN MELANOMA ESTADIO IV

A. Martínez López^a, A. Bueno Rodríguez^a, L. Salvador Rodríguez^a, C. Cuenca Barrales^a, F.M. Almazán Fernández^b y S. Arias Santiago^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. El melanoma localmente avanzado o metastásico es una entidad con alta mortalidad que requiere un manejo multidisciplinar con el objetivo de mejorar la supervivencia de los pacientes. El desarrollo de tratamientos inmunoterápicos e inhibidores diana ha supuesto una mejora significativa de la supervivencia y de la calidad de vida de los pacientes con melanoma avanzado.

Caso clínico. Presentamos un paciente de 86 años con antecedentes personales de hipertensión arterial que fue intervenido de un melanoma nodular de 3,7 mm de Breslow, 6 mitosis y no ulcerado en 2010. En 2012 el paciente desarrolló varias adenopatías metastásicas axilares, realizándosele una linfadenectomía electiva. Posteriormente, en 2015 solicitó valoración por presencia de 2 pápulas de coloración rosada y violácea y consistencia firme, localizadas en el área de la cicatriz de intervención. Se realizó extirpación de las mismas, siendo la histología compatible con metástasis de melanoma. En 2016 el paciente acudió a consulta con múltiples lesiones de morfología similar a las previas en región lumbar. Tras fracasar el tratamiento con radioterapia se decidió en comité multidisciplinar iniciar tratamiento semanal con 9 mU de interleucina-2 (IL-2) intralesional asociada a crioterapia durante 10 segundos, realizando 2 ciclos por sesión.

Resultados. Tras 3 sesiones con ambos tratamientos se observó una importante mejoría, con desaparición de múltiples lesiones y buena tolerancia, sin presencia de efectos indeseables. Una vez completadas 12 semanas de tratamiento se evidenció remisión completa de las letálides, confirmándose con la realización de PET-TC y manteniéndose la supervivencia libre de enfermedad tras 6 meses de seguimiento.

Discusión. La IL-2 es una glucoproteína inmunomoduladora que estimula la producción de linfocitos T citotóxicos y células NK, habiendo probado su eficacia como terapia sistémica frente al melanoma y otros tumores sólidos. Sin embargo, en las últimas décadas ha sido desplazada como tratamiento del melanoma irreseccable, dada su mala tolerancia y la aparición de las nuevas terapias diana con mayor respuesta terapéutica. El empleo de la IL-2 intralesional, sola o en combinación con otras terapias, para el tratamiento de las metástasis cutáneas irreseccables de melanoma ha supuesto un avance significativo, produciendo una respuesta completa en más del 50% de los pacientes tratados y mejorando de forma evidente la calidad de vida de los mismos.

11. EXPERIENCIA EN TELEDERMATOLOGÍA, IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO EN EL ÁREA II, CARTAGENA, MURCIA 2017

F. Alarcón Soldevilla, F. Alcántara Zapata, C. Pérez Crespo, A. Lopez Ávila e I. Español Morales

Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Introducción. La consulta telemática en dermatología consiste en remitir desde atención primaria imágenes del paciente junto con información clínica para que se pueda decidir si es necesario remitirlo a una consulta especializada desde atención primaria y si este debe darse a la mayor brevedad posible; en caso de no remitirse se puede proponer una conducta terapéutica basándose en la información recibida también por vía telemática.

Material y métodos. El siguiente es un proyecto piloto que se lleva realizando desde inicio del 2017 hasta la fecha entre 2 de los 17

centros de salud del área II de la región de Murcia y el servicio de Dermatología del Hospital Universitario Santa María del Rosell.

Resultados. Inicialmente la consulta telemática de dermatología se utilizó únicamente para procesos tumorales y ahora busca ser resolutivo también para procesos inflamatorios, también está previsto ampliar el número de centros de atención primaria participantes.

XXIII Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Murcia, 2 de diciembre de 2017

1. ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN EN PEZ CEBRA: IMPLICACIONES EN PSORIASIS CUTÁNEA

R. Corbalán Vélez^a, T. Martínez Menchón^a, I. Vidal-Abarca^b, D. García Moreno^c, M. Lova Navarro^a, A.M. Victoria Martínez^a, M^a.L. Cayuela^d y V. Mulero^c

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

^cDepartamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Biología, Universidad de Murcia. ^dInstituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB). Murcia. España.

Introducción. El pez cebra es un candidato idóneo para determinados estudios de investigación, ya que se puede manipular genéticamente, es transparente (se pueden visualizar los cambios que se produzcan en él mediante fluorescencia), tiene 100-200 larvas semanales (el tamaño muestral podría ser lo grande que se quiera). Además, la inmunidad innata en el pez cebra es prácticamente idéntica a la del ser humano.

Material y métodos. Hemos desarrollado un modelo de inflamación en piel mediante la inhibición genética de TNF- α y TNF-R2 (receptor 2 de TNF- α) en el pez cebra.

Resultados. Los animales deficientes en TNF- α y TNF-R2 desarrollaban inflamación en su piel que puede ser fácilmente analizada por la movilización de los neutrófilos. Los queratinocitos deficientes en TNF- α o en TNF-R2 producían H₂O₂ debido a la activación local de la enzima oxidasa dual 1 (Duox-1). El H₂O₂ a su vez provocó la activación del factor de transcripción NF- κ B, que promovió la inducción de genes que codifican distintas interleucinas y moléculas proinflamatorias, iniciándose una serie de cascadas y "bucles" proinflamatorios. Por otro lado, tanto la inhibición genética como la inhibición farmacológica de Duox-1 detuvo la activación de este factor de transcripción NF- κ B y consecuentemente la serie de cascadas y "bucles" proinflamatorios. Asimismo, hemos comprobado mediante técnicas inmunohistoquímicas que la enzima Duox-1 está sobreexpresada en biopsias de lesiones de psoriasis y de liquen plano.

Conclusiones. Los resultados de nuestro estudio sugieren que la inhibición farmacológica del TNF-R1, dejando intacta la señalización por TNF-R2, reducirían los efectos secundarios de las terapias anti-TNF- α . Además, revelan un papel crucial de la enzima Duox-1 y el estrés oxidativo en psoriasis y liquen plano. La inhibición farmacológica de esta enzima Duox-1 podría constituir una importante diana terapéutica.

2. TRATAMIENTO RADICAL DEL PÉNFIGO

E. Cutillas Marco, M. Dorado Fernández, M^a.E. Giménez Cortés, Z. Ezsol Lendvai y M^a.S. Gaglio de Grecco

Servicio de Dermatología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia.

Introducción. Bajo la denominación de pénfigo se engloban varias enfermedades, todas ellas raras, que comparten como rasgo histológico común la aparición de ampollas intraepidérmicas. El pénfigo foliáceo aparece de forma endémica en Brasil, Colombia y Túnez, y de forma esporádica en cualquier parte del mundo, aunque con una incidencia muy baja.

Caso clínico. Se trata del caso de un varón de 30 años con antecedentes de dermatitis seborreica refractaria a los tratamientos habituales que fue diagnosticado mediante biopsia con inmunofluorescencia directa de pénfigo foliáceo. Recibió tratamiento de forma sucesiva con corticoides sistémicos, dapsona, azatioprina, micofenolato de mofetilo y rituximab, con respuesta parcial. Después de cuatro años de enfermedad y con controles analíticos normales el paciente desarrolló una hepatitis fulminante. Este evento ocurrió seis meses después del tratamiento con rituximab y no estaba recibiendo ninguna otra medicación en ese momento, por lo que analizamos el probable origen de la hepatitis y su relación con el pénfigo. Después del trasplante hepático el paciente evoluciona bien a nivel cutáneo.

Discusión. El desarrollo de hepatitis fulminante suele deberse a infección por virus hepatotropos o a la toma de fármacos. En el caso de nuestro paciente, no se halló ninguna causa infecciosa que precipitara su aparición. Analizamos el papel que pudo tener el rituximab en el desarrollo de la hepatitis fulminante, así como otras circunstancias que pudieron favorecer la aparición de la hepatitis. El pénfigo se asocia a otras enfermedades autoinmunes, pero no está descrita la aparición de hepatitis autoinmune. Desconocemos los mecanismos por los que el trasplante hepático ha llevado a la mejoría clínica del pénfigo.

3. PAPEL DEL RESIDENTE EN URGENCIAS DERMATOLÓGICAS

M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Ruiz Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez, M. Dorado Fernández, T. Salas García, A. Ramírez Andreo, C. Soria Martínez, N. Marín Corbalán, M.D. Ruiz Martínez y C. Brufau Redondo

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

Introducción. La OMS define urgencia como situación en la que la falta de asistencia conduce a la muerte en minutos. Otra definición que se ajusta más a nuestra situación sería la de problema que genera conciencia de necesidad inmediata de asistencia, existiendo una discordancia entre urgencia y gravedad. Las urgencias dermatológicas son una causa frecuente de consulta en urgencias (8-10%). La mayoría de diagnósticos se centran en un grupo de unas pocas enfermedades, que por orden de frecuencia son: infecciones, dermatitis y eccemas, urticaria y angioedema, y tumores, menos frecuentes pero de gran relevancia. El residente de dermatología es importante debido a la gran cantidad de matices diferenciales de la patología dermatológica que da lugar a diagnósticos muy variados y formas de presentación infrecuentes, llegando al diagnóstico con menor necesidad de pruebas complementarias. Además la patología dermatológica puede ser indicador de enfermedad sistémica importante que tenga implicación en el pronóstico del paciente. La presencia de un residente de dermatología de guardia es esencial ya que llegan lesiones agudas o que cursan en brotes que no veríamos en consulta, formas de presentación que pueden ser pasadas por alto por un no especialista, patologías que solucionamos en el momento agudo, y todo esto es importan-

te tanto para el pronóstico del paciente como para el aprendizaje del residente.

4. ERUPCIÓN RETICULADA Y RECURRENTE EN CUELLO Y TRONCO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

T.A. Hernández Gómez^a, E. García Martínez^a, J. Ruiz Martínez^a, M.I. Úbeda Clemente^a, J. Hernández-Gil Sánchez^a, C. Brufau Redondo^a, M. Dorado Fernández^a, T. Salas García^a, A. Ramírez Andreo^a y E. Poblet Martínez^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El prurigo pigmentoso es una patología inflamatoria crónica poco frecuente y de etiología desconocida, descrita inicialmente en mujeres japonesas. Presentamos 2 casos de prurigo pigmentoso en mujeres españolas.

Caso clínico 1. Mujer de 16 años que consultaba por lesiones ecematosas intensamente pruriginosas en espalda y región posterior de cuello, de 4 años de evolución y curso en brotes 2 veces al año. Había presentado poca respuesta a corticoides tópicos y antihistamínicos orales. A la exploración física se apreciaban pápulas eritematosas aplanadas en cara posterior y laterales de cuello, infiltradas, que confluían en placas, algunas con ligera descamación. Junto a estas lesiones presentaba máculas hiperpigmentadas residuales. Se observaba además una placa hiperpigmentada reticulada en pliegue submamario. La biopsia de una de las lesiones mostró una dermatitis psoriasiforme con intensa espongirosis y edema dérmico.

Caso clínico 2. Mujer de 25 años que consultó a través del servicio de urgencias por exantema cutáneo intensamente pruriginoso de una semana de evolución, sin brotes previos. A la exploración física presentaba pápulas y placas eritematosas, bien delimitadas y de bordes festoneados, algunas con descamación y erosiones secundarias al rascado. Las lesiones se distribuían en surco submamario, región cervical posterior y zona central de tórax y espalda. La biopsia mostró una dermatitis liquenoide focal con presencia de neutrófilos intraepidérmicos y eosinófilos. En ambos casos se inició tratamiento con tetraciclinas, con buena respuesta.

Discusión. El prurigo pigmentoso continúa siendo una patología infradiagnosticada en nuestro medio. Hemos de pensar en ella ante una mujer joven con brotes de lesiones urticariformes o ecematosas rebeldes a corticoides, siendo la hiperpigmentación reticulada postinflamatoria un signo de gran ayuda diagnóstica. Es importante tener en cuenta que las características histológicas, al igual que la clínica, son dinámicas y, aunque se consideran específicas, incluyen gran cantidad de diagnósticos diferenciales según la fase evolutiva.

5. LESIONES CUTÁNEAS CON POBRE RESPUESTA AL TRATAMIENTO, ¿ES UN CASO PARA DETECTIVES?

E. García Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez, J. Ruiz Martínez, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, M. Dorado Fernández, T. Salas García, J.V. Rodado Martínez y C. Brufau Redondo

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

Introducción. Existe un número destacado de pacientes que consultan por lesiones cutáneas que se asocian de forma primaria o secundaria a problemas de tipo psicológico o psiquiátrico. Presentamos el caso de una paciente con lesiones cutáneas de pobre respuesta al tratamiento pautado.

Caso clínico. Mujer de 44 años que consultó por lesiones en cara y cuello. En la exploración presentaba placas eritematosas, erosiona-

das y exudativas con costras superficiales en mentón y cuello. Tras cultivo micológico positivo recibió tratamiento sin mejoría. Tras empeoramiento con aparición de lesiones generalizadas se ingresó para estudio e iniciando tratamiento con corticoides orales, azatioprina y ciclosporina ante la sospecha de un cuadro ecematoso. Las pruebas epicutáneas fueron positivas para *Kathon*, sin mejoría clínica a pesar de su evitación. Tampoco mejoraron con fototerapia. Se decidió la realización de curas oclusivas de las zonas, con resolución de las lesiones en pocos días, las cuales reaparecían tras retirar los vendajes. Finalmente se llegó al diagnóstico de dermatitis artefacta y dermatitis alérgica de contacto en paciente con dermatitis atópica.

Discusión. La dermatitis facticia o artefacto es un cuadro caracterizado por la autoproducción de lesiones cutáneas que el paciente niega realizarse. Se suelen producir en respuesta a una necesidad psicológica que suele tener un origen familiar, laboral o social. La presentación clínica es muy variada y suelen ser localizaciones accesibles. Para el diagnóstico siguen siendo útiles los criterios de Stokes y Gardner que se basan en la caracterización de las lesiones y la actitud de estos pacientes. Para el abordaje terapéutico es importante tener en cuenta las lesiones cutáneas donde la cura oclusiva nos ayuda también para el diagnóstico, la base psiquiátrica donde los fármacos tendrían un gran papel y, por último, la psicoterapia para evitar la cronificación del cuadro.

6. DETENERSE CINCO SEGUNDOS ANTES DE EMITIR UN DIAGNÓSTICO, CLAVE PARA EVITAR EL FENÓMENO DE “ARRASTRE DIAGNÓSTICO”

M. Lova Navarro^a, T. Martínez Menchón^a, M. Santa-Olalla González^b, R.M. Sánchez Jiménez^b, A.M. Victoria Martínez^a, R. Corbalán Vélez^a, P. Sánchez Pedreño^a, A. Clemente Ruiz de Almirón^a, J. Martínez Escribano^a, A. Clemente Valenciano^a y J.F. Frías Iniesta^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Radiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. El fenómeno de “arrastre diagnóstico” es aquel por el cual el médico que atiende a un paciente se deja llevar por el diagnóstico emitido por el médico que ha visto al paciente con anterioridad, pudiendo ser un médico diferente o el propio médico, no llevando a cabo una historia clínica correcta ni una exploración física adecuada, pudiendo incurrir en errores de diagnóstico y por lo tanto no llevándose a cabo un tratamiento correcto.

Objetivos. Detectar casos con riesgo de fenómeno de “arrastre diagnóstico”, así como técnicas que nos ayuden esquivar dicho fenómeno.

Material y métodos. Un estudio retrospectivo de un período de 26 meses, del 1 octubre de 2015 al 30 de noviembre de 2017, que recoge los casos más representativos de fenómeno de “arrastre diagnóstico” de los atendidos en las Consultas Externas de Dermatología del Hospital Virgen de la Arrixaca.

Resultados. En los pacientes en seguimiento en nuestras consultas por múltiples nevos, detectamos en una de las revisiones dos signos dermatológicos de interés. El primero de ellos, el nevus melanocítico como “barco de pesca solitario en mitad del océano” fue detectado en 6 pacientes. El otro signo dermatológico fue el signo del patio “pseudofeo”, que se observó en 1 paciente. En los pacientes derivados por el médico de atención primaria con un diagnóstico clínico de presunción concordante con nuestra opinión, detectamos dos casos de interés. Uno de ellos se trataba de una mujer de 55 años con una pápula perlada en el brazo izquierdo derivada con diagnóstico de sospecha de carcinoma basocelular, y que gracias al signo dermatoscópico del eclipse solar “incompleto” se extirpo el mismo día de la consulta con diagnóstico anatomopatológico de melanoma infiltrante. El otro caso se trataba de un varón de 24 años de edad derivado con diagnóstico de mucocel en mucosa la-

bial superior izquierda, y que gracias a una exploración pausada (signo del “ángulo muerto”) pudimos apreciar que la lesión era pulsátil. Ante la sospecha de lesión de origen vascular de alto flujo, solicitamos una eco-doppler que fue informada como compatible con arteria labial de calibre persistente.

Discusión. El nevus melanocítico como “barco de pesca solitario en mitad del océano”, se manifiesta con una lesión pigmentada de pequeño tamaño, de menos de un año de evolución, en un área de la piel en la que no existen otras lesiones acompañantes. El signo del patio “pseudofeo”, se refiere a aquel nevus melanocítico que clínicamente no difiere en exceso del resto de nevus melanocíticos que presenta el paciente, precisando para apreciar la diferencia de la dermatoscopia. El signo dermatoscópico del eclipse solar “incompleto” es muy útil para identificar melanomas con pigmento difícilmente apreciable clínicamente, ya que al hacer dermatoscopia de contacto sobre la lesión palidece la zona central, haciéndose más evidente el halo periférico incompleto de pigmento.

7. ERITEMA NODOSO: UNA PANICULITIS CON DIFERENTES ORÍGENES

M. Dorado Fernández^a, E. Cutillas Marco^a, M^a.E. Giménez Cortés^a, Z. Ezsol Lendvai^b, C. Godoy Alba^b y A. Martínez Blázquez^c

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. España.

Introducción. El eritema nodoso (EN) es la forma más frecuente de paniculitis. Más de la mitad de los EN que nos encontramos en nuestra práctica diaria tienen una causa subyacente a la que podemos llegar realizando las pruebas pertinentes y conociendo las principales asociaciones de esta entidad.

Caso clínico. Presentamos el caso clínico de un varón de 13 años, en estudio por microhematuria no filiada, sin otros antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta por la aparición de brotes de lesiones nodulares dolorosas en costados y cara posterior de ambas piernas, que se acompañaban de artralgias sin fiebre ni mal estado general. Se realizó una biopsia de una de las lesiones cutáneas, siendo compatible con EN. Durante el cribado de patología sistémica, se solicitó una analítica en la que destacaba una hipercalcemia con elevación de la enzima convertidora de angiotensina y una anemia ferropénica, sin otros datos de interés. En la radiografía de tórax se encontró un dudoso ensanchamiento mediastínico, decidiéndose no realizar por el momento un TAC en espera de poder confirmar el diagnóstico de sospecha de sarcoidosis por otras vías. El paciente fue valorado por Medicina Interna, que determinó que esa hipercalcemia se debía a la producción ectópica de calcitriol en granulomas sarcoideos, y estaba dando lugar a una nefrocalcinosis incipiente, causante de la microhematuria que tenía nuestro paciente. Se instauró tratamiento con corticoterapia oral, con mejoría de las lesiones cutáneas y restablecimiento de los niveles normales de calcio sérico.

Discusión. La causa más frecuente de EN es la infección por estreptococo, que supone casi la mitad de los casos de EN secundarios. La segunda causa más frecuentemente asociada es precisamente la sarcoidosis. Se trata de una enfermedad multisistémica, con aparición de granulomas sarcoideos principalmente en el pulmón, pero que puede afectar a cualquier órgano y producir manifestaciones diversas, como la hipercalcemia con o sin afectación renal, que es una forma rara de presentación de una sarcoidosis. Por tanto, consideramos que conocer las posibles asociaciones del EN y sus manifestaciones clínicas extracutáneas nos puede permitir realizar diagnósticos precoces e instaurar el tratamiento correcto a través de las lesiones de la piel.

8. UTILIDAD DEL CIERRE EN MERCEDES EN DIFERENTES LOCALIZACIONES

J. Ruiz Martínez, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez, C. Soria Martínez, A. Ramírez Andreo, T. Salas García y C. Brufau Redondo

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

Introducción. El cierre en estrella de mercedes fue inicialmente descrito por Tamir et al. como una técnica sencilla y versátil basada en la idea de dividir el vector de tensión en diferentes direcciones facilitando un cierre de tensión reducida sin una gran movilización subcutánea. Xue et al. mostraron la posibilidad de orientar las incisiones adaptándose a las líneas de tensión. Russo et al. aportaron el diseño de incisiones de descarga que amplían la capacidad de desplazamiento en cuero cabelludo y permiten el cierre, así como el empleo en la corrección de las orejas de perro. Valesky et al. comprobaron su utilidad en áreas como el hombro, la región prees-ternal, el talón y el cuero cabelludo.

Material y métodos. Presentamos una serie de 8 pacientes con diferentes tipos de neoplasias cutáneas en diversas localizaciones (cuero cabelludo, frente, mejilla, espalda y extremidades) en los que se empleó la técnica del cierre en mercedes para la aproximación de los márgenes quirúrgicos. Se emplearon además modificaciones de este tipo de cierre como las incisiones de descarga, así como el empleo del mismo para la corrección de orejas de perro.

Resultados. En todos los pacientes los resultados estéticos y funcionales fueron adecuados. Ningún paciente precisó de correcciones adicionales para mejorar el aspecto de la cicatriz.

Discusión. El cierre en mercedes presenta como ventajas la posibilidad de adaptar el diseño al área anatómica y la escasa distorsión de los márgenes quirúrgicos. Como desventajas, generalmente el cierre aporta una movilidad limitada dando lugar a una sutura a tensión. Además, en ocasiones puede resultar difícil ubicar los triángulos de descarga.

Conclusión. El cierre en mercedes resulta una alternativa a tener en cuenta para la reconstrucción de defectos circulares. La aproximación desde tres direcciones reparte la tensión de la herida y nos permite adaptar el diseño al área anatómica. Resulta útil para evitarnos reconstrucciones complejas y en la corrección de las orejas de perro.

9. SARCOMA DE KAPOSI RÁPIDAMENTE PROGRESIVO

A.M. Victoria Martínez, M. Lova Navarro, T. Martínez Menchón, P. Sánchez-Pedreño Guillén, A. Puertes Boix, B. Ferri Níguez, R. García Fernández, R. Corbalán Vélez, J. Martínez Escribano, A. Clemente Ruiz de Almirón, A. Clemente Valenciano y J. Frías Iniesta

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. El sarcoma de Kaposi (SK) es un desorden angioproliferativo que requiere la infección por el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8) para su desarrollo. Se trata de una neoplasia con diferentes variantes clínicas: SK clásico (que afecta típicamente a hombres de mediana o avanzada edad), endémico (descrito en indígenas subsaharianos africanos antes de la epidemia por VIH), iatrogénico (asociado a terapia inmunosupresora, típicamente visto en trasplantados) y el asociado a sida, también llamado SK epidémico. El SK produce una afectación predominantemente cutánea. La afectación extracutánea es infrecuente, excepto en la variante epidémica y en la linfadenopática africana.

Caso clínico. Presentamos el caso clínico de una mujer de 77 años, con arteritis de células gigantes en tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg en pauta descendente desde hacía 6 meses, que presenta aparición de máculas, pápulas y nódulos eritematovioláceos en pierna derecha de crecimiento rápido. Se realiza biopsia cutánea con diagnóstico de SK, se realizó tinción inmunohistoquí-

mica para VHH-8 que fue positiva. Tras resultado de serología VIH negativa y con los antecedentes de tratamiento corticoideo por arteritis de células gigantes es diagnosticada de SK iatrogénico. Se comienza a disminuir la dosis de prednisona diaria y dada la rápida progresión se decide iniciar tratamiento con radioterapia externa. Tras respuesta parcial a radioterapia, la paciente comienza a presentar linfedema en la pierna derecha. En TAC y PET-TAC se objetivan adenopatías patológicas inguinales y retroperitoneales. En este momento inicia tratamiento con doxorubicina liposomal pegilada durante 6 meses y posteriormente se pasa a segunda línea de tratamiento quimioterápico con taxol, presentando respuesta completa.

Discusión. El SK iatrogénico es una entidad relativamente frecuente que afecta a pacientes en tratamiento inmunosupresor, sobre todo trasplantados renales en tratamiento con ciclosporina. Existen también casos asociados a otros inmunosupresores y a corticoides orales. El mecanismo por el que los corticoides inducen o empeoran el SK no es bien conocido, pero puede relacionarse con una estimulación directa o indirecta del crecimiento celular. Los corticoides inhiben la activación del factor transformante de crecimiento (TGF- β). El TGF- β inhibe el crecimiento celular epitelial y linfocitario, permitiendo así la proliferación celular del SK. En cuanto al tratamiento del SK, este no está estandarizado y depende de la localización, extensión y los síntomas. Generalmente es suficiente con tratamientos locales, tales como cirugía, radioterapia, terapias tópicas o crioterapia, pero en un porcentaje pequeño de pacientes son necesarias terapias sistémicas más agresivas, con quimioterapia o inmunomoduladores.

Conclusiones. Presentamos un caso de SK iatrogénico asociado a tratamiento con corticoides orales por arteritis de células gigantes, con poca respuesta a descenso de corticoides. A pesar de tratarse de una enfermedad con una baja mortalidad puede acarrear una importante morbilidad y requerir un manejo multidisciplinar, como es el caso de nuestra paciente.

10. PACIENTE ONCOLÓGICO CON PSORIASIS GRAVE: EXPERIENCIA CON TERAPIA BIOLÓGICA

B. Pérez-Suárez, P. Mercader, R. Rojo, F. León, JM. Ródenas y A. Peña

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

Introducción. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que puede requerir tratamientos prolongados con inmunosupresores, aumentando el riesgo de desarrollar tumores. Por otro lado, los pacientes con psoriasis grave no tratados ven incrementado (RIS 1,3 [IC95%: 1,2-1,4]) también su riesgo tumoral.

Material y método. Repasamos nuestra serie hospitalaria, contemplando dos perspectivas: pacientes oncológicos y psoriásicos moderados-graves (PASI basal > 10) a los que se decide tratar con terapia biológica y pacientes psoriásicos moderados-graves (PASI basal > 10) que desarrollan un cáncer durante su tratamiento con fármacos biológicos. En total, se describen 4 pacientes en el primer escenario y 3 en el segundo.

Resultados. En el grupo oncológico que recibe tratamiento con biológico se explica el caso de una mujer de 54 años y otra de 57, con cáncer de mama estadio IIIB y linfoma no Hodgkin respectivamente, que reciben tratamiento con ustekinumab durante 23 y 18 meses. También se describe el caso de 2 varones de 81 y 69 años, con cáncer de colon y linfoma B, y con carcinoma microcítico de pulmón, respectivamente, que son tratados con ustekinumab (20 meses) y secukinumab (4 meses). En todos los casos, la respuesta de psoriasis fue excelente (PASI < 1) y no se observaron alteraciones analíticas ni progresión tumoral. En el segundo supuesto, el de desarrollo tumoral durante el tratamiento biológico, se han incluido 3 pacientes. Se trata de una mujer de 59 años, que tras 24 meses de tratamiento con adalimumab es diagnosticada de un carcinoma de endometrio estadio IB, y de 2 varones de 62 y 70 años respectivamente. El primero desarrolló un cáncer de colon estadio IIB tras 2 años de tratamiento con adalimumab y 2 meses de tratamiento con ustekinumab, y el segundo se diagnosticó de un cáncer de próstata estadio IIA tras 2 años de terapia con infliximab y 5 años de tratamiento con etanercept.

Discusión. Según ficha técnica (FT), los tratamientos biológicos no tienen contraindicado su uso en pacientes oncológicos, aunque los anti-TNF alfa y el ustekinumab sí lo recogen en el apartado de “advertencias y precauciones especiales de empleo”. En cambio, los nuevos inhibidores de IL-17 no mencionan el escenario oncológico en su FT. Así, en pacientes oncológicos seleccionados con psoriasis grave que no responden o tienen contraindicado el tratamiento con fármacos no inmunosupresores, el uso de biológicos podría tener una relación beneficio-riesgo favorable. Por otro lado, se desconoce el tiempo necesario que necesita un tratamiento inmunosupresor para el desarrollo de un tumor. En nuestra pequeña serie, los tumores sólidos desarrollados durante el uso de terapia biológica ocurrieron en pacientes con edad de padecerlos, se diagnosticaron en fase temprana gracias a las valoraciones periódicas realizadas en la consulta de Dermatología y no empeoraron su pronóstico.

Conclusiones. El uso de terapia biológica en pacientes oncológicos seleccionados con psoriasis grave puede tener un perfil beneficio-riesgo favorable. En nuestra experiencia, los fármacos más seguros han sido ustekinumab y secukinumab. El desarrollo de tumores durante el tratamiento con biológicos obliga al dermatólogo a una atención integral periódica exquisita para detección precoz de patología oncológica.