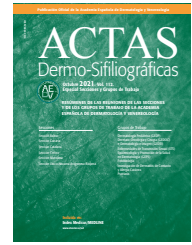




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XXVII Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Murcia, 13 de noviembre de 2020

1. EL DON DE LA OPORTUNIDAD

T.A. Hernández Gómez^a, J.F. Orts Paco^a, J. Navarro Pascual^a, J. Cruañes Monferrer^a, M.I. Úbeda Clemente^a, E. Poblet Martínez^b, E. Cutillas Marco^a, A. Ramírez Andreo^a, J. Hernández-Gil Sánchez^a, J. Ruiz Martínez^a, C. Soria Martínez^a, M.D. Ruiz Martínez^a, C. Brufau Redondo^a y M.E. Giménez Cortés^a

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

Las infecciones herpéticas diseminadas son propias de pacientes inmunodeprimidos o asientan sobre dermatosis preexistentes. Presentamos varios casos de infecciones herpéticas diseminadas o atípicas en las que el diagnóstico y tratamiento precoz fue clave para la buena evolución de los pacientes.

Casos 1 y 2. Dos varones con antecedente de dermatitis atópica grave que presentan brote de lesiones compatible con eccema herpeticum. En ambos existe afectación palpebral, diagnosticándose una queratoconjuntivitis herpética.

Caso 3. Mujer de 63 años ingresada por lumbociática izquierda aguda. Presenta lesiones cutáneas vesiculosas diseminadas, con tendencia a la agrupación en miembro inferior izquierdo. El test de Tzanck y la PCR del líquido vesicular confirman la infección por virus varicela-zóster. Se realizan serologías y la paciente es diagnosticada de VIH con inmunodepresión severa.

Caso 4. Mujer de 55 años con historia de enfermedad de Hailey-Hailey que acude por empeoramiento de lesiones en surcos submarios, fiebre (39 °C), malestar general e intenso dolor. La exploración muestra una placa eritematoescamosa macerada, con múltiples áreas erosivas puntiformes y vesículas. La PCR del líquido vesicular confirma infección por VHS-1.

Caso 5. Varón de 51 años diagnosticado de VIH estadio C3 que consulta por lesiones verrucosas ulceradas en periné de 3 meses de evolución, muy dolorosas. La PCR y la biopsia confirman la sospecha de herpes verrucoso.

Caso 6. Mujer de 65 años con cuadro de toxicodermia tipo eritema multiforme secundaria a lamotrigina que desarrolla una estomatitis herpética.

Casos 7 y 8. Dos pacientes ingresadas en UCI de 63 y 70 años por sepsis de origen abdominal por neumonía COVID respectivamente que desarrollan estomatitis herpética.

Discusión. Las infecciones herpéticas pueden verse enmascaradas por la presencia de dermatosis preexistentes o simular otros cuadros clínicos, lo que supone un reto diagnóstico y la necesidad de un alto grado de sospecha clínica.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. Segado Sánchez^a, J.J. Parra García^a, E. García Martínez^a, M. Lova Navarro^a, A.M. Victoria Martínez^a, T. Salas García^a, B. Ferri Níguez^b, N. Lozano Rivas^c, R. Corbalán Vélez^a, T. Martínez Menchón^a, J.F. Frías Iniesta^a, A.M. Clemente Valenciano^a y P. Sánchez-Pedreño Guillén^a

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

Introducción. Aunque el lupus eritematoso cutáneo (LEC) se ha dividido de forma clínica en agudo, subagudo, crónico y tímido, estas entidades se solapan, siendo difícil el diagnóstico diferencial. Sin embargo, esta diferenciación es relevante debido a su implicación pronóstica.

Este estudio tiene como objetivo primario conocer la población de LEC del Área I de Salud de la Región de Murcia. Como objetivos secundarios se encuentran estudiar parámetros que ayuden al diagnóstico diferencial entre los tipos de LEC y conocer mejor la relación de los mismos con el lupus eritematoso sistémico (LES).

Metodología. Estudio observacional retrospectivo con una muestra de 77 pacientes, diagnosticados entre los años 2011 y 2018, en los que se han analizado diferentes variables epidemiológicas, clínicas e histológicas. La muestra está recogida de los archivos de biopsias del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Resultados. La serie se ha comportado, en general, conforme a la bibliografía, destacando en ella una mayor proporción de LEC subagudo. No se han observado diferencias entre los cuatro tipos para alopecia y úlceras orales, las cuales están descritas. Respecto a otras series, se han detectado más anticuerpos anti-ADN de doble cadena, y menos anti-Ro. Por último, se ha encontrado menor aso-

ciación a LES (25%), aunque con una distribución para las distintas formas similar a la de otros autores.

Conclusiones. El LEC agudo parece asociarse más al LES, de la mano de mayor clínica cutánea inespecífica, manifestaciones sistémicas, autoinmunidad y dificultad en el manejo terapéutico. El LEC subagudo también, pero en mucha menor medida. En cambio, todo esto es excepcional en el LEC tónico. No obstante, son necesarios más estudios que contribuyan a mejorar la definición de LEC y conocer realmente el pronóstico sistémico de la enfermedad y sus tipos.

3. DERMATOSIS TROPICAL ADQUIRIDA EN CASA

J.F. Orts Paco^a, J. Navarro Pascual^a, J. Cruaños Monferrer^a, M.I. Úbeda Clemente^a, T.A. Hernández Gómez^a, C. Godoy Alba^b, C. Soria Martínez^a, J. Hernández-Gil Sánchez^a, A. Ramírez Andreo^a, E. Cutillas Marco^a, J. Ruiz Martínez^a, M.D. Ruiz Martínez^a, C. Brufau Redondo^a y M.E. Giménez Cortés^a

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

Introducción. Las dermatosis tropicales constituyen el tercer motivo de consulta más frecuente en los pacientes que realizan viajes a zonas tropicales. más de 17.000 personas consultan todos los años por dicho motivo.

Caso clínico. Varón de 82 años que presentaba una lesión en el dorso del pie izquierdo de 3 meses de evolución. Se apreciaba una lesión excrecente, violácea, de consistencia blanda y de un tamaño aproximado de 3 × 4 cm. La anatomía patológica reveló una hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa, con intensa reacción inflamatoria granulomatosa asociada a focos de abscesificación, con presencia de células gigantes multinucleadas y elementos fúngicos compatibles con cromoblastomicosis. Se interrogó al paciente sobre la realización de viajes al extranjero y nos comentó que solo había ido a Albacete en toda su vida. El cultivo microbiológico objetivó el crecimiento de un hongo dematiáceo llamado *Exophiala bergeri*, con diagnóstico definitivo de cromoblastomicosis por *Exophiala bergeri*.

Discusión. La cromoblastomicosis es una dermatosis verrugosa causada por la infección crónica de piel y tejido celular subcutáneo por hongos dematiáceos. Es muy típica de países y regiones tropicales y del ámbito rural. La lesión inicial suele ser una pápula o nódulo que evoluciona a una placa verrugosa o granulomatosa. La anatomía patológica y el cultivo microbiológico nos permiten llegar al diagnóstico definitivo. El diagnóstico diferencial debe plantearse con otras patologías infecciosas asociadas a reacciones granulomatosas. En cuanto al tratamiento, existen terapias locales (crioterapia, termoterapia o escisión local) y terapias sistémicas con antifúngicos (itraconazol, terbinafina, posaconazol, voriconazol o anfotericina B). A pesar de tener distribución universal, previamente solo se habían descrito 5 casos de cromoblastomicosis autóctonas en España, ya que la mayoría de los casos son importados.

4. TUBERCULOSIS PERIANAL, UNA FORMA DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

J.J. Parra García^a, M. Segado Sánchez^a, A. Caballero Illanes^b, J.A. Ruiz Maciá^b, A. Trueba Argamasilla^c, M.A. Pérez Terceros^c, P. Paredes Reyes^c, A. Hernández Torres^d, T. Martínez Menchón^a, R. Corbalán Vélez^a, M. Lova navarro^a, A.M. Victoria Martínez^a, A.M. Clemente Valenciano^a, J.F. Frías Inieta^a y P. Sánchez-Pedreño Guillén^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cServicio de Microbiología. ^dServicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. La tuberculosis (TBC) extrapulmonar se define como aquella infección producida por *Mycobacterium tuberculosis* que afecta a tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar. La forma cutánea solo supone el 1-4% de los casos, siendo el escrofuloderma la presentación más frecuente.

Caso clínico. Varón de 45 años, sin antecedentes patológicos de interés remitido a nuestro servicio por lesiones erosivas muy dolorosas en zona perianal de 9 meses de evolución, que no mejoran con Anso pomada rectal. Se realiza exploración dificultosa a causa del importante dolor, encontrando una úlcera perianal de bordes bien definidos con afectación predominante del lado izquierdo y que presenta exudado mucopurulento. Se retira Anso pomada y se instaura tratamiento con fomentos secantes. Revisamos la historia clínica y otras pruebas diagnósticas realizadas al paciente con anterioridad, llamando la atención una radiografía de tórax, reportando un enfisema pulmonar severo con múltiples trayectos fibróticos apicales bilaterales. El estudio histopatológico muestra una dermatitis granulomatosa necrotizante y supurativa. Se identifica *Mycobacterium tuberculosis* en el cultivo de micobacterias, de manera que se realiza toma de esputo, identificándose BAAR en la tinción de Z-N, siendo el paciente finalmente diagnosticado de tuberculosis perianal y pulmonar. Por otro lado, el cuantiferón muestra un resultado de anergia que obliga a la determinación de poblaciones linfocitarias (T, B, NK), encontrando una disminución de la población de los Linfocitos T CD8+ en estudio actualmente por el Servicio de Inmunología. Se inició tratamiento con isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol con baciloscopia de esputo negativa para BAAR y resolución de la úlcera perianal a los 4 meses de tratamiento.

Conclusiones. A pesar de que la TBC en su forma periorificial es infrecuente, hay que considerar este diagnóstico ante úlceras perianales dolorosas de evolución tórpida, siendo de especial importancia revisar los antecedentes patológicos del paciente, así como las pruebas diagnósticas realizadas con anterioridad.

5. MÁS ALLÁ DE LA ESPOROTRICOSIS

J. Cruaños Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, C. Brufau Redondo, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, E. Cutillas Marco, J. Ruiz Martínez, C. Soria Martínez, M.D. Ruiz Martínez y M.E. Giménez Cortés

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

La diseminación linfocutánea esporotricóide es un patrón de presentación de múltiples dermatosis infecciosas, entre las que destaca la esporotricosis (infección por el hongo dimórfico *sporothrix schenckii*), de ahí su nomenclatura. Existen otras dermatosis no infecciosas que también cursan con diseminación esporotricóide, así como múltiples entidades que, a pesar de no tener una verdadera diseminación linfocutánea, son capaces de emularlas. Presentamos cuatro casos clínicos relacionados con este patrón.

6. LINFOMAS CUTÁNEOS, NO SIEMPRE TAN INDOLENTES

M.I. Úbeda Clemente^a, T.A. Hernández Gómez^a, J.F. Orts Paco^a, J. Navarro Pascual^a, J. Cruaños Monferrer^a, J. Hernández-Gil Sánchez^a, A. Ramírez Andreo^a, E. Cutillas Marco^a, E. Poblet Martínez^b, J. Ruiz Martínez^a, C. Soria Martínez^a, M.D. Ruiz Martínez^a, C. Brufau Redondo^a y M.E. Giménez Cortés^a

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

Introducción. Un linfoma cutáneo primario (LCP) es aquel que al diagnóstico solo se localiza en piel. Este tipo de linfomas suelen

tener buen pronóstico. Su incidencia es baja (7-10 casos × 100.000/año) y siempre se debe descartar un origen primario ganglionar o visceral (afectación secundaria cutánea de un linfoma sistémico). Los LCP se definen en base a criterios clínicos, histológicos e inmunofenotípicos.

Casos clínicos. *Caso 1:* Varón de 73 años ingresado por aumento del volumen escrotal con diagnóstico de angioedema por ARAII. Nos consultan por lesiones en el abdomen. A la exploración presenta placas eritematosas bien delimitadas y de borde violáceo localizadas en ambas fosas ilíacas, con extensión a flanco izquierdo, a región inguinal bilateral y púbica. A la palpación estaban muy induradas y presentaban un aumento de temperatura. Se toma biopsia, con resultado de infiltración dérmica y subcutánea por linfoma B de alto grado, compatible con linfoma B difuso de célula grande cutáneo, tipo pierna. Se descarta afectación cutánea secundaria y se inicia quimioterapia con mala respuesta, siendo finalmente exitus. *Caso 2:* Varón de 72 años en seguimiento desde 2012 en nuestra consulta con diagnóstico de micosis fungoide. Acude a consulta eritrodérmica, se toma biopsia cutánea y se ingresa para estadificación. La biopsia muestra una transformación a un linfoma cutáneo de alto grado CD30 positivo. Se inicia tratamiento con brentuximab con deterioro rápido y fallecimiento del paciente.

Conclusión. A pesar de que la mayoría de los linfomas primarios cutáneos tienen un curso indolente, existen diversos subtipos con un comportamiento agresivo. Además tienen formas de presentación variadas por lo que hay que sospechar este diagnóstico.

7. POROQUERATOSIS ERUPTIVA EN UN PACIENTE CON SOSPECHA DE NEOPLASIA INTERNA

J. Navarro Pascual^a, J. Cruañes Monferrer^a, M.I. Úbeda Clemente^a, T.A. Hernández Gómez^a, J.F. Orts Paco^a, F. García Molina^b, J. Hernández-Gil Sánchez^a, A. Ramírez Andreo^a, E. Cutillas Marco^a, J. Ruiz Martínez^a, C. Soria Martínez^a, M.D. Ruiz Martínez^a, C. Brufau Redondo^a y M. E. Giménez Cortés^a

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

Introducción. La poroqueratosis es un raro trastorno adquirido de la queratinización de etiología aún no esclarecida, que puede presentarse de diferentes formas, pudiendo en ocasiones estar relacionadas con procesos internos como infecciones o neoplasias.

Caso clínico. Presentamos un varón de 51 años, hipertenso y dislipidémico, fumador de 15 cigarrillos/día y bebedor de 2 l de cerveza al día. Desde hace una semana presenta lesiones pruriginosas disseminadas por todo el cuerpo, respetando la cara. Afebril, sin otros antecedentes de interés. Presenta pápulas con ribete hiperqueratósico y centro deprimido, en algunas de ellas costroso. La analítica muestra hipertrigliceridemia con hipercolesterolemia, un patrón colestásico y linfocitosis con linfocitos atípicos en el frotis. Se le realiza un estudio de despistaje de neoplasia oculta y de porfiria. La serología solicitada revela la presencia de IgM contra VHA así como IgM e IgG contra citomegalovirus. Tras dos semanas, la serología de control muestra seroconversión de IgM a IgG contra VHA, así como negativización de la IgM contra citomegalovirus. El paciente sufre una desaparición paulatina de las lesiones en el mes siguiente a su consulta.

Discusión. Las poroqueratosis son un grupo heterogéneo e infrecuente de dermatosis adquiridas o heredadas de etiología desconocida, caracterizadas por un trastorno de la queratinización secundario a una expansión clonal anormal de los queratinocitos. Histológicamente, se caracterizan por la presencia de la lamela corneida. Algunas de sus formas son consideradas entidades premalignas dada su potencial degeneración neoplásica a carcinoma escamoso o basocelular. Su presentación clínica es variable con formas localizadas, disseminadas e incluso eruptivas. Las poroqueratosis se

han asociado con inmunosupresión, radiación ultravioleta, enfermedades sistémicas, infecciosas (VHC, VHB, VIH) y neoplásicas (hepatocarcinoma, colangiocarcinoma, adenocarcinoma de páncreas, discrasias sanguíneas), estas últimas, hasta en un 30% de las poroqueratosis disseminadas.

8. MUJER CON ARTRITIS REUMATOIDE Y LESIONES VULVARES

B. Pérez-Suárez, F. de León, J. López, R. Rojo, I. Ballester, P. Mercader, J.M. Ródenas y A. Peña

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

Presentamos el caso de una mujer de 36 años diagnosticada de artritis reumatoide seropositiva para FR y ACPA a los 16. Desde entonces, la enfermedad ha cursado con poliartrosis grave acompañada de reactantes de fase aguda muy elevados, con brotes de artritis y secuelas permanentes en la muñeca derecha. Ha seguido tratamientos con hidroxicloroquina, leflunomida, metotrexato y combinaciones de ambos. Además realizó tratamiento con anti-TNF alfa desde 2003 (etanercept, infliximab) que suspendió por falta de eficacia. Desde 2005 la paciente seguía tratamiento con adalimumab con aceptable control de su enfermedad. En mayo de 2020 comienza con lesiones vulvares dolorosas valoradas por Ginecología y refractarias a tratamiento antibióticos múltiples, no acompañadas de fiebre, supuración ni otra clínica. En junio de 2020 acude a nuestra consulta donde se objetivan lesiones tipo placa, empastadas, de color pardo, no fluctuantes en labios mayores bilaterales y zona de pubis-abdomen bajo, sin adenopatías ni lesiones cutáneas a otro nivel. Se toma muestra para AP y microbiología con resultado de: dermis de aspecto fibroso, con un infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario perivascular, así como una reacción granulomatosa, gigantocelular, no necrotizante, sin microorganismos. Con el diagnóstico de dermatitis granulomatosa por adalimumab se realiza cambio a anti-IL-6, con desaparición completa de las lesiones cutáneas.

9. EN TIERRA DE TODOS

T.A. Hernández Gómez, J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, J. Cruañes Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, E. Cutillas Marco, A. Ramírez Andreo, J. Hernández-Gil Sánchez, J. Ruiz Martínez, C. Soria Martínez, M.D. Ruiz Martínez, C. Brufau Redondo y M.E. Giménez Cortés

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

Introducción. La fascitis necrotizante (FN) es un proceso infeccioso agudo rápidamente evolutivo que evoluciona con afectación de la fascia muscular superficial/profunda y necrosis del tejido subcutáneo, dermis y epidermis. En un 40% progresa a sepsis, shock y muerte, por lo que resulta de vital importancia establecer un diagnóstico de sospecha y un tratamiento precoz.

Caso clínico. Varón de 84 años que consulta por lesiones ampollas generalizadas de dos semanas de evolución. Como antecedentes personales presenta diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular e hipercolesterolemia. A la exploración se observan placas y pápulas eritematoedematosas sobre las que asientan erosiones y ampollas tensas. No fármacos nuevos, pero toma sitagliptina desde hace años. Se ingresa al paciente y se pauta prednisona y doxicilina. La biopsia confirma penfigoide ampolloso en probable relación con la sitagliptina. A los 18 días del alta consulta de nuevo por tumefacción, dolor y lesiones purpúricas en pierna en las últimas 24 h. Además, presenta fiebre, reactantes de fase aguda elevados, hipotensión, linfopenia, empeoramiento de función renal y obnubi-

lación, cumpliendo criterios de sepsis. A lo largo de los días, a pesar del tratamiento antibiótico, se produce una placa purpúrica que evoluciona con despegamiento cutáneo y necrosis progresiva, hasta llegar a tejido muscular. La RMN confirma necrosis que alcanza la fascia muscular, por lo que se diagnostica de FN y se decide desbridamiento urgente en quirófano y posterior reconstrucción mediante injerto.

Discusión. En el diagnóstico de la FN es importante conocer la semiología y las particularidades de la exploración física dermatológica. Como datos clave hemos de tener en cuenta la presencia de dolor desproporcionado y la evolución tórpida de las lesiones. Además, sospecharemos este diagnóstico en pacientes con dermatosis previas que comprometan la barrera cutánea, sobre todo si presentan otros factores de riesgo asociados.