



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



## RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN BALEAR DE LA AEDV

### Reuniones de la Sección Balear de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

#### Palma de Mallorca, abril de 2021

##### 1. PANICULITIS: UN RETO DIAGNÓSTICO

A. Vila-Payeras, A. Quintero-Duarte y V. Rocamora-Durán

*Hospital de Manacor. España.*

La paniculitis lúpica (PL) o lupus eritematoso profundo es una paniculitis mixta de localización preferente a nivel facial, región proximal de extremidades, tronco o región glútea. Aparece en el 2% de los pacientes con lupus eritematoso. Los anticuerpos antinucleares son positivos en aproximadamente el 70% de los casos, pero solo el 25-50% cumplen los criterios de la American Rheumatism Association para considerarse lupus eritematoso sistémico. La PL puede desarrollarse en asociación con otras formas clínicas de lupus eritematoso: lupus eritematoso discoide, lupus eritematoso cutáneo subagudo o con lupus eritematoso sistémico, aunque también puede ocurrir como un fenómeno aislado. El estudio histopatológico es imprescindible para el diagnóstico correcto. Algunos autores proponen que sea considerado como paniculitis mixta y no exclusivamente lobulillar, ya que las alteraciones histológicas se producen tanto a nivel septal, con engrosamiento, fibrosis e infiltrado linfoplasmocitario, como a nivel lobulillar, en forma de un infiltrado linfocitario focal, necrosis hialina de la grasa y nódulos linfoides. Asociados a estos cambios del tejido celular subcutáneo se puede hallar vasculitis linfocitaria, calcificación y los cambios dermoepidérmicos habituales de cualquier tipo de lupus. Además, cuando los hallazgos histopatológicos de PL son equívocos, la inmunofluorescencia directa puede ayudar a confirmar el diagnóstico, demostrando un depósito de IgG, IgM y C3 en el 70-80% de los casos. Presentamos un caso de PL en el cual el diagnóstico histológico fue la clave, permitiendo el diagnóstico correcto y el tratamiento oportuno.

##### 2. UN SANGRADO UMBILICAL

A. Solá-Truyols<sup>a</sup>, E. Herding<sup>b</sup>, C. Domínguez-Mahamud<sup>a</sup>, J. Adsuar-Mas<sup>a</sup>, C. Álvarez Buylla<sup>a</sup>, I. Torné-Gutiérrez<sup>a</sup> y C. Nadal-Lladó<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía patológica. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** La endometriosis se define como la implantación de tejido uterino fuera de la cavidad uterina y puede ocurrir en múltiples localizaciones, produciendo desde síntomas leves hasta una importante repercusión clínica.

**Caso clínico.** El primer caso clínico es una mujer de 42 años, sin antecedentes de interés que presenta un sangrado umbilical de 3 meses de evolución. Se trata de una lesión friable en ombligo por lo que se realiza una ecografía y se obtiene una biopsia. La orientación diagnóstica inicial fue de granuloma piógeno. En este caso el resultado anatomopatológico fue determinante, ya que se demostró estroma y tejido glandular que se confirmó con las tinciones de inmunohistoquímica. La paciente no relacionaba el sangrado con los ciclos menstruales, tampoco había sido sometida a ninguna cirugía de pared abdominal. El segundo caso clínico es una mujer de 36 años sin antecedentes de interés, remitida por un sangrado intermitente de localización umbilical de 4 meses de evolución. Presentaba una lesión friable en el ombligo, por lo que se realizó una ecografía y se obtuvo una biopsia. Con la experiencia del primer caso clínico, ya la orientación inicial fue de endometriosis umbilical, que se confirmó con los hallazgos histopatológicos. Característicamente la paciente relacionaba el sangrado umbilical con los ciclos menstruales.

**Discusión.** La endometriosis es una enfermedad inflamatoria, estrógeno-dependiente y benigna que afecta a mujeres de distintas edades, y que de forma característica cursa con sangrado coincidiendo con el ciclo menstrual. La localización umbilical es una presentación rara y con una fisiopatología no bien conocida. En el diagnóstico diferencial deberemos incluir el adenocarcinoma metastásico, el melanoma nodular y otros tumores malignos. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica.

##### 3. GRANULOMA ANULAR DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

C. Álvarez-Buylla<sup>a</sup>, F. Terrasa<sup>b</sup>, R. Taberner<sup>a</sup>, J. Adsuar<sup>a</sup>, A. Solà<sup>a</sup>, C. Domínguez<sup>a</sup> y C. Nadal

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** El granuloma anular (GA) es un tipo de dermatosis inflamatoria, de etiología desconocida. Su presentación habitual es en forma de placas anulares o arciformes en el dorso de manos y

pies de pacientes jóvenes, aunque existe gran diversidad de presentaciones clínicas. Presenta un patrón de reacción tisular típico, denominado granuloma necrobiótico, que se caracteriza por presentar áreas de degeneración focal de fibras colágenas y elásticas acompañadas de un infiltrado linfohistiocítico.

**Descripción del caso.** Se presenta el caso de un hombre de 34 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acudió a la consulta de dermatología por presentar lesiones en ambos pabellones auriculares de aproximadamente 15 años de evolución. El paciente negaba otra sintomatología asociada, únicamente refería leve molestia a la presión y no señalaba ningún posible desencadenante. Entre los tratamientos recibidos destacaban infiltraciones intralesionales de corticoides con remisión inicial de las mismas y posterior recidiva. A la exploración física se observaban pápulas amarillentas coalescentes en el antehélix de ambos pabellones auriculares.

**Discusión.** Una de las variantes clínicas del granuloma anular es el granuloma anular profundo o subcutáneo, que tanto clínica como histopatológicamente es difícil de distinguir de los nódulos reumatoideos, de ahí que algunos autores los denominen nódulos pseudo-reumatoideos. El estudio de la biopsia tomada a nuestro paciente orientaba hacia una de estas dos patologías, para cuyo diagnóstico diferencial nos pudimos apoyar en algunos detalles clínicos, analíticos y anatomopatológicos, llegando al diagnóstico definitivo de granuloma anular profundo.

#### 4. ¿QUÉ SIGNIFICADO TIENEN ESTOS MASTOCITOS EN MI BIOPSIA?

I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, D. Ramos Rodríguez<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, C. Saus<sup>b</sup>, A. Bauzá Alonso<sup>a</sup>, y A. Giacaman<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Caso.** Mujer de 24 años que consulta por aparición de telangiectasias en región facial y en anterior de tórax de forma unilateral, no pruriginosas, sin otra sintomatología asociada, compatible clínicamente con una telangiectasia nevoide unilateral. No obstante, en la histología, además de las telangiectasias se hallaba un considerable aumento de mastocitos (> 20 por campo) distribuidos de forma perivascular con técnicas de inmunohistoquímica positivas para C-KIT, CD2 y CD25 y negativas para receptores hormonales, por lo que se planteó el diagnóstico de telangiectasia macular eruptiva perstans (TMEP). La paciente no presentaba sintomatología asociada como flushing, dolor abdominal, síncope ni diarrea. La analítica de sangre resultó sin alteraciones, por lo quedada la baja sospecha de afectación sistémica; no se han realizado otras pruebas complementarias. **Discusión.** Aunque la TMEP se considera un subtipo infrecuente de mastocitosis cutánea, tiene varias características clínicas y pronósticas que la distinguen de otros tipos de mastocitosis. No obstante, no existe un claro valor de corte en cuanto al aumento del número de mastocitos en la histología, ya que estos varían según la profundidad dérmica y la ubicación anatómica. En la última clasificación de mastocitosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) únicamente aparecen tres subtipos de mastocitosis cutáneas: el mastocitoma solitario, la mastocitosis cutánea maculopapular o urticaria pigmentosa, y la forma cutánea difusa. Se ha cuestionado si la TMEP es una variante de mastocitosis y, por lo tanto, se ha excluido de la clasificación de la OMS. No obstante, pacientes con lesiones de mastocitosis cutánea maculopapular también pueden presentar telangiectasias típicas y aislados pacientes con TMEP pueden tener afectación sistémica.

**Conclusión.** Presentamos un caso de mastocitosis cutánea unilateral en el que, aunque resulta controvertido el diagnóstico de mastocitosis, es imprescindible una buena correlación clínico-histológica y un manejo multidisciplinar para evitar la realización de pruebas invasivas innecesarias.

#### 5. SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO Y PROCESO LINFOPROLIFERATIVO CD30

J. Garcias Ladaria<sup>a</sup>, C. Gómez Bellvert<sup>b</sup>, D. Ramos Rodríguez<sup>a</sup>, R. Ramos<sup>b</sup> y C. Saus<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** Los síndromes hipereosinofílicos (SHE) se definen por eosinofilia mantenida junto con infiltración orgánica y daño tisular. Se clasifican en primarios, cuando existe una proliferación neoplásica de eosinófilos, y secundarios, cuando la proliferación de eosinófilos se produce por otras causas.

**Material y métodos.** Se presenta el caso clínico de un paciente con SHE secundario y se discute su clasificación según revisión de la literatura.

**Caso clínico.** Se trata de un varón de 64 años que presentaba hipereosinofilia periférica, eccema y una neumonía eosinófila en el que se demostró la presencia de parásitos intestinales. Tras el tratamiento antiparasitario e inmunosupresor con corticoides, ciclosporina y micofenolato de mofetilo, la falta de respuesta cutánea y pulmonar condujo a la realización de nuevas pruebas complementarias que demostraron la presencia de una proliferación de linfocitos T clonales en sangre periférica. Nuevas biopsias cutáneas demostraron la infiltración difusa por células linfoides atípicas que expresaban CD30. La biopsia pulmonar mostró una neumonía eosinófila sin signos de infiltración linfocitaria. El paciente recibió tratamiento con mepolizumab y brentuximab con mejoría drástica y mantenida de la clínica.

**Discusión.** Entre las causas de SHE secundario destacan las infestaciones parasitarias, las toxicodermias, las enfermedades autoinmunes y las neoplasias. La variante linfocítica de SHE (SHE-L) se ha descrito recientemente. Se produce por una proliferación clonal de linfocitos T detectable en sangre periférica que liberan citocinas eosinofilopoyéticas. Algunos pacientes con SHE-L terminan desarrollando linfomas T. Se ha descrito previamente un caso de SHE-L con expresión aberrante de CD30. El tratamiento de las formas secundarias de SHE es el de su causa. Para el tratamiento del SHE-L se han usado diferentes inmunosupresores y mepolizumab, un anticuerpo anti-CD5. En nuestro caso, la intensa infiltración cutánea por células linfoides atípicas CD30+ condicionó la adición de brentuximab a mepolizumab, con buena evolución.

#### 6. PÁPULAS EN UN ADOLESCENTE DE SENEGAL

A. Giacaman, A. Llull Ramos, C. Gómez Bellvert, J. Dueñas Morales, A. López-Machín, M.<sup>a</sup> C. Mir Perelló y A. Martín-Santiago

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** Los movimientos migratorios pueden hacer que veamos enfermedades poco frecuentes en nuestro medio.

**Caso.** Varón de 15 años, natural de Senegal, que consultó por pápulas en las orejas y dorso de ambas manos. Eran lesiones asintomáticas y recurrentes, que aparecieron durante el último año, y que se resolvían espontáneamente sin utilizar tratamientos. Se realizaron biopsias de piel en las pápulas de las orejas. En el estudio histológico se observaron granulomas, una vasculitis linfocitaria con trombosis de la luz, necrosis dérmica, y un bacilo con la tinción de Ziehl Nielsen. La baciloscopia en esputo fue negativa, el quantiferon TBC positivo, y la TAC de tórax y abdomen no demostró hallazgos patológicos. Con estos hallazgos se decidió iniciar el tratamiento antituberculoso.

**Discusión.** La tuberculosis cutánea es una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar y suele ocurrir en menos del 2% de los casos. Es una enfermedad granulomatosa crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* y menos frecuentemente por *Mycobacterium bovis*. Un diagnóstico precoz es fundamental para iniciar el tratamiento antituberculoso adecuado y reducir la morbilidad en estos pacientes.

## 7. ORO PARECE, ESCAMOSO NO ES

D. Ramos Rodríguez<sup>a</sup>, I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, C. Saus Sarrias<sup>b</sup>, C. Gómez Bellvert<sup>b</sup> y J. del Pozo Hernando<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** La hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HP) representa un grado de acantosis que histológicamente imita a un carcinoma escamoso. Se ha asociado a diversos procesos dermatológicos como: la dermatitis de estasis crónica, úlceras, dermatosis inflamatorias crónicas (pioderma gangrenoso, lupus vulgar, sífilis, infecciones fúngicas, liquen plano hipertrófico entre otras) o asociado a procesos linfoproliferativos CD30+. Además se han descrito casos de HP asociados a diferentes neoplasias como tumores de células granulares e histiocitomas fibrosos. Presentamos dos pacientes con sospecha clínica y dermatoscópica de carcinoma escamoso en las que la biopsia demostró una HP secundaria a una infección y a una neoplasia benigna.

**Discusión.** La HP puede ser una respuesta epidérmica reactiva a infecciones o neoplasias como en nuestro caso y supone un reto diagnóstico para el clínico; los patólogos serán la clave en el diagnóstico. Es vital en estos casos remitir una muestra profunda y representativa de la lesión para evitar diagnósticos erróneos.

## 8. PÁPULO-VESÍCULAS ANARANJADAS EN LA PIERNA DE UNA LACTANTE

A. Llull Ramos<sup>a</sup>, I. Gracia Darder<sup>a</sup>, D. Ramos Rodríguez<sup>a</sup>, C. Gómez Bellvert<sup>b</sup>, C. Saus Sarrias<sup>b</sup>, V. Rocamora Durán<sup>c</sup>, A. Martín Santiago<sup>a</sup> y A. Giacaman<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Manacor. España.

La histiocitosis de células indeterminadas (HCI) es una entidad poco frecuente de la que se ha sugerido un posible origen reactivo. Presentamos el caso de una lactante que desarrolló lesiones compatibles con HCI secundarias a escabiosis. Lactante de un mes, sana. Consultó por pápulo-vesículas anaranjadas lineales en extremidades inferiores, iniciadas a los pocos días de su nacimiento. En la biopsia, se observó un infiltrado inflamatorio dérmico con abundantes eosinófilos y células de aspecto histiocitario que eran positivas para CD1a y S100, pero negativas para CD207 (langerina). Se sospechó HCI. A los quince días, las lesiones iniciales habían desaparecido, pero presentaba pápulas eritematosas en las plantas. A la dermatoscopia se observaron surcos acarinos con el signo del jet. Tras múltiples seriaciones, se identificó el ácaro en la biopsia. Propusimos el diagnóstico de lesiones tipo HCI reactivas a infección por *S. escabiei*. La HCI presenta características inmunohistoquímicas intermedias entre las células de Langerhans y los macrófagos. Se describe principalmente en adultos, pero puede ocurrir a todas las edades. Se ha relacionado esta condición con la translocación NTV3-NCOA2, que sugiere origen clonal y no se ha detectado en otros tipos de histiocitosis. Por otro lado, se describen casos de lesiones sugestivas de esta entidad tras infecciones como la escabiosis o procesos inflamatorios. Suele afectar exclusivamente la piel, habitualmente como pápulas o nódulos. Aunque infrecuentes, existen casos con afectación extracutánea. En el diagnóstico de las histiocitosis, la inmunohistoquímica es de gran utilidad. La HCI se debe distinguir especialmente de la histiocitosis de células de Langerhans, ambas son positivas para S100 y CD1a, pero la HCI es negativa para CD207. Consideramos que previo al diagnóstico de esta entidad debería descartarse su posible origen reactivo, evitando así estudios de extensión que podrían ser causa de iatrogenia.

## 9. ¿HERPES ZÓSTER PERSISTENTE?

E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, D. Ramos Rodríguez<sup>a</sup>, I. García Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, C. Saus Sarrias<sup>b</sup> y A. Giacaman<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. España

**Introducción.** El término fenómeno isotópico “misma localización” de Wolf fue acuñado por Wolf en 1995 y describe un signo dermatológico caracterizado por la aparición de una enfermedad cutánea nueva en la misma localización donde previamente ha acontecido otra, ya curada, y con la que no guarda ninguna relación.

**Caso clínico.** Mujer de 72 años con antecedentes de cáncer de mama izquierda que consultaba por una lesión vesiculosa de 15 días de evolución, de distribución metamérica en brazo izquierdo asociado a dolor y escozor. Tras consultar en urgencias, se recomendaron corticoides tópicos sin mejoría. Tras una valoración dermatológica, con sospecha de herpes zóster, se instauró tratamiento antiviral y se tomó un cultivo de virus que resultó negativo. Un mes después, las lesiones persistían pero clínicamente eran palpables y discretamente infiltradas por lo que se procedió a la toma de una biopsia cutánea con sospecha de fenómeno isotópico de Wolf.

**Discusión.** Aunque se desconoce la patogenia de este curioso fenómeno, se ha propuesto el papel de los virus de la familia herpes. Presentamos un caso de fenómeno isotópico de Wolf tras herpes zóster (no confirmado microbiológicamente) con histología de dermatitis de interfase, perivascular y discretos granulomas.

## 10. CELULITIS PARECE, DULCE SÍ ES

C. Domínguez<sup>a</sup>, A. Solá<sup>a</sup>, J. Adsuar<sup>a</sup>, J. Mir<sup>a</sup>, C. Nadal<sup>a</sup> y F. Terrasa<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** Las dermatosis neutrofílicas son un grupo heterogéneo de dermatosis que tienen en común un infiltrado neutrofílico en ausencia de infección y con buena respuesta a corticoides. La más conocida es el síndrome de Sweet, existiendo algunas variantes que no se presentan con pápulo-placas dolorosas en extremidades superiores.

**Caso clínico.** Mujer de 71 años con antecedente de carcinoma seroso ovárico de alto grado tratada con quimioterapia neoadyuvante y citorreducción en 2018, presentando recaída en 2019. Tras radioterapia y nueva tanda de quimioterapia se acaba iniciando nuparibin a finales de 2020. Ingresa en oncología por lesiones en ambas extremidades inferiores en forma de placas eritematoedematosas y calientes, distribuidas de manera asimétrica. Se acompañan de fiebre (39 °C), mal estado y vómitos. El análisis sanguíneo evidencia elevación de leucocitos con neutrofilia y una PCR elevada. Ante la sospecha de celulitis inician tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam y daptomicina. Solicitan TAC abdominal para descartar probable foco abdominal que lo descarta. Tras cuatro días sin mejoría y con progresión de las lesiones, nos interconsultan. Realizamos biopsia cutánea para anatomía patológica y para microbiología. Se objetiva edema en la dermis papilar y un infiltrado neutrofílico e histiocitoide denso a nivel dérmico, sin evidencia de vasculitis leucocitoclástica. Los cultivos fueron todos negativos. Ante los hallazgos se diagnostica a la mujer de un síndrome de Sweet celulitis-like tipo histiocitoide. La paciente fue tratada con corticoides a 1 mg/kg/día y se suspendieron los antibióticos sistémicos. Tras la primera dosis de corticoides, se evidenció un blanqueamiento de las lesiones, que tras varios días y tras la desescalada, remitieron por completo.

**Discusión.** Ante placas celulitis-like con distribución irregular y bilaterales en paciente con antecedentes de neoplasia, obesidad y sin respuesta a antibioterapia, se deberá descartar por biopsia esta entidad.

## 11. ERUPCIÓN PAPULAR GENERALITZADA EN NIN DE RAÇA NEGRA

J.F. Mir-Bonafè<sup>a</sup> y F. Terrasa-Sagristà<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servei de Dermatologia. <sup>b</sup>Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

Es presenta el cas d'un nin de raça negra de 12 anys sense antecedents d'interès, que es presentà a la consulta per una erupció papular generalitzada de 15 dies d'evolució, coincidint amb l'entrada de l'estiu. Cridava l'atenció la important afectació facial i la pigmentació residual que deixaven les lesions més avançades. El pacient, a més, referia astènia discreta. Es va plantejar un ampli diagnòstic diferencial i es va realitzar biòpsia d'una de les lesions. En aquesta s'observava certa atròfia epidèrmica, vacuolització de la membrana basal i un infiltrat perivascular i intersticial de predomini neutrofílic a dermis papilar. Davant aquestes troballes clínicopatològiques va plantejar una forma generalitzada de lupus cutani agut associat a lupus eritematos sistèmic. Es va realitzar determinació analítica que va revelar la positivitat a títols alts dels anticossos ANA, anti-DNA i anti-Sm, confirmant d'aquesta manera la nostra sospita diagnòstica. Es va proseguir l'estudi del pacient que va evidenciar anèmia normocítica, leucopènia i proteinúria lleu de rang no nefròtic.

Les troballes histopatològiques del lupus cutani són molt variades i depenen principalment del subtipus clínic. La presència d'un infiltrat de predomini neutrofílic no és habitual en la majoria de subtipus, però sí pot ser una clau histològica en fases precoces de lupus agut associat a lupus eritematos sistèmic. Aquest paper dels neutròfils en el lupus eritematos sistèmic i les seves manifestacions cutànies pareix que no és anecdòtic, facilitant la perpetuació d'un estat autoinflamatori. Aquesta alteració del sistema immunològic innat representa una novedosa actualització respecte la creença clàssica del lupus com a paradigma de malaltia autoimmunitària pura.

## 12. LENTIGO MALIGNO CON RECIDIVA INESPERADA

N. Izquierdo y C. Saus

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

El melanoma desmoplásico (MD) es una variante infrecuente de melanoma (1-4%) que puede aparecer de novo o asociado a un lentigo maligno (LM). El MD puede ser difícil de diagnosticar tanto clínica como histológicamente y su comportamiento difiere del resto de melanomas, presentado más recidivas locales y menos metástasis nodales. A continuación presentamos el caso de un varón de 53 años con antecedentes de hipertensión y hepatitis crónica por VHC diagnosticado, tras realizar una biopsia en ala nasal derecha, de melanoma sobre LM de patrón predominantemente foliculotropo con índice de Breslow 0,22 mm. Ocho meses después de la extirpación con márgenes libres, desarrolló sobre el injerto una tumoración de rápido crecimiento con diagnóstico histológico de MD. La revisión exhaustiva de la pieza de exéresis reveló, junto a restos de melanoma lentiginoso foliculotropo, la presencia de aisladas células atípicas S100 y SOX10 positivas en el espesor de la cicatriz. Tanto la biopsia selectiva de ganglio centinela como el estudio de extensión fueron negativos. Un año después presentó recaída pulmonar por lo que recibió tratamiento con pembrolizumab con respuesta completa tras 9 ciclos. Actualmente lleva más de un año de seguimiento libre de enfermedad. El MD también se ha denominado variante sarcomatoide de melanoma por su comportamiento y presentación clínica. Se relaciona con daño actínico severo y por ello tiene una alta carga mutacional que posiblemente explica la buena respuesta a la inmunoterapia. En algunos artículos se ha postulado que el trauma quirúrgico de la biopsia en un LM podría inducir el desarrollo de un MD. En nuestro caso es imposible afirmar que el MD no estuviera presente desde el inicio pero resulta poco plausible dada la escasa celularidad S100 y SOX10 positiva entre la fibrosis presen-

te en la muestra (compatible con cicatriz) y el largo intervalo de tiempo entre la cirugía y el desarrollo del MD.

## 13. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES TIPO GRANULOMA PIOGÉNICO-LIKE EN UNA PACIENTE EMBARAZADA

J. Adsuar Mas<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> C. Álvarez-Buylla<sup>a</sup>, A. Solà Truyols<sup>a</sup>, C. Domínguez Mahamud<sup>a</sup>, À. Llambrich Mañes<sup>a</sup>, E.M. Herding<sup>b</sup>, J. Ibarra de la Rosa<sup>b</sup>, F. Terrasa Sagrista<sup>b</sup> y M.<sup>a</sup> E. Parera Amer<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatologia. <sup>b</sup>Servicio de Anatomia Patològica. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

Se presenta el caso de una mujer de 25 años gestante de 14 semanas que acudió a la consulta por aparición de una lesión en hombro izquierdo de reciente aparición. A la exploración se observó una lesión tumoral eritematosa y erosionada compatible con un posible granuloma piogénico. Se decidió realizar exéresis de la lesión en quirófano y el estudio anatomopatológico informó de infiltración cutánea por un linfoma anaplásico de células grandes CD30+ y ALK+. Se realizó estudio de extensión mediante resonancia magnética y biopsia de médula ósea que fue negativo y se llevó a cabo tratamiento con radioterapia local. La paciente dio a luz sin complicaciones y actualmente está en seguimiento por Dermatología y Hematología. El linfoma cutáneo anaplásico de células grandes es un linfoma primario cutáneo de células T CD30+ conocido por su buen pronóstico y su buena respuesta al tratamiento. Se caracteriza por tratarse de lesiones nodulares o placas ulceradas de rápido crecimiento pudiendo remedar en ocasiones un granuloma piogénico. El diagnóstico durante el embarazo es excepcional. Además, la expresión de la proteína ALK es infrecuente en los linfomas anaplásicos de células grandes primarios cutáneos, siendo más frecuente en los de afectación cutánea secundaria.

## 14. ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN CUTÁNEA FACIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M.R. Perelló-Alzamora<sup>a</sup>, M.C. Montis-Palos, I. Gracia-Darder, A. Lull, D. Ramos, C. Saus y A. Martín-Santiago

<sup>a</sup>Servicio de Dermatologia. Complejo Hospitalario de Salamanca. <sup>b</sup>Departamento de Dermatologia. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

La enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD) o linfadenopatía masiva con histiocitosis sinusal es un trastorno histiocitario raro, benigno, que se incluye en el grupo de histiocitosis de células no-Langerhans, descrito en 1969 por Rosai y Dorfman, y que se caracteriza por adenopatías cervicales y síndrome constitucional, hipergammaglobulinemia y aumento de VSG. La afectación extranodal en la ERD es relativamente frecuente (afecta al 43% de los casos), siendo la piel el órgano más frecuentemente afecto. Sin embargo, la variante exclusivamente cutánea de la ERD (ERDC) es muy rara. El primer caso de ERDC fue descrito en 1978; habiéndose publicado desde entonces menos de 100 casos. Presentamos un caso clínico de ERDC de localización en mejilla derecha, con resolución completa tras extirpación quirúrgica de la lesión, y sin progresión a enfermedad sistémica a 2 años de seguimiento. La etiología de la ERDC es desconocida, aunque se ha postulado una respuesta inmunitaria defectuosa frente a estímulos antigénicos inducidos por virus, como VEB o VHH-6. Puede asociarse a trastornos autoinmunes como enfermedad de Crohn, lupus, anemia hemolítica autoinmune o VIH. Los hallazgos histológicos en las lesiones cutáneas son similares a los encontrados en tejido linfático. En el estudio histopatológico, la epidermis se encuentra inalterada, y en la dermis se evidencia un denso infiltrado inflamatorio histiocitario (compuesto por histiocitos de gran tamaño, de citoplasma amplio y pálido y con núcleos redondeados), acompañado de numerosas célu-

las plasmáticas y aislados neutrófilos. Es característico el fenómeno de emperipolesis, aunque no patognomónico, que representa la presencia de linfocitos o eritrocitos intactos en vacuolas citoplasmáticas en el interior de histiocitos. El perfil inmunohistoquímico de los histiocitos ayuda a confirmar el diagnóstico, siendo positivo para S100, negativo para CD1a y positividad variable para CD68. Al tratarse de una entidad benigna y autolimitada, con casos reportados de remisión espontánea, no sería necesario realizar tratamiento.

## 15. PLACA INFILTRADA EN EL HOMBRO: UN RETO DIAGNÓSTICO

M. Serra<sup>a</sup>, C. Saus<sup>b</sup>, S. Villaverde<sup>c</sup>, C. Torres<sup>a</sup>, A. Agudo<sup>a</sup>, M. Hergueta<sup>a</sup> y A. Palacios<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Can Misses. Eivissa. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. <sup>c</sup>Servicio de Hematología. Hospital Can Misses. Eivissa. España,

Hombre de 22 años que consultó por lesión en hombro izquierdo de 2 años de evolución. Presentaba una placa sobreelevada, infiltrada, eritematosa cubierta por piel de aspecto atrófico sobre cicatriz antigua. Se realizaron varias biopsias cutáneas con el diagnóstico de sarcoidosis. El estudio de extensión no mostró afectación extracutánea. Recibió varios tratamientos tópicos y sistémicos sin mejoría de la lesión. Tras 22 meses de seguimiento aparecieron, de forma súbita, adenopatías cervicales. Se realizó biopsia de estas, con el diagnóstico de linfoma de Hodgkin. Recibió tratamiento con quimioterapia, alcanzando remisión completa de la enfermedad y mejoría importante de la lesión cutánea. Tras 5 años consulta de nuevo por crecimiento e infiltración de la lesión en el hombro, realizándose nuevas biopsias cutáneas. En la biopsia se observa una epidermis con focos de paraqueratosis y exocitosis, disposición de linfocitos en fila en capa basal y acúmulos intraepidérmicos de células de Langerhans y linfocitos. Tras una banda densa en dermis superficial formada principalmente por linfocitos, se observan pequeños granulomas que alcanzan pániculo adiposo y disecan haces de colágeno. Están formados por histiocitos, células gigantes multinucleadas, eosinófilos y alguna célula plasmática. Se observa emperipolesis y pérdida marcada de fibras elásticas, con presencia de restos de fibras elásticas en el interior de algunas de las células gigantes. Hay un predominio de linfocitos T CD4 sobre CD8, y no parece observarse pérdida de CD5 ni CD7. Con esta histología y el antecedente de linfoma de Hodgkin, llegamos al diagnóstico de piel laxa granulomatosa. La piel laxa granulomatosa es una variante excepcional de MF, caracterizada por la presencia de placas eritematosas con desarrollo lento y progresivo de piel redundante generalmente en glandes pliegues (ingles y axilas). Aproximadamente un tercio de los pacientes presentan un segundo linfoma, principalmente linfoma de Hodgkin. Suele presentar un curso clínico indolente y con tendencia a la recidiva.

## 16. UN TRÍO BIEN AVENIDO

J. Boix<sup>a</sup>, E. Manubens<sup>a</sup>, L. López<sup>a,c</sup>, J. Garcias<sup>a</sup>, C. Saus<sup>b</sup> y A. Bennassar<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España. <sup>c</sup>Clinica Rotger en Palma de Mallorca

La reticulohistiocitosis (RH) es un trastorno clasificado dentro de las histiocitosis de células no Langerhans. Su espectro clínico es muy extenso y puede ir asociado a neoplasias y enfermedades autoinmunes. Presentamos el caso de una mujer caucásica de 24 años que refería dolores articulares en hombros desde hacía dos meses asociado a la aparición de unas lesiones papulosas planas agrupadas de coloración anaranjada en centro del tórax, región temporal y periorcular. Además, presentaba pápulas eritematosas sobre un eritema de

fondo en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas así como eritema periungueal. La dermatoscopia del pliegue proximal ungueal presentó capilares desorganizados y engrosados además de un color anaranjado de fondo. En la analítica no se observaron alteraciones. Se tomó una biopsia de una de las pápulas que resultó compatible con una reticulohistiocitosis múltiple (RHM). Como tratamiento se administró prednisona 50 mg/día asociado a metotrexato 15 mg semanales siendo ineficiente, por lo que se asoció infliximab 5 mg/kg las semanas 0-2-6 y después cada 6 semanas con una evolución favorable. Dado el amplio espectro clínico de las RH, existen cinco subclasificaciones siendo la RHM la más frecuente. Hay casos asociados a enfermedades autoinmunes y a neoplasias hasta en un 30% de los casos. El 70% de los casos asocian artritis erosiva y también pueden asociar síntomas extracutáneos y extraarticulares. Existen muy pocos casos de los que se haya descrito la dermatoscopia de las lesiones. Respecto al tratamiento, se han empleado corticoides sistémicos, metotrexato, ciclofosfamida además de bifosfonatos y fármacos biológicos anti-TNF alfa entre otros. En conclusión, presentamos el caso de una paciente con una RHM en la que se introdujo tratamiento con corticoides, metotrexato, bifosfonatos y anti-TNF alfa con mejoría y estabilización de la clínica hasta el momento.

## Palma de Mallorca, julio 2021

## 17. SARCOIDOSIS CUTÁNEA DE LA CABEZA, ¿RESPUESTA A TERAPIA FOTODINÁMICA Y A TOFACITINIB?

I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup>, E. Vanrell<sup>a</sup>, C. Saus<sup>b</sup> y A.F. Bauzá Alonso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** Múltiples fármacos se han propuesto para el tratamiento de la sarcoidosis cutánea, siendo los inhibidores de TNF-alfa los biológicos que tienen mayor evidencia para la sarcoidosis cutánea crónica resistente al tratamiento con corticoides u otros fármacos de segunda línea como son las tetraciclinas, la hidroxiquina y el metotrexato.

**Caso clínico.** Presentamos una paciente de 65 años afecta de sarcoidosis pulmonar y cutánea de 10 años de evolución. Presentaba una placa eritematoanaranjada, infiltrada, descamativa, de bordes sobreelevados, afectando de forma muy extensa a la región frontal, sien y mejilla izquierdas, así como también a región frontotemporal de cuero cabelludo, produciendo además una alopecia cicatricial. Había sido tratada con corticoides tópicos y orales, hidroxiquina, tacrólimus tópico, metotrexate, infliximab, adalimumab, anakinra, rituximab y radioterapia local, sin obtener una mejoría clínica. Iniciamos terapia fotodinámica (TFD) convencional con la aplicación de ácido 5-aminolevulínico sobre la placa cutánea, realizando 6 sesiones con luz roja de 635 nm a 37 J/cm<sup>2</sup>, consiguiendo una estabilización de la progresión de la sarcoidosis cutánea. Además se introdujo apremilast (60 mg/día) junto a la realización paralela de 5 sesiones de TFD luz de día, sin hallarse una mejoría clínica. Posteriormente se inició tofacitinib, observándose una discreta mejoría de las lesiones cutáneas, no obstante, se tuvo que disminuir la dosis debido a una linfopenia secundaria al tratamiento.

**Discusión.** La sarcoidosis cutánea sigue siendo un reto terapéutico a pesar de las diferentes posibilidades terapéuticas. Presentamos el caso de una mujer con una sarcoidosis cutánea extensa refractaria a múltiples inmunosupresores y tratamientos biológicos, en la que la terapia fotodinámica y el tofacitinib resultaron parcialmente eficaces para el control de la enfermedad. No obstante, se precisan estudios clínicos de mayor complejidad para poder realizar recomendaciones.

## 18. ÁCIDO TRANEXÁMICO Y SU USO EN MELASMA

A. Nadal Nadal y A. Pou

*Instituto Balear de Dermatología. Palma. España.*

El melasma es un trastorno adquirido común de hiperpigmentación que afecta a personas de fototipo alto. El ácido tranexámico (ATX) es un tratamiento novedoso para el melasma que tiene un mecanismo de acción multimodal. El ATX oral ha demostrado claramente la eficacia para el melasma en la piel asiática, incluso en dosis bajas (p. ej., 500 mg/día) durante periodos cortos (8-12 semanas). También es una opción terapéutica segura, fácil de administrar y con pocos efectos secundarios. Algunos estudios muestran que el ATX no aumenta el riesgo tromboembólico, aunque los pacientes deben ser examinados cuidadosamente para detectar contraindicaciones y factores de riesgo antes de comenzar la terapia. El ATX oral parece ser un tratamiento seguro y eficaz para el melasma refractario. Se debe considerar en los casos que no responden a la hidroquinona tópica y a la terapia tópica combinada durante un periodo de aproximadamente 12 semanas y sin contraindicaciones para el ATX oral. Presentamos además de la revisión de la literatura nuestra experiencia con su uso en la práctica clínica diaria.

## 19. PÁPULA ROSADA EN EL CUERO CABELLUDO DE UN ADOLESCENTE

A. Giacaman<sup>a</sup>, G. González-López<sup>b</sup>, L.J. del Pozo Hernando<sup>a</sup>, C. Saus Sarrias<sup>c</sup> y A. Martín-Santiago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. <sup>b</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>c</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Varón de 14 años con antecedente de neurofibromatosis tipo 1, que consultó por una pápula rosada y asintomática en el cuero cabelludo. Con el diagnóstico diferencial de nevus intradérmico y neurofibroma se realizó exéresis de la lesión. El estudio histológico estableció el diagnóstico de bapoma, un tipo de proliferación melanocítica descrita recientemente, que en la gran mayoría de casos tiene un comportamiento clínico benigno. Sin embargo, en el caso de múltiples tumores de este tipo debe descartarse el síndrome de susceptibilidad al cáncer familiar causado por la mutación de la línea germinal BAP1, y que se asocia a una mayor incidencia de carcinoma de células renales, mesotelioma, colangiocarcinoma, melanoma cutáneo y uveal, entre otras.

## Palma de Mallorca, noviembre 2021

## 20. LA DISBIOSIS EN LA EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA DISTRÓFICA RECESIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. Adsuar<sup>a,b</sup>, C. López<sup>a</sup>, F. Alamon<sup>a</sup>, D. Bósquez<sup>a</sup>, C. Prat<sup>a</sup>, E. Baselga<sup>a</sup>, S. Ricart<sup>c</sup> y A. Vicente<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servei de Dermatologia. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. <sup>c</sup>C2P2-Servei d'Atenció Integral a l'Infant amb malaltia crònica greu. Unitat Funcional d'Epidermolísis ampul.lar hereditària. CSUR d'ERN-Skin. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Chica de 15 años diagnosticada de epidermolísis ampollosa distrófica recesiva controlada en la Unidad Funcional de Epidermolísis Ampollosa de Hospital Sant Joan de Déu, que presenta durante su evolución una úlcera a nivel pretibial izquierdo de difícil resolu-

ción. En los cultivos se aísla repetidamente *Staphylococcus aureus* a pesar de antibioterapia dirigida. Tras probar con varias opciones terapéuticas la úlcera no presenta signos de mejoría. Por este motivo, se realiza biopsia cutánea que descarta malignidad. La epidermolísis ampollosa distrófica recesiva es una genodermatosis rara causada por mutaciones en el gen *COL7A1* que codifica el colágeno VII, un componente fundamental de las fibrillas de anclaje. La enfermedad se caracteriza por fragilidad cutánea, erosiones, úlceras crónicas y cicatrices. Las infecciones cutáneas son un problema frecuente en estos pacientes, pudiendo originar diseminación sistémica y cicatrización retardada. Con las nuevas técnicas de secuenciación de ADN cada vez se conoce más acerca del microbioma cutáneo. Cuando el equilibrio del microbioma cutáneo se ve alterado, hablamos de disbiosis y parece ser que en los pacientes con epidermolísis bullosa existe este fenómeno. Se aprovecha el caso de nuestra paciente para realizar una revisión sobre lo publicado en la literatura sobre disbiosis en epidermolísis bullosa distrófica.

## 21. PÚRPURA, VESÍCULAS Y CLÍNICA DIGESTIVA

A. Solá, J. Adsuar, M.<sup>a</sup> C. Álvarez-Buylla, V. Fernández, E. Parera y C. Nadal

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** La dermatitis herpetiforme es una enfermedad cutánea ampollosa que afecta predominantemente a las superficies extensoras de codos, rodillas y nalgas, formando parte de un espectro de trastornos con sensibilidad al gluten como es la enfermedad celíaca.

**Casos clínicos.** El primer caso es una mujer de 50 años sin antecedentes médicos de interés que desarrolló lesiones purpúricas agrupadas en palmas de ambas manos, de meses de evolución y estables en el tiempo. Tras solicitar pruebas complementarias se obtuvieron valores alterados en los niveles de antitransglutaminasa y posteriormente se realizaron biopsias duodenales, que confirmaron el diagnóstico de enfermedad celíaca. El segundo caso es una mujer de 27 años con antecedentes de celiaquía que presentó numerosos brotes de lesiones papulovesiculosas en la zona facial que tras la toma de biopsias y estudio con inmunofluorescencia se demostró como una manifestación de la enfermedad celíaca. Esta misma paciente, al igual que el caso previo, también terminó desarrollando lesiones purpúricas en las palmas de las manos.

**Discusión.** La afectación facial y palmar son regiones anatómicas atípicas de presentación en la dermatitis herpetiforme. Los hallazgos histológicos y por inmunofluorescencia directa apoyan el diagnóstico. Encontrar depósitos granulares de IgA en la unión dermoepidérmica con punteado en las papilas dérmicas permite el diagnóstico y lo diferencia de la dermatosis por IgA lineal.

**Conclusión.** Los brotes recurrentes de lesiones vesiculares y pruriginosas, no solo en zona extensoras y con distribución simétrica deben hacernos pensar en la dermatitis herpetiforme; ahora la afectación facial deberá tenerse en cuenta. La púrpura palmar es un hallazgo sutil, que en ocasiones hay que indagar expresamente; su estudio por inmunofluorescencia permite ver los depósitos granulares de IgA en la unión dermoepidérmica.

## 22. CARCINOMA ESCAMOSO SOBRE HIDRADENITIS SUPURATIVA

J. Garcias-Ladaria<sup>a</sup>, I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, J.O. Roca Mas<sup>b</sup>, M. Fernandez Isart<sup>c</sup> y M. Rovira de Alos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía Plástica. <sup>c</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

**Introducción.** El carcinoma escamoso (CE) es una complicación rara en el curso de la hidradenitis supurativa (HS). La mayoría de los

casos se han descrito en área glútea en hombres con HS grave. Se trata de tumores de mal pronóstico.

**Material y métodos.** Presentamos tres casos clínicos tratados entre 2020 y 2021 en nuestro centro.

**Resultados.** El caso 1 es un varón de 53 años con HS Hurley III en el área glútea. Al mes de iniciar ustekinumab desarrolló un CE en glúteo derecho extirpado con margen libre. El paciente ha continuado con ustekinumab y está libre de neoplasia después de 16 meses de seguimiento. El caso 2 es un varón de 63 años con HS Hurley III en tratamiento con antibióticos. Presenta dos CE próximos en el glúteo derecho. Se extirpan con margen libre. En el estudio de extensión se descubre además un cáncer renal. El paciente se encuentra libre de enfermedad tras 6 meses de seguimiento, sin tratamiento crónico para la HS. El caso 3 es un hombre de 58 años con HS glútea Hurley III, tratada con ustekinumab. Remitido del Hospital Son Llàtzer con el diagnóstico de CE afectando ambos glúteos. Se interviene con margen afecto, presentando varias complicaciones y recidiva tumoral clínicamente evidente al mes de la primera intervención. Se encuentra pendiente de decidir manejo posterior.

**Discusión.** El CE sobre HS se desarrolla en hombres con enfermedad grave y en área glútea en más del 80% de casos. El diagnóstico viene dificultado por la buena diferenciación histológica, que hace que se confunda con hiperplasia escamosa reactiva. Se recomienda exéresis amplia de las lesiones. Se han descrito también la cirugía de Mohs y la radioterapia. No existen guías específicas para el seguimiento. El pronóstico es malo, con una supervivencia inferior al 40% a los 5 años.

### 23. REACCIONES CUTÁNEAS TRAS LA VACUNA COVID-19 ¿QUE HEMOS APRENDIDO?

I. Gracia-Darder, A. Llull Ramos, E. Vanrell Buse, J. Garcías-Ladaria, M.<sup>a</sup> R. Perelló, C. Martorell y A. Martín-Santiago

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** En los ensayos clínicos, las vacunas COVID-19 se asociaron con eventos adversos cutáneos, especialmente reacciones locales en el lugar de la inyección.

**Material y métodos.** El objetivo de la comunicación fue revisar los efectos secundarios cutáneos de las diferentes vacunas para el Sars-CoV2 en la práctica clínica real. Hemos realizado una revisión de la literatura publicada desde diciembre de 2020 hasta octubre de 2021. Además, hemos revisado de forma retrospectiva los pacientes que han consultado en el Hospital Son Espases por reacciones cutáneas relacionadas con la administración de la vacuna para Sars-CoV2.

**Resultados.** Las reacciones adversas publicadas más frecuentes han sido las reacciones locales exageradas retardadas seguidas de urticaria, erupciones morbiliformes y reacciones papulovesiculares. Otras reacciones menos comunes incluyeron sabañones, inflamaciones en lugares de rellenos cosméticos, reactivación de herpes zoster, brotes de herpes simple, erupciones pitiriasis rosada-like y vasculitis de pequeño vaso. El 43% de los pacientes con reacciones tras la primera dosis experimentaron recurrencia con la segunda dosis. En nuestro hospital hemos atendido dermatosis menos reportadas en la literatura como eritema multiforme, eritema nodoso, granuloma anular, urticaria-vasculitis y mucinosis folicular.

**Conclusiones.** Los efectos adversos cutáneos a la vacuna de Sars-CoV2 en la práctica clínica real han sido más heterogéneos que los publicados en los ensayos clínicos de las diferentes vacunas. A pesar de ser las reacciones locales exageradas las más comunes, han sido muy poco derivadas a la consulta del especialista en Dermatología. Las reacciones cutáneas vistas en Dermatología fueron patologías más infrecuentes y de mayor duración, requiriendo en la mayoría de ellas tratamiento por el dermatólogo.

### 24. NÓDULOS SUPURATIVOS BILATERALES EN LOS MUSLOS DE UNA MUJER JOVEN

M.C. Álvarez-Buylla-Puente<sup>a</sup>, J.F. Mir-Bonafé<sup>a</sup>, F. Terrasa Sagristá<sup>b</sup>, A. Solà-Truyols<sup>a</sup>, J. Adsuar-Mas<sup>a</sup>, V. Fernández-Tapia<sup>a</sup> y C. Nadal-Lladó<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son un grupo de patógenos oportunistas que presentan gran heterogeneidad en su forma de presentación clínica, desde afección pulmonar progresiva, infecciones de la piel y de los tejidos blandos, linfadenitis e infecciones diseminadas, especialmente en individuos inmunodeficientes.

**Descripción del caso.** Se presenta el caso de una mujer de 34 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acudió a la consulta de dermatología por la aparición progresiva de dos nódulos inflamatorios supurativos con crecimiento, abscesificación y necrosis central en la cara lateral de ambos muslos desde hace 3 semanas. Recibió tratamiento con dos tandas antibióticas (cefalosporina y amoxicilina-clavulánico) sin mejoría. La paciente negaba otra sintomatología asociada, pero refirió haber realizado un procedimiento de mesoterapia una semana antes del inicio del cuadro. Se tomó una biopsia para estudio anatomopatológico y cultivo de una de las lesiones, aislándose el microorganismo *Mycobacterium chelonae*. Tras una larga tanda de tratamiento antibiótico combinado (claritromicina + moxifloxacino) la paciente respondió de manera adecuada con desaparición progresiva de las lesiones.

**Discusión.** En los últimos años se ha observado un aumento progresivo de las infecciones cutáneas producidas por micobacterias no tuberculosas, en parte por la elevada prevalencia de pacientes inmunodeprimidos en la población general, y en parte, por el uso extendido de procedimientos dermoestéticos que penetran la barrera cutánea. Este tipo de infecciones puede resultar un reto diagnóstico y terapéutico por lo que trataremos de revisar las características que nos deben hacer sospecharlas y los tratamientos que se han empleado para su erradicación.

### 25. MINOXIDIL EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA

E. Vanrell Büse, A. Giacaman, I. Gracia Darder, A. Llull Ramos y A. Martín Santiago

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.*

**Introducción.** El minoxidil es un fármaco utilizado para la alopecia desde hace más de 30 años. Está aprobado su uso para el tratamiento de la alopecia androgenética tanto en hombres como en mujeres, pero fuera de ficha técnica se ha utilizado en multitud de otras causas de alopecia.

**Cuerpo.** Realizamos una revisión sobre el uso del minoxidil en el tratamiento de las distintas causas de alopecia en la actualidad. Presentamos un resumen sobre su mecanismo de acción, formas de presentación, usos clínicos, resultados tanto a nivel experimental como en la práctica clínica, interacciones y perfil de efectos adversos.

**Discusión.** A pesar de estar fuera de ficha técnica, el minoxidil presenta buenos resultados en el tratamiento de múltiples causas de alopecia. Las nuevas formas de presentación y su uso por vía oral están demostrando ser más eficaces y con menos efectos adversos de lo que inicialmente se postulaba.

### 26. MUJER CON LESIONES CUTÁNEAS Y PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD

V. Fernández<sup>a</sup>, R. Taberner<sup>a</sup>, F. Terrasa<sup>b</sup>, C. Cífontes<sup>c</sup>, C. Álvarez-Buylla<sup>a</sup>, J. Adsuar<sup>a</sup>, A. Solà<sup>a</sup> y C. Nadal<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.*

La lepra está producida por *Mycobacterium leprae*, una micobacteria que provoca una enfermedad granulomatosa crónica. Afecta principalmente a piel y nervios periféricos, produciendo neuropatía y complicaciones a largo plazo, como deformidades y discapacidad. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y estudio histopatológico. Existen diversas clasificaciones, siendo actualmente la más utilizada la propuesta por la OMS. Dicha clasificación cataloga a los pacientes en paucibacilares o multibacilares según el número de lesiones cutáneas, presencia de neuritis y demostración de bacilos en el frotis cutáneo. El tratamiento se basa en la combinación de diversos antibióticos, cuya duración dependerá del tipo de lepra que presente el paciente. Se presenta el caso de una paciente de 25 años quien consultó varias veces en urgencias por prurito, lesiones cutáneas en abdomen y pérdida de sensibilidad en ambas extremidades inferiores. Se realizó biopsia cutánea de una de las lesiones, observándose granulomas no caseificantes y bacilos ácido-alcohol resistentes, compatible con lepra lepromatosa. Una electromiografía confirmó la presencia de polineuropatía sensitiva mixta de predominio desmielinizante en extremidades inferiores. Se inició tratamiento con dapsona, rifampicina y clofazimina y se examinó a los convivientes. Sin evidenciar presencia de lesiones cutáneas ni síntomas neurológicos. La paciente sigue en tratamiento y seguimiento por parte de medicina interna y dermatología. El uso de la multiterapia ha conseguido disminuir en muchos países endémicos la incidencia a menos de 1/10.000 habitantes. Pese a ello, en 2016 se notificaron más de 200.000 casos nuevos de lepra, y aunque poco frecuente, el caso de nuestra paciente pone de manifiesto la posibilidad de padecer la enfermedad pese a residir en un país no endémico. Por ello, cualquier médico debería tener un mínimo conocimiento sobre esta enfermedad, ya que el diagnóstico temprano y el inicio precoz del tratamiento son esenciales para reducir las complicaciones y evitar discapacidades.

## 27. RELEVANCIA DEL FENOTIPO CLÍNICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

A. Llull Ramos, J. GarcíasLadaria, I. Gracia Darder, E. Vanrell Büse, C. Martorell Moreau, J. Boix Vilanova y A. Martín Santiago

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.*

La hidradenitis supurativa (HS) tiene más impacto en la calidad de vida del paciente que otras enfermedades de la piel. Martorell et al. han propuesto una clasificación basada en el tipo de lesión principal. Los pacientes con fenotipo folicular (FF) presentan lesiones consistentes en foliculitis, nódulos, abscesos y raramente túneles. El fenotipo inflamatorio (FI), por el contrario, presenta abscesos y tractos fistulares gruesos, sin comedones y con pocos nódulos. Esta clasificación parece tener implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. Nuestro objetivo fue determinar la influencia de estos fenotipos en la calidad de vida medida con el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) en nuestros pacientes. Se realizó un estudio transversal y retrospectivo recogiendo todos los pacientes

adultos atendidos en nuestro Servicio de Dermatología por HS entre junio de 2019 y mayo de 2021. Los pacientes fueron asignados retrospectivamente a un fenotipo según los registros clínicos. Las puntuaciones del DLQI, así como otros hallazgos clínicos, se compararon entre fenotipos. Recogimos 200 pacientes con HS, con una edad media de 38,4 años. La media del DLQI fue de 9,1 y no difirió significativamente entre sexos. La puntuación del DLQI se correlacionó significativamente con la puntuación del IHS4, el estadio de Hurley, la NRS para el dolor y la NRS para el picor. Se clasificaron 97 pacientes como FF y 79 como FI; 24 casos se consideraron inclasificables. Los pacientes con FI tenían puntuaciones DLQI más altas (mediana de la puntuación DLQI 9 en FI frente a 5 en FF). En el análisis multivariante, solo las escalas NRS para el dolor y el picor, la puntuación IHS4 y la localización glútea siguieron siendo variables independientes para la predicción de la puntuación DLQI. La distinción clínica entre FF y FI parece útil y factible. Los pacientes con FI tenían puntuaciones DLQI más altas, aunque no se encontró que el fenotipo influyera de forma independiente en la calidad de vida. La calidad de vida de los pacientes con HS parece depender de los síntomas y la gravedad de la enfermedad.

## 28. QUEILITIS EN UN ADOLESCENTE

A. Giacaman, J.A. Salinas Sanz, J. Ramakers, A. Agudo García, J. GarcíasLadaria, I. Gracia-Darder, A. LLull-Ramos, E. Vanrell Busé, C. Saus Sarrias y A. Martín-Santiago

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.*

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España

**Introducción.** El diagnóstico diferencial de las queilitis es amplio. **Caso.** Varón con antecedentes de síndrome de Klinefelter, infecciones respiratorias recurrentes, abscesos cutáneos y pubertad precoz. Teratoma mediastínico, e hiperplasia linfocítica de células T atípica con esplenomegalia e hipertensión portal, que requirió tratamiento con quimioterapia y esplenectomía. A los 17 años consultó por lesiones en la boca de meses de evolución. A la exploración física se observó un aumento en el volumen de ambos labios, asociado a pápulas y placas verrucosas en la mucosa. Con la sospecha de queilitis granulomatosa, carcinoma escamoso e hiperplasia pseudoepiteliomatosa, el estudio histológico confirmó el diagnóstico de pioestomatitis vegetante (PV). Se inició tratamiento con sulfona, que se suspendió tras dos meses por falta de eficacia. Actualmente en tratamiento con corticoide tópico e intralesional, evoluciona con mejoría de las lesiones.

**Discusión.** La PV es una entidad poco frecuente en la infancia. Se caracteriza por eritema y engrosamiento de la mucosa con múltiples pústulas, erosiones y placas papilomatosas. En la histología se observan abscesos intra- o subepiteliales y eosinófilos. La patogenia de la PV aún se desconoce, aunque se propone que influirían factores inmunológicos y microbianos. Se recomienda descartar enfermedad inflamatoria intestinal subyacente. El tratamiento de la PV consiste en el uso de inmunosupresores tópicos o sistémicos.