



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XXIX Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Murcia, 28 de mayo de 2021

1. ENFERMEDAD DE DARIER ROUSSY

I. de la Hera Matute^a, A. López Gómez^a, S. Swirc^b, A.L. Martín Rodríguez^b y M. Gómez Peña^c

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cNeumología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao de Cieza. Murcia. España.

Introducción. La enfermedad de Darier Roussy o sarcoidosis subcutánea es un subtipo poco conocido de sarcoidosis cutánea que se caracteriza por la aparición de nódulos subcutáneos sin compromiso epidérmico, predominantemente en las extremidades superiores.

Caso clínico. Presentamos un caso diagnosticado en nuestro servicio y hacemos un repaso por los distintos tipos de lesiones cutáneas de la sarcoidosis y su relación con las manifestaciones sistémicas de la enfermedad. Suele afectar a mujeres en la cuarta década de la vida y se relaciona con afectación sistémica, generalmente en la forma de adenopatías mediastínicas. Tiene buen pronóstico y suele resolverse fácilmente con corticoesteroides orales.

Discusión. La sarcoidosis subcutánea Suele afectar a mujeres en la cuarta década de la vida y se relaciona con afectación sistémica, generalmente en la forma de adenopatías mediastínicas. Tiene buen pronóstico y suele resolverse fácilmente con corticoesteroides orales.

2. LIQUEN PLANO EROSIVO ESOFÁGICO, UN RETO TERAPÉUTICO

M. Lova Navarro^a, M. Segado Sánchez^a, J.J. Parra García^a, B. Ferri Ñiguez^b, G. Ruiz García^b, V. Munitiz Ruiz^c, E. García Martínez^a, A.M. Victoria Martínez^a, T. Martínez Menchón^a, R. Corbalán Vélez^a, A.M. Clemente Valenciano^a, J.F. Frías Inieta^a y P. Sánchez-Pedreño Guillén^a

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica, ^cUnidad de Cirugía Esofagogastrica del Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. La afectación esofágica por liquen plano es rara, con un predominio en mujeres de edad media, soliendo afectar el esfago proximal.

Caso clínico. Mujer de 55 años con diagnóstico de liquen plano erosivo oral que durante el seguimiento desarrolla disfagia a sólidos, odinofagia y pérdida de peso realizándose una esofagogastros-copia observando una mucosa eritematosa con despegamiento de la misma, pseudomembranas y una estenosis circunferencial a 20 cm de la arcada dentaria que deja una luz de 7 mm y que impide el paso del endoscopio. Se toma biopsia de la mucosa esofágica obteniendo un resultado anatomopatológico con liquen plano erosivo esofágico.

Discusión. El tratamiento del liquen plano esofágico se divide entre el tratamiento de las erosiones y la estenosis. Respecto al tratamiento de las erosiones pueden mostrar eficacia los esteroides sistémicos, intralesionales y tópicos, como el propionato de fluticasona ingerido, así como la ciclosporina, tacrólimus e incluso rituximab. Para tratar las estenosis se han utilizado esteroides intralesionales, dilataciones con balón hidroneumático y prótesis. Es importante el seguimiento de estos pacientes a largo plazo por el riesgo de desarrollo de carcinoma escamoso de esfago.

3. AFTA ORAL INFANTIL EN PALADAR: NO TODO SON BIBERONES CALIENTES

J.J. Parra García^a, M. Segado Sánchez^a, T. Martínez Menchón^a, M. Lova Navarro^a, E. García Martínez^a, A.M. Victoria Martínez^a, R. Corbalán Vélez^a, J. Frías Inieta^a, P. Sánchez-Pedreño Guillén^a, N.A. Méndez-Aguirre^b, J. Zamarró^c y B. Ferri-Ñiguez^d

Servicios de ^aDermatología, ^bCirugía Pediátrica, ^cNeurorradiología Intervencionista y ^dAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. La ulceración del paladar es un motivo de consulta infrecuente en un lactante. El origen suele ser infeccioso o de origen traumático (afta de Bednar) por el contacto con la tetina del biberón y/o chupetes no ortodóncicos durante la lactancia, siendo el origen tumoral una causa infrecuente de la misma.

Caso clínico. Lactante mujer de 35 días remitida desde su pediatra de zona por ulceración en el paladar duro que no responde a tratamiento con antifúngicos, acompañada de disminución de la ingesta e irritabilidad. A la exploración se observa una úlcera de 1 cm late-

ralizada al área izquierda del paladar con eritema perilesional. Se realizan cultivos bacterianos, PCR y serología herpética y de sífilis resultando todas las pruebas en rango normal. Se realizan pruebas de imagen TAC y RMN, que detectan una lesión polilobulada centrada en la región esfenoidal izquierda con extensión del ápex de cono orbitario izquierdo, de probable origen vascular no pudiéndose descartar origen neural del mismo. Además, se obtuvieron niveles de marcadores tumorales y catecolaminas urinarias. Se realizó durante 2 semanas un tratamiento inicial con propranolol y nueva prueba de imagen que no detectó cambios en el tamaño de la lesión. Por ello finalmente y tras el comité multidisciplinar se obtuvo una biopsia de la lesión previa embolización de la arteria maxilar cuyo estudio anatómopatológico confirma el diagnóstico de hemangioma infantil.

Discusión. El hemangioma infantil es el tumor vascular más frecuente en la edad pediátrica siendo la ulceración una de sus principales complicaciones. Normalmente, los hemangiomas ulcerados son fácilmente diagnosticables al afectar a la superficie de la piel. Presentamos un caso de hemangioma con afectación de macizo facial y cuyo motivo de consulta fue la aparición de una úlcera en el paladar. Dicha presentación obligó a realizar un amplio diagnóstico diferencial, precisó de un tratamiento "ex juvantibus" con propranolol y finalmente de una biopsia para su diagnóstico definitivo.

4. ¿DIAGNÓSTICO A PRIMERA VISTA?

J. Cruaños Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, J. Hernández-Gil Sánchez, J. Ruiz Martínez, A. Ramírez Andreo, E. Cutillas Marco, 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.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 71 años con una historia de lesiones eczematosas pruriginosas difusas de dos años de evolución, refractarias a corticoides y antibióticos tópicos. Asimismo, presentaba síndrome constitucional. Las biopsias mostraron dermatitis espongiosa sin dermatitis de interfase ni depósitos de mucina. El paciente presentaba ANA positivos a título de 1/160 con anticuerpos anti-ARS positivos. El TC abdominal mostró una masa renal compatible con carcinoma de células claras. Con todo esto, se llegó al diagnóstico de dermatomiositis paraneoplásica.

Discusión. Destacamos que existen pacientes con dermatomiositis que pueden presentar hallazgos histológicos compatibles con dermatitis espongiosa.

5. PLACAS DE ORIGEN INCIERTO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL

J. Navarro Pascual^a, J. Cruaños Monferrer^a, M.I. Úbeda Clemente^a, J.F. Orts Paco^a, C.A. Rubio Muñiz^b, D. Falkenhain López^b, J.L. Rodríguez Peralto^c, J. Hernández-Gil Sánchez^a, J. Ruiz Martínez^a, A. Ramírez Andreo^a, E. Cutillas Marco^a, C. Soria Martínez^a, M.D. Ruiz Martínez^a, C. Brufau Redondo^a y M.E. Giménez Cortés^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^bHospital General Universitario 12 de octubre. Madrid. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario 12 de octubre. Madrid. España.

Caso clínico. Presentamos una mujer de 73 años obesa con diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica estadio 4 e insuficiencia cardíaca crónica como antecedentes destacables. La paciente consulta en urgencias por úlcera dolorosa en fosa ilíaca derecha de un mes de evolución que debutó como una mácula violácea. Ha estado recibiendo curas en su centro de salud y tratamiento antibiótico, sin mejoría. A la exploración física pre-

senta una úlcera de 5 x 7 cm con supuración maloliente y celulitis perilesional. Bajo la sospecha de infección fúngica se realiza resección de los bordes hasta tejido sano, decidiéndose cura por segunda intención. El análisis histológico del tejido no revela estructuras fúngicas. En planta se descubren múltiples lesiones cutáneas en muslos y glúteos, dolorosas, que consisten en placas eritematovioláceas infiltradas de 2-3 cm, con máculas de aspecto purulento en su seno. La paciente refiere que dichas lesiones son similares a la lesión inicial del abdomen. Se biopsia una de ellas, observando en el análisis histológico hallazgos compatibles con angiomas dérmica difusa y con calcifilaxis subyacente. La paciente es tratada con 25 g de tiosulfato iv. 3 veces por semana y pamidronato 60 mg bimensual.

Discusión. La angiomas difusa dérmica reactiva (ADDR) es una proliferación benigna de estructuras vasculares inducida dentro de la dermis. Este raro trastorno afecta con mayor frecuencia a mujeres de mediana edad. La clínica es variable, pudiendo presentarse como papuloplacas eritematosas, violáceas o purpúricas, ocasionalmente dolorosas y con ulceración. Histológicamente se caracteriza por hiperplasia difusa de células endoteliales extravascular en la dermis papilar y reticular. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la angiomas telangiectomatosas, la acroangiomas dermatitis y el sarcoma de Kaposi. Se ha asociado a mamas grandes y péndulas, a enfermedad vascular aterosclerótica severa, a portadores de fístula arteriovenosa y a la calcifilaxis. La calcifilaxis es una afección potencialmente mortal que cursa con placas purpúricas retiformes, necrosis y úlceras cutáneas muy dolorosas. Histopatológicamente se caracteriza por la calcificación de la capa media de las arterias y arteriolas de la dermis y el tejido subcutáneo, con trombosis y necrosis acompañantes.

Conclusión. La ADDR se ha asociado a múltiples trastornos vasocclusivos, encontrándose entre ellos la calcifilaxis. Dermatólogos y patólogos han de conocer esta posible asociación para su identificación temprana y evitar el desenlace fatal asociado generalmente a la calcifilaxis. Además, la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de estos dos trastornos podría ayudar a la descripción de posibles nuevas terapias.

6. EN BUSCA DE LA ÚLTIMA PIEZA DEL PUZLE

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

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Caso clínico. El paciente se trataba de un varón de 38 años con antecedentes de mastocitosis cutánea tipo urticaria pigmentosa y condromalacia rotuliana. En diciembre de 2020 fue ingresado por un cuadro de debilidad en miembros inferiores hasta impedir la deambulación. En la exploración física presentaba arreflexia global, disminución de fuerza intensa en miembros inferiores e hipoestesia plantar izquierda. También se constató la existencia de hepatomegalia, esplenomegalia y adenopatías. Los estudios de neurofisiología pusieron de manifiesto la existencia de una polineuropatía sensitivo-motora de predominio desmielinizante. Fue dado de alta con tratamiento esteroideo y bolos de inmunoglobulinas intravenosas. En marzo de 2021 consultó por alteraciones de la visión. Fue valorado por oftalmología, que informó de la existencia de papiledema bilateral. Además, se realizó un estudio endocrinológico completo que puso de manifiesto la existencia de hipotiroidismo subclínico y aumento discreto de la prolactina. A nivel dermatológico, el paciente presentaba acrocianosis, flushing facial, y refería que le habían aparecido en poco tiempo 4 lesiones sugestivas de angioma rubí en el tronco. Se hizo una biopsia de la lesión de mayor tamaño que informó de la existencia de hemangiomas glomeruloides. Este conjunto de

signos y síntomas nos llevaron a pensar en un síndrome POEMS. Se amplió el estudio diagnóstico, objetivándose aumento del VEGF y ausencia de clonalidad de células plasmáticas. Finalmente, se llegó al diagnóstico de síndrome de POEMS atípico o incompleto.

Discusión. El síndrome POEMS es un síndrome paraneoplásico raro que subyace a una discrasia monoclonal de células plasmáticas. La patogenia es desconocida pero se sabe que juegan papel varias citoquinas proinflamatorias (IL-6/TNF- α /IL-12/IL-1b) y, sobre todo, el VEGF, que se correlaciona con la actividad de la enfermedad. Para el diagnóstico se usan los criterios diagnósticos de Dispenzieri (deben cumplirse los 2 criterios obligatorios, uno mayor y uno menor). El tratamiento va desde radioterapia en lesiones locales hasta esquemas próximos al tratamiento del mieloma múltiple en caso de enfermedad sistémica.

Las manifestaciones cutáneas están presentes en el 70-90% de los pacientes. Es importante destacar que el hemangioma glomeruloide es la manifestación cutánea más específica y está fuertemente asociado al síndrome POEMS. El síndrome POEMS incompleto o atípico se caracteriza por la falta de uno de los criterios obligatorios. En este caso, la presencia de hemangiomas glomeruloideos junto a la presencia de varios signos y síntomas compatibles y la imposibilidad de atribuirlo a otra causa nos permiten emitir dicho diagnóstico.

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA QUEILITIS

A. López Gómez^a, I. de la Hera Matute^a, S. Swirc^b,
E. Cutillas Marco^c y M.E. Giménez Cortés^c

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao de Cieza. ^cServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. La queilitis o inflamación del labio es un cuadro clínico que puede cursar con eritema, xerosis, descamación, hiperqueratosis, fisuración, grietas, edema, en ocasiones asociados a prurito o dolor. En el desarrollo de una queilitis pueden influir muchos factores, tanto exógenos como endógenos, y puede ser aislada o asociada a diferentes dermatosis o enfermedades sistémicas.

Casos clínicos. A través de la exposición de diferentes casos clínicos, presentaremos una clasificación de las queilitis en reversibles, irreversibles o asociadas a dermatosis o enfermedades sistémicas, y veremos qué características clínicas nos pueden ayudar en su diagnóstico diferencial.

8. “ECCEMA EN TIEMPOS DE COVID-19: NO SIEMPRE ES LA HIGIENE DE MANOS”

M. Segado Sánchez^a, M. Lova Navarro^a, J.J Parra García^a,
E. García Martínez^a, A.M Victoria Martínez^a,
C. Marras Fernández-Cid^b, R. Corbalán Vélez^a,
T. Martínez Menchón^a, J.F Frías Iniesta^a,
A.M. Clemente Valenciano^a y P. Sánchez-Pedreño Guillen^a

Servicio de ^aDermatología y ^bReumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. El síndrome antisintetasa (SAS) se manifiesta como enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), miositis, artritis, fiebre, Raynaud y “manos de mecánico”. El anticuerpo más prevalente es anti-Jo1, seguido por anti-PL12 y anti-PL7. El debut inespecífico suele retrasar el diagnóstico, empeorando el pronóstico determinado por la EPID.

Caso clínico. Mujer de 58 años, sanitaria, que consulta por lesiones en las manos. A la exploración: ligero eritema, descamación y fisuración en la cara lateral externa de los dedos. Destacan dos pequeñas pápulas eritemato-violáceas en el dorso de la articulación proximal del segundo dedo derecho. Refiere leve debilidad muscular de cinturas y cierta disnea de esfuerzo. Está diagnosticada de lupus sistémico

(LES) a raíz de artralgias y un episodio de pericarditis aguda. En la analítica, con enzimas musculares normales, presenta positividad para ANA, anti-Ro52 y 60, y anti-PL7. Ante la sospecha de “manos de mecánico” y síndrome antisintetasa (SAS) se solicita prueba de imagen, que evidencia infiltrados pulmonares bibasales, parcheados, en vidrio deslustrado. Se inicia tratamiento con 1 g de mofetil micofenolato cada 12 horas, pendiente actualmente de evolución.

Discusión. El principal diagnóstico diferencial de las “manos de mecánico” es el eccema de contacto. En estas no hay fase vesiculosa y no aparecen prurito ni respuesta a corticoide tópico. Con muy poca expresión clínica y un contexto epidemiológico compatible (sanitaria, en plena pandemia) se hubiese atribuido la etiología a un excesivo lavado de manos, de no observarse las pápulas de Gottron. Por otro lado, se puso en duda el diagnóstico previo de LES. Tanto la pericarditis como las artralgias y los ANA se podrían explicar por el anti-PL7. La escasa afectación muscular es habitual con anti-Jo1 negativo. Sin embargo, sí cumple criterios diagnósticos, pues en analíticas previas se observaron anticuerpos anti-ADN y anticoagulante lúpico. Además, en la bibliografía se encuentran otros casos de superposición de ambas entidades, asociado al anti-Ro52.

Conclusión. Se debe tener siempre presente al SAS en el diagnóstico diferencial de las conectivopatías, pues un retraso diagnóstico y terapéutico determina un mal pronóstico secundario a la afectación pulmonar. Es crítico realizar siempre una correcta exploración física y anamnesis. No se debe caer en el diagnóstico rápido en favor de la distancia social, pues no todo gira en torno al COVID-19.

9. “EN BUSCA DE LA ENFERMEDAD PERDIDA”

R. Rojo España^a, I. Ballester Nortes^a, P. Mercader García^a,
E. Alcaraz Mateos^b, C. Escobar Sánchez^c, J.M. Ródenas López^a,
F.J. de León Marrero^a, J. López Robles^a, B. Pérez Suarez^a
y A. Peña García^a

Servicio de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cOtorrinolaringología. HGU J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. Presentamos el caso de un varón de 63 años con lesiones en cuero cabelludo resueltas con dapsona, que tras 5 años presentó lesiones en mucosa genital.

Material y métodos. Biopsias cutáneas y de mucosas genital y nasal, TAC tórax y de senos, fibroendoscopia nasal, PET-TAC, cultivos, PCR y analíticas.

Resultados. Las biopsias mostraron ulceraciones con infiltrado inflamatorio mixto. Se observa ulceración en mucosa nasal por fibroendoscopia. Todos los cultivos y analíticas son normales.

Conclusión. Se reta a la audiencia a descubrir cuál es la patología que presenta el paciente. Tras la presentación y valoración de todos los datos, de forma multidisciplinar, se establece que solo hay una patología que pudiera explicar el cuadro clínico presentado. Se justifica presentando la bibliografía actualizada y se muestra la evolución del paciente tras el tratamiento.

10. INMUNOTERAPIA EN MELANOMA ¿PROGRESIÓN O ÉXITO?

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

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Caso clínico. Mujer de 54 años que consultaba por una lesión de varios años de evolución en región perianal. A la exploración física presentaba una tumoración rosada, con vascularización inespecífica

a la dermatoscopia. Se decidió extirpar dicha lesión con resultado anatomopatológico de melanoma dérmico. Tras realizar ampliación de márgenes y biopsia selectiva de ganglio centinela con afectación de un ganglio la paciente recibió inmunoterapia adyuvante con Nivolumab. Tras tres ciclos comenzaron a aparecer pápulas eritematosas descamativas confluentes en zona interescapular, rodillas, muñecas y frente. La biopsia mostró una dermatitis granulomatosa. Posteriormente aparecieron nódulos subcutáneos en codos y en una cicatriz de una intervención previa. En una TAC de control se objetivó la aparición de abundantes adenopatías de pequeño tamaño mediastínicas e hiliares bilaterales. Con la sospecha de una reacción granulomatosa sarcoidosis-like por inmunoterapia se decidió continuar con el tratamiento hasta completar los doce meses de adyuvancia, con mejoría de las lesiones tras la finalización del mismo.

11. LESIONES CUTÁNEAS NECRÓTICAS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA: UN DÉJÀ VU

T. A. Hernández Gómez^a, A. Ortiz González^b, J. Pardo Sánchez^a, F. Alarcón Soldevilla^a, L.F.J. Ruffin Villaoslada^a, F. Allegue Gallego^a y Á. López Ávila^a

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital General Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Caso clínico. Varón de 79 años, antecedentes personales de diabetes tipo 2, fibrilación auricular, claudicación intermitente y enfermedad renal crónica terminal, en hemodiálisis. Consulta por cuadro de mes y medio de evolución de dolor articular en miembros inferiores y manos, sobre todo articulaciones interfalángicas. Concomitantemente, desarrolla una placa erimatoedematosa en dorso de mano derecha que evoluciona hacia una úlcera profunda. El paciente ingresa a cargo de medicina interna, ya con edema y lesiones purpúricas en brazos y piernas que evolucionan hacia lesiones vesículo-ampollosas y necróticas, junto con otras lesiones de aspecto más nodular. Además, presenta necrosis y ampollas de contenido hemorrágico en dedos de pies, que orientan hacia etiología isquémica. El paciente aqueja mucho dolor pero presenta relativo buen estado general y permanece afebril en todo momento. En las exploraciones analíticas destacan: PCR 33, leucocitosis 14100, con neutrofilia (12320), factor reumatoide 37, crioglobulinas débilmente +, ANA y ANCA negativos y complemento normal. Se objetiva además una paraproteína IgM lambda. En los estudios microbiológicos: infección pasada por virus hepatitis B; *S. aureus* meticilín sensible en cultivo de ampolla; hemocultivos negativos tras un pico aislado de febrícula de 37,8°C. En ecografía de manos: sinovitis de articulaciones interfalángicas proximales y marcado edema del tejido celular subcutáneo. La sospecha diagnóstica principal de medicina interna es de penfigoide ampollosa secundario a inhibidores de DPP-IV (el paciente está en tratamiento con sitagliptina) y se propone el síndrome RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema) como posible causante del cuadro de artritis, que también ha sido relacionado con los inhibidores de la DPP-IV. Por parte de dermatología, planteamos diagnóstico diferencial con vasculitis (séptica, reumatoidea o crioglobulinémica), fenómenos vaso-oclusivos (émbolos de colesterol, calcifilaxis), cuadros de etiología infecciosa (micobacterias atípicas, hongos) y linfoma cutáneo. Se realiza biopsia para hematoxilina-eosina (HE) e inmunofluorescencia directa, siendo esta última negativa. Con HE se observan una epidermis y unión dermoepidérmica respetadas, con un intenso infiltrado inflamatorio de predominio polimorfonuclear en dermis e hipodermis, formando abscesos necróticos y con intensa afectación vascular, en forma de vasculitis leucocitoclástica, comprometiendo también al tejido adiposo en forma de paniculitis septal y lobulillar. Destaca además un material granular basófilo en dermis, que nos hace sospechar etiología infecciosa. En este punto, recordamos un

caso previo con histología similar: se trataba de un varón de 59 años con antecedentes personales de diabetes tipo 2, EPOC, miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa y enfermedad renal crónica estadio 3, que consultó por lesiones cutáneas 1 año de evolución a modo de placas infiltradas y nódulos eritematosos en dorso de mano y antebrazo izquierdos, así como cara posterior de pierna izquierda. Tanto en este caso como en el que nos ocupa, la PCR de micobacterias en tejido parafinado que fue positiva, creciendo más tarde en el cultivo de biopsia cutánea un *Micobacterium chelonae*. Con el diagnóstico de infección por *M. chelonae*, nuestro paciente fue tratado con una combinación de moxifloxacin 400 mg vía oral /24h + claritromicina 500 mg vía oral /24h + amikazina 500 mg intravenosos tras los días de diálisis. Se realizó un PET-TAC de cuerpo completo que objetivó múltiples captaciones a nivel cutáneo en brazos y piernas, sin afectación de órganos internos. Tras dos meses de tratamiento, la evolución del cuadro fue muy positiva, pero lamentablemente el paciente falleció a causa de las complicaciones de una intervención angioplastia de arteria femoral superficial, destinada a tratar la isquemia de miembros inferiores que padecía.

Archena, Murcia, 20 de noviembre de 2021

1. DÍGAME: “¿A QUÉ SE DEDICA? ¿QUÉ SUELE HACER EN SU TIEMPO LIBRE?”. IMPORTANTE EN LA HISTORIA CLÍNICA

F.J. Martínez Ortega^a, D. López Martínez^a, J.J. Parra García^a, M. Segado Sánchez^a, E. García Martínez^a, A. López Mateos^a, M. Lova Navarro^a, A.R. Corbalán Vélez^a, T. Martínez Menchón^a, A.M. Victoria Martínez^a, J.F. Frías Iniesta^a, A.A. Caballero Illanes^b, P. Paredes Reyes^c y P. Sánchez-Pedreño Guillén^a

Servicio de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cMicrobiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. Una historia clínica completa y detallada, a pesar del avance de las pruebas complementarias, continúa siendo fundamental para poder orientar nuestro diagnóstico clínico. Cobra así más importancia aun cuando estamos ante una patología infecciosa que se adquiere por un mecanismo directo, es decir, necesita estar en contacto con la piel de la persona. Uno de estos ejemplos, es el *Micobacterium marinum*. Exponemos a continuación dos casos clínicos sobre esta enfermedad.

Material y métodos. En ambos casos se trató de varones en la edad media de la vida (50 y 62 años) sin antecedentes personales de interés que consultaron por lesiones de larga evolución que no curaban. El primer paciente presentó una placa rosácea hiperqueratósica en el dorso de la mano que el paciente relacionaba con una quemadura en su trabajo. El segundo paciente presentó dos lesiones papulosas y nodulares rojo violáceas, en la segunda articulación metacarpofalángica y en la quinta articulación interfalángica proximal. Se tomaron biopsias para estudio histopatológico y cultivos bacteriológicos, micológicos y para detección de micobacterias. Finalmente, se aisló *M. marinum* en ambos casos. Indagando en la anamnesis, el primer paciente reconoció trabajar en una empresa de reciclado y tocar en alguna ocasión el agua en el que se lavaban los materiales plásticos. En el segundo caso, el paciente tenía un acuario particular. La evolución fue favorable tras la administración de claritromicina 500 mg/12 horas en ambos casos.

Discusión. El granuloma de los acuarios es una infección causada por *Mycobacterium marinum*. Se trata de la micobacteria atípica

que más frecuentemente causa infecciones oportunistas en el ser humano. Suele presentarse como placas o nódulos rojo-violáceos en la zona de contacto con la micobacteria. A pesar de que el diagnóstico se confirma con el aislamiento del patógeno en cultivo, los casos presentados reflejan la importancia de una historia clínica adecuada para sospechar la enfermedad e iniciar un correcto tratamiento.

2. TRES DERMATÓLOGOS Y TRES GENERACIONES

T. Martínez Menchón^a, J.J. Parra García^a, M. Segado Sanchez^a, D. López Martínez^a, F.J. Martínez Ortega^a, A.M. Victoria Martínez^a, M. Lova Navarro^a, E. García Martínez^a, A. López Mateos^a, J. Frías Iniesta^a, A.R. Corbalán Velez^a, A. Ramírez Andreu^b, A. Menasalvas Ruiz^c, S. Alfayate Miguélez^c, O. Montes Ares^d y P. Sánchez Pedreño Guillen^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Virgen de la Arrixaca. ^bHospital Reina Sofía. Servicios de ^cInfectología pediátrica y ^dInmunología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. La presencia de una misma enfermedad en tres generaciones es un reto diagnóstico para los profesionales encargados de su salud. Una misma enfermedad se expresa de forma diferente según el momento de la vida en la que comience, por lo que, cuando se trata de enfermedades de diagnóstico reciente puede retrasarse durante muchos años el diagnóstico y el tratamiento adecuado de los mismos.

Caso clínico. Presentamos el caso de una lactante con dermatitis atópica severa en la que se sospechó una inmunodeficiencia debido a la presencia de otomastoiditis y otitis media de repetición. Entre los antecedentes familiares destacaba la historia compleja del padre que había fallecido por complicaciones tras diagnóstico de linfoma T periférico y la de su abuelo paterno que recibía tratamiento por un linfoma cutáneo de células T. La niña fue tratada durante años con tratamientos tópicos e inmunoglobulinas endovenosas. Finalmente, la secuenciación completa de última generación junto con el estudio de segregación familiar permitió diagnosticarlos de inmunodeficiencia asociada a déficit de CARD 11.

Conclusiones. La mutación hipomórfica germinal en CARD 11 ha sido incluida recientemente al grupo de inmunodeficiencias asociadas a dermatitis atópica. CARD 11 codifica un complejo proteico de 1154 aminoácidos necesaria para el reconocimiento antigénico y activación de la vía NF-KB en linfocitos. Mutaciones en dicho gen se han asociado a diversos fenotipos en el que se incluyen atopia, infecciones respiratorias, autoinmunidad y linfoma.

3. ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO PROFESIONAL EN SANITARIOS: UNA PEQUEÑA EPIDEMIA

J.J. Parra García, M. Segado Sánchez, D. López Martínez, F.J. Martínez Ortega, A. López Mateos, E. García Martínez, A.M. Victoria Martínez, M. Lova Navarro, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, J. Frías Iniesta y P. Sánchez-Pedreño Guillén.

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Murcia. España.

Antecedentes y objetivos. El eccema alérgico de contacto no es una patología nueva en el ámbito sanitario. Sin embargo, en las últimas décadas se está detectando un aumento de la frecuencia de casos, así como un cambio en los componentes a los que los profesionales presentan sensibilización. Desde 2012 hemos observado una pequeña epidemia de dermatitis alérgica de contacto a los guantes de goma en nuestro medio hospitalario. Describimos los resultados de estos pacientes comparándolos con los descritos en la literatura.

Métodos: Junto a la historia clínica y los datos demográficos, se realizaron pruebas epicutáneas (series estándar y gomas [alérgenos Chemotecnique]), según los criterios del Grupo Español de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea, a los trabajadores sanitarios que consultaron en nuestro servicio por sospecha de dermatitis alérgica de contacto a guantes.

Resultados. Se estudiaron 14 pacientes, 10 mujeres y 4 varones. Las edades oscilaban entre 29 y 63 años (media de 48), siendo la mayoría (10 casos) de edades superiores a 45 años. Las profesiones sanitarias fueron: 8 enfermeras, 3 cirujanos, 1 traumatólogo, 1 neurorradiólogo intervencionista y 1 odontóloga. Cinco de los pacientes mostraron constitución atópica con presencia de dermatitis atópica concomitante. En la serie estándar fue positiva en los 14 pacientes, siendo 10 a mezcla carba (48%), 9 a la mezcla tiuran y 2 a la mezcla mercapto. La serie específica de gomas demostró positividad a grupo grupo Tiuran un 37 % de los resultados positivos corresponden a TETD (tetraetiltiuran disulfuro), otro 37% a TMTD (tetrametiltiuran disulfuro), el 16% a TMTM (tetrametiltiuran monosulfuro) y el 10% a PTD (dipentametiltiuran disulfuro). Los resultados del grupo carba fueron positivos para 1,3-difenilguanidina y ningún carbamato. En todos los casos se demostró relevancia presente para estos alérgenos. Los guantes propios se testaron en 6 casos, siendo todos negativos. Otras positividades encontradas fueron acrilatos (profesional de odontología), metales (níquel, cromo, cobalto, mercurio), neomicina, etilendiamina, isotiazolinonas, linool y metabisulfito sódico. La intradermorreacción a látex fue negativa en todos los casos. El diagnóstico final fue dermatitis alérgica de contacto de origen profesional en 14 casos. Otros diagnósticos concomitantes fueron dishidrosis en un paciente, psoriasis en dos y dermatitis atópica en cinco. La evolución de nuestros pacientes ha sido satisfactoria tras el suministro de guantes libres de acelerantes.

Conclusiones. Desde la introducción de la política “libre de látex” en el ámbito sanitario, se ha descrito un aumento de dermatitis de contacto por los guantes de goma debido al mayor contenido de acelerantes de la vulcanización. La mayoría de nuestros casos no habían mostrado dermatitis por los guantes previamente al cambio de la goma natural por goma sintética. Hemos observado predominio en la sensibilización a difenilguanidina en nuestros pacientes, como refiere la literatura, dada la mayor utilización de este alérgeno en sustitución del grupo tiuran. La rehabilitación secundaria se ha conseguido en nuestros pacientes mediante el uso de guantes libres de acelerantes (policloropreno, neopreno o vinilo).

4. “CUANDO LA PISTA ESTÁ EN EL BOTE...”

J. Cruaños Monferrer, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, M. I. Úbeda Clemente, J. Hernández-Gil Sánchez, J. Ruiz Martínez, A. Ramírez Andreo, E. Cutillas Marco, 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.

Caso clínico. Presentamos un caso clínico de paciente varón de 72 con ampollas en áreas fotoexpuestas de al menos 5 años de evolución, en cuya orientación diagnóstica fue clave la coluria, cuyo estudio bajo luz de Wood mostró fluorescencia rojo-rosada. Asimismo, las serologías de ETS demostraron una infección activa por VHC. El diagnóstico final fue de porfiria cutánea tarda, la cual es el tipo de porfiria más frecuente, en el 90% de los casos adquirida y debido a una infección activa por VHC o a hábito enólico, entre otras hepatopatías. El tratamiento etiológico en pacientes con VHC, a través de los agentes antirretrovirales, es fundamental para tratar la causa de las lesiones cutáneas, que desaparecen de manera relativamente rápida debido a que el virus deja de ejercer una acción

inhibidora frente a la enzima uroporfirinógeno descarboxilasa y se normalizan los niveles séricos de porfirinas.

5. ¿QUÉ ES EL SHELLAC?

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

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

Introducción. El shellac es una resina producida por un insecto originario del sudeste asiático con múltiples usos y que es una causa conocida de queratitis y eccema alérgico en párpados por su uso en barras de labios y máscaras de pestañas. A pesar de que tiene otros usos, no se han descrito casos de eccema alérgico en relación con otras exposiciones.

Casos clínicos. Presentamos dos casos clínicos de eccemas alérgicos de contacto por shellac en dos trabajadoras de la industria alimentaria. En un caso en relación con su uso para el glaseado de golosinas y el otro relacionado con su uso como cera para limones.

Discusión. El shellac es muy usado en la industria alimentaria, donde está clasificado como E904. Esta fuente de exposición puede explicar casos de pruebas epicutáneas positivas a shellac que no se han podido relacionar con la exposición en cosméticos y puede representar una fuente de sensibilización oculta. Se precisan estudios amplios con este alérgeno para poder establecer de una forma correcta su relevancia teniendo en cuenta otras posibles fuentes de exposición.

6. RECAÍDA EN PIEL DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

C. Campoy Carreño^a, S. Ortiz Reina^b, F. Alarcón Soldevilla^a, T. A. Hernández Gómez^a, J. Pardo Sánchez^a, L.F. Javier Ruffín Villaoslada^a, F. Allegue Gallego^a y Á. López Ávila^a

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario "Santa Lucía y Santa María del Rosell". Cartagena. Murcia.

Introducción. La leucemia cutánea aleucémica es una patología de muy baja incidencia, con ligero predominio en el sexo masculino, que se manifiesta principalmente con múltiples pápulas y nódulos eritematovioláceos indoloros más frecuentemente en tronco y miembros superiores. Sin tratamiento la mayoría se transforman en LMA en un plazo aproximado de 12 meses, por lo que es esencial un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento y seguimiento.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente varón de 31 años que visitó el Servicio de Dermatología en mayo de 2021 por lesión cutánea única de crecimiento progresivo desde diciembre de 2019 en región anterior del brazo derecho. Como antecedente personal destacaba que en el año 2017 fue diagnosticado de LMA recibiendo QT y alotrasplante de MO quedando en remisión.

Discusión. Se mostrará el diagnóstico diferencial histológico de lesiones clínicamente compatibles con leucemia o linfomas cutáneos, destacando el papel fundamental de las tinciones con inmunohistoquímica y de los distintos marcadores relevantes para descartar o confirmar diversos diagnósticos diferenciales. Comentaremos también las características fundamentales de la leucemia cutis aleucémica, así como las consideraciones que se tuvieron en cuenta para finalmente diagnosticar al paciente de dicha patología.

Conclusiones. La leucemia cutis aleucémica es una patología muy infrecuente, lo que tiene sus consiguientes retos diagnósticos y terapéuticos. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, haciendo imprescindible que exista una alta sospecha diagnóstica y un buen respaldo por parte del servicio de Anatomía Patológica.

7. UNA SERIE DE RECIDIVAS ATÍPICAS

M. Segado Sánchez, J.A. Guardiola Olmos, D. López Martínez, F.J. Martínez Ortega, J.J. Parra García, A. López Mateos, E. García Martínez, M. Lova Navarro, A.M. Victoria Martínez, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, J.F. Frías Iniesta y P. Sánchez-Pedreño Guillén

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. El virus varicela zóster (VVZ), latente en los ganglios dorsales espinales tras la varicela, se reactiva ante fallos de la inmunidad celular. El zóster típico se limita a uno o dos dermatomas; no obstante, puede afectar más, o no seguir una distribución metamérica (tipo varicela). Presentamos tres casos de zóster atípico.

Casos clínicos. Caso 1: varón de 7 años, trasplantado de médula ósea, con epigastralgia refractaria a analgesia. A los dos días debutó con un exantema polimorfo generalizado y febrícula, con serología previa de VVZ positiva. Por endoscopia se evidenció una gastritis erosiva difusa. Finalmente, la PCR fue positiva para VVZ en piel, plasma y mucosa gástrica, mejorando rápidamente con aciclovir. El zóster visceral suele afectar pulmones, sistema nervioso, hígado y dar complicaciones hemorrágicas, con una elevada mortalidad. La clínica digestiva (rara) suele ser precoz, retrasando el diagnóstico. Caso 2: varón de 82 años, trasplantado renal, con un exantema vesículo-papuloso "en cielo estrellado", tres días después de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Pfizer). A pesar de antecedente serológico de varicela, se realizó PCR de VVZ que fue positiva. Entre los múltiples desencadenantes del zóster, se han descrito también las vacunas contra la COVID-19, siendo este incluso el efecto adverso más frecuente de la vacuna de Pfizer. Caso 3: varón de 75 años, trasplantado renal, con dolor intenso en miembros inferiores y lesiones purpúricas, costrosas, simétricas, desde el pie a tercio proximal de la tibia. En el dorso del pie se evidenciaba una agrupación vesicular zosteriforme que conllevó una PCR de VVZ que resultó positiva. El dolor mejoró tras iniciar aciclovir. El zóster multimetamérico, infrecuente, es excepcional en zonas no contiguas (< 0,1%). Se conoce como dúplex o múltiplex, unilateral o bilateral, asimétrico o simétrico. Esto último es anecdótico y solo hemos encontrado otro caso igual al nuestro en la bibliografía.

Conclusiones. Debemos sospechar VVZ ante un exantema variceliforme (pese a infección previa), vesículas agrupadas en contexto de otras lesiones, o un dolor refractario a analgesia, especialmente en caso de inmunodepresión celular. El tratamiento precoz permite una rápida resolución del cuadro mejorando el pronóstico.

8. DIAGNÓSTICO INFRECLENTE PERO UN GRAN RETO CON EL BISTURI

D. López Martínez^a, F.J. Martínez Ortega^a, J.J. Parra García^a, M. Segado Sánchez^a, E. García Martínez^a, A. López Mateos^a, M. Lova Navarro^a, A.R. Corbalán Vélez^a, T. Martínez Menchón^a, A.M. Victoria Martínez^a, J.F. Frías Iniesta^a, B. Febrero Sánchez^b, M.E. García Solano^c y P. Sánchez-Pedreño Guillén^a

Servicios de ^aDermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, ^bCirugía General y Digestivo y ^cAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor cutáneo maligno que tiene origen en las células mesenquimales de la dermis/hipodermis. Es poco frecuente, presentándose en adultos jóvenes de mediana edad, con cierta predilección por el sexo masculino. Suele presentarse como con una placa indurada o "cicatriz" de color rojo azulado localizada principalmente en tronco, sobre la que protruyen nódulos de aspecto violáceo. A continuación, se procede a exponer un caso clínico.

Casos clínicos. Caso 1: varón de 42 años derivado de las consultas de atención primaria por aparición de lesión cutánea de dos años de

evolución. Como antecedentes el paciente era fumador de 15 paquetes-año y refería traumatismo previo con una barra de hierro en la zona de la lesión cutánea. A la exploración física una placa infiltrada, eritematoviolácea de bordes mal definidos, sobre la que protuyen una serie de nódulos de aspecto y consistencia fibrosa de un color violáceo. Se realizó una biopsia mediante "punch" cutáneo. Al microscopio se observó una proliferación de células fusiformes que seguían un patrón arremolinado o "estoriforme", positivas para CD34+, por lo que se realizó el diagnóstico de dermatofibrosarcoma protuberans. En cuanto al tratamiento, se realizó una cirugía de Mohs diferida. Caso 2: varón de 52 años derivado desde teledermatología por crecimiento de una lesión que presentaba hace 10 años. A la inspección se observaba una placa a nivel inguinal, de 8 cm de diámetro máximo, infiltrada, de bordes bien definidos, de color eritematoso con nódulos fibrosos de color violáceo en su interior. Ante la sospecha de una lesión tumoral maligna se realizó una biopsia excisional profunda (incluyendo tejido celular subcutáneo y fascia muscular). Al microscopio se observó un infiltrado dérmico de células fusiformes que seguían un "patrón en sandwich" que infiltraba tejido celular subcutáneo y grasa perimuscular, además de encontrar células CD 34+, realizándose el diagnóstico de dermatofibrosarcoma protuberans. Se realizó una exéresis con márgenes de 3 cm y resección de la adenopatía (que fue negativa para malignidad).

Discusión. El dermatofibrosarcoma protuberans es un sarcoma cutáneo que posee una elevada tasa de recidivas locales posquirúrgicas. De ahí la importancia de realizar una cirugía amplia y obtener márgenes libres de infiltración tumoral. El seguimiento también cobra especial importancia para detectar la recidiva en la mayor brevedad posible. Se recomienda realizar revisiones semestrales en los 5 primeros años, y cada año posterior a los 10 años de seguimiento.

9. ABSCEOS SUBCUTÁNEOS FRÍOS EN MIEMBROS INFERIORES: UN FINAL ESPERADO

J.F. Orts Paco^a, J. Navarro Pascual^a, J. Cruañes Monferrer^a, J. P. Serrano Serra^a, E. Cutillas Marco^a, B. Ferri Níguez^b, A. Ramírez Andreo^a, J. Hernández-Gil Sánchez^a, M.I. Úbeda Clemente^a, J. Ruiz Martínez^a, M. Dolores Ruiz Martínez^a, C. Soria Martínez^a, C. Brufau Redondo^a y M.E. Giménez Cortés^a

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Caso clínico. Mujer de 20 años que consultó por una lesión en cara interna de tobillo derecho de una semana de evolución. Refería sensación distérmica y malestar general. Negaba traumatismos en la zona o picaduras de insecto. En la exploración física se objetivó una placa eritematoviolácea fluctuante supramaleolar derecha con discreto aumento de temperatura local en la zona. No se objetivaron signos de pie de atleta ni adenopatías locorreregionales. Inicialmente se realizó drenaje y cultivo microbiológico, cuyo resultado fue negativo. Posteriormente, en la placa aparecieron úlceras en sacabocados, por lo que se realizó biopsia, radiografía de tórax y analítica con estudio de autoinmunidad, perfil pancitítico y coagulación. La analítica y la radiografía mostraron hallazgos dentro de la normalidad. La biopsia cutánea mostraba hiperplasia epidérmica, tejido de granulación con inflamación aguda profunda que afecta a tejido adiposo subcutáneo y crónica perivascular inespecífica. Con técnicas de Ziehl-Neelsen, Giemsa, Gram y PAS no se objetivaron microorganismos. Se instauró tratamiento con deflazacort, con mejoría del cuadro. Sin embargo, pocas semanas después aparecieron nuevas lesiones nodulares eritematosas en miembros inferiores y se decidió realizar nueva biopsia que mostró un infiltrado inflamatorio agudo en dermis y, más intenso, en hipodermis, con granulo-

mas y vasculitis. La inmunofluorescencia directa fue negativa. Las técnicas de microorganismos fueron negativas. Se solicitó analítica con determinación de calprotectina fecal, que evidenció un resultado alterado (157 µg/g). Fue estudiada por Aparato Digestivo, realizándose una colonoscopia que objetivó a nivel de polo cecal, una lesión pseudopolipoide ulcerada en superficie que se biopsió, evidenciándose una mucosa colónica con inflamación crónica de tipo folicular con actividad aguda y exocitosis de neutrófilos en glándulas, hallazgos compatibles con enfermedad de Crohn. Se llegó al diagnóstico de enfermedad de Crohn metastásica, instaurándose tratamiento con azatioprina con excelente respuesta.

Discusión. La enfermedad de Crohn metastásica es una entidad muy infrecuente, constituyendo una manifestación cutánea extraintestinal de tipo específico, con lesiones similares a las digestivas, pero sin contigüidad con las mismas. Puede afectar al área genital, presentándose con hinchazón fundamentalmente y al área cecal, en forma de pápulas, placas, nódulos o incluso úlceras. Lo habitual es que el cuadro digestivo preceda al cutáneo. El diagnóstico diferencial es muy amplio incluyendo enfermedades granulomatosas y no granulomatosas. Es fundamental realizar biopsia, estudio microbiológico, radiografía de tórax y prueba de tuberculina. El tratamiento incluye corticosteroides, metronidazol, azatioprina, ciclosporina o fármacos biológicos.

10. UN TATUAJE YATROGÉNICO

J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, J. Cruañes Monferrer, J. Ruiz Martínez, M.I. Úbeda Clemente, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, M.D. Ruiz Martínez, C. Soria Martínez, C. Brufau Redondo y M.E. Jiménez Cortés

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

Caso clínico. Mujer de 66 años de edad con antecedentes de, DM, HTA, accidente isquémico transitorio y tromboflebitis que acude a consultas de dermatología por presentar, desde hacía varios meses una lesión hiperpigmentada en el antebrazo izquierdo. La lesión apareció tras la administración de un preparado de hierro intravenoso durante un ingreso por una TVP, debido a que se objetivó un nivel bajo de hemoglobina. La lesión consistía en una mancha hiperpigmentada homogénea, color ocre, de unos 12 cm de diámetro mayor, ubicada en el dorso del antebrazo izquierdo, localizada en el área cercana a la vena cefálica del antebrazo. En la dermatoscopia se observó que la lesión presentaba una pigmentación homogénea. No se objetivaron criterios compatibles con lesión melanocítica. Se realizó biopsia cutánea en la que se observó una epidermis sin alteraciones relevantes. Se describió elastosis en dermis papilar, así como discreta inflamación crónica con presencia intersticial de macrófagos pigmentados tipo hemosiderófagos en todo el espesor dérmico, detectados mediante la tinción de Perls. Así pues, dada la correlación clínico-patológica de la lesión, el diagnóstico establecido fue de siderosis dérmica secundaria a extravasación de hierro intravenoso. Se informó a la paciente de la naturaleza benigna del proceso y de la baja probabilidad de que este progresara o remitiera de forma espontánea, ya que esta patología es un cuadro de difícil tratamiento y tendencia a la cronicidad.

Discusión. La siderosis cutánea es una discromía exógena, en la que se produce depósito de hierro en la dermis y tejido celular subcutáneo, dando lugar a lesiones tipo mácula o manchas hiperpigmentadas. La principal causa de este cuadro es la dermatitis de estasis venoso, aunque también se ha descrito tras la administración de preparados de hierro por vía intravenosa, intramuscular e, incluso, oral. Se han utilizado para el manejo de esta patología láseres tipo *Q-Switched*, también de utilidad para la eliminación de tatuajes decorativos, aunque las características clínicas e histológicas de la siderosis le confieren una peor respuesta en comparación con estos. Es importante que los pacientes comprendan la benignidad del cua-

dro, así como la naturaleza no autorresolutiva de este, para que, en caso de desear un tratamiento, acudan a un centro dermatológico que disponga de láseres adecuados.

11. LA DELGADA LÍNEA ENTRE EL BIEN Y EL MAL

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

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El término pseudolinfoma cutáneo (PLC) engloba un grupo de trastornos linfoproliferativos de la piel que pueden simular tanto clínica como histológicamente linfomas malignos cutáneos.

Caso clínico. Presentamos un varón de 58 años sin antecedentes de interés que consulta por lesiones faciales asintomáticas de 2 años de evolución. Es trabajador del campo y ha trabajado de camionero. Refiere múltiples picaduras de insectos a lo largo de su vida, incluyendo garrapatas. A la exploración se objetivan dos placas eritematovioláceas infiltradas en puente nasal y en región zigomática derecha, así como una lesión similar en brazo izquierdo. No se palpan adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. La analítica muestra hipergammaglobulinemia discreta sin pico monoclonal, factor reumatoide ligeramente elevado y anti- β -2 elevada. Las se-

rologías de VIH, VHB, VHC, lúes y *Borrelia burgdorferi* son negativas. Se realiza una biopsia de las tres placas, en las que se observa un denso infiltrado de predominio plasmocitario con eosinófilos, foliculocéntrico, que conforma centros germinales y se distribuye de forma parcheada. El estudio inmunohistoquímico muestra expresión de CD3 y CD5, una relación CD4/CD8 normal y presencia de cadenas κ y λ . El estudio de biología molecular detecta la presencia de un pico clonal de 261pb en las regiones V-JA del gen TCR β . Se realiza una tomografía computerizada toracoabdominal, que no evidenció la presencia de adenopatías a ningún nivel. Con el diagnóstico de PLC, el paciente recibe tratamiento con imiquimod tópico e infiltraciones con acetónido de triamcinolona, con discreta mejoría.

Discusión. Un PLC es una proliferación linfoide benigna que puede ser de estirpe B (más frecuentes) o T, de patogénesis no esclarecida. El linfocitoma cutis (LC) es el PLC más frecuente, localizado habitualmente en cara y cuello y asociado clásicamente a infección por *Borrelia burgdorferi*, al igual que ocurre en la acrodermatitis crónica atrófica, otro tipo de PLC. En ocasiones en los sitios de vacunación y en las picaduras de artrópodos ocurre una respuesta inflamatoria intensa que mimetiza un linfoma cutáneo. El tratamiento de los PLC debe ser conservador, ya que puede resolverse espontáneamente. Los corticoides tópicos e intralesionales, la exéresis simple, la radioterapia o el uso de antibioterapia en caso de infección por *Borrelia* son otras opciones.

Conclusión. Los PLC son un grupo de enfermedades cuya etiología confusa y respuesta heterogénea al tratamiento confiere una importancia crucial al seguimiento del paciente y a la concordancia clínico-patológica.