



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XXIV Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Murcia, 8 de junio de 2018

1. EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE DUPILUMAB EN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE RESISTENTE A OTROS TRATAMIENTOS PREVIOS

E. García Martínez, A. Ramírez Andreo, J. Ruíz Martínez, M.I. Úbeda Clemente, T. Amanda Hernández Gómez, T. Salas García y C. Brufau Redondo

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

Introducción. La dermatitis atópica se trata de una patología de gran impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados. Aquellos con lesiones generalizadas y graves refractarios a tratamientos sistémicos disponían de pocas opciones terapéuticas. Recientemente están apareciendo nuevas moléculas biológicas con resultados esperanzadores.

Caso clínico. Varón de 43 años en seguimiento desde 2014 por una dermatitis atópica. Como antecedentes destacaba una rinitis y asma extrínseco. Presentaba lesiones eczematosas muy pruriginosa con buena respuesta inicial a corticoides tópicos y orales, pero con recidivas frecuentes y cada vez más sintomáticas. Recibió múltiples tratamientos sistémicos con escasos resultados: micofenolato de mofetilo, azatioprina, omalizumab, ciclosporina A, metrotexato, inmunoglobulinas intravenosas, incluso terapias biológicas como ustekinumab y rituximab. En última instancia, se intentó tratamiento con dupilumab, obteniendo una gran mejoría tanto subjetivamente como en las escalas de valoración. Se obtuvo un descenso del DLQI de 30 al inicio a 18 en la última visita (llegando incluso a 6), en la escala EVA de prurito pasó de 10 a 4 y, por último, un descenso en el SCORAD de 61 a 18.

Discusión. El dupilumab es un anticuerpo que actúa contra la subunidad alfa del receptor de IL-4 e IL-13. En estudios ha mostrado eficacia en pacientes con dermatitis atópica moderada-grave, con o sin la administración de corticoides tópicos. Presentamos el caso de un paciente con dermatitis atópica grave que tras 5 meses de administración del fármaco ha presentado una reducción mayor del 50% en las escalas SCORAD y EVA-P y casi del 50% en el DLQI, sin observarse ningún efecto secundario. Las terapias biológicas han supuesto un gran avance en el abordaje terapéutico y, en el caso de la dermatitis atópica supone una esperanzadora opción en aquellos pacientes con cuadros más graves y con alto impacto en la calidad

de vida. Sin embargo, es importante ver la continuidad en el tiempo de dicha eficacia, así como la seguridad.

2. VASCULITIS LEUCOCITOCÍSTICA: CUANDO LA PIEL ES LA CLAVE

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

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

Introducción. La granulomatosis con poliangeítis o granulomatosis de Wegener es una vasculitis necrotizante que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. Típicamente produce una inflamación granulomatosa de las vías aéreas superiores e inferiores, siendo común la afectación renal. Los hallazgos cutáneos son inconstantes y aparecen en la mitad de los pacientes, encontrándose como forma de presentación en menos del 10%.

Caso clínico. Mujer de 27 años, natural de Marruecos, que consultó por lesiones pruriginosas de inicio en tobillos y posterior extensión a tronco, miembros superiores y mucosa oral, además de artralgias y astenia. Como antecedentes personales de interés, se encontraba en estudio por condensaciones y lesiones pulmonares cavitadas desde hacía 5 años. A la exploración física presentaba vesículas y ampollas hemorrágicas, erosiones y costras, localizadas en cuero cabelludo, tronco y extremidades, más intensas en zonas acras; junto con aftas en mucosa yugal y paladar. En la analítica destacaban leucocitosis con neutrofilia, anemia y trombocitosis; sedimento urinario con proteinuria, hematuria y leucocituria. La biopsia cutánea mostró necrosis epidérmica y signos de vasculitis leucocitocística. El estudio de autoinmunidad fue positivo para c-ANCA. Se realizó TACAR de tórax, que evidenció progresión de las lesiones pulmonares. En el transcurso del proceso diagnóstico la paciente presentó lesiones en ambas manos, compatibles con un fenómeno de Raynaud secundario. Con estos datos se realizó el diagnóstico de granulomatosis de Wegener. Inicialmente se trató con prednisona oral, planteándose tras el diagnóstico el inicio de rituximab, aunque finalmente se decidió azatioprina más dosis bajas de corticoides al quedar embarazada la paciente, con buen control de la enfermedad.

Discusión. Aproximadamente la mitad de los pacientes con Wegener presentan manifestaciones cutáneas, siendo la más frecuente la vasculitis leucocitoclástica (70%) en forma de púrpura de miembros inferiores, que puede acompañarse de necrosis y ulceración. Mucho más raras son las lesiones cutáneas específicas (infiltrado granulomatoso rodeando zonas de necrosis en la biopsia), que suelen presentarse como papulonódulos de centro necrótico y distribución simétrica en el tronco y las extremidades. Presentamos el caso de una paciente con sintomatología respiratoria crónica, en la que la afectación cutánea fue la clave para un adecuado enfoque diagnóstico.

3. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN URGENCIAS DE DERMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO (2015-2017)

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

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

Introducción. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un motivo de consulta creciente en nuestro medio. El objetivo de este trabajo es describir y analizar las características epidemiológicas, conductuales, clínicas y microbiológicas de los pacientes vistos por los residentes de dermatología en urgencias.

Métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico realizado en una consulta de urgencias dermatológicas de un hospital terciario entre 2015 y 2017. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y conductuales mediante entrevista personal con el paciente

Resultados. Se estudiaron 97 pacientes, de los cuales fueron 69,1% varones, con una media de edad de 31 años. Los motivos de consulta más prevalentes fueron: condilomas (39%), herpes genital, tanto primoinfección (24%) como recurrencias (13%), moluscum contagiosum (9%) y sífilis primaria (4%) y secundaria (6%).

Conclusión. En nuestra consulta de urgencias de dermatología encontramos un alto porcentaje de infecciones de transmisión sexual que proceden sobre todo de varones jóvenes. No encontramos subgrupos de riesgo especiales ya que son pocos los datos recogidos sobre homosexualidad y VIH, aunque se aprecia una asociación con coinfección por más de una infección de transmisión sexual en estos pacientes. La ITS más frecuente a nivel mundial es la infección por el virus del papiloma humano. Esta fue el principal motivo de derivación a nuestra consulta. Debemos mejorar el control de curación de sífilis, ya que en la mayoría de los casos se recomendaba seguimiento por su médico y este no se realizaba. La identificación de la infección y tratamiento de los pacientes y sus parejas es fundamental para evitar complicaciones y la transmisión de la enfermedad. Pueden cursar de forma asintomática pero desarrollar complicaciones graves, lo cual da importancia al cribado y estudio de contactos.

4. CIRUGÍA CON CONTROL CIRCUNFERENCIAL COMPLETO DE MÁRGENES PERIFÉRICO Y PROFUNDO: UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA DE MOHS

J. Manuel Ródenas-López, A. Peña-García, P. Mercader-García, B. Pérez-Suárez, R. Rojo-España, I. Ballester-Nortes y F. de León-Marrero

Sección de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. El objetivo principal en cirugía oncológica cutánea es conseguir la extirpación completa de la lesión con los márgenes de seguridad adecuados. Además, se debe intentar conservar la funcionalidad de las estructuras en vecindad y procurar los mejores resultados estéticos posibles. La cirugía de Mohs es la técnica más habitual para conseguirlo. No obstante, debido a múltiples factores (aprendizaje, coste, disponibilidad), no siempre está accesible.

Métodos. La cirugía con control circunferencial completo de márgenes periférico y profundo está reconocida como una alternativa válida.

Resultados. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica.

5. ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4

M. Lova Navarro^a, A. Minguela Puras^b, M. Ortuño Moreno^c, T. Martínez Menchón^a; A.M. Victoria Martínez^a; R. Corbalán Vélez^a, J. Martínez Escribano^a, A. Clemente Valenciano^a, J.F. Frías Iniesta^a y P. Sánchez Pedreño^a

^aServicio de Dermatología. ^bDepartamento de Inmunología.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Caso clínico. Mujer de 66 años referida a la consulta de dermatología por un edema palpebral izquierdo asociado a exoftalmos de cinco meses de evolución. En la resonancia magnética se observó edema de los músculos intraconales con aumento de su volumen y proptosis secundaria del globo ocular izquierdo. Ante la sospecha clínica de una enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) se planteó la necesidad de realizar una biopsia, pero se desestimó por el riesgo de complicaciones, solicitando el valor sérico de IgG4, resultando normal, y la cifra de plasmablastos en sangre periférica, cuyo resultado fue de 2725 plasmablastos/ml. La suma del criterio clínico y los valores elevados de plasmablastos en sangre nos llevó a pensar en una posible ER-IgG4 orbitaria. Solicitamos un PET-FDG con el fin de detectar posibles focos asintomáticos de compromiso multiorgánico de ER-IgG4 encontrando un nódulo pulmonar subpleural en el lóbulo inferior del pulmón derecho que mostraba un incremento patológico SUVmax 8.8. Solicitamos una biopsia con aguja gruesa (BAG), llegando al diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de pulmón. A continuación se practicó una lobectomía inferior derecha con un nuevo análisis anatomopatológico, confirmando el diagnóstico e informándose los márgenes quirúrgicos y los ganglios linfáticos resecaados libres de tumor. Transcurridas seis semanas de la intervención se resolvió tanto el edema palpebral izquierdo asociado a exoftalmos.

Discusión. La ER-IgG4 es una entidad fibroinflamatoria cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos (disfunción y edema del órgano afectado), histopatológicos (fibrosis estoriforme e infiltrado linfoplasmocitario rico en células plasmáticas IgG4) y analíticos (IgG4 sérica mayor de 135 mg/dl), siendo el diagnóstico definitivo cuando existe la concurrencia en un mismo paciente de los tres criterios.

Comentario final. Pensamos que la determinación de la cifra de plasmablastos en sangre pudiera ser un criterio diagnóstico auxiliar cuando nos encontremos ante pacientes con sospecha clínica elevada de ER-IgG4 y que presentan un valor de IgG4 normal. Es conveniente la realización de PET-FDG en aquellos pacientes con diagnóstico reciente de ER-IgG4 y que muestren una gran actividad, ya que la aparición de tumores malignos es significativamente más frecuente en el primer año después del diagnóstico de ER-IgG4. La resolución de las manifestaciones clínicas de la ER-IgG4 en la paciente tras el tratamiento quirúrgico del tumor subyacente y sin la necesidad de utilizar esteroides u otros inmunosupresores apoya la posibilidad de que estemos ante un posible síndrome paraneoplásico.

6. ESCLEREDEMA Y PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO GANGLIONAR

P. Mercader García, R. Rojo España, F. de León Marrero, B. Pérez Suarez, J. Manuel Rodenas López, N. Navarro Martínez^a y A. Peña García

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción. El escleredema es una enfermedad poco frecuente en la que se observa un engrosamiento difuso de la piel con mínimos cambios histológicos que pueden pasar desapercibidos fácil-

mente al estudiar la biopsia. Esta enfermedad se ha relacionado fundamentalmente con infecciones de tracto respiratorio superior, diabetes mellitus o gammopatía monoclonal, pero no hay ningún caso descrito relacionado con pseudotumor inflamatorio ganglionar. **Caso clínico.** Mujer de 43 años con antecedentes de uveítis y diabetes mellitus, que acudió a consulta por un engrosamiento difuso de la parte superior del tronco y la cara, con prurito asociado, compatible clínicamente con escleredema. Además, presentaba unos nódulos subcutáneos en tronco y cuello asintomáticos que se extirparon, al realizar el estudio histopatológico se comprobó que esos nódulos eran ganglios linfáticos y se realizó un diagnóstico inicial de pseudotumor inflamatorio ganglionar. En un estudio posterior se comprobó que en esos ganglios había un aumento de células plasmáticas IgG4+, por lo que el diagnóstico final fue de una enfermedad relacionada con la IgG4 ganglionar.

Discusión. El diagnóstico de pseudotumor inflamatorio es un cajón de sastre que engloba diversas entidades caracterizadas por un infiltrado inflamatorio junto a un estroma hialinizado y colágeno. Sin embargo, recientemente se ha descrito que la mayoría de los pseudotumores inflamatorios son en realidad una manifestación de la enfermedad relacionada con la IgG4. Esta enfermedad se caracteriza por un aumento de las células plasmáticas IgG4 en los tejidos con fibrosis y se ha descrito en múltiples órganos. Muchas enfermedades; como formas de pancreatitis autoinmune, el tumor de Kuttner o el síndrome de Mikulicz, han demostrado ser variantes clínicas de la enfermedad relacionada con la IgG4. No hay ningún caso descrito hasta el momento de escleredema relacionado con la enfermedad relacionada con la IgG4, pero en las dos enfermedades hay un engrosamiento de la matriz extracelular por lo que es posible que el origen de las dos enfermedades sea similar.

XXV. Reunión de la sección territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Cartagena. 23 de noviembre de 2018

1. MORFEA Y LIQUEN ESCLEROATRÓFICO EXTRAGENITAL INDUCIDO POR RADIOTERAPIA

A.M. Victoria Martínez, M. Lova Navarro, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, J. Martínez Escribano, B. Ferri Níguez^a, A. Clemente Valenciano, J. Frías Iniesta y P. Sánchez-Pedreño Guillén

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 53 años con el antecedente de carcinoma en mama izquierda tratado con cirugía y radioterapia (RT) 9 años antes, que consulta por la aparición progresiva de una placa indurada e hiperpigmentada en pliegue inframamario izquierdo. La paciente refería la aparición sincrónica de pequeñas máculas redondeadas e infracentimétricas, confluentes, de coloración blanquecina y nacarada en cuadrante superointerno de la misma mama. Los dos tipos de lesiones se encontraban en la zona tratada con RT. Se realizó biopsia de cada una de las lesiones, siendo la histología de la lesión inframamaria compatible con morfea evolucionada y la de las máculas blanquecinas encuadrable en un liquen escleroatrófico (LEA).

Discusión. La morfea postradioterapia (MPR) es una complicación poco frecuente, que aparece en el área radiada después del tratamiento del cáncer, generalmente de mama. Inicialmente puede simular una celulitis, recurrencia de la neoplasia o radiodermatitis crónica. No se han asociado factores predisponentes que puedan

predecir el desarrollo de morfea tras RT. Se han descrito lesiones de morfea más allá de la zona radiada, hasta en un 20% de los casos. Frecuentemente aparece en el primer año tras el tratamiento con RT, pero se han documentado casos hasta 32 años después. Se manifiesta bruscamente con una fase inflamatoria con placa en el área radiada generalmente dolorosa, de rápido crecimiento, eritematosa o violácea, que progresa a placa indurada y pigmentada. Estos cambios finalmente producen retracción y reducción de la mama, aunque la glándula no se afecta. En cuanto a la patogénesis se desconoce el mecanismo que lo produce, aunque se piensa que la RT puede inducir la formación de neoantígenos y promover una respuesta inmunológica mediada por células T. Tampoco se sabe por qué la mayoría de los casos se localizan en la mama, pero quizá se debe a la presencia de abundante tejido graso y dosis recibida en la piel suprayacente. Mucho menos frecuente son los casos de liquen escleroso y atrófico extragenital inducido por radioterapia. El fenómeno de Koebner podría justificar la aparición de lesiones en zonas previamente irradiadas como en nuestro caso.

Conclusiones. La morfea y el LEA comparten algunas características clínico-patológicas, y por ello algunos autores creen que podría tratarse de entidades emparentadas, e incluso de dos presentaciones distintas de una misma enfermedad. La coexistencia de ambos tipos de lesiones en el paciente que presentamos iría también a favor de la estrecha relación entre ambos procesos.

2. LAS DIVERSAS CARAS DE UNA VIEJA CONOCIDA

Á. López Ávila, A. Ortiz González^a, F. Alarcón Soldevila, E. Abbad Asensio, J. Pardo Sánchez, F. Allegue Gallego y L.F.J. Ruffin Villaeslada

Servicio de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario "Santa Lucía y Santa María del Rosell". Cartagena. Murcia. España.

Introducción. La sífilis muestra una gran expresividad clínica por lo que se le ha considerado una de las grandes simuladoras de la Dermatología y plantea un amplio diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Presentamos cuatro casos de lúes vistos en el Servicio de Dermatología en los últimos dos años. Se exponen sus manifestaciones clínicas, coinfecciones, histología, datos serológicos así como evolución de los mismos tras tratamiento.

Discusión. Se mostrará el diagnóstico diferencial de la sífilis primaria, según diversas características del chancro. Asimismo, el secundarismo luético tiene un gran polimorfismo clínico que se mostrará y que ha dado a la sífilis el nombre de "gran simuladora". Comentaremos los diversos períodos de la sífilis así como su historial natural, los aspectos a considerar en las serologías reagínicas y treponémicas, el tratamiento recomendado según el período de la sífilis así como tener presente la posibilidad de neurosífilis ante manifestaciones oculares, óticas o neurológicas.

Conclusiones. Se hace necesario pensar en la posibilidad de sífilis en numerosos cuadros cutáneos dada la gran expresividad clínica de esta infección por lo que la petición de serologías luéticas debería incorporarse en nuestra práctica clínica rutinaria para así realizar un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible.

3. DERMATITIS DE CONTACTO SISTÉMICA POR ORTODONCIA

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

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

Introducción. La corrección del mal alineamiento dental mediante ortodoncias es un procedimiento cada vez más frecuente. En las

ortodoncias se usan diversos materiales que son susceptibles de provocar sensibilización, sin embargo la presencia de cuadros de estomatitis o dermatitis de contacto son excepcionales.

Caso clínico. Varón de 31 años con antecedentes personales de atopía, que acude a consulta por un brote de lesiones papulocostrosas en tronco y extremidades muy pruriginosas, que en un primer momento no relacionaban con ningún desencadenante claro. Las lesiones cursaban en brotes y eran resistentes al tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, presentando pruebas epicutáneas positivas con el sulfato de níquel (++D2, +++ D4). De forma retrospectiva el paciente pudo relacionar sus lesiones con la colocación de una ortodoncia, presentando lesiones más intensas cuando aparecían úlceras en la boca por el roce con los brackets. Las lesiones se resolvieron cuando se retiró la ortodoncia.

Discusión. La dermatitis de contacto sistémica por níquel es una complicación muy poco frecuente de las ortodoncias. La mayoría de pacientes sensibilizados al níquel toleran bien las ortodoncias de metal en la boca e incluso hay autores que postulan que pueden tener un papel protector en el desarrollo de dermatitis de contacto al inducir tolerancia inmunológica. En nuestro caso la presencia de úlceras pudo aumentar la absorción del níquel y contribuir a la aparición de las lesiones.

4. ANGIOSARCOMA. UN LOBO CON PIEL DE CORDERO

M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Cruaños Monferrer, J. Hernández-Gil Sánchez, J. Ruiz Martínez, T. Salas García, A. Ramírez Andreo, C. Soria Martínez, M.D. Ruiz Martínez, M.E. Giménez Cortés, E. Cutillas Marco, C. Brufau Redondo, N. Lacasa Pérez^a y E. Poblet Martínez^b

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

Introducción. Un angiosarcoma es una neoplasia maligna derivada del endotelio vascular, que representa menos del 1% de todos los sarcomas, más frecuente en hombres de edad media o avanzada. El pronóstico es malo, con una supervivencia inferior al 15% a los 5 años.

Caso clínico. Mujer de 79 años que acudió por lesión dolorosa en pabellón auricular derecho de 2 meses de evolución. Había sido valorada en varias ocasiones con diagnóstico de herpes zóster, pero ante empeoramiento a pesar de tratamiento se derivó a nuestro servicio. Presentaba tumoración eritematosa, de aspecto vesículo-ampollosa en concha auricular. Se realizó biopsia, que fue compatible con angiosarcoma. En estudio de extensión se apreciaban adenopatías metastásicas en región cervical bilateral, confirmadas histológicamente, sin metástasis a distancia. Se realizó, junto a otorrinolaringología, extirpación del pabellón auricular, parotidectomía derecha y vaciamiento cervical bilateral. Se remitió a la paciente a radioterapia, con progresión cutánea de la enfermedad durante el tratamiento, en forma de lesiones papulosas, de aspecto brillante y translúcido agrupadas en una placa de disposición lineal a lo largo de la rama mandibular derecha. Posteriormente aparición de nódulos en área contralateral, desde la zona retroauricular izquierda hasta vértex, confirmado mediante biopsia como metástasis de angiosarcoma. Se decide cirugía paliativa por el carácter doloroso y extenso de dichas lesiones y quimioterapia adyuvante.

Discusión. La forma de presentación más frecuente del angiosarcoma cutáneo clásico consiste en máculas purpúricas, de apariencia engañosa similares a un hematoma, que evolucionan a nódulos de color rojo brillante o violáceos que sangran y se ulceran, localizados en cara y cuero cabelludo, pudiendo propagarse de forma centrífuga, hasta llegar a afectar a grandes áreas de cabeza y cuello. Existen otros dos tipos, el que asienta sobre linfedema y en zonas que han recibido radioterapia. El tratamiento de elección es la ci-

rugía radical con márgenes amplios, pero aun así, la frecuencia de recurrencias y metástasis es muy alta, debido a la tendencia a la multifocalidad. Un mejor pronóstico se asocia con un tamaño más pequeño y márgenes libres. Presentamos este caso por la compleja cirugía que requirió y la curiosa progresión de la enfermedad tras la modificación del drenaje linfático.

5. UNA SOLUCIÓN FÁCIL PARA UN PROBLEMA FRECUENTE

M. Lova Navarro, A.M.V. Martínez, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, J. Martínez Escribano, A.C. Valenciano, J.F. Frías Iniesta, E. Hernández Serna, B. Velasco Navarro, J. Sandoval Ríos, B. Martínez Sánchez y P. Sánchez Pedreño

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

Introducción. La reconstrucción quirúrgica de los defectos secundarios a cirugía oncológica en la pirámide nasal puede parecer a priori compleja ya que la piel de la zona es poco distensible.

Objetivos. Mostrar las ventajas de realizar un diseño en “forma de pez”, el cual posibilita realizar un colgajo de avance bilateral que permite cerrar defectos situados en las diferentes unidades estéticas de la pirámide nasal.

Material y métodos. Presentamos una serie de 12 pacientes con diferentes tipos de neoplasias cutáneas en la pirámide nasal en los que el defecto cutáneo fue reconstruido gracias a un colgajo de avance bilateral, habiéndose realizado en todos los casos un diseño previo en “forma de pez”. En el diseño del “pez” existen 2 aspectos esenciales: la “cabeza y el tronco del pez” corresponden al área ovalada circunscrita, con el margen necesario, alrededor del tumor que asienta en la pirámide nasal. Unida al óvalo anterior se sitúa la “cola o aleta caudal del pez”, de morfología triangular, la cual siempre debe estar orientada hacia la zona que done mayor proporción de tejido. Tras la exéresis de la “cabeza y el tronco” por un lado, así como de la “aleta caudal o cola del pez” por otro, resulta un defecto quirúrgico con dos vértices de piel en sentido opuesto, los cuales realizan un movimiento de avance permitiendo cerrar dicho defecto.

Resultados. No se objetivaron complicaciones posquirúrgicas, obteniéndose un resultado estético y funcional adecuado en todos los pacientes.

Discusión. El diseño en “forma de pez” es de utilidad en el cierre de defectos con morfología ovalada o circular localizados en las diferentes unidades estéticas de la pirámide nasal, permitiendo realizar un colgajo de avance bilateral con un resultado funcional y estético aceptable.

6. PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, QUIMIOTERAPIA Y PIEL

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

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

Introducción. Tanto los fármacos quimioterápicos clásicos como la quimioterapia dirigida pueden producir toxicidad cutánea. Presentamos cinco casos de lesiones cutáneas secundarias al uso de quimioterápicos.

Casos clínicos. Caso clínico 1: mujer de 77 años con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón en tratamiento con erlotinib, que consulta por granuloma piógeno periungueal. Se instaura tratamiento con clobetasol crema, con desaparición completa de la lesión dos semanas después. Caso clínico 2: varón de 52 años con carcinoma epidermoide infiltrante en paladar blando en tratamiento con cetu-

ximab y radioterapia, que consulta por erupción pápulo-pustular de diez días de evolución. Se toma cultivo de pústulas, detectándose *S. aureus* sensible a tetraciclinas y se inicia tratamiento con doxiciclina y fucibet, con buena respuesta a los mismos. Caso clínico 3: varón de 44 años con melanoma con metástasis cutáneas y ganglionares múltiples, en tratamiento con varias líneas terapéuticas, que finalmente inicia dabrafenib y trametinib, debutando posteriormente con foliculitis a nivel dorsal, no pudiéndose administrar retinoides por la elevación de transaminasas que ya presentaba de base. Caso clínico 4: mujer de 70 años con carcinoma ductal infiltrante en mama izquierda, que recibió tratamiento neoadyuvante previo a la cirugía con docetaxel, carboplatino y trastuzumab. Consulta por lesiones en varias uñas de las manos tras finalizar el tratamiento, que consisten en líneas de Beau, hemorragias subungueales y onicólisis, sugestivos de

toxicidad por taxanos. Las lesiones desaparecieron espontáneamente al finalizar el tratamiento. Caso clínico 5: mujer de 55 años en tratamiento con capecitabina por carcinoma colorrectal, que sufre lesiones eritematosas simétricas con descamación, así como disestesia a nivel de palmas y plantas. Se trata de un cuadro compatible con eritrodisestesia palmo-plantar.

Discusión. La toxicidad cutánea por quimioterápicos es bastante incapacitante tanto física como emocionalmente, al ser visible por el propio paciente; pudiendo llegar a ser un motivo de reducción de dosis o incluso de suspensión del fármaco. Por tanto, es necesario prever y advertir a los pacientes a priori sobre los posibles efectos secundarios cutáneos de estos fármacos. Asimismo, también es necesario un adecuado enfoque diagnóstico-terapéutico por parte del dermatólogo.