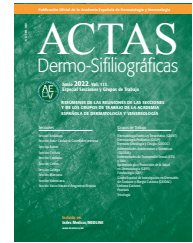




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN VASCO-NAVARRO-ARAGONESA-RIOJANA DE LA AEDV

Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) Virtual, 7 de mayo de 2021

1. ENFERMEDAD GRANULOMATOSA PERIANAL

I. Gainza Apraiz^a, I. Arevalo Ortega^a,
J. González del Tánago Diago^a, A. de Mariscal Polo^a,
A. Sánchez Díez^a, C. Valenti Ponsa^b y R.M.^a Izu Belloso^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Mujer de 60 años con antecedente de quiste pilonidal intervenido en múltiples ocasiones desde los 15 años de edad, fue remitida a Dermatología 10 años después de la última intervención por progresión y evolución tórpida de las lesiones. A la exploración presentaba una úlcera interglútea de gran tamaño que se continuaba hacia ambos pliegues inguinales, con múltiples orificios fistulosos e infiltración y desestructuración parcial de los genitales externos. Se tomaron múltiples biopsias, y el estudio histopatológico mostró intensa inflamación granulomatosa no necrosante. Ante este hallazgo, se solicitaron pruebas complementarias para descartar otras enfermedades granulomatosas como la tuberculosis cutánea, la sarcoidosis y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El estudio colonoscópico no evidenció signos de EII, siendo diagnosticada de posible enfermedad de Crohn (EC) metastásica perianal. La EC metastásica es una manifestación extraintestinal infrecuente de la EC que se caracteriza por lesiones cutáneas y subcutáneas con histología granulomatosa que no se encuentran en contacto con el aparato digestivo, siendo frecuente su aparición en la región genital y grandes pliegues. No obstante, suele aparecer en pacientes jóvenes ya diagnosticados de la EC, que característicamente presentan afectación colónica. Si bien se han descrito casos en los que las lesiones cutáneas aparecen al mismo tiempo o incluso años antes que el comienzo de la EII, esto es infrecuente y se ha visto principalmente en pacientes jóvenes, por lo que nos planteamos si nuestra paciente podría tener una variante granulomatosa de hidradenitis supurativa sin asociarse a la EC.

2. ¿QUIÉN LLAMA A ESTAS HORAS?

M. Meruelo Ruano^a, A. Lobato Izagirre^a, S. Gómez Muga^a,
M. Juliá Manresa^a, M. Zaldúa Arrese^a, S. Ibarra Ugarte^b
y R. Izu Belloso^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción. La calcifilaxia es una rara entidad que afecta clásicamente a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) terminal y que se caracteriza por la calcificación de los vasos de pequeño y mediano tamaño de la dermis y tejido celular subcutáneo, provocando una isquemia y necrosis del territorio afectado. El diagnóstico de esta entidad es todo un reto, siendo necesaria la realización de una biopsia cutánea profunda y el uso de pruebas de imagen. La primera línea terapéutica consiste en el uso de tiosulfato de sodio, aunque es una entidad con alta mortalidad a pesar del tratamiento. **Material y métodos.** Exposición de un caso clínico y revisión de la literatura.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 80 años con ERC estadio 4, hiperparatiroidismo, fibrilación auricular anticoagulada con sintrom, hipertensión, diabetes y dislipidemia, entre otros antecedentes personales. La paciente presentaba una extensa úlcera cutánea extremadamente dolorosa en región pretibial izquierda que abarcaba ambos maléolos de forma circunferencial exponiendo tejido muscular, tendinoso y óseo, de 4 meses de evolución. Debido a los antecedentes personales y la clínica de la paciente, se sospechó una calcifilaxia y se solicitó una gammagrafía que evidenció una captación lineal de radiotrazador en partes blandas de la pierna izquierda y una mamografía que demostró calcificación en vasos de pequeño calibre del tejido subcutáneo. Se realizó una primera biopsia cutánea que solo demostró cambios inflamatorios agudos. Debido a la alta sospecha clínica de calcifilaxia se realizó una segunda biopsia que en este caso sí confirmó el diagnóstico, objetivando calcificaciones en capilares del tejido subcutáneo y trombos de fibrina. A pesar de instaurar tratamiento con tiosulfato de sodio tópico e intravenoso, la paciente lamentablemente falleció 15 días después.

Discusión y conclusiones. Se presenta un caso clínico de una entidad infrecuente y potencialmente mortal como es la calcifilaxia. Se subraya la rápida y tórpida evolución de esta entidad, siendo necesaria una alta sospecha clínica para diagnosticarla basada en los antecedentes personales del paciente, en las técnicas de imagen y en la biopsia cutánea, repitiéndola si fuera necesario. Es esencial instaurar el tratamiento de forma precoz, a pesar de lo cual el pronóstico de esta entidad es infausto.

3. ÚLCERAS DE LIPSCHÜTZ TRAS VACUNACIÓN CON ASTRAZÉNICA

N. González-Romero^a, V. Morillo Montañes^a, I. Vicente Sánchez^a y M. García García^b

^aServicio de Dermatología. ^bUnidad de Farmacovigilancia. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. Bizkaia. España.

Introducción. La úlcera genital aguda no infecciosa o de Lipschütz afecta principalmente a mujeres menores 20 años y se caracteriza por la aparición de úlceras genitales necróticas muy dolorosas, generalmente asociadas a un cuadro pseudogripal y tiende a resolverse espontáneamente en 3 semanas. Se desconoce su etiopatogenia, aunque podría tratarse de una reacción de hipersensibilidad desencadenada por un agente infeccioso.

Caso clínico. Mujer de 24 años con úlceras vulvares tórpidas, muy dolorosas, que aparecieron 3 días después de recibir la vacuna COVID-19 de AstraZeneca, en el contexto de un cuadro pseudogripal posvacunal. Los cultivos y PCR del frotis de las úlceras y las serologías para sífilis y VIH, además del estudio de autoinmunidad, fueron negativos. Se trató con corticoides sistémicos y analgésicos, presentando una mejoría rápida de la clínica. Con todo ello se llegó al diagnóstico de úlcera de Lipschütz.

Discusión y conclusiones. Tras revisar la base de datos de Farmacovigilancia de la EMA (EudraVigilance), para la vacuna AstraZeneca hay 104.303 casos de acontecimientos adversos notificados. De estos, 4 casos son de ulceración vulvar y en 3 de ellos hacen referencia a la úlcera de Lipschütz. No hemos encontrado ningún caso publicado de úlcera genital tras una vacunación, pero teniendo en cuenta nuestro caso y los otros 3 notificados en la EudraVigilance, podríamos pensar que las vacunas basadas en un vector viral no replicante, como es el caso de la AstraZeneca, podrían ser otro posible agente desencadenante de este cuadro.

4. TRATAMIENTO DEL PRÚRIGO NODULAR CON DUPILUMAB

A. Orbea Sopena, S. Alvarez Sánchez, J.A. Ratón Nieto, M. R. González Hermosa, I. Ocerin Guerra e I. Méndez Maestro

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

Introducción. El tratamiento del prurigo nodular es un reto para el dermatólogo ya que las opciones efectivas son limitadas. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica que ha sido probado fuera de ficha técnica y parece ser efectivo y seguro en el tratamiento del prurigo nodular.

Casos clínicos. Presentamos dos pacientes con prurigo nodular de años de evolución refractarias a múltiples tratamientos tanto tópicos como sistémicos, que reciben tratamiento con dupilumab 300 mg vía subcutánea. En la visita antes de inicio de tratamiento y en la visita de la semana 16 se realiza una exploración física completa, se rellenan los formularios EASI, PGA, BSA, SCORAD y el DLQI, también se hacen las escalas visual del prurito y la del insomnio.

Resultados. En ambos casos se observa una respuesta objetiva de las lesiones en semana 16 de tratamiento, con una mejoría en todas las escalas valoradas. Las pacientes refieren también una importante mejoría de su calidad de vida con disminución del prurito y del insomnio.

Discusión y conclusión. Se presentan 2 casos de prurigo nodular con una respuesta excelente y rápida al tratamiento con dupilumab. Desde que se empezó a tratar el prurigo nodular con dupilumab, la literatura ha ido creciendo rápidamente con su uso fuera de ficha técnica, con resultados prometedores y seguros. En conclusión, el tratamiento con dupilumab parece una opción terapéutica en el prurigo nodular con buenos resultados, bien tolerada y segura.

5. NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB

A. Aramburu González^a, O. Lasa Elgezua^a, E. Acebo Mariñas^a, B. Udondo González del Tánago^a, M. Pascual Ares^a, M.

^aP. Manrique Martínez^b y P. Martín Playa^c

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario de Cruces. Barakaldo. ^bHospital de Galdakao-Usansolo. ^cServicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

Introducción. La inmunoterapia ha surgido como un tratamiento eficaz para numerosas neoplasias malignas avanzadas, y su uso está aumentando. El empleo de inhibidores de puntos de control está asociado a un conjunto de reacciones inmunitarias conocidas como eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario (EAI). De los EAI, la toxicidad cutánea es una de las más frecuentes. Aunque suele ser leve, en muy raras ocasiones puede ser grave, dando lugar a cuadros clínicos de necrolisis epidérmica tóxica (NET) potencialmente mortal.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 58 años con antecedentes personales de linfoma folicular estadio IV con transformación a linfoma difuso de células grandes B en tratamiento con nivolumab. Dos meses después de iniciar el tratamiento, tras la tercera dosis, desarrolló un síndrome de Stevens-Johnson con afectación de cuero cabelludo, cara, escote, espalda, palmas y plantas que inicialmente respondió a corticoides y antihistamínicos. Posteriormente presentó progresión del cuadro clínico con afectación de más del 50% de la superficie corporal total (SCT) por lo que ingresó en la Unidad de Grandes Quemados con el diagnóstico de NET. Recibió tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas intravenosas con escasa respuesta. Ante el empeoramiento a nivel cutáneo y mucoso alcanzando un 90% de la SCT se administró ciclosporina, etanercept y tocilizumab. A pesar de ello, y tras dos meses y medio de ingreso, la paciente falleció.

Conclusión. Presentamos un caso fatal de NET secundaria a la terapia con nivolumab. Un efecto adverso muy infrecuente que puede presentarse tardíamente e incluso después de la interrupción del fármaco. Los individuos inmunocomprometidos o con neoplasias subyacentes tienen más riesgo. Es fundamental el reconocimiento y tratamiento precoz de este raro EAI.

6. LESIONES GRANULOMATOSAS CUTÁNEAS. ¿INFECCIOSO, INFLAMATORIO O TUMORAL?

P. Rosés Gibert^a, F.J. de la Torre Gomar^a, I. Trebol Urrea^a, S. Goula^a, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya^a, M.^al. Martínez González^a, A. P. Martínez-Aracil^b y R. González Pérez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Dermatopatología. Hospital Universitario Araba (Vitoria-Gasteiz, Álava, País Vasco). España.

Introducción. En ocasiones la patología dermatológica es compleja, y requiere largos seguimientos y repetición de exploraciones complementarias hasta alcanzar un diagnóstico.

Caso clínico. Mujer de 87 años con antecedentes personales de poliartritis seronegativa de 38 años de evolución en tratamiento con metotrexato y deflazacort. Consultó en 2018 por unas lesiones con histología sugestiva de rosácea granulomatosa. Poco después, consultó por lesiones nodulares eritematosas en brazo derecho de meses de evolución. Se realizó una biopsia cutánea, objetivándose un infiltrado inflamatorio mixto dermo-hipodérmico con granulomas no necrotizantes. Se solicitó un cultivo de bacterias, hongos profundos y una PCR para micobacterias atípicas que resultaron negativas. Además, se realizó un estudio analítico completo incluyendo IGRA, que resultó normal. A lo largo de la evolución, continuaron apareciendo lesiones a pesar del tratamiento esteroideo y antibacteriano tópico. Tras valorar el caso con Anatomía Patológica se valoró la opción diagnóstica de una infección micótica profunda, comenzán-

dose tratamiento con terbinafina oral durante 2 meses. Ante el fallo terapéutico, se tomaron nuevas biopsias y se discutió nuevamente el caso en comité interdisciplinar donde se orientó como posible dermatitis granulomatosa intersticial y se empezó tratamiento con prednisona 60 mg/d. A las pocas semanas, la paciente presentó mejoría, pero al intentar suspender el tratamiento las lesiones cutáneas recidivaron. Se decidió repetir una biopsia, que fue valorada en un centro externo de referencia, informándose como desorden linfoproliferativo B polimorfo VEB positivo por metotrexato. Tras suspender el tratamiento con metotrexato, las lesiones comenzaron a remitir hasta la total resolución en este momento.

Conclusión. Los procesos linfoproliferativos asociados a metotrexato son un grupo heterogéneo de proliferaciones linfoides que se desarrollan en pacientes con enfermedades autoinmunes tratados con metotrexato. Presentamos este caso por su singularidad clínica y su difícil diagnóstico.

7. SOMOS LO QUE COMEMOS

L. Peña Merino^a, S. Esteban Terradillos^a, B. Ramos Bareño^a, T. Piqueres Zubiaurre^a, C.I. Mailló Conesa^a y V. Velasco Benito^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Alfredo Espinosa-Urduliz. Urduliz. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

Introducción. Las dietas cetogénicas son dietas muy bajas en carbohidratos, cuya popularidad está en aumento, ya que son utilizadas en programas de adelgazamiento. Más allá de los beneficios a nivel metabólico que pudieran tener estas dietas, en varios estudios se han relacionado con la aparición de una erupción cutánea, denominada prurigo pigmentoso.

Caso clínico. Se presenta el caso de una mujer de 30 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que presentaba una erupción muy pruriginosa en el tronco, caracterizada inicialmente por unas pápulas eritematosas que confluían en un patrón reticulado. La paciente asociaba la erupción al inicio de una dieta muy baja en carbohidratos. Con la sospecha de que se tratara de un prurigo pigmentoso, se tomó una muestra para estudio anatomopatológico. **Discusión.** El prurigo pigmentoso es una dermatosis inflamatoria rara de etiología desconocida. Entre las múltiples hipótesis que se han propuesto para explicar su etiopatogenia, destaca la que relaciona este cuadro con todas aquellas situaciones que puedan inducir cetonemia, como el seguimiento de las famosas dietas cetogénicas. Debido al creciente interés de la población en estas dietas, el conocimiento de esta enfermedad por parte de los dermatólogos es fundamental, para asegurar un diagnóstico precoz y preciso. Describimos un caso de prurigo pigmentoso relacionado con una dieta baja en carbohidratos, y realizamos una breve revisión bibliográfica de este raro cuadro dermatológico.

8. MELANOMA DESMOPLÁSICO SOBRE QUERATODERMIA PALMO-PLANTAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Antoñanzas Pérez, A. Tomás Velázquez, A. Estenaga Pérez de Albéniz, A. Morelló Vicente y P. Redondo Bellón

Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. El melanoma desmoplásico (MD) representa entre el 1 y el 4% del total de los diagnósticos de melanoma y se caracteriza por la presencia de células en huso y de un estroma fibroso, que le confieren una biología y un comportamiento especial. Aunque clásicamente se ha definido como un melanoma de peor pronóstico, estudios recientes sugieren lo contrario. En función del porcentaje de celularidad y de fibrosis en el estudio histológico, el MD se puede

dividir en dos subtipos, puro y mixto, caracterizándose el primero por un comportamiento agresivo local y el segundo por un mayor riesgo de diseminación de la enfermedad. Por otro lado, aunque el MD aparece con más frecuencia en zonas fotoexpuestas, casos aislados han sido descritos en localización acral.

Material y métodos. A continuación se presenta el caso de un varón de 59 años, con antecedente de queratodermia palmo-plantar congénita, que desarrolló un MD sobre la planta del pie derecho.

Resultados. La extensión subclínica (histológica) de la lesión fue impredecible y desproporcionada respecto a la aparente afectación clínica, obligando a una actitud terapéutica radical.

Discusión. Se discute el manejo clínico realizado en este paciente, la posible relación de causalidad del melanoma con la queratodermia palmo-plantar y se revisa brevemente la literatura.

9. CHALAZIÓN RECURRENTE: LO QUE LA DERMATOLOGÍA PUEDE APORTAR

S. Esteban Terradillos^a, A. Barrutia Borque^a, L. Peña Merino^a, M. Rubio Lombraña^a, A.M.^a Martínez de Salinas Quintana^a y N. Muruzabal Zaldibar^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Oftalmología. Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa. Bizkaia. España.

Mujer de 30 años con antecedentes de rosácea papulopustulosa tratada con ácido azelaico tópico, es remitida de nuevo a Dermatología debido a chalazión de repetición con escasa respuesta a múltiples tratamientos: antibióticos tópicos (mupirocina, tobramicina, azitromicina, polimixina, oxitetraciclina, metronidazol), corticoide tópico, oral e intralesional, antibióticos orales (amoxicilina-clavulánico, doxiciclina, minociclina, cefalexina) y cirugía. La rosácea es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica que puede presentar afectación ocular. Las manifestaciones más comunes de la rosácea ocular son la blefaritis y la conjuntivitis. Sin embargo, se puede manifestar como inflamación de los párpados con chalazión recurrente. Se han identificado múltiples factores que contribuyen a su desarrollo, entre ellos la presencia del ácido Demodex folliculorum. La ivermectina es un fármaco acaricida y antiinflamatorio, por lo que se ha utilizado tanto vía tópica como oral en el tratamiento de la rosácea ocular. La paciente presenta resolución de la clínica tras tratamiento con ivermectina.

10. ANGIOMATOSIS BACILAR POR BARTONELLA QUINTANA EN NIÑA RECEPTORA DE TRASPLANTE RENAL

M. Pascual Ares, J.L. Díaz Ramón, M.^aN. Agesta Sánchez, A. Aramburu González, I. Méndez Maestro y J. Gardeazabal García

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

Introducción. La angiomatosis bacilar es una enfermedad bacteriana causada por Bartonella henselae o Bartonella quintana que afecta mayoritariamente a pacientes inmunodeprimidos (VIH+ y receptores de trasplante de órgano, fundamentalmente).

Material y métodos. Presentamos el caso de una niña de 12 años de origen etíope, adoptada a los 5 años, con enfermedad renal crónica que precisó de trasplante renal de donante cadáver y posterior tratamiento inmunosupresor. Cinco meses después comienza con artralgias, astenia intensa y adenopatías cervicales. Además, presentaba más de 100 lesiones cutáneas de distribución generalizada en forma de pápulas rosadas-violáceas redondeadas, nódulos subcutáneos indurados y pápulas pediculadas verruciformes o umbilicadas con centro crateriforme de tres meses de evolución, así como una lesión ulcerativa en la encía. Se procedió a biopsiar dos lesiones dérmicas diferentes y ante la sospecha de angiomatosis bacilar se realizó la tinción de Warthin-Starry.

Resultados. En la tinción se pudieron distinguir agregados bacilares. Se solicitaron serologías que fueron positivas (IgG+ tanto para *B. quintana* como *B. hanselae*) y se les realizó PCR tanto a una biopsia de piel como a otra de un ganglio linfático que fueron + para *B. quintana*. Se decidió comenzar tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h que se alargó durante 12 semanas con resolución de la astenia y artralgias y desaparición de las lesiones cutáneas desde la primera semana.

Discusión y conclusiones. La angiomatosis bacilar es excepcional en edad pediátrica. Sin embargo, debe formar parte del diagnóstico diferencial en pacientes inmunodeprimidos con lesiones cutáneas múltiples en forma de pápulas y nódulos angiomasos, placas liquenoides violáceas o nódulos subcutáneos profundos. El diagnóstico se realiza mediante la tinción de Warthin-Starry o PCR del tejido biopsiado y el tratamiento de elección es la doxiciclina 100 mg/12 h o eritromicina 500 mg/6 h durante al menos 3 meses.

11. DERMATITIS GRANULOMATOSA REACTIVA A IECA

J. Monte-Serrano^a, A. Lapeña-Casado^a, M. Ramírez-Lluch^a, B. Aldea-Manrique^a, M. García-García^b, M. Álvarez-Salafranca^a y M. Ara-Martín^a

^aServicio de Dermatología y Venereología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

El término dermatitis granulomatosa reactiva fue propuesto por Rosenbach y sus colaboradores en 2015 para agrupar a la dermatitis granulomatosa intersticial (DGI), dermatitis granulomatosa y neutrofílica en empalizada (DGNE) y la reacción granulomatosa intersticial por fármacos (RGIF) como entidades de un mismo espectro. La DGI se describe como cordones eritematosos lineales en el tronco superior, de consistencia firme, palpables, y generalmente asintomáticos. La RGIF se describe como placas eritematovioláceas, en ocasiones anulares, que se localizan predominantemente en tronco, región proximal de extremidades o áreas intertriginosas. Entre los desencadenantes más frecuentemente descritos tanto para la DGI y la RGIF se encuentran los IECA y estatinas. Mujer de 82 años, sin antecedentes hematológicos, reumatológicos ni de conectivopatías, en tratamiento con IECA desde hacía 4 años por hipertensión y con estatinas por dislipidemia desde hacía 5 años. Presentaba placas eritematovioláceas anulares, de consistencia firme, en brazos, piernas y región inguinal, de 5 meses de evolución. La presentación clínica y los hallazgos histológicos, mostraron superposición entre las características de la DGI y la RGIF. Se inició tratamiento con metilprednisolona emulsión, se sustituyó el IECA por un ARA II, y se mantuvo el tratamiento con estatinas, objetivándose la resolución de las lesiones 2 meses después. Siguiendo el algoritmo de Naranjo y colaboradores, el resultado del estudio de causalidad farmacológica fue de posible para el IECA, aunque en nuestra paciente no se ha realizado la reintroducción del IECA una vez resueltas las lesiones, por lo que en la actualidad nos planteamos la pertinencia de esta prueba para completar el estudio etiológico.

12. ERUPCIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA A *STREPTOCOCCUS DYSGALACTIAE*

B. Aldea Manrique^a, M. Ramírez Lluch^a, J. Monte Serrano^a, A. Lapeña Casado^a, M. Álvarez Salafranca^a, A. Montes Torres^a, M. García García^b, A. Beltrán Rosel^c, M.^aP. Abad Alejalde^c, J.R. Paño Pardo^d y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cServicio de Microbiología. ^dServicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. El *Streptococcus dysgalactiae* pertenece a la familia de los estreptococos del grupo C. Aunque se ha considerado como

no patógeno, se ha reconocido como agente causal ocasional de infecciones respiratorias, endocarditis e infecciones de piel y partes blandas. Además, recientemente se han descrito dos casos de erupciones cutáneas en pacientes con bacteriemia por este mismo microorganismo.

Material y métodos. Presentación de un caso clínico y discusión de la literatura.

Resultados. Se trata de un varón de 65 años, con antecedentes de glioblastoma multiforme estadio IV y síndrome de Cushing yátrógeno por la administración de dexametasona diaria. Es derivado a urgencias por la aparición de lesiones cutáneas, inicialmente localizadas en abdomen con extensión progresiva a todo el tronco y extremidades, de unas 5 semanas de evolución. No asociaba fiebre ni un deterioro añadido al estado basal del paciente. Se tomaron biopsias de zonas distintas de la erupción, observándose en una de ellas la presencia de múltiples macrófagos cargados de estructuras sugestivas de bacterias en forma de cocos, además de un infiltrado inflamatorio mixto en la dermis. Con la sospecha de etiología infecciosa, realizamos cultivo de muestras de biopsia y de frotis de piel, en las que creció *Streptococcus dysgalactiae* subespecie *dysgalactiae*. No encontramos muestras de infección diseminada o de otro foco (pulmonar o bacteriemia) en otras pruebas. Pautamos tratamiento antibiótico dirigido con cefalosporinas, con buena respuesta de las lesiones cutáneas.

Discusión y conclusión. En los 2 casos previamente publicados, ambos pacientes presentaban lesiones cutáneas similares a nuestro paciente y asociaban bacteriemia por *S. dysgalactiae*, atribuyendo las clínica cutánea a este microorganismo por la buena respuesta a la antibioterapia y relación temporal. En nuestro caso, destaca la presencia del microorganismo en la piel, lo que demuestra la etiología infecciosa de esta erupción.

13. IXEKIZUMAB Y TOXICIDAD PULMONAR

I. Arévalo Ortega^a, M. Meruelo Ruano^a, S. Pérez Barrio^a, J.M. Oleaga Morante^a, M.J. Calderón Gutiérrez^a, M.B. Salinas Lasa^b y R. Izu Belloso^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Neumología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. En los últimos años, con el aumento del uso de terapias biológicas en el tratamiento de la psoriasis se han incrementado los casos documentados de toxicidad pulmonar asociada a estos fármacos. Clásicamente, los principales agentes causales implicados han sido los anticuerpos contra el TNF-. Sin embargo, empiezan a publicarse casos debidos a fármacos con otros mecanismos de acción.

Material y métodos. Exposición de un caso clínico y revisión de la literatura.

Caso clínico. Presentamos un caso clínico de un varón de 47 años con psoriasis de larga evolución que, tras 3 años de tratamiento con ixekizumab, comienza con tos seca de predominio matutino. Se realizó un tac pulmonar en el que se describen opacidades en vidrio deslustrado en lóbulo inferior derecho y llingula. En el lavado bronquioalveolar, predominio de linfocitos y eosinófilos sin hallarse microorganismos ni células malignas. Estos hallazgos indican una posible toxicidad pulmonar, obligando a realizar un diagnóstico diferencial que incluya la etiología farmacológica.

Discusión y conclusiones. Se presenta un caso de posible toxicidad pulmonar por ixekizumab. Este caso es de interés ya que no se han reportado casos de toxicidad pulmonar con este fármaco, aunque sí se han publicado varios casos de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes tratados con otros anti-IL-17 (secukinumab) en Japón. Por ello subrayamos la importancia de incluir la toxicidad farmacológica dentro del diagnóstico diferencial ante un paciente en tratamiento biológico que comience con síntomas respiratorios.

14. CONSULTA COVID PIEL: PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS SOSPECHOSAS DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

A. Navarro Bielsa^a, P. Cerro Muñoz^a, A. Palma Ruiz^a, M. Almenara Blasco^a, I. Abadías Granado^a, A. Morales Callaghan^a, C. Suso Estivaler^b, M. Povar Echevarria^b e Y. Gilberte Calzada^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. Tras el inicio de la pandemia y la aparición de diversas publicaciones científicas alertando de posibles manifestaciones cutáneas en relación con la COVID-19, los dermatólogos comenzamos a recibir multitud de consultas de pacientes con clínica cutánea sospechosa de la infección, lo que hizo necesario habilitar en nuestro servicio una unidad multidisciplinar para atenderles de forma rápida y segura para todos, con un protocolo específico.

Objetivos. Principal: atender a pacientes con manifestaciones cutáneas sospechosas de COVID-19. Secundarios: describir dichas manifestaciones y establecer relaciones que ayuden a entender su etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Metodología. Estudio observacional prospectivo de los pacientes en los que se sospechara clínicamente y/o se hubiera confirmado infección por COVID-19, que presentasen una erupción cutánea de aparición reciente (últimas 4 semanas). El protocolo multidisciplinar incluía valoración clínica con cumplimentación de 2 cuestionarios (de inicio y seguimiento), estudio analítico y biopsia cutánea, a criterio del facultativo.

Resultados. Desde el 1 de mayo hasta el 17 de febrero de 2021 se incluyeron 63 pacientes, con media de edad de 34,6 años [0,5-74]. Veintisiete (42,9%) habían tenido al menos una prueba positiva de COVID-19 y el 74,6% presentaron síntomas sugestivos de dicha infección, siendo la fiebre el más frecuente (55,6%). La media de días entre estos síntomas y la aparición de la manifestación cutánea fue de 17, siendo la más frecuente la erupción maculopapular (36,5%), seguida de la perniosis-like (20,6%) y la vesiculosa (12,7%). Además, 12 pacientes (19,1%) presentaron serología IgM y/o seroconversión a IgG del virus herpes 6.

Conclusión. Una respuesta rápida y una colaboración multidisciplinar resultan muy útiles para avanzar en el conocimiento de esta infección. Sugerimos que el SARS-CoV-2 podría provocar la reactivación de otros virus, como el virus herpes 6, lo que podría explicar en parte la etiopatogenia de las manifestaciones cutáneas que aparecen en la COVID-19.

15. PENFIGOIDE DE MUCOSAS TRAS TRATAMIENTO DE SÍFILIS

A. Morelló Vicente^a, D. Ramos Rodríguez^b, J.I. Echeveste^c, A. Tomás Velazquez^a, A. Estenaga^a, J. Antoñanzas^a, N. Ishii^d, T. Hashimoto^e y A. España^a

Servicio de Dermatología. ^aClínica Universidad de Navarra. Pamplona. ^bHospital de son Espases. Palma de Mallorca. ^cServicio de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Servicio de Dermatología. ^dUniversidad de Medicina de Kurume. Japón. ^eUniversidad de Medicina de Osaka. Japón.

Introducción. El penfigoide de mucosas (PM) es un grupo de procesos infrecuentes de causa autoinmune. La afectación única de mucosa peneana es inusual. Presentamos un caso clínico de un varón diagnosticado de PM en mucosa genital tras tratamiento con penicilina por secundarismo sifilítico.

Material y métodos. Se realizó biopsia de una de las erosiones con posterior estudio bajo H/E, inmunofluorescencia directa (IFD) e indirecta (IFI) y estudios moleculares.

Resultados. La IFD presentó depósitos lineales dermoepidérmicos de IgA y C3. La IFI utilizando la técnica Salt-Split presentó un depó-

sito de IgG en el lado epidérmico. Los análisis moleculares fueron positivos para IgG BP180.

Discusión. El PM es una enfermedad mucocutánea que afecta de forma importante a la membrana mucosa. La mucosa oral es la más frecuentemente afectada. Las lesiones en zona anogenital se presentan en un 20% de los pacientes. Puede presentarse junto a anticuerpos hacia diferentes proteínas de la unión dermoepidérmica. El diagnóstico se realiza a través de la clínica, la histología, la IFD e IFI y análisis serológicos. La formación de los anticuerpos relacionados con el PM puede ser desencadenada por infecciones, neoplasias o la ingesta de medicamentos. La penicilina no se ha relacionado hasta el momento con el PM.

Conclusiones. No sabemos el mecanismo por el que nuestro paciente presentó lesiones de PM, aunque probablemente la infección por T. pallidum causó inflamación y una respuesta mediada por IgA. Esta respuesta pudo provocar la exposición del antígeno BP180 de la unión dermoepidérmica con la consecuente formación de IgG inmunorreactivos. La presencia de IgG circulantes contra BP180 y una IFI positiva en lado epidérmico van a favor de nuestra hipótesis.

16. SÍNDROME DE SCHNITZLER: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Pretel Irazabal, J.A. Yagüe Barcia y N. Gonzalez Romero

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo. Bizkaia. España.

Introducción. El síndrome de Schnitzler (SS) es una enfermedad autoinflamatoria muy infrecuente de inicio en la edad adulta. Presentamos el caso de una mujer de 76 años recientemente diagnosticada en nuestro servicio.

Material y método. Mujer de 76 años diagnosticada de urticaria crónica hacía 4 años que no había respondido a antihistamínicos ni a corticoides orales. Se pautó omalizumab con nula mejoría. Reinterrogando a la paciente nos comentó que estaba en seguimiento con Hematología por una gammopatía monoclonal IgM. Confesó además tener dolores óseos y febrícula diaria.

Resultados. Los hallazgos analíticos, clínicos y de pruebas de imagen nos llevaron al diagnóstico de un SS. La paciente recibió anakinra con una excelente respuesta clínica, lo que apoyó nuestro diagnóstico.

Discusión. El SS es una rara entidad caracterizada por una erupción urticarial crónica, gammopatía monoclonal IgM (o IgG) y signos y síntomas de inflamación sistémica (fiebre, artralgias, dolor óseo, entre otros). Actualmente está considerada una enfermedad mediada por IL-1, por lo que mejora espectacularmente con inhibidores de IL-1.

Conclusiones. Ante casos de urticaria crónica refractarios a tratamientos habituales es esencial hacer una anamnesis detallada para descartar sintomatología sistémica y pedir estudios complementarios analíticos y de imagen para descartar otras infrecuentes entidades que cursen con lesiones urticariformes como el SS.

17. PERSEVERANCIA Y CIRUGÍA; CLAVES EN LA HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA

L. Mitxelena Elozegi^a, G. Mercedes Braceras Rincón^a, S. Ibarbia Oruezabal^a, C. Rodríguez Caruncho^a, M. Marquina Iñarrairaegui^a, M.^aA. Arregui Murua^a, M.Y. Silva Carmona^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. España.

Presentamos el caso de una mujer de 38 años que consultó en nuestro servicio en 2018 por varios nódulos indurados confluentes en el cuero cabelludo asociados a una adenopatía cervical. Dichos nódulos

los supuraban en relación con la menstruación y la paciente asociaba su aparición con la colocación del DIU dos años atrás. Se tomó una biopsia y cultivo de las lesiones en las que no se encontraron hallazgos específicos. A lo largo de los siguientes meses y a pesar de tratamiento sintomático con distintos antimicrobianos, corticoides e incluso la retirada del DIU, las lesiones aumentaron. Se realizaron múltiples biopsias y pruebas de imagen con resultados heterogéneos sin poder correlacionarlo con ninguna entidad específica. A fin de aliviar los síntomas y filiar el diagnóstico se acordó con la paciente intentar la exéresis quirúrgica de las lesiones en su totalidad. Así, en julio de 2020 se le practicó la extirpación de las lesiones en bloque con reconstrucción mediante colgajo local. La biopsia mostró una proliferación de estructuras vasculares y células endoteliales histiocitoides, rodeadas por un infiltrado inflamatorio rico en linfocitos y eosinófilos, siendo compatible con una hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE). La HALE es una rara entidad clasificada dentro de los tumores vasculares benignos, afecta más frecuentemente a adultos-jóvenes y se caracteriza por nódulos o pápulas rojo-marrónáceas localizadas frecuentemente en cabeza y cuello. Al ser clínicamente inespecífica, el estudio histológico suele ser necesario para distinguirla de otras entidades como la enfermedad de Kimura, angiosarcoma etc. A día de hoy, no está clara su etiopatogenia pues, aunque clásicamente se ha considerado un tumor vascular, recientes estudios sugieren un origen linfoproliferativo. A pesar de ser una entidad benigna, el tratamiento de la HALE está dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes. La extirpación quirúrgica, el tratamiento más eficaz hasta el momento, presenta una considerable tasa de recidiva. No obstante, por ahora, ha resultado exitosa en nuestra paciente.

18. SÍNDROME TUMORAL HAMARTOMATOSO ASOCIADO AL GEN PTEN

M. Ramírez Lluch^a, B. Aldea Manrique^a, A. Lapeña Casado^a, J. Monte Serrano^a, M. García García^b, A.L. Morales Moya^a y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano-Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. El síndrome tumoral hamartomatoso asociado al gen PTEN (PHTS) engloba un espectro de trastornos relacionados por mutaciones en línea germinal del gen PTEN. Estos incluyen el síndrome de Cowden, Bannayan-Riley-Ruvalcaba, la enfermedad de Lhermitte-Duclos del adulto y los trastornos del espectro autista asociados con macrocefalia.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 45 años remitida por lesiones vesiculosas en mama izquierda. Entre sus antecedentes destacaba un carcinoma ductal infiltrante en dicha mama, tratado mediante cirugía, radioterapia y hormonoterapia, malformaciones arteriovenosas múltiples, bocio multinodular y tiroiditis de Hashimoto. A la exploración, presentaba en las áreas radiadas lesiones vesiculosas de contenido claro, que mostraban proliferación de vasos linfáticos dilatados en dermis superficial, siendo diagnosticadas de linfangiectasias postradioterapia. Destacaba también una facies ensanchada, concordante con macrocefalia, y lesiones papulosas en mucosa oral correspondientes con papilomas. Ante la constelación de diagnósticos, se sospechó PHTS que fue confirmando genéticamente detectándose en heterocigosis la variante patogénica c.929_930insA en PTEN.

Discusión. El gen PTEN actúa como gen supresor tumoral antagonizando la actividad de PI3K (fosfatidilinositol 3-cinasa), implicada en supervivencia/proliferación celular. Su pérdida de función se traduce clínicamente en síndromes de sobrecrecimiento hamartomatoso con incremento del riesgo de cáncer. Entre los criterios diagnósticos de PHTS destacan múltiples ítems que pueden ser reconocidos por el dermatólogo. La importancia de su detección radica tanto en el riesgo incrementado de cáncer, que conlleva pautas de actuación específi-

cas, como en la necesidad de atención integral o consejo genético. Como conclusión, presentamos un caso en el que las manifestaciones dermatológicas fueron claves para el diagnóstico de PHTS.

19. ¿CÓMO HA AFECTADO LA PANDEMIA Y CONFINAMIENTO POR COVID-19 AL ESPESOR DE BRESLOW DE LOS MELANOMAS CUTÁNEOS?

J. Sarriugarte Aldecoa-Otalora^a, L. Loidi Pascual^a, J. Aróstegui Aguilar^a, I. Hiltun Cabredo^a, M. Fernández Parrado^a, A. Córdoba Iturriagoitia^b y J.I. Yanguas Bayona^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. El cambio asistencial debido a la pandemia por COVID-19 probablemente condicione un retraso diagnóstico de melanomas cutáneos. El objetivo de este trabajo es analizar las diferencias del espesor de Breslow de los melanomas de los años 2020, 2019 y 2018.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo de tipo transversal. Recoge melanomas cutáneos primarios del área de Pamplona y Estella de marzo a octubre de los años 2018, 2019 y 2020. La variable a estudio fue el espesor tumoral de Breslow. Se realizó t de Student para la comparación de medias de Breslow y X² de tendencia lineal para comparar el Breslow ordinal.

Resultados. Se incluyeron un total de 210 melanomas: 78 del año 2018, 77 del 2019 y 55 del 2020. Ante la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el 2018 y 2019, se establecieron dos grupos de comparación 2018-19 frente al 2020. En el 2020, se observó una media de Breslow superior (p = 0,056) y diferencias estadísticamente significativas en el análisis por subgrupos de Breslow (p = 0,002) detectando que en 2018-19 el 47,1% eran melanomas in situ frente al 21,8% del 2020 y el 25,4% presentaba un Breslow superior a 2 mm frente al 15% del año 2018-19.

Conclusiones. La dificultad de acceso a atención primaria y especializada durante la pandemia y confinamiento por COVID-19 ha condicionado un menor número de diagnósticos de melanoma y mayor espesor de Breslow de los mismos. Probablemente sea el momento de facilitar el acceso a los dermatólogos promocionando como herramienta la tele dermatología de calidad.

20. TUMORACIÓN VASCULAR GIGANTE EN UN NEONATO; LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ADECUADO

A.M.^a Palma Ruiz^a, C. Ruiz de la Cuesta Martín^b, P.A. Cerro Muñoz^a, A. Navarro Bielsa^a, M. Almenara Blasco^a, A. Morales Callaghan^a e Y. Gilaberte Calzada^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. Los hemangiomas congénitos se clasifican dentro de los tumores vasculares benignos, completamente formados al nacimiento. Se clasifican en 3 tipos según su evolución. Entre las complicaciones locales que pueden aparecer son: ulceración, sangrado, sobreinfección, impotencia funcional. A nivel sistémico, una de las complicaciones más temidas es la coagulopatía de consumo, con mayor riesgo de desarrollo cuanto mayor volumen.

Caso clínico. Un varón nacido a término mediante un parto natural presenta una tumoración vascular en muslo derecho de 10 × 5 cm de diámetro, con ulceración central y no adherido a planos profundos. Se traslada a UCI neonatal a las 3 hs de vida tras detectar hipoprotrombinemia que remitió con 2 infusiones de plasma fresco y vitamina K durante 3 días. Al cuarto día de vida presenta trombopenia moderada de 90.000 plaquetas que remitió espontáneamente al ir reduciéndose el tumor, normalizándose a las 2 semanas de

vida. La RMN reveló una masa de 6 cm sugestiva de hemangioma congénito al no presentar afectación de varios planos de tejido y buena delimitación de los bordes. En las exploraciones complementarias realizadas se detectaron una comunicación interauricular tipo ostium secundum, sin encontrar repercusión hemodinámica, y una vasculopatía lenticuloestriada. Al nacimiento se instauró tratamiento con prednisona 3 mg/kg oral que fue retirado a los pocos días al ver el inicio de mejoría espontánea de la lesión. Con el diagnóstico de RICH el paciente ha sido seguido durante 8 meses con un regresión muy importante de la lesión.

Discusión. Los tumores vasculares congénitos de gran tamaño son raros y por tanto un reto tanto en su diagnóstico como en su manejo. La coagulopatía de consumo es una complicación potencialmente vital en estas lesiones debido a las complicaciones tromboembólicas y potencial repercusión hemodinámica. El principal diagnóstico diferencial debe plantearse con el síndrome Kasabach Merrit en el cual se produce una plaquetopenia grave (< 50.000) en las primeras 24-48 h, alteraciones de la coagulación por consumo y anemia hemolítica. Este síndrome se suele ver en el contexto de tumores vasculares como el angioma en penacho o hemangioendoteloma kaposiforme, principales diagnósticos diferenciales en nuestro caso. El evidenciar esa rápida tendencia a la mejoría del tumor, paralela a la de la trombopenia, con el apoyo de la RMN, nos hicieron adoptar una actitud conservadora, sin instaurar tratamientos, confirmando el diagnóstico de RICH.

21. CUATRO ESCENARIOS PARA UN MISMO FÁRMACO: CARCINOMA BASOCELULAR Y VISMODEGIB

B. Udondo González del Tánago, I. Allende Markixana, X. Eizaguirre Uriarte, B. Navajas Pinedo, M. Mendieta Eckert y A. Orbea Sopena

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

Introducción. El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor cutáneo maligno más frecuente (80% del cáncer cutáneo no-melanoma) con una incidencia creciente en los últimos años. A pesar de su naturaleza indolente, hay un pequeño porcentaje de CBC (0,6-0,8%) que progresa a tumores localmente avanzados o metastásicos y suponen un reto en el manejo terapéutico. Para estos casos, se aprobó en el 2013 el vismodegib, un fármaco inhibidor selectivo de la vía de señalización de Hedgehog.

Material y métodos. Presentamos la experiencia en práctica clínica del uso de vismodegib en cuatro pacientes, revisando las características del paciente, del tumor, el tipo de respuesta al tratamiento y los efectos adversos desarrollados.

Discusión. La introducción del vismodegib en la dermatología oncológica ha supuesto un avance en el manejo del CBC avanzado. Los casos seleccionados para su uso pueden ser muy variables. Esta gran variabilidad viene determinada por las características del paciente (edad, sexo, comorbilidades), las características del propio tumor (localización, tamaño, tipo, años de evolución, recidivas), el grado de respuesta al tratamiento y sus efectos secundarios.

22. MORFEA PROFUNDA Y SIMVASTATINA

A. Lapeña Casado^a, J. Monte Serrano^a, B. Aldea Manrique^a, M. Ramírez Lluch^a, M. García García^a, M. Álvarez Salafranca^a y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. La morfea profunda es un trastorno inflamatorio-esclerótico de dermis reticular e hipodermis con posible extensión a estructuras subyacentes. En la literatura, las reacciones esclerodermiformes

por fármacos son poco frecuentes y en su mayoría secundarias a la administración de quimioterápicos como taxanos y bleomicina.

Caso clínico. Varón de 55 años que consultó por lesiones cutáneas en ambas regiones pretibiales de cinco meses de evolución, inicialmente pruriginosas y posteriormente hipoestésicas. El paciente refería que las lesiones comenzaron a manifestarse escasas semanas tras el inicio de simvastatina 20 mg. A la exploración física, se apreciaban dos placas blanquecinas de superficie lisa y brillante, induradas, a nivel de ambas regiones pretibiales, con un halo violáceo en periferia. La biopsia cutánea mostró fibrosis a nivel de todo el espesor de la dermis y tejido celular subcutáneo, acompañada de un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, todo ello compatible con el diagnóstico de morfea profunda. La resonancia magnética evidenció edema de planos subcutáneos sin afectación fascial. Tras la suspensión del fármaco sospechoso, se inició metotrexato 10 mg/semana, evidenciándose una mejoría cutánea progresiva.

Discusión y conclusión. Las estatinas son inhibidores de la HMG CoA-reductasa ampliamente prescritos como hipolipemiantes que a su vez presentan propiedades inmunomoduladoras. En este sentido, reducen la producción de linfocitos Th1 e inducen la diferenciación hacia Th2, hecho que se ha relacionado con su capacidad para desencadenar o exacerbar enfermedades autoinmunitarias. La toma de estatinas se ha relacionado con el desarrollo de fascitis eosinofílica, considerada por algunos autores como una entidad dentro del mismo espectro de la morfea. Sin embargo, la relación de estos fármacos con la morfea profunda no se ha publicado hasta la fecha.

23. PÉNFIGO PARANEoplÁSICO LIQUENOIDE: LA PIEL COMO MARCADOR DE ACTIVIDAD NEOPLÁSICA

A. Tomás-Velázquez^a, A. Estenaga Pérez de Albéniz^a, J. Antoñanzas^a, A. Morelló-Vicente^a, L. García Tobar^b, I. Bernad^c y A. España^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. ^cServicio de Dermatología. Hospital San Pedro. Logroño. España.

Introducción. El pénfigo paraneoplásico (PP) se presenta en forma de exantema polimorfo grave típicamente asociado a estomatitis severa con erosiones y úlceras dolorosas en contexto de un proceso maligno de base (linfoma no hodgkiniano 40%, leucemia linfática crónica 30%).

Caso clínico. Varón de 67 años con antecedente de leucemia linfática crónica B (LLC-B) consulta por lesiones cutaneomucosas de 3 meses de evolución. Bajo la sospecha de toxicodermia, se había suspendido el tratamiento previo (obinotuzumab, valaciclovir, trimetoprim-sulfametoxazol y alopurinol) un mes atrás, iniciándose corticoterapia sistémica. Sin embargo, el paciente había progresado hasta presentar numerosas pápulas eritematosas inflamatorias, algunas descamativas o de aspecto liquenoide, confluyentes en extremidades y tronco y áreas erosivas con despegamiento en mucosa oral, refiriendo dolor cutáneo generalizado y dificultad para la ingesta. Se realizan nuevas exploraciones complementarias, destacando: anticuerpos ampollares negativos, biopsia cutánea que muestra daño de interfase vacuolar con despegamiento focal, queratinocitos necróticos salpicados en el espesor epidérmico e infiltrado inflamatorio de tipo liquenoide con presencia de eosinófilos, IFD+ IgG e IgM a nivel de cuerpos coloides y citometría en sangre periférica con 0,012% de linfocitos B (1/uL) de tamaño pequeño y fenotipo LLC-B. Se diagnostica de pénfigo paraneoplásico liquenoide y se inicia tratamiento con ibrutinib y rituximab. Al mes presenta franca mejoría del cuadro cutaneomucoso. Tras 6 meses asintomático con control de la enfermedad, aparecen de forma progresiva nuevas lesiones erosivas muy inflamatorias en la superficie corporal y mucosa y se realiza TC corporal, evidenciándose progresión de la enfermedad hematológica.

Discusión y conclusiones. La sospecha diagnóstica en el PP es fundamental, en especial en aquellos casos en que la enfermedad de base es desconocida y la piel da la pista o como signo de respuesta/

progresión de esta. Las formas liquenoides son un reto diagnóstico, por su carácter infrecuente y la posibilidad de que las exploraciones complementarias (anticuerpos ampollares, biopsia cutánea...) proporcionen resultados que requieran de un importante conocimiento de la enfermedad para interpretarse.

24. MOGAMULIZUMAB COMO TRATAMIENTO DEL LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO T

J. Aróstegui Aguilar^a, J. Sarriugarte Aldecoa-Otalora^a, J. Mitxelena Ezeiza^a, I. Quispe Cuba^b, M.^oC. Viguria Alegría^a y J.I. Yanguas Bayona^a

^aServicio de Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica.

^bServicio de Hematología y Hemoterapia. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. Mogamulizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra el receptor CCR4 de linfocitos T malignos aprobado para el tratamiento de micosis fungoide y síndrome de Sézary que no responden a al menos otra terapia sistémica.

Casos clínicos. *Caso 1.* Mujer de 62 años con diagnóstico de síndrome de Sézary en 2002 con fracaso a diferentes tratamientos sistémicos que inicia terapia con mogamulizumab en junio de 2020. Actualmente, presenta buena tolerancia al tratamiento con mejoría de las lesiones cutáneas y disminución del tamaño de las adenopatías. *Caso 2.* Mujer de 73 años con diagnóstico de síndrome de Sézary en 2012 sin respuesta a múltiples fármacos sistémicos. En mayo de 2020 inicia tratamiento con mogamulizumab con gran mejoría en la actualidad. *Caso 3.* Varón de 75 años con diagnóstico de micosis fungoide con transformación a linfoma de células grandes CD30+ (2018) e infiltración adenopática. No respuesta a diferentes tratamientos sistémicos. En septiembre de 2020 se inicia tratamiento con mogamulizumab y bendamustina sin respuesta. Fallece en enero de 2021 a causa del linfoma T. *Caso 4.* Varón de 68 años con diagnóstico de micosis fungoide foliculotropa (2014) sin respuesta a diversas terapias sistémicas. En enero de 2021 se inicia tratamiento con mogamulizumab con mejoría de las lesiones cutáneas.

Conclusión. El mogamulizumab es una terapia efectiva en algunos casos avanzados de micosis fungoide y síndrome de Sézary refractarios o con recaída tras otros fármacos sistémicos.

25. CALCINOSIS CUTÁNEA UNIVERSAL EN UNA PACIENTE CON DERMATOMIOSITIS ANTI-TIF1 GAMMA POSITIVA, ANTI-NXP2 NEGATIVA

M. Almenara-Blasco^a, P.A. Cerro Muñoz^a, A.M.^a Palma Ruiz^a, A. Navarro Bielsa^a, G. Ríos Ballester^b, I. Abadías Granado^a y A. Diago Irache^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.

Introducción. La calcinosis es un trastorno del tejido conectivo que se clasifica en cuatro tipos: metastásico; idiopático; iatrogénico y distrófico. La calcinosis distrófica puede producirse en la dermatomiositis, principalmente en la dermatomiositis juvenil y en la dermatomiositis con anticuerpos anti-nxp2 positivos. Se caracteriza por un depósito anormal de sales de calcio en la piel afectada, tejidos subcutáneos y músculos o tendones, con niveles séricos normales de calcio y fosfato.

Caso clínico. Mujer de 52 años que acude derivada desde medicina interna para valoración de extensas áreas de piel y partes blandas calcificadas (glúteos, brazos, ingles, faldón abdominal), de 10 años de evolución y curso progresivo. La clínica se acompañaba de fenómeno de Raynaud, eritema facial con tendencia a la poiquilodermia, e intolerancia al sol, sin otros hallazgos cutáneos. Los estudios

de autoinmunidad eran positivos para ANA 1/1280, anticuerpos anticitocéntrico, anti-TIF1 gamma y anti-SP100. Además, la paciente presentaba un electromiograma compatible con polimiositis. El estudio de extensión fue negativo para neoplasias. Se realizó biopsia cutánea siendo compatible con una calcinosis en el contexto de una dermatomiositis. Está pendiente de inicio de tratamiento con rituximab tras completar la vacunación para el VHB y el SARS-CoV-2.

Discusión y conclusiones. La filiación y el tratamiento de la calcinosis en patología autoinmune constituyen un desafío. Los anticuerpos anti-TIF1 gamma se asocian a neoplasia y los anti-NXP2 a calcinosis en la dermatomiositis; sin embargo, en la paciente ocurre lo contrario. Entre los tratamientos de la calcinosis cutis destacan bifosfonatos, rituximab, anti-TNF, o tiosulfato de sodio.

26. ELASTÓLISIS DÉRMICA PAPILAR SIMILAR A SEUDOXTANTOMA ELÁSTICO. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

J. Anderson Vildósola^a, A. Martínez Buil^a, A. López Pestaña^a, S. Ibarbia Oruezabal^a, A. de Vicente Aguirre^a, M. Lera Imbuluzqueta^a, M.Y. Silva Carmona^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. España.

Introducción. La elastólisis dérmica papilar similar a pseudoxantoma elástico (EDPSP) es un trastorno infrecuente y adquirido del tejido elástico descrito por Rongioletti y Rebora en 1992. Clínicamente se asemeja al pseudoxantoma elástico, pero se diferencia a nivel histológico y carece de manifestaciones sistémicas.

Casos clínicos. Presentamos 4 pacientes con EDPSP de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 55-78 años. La presentación clínica fue en forma de pápulas amarillentas confluentes conformando un aspecto de empedrado de pocos meses de evolución. En 3 de 4 casos las lesiones eran pruriginosas. El estudio histológico en 2 de las pacientes reveló disminución de fibras elásticas a nivel de dermis superficial, sin calcificación o fragmentación de estas. En 2 casos se realizó valoración oftalmológica sin alteraciones de relevancia clínica. Los principales diagnósticos diferenciales fueron el pseudoxantoma elástico, la papulosis fibrosa blanca del cuello y la elastólisis dérmica media.

Discusión. La elastólisis dérmica papilar similar a pseudoxantoma elástico se caracteriza por la presencia de pápulas de distribución no folicular, de coloración amarilla, confluentes, con predilección por el cuello, axilas, pliegues inframamarios, huecos antecubitales y parte baja de abdomen. Las lesiones suelen ser asintomáticas, aunque a veces producen un leve prurito, y no requieren tratamiento. Los casos publicados han sido de sexo femenino y mayoritariamente en población adulta. A día de hoy, su etiología es controvertida. La ausencia de casos en varones indica un componente genético, hereditario u hormonal que aún no se ha identificado.

Conclusión. Resaltamos la relevancia de estar familiarizado con la EDPSP y de la importancia de diferenciarlo del pseudoxantoma elástico, para evitar extensas investigaciones sistémicas. Más aún, probablemente es un trastorno infradiagnosticado, ya que las lesiones clínicas pueden ser muy sutiles.

27. PSEUDOLINFOMA CUTÁNEO SECUNDARIO A EDOXABAN

A. Lobato Izagirre^a, I. Gainza Apraiz^a, L. Blanch Rius^a, C. Gómez Bringas^a, G. Cancho Galán^b, J.I. Rodríguez Gutiérrez^c y R. Izu Belloso^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica.

^cServicio de Hematología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción. Los pseudolinfomas cutáneos (PLC) son un grupo de proliferaciones linfocíticas reactivas que simulan linfomas cutáneos clínica e histológicamente.

Caso clínico. Mujer de 68 años, con antecedentes de fibrilación auricular y anticoagulada recientemente con edoxaban que ingresa por pancitopenia y erupción maculopapular generalizada de predominio en extremidades inferiores de 10 días de evolución. Se realizó biopsia cutánea que fue compatible con pitiriasis rosada. Sin embargo, las lesiones progresaron, afectando prácticamente toda la superficie cutánea. Dada la discordancia clinicopatológica se realizó nueva biopsia cutánea, que fue compatible con un proceso linfoproliferativo T, sugestivo de micosis fungoide. En el tac estadificación se objetivaron adenopatías laterocervicales y axilares, que fueron biopsiadas, no objetivándose la presencia de infiltrado linfoide atípico. Las lesiones cutáneas se resolvieron al cabo de dos semanas tras tratamiento con corticoides sistémicos. Debido a la evolución clínica de las lesiones se estableció el diagnóstico de PLC.

Discusión. Los PLC de origen medicamentoso clínicamente se manifiestan como máculas, pápulas o nódulos generalizados. Entre los fármacos más frecuentemente implicados encontramos los anticonvulsivantes y antihipertensivos, no habiéndose descrito casos en relación con la terapia anticoagulante. Histológicamente se caracteriza por la presencia de un infiltrado linfoide de predominio T en dermis papilar, con grado variable de exocitosis de linfocitos en epidermis, simulando una micosis fungoide. Para su diagnóstico, es esencial la correlación de datos clínicos e histológicos.

28. SÍNDROME DE WARBURG-CINOTTI: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Gimeno Castillo, A. Saenz Aguirre, S. Heras González, L. Carnero González, M. Mendieta Eckert, A. Menéndez Parrón, F.J. de la Torre Gomar y R. González Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba (Vitoria-Gasteiz, Álava, País Vasco). España.

Introducción. El síndrome de Warburg-Cinotti es una entidad recientemente descrita, caracterizada por presentar acroosteólisis, contracturas en flexión digitales, neovascularización corneal, formación de queloides, ulceraciones y atrofia del tejido celular subcutáneo como principales manifestaciones.

Caso clínico. Mujer de 36 años revisada en nuestro servicio desde 1999 por un "síndrome polimalformativo complejo". Entre otros hallazgos clínicos, presentaba fibromatosis deformante de pies y zona distal de extremidades inferiores con ulceraciones, alopecia cicatricial, blefarofimosis, pseudoterigium conjuntival, escleras azuladas, contracturas en flexión de los dedos de ambas manos, orejas aladas, nariz bulbosa, neumotórax de repetición y colesteatoma. Las pruebas complementarias realizadas durante esos primeros años de seguimiento no permitieron filiar el síndrome. En 2007, ante la progresión de la fibromatosis de los pies que dificultaba la deambulación, se inició tratamiento con imatinib 400 mg/24 h, objetivándose enlentecimiento en la progresión del proceso, pero este tratamiento se suspendió tras dos años. Recientemente el análisis completo del exoma clínico ha revelado una mutación en heterocigosis en el gen DDR2 (c.1829T>C (p.L610P)), probablemente patogénica, que ha permitido establecer el diagnóstico de síndrome de Warburg-Cinotti.

Discusión. Presentamos el primer caso descrito en nuestro país de síndrome de Warburg-Cinotti. A pesar de su excepcionalidad, reconocer el fenotipo clínico del mismo puede guiar a un correcto diagnóstico. Hasta el momento se han descrito dos variantes de este síndrome en función del tipo de mutación del gen DDR2. Este gen codifica una tirosinasa, por lo que se postula que los inhibidores de la tirosinasa sean útiles para tratar esta entidad.

29. SÍNDROME DE BABOON: PRESENTACIÓN DE UN CASO

G. Bracerías Rincón, L. Mitxelena Elosegui, S. Vildósola Esturo, I. Aranguren López, M.^a Garayar Cantero, J.M. Lera Imbuluzqueta, N. Ormaechea Pérez y J. Zubizarreta Salvador

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. España.

Introducción. El síndrome de Baboon o del babuino se trata de una dermatitis de contacto sistémica poco frecuente en la actualidad, con hallazgos clínicos característicos que recuerdan a la coloración glútea de los babuinos, por lo que recibe su nombre. Típicamente se origina por la inhalación de mercurio tras la ruptura de un termómetro clásico.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 33 años, sin antecedentes de interés, que consulta por la aparición de una erupción eritematosa y pruriginosa en huecos poplíteos, muslo derecho y cara lateral de cuello. Ante la sospecha clínica de síndrome de Baboon se preguntó por la manipulación reciente de un termómetro clásico, corroborándose la rotura de uno el día previo. Revisando antecedentes médicos se compró la positividad para el cromato de mercurio en unas pruebas epicutáneas realizadas unos años previos. La clínica se resolvió completamente tras una pauta corta de corticoides.

Discusión. Tras la sustitución de los termómetros clásicos por digitales debido a la reglamentación sobre el uso de mercurio en sanidad establecida por la OMS en 2009, esta causa del síndrome de Baboon está en vías de desaparición. A pesar de que en la actualidad está prohibida la comercialización de este tipo de termómetros, estos dispositivos siguen existiendo en muchos hogares y por lo tanto creemos que es importante recordar esta entidad para poder sospecharla y diagnosticarla.

30. QUERATOACANTOMA CENTRÍFUGO MARGINADO, UN RÉTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

F.J. de la Torre Gomar^a, P. Rosés Gibert^a, I. Arrue Michelena^a, L. Aspe Unanue^a, I. García Río^a, Á. Pérez Rodríguez^b, M.^a I. Martínez González^a y R. González Pérez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba (Vitoria-Gasteiz, Álava, País Vasco). España.

Introducción. El queratoacantoma centrífugo marginado (QCM) es una variable extremadamente infrecuente de queratoacantoma de etiología desconocida.

Caso clínico. Varón de 51 años, con antecedente de liquen plano hipertrófico, que consultaba por una lesión pretibial derecha de 3 meses de evolución que había crecido de manera centrífuga. Presentaba una placa verrucosa de 10 × 9 cm, de borde violáceo excrecente y supurativo con un centro deprimido. A pesar de realizar múltiples biopsias con hallazgos histológicos superponibles (hiperplasia pseudoepiteliomatosa e intensos cambios inflamatorios inespecíficos, sin granulomas ni atipias celulares), cultivos microbiológicos (bacterias, micobacterias atípicas y hongos profundos), estudios analíticos completos y de ser valorado en sesiones interdepartamentales, no se conseguía alcanzar un diagnóstico. Terapéuticamente se habían utilizado múltiples tratamientos tópicos, corticoides y antibióticos sistémicos, antifúngicos orales de amplio espectro, crioterapia y exéresis quirúrgica, sin resultados satisfactorios. Dado el antecedente de liquen plano hipertrófico del paciente, se decidió utilizar acitretino, con respuesta parcial. Finalmente, tras reevaluar el caso, se alcanzó el diagnóstico de QCM. Con ello, se añadió metotrexato intralesional a la terapia con acitretino, consiguiéndose remisión completa.

Discusión. El QCM se manifiesta como una lesión excrecente de bordes que progresan de manera centrífuga dejando una zona cicatricial central. Los hallazgos histopatológicos muestran una hiperplasia de queratinocitos con citoplasma eosinofílico y mínima atipia. En su abordaje terapéutico se ha descrito la exéresis quirúrgica, los retinoides orales y el 5-fluoruracilo tópico entre otros.

Presentamos un caso de QCM, una entidad de difícil diagnóstico debido a su infrecuencia y su histología inespecífica. Su gran respuesta a tratamiento con acitretino oral y metotrexato intralesional nos hace considerar esta combinación en su manejo.

31. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULAS T CD8+ CITOTÓXICO EPIDERMOTROPO AGRESIVO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

A. Martínez Buil^a, J. Anderson Vildósola^a, A. López Pestaña^a, S. Vildósola Esturo^a, M.^a Garayar Cantero^a, L. Sobrevías Bonells^a, M.Y. Silva Carmona^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. España.

Introducción. El linfoma cutáneo primario de células T CD8+ citotóxico epidermotropo agresivo (LCCTEA-CD8+) es un linfoma poco frecuente caracterizado clínicamente por un comportamiento agresivo e histopatológicamente por una proliferación de linfocitos T CD8+ epidermotropos.

Casos clínicos. Presentamos 3 pacientes con LCCTEA-CD8+. *Caso 1.* Varón, 71 años. Tratamientos: metotrexato, gemcitabina y doxorubicina liposomal. Exitus a los 23 meses. *Caso 2.* Mujer, 61 años. Tratamientos: metotrexato, CHOP (ciclofosfamida, hidroxidaunorubicina, vincristina y prednisona), bexaroteno, GEMOX (gemcitabina y oxiplatino), alentuzumab, y CHOP con adriamicina liposomal pegilada. Exitus a los 14 meses. *Caso 3.* Mujer, 76 años. Tratamientos: CHOP, GEMOX, radioterapia, metotrexato, IFN-2 alfa, bendamustina. Exitus a los 18 meses.

Discusión. En todos nuestros casos, la presentación clínica fue en forma de placas y tumores ulcerados generalizados, con comportamiento agresivo. El estudio de extensión detectó afectación pulmonar únicamente en uno de ellos, a pesar de ser frecuente la diseminación extracutánea extranodal. Histopatológicamente, se observó proliferación monoclonal de linfocitos T atípicos con marcado epidermotropismo. Estos expresaron marcadores característicos del LCCTEA-CD8+, aunque destacó que en un caso el BETA1 fue negativo. El diagnóstico diferencial se planteó principalmente con la micosis fungoide CD8+, distinguiéndose de la misma por la evolución clínica. El pronóstico fue malo. Las líneas de quimioterapia sistémica empleadas resultaron insatisfactorias. Existe una continua búsqueda de alternativas terapéuticas, algunas con resultados prometedores como el brentuximab, el mogamulizumab o el trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas, este último potencialmente curativo.

Conclusión. A día de hoy, el LCCTEA-CD8+ supone un reto terapéutico y su tratamiento óptimo está por determinar, posiblemente por los pocos casos reportados y por su alta agresividad.

32. UNAS ADENOPATÍAS ENGAÑOSAS

I. Hiltun Cabredo^a, I. Saura López^b, J. Sarriugarte Aldecoa-Otalora^a, J. Aróstegui Aguilar^a, M. Fernández Parrado^a y J.I. Yanguas Bayona^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Nuclear. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. Ante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 se está realizando una campaña de vacunación rápida y masiva de la población. Esta situación podría enfrentarnos a ciertos efectos adversos, la mayoría de ellos inocuos, pero ocasionalmente problemáticos en algunos grupos de pacientes.

Caso clínico. Una mujer de 52 años, diagnosticada de un melanoma estadio Ib en agosto de 2018, seguía controles periódicos con pruebas de imagen y revisiones en dermatología, oncología y cirugía plástica. En una TC de control realizada en febrero de 2020 se detectaron adenopatías a nivel axilar izquierdo y supraclavicular, sos-

pechosas de malignidad, que no presentaba en controles previos. Se solicitó una PET, que mostró captación de 18-FDG a ambos niveles. Se procedió a realizar una PAAF guiada por ecografía de una de las adenopatías y en el análisis no se hallaron células metastásicas. Se interrogó a la paciente, que refirió haber recibido las dos dosis de la vacuna contra la COVID-19 (Comirnaty, Pfizer-BioNTech) dos semanas y una semana antes de la TC y la PET respectivamente.

Discusión. Presentamos el caso de unas adenopatías posvacunales en una mujer con antecedente reciente de melanoma. Se han reportado en los distintos ensayos de las vacunas desarrolladas contra el SARS-CoV2 la aparición de adenopatías a nivel axilar ipsilateral y supraclavicular, en todos los casos autolimitadas. Su aparición puede suponer un auténtico desafío diagnóstico en pacientes oncológicos, en los que estas adenopatías se podrían confundir fácilmente con metástasis ganglionares. Aunque la actitud que seguir en estos casos aún no está clara, lo que debemos tener en cuenta en estos próximos meses, cuando nos hallemos en una situación similar, es la posibilidad de que estas adenopatías sean debidas a la vacunación reciente contra la COVID-19.

33. ÚLCERA CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS TRATADA CON TFD CON AZUL DE METILENO

P.A. Cerro Muñoz^a, A.M.^a Palma Ruiz^a, A. Navarro Bielsa^a, M. Almenara Blasco^a, M.^aD. Calvo Priego^a, O. Algara Robles^b e Y. Gilaberte^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Microbiología. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.

Introducción. El complejo Mycobacterium (M). abscessus (M. mageritensis, M. abscessus, y M. bolletii) son las principales micobacterias no tuberculosas que afectan la piel. Si bien son infecciones poco frecuentes, estudios recientes han demostrado que la prevalencia está aumentando. Se transmite por inoculación directa en la piel durante traumatismos, procedimientos quirúrgicos, tatuajes y perforaciones corporales.

Caso clínico. Una mujer de 36 años con antecedentes de obesidad presentaba una lesión en el tercer dedo de la mano derecha tras la realización de un piercing tres meses antes. Había recibido múltiples antibióticos sin respuesta. El cultivo fue positivo para M. abscessus subs. Mageritensis y el antibiograma evidenció multirresistencia, siendo sensible solo a amikacina y claritromicina. Se realizó desbridamiento quirúrgico, y se pautó claritromicina y doxiciclina durante varias semanas sin mejoría. Se decidió iniciar TFD con metil aminolevulinato con 1 h de incubación y posterior iluminación con 37 J/cm². Las sesiones se realizaron cada 7 días, aumentando el tiempo de incubación y la fluencia, alcanzando 2 h y 74 J/cm² a la tercera sesión. Tras 8 sesiones presentaba mejoría parcial, se cambió el fotosensibilizante a azul de metileno con media hora de incubación, complementando con TFD de luz de día. Después de 14 sesiones la paciente ha presentado una mejoría importante. Presentamos el primer caso de infección cutánea por M. abscessus tratada con éxito con TFD con azul de metileno. Esta micobacteria es resistente a la mayoría de los antituberculosos y antibióticos convencionales. Hemos utilizado la TFD por su conocido efecto antimicrobiano. Su mecanismo de acción multidiana favorece la eficacia frente a gérmenes multirresistentes como en este caso, pudiendo ser potencialmente una más de sus indicaciones.

34. TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE CON DUPILUMAB, NUESTRA EXPERIENCIA

M. Hervella Garcés, J. Aróstegui Aguilar, E. Querol Cisneros, Í. Martínez de Espronceda Ezquerro, I. Palacios Álvarez e I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. La experiencia en la vida real con dupilumab en la dermatitis atópica (DA) grave en nuestro medio es aún limitada, pues su financiación fue aprobada en España en febrero 2020.

Métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con DA grave que iniciaron tratamiento con dupilumab en nuestro centro hospitalario desde su autorización por el Ministerio de Sanidad. Los criterios de inclusión fueron los exigidos por la plataforma Valthermed: > 8 años, EASI > 21, PGA > 3/4, y respuesta insatisfactoria o contraindicación de ciclosporina. Se recogieron y evaluaron parámetros demográficos, clínicos y escalas SCORAD, EASI, PGA, BSA y VAS. Para mantener la financiación del tratamiento, se considera respondedor al paciente que en 16 semanas alcanza EASI-50, y además reduce PGA \geq 2 puntos respecto a su valoración basal, mejoría que debe mantenerse a 24 y 52 semanas.

Resultados. Incluimos a 30 pacientes: 53% mujeres, edad media 43 años, y duración media de la enfermedad 23 años; uso previo de una media de 2,87 tratamientos sistémicos. En ningún caso se interrumpió el tratamiento por falta de respuesta, ni por efectos adversos. Ningún paciente presentó acontecimientos adversos graves. Siete (23,2%) desarrollaron algún efecto secundario ocular, 3 de ellos conjuntivitis seca, pero solo en 2 (6,7%) obligó a reducción de dosis. A las 16 semanas 28/30 (93,3%) pacientes eran "respondedores"; los 2 restantes mejoraron en la semana 24. La reducción media del EASI a las 4, 16, 24 y 52 semanas fue respectivamente: 61,2; 81,0; 90,1 y 94,9%. Durante el tratamiento, el PGA pasó de 3,63 a 0,76 (reducción media de 2,87), y el picor VAS de 8,2 a 1,8 (reducción de 6,4 puntos).

Discusión. Dupilumab fue seguro. La mejoría clínica fue significativa y un 86,7% se encuentran ahora en monoterapia. Fue llamativa la reducción del picor, que se ha traducido en una alta satisfacción de los pacientes y una gran mejora en los indicadores de calidad de vida. Cabe destacar la igual respuesta de 4 pacientes con diagnóstico de prurigo nodular, así como de 3 pacientes ancianos con clínica de "eccema endógeno grave recalcitrante" y que actualmente se encuentran con PGA 0-1. En nuestros pacientes observamos mejoría muy significativa con dupilumab, similar a lo reportado, con menor incidencia de efectos secundarios oculares respecto a lo publicado en ensayos clínicos.

35. TUMORACIÓN AXILAR COMO FORMA DE MANIFESTACIÓN DE UN CÁNCER DE MAMA OCULTO

A. Saenz Aguirre^a, J. Gimeno Castillo^a, V. Fatsini Blanch^a, A. Urtaran Ibarzabal^a, M. Lázaro Serrano^a, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya^a, A. Onaindia Pérez^b y R. González Pérez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba (Vitoria-Gasteiz, Álava, País Vasco). España.

Introducción. La afectación cutánea por neoplasias extracutáneas se considera un signo de mal pronóstico, pudiendo ser el primer hallazgo de un tumor oculto. Presentamos un caso en el que se llegó al diagnóstico de un carcinoma de mama (CM) por su afectación cutánea.

Caso clínico. Mujer de 69 años que consultaba por una lesión axilar derecha de 4-5 años de evolución con empeoramiento sustancial en los últimos meses presentando ulceración y exudado seroso. La paciente asociaba astenia, así como molestias locales e impotencia funcional. A la exploración física se apreciaba una placa de consistencia pétreo con bordes excrecentes y centro ulcerado. Se realizó un estudio histológico que mostraba infiltración cutánea por carcinoma ductal de origen mamario. Las pruebas de imagen evidenciaron una masa en hueco axilar derecho sugestiva de conglomerado adenopático junto con marcado engrosamiento del complejo dermo-epidérmico de la mama derecha. En el estudio de extensión se apreciaban múltiples lesiones compatibles con metástasis viscera-

les y ganglionares. Tras el diagnóstico de CM en estadio avanzado, se inició tratamiento quimioterápico, actualmente suspendido debido a un gran deterioro clínico.

Discusión y conclusiones. Se conoce como metástasis cutánea (MC) al compromiso de la dermis o del tejido celular subcutáneo por una neoplasia maligna sin contigüidad con el tumor primario. El CM es el tumor que más frecuentemente produce MC en mujeres, siendo su prevalencia variable (3,4-24%). La mayoría se producen por extensión locorregional, desarrollándose entre los 6 meses y los 4 años tras el diagnóstico del CM. Las localizaciones más afectadas son tórax y abdomen. Se han descrito varias formas de presentación clínica, siendo la más frecuente la nodular. Resulta fundamental la detección de las MC, ya que condicionan la estadificación de la enfermedad, así como su pronóstico y tratamiento.

36. NUESTRA EXPERIENCIA CON VASELINA AZUFRADE EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCABIOSIS RESISTENTE

I. Vicente Sánchez, M. Pretel Irazabal, A. Arechalde Pérez y M. ^aP. Manrique Martínez

Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo. Bizkaia. España.

Introducción. La escabiosis es una enfermedad parasitaria de prevalencia en aumento en nuestras consultas. Se trata de un problema de salud pública tanto por su alta contagiosidad como por el aumento de casos no respondedores a tratamientos clásicos (permetrina, ivermectina). Es difícil determinar la causa del fallo al tratamiento escabificada, ya que intervienen varios factores y puede ser el resultado de una mala adherencia al tratamiento, pero también resistencia al fármaco o reinfestación. El fallo a estos tratamientos nos ha llevado a recuperar el precipitado de azufre como alternativa terapéutica.

Serie de casos. Presentamos una serie de 50 pacientes tratados en nuestras consultas en el período de octubre 2019 a abril 2021, de los cuales 35 eran casos sintomáticos y 15 contactos asintomáticos. La mayor parte de los pacientes habían realizado uno o varios tratamientos previos (permetrina, ivermectina y/o tratamiento combinado). La pauta más aceptada es la aplicación de vaselina azufrada (5-10%) cada noche durante 3 noches consecutivas, con posibilidad de repetir la aplicación al cabo de una semana. La tasa de respuesta completa al tratamiento con vaselina azufrada en nuestros pacientes ha sido del 94%. El único efecto adverso que hemos observado ha sido un eccema irritativo, presente en 4 de los 48 pacientes (8%).

Discusión. La vaselina azufrada es un tratamiento escabificada a tener en cuenta dentro del arsenal terapéutico frente a la escabiosis. Dado el aumento de casos y la dificultad de tratamiento, comunicamos esta serie de casos para aportar una opción de tratamiento en este campo.

37. CARCINOMA BASOCELULAR EXTENSO EN PIRÁMIDE NASAL

Á. Estenaga Pérez de Albéniz^a, A. Tomás Velázquez^a, J. Antoñanzas Pérez¹, A. Morelló Vicente^a y P. Redondo Bellón^{a,b}

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra. ^aPamplona. ^bMadrid. España.

Introducción. La reconstrucción de defectos tras cirugía dermatológica oncológica puede suponer un reto para el cirujano. En defectos pequeños de la pirámide nasal, los colgajos locales pueden ser una buena opción. En defectos grandes, en cambio, suele ser necesario el uso de injertos de espesor total.

Casos clínicos. La primera paciente es una mujer de 66 años, que consultaba por placa nacarada en punta y dorso nasal, biopsiada en otro centro con diagnóstico de carcinoma basocelular morfeiforme. Tras una primera cirugía controlada al microscopio y ante la mala

delimitación clínica de bordes, se propuso la técnica del “espague-ti”, abarcando el defecto final la práctica totalidad del dorso y punta nasal. El defecto se cerró mediante la combinación de dos injertos de piel de espesor total, respetando la delimitación de las unidades estéticas afectadas. La segunda paciente es una mujer de 75 años, remitida desde otro centro para tratamiento de lesión en canto interno del ojo derecho con diagnóstico histológico de carcinoma basocelular infiltrativo, variante microcordonal. Tras varios pases de cirugía de Mohs, el defecto final afectaba a la totalidad de raíz y dorso nasal. Se realizó cierre mediante colgajo frontonasal para cubrir el dorso nasal superior y avance de mejilla derecha,

dejando algunas áreas epitelizar por segunda intención, con excelente resultado.

Conclusiones. Presentamos dos retos reconstructivos en cirugía dermatológica de la pirámide nasal. En primer lugar, resaltar la dificultad de la planificación quirúrgica en carcinomas basocelulares infiltrantes, por la mala delimitación clínica de márgenes. Por otra parte, las posibilidades reconstructivas para defectos amplios en pirámide nasal son múltiples, no existiendo una opción mejor para todos los casos. Dichas opciones deben adaptarse a las características individuales del paciente y defecto, aunque los injertos y los colgajos locales son las técnicas recomendadas.