

Vitoria-Gasteiz, 15 de octubre de 2016

Reunión de la Sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología





Academia Española de
Dermatología y Venereología
Sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana

Presidente: Dr. Mariano Ara Martín
Servicio de Dermatología
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza

**Reunión de la Sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología**

15 de octubre de 2016
Hotel Jardines de Uleta
Calle de Uleta, 1
01007 Vitoria-Gasteiz



pág.

10:15 h: Entrega de documentación.

10:30 h: Comunicaciones libres. Moderadoras: Dres. Itziar Arrue Michelena e Izaskun Trébol Urra (Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz)

FIBROXANTOMA ATÍPICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2006-2016 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

11

JA. Yagüe Barcia, P. Urigoitia Ugalde, L. Blanch Rius, N. González Romero, M.J. Calderón Gutierrez, JD. Solano Iturri*, R. Izu Belloso. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

HEMANGIOMAS INFANTILES. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO (HUB)

12

N. González Romero, C Sanz de Galdeano Palacio, M Lázaro Serrano, M Zaldúa Arrese, B Ramos Bareño, E Martínez Villafañe, R Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

INFECCIÓN CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX EN UN VARÓN DE 27 AÑOS.

13

Drs. M^a L. Zubiri Ara*, A. Morales Callaghan*, E. del Valle Sánchez**, C. Yus Gotor**, R. Baldellou Lasierra*. E. Simal Gil*, P. Arazo Garcés ***. Servicios de Dermatología*, Anatomía Patológica** e Infecciosos*** Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

PÁPULAS ASINTOMÁTICAS EN HOMBROS EN VARÓN DE 57 AÑOS

14

Jaime González del Tánago Diago, Susana Gómez Muga, Silvia Pérez Barrio, Cristina Gómez Bringas, Peru Urigoitia Ugalde, Goikoane Cancho Galán*. Servicio de Dermatología de Hospital Universitario Basurto, Bilbao. *Servicio de Anatomía Patológica

ACANTOSIS, ACANTOLISIS Y DISQUERATOSIS: ¿QUE ESCONDE ESTA EROSION?

15

Anne Barrutia-Borque, Juan Antonio Ratón-Nieto, Luis Díaz-Ramón, Belén Navajas-Pinedo, Olane Guergué-Díaz-de-Cerio, Verónica Velasco-Benito. Servicio de Dermatología Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya)

16

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS INDETERMINADAS

Sonia Heras González, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Aracaya, Vanesa Fatsini Blanch, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Irene García Río, Palmira Malo Diez y Ricardo Soloeta Arechavala. Hospital Universitario de Álava, Vitoria.

17

CALCIFILAXIS CUTÁNEA RESUELTA TRAS RETIRADA DE ACENOCUMAROL

Miren Marquina Iñarrairaegui¹, Patricia Eguino Gorrochategui¹, Jose Mari Arrinda Yeregui², Liza Maria Argueta Ruano², Juan Carlos Calvo Maeztu³, Aitor Gonzalez de Audikana Aurteneche³, Laura de la Higuera Vila³. Servicios de Dermatología 1, Anatomía Patológica 2 y Medicina Interna³. OSI BIDASOA. Gipuzkoa.

18

ANGIOMA SERPIGINOSO CON EXTENSA AFECTACIÓN CUTÁNEA

Adrià Panés Rodríguez¹, Sara Ibarbia Oruezabal¹, Arantxa López Pestaña¹, Tomás Toledo Pastrana¹, Arantxa Juaristi Abaunz², José Zubizarreta Salvador¹. Servicios de Dermatología 1 y Anatomía Patológica 2. Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

19

ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LA RELACIÓN DE LA PSORIASIS CON EL SÍNDROME METABÓLICO

Adrián Diago Irache¹, Estrella Simal Gil², Nieves Porta Aznarez², María Teresa Elena Gracia Cazorro³. Servicio de Dermatología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza 2. Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología, Universidad de Zaragoza 3.

20

ÚLCERAS DE LA MUCOSA ORAL: EOSINOFÍLICAS Y MÚLTIPLES

Sara Ibarbia Oruezabal¹, Adrià Panés Rodríguez¹, Susana Vildósola Esturo¹, María Asunción Arregui Murua¹, Nerea Segués Merino², José Zubizarreta Salvador. Servicio de Dermatología 1. Servicio de Anatomía Patológica 2. Hospital Universitario Donostia.

21

LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES CUTÁNEO CD30+

Amaia Urtaran Ibarzabal, Adrián de Quintana Sancho, María Isabel Martínez González, Itziar Arrue Michelena, Libe Aspe Unanue, Julia de Diego Rivas, María Victoria Almeida Llamas. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz

22

MELANOMA DÉRMICO PRIMARIO

B Ramos Bareño, A Sánchez Díez, M Julià Manresa, JA Yagüe Barcia, G Cancho Galán*, E Ansola Aretxabaleta, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica* Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

23

NEUEVA MUTACIÓN ASOCIADA A LA HIPOTRICOSIS SIMPLE

Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Nuria Rodríguez Garijo, Ana Patiño García, Pedro Redondo Bellón. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

24

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS CON ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA GUIADA POR ECOGRAFÍA: PRESENTACIÓN DE 5 CASOS.

Marta Mendieta Eckert¹, Jose Azpiazu Macho², Nerea Landa Gundin¹. Unidad de Dermatología 1, Unidad de Flebología 2. Clínica Dermitek. Bilbao (Bizkaia).

25

DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR POLICRILENO

Alfredo Daniel Agulló Pérez, Maialen Azcona Rodríguez, Saioa Oscoz Jaime, Mónica Larrea García, Marcos Hervella Garcés, Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra.

12:00-12:30 h: Café descanso.

12:30 -13:00 h: Presentación de los proyectos y/o becas de los ganadores pendientes de las Becas de la Sección VNAR 2014 y 2015.

13:00-13:30: Taller de Magia a cargo del mago Jon Oskoz.

13:30-14:00h: Asamblea de la Sección VNAR.

Orden del día:

- Informe del Presidente.
- Informe de la Secretaria.
- Informe de la Tesorera.
- Otros asuntos de trámite
- Ruegos y preguntas.

14:00 h: Comida de trabajo: Hotel Jardines de Uleta, Calle de Uleta 1, 01007 Vitoria- Gasteiz (sede de la reunión)

16:00 h: Comunicaciones libres. Moderadores: Zuriñe Martínez de Lagrán y Yolanda Olaizola Nogales (Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz)

26

MANOS DE MECÁNICO ASOCIADAS A SÍNDROME ANTISINTETASA SIN AFECTACIÓN MUSCULAR

Marcial Álvarez Salafranca, Lucía Prieto Torres, Isabel Abadías Granado, Álvaro Rivera Rodríguez, Mariano Ara Martín. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza.

27

"ENFERMEDAD DE SPAM", PRIMER CASO DESCRITO FUERA DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO.

M^a Isabel Martínez González, Ricardo González Pérez, Sonia Heras González, Lucía Carnero González, Sofía Goula Fernández, Izaskun Trébol Urra, Tatiana Piqueres Zubiaurre. S^o de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS ATRÓFICO EN UN VARÓN DE 14 AÑOS

28 Sara Esteban Terradillos, Irati Allende Markixana, Xabier Eizaguirre Uriarte, María Nerea Agesta Sánchez, Marta Rubio Lombrana, Juan Bautista Ayestarán Soto, Aitor Fernández de Larrinoa Santamaria. Servicio de Dermatología, Cirugía Plástica y Anatomía Patológica del Hospital Universitario Cruces (Barakaldo).

FIBROFOLICULOMAS EN UN PACIENTE CON TUMOR RENAL: SÍNDROME DE BIRT-HO-GG-DUBÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO.

29 E. Moreno-Artero, M. Ivars, E. Querol, N. Rodríguez-Garijo, I. Gastearena, M. Pretel. Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

LA PIEL, LA PIEZA QUE COMPLETA EL PUZZLE

30 Vanesa Fatsini Blanch, Ana María Martínez de Salinas Quintana, Amaia Urtaran Ibarzabal, Yolanda Olaizola Nogales, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Ricardo González Pérez. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

PANICULITIS LÚPICA REFRACTARIA A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS CON BUENA RESPUESTA A RITUXIMAB

31 Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Isabel Abadías Granado¹, Erardo Ernesto Meriño Ibarra², Ana Luisa Morales Moya¹, Mariano Ara Martín¹. Departamentos de 1 Dermatología y 2 Reumatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

MENINGIOMA INTRAÓSEO: EL PAPEL DEL DERMATÓLOGO

32 Elena Querol Cisneros¹, Isabel Bernad Alonso¹, Ester Moreno Artero¹, Marta Ivars Lleó¹, Miguel Ángel Idoate², Ricardo Díez del Valle³, Agustín España¹. Departamento de Dermatología 1. Departamento de Anatomía Patológica 2. Departamento de Neurocirugía 3. Clínica Universidad de Navarra (Pamplona, Navarra)

PILOMATRIXOMAS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON Distrofia Miotónica DE STEINERT

33 Iñigo Aranguren López¹, Lidia Sobrevias Bonells¹, Susana Vildósola Esturo¹, Nerea Ormaechea Pérez¹, Nerea Miren Segués Merino², José Zubizarreta Salvador¹. 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián 2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián

CANDIDIASIS CUTÁNEA CRÓNICA EN PACIENTE TRASPLANTADO

34 Nuria Rodríguez Garijo, Pilar Gil Sánchez, Marta Ivars Lleo, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Manuel Rubio Vallejo. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS DEL ADULTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

35 Iris Vicente Sánchez¹, Salomé Álvarez Sánchez¹, María del Rosario González Hermosa¹, Elvira Acebo Mariñas¹, Marta Mendieta Eckert¹, Aitor Fernández de Larrinoa², Leticia Ceberio Hualde³. 1 Servicios de Dermatología, 2 Anatomía Patológica y 3 Medicina Interna, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya)

DERMATOMIOSITIS JUVENIL CLINICAMENTE AMIOPÁTICA

36 Maialen Azcona Rodríguez¹, Alfredo Agulló Pérez¹, Mónica Larrea García¹ M^a Concepción Llanos Charvarri², Miren Oscoz Lizarbe³, Jose Ignacio Yangüas Bayona¹. 1 Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. 2 Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. 3 Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

LESIONES PAPULO-NECRÓTICAS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

37 Isabel Abadías Granado¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Ana Luisa Morales Moya¹, Francesc Felipo Berlanga², Mariano Ara Martín¹. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. 1 Servicio de Dermatología, 2 Servicio de Anatomía Patológica.

LIQUEN PLANO AMPOLLOSO

38 Lidia Sobrevias Bonells¹, Iñigo Aranguren López¹, Ane Jaka Moreno¹, Miguel Lera Imbuluzqueta¹, Carmen Lobo Moran², José Zubizarreta Salvador¹. 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia

COLAGENOSIS PERFORANTE REACTIVA ADQUIRIDA ASOCIADA A LINFOMA DE HODGKIN

39 Álvaro Rivera Rodríguez⁽¹⁾, Isabel Abadías Granado⁽¹⁾, Marcial Álvarez Salafranca⁽¹⁾, Lucía Prieto Torres⁽¹⁾, Francesc Felipo Berlanga⁽²⁾, Mariano Ara Martín⁽¹⁾. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), Servicios de Dermatología (1) y Anatomía Patológica (2).

NOVEDADES EN DERMATITIS DE CONTACTO PARA 2017

40 Marcos Hervella Garcés, Maialen Azcona Rodríguez, Alfredo Agulló Pérez, Rosario Vives Nadal, Mónica Larrea García, Ignacio Yanguas Bayona. Unidad de Eccema de Contacto, Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS VARICELLA ZÓSTER

41 Olane Guergué Díaz De Cerio, Jesús Gardeazabal García, Olatz Lasa Elgezua, Marta Ballestero Díez, Lander Peña Merino, Anne Barrutia Borque. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

Comunicaciones libres



FIBROXANTOMA ATÍPICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2006-2016 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

Introducción y objetivos.

El fibroxantoma atípico (FXA) es un tumor poco frecuente de histiogénesis incierta que generalmente aparece como un nódulo solitario en áreas de piel con daño actínico en personas de edad avanzada. El objetivo de este estudio ha sido describir sus características epidemiológicas, clínicas e histológicas del FXA.

Material y métodos.

Se realizó una búsqueda en la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica de las biopsias cutáneas realizadas en los últimos 10 años en nuestro hospital con diagnóstico histopatológico de FXA. De dichas historias se recogieron y analizaron retrospectivamente los siguientes datos: sexo, edad y patologías cutáneas asociadas del paciente, localización, número, tamaño y forma de presentación del tumor, sus características histopatológicas e inmunohistoquímicas, así como el diagnóstico clínico de impresión y la evolución de cada paciente.

Resultados.

De un total de 38 casos de FXA, se observa que casi la totalidad de ellos aparecían en varones, siendo la media de edad de aparición los 78 años. En más de dos tercios de los pacientes se asociaban a otras lesiones cutáneas, destacando las queratosis actínicas, aunque también carcinomas

basocelulares y epidermoides. El cuero cabelludo fue lugar de aparición de hasta la mitad de los casos, seguido de la cara y el pabellón auricular, encontrando un caso singular en un pie. La forma clínica de presentación varía desde una pápula a nódulo o tumor, en todos los casos solitario, cuyo tamaño medio alcanzaba los 1,8 cm. Histológicamente todos los casos presentaban un predominio fusocelular, y una inmunohistoquímica solapable. Por último, en ningún caso la impresión diagnóstica clínica fue FXA, aunque el retraso hasta el diagnóstico y tratamiento fue mínimo (media de 3 meses), lo que propició que en todos los pacientes salvo uno, la cirugía fuera suficiente para lograr su curación sin recidivas ni metástasis.

Conclusiones.

Los resultados obtenidos concuerdan con los datos publicados previamente en la literatura. A pesar de su escasa frecuencia, el dermatólogo debe conocerlo y sospecharlo, para evitar tratamientos agresivos e innecesarios.

JA. Yagüe Barcia, P. Urigoitia Ugalde, L. Blanch Rius, N. González Romero, M.J. Calderón Gutierrez, J.D. Solano Iturri*, R. Izu Belloso. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Palabra clave: tumor maligno, epidemiología



HEMANGIOMAS INFANTILES. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO (HUB).

Introducción y objetivos.

Los hemangiomas infantiles son tumores benignos frecuentes entre los lactantes de 1 año, producidos por la proliferación de células endoteliales de los vasos sanguíneos. Tan solo un 10-15% de ellos presentan riesgo de complicación. El diagnóstico es clínico y tienden a la resolución espontánea. Los betabloqueantes son de elección en los casos subsidiarios de tratamiento. El objetivo de este estudio ha sido analizar la epidemiología, manifestación y evolución más prevalentes, así como su manejo diagnóstico y terapéutico.

Material y métodos.

Se realizó un estudio clínico observacional y retrospectivo de los casos de hemangioma infantil vistos en la consulta de Dermatología Pediátrica del HUB. Se recopilaron y analizaron retrospectivamente las siguientes variables de los últimos 5 años: sexo, edad, localización, número y tamaño de lesiones, pruebas complementarias, tratamiento y respuesta al mismo.

Resultados.

Del total de 86 casos de hemangiomas, un 71% fueron mujeres, un 72% fueron diagnosticados en los primeros 7 meses de vida, en un 72% fueron lesiones únicas, con una mediana de tamaño de

2 cm y un 21% se localizaron en la cara. Se observó un caso de afectación hepática y otro síndrome de PHACES. En un 23% de los casos se utilizaron pruebas complementarias y un 35% precisó tratamiento médico, todos ellos con betabloqueantes, observándose respuesta en el 100% de los casos con una media de remisión de 17 meses.

Conclusiones.

Los resultados obtenidos apoyan los datos publicados en la literatura médica hasta el momento. Es importante conocer los criterios de riesgo de complicación para poder detectar aquellos hemangiomas que precisen seguimiento y aquellos que se beneficiarían de un tratamiento médico.

N González Romero, C Sanz de Galdeano Palacio, M Lázaro Serrano, M Zaldúa Arrese, B Ramos Bareño, E Martínez Villafañe, R Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Palabra clave: tumor benigno, epidemiología.



INFECCIÓN CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX EN UN VARÓN DE 27 AÑOS.

Introducción.

La tuberculosis cutánea es un cuadro poco frecuente, que puede estar causado por mycobacterium tuberculosis o bovis, y producirse por inoculación exógena o diseminación endógena; siendo variadas sus formas clínicas de presentación.

Caso clínico.

Paciente varón de 27 años, sin antecedentes personales de interés que presenta de 2 años de evolución lesión eritematosa, edematosa, de bordes bien definidos de 4x1 cm en borde superior del hélix izquierdo; que cree secundaria a una picadura. Se realiza biopsia cutánea con el resultado de dermatitis granulomatosa no necrotizante, superficial y profunda de tipo tuberculoide; y cultivo de biopsia aislándose mycobacterium tuberculosis complex; también en esputo. La analítica es normal y la serología de VIH negativa. En la Rx de Tórax se observan unos tractos fibrosos compatibles con tuberculosis residual. El paciente es remitido a la unidad de infecciosos, donde tras realizar tratamiento con rifampicina, isoniazida, depirazinamida y etambutol durante 6 meses, presenta mejoría de su lesión dermatológica.

Discusión.

Nuestro paciente presentaba un cuadro de

diseminación endógena, por vía pulmonar, siendo la localización en la oreja típica de este proceso de lupus vulgar, con buena evolución clínica con el tratamiento anti-tuberculostático recomendado por la OMS.

Drs. M^o L. Zubiri Ara*, A. Morales Callaghan*, E. del Valle Sánchez**, C. Yus Gotor**, R. Baldellou Lasierra*. E. Simal Gil*, P. Arazo Garcés ***. Servicios de Dermatología*, Anatomía Patológica** e Infecciosos*** Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabra clave: infección bacteriana



PÁPULAS ASINTOMÁTICAS EN HOMBROS EN VARÓN DE 57 AÑOS

Introducción.

Las alteraciones del tejido elástico cutáneo conforman un grupo heterogéneo de patologías. Son cuadros poco frecuentes, en los que la clínica y los hallazgos histológicos a menudo se superponen, lo que supone un reto diagnóstico para el dermatólogo.

Caso clínico.

Varón de 57 años sin antecedentes de interés, que consulta por aparición progresiva a lo largo de los últimos 10 años de pápulas hipocrómicas asintomáticas en hombros y laterales de cuello. El estudio histológico con tinción de Van Gieson muestra fragmentación y disminución de número de fibras elásticas en dermis. La combinación de los hallazgos clínicos e histológicos permitió llegar al diagnóstico de Elastorrexis Papulosa.

Conclusión.

Las alteraciones del tejido elástico cutáneo constituyen un grupo amplio de patologías, que a menudo presentan rasgos clínicos e histológicos muy similares. Hacemos un repaso del diagnóstico diferencial de la patología presentada y sus claves diagnósticas.

Jaime González del Tánago Diago, Susana Gómez Muga, Silvia Pérez Barrio, Cristina Gómez Bringas, Peru Urigoitia Ugalde, Goikoane Cancho Galán*. Servicio de Dermatología de Hospital Universitario Basurto, Bilbao. *Servicio de Anatomía Patológica

Palabra clave: miscelánea



ACANTOSIS, ACANTOLISIS Y DISQUERATOSIS: ¿QUÉ ESCONDE ESTA EROSIÓN?

Introducción.

Acantosis, acantólisis y disqueratosis son tres fenómenos histopatológicos presentes, en mayor o menor medida, en entidades dermatológicas conocidas como la Enfermedad de Darier, Hailey-Hailey y Grover, y en un grupo de entidades menos conocidas como el acantoma acantolítico disqueratósico, disqueratoma verrucoso o disqueratosis acantolítica papular del área genitocrural, entre otros.

Caso clínico.

Varón de 74 años, sin antecedentes de interés, consulta por una placa eritematosa hiperqueratósica y erosionada de 2 centímetros localizada en glande, asintomática y de dos años de evolución, con crecimiento progresivo. La lesión era refractaria a tratamientos tópicos. La serología de treponema pallidum fue negativa, así como el estudio de anticuerpos antistancia intercelular y anti-membrana basal. El estudio anatomopatológico de la misma mostró acantosis, acantólisis supra-basal y disqueratosis, abriendo un amplio abanico de posibles diagnósticos.

Discusión.

La disqueratosis acantolítica papular del área genitocrural es una rara entidad clinicopatológica conocida por los dermatólogos y difícil de

diferenciar histológicamente de entidades como la enfermedad de Darier o la enfermedad de Hailey-Hailey. Una revisión de la literatura muestra un total de 27 casos descritos, de los cuales 5 se presentan en el pene (1 con afectación exclusiva en el pene). Por el aspecto de las lesiones y su localización en el área genitocrural, hay que diferenciarlas principalmente de los condilomas, la enfermedad de Hailey-Hailey, la candidiasis genital y de eccemas localizados. Su tratamiento no está claro y, en ocasiones, puede ser de utilidad el estudio genético.

Anne Barrutia-Borque, Juan Antonio Ratón-Nieto, Luis Díaz-Ramón, Belén Navajas-Pinedo, Olane Guergué-Díaz-de-Cerio, Verónica Velasco-Benito. Servicio de Dermatología Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya)

Palabra clave: genodermatosis; diagnóstico



HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS INDETERMINADAS

Introducción.

Las histiocitosis son un complejo grupo de desórdenes caracterizados por la proliferación de monocitos, macrófagos y células dendríticas. Se dividen en histiocitosis de células de Langerhans (HCL), histiocitosis de células no Langerhans (HCNL) e histiocitosis de células indeterminadas (HCI). En 2008 la OMS la introdujo de forma oficial dentro de los tumores hematopoyéticos y linfoides.

Caso clínico.

Varón de 58 años sin antecedentes personales de interés que consultaba por lesiones pruriginosas de un mes de evolución, consistentes en pápulas y nódulos normocoloreados, algunos con tendencia a la ulceración central, distribuidos en cara, tronco y extremidades superiores. Con la sospecha diagnóstica de histiocitosis versus cuadros linfoproliferativos se tomó una biopsia que mostró una población monomorfa de células de tamaño medio con núcleo central, así como alguna célula con hendidura y citoplasma pálido, con ocasionales figuras de mitosis, entremezcladas con un infiltrado inflamatorio únicamente de linfocitos. Inmunohistoquímicamente las células presentaban positividad a CD68, CD1a, Proteína S-100 y lisozima, hallazgos compatibles con una histiocitosis de células indeterminadas. Se completó el estudio con una analítica, un PET/TAC y

se derivó al paciente a los servicios de Oftalmología y Hematología, resultando todas las pruebas complementarias normales. Se inició tratamiento con corticoterapia oral a dosis de 0,5 mg/kg así como fototerapia UVB de banda estrecha obteniendo una respuesta completa que se mantiene hasta el momento actual.

Discusión.

Las HCI son un raro desorden cutáneo de las células dendríticas descrito por primera vez en 1985. Inmunofenotípicamente se caracteriza por CD1a, CD68 así como positividad parcial para S-100 junto con negatividad para CD207 (langerina). El principal diagnóstico diferencial clínico de la HCI es la histiocitosis generalizada eruptiva, que se caracteriza por ser una HCNL, pero en la que los histiocitos no expresan CD1a ni S-100. Por otra parte, el diagnóstico diferencial histopatológico de la HCI se plantea con la HCL donde las células dendríticas expresan los gránulos de Birberck con el examen de microscopía electrónica y positividad para CD207. Por tanto, dados los hallazgos objetivos en la inmunohistoquímica junto con las características clínicas del cuadro se estableció el diagnóstico de HCI.

Sonia Heras González, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Aracaya, Vanesa Fatsini Blanch, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Irene García Río, Palmira Malo Diez y Ricardo Soloeta Arechavala. Hospital Universitario de Álava, Vitoria.

Palabra clave: dermatomiositis clínicamente amiofática, autoinmunidad, CADM140



CALCIFILAXIS CUTÁNEA RESUELTA TRAS RETIRADA DE ACENOCUMAROL

Introducción.

La calcifilaxis se ha considerado una enfermedad casi exclusiva de pacientes con insuficiencia renal terminal sometidos a diálisis (prevalencia de 1%-4% en estos pacientes).

Material y método.

Valoramos a una mujer de 87 años durante su ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca congestiva. Presentaba dos úlceras espontáneas muy dolorosas en pierna izquierda, de un mes de duración. La paciente era pluripatológica y tomaba varios fármacos: Pantoprazol, Lactitol, Vildagliptina, Metformina, Ideos Unidia®, Metildigoxina, Bisoprolol, Quetiapina, Metamizol, Sintrom® y Prolia semestral®. En las pruebas complementarias no se hallaron resultados patológicos, salvo histología compatible con calcifilaxis cutánea. Tras la revisión de la literatura, se decidió suspender Sintrom® y sustituirlo por Clexane®.

Resultados.

Las úlceras, que habían continuado aumentando de tamaño y ya eran bilaterales (4 meses tras su inicio), comenzaron a reepitelizarse. En el plazo de 3 meses se habían resuelto.

Discusión.

Existen pocos casos notificados en pacientes sin enfermedad renal terminal, en los cuales se han

descrito diferentes factores de riesgo. Nuestra paciente presentaba muchos de ellos, pero el único modificable era el Sintrom® (iniciado 2 años atrás). Se han descrito casos por warfarina, pero sólo dos por acenocumarol (Sintrom®).

Conclusiones.

Debemos incluir la calcifilaxis en el diagnóstico diferencial de úlceras dolorosas en todos los pacientes anticoagulados.

Miren Marquina Iñarrairaeguila, Patricia Eguino Gorrochateguila, Jose Mari Arrinda Yeregui², Liza Maria Argueta Ruano², Juan Carlos Calvo Maeztu³, Aitor Gonzalez de Audikana Aurteneche³, Laura de la Higuera Vila³. Servicios de Dermatología¹, Anatomía Patológica² y Medicina Interna³. OSI BIDASOA. Gipuzkoa.

Palabra clave: reacción por fármacos, enfermedad vascular



ANGIOMA SERPIGINOSO CON EXTENSA AFECTACIÓN CUTÁNEA

Introducción.

El Angioma Serpiginoso (AS) es una alteración vascular poco frecuente producida por la proliferación y dilatación de los capilares en la dermis papilar. Se presenta antes de los 20 años de edad, con una mayor incidencia en mujeres. Normalmente es asintomático, con una lenta progresión a lo largo de los años. Suele presentarse de forma esporádica, aunque se han descrito casos hereditarios. La distribución anatómica es variable, pero las lesiones suelen localizarse en las extremidades. Presentamos un caso de AS con afectación cutánea inusualmente extensa.

Caso clínico.

Niña de 7 años de edad que presentaba desde los 9 meses múltiples telangiectasias en ambos brazos y piernas. La dermatoscopia mostró lagos rojizos y el signo de Darier era negativo. El estudio anatómo-patológico evidenció numerosos capilares dilatados en la dermis superficial. Se estableció el diagnóstico de Angioma Serpiginoso. No se instauró tratamiento debido a que las lesiones eran asintomáticas.

Discusión.

Casos de AS con afectación cutánea extensa están poco referidos en la literatura. Este cuadro plantea el diagnóstico diferencial con otras alteraciones vasculares como la telangiectasia nevoide unila-

teral, la telangiectasia macular eruptiva perstans, la telangiectasia esencial generalizada y la púrpura pigmentada. La dermatoscopia del AS consiste en glóbulos o lagos rojizos bien definidos, hallazgos que pueden ser de gran utilidad en el diagnóstico diferencial de esta entidad. Se ha descrito buena respuesta al tratamiento con láser de colorante pulsado.

Adrià Panés Rodríguez¹, Sara Ibarbia Oruezabal¹, Arantxa López Pestaña¹, Tomás Toledo Pastrana¹, Arantxa Juaristi Abaunz², José Zubizarreta Salvador¹. 1.- Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. 2.- Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

Palabra clave: 11. Enfermedad vascular



ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LA RELACIÓN DE LA PSORIASIS CON EL SÍNDROME METABÓLICO

Introducción.

En los últimos años, varios estudios han descrito cómo la psoriasis, más que ser una patología con afectación exclusivamente cutánea y articular, presenta una repercusión sistémica y se asocia, entre otras comorbilidades, al desarrollo de síndrome metabólico. El objetivo de nuestro estudio es describir la presencia de síndrome metabólico en los pacientes con psoriasis del sector II de Zaragoza y estudiar si la presencia de síndrome metabólico está condicionada por alguna variable relacionada con la evolución de la enfermedad.

Material y métodos: se realizó un estudio transversal en la consulta de psoriasis del Centro de Especialidades Médicas Ramón y Cajal de Zaragoza durante el mes de marzo de 2015. Se valoró la presencia de síndrome metabólico según criterios ATP-III y se recogió información acerca de la evolución, tratamiento y gravedad de su enfermedad, valorándose esta última mediante el índice PASI. Resultados: se estudiaron un total de 52 pacientes que presentaron síndrome metabólico en un 36% de los casos. No se observó una mayor probabilidad de presentar síndrome metabólico asociado al sexo, tiempo de evolución o gravedad de la psoriasis, aunque sí se observaron diferencias significativas en función de la edad y el índice de masa corporal. De los criterios diagnósticos de síndrome metabólico el único que presentó asociación

significativa con la gravedad de la psoriasis fue el nivel de triglicéridos.

Conclusiones.

La presencia de síndrome metabólico es mayor en los pacientes con psoriasis que en la población general. Son necesarios nuevos estudios que tengan en consideración los posibles sesgos asociados al uso del índice PASI. La hipertrigliceridemia parece ser un hallazgo constante en los pacientes con psoriasis, independientemente de la presencia de obesidad.

Adrián Diago Irache¹, Estrella Simal Gil², Nieves Porta Aznarez², María Teresa Elena Gracia Cazorro³
1 Servicio de Dermatología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología
2 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet
3 Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología, Universidad de Zaragoza

Palabra clave: psoriasis; comorbilidades; síndrome metabólico; PASI; hipertrigliceridemia.



ÚLCERAS DE LA MUCOSA ORAL: EOSINOFÍLICAS Y MÚLTIPLES

Introducción.

La úlcera eosinofílica de la mucosa oral (UEMO) es una lesión infrecuente considerada benigna, reactiva y autolimitada. Desde su descripción inicial en 1881, ha recibido distintos nombres: enfermedad de Riga-Fede cuando se manifiesta en niños, granuloma traumático y granuloma eosinófilo.

Caso clínico.

Varón de 39 años, sin antecedentes de interés, derivado desde urgencias por úlceras linguales dolorosas de dos días de evolución. A la exploración, se apreciaban 6 úlceras dolorosas de fondo fibrinoso localizadas en el dorso y lateral izquierdo de la lengua. Además se palpaban adenopatías cervicales. Se solicitaron cultivos bacterianos y fúngicos así como serologías, que fueron negativas. Se tomó una biopsia para cultivo microbiológico que fue negativa y otra para anatomía patológica, que mostró un infiltrado mixto con abundantes eosinófilos.

El paciente evolucionó a la curación espontánea en 20 días.

Discusión.

La UEMO es una entidad poco frecuente. Puede asentar en cualquier parte de la mucosa oral pero lo más frecuente es que se presente en forma de úlcera única de bordes indurados y localización lingual. Afecta sobre todo a adultos, pero puede

aparecer secundariamente a la erupción de los primeros dientes en niños, en cuyo caso se le denomina enfermedad de Riga-Fede.

Aunque su patogenia es desconocida, el factor traumático ha sido considerado muy importante. Su presentación clínica obliga a descartar neoplasias, úlceras traumáticas, micosis profundas, tuberculosis o sífilis entre otras.

A menudo curan de forma espontánea, por lo que en la actualidad se aboga por una actitud terapéutica conservadora.

Sara Ibarbia Oruezabal¹, Adrià Panés Rodríguez¹, Susana Vildósola Esturo¹, María Asunción Arregui Murual¹, Nerea Segué Merino², José Zubizarreta Salvador.
Servicio de Dermatología 1. Servicio de Anatomía Patológica 2. Hospital Universitario Donostia.

Palabra clave: infección vírica



LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES CUTÁNEO CD30+

Introducción.

El segundo grupo más frecuente de linfoma cutáneo de células T lo engloban los desórdenes linfoproliferativos cutáneos primarios CD30+. Éstos incluyen la papulosis linfomatoide (PL), el linfoma anaplásico de células grandes cutáneo CD30+ (LACG) y los casos borderline.

Caso clínico.

Varón de 82 años con lesiones asintomáticas en extremidad inferior izquierda de meses de evolución. Había sido diagnosticado en un centro privado de papulosis linfomatoide con estudio de extensión negativo. En la primera visita presentaba 6-7 nódulos de aspecto contusiforme limitados a la pierna izquierdo, junto a lesiones resueltas espontáneamente que dejaban hiperpigmentación residual. Progresivamente se observó transformación de dos de las lesiones a tumores de gran tamaño con escara necrótica central, así como resolución del resto de los nódulos. Una nueva biopsia apoyó nuestra sospecha diagnóstica de LACG. Tras tratamiento con metotrexato y posteriormente con radioterapia, presentó resolución completa de las lesiones. Actualmente el paciente está en seguimiento en nuestras consultas y continúa asintomático.

Discusión.

La PL y el LACG son polos de un espectro que

incluye casos intermedios donde no siempre es fácil establecer con seguridad un diagnóstico en base a criterios clínicos e histopatológicos. Las lesiones aisladas o múltiples limitadas a una región anatómica sugieren un LACG, mientras que las diseminadas son más características de la PL. Además, el infiltrado tumoral en los LACG suele ser más profundo, afectando al tejido celular subcutáneo. Sin embargo, con frecuencia sólo la evolución nos confirmará el diagnóstico.

En el estudio de la PL y/o LACG debemos descartar otros procesos linfoproliferativos que pueden cursar con células CD30+ como la micosis fungoide, enfermedad de Hodgkin y el LACG sistémico, así como otras entidades inflamatorias o neoplásicas no hematológicas que englobamos en el grupo de pseudolinfomas CD30+.

En cuanto al tratamiento, en las PL se puede adoptar una actitud más conservadora dado que muchas lesiones son autoinvolutivas. El tratamiento de elección en las lesiones de LACG localizadas son la escisión quirúrgica o la radioterapia, y el metotrexato a dosis bajas en las lesiones de gran extensión.

Amaita Urtaran Ibarzabal, Adrián de Quintana Sancho, María Isabel Martínez González, Itziar Arrue Michelena, Libe Aspe Unanue, Julia de Diego Rivas, María Victoria Almeida Llamas
Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz

Palabra clave: 20. Linfoma



MELANOMA DÉRMICO PRIMARIO

Introducción.

El melanoma dérmico primario (MDP) o melanoma dérmico solitario es un término propuesto en 2004 por Swetter et ál. que hace referencia a un subtipo de melanoma de localización dérmica o subcutánea que histológicamente simula una metástasis cutánea de melanoma con una supervivencia significativamente mayor.

Material y métodos.

Se ha realizado una búsqueda en la base de datos del H.U. Basurto de todos los diagnósticos de metástasis de melanoma (MM) de origen primario desconocido y melanoma dérmico solitario, entre 2010 y 2015. Se han analizado los datos de ambos grupos y se han comparado las características más reseñables.

Resultados.

La muestra de pacientes con diagnóstico de MM y MDP es de 20 pacientes. La edad media para MDP es de 58.2 años y de 69.9 para MM con una prevalencia similar en hombres y en mujeres (55% y 45%). Un 20 %, 4 pacientes, presentaron metástasis exclusivamente en dermis.

Discusión.

La prevalencia de metástasis de melanoma con origen primario desconocido son poco frecuentes (2-5%), y dentro de este grupo aquellas

metástasis ubicadas en dermis o tejido celular subcutáneo sin afectación de la unión dermoepidérmica son aún menos frecuentes (1%). Se cree que este grupo de pacientes pertenece a un subtipo independiente de melanomas debido a la diferencia en su comportamiento especialmente en la supervivencia (70-100%). Aún no se ha demostrado el origen de esta neoplasia aunque existen varias teorías..

B. Ramos Bareño, A. Sánchez Díez, M. Julià Manresa, JA. Yagüe Barcia, G. Cancho Galán*, E. Ansola Aretxabaleta, R. Izu Beloso. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica* Hospital Universitario de Basurto. Bilbao



NUEVA MUTACIÓN ASOCIADA A LA HIPOTRICOSIS SIMPLE

Introducción.

La hipotricosis simple comprende un grupo no sindrómico de alopecias hereditarias que se caracterizan por una pérdida difusa y progresiva del vello con un patrón fenotípico variable. La prevalencia es desconocida, pero se han descrito numerosas familias con varios miembros afectados. A diferencia de las displasias ectodérmicas, no existen anomalías de la piel, de las uñas o de los dientes. Aunque la pérdida de cabello se inicia desde la infancia, es habitual la progresión en la edad adulta. Se han detectado patrones de herencia tanto autosómicos como recesivos en diversas familias. Hasta el momento se conocen mutaciones en 6 genes para casos aislados, y 3 de ellas (RPL21, APCDD1 y SRNPE) son responsables de las formas autosómicas dominantes. Con respecto a las formas recesivas, se han identificado mutaciones en los genes de la DSG4, LIPH y LPAR6.

Caso clínico.

Presentamos el caso de un paciente varón de 18 meses, traído por sus padres por falta de cabello en cuero cabelludo desde el nacimiento. En la exploración física destaca una alopecia difusa del cuero cabelludo; el cabello era deslustrado, fino y quebradizo. Presentaba además hipotriquia de pestañas inferiores, así como escaso vello ciliar y corporal. No presentaba alteraciones dentales ni de las uñas. Tampoco presentaba alteraciones de

la sudoración tras la realización del test de Minor. El estudio genético en muestra de ADN de sangre periférica identificó una mutación en el gen SNRPE de cambio de sentido p.Leu74Pro (c.221T>C) en el ADN del niño, que no se halló en los padres.

Discusión.

Las mutaciones en el gen SNRPE se han relacionado previamente con otros cuadros de hipotricosis aislada en diversas familias, entre otras, una española. Se heredan de manera autosómica dominante, aunque existen casos con mutaciones de novo. La mutación p.Leu74Pro de SNRPE no ha sido previamente descrita en las bases de datos ni en la literatura disponible.

Conclusión.

Presentamos el caso de un niño con hipotricosis simple, ocasionada por una mutación de novo. Hasta el momento es el primer caso conocido con una mutación de cambio de sentido p.Leu74Pro (c.221T>C).

Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Nuria Rodríguez Garijo, Ana Patiño García, Pedro Redondo Bellón. Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Palabra clave: enfermedad sistémica



TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS CON ESCLEROTERAPIA CON ESPUMA GUIADA POR ECOGRAFÍA: PRESENTACIÓN DE 5 CASOS.

Introducción.

Las úlceras venosas son la principal causa de úlceras crónicas. Son responsables de un importante descenso en la calidad de vida de los pacientes afectados y tienen un gran impacto socioeconómico. La terapia compresiva es el pilar del tratamiento. Sin embargo, el tiempo de curación es prolongado y las recidivas frecuentes. Presentamos la técnica TIRS (terminal interruption of the reflux source) como una nueva opción terapéutica.

Material y método.

Se trataron 5 pacientes con úlceras venosas crónicas. Se realizó la técnica TIRS mediante escleroterapia con espuma de polidocanol guiada por ecografía. Se evaluaron la respuesta clínica, recurrencias y complicaciones. En un segundo tiempo se aconsejó el tratamiento de la insuficiencia venosa proximal.

Resultados.

En 4 de los 5 pacientes se obtuvo la cicatrización completa de las úlceras. No se observaron recurrencias en un periodo de seguimiento de 2 años.

Conclusiones.

La técnica TIRS podría ser una opción eficaz y segura en el tratamiento de las úlceras venosas.

Marta Mendieta Eckert¹, Jose Azpiazu Macho², Nerea Landa Gundin¹
Unidad de Dermatología 1, Unidad de Flebología 2.
Clínica Dermitek. Bilbao (Bizkaia).



DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR POLICRILENO

Introducción.

Existen numerosos casos en la literatura sobre dermatitis alérgica de contacto a componentes de filtros solares o de cremas hidratantes con filtro solar. Sin embargo sólo existe un precedente de dermatitis alérgica de contacto al polyester-8 (Policrileno).

Caso clínico.

Mujer de 36 años sin antecedentes de interés, que presentaba episodios de dermatitis eritematodescamativa pruriginosa, localizada en sienes, párpados, pabellón auricular, mentón y cuello de 3 años de evolución. Había realizado múltiples tratamientos inmunosupresores tópicos con mejoría parcial y posterior recaída. La paciente relacionaba el empeoramiento del cuadro con la exposición a la radiación ultravioleta y con el uso de fotoprotectores y cremas cosméticas.

Se realizaron pruebas de parche con varias baterías del TRUE test y con productos propios.

A las 96 horas se observaron reacciones positivas para el benzoato sódico ++, la parafenilendiamina base +, el parche de Clinique S + y el "repeat opean application test" de Clinique S +.

Desde Clinique nos facilitaron los componentes del producto, separados y diluidos al 10% en agua o vaselina. Estos componentes fueron parcheados, encontrándose positividad al poliéster-8 en la lectura a las 96 horas ++.

Discusión.

El Polyester-8 (Policrileno) es un copolímero de ácido adipico y neopentilglicol terminado con un ácido cianofenil-propenoico. Este compuesto actúa como fotoestabilizador de la avobenzona y del octocrileno, y aumenta la resistencia al agua del fotoprotector o crema cosmética del que forme parte.

Parte de su estructura molecular, presenta similitudes importantes con el Octocrileno, por lo que existe riesgo teórico de reacción cruzada.

El elevado peso molecular del Polyester-8, limita su capacidad como sensibilizante y se piensa que algún componente aún desconocido de su estructura actuaría como hapteno.

Presentamos el segundo caso de la literatura de DAC por Policrileno, un nuevo alérgeno a tener en cuenta.

Alfredo Daniel Agulló Pérez, Maialen Azcona Rodríguez, Saioa Oscoz Jaime, Mónica Larrea García, Marcos Hervella Garcés, Ignacio Yanguas Bayona.
Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra.

Palabra clave: dermatosis eczematosas, miscelánea



MANOS DE MECÁNICO ASOCIADAS A SÍNDROME ANTISINTETASA SIN AFECTACIÓN MUSCULAR

Introducción.

Lesiones cutáneas similares a una dermatosis ocupacional de manos, las conocidas como "manos de mecánico", pueden ser un signo clínico clave para la detección temprana de distintas enfermedades del tejido conectivo, siendo más específicas del síndrome antisintetasa.

Caso clínico.

Paciente mujer de 57 años, con poliartritis de predominio en articulaciones interfalángicas distales de un mes y medio de evolución, asociada a disnea, tos e intolerancia al esfuerzo. Las pruebas de imagen sugerían afectación del intersticio con fibrosis de predominio subpleural y en la analítica destacaban en el perfil de autoinmunidad: ANAs +1/160, Ac contra ENA SSA.Ro52 +, Ac contra ENA Jo-1 +, mientras que el resto de autoanticuerpos y el complemento fueron normales. El electrocardiograma no presentó alteraciones. Se remitió a consultas de Dermatología por haber objetivado lesiones cutáneas hiperqueratósicas y fisuradas de predominio en caras laterales de dedos. Con la sospecha del signo clínico "manos de mecánico", y teniendo en cuenta el resto de datos clínico-analíticos, se llegó al diagnóstico de síndrome antisintetasa sin afectación muscular. La paciente se encuentra en tratamiento con micofenolato, prednisona y ácido salicílico al 20% para las lesiones cutáneas.

Discusión.

El síndrome antisintetasa es una entidad infrecuente asociada a las miopatías inflamatorias idiopáticas que puede cursar con enfermedad intersticial pulmonar, miositis, artritis, "manos de mecánico" y fenómeno de Raynaud. La presentación con afectación pulmonar y ausencia de miositis, como en nuestro caso, es excepcional. Los anticuerpos antisintetasa son característicos, siendo el más frecuente el Ac anti-Jo-1. La presencia de anticuerpos anti-RO/SSA, también presentes en nuestro caso, se ha asociado a una afectación pulmonar más grave. Presentamos un caso infrecuente de síndrome antisintetasa sin afectación muscular, en el que la aparición de la clínica dermatológica fue clave para su diagnóstico.

Marcial Álvarez Salafranca, Lucía Prieto Torres, Isabel Abadías Granado, Álvaro Rivera Rodríguez, Mariano Ara Martín. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza.

Palabra clave: enfermedad sistémica, dermatosis eccematosa



"ENFERMEDAD DE SPAM", PRIMER CASO DESCRITO FUERA DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO.

Introducción.

La enfermedad de Spam es una enfermedad cutánea granulomatosa, de curso crónico, causada por micobacterias, que hasta la fecha parecía confinada a las islas del Pacífico Sur.

Caso clínico.

Varón sano de 34 años natural de Ecuador, que consultaba por lesiones verrucosas asintomáticas en rodilla derecha de más de 15 años de evolución. A la exploración, se observaban nódulos agrupados formando placas queratósicas, algunas de distribución lineal. Mediante PAS, Ziehl-Neelsen, cultivos y PCR de hongos y micobacterias no se evidenciaron microorganismos. A nivel anatómico-patológico se observaba un infiltrado inflamatorio crónico con granulomas no necrotizantes. Tras el fracaso de los múltiples tratamientos empleados, se procedió a la escisión quirúrgica y cultivo de la pieza, con resultado positivo para *Micobacterium (M.) peregrinum*. Iniciamos tratamiento con claritromicina y ciprofloxacino 500 mg/día durante 12 semanas, con resolución completa de las lesiones. Tras la presentación del caso en esta reunión en octubre de 2015, revisando la literatura, encontramos la recientemente descrita enfermedad de Spam, que produce lesiones idénticas a las presentadas por nuestro paciente.

M^a Isabel Martínez González, Ricardo González Pérez, Sonia Heras González, Lucía Carnero González, Sofía Goula Fernández, Izaskun Trébol Urra, Tatiana Piqueres Zubiaurre. S^o de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: infección bacteriana



DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS ATRÓFICO EN UN VARÓN DE 14 AÑOS

Introducción.

El dermatofibrosarcoma protuberan (DFSP) es un tumor fibrohistiocitario cutáneo, poco común, de bajo grado de malignidad con una marcada tendencia a la recidiva local. Se caracteriza por una latencia prolongada, lo que retrasa su detección. Se presenta un caso de difícil diagnóstico por tratarse de una variante infrecuente de este tipo de tumor. Caso clínico: Varón de 14 años que consulta por una placa deprimida violácea en tronco de más de un año de evolución, atrófica, con bordes imprecisos de 3 cm de diámetro máximo. Tras estudio histopatológico e inmunohistoquímico se llega al diagnóstico de DFSP variante atrófica, por lo que se realiza extirpación con márgenes amplios incluyendo fascia profunda.

Comentario.

El DFSP es un tumor fibrohistiocitario de bajo grado con una marcada tendencia a la recidiva local pero con escasa capacidad metastásica. Habitualmente se presenta como una placa firme con nódulos exofíticos de color rojo-marrón en el tronco o zona proximal de las extremidades. Con menor frecuencia se presenta como una lesión violácea, atrófica, no protuberante, que simula una morfea, anetodermia o atrofodermia, entre otras entidades. Esta variante es más común en la infancia. Debido al aspecto "protuberante" que suele presentar el DFSP clásico, la forma atrófica

es de difícil diagnóstico. El diagnóstico definitivo requiere un estudio histopatológico e inmunohistoquímico donde se observan células fusiformes que expresan CD34 y se disponen en fascículos cortos adoptando un patrón arremolinado característico. El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica amplia de la lesión para evitar el riesgo de recidiva local.

Sara Esteban Terradillos, Irati Allende Markixana, Xabier Eizaguirre Uriarte, María Nerea Agesta Sánchez, Marta Rubio Lombraña, Juan Bautista Ayestarán Soto, Aitor Fernández de Larrinoa Santamaria. Servicio de Dermatología, Cirugía Plástica y Anatomía Patológica del Hospital Universitario Cruces (Barakaldo).



FIBROFOLICULOMAS EN UN PACIENTE CON TUMOR RENAL: SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO

Introducción.

El síndrome de Birt-Hogg-Dubé es una genodermatosis infrecuente de herencia autosómica dominante que se caracteriza por la presencia de fibrofolliculomas y/o tricomodomas, quistes pulmonares, neumotórax espontáneos y diferentes tumores renales.

Caso Clínico.

Presentamos el caso de un paciente varón de 62 años que consultaba por unas lesiones cutáneas asintomáticas en la cara, el cuello y la región retroauricular, de cronología imprecisa, cuya madre y tía materna también presentaban. Recientemente le había sido diagnosticado un carcinoma renal de células claras que estaba pendiente de tratamiento quirúrgico.

En el examen físico destacaban múltiples pápulas milimétricas asintomáticas de coloración blanquecina en el cuello y la cara. El diagnóstico anatómopatológico fue de fibrofolliculomas.

Ante la sospecha de un síndrome de Birt-Hogg-Dubé, solicitamos un estudio genético para analizar la mutación en línea germinal del gen FLCN, que resultó positiva.

Discusión.

El síndrome de Birt-Hogg-Dubé se debe a diferentes mutaciones en el gen FLCN, que codifica una proteína denominada foliculina. Desde el punto de

vista dermatológico, los fibrofolliculomas y tricomodomas son clínicamente indistinguibles y aparecen alrededor de la tercera o cuarta décadas de la vida; se trata de pequeñas pápulas blanquecinas milimétricas, cupuliformes, localizadas en la nariz, la frente y las mejillas fundamentalmente. Además de estos dos criterios mayores, el Consorcio Europeo propone los siguientes criterios menores: múltiples quistes pulmonares basales, asociados o no a neumotórax espontáneo, un familiar de primer grado con síndrome de Birt-Hogg-Dubé, y tumor renal diagnosticado antes de los 50 años, entre los que destacan el carcinoma cromóforo y oncocítico, o formas híbridas de ambos, así como las variantes de células claras y papilar.

Conclusiones.

Las lesiones cutáneas pueden estar ausentes hasta en un 70% de los casos, nos obligan a establecer un diagnóstico diferencial con otros síndromes y representan el signo guía para los dermatólogos, por lo que su sospecha obliga a la realización de pruebas de imagen como la ecografía, la resonancia magnética o la tomografía axial computarizada para descartar un posible tumor renal asociado, y a la solicitud del estudio genético pertinente.

E. Moreno-Artero, M. Ivars, E. Querol, N. Rodríguez-Garijo, I. Gastearena, M. Pretel. Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.



LA PIEL, LA PIEZA QUE COMPLETA EL PUZZLE

Introducción.

La hiperpigmentación, la aparición de equimosis o la atrofia cutánea, entre otros, son motivos de consulta frecuentes en Dermatología y en algunos casos pueden plantear un diagnóstico diferencial complejo.

Caso clínico.

Mujer de 50 años que consultó por equimosis espontánea en antebrazos, presentando en la analítica sanguínea vitamina C baja, que se trató con mejoría de la clínica. Posteriormente, empezó a ser valorada en Reumatología por debilidad muscular y ANA positivos, por lo que nos la derivaron para descartar dermatomiositis. Al ser valorada de nuevo por Dermatología se observó hiperpigmentación cutánea, hirsutismo, sobrepeso de marcado predominio troncular y atrofia cutánea con aspecto poiquilodérmico. Se revisó la historia clínica y se descubrió que la paciente presentaba hipertensión arterial de reciente aparición, labilidad emocional e insomnio. Ante la sospecha clínica de hipercortisolismo, se realizó analítica sanguínea con perfil hormonal en la que destacó una ACTH elevada. Se derivó a Endocrinología y fue diagnosticada de síndrome de Cushing (SC) por macroadenoma hipofisario.

Discusión.

La valoración global del paciente, integrando en conjunto todos los datos de su historia clínica, es fundamental en nuestra práctica clínica, ya que la piel puede ser la pista para el diagnóstico clínico de algunos síndromes.

Dada la variabilidad y elevada frecuencia en población general de sus manifestaciones clínicas, junto con la falta de signos y síntomas patognomónicos, la sospecha del SC puede ser difícil. El desarrollo y empeoramiento progresivo y simultáneo de varios de los signos y síntomas sospechosos es una de las claves para establecer la sospecha de SC. El dermatólogo puede desempeñar un papel importante en la sospecha y detección de esta patología en la que un diagnóstico temprano es fundamental para reducir su morbi-mortalidad.

Vanesa Fatsini Blanch, Ana María Martínez de Salinas Quintana, Amaia Urtaran Ibarzabal, Yolanda Olaizola Nogales, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Ricardo González Pérez.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: enfermedad sistémica



PANICULITIS LÚPICA REFRACTARIA A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS CON BUENA RESPUESTA A RITUXIMAB

Introducción.

La panciculitis lúpica o lupus profundo es una enfermedad cutánea infrecuente que ocurre de forma aislada en el 50% de los casos y asociada a lupus discoide o lupus eritematoso sistémico en el resto. En muchos pacientes supone un reto terapéutico por la gran variabilidad interindividual de respuesta a los tratamientos aprobados (anti-maláricos, corticoides orales, sulfonas, talidomida, o ciclofosfamida). La aparición en los últimos años de casos de panciculitis lúpica tratados de forma exitosa con Rituximab (anticuerpo monoclonal anti-CD20) ha abierto una nueva vía para muchos pacientes refractarios a los tratamientos clásicos.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 57 años, que desde hacía 35, presentaba lesiones de panciculitis lúpica sin lupus sistémico asociado, con importante actividad de la enfermedad durante estos años dejando grandes deformidades con repercusión funcional y psicológica importante. A lo largo de su evolución, desde 1995, la paciente ha estado en tratamiento con hidroxycloquina, numerosas tandas de corticoides orales, talidomida (no tolerada), azatioprina, metotrexato, dapsona, clofazimina y colchimax con escasa respuesta. En septiembre de 2014 se inició tratamiento con Rituximab a dosis de 375 mg/m² a la semana como uso compasivo, fuera de ficha técnica. A los 3

meses del inicio del tratamiento la paciente refiere mejoría importante con reducción del dolor y del componente inflamatorio de las lesiones, quedando únicamente atrofia y fibrosis residual en el momento actual.

Discusión.

Desde su descripción original por Kaposi en 1883 y posteriormente por Irgang en 1940 la patogenia de esta enfermedad no ha sido aclarada. Múltiples teorías se han postulado al respecto, entre las que destacan que se trate de una entidad cercana al linfoma T panciculítico o que se trate de una interferonopatía. Por su importante modificación de la respuesta humoral, alterada de forma importante en el lupus, el rituximab es un fármaco que se ha considerado muy útil para su tratamiento. Desde su aprobación, son numerosas las enfermedades dermatológicas en las que se ha utilizado de forma compasiva (pénfigos vulgar y paraneoplásicos, epidermolísis ampollosa adquirida, dermatomiositis, enfermedad injerto contra huésped y algunas vasculitis entre otras). Hasta la fecha sólo hemos encontrado 4 casos en la literatura de panciculitis lúpica tratados de forma exitosa con rituximab.

Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Isabel Abadías Granado¹, Erardo Ernesto Meriño Ibarra², Ana Luisa Morales Moya¹, Mariano Ara Martín¹.
Departamentos de 1 Dermatología y 2 Reumatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Palabra clave: enfermedad del colágeno, tratamiento sistémico



MENINGIOMA INTRAÓSEO: EL PAPEL DEL DERMATÓLOGO

Introducción.

Los meningiomas son tumores originados en las meninges, que crecen intracranalmente sin invasión de tejidos hasta que se manifiestan por síntomas neurológicos secundarios a la compresión de estructuras nerviosas. Existe, en cambio, un subtipo de meningioma que puede visualizarse a través de deformaciones del cuero cabelludo.

Material y métodos.

Presentamos el caso de un varón de 48 años, que consultó por una masa subcutánea y dolorosa a la presión local en el cuero cabelludo. El estudio de imagen reveló la presencia de una tumoración intraósea en el hueso parietal, con componente de partes blandas meníngeo y de tejido celular subcutáneo. La excisión quirúrgica, junto al estudio histológico posterior, confirmó que se trataba de un meningioma meningotelial con componente intraóseo.

Discusión.

El meningioma intraóseo es una variedad de meningioma poco frecuente, que se origina en el cráneo y en su crecimiento puede provocar deformidades del cuero cabelludo poco expresivas clínicamente. Rasgos propios de esta variedad, como osteolisis, hiperostosis e inflamación, están asociados, además, a un peor pronóstico. La manifestación inicial cutánea es característica de estos

tumores, y puede ayudar a establecer un diagnóstico precoz del proceso.

Conclusiones.

Presentamos este caso por su infrecuencia, y por la importancia que supone conocer la expresión clínica dermatológica de estos tumores, ya que una sospecha inicial es fundamental para un diagnóstico precoz.

Elena Querol Cisneros¹, Isabel Bernad Alonso¹, Ester Moreno Artero¹, Marta Ivars Lleó¹, Miguel Ángel Idoate², Ricardo Díez del Valle³, Agustín España¹. Departamento de Dermatología 1. Departamento de Anatomía Patológica 2. Departamento de Neurocirugía 3. Clínica Universidad de Navarra (Pamplona, Navarra)

Palabra clave: diagnóstico; tumor maligno.



PILOMATRIXOMAS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT

Introducción.

El pilomatrixoma es un tumor cutáneo benigno, derivado de las células de la matriz del folículo piloso. Afecta sobre todo a los niños, con predilección del sexo femenino, localizándose sobre todo en cabeza, cuello y extremidades superiores. Suele detectarse como una lesión quística subcutánea, indurada, de tamaño y coloración variables. Su histología es muy característica, consistente en islotes de células matriciales y las llamadas "células sombra", con áreas de calcificación.

Caso clínico.

Mujer de 51 años diagnosticada de distrofia miotónica de Steinert y con múltiples pilomatrixomas extirpados en los últimos 30 años, acude a consulta derivada por Neurología por la aparición de una lesión de aspecto quístico, dolorosa, en cuero cabelludo occipital. Ante la sospecha de pilomatrixoma, se procede a extirpar la lesión, confirmando mediante su estudio anatomopatológico.

Discusión.

El pilomatrixoma es un tumor cutáneo frecuente en la población general, aunque su incidencia es mayor en pacientes afectos de algunas enfermedades, destacando la distrofia miotónica de Steinert. En estos casos suelen aparecer múltiples pilomatrixomas, algo muy poco común en el resto de pacientes, donde acostumbra a ser una lesión

única. Por tanto, ante un paciente con varios pilomatrixomas debemos sospechar patologías como la distrofia de Steinert, pues éstos pueden ser su primera manifestación.

Iñigo Aranguren López¹, Lidia Sobrevias Bonells¹, Susana Vildósola Esturo¹, Nerea Ormaechea Pérez¹, Nerea Miren Segué Merino², José Zubizarreta Salvador¹. 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián. 2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián

Palabra clave: tumor benigno, pelo



CANDIDIASIS CUTÁNEA CRÓNICA EN PACIENTE TRASPLANTADO

Introducción.

La candidiasis mucocutánea crónica es una infección recurrente de piel, uñas y mucosas que se asocia a estados de inmunosupresión. Su causa más frecuente es *C. albicans*, una levadura que coloniza la mucosa digestiva y genital de hasta en el 70% de individuos sanos.

Material y métodos.

Se presenta el caso de un varón de 81 años, trasplantado cardiaco hace 15 años, con antecedentes de múltiples queratomas actínicos y carcinomas espinocelulares en cuero cabelludo y región pre-torácica. Desde hace un año presentaba lesiones vesículo-costrosas dolorosas y asociadas a prurito en el cuero cabelludo. Se realizó estudio histológico de la lesión, siendo compatible con daño actínico, se solicitó también cultivo micológico que fue positivo para *C. albicans*. El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento antifúngico.

Discusión.

En los últimos años se ha incrementado el número de casos de candidiasis mucocutánea asociada a estados de inmunodepresión secundarios a tratamiento esteroideo o citostático, y en pacientes diabéticos, VIH-Sida o trasplantados. En estos pacientes las manifestaciones clínicas suelen ser atípicas y es difícil llegar a un adecuado diagnóstico. Por ello es necesario ser agresivos con los

métodos diagnósticos, realizando biopsia y cultivo de las lesiones.

Conclusiones.

Presentamos este caso como ejemplo de colaboración interdepartamental entre dermatología, anatomía patológica y microbiología, para realizar un correcto manejo clínico en un paciente bajo tratamiento inmunosupresor crónico.

Nuria Rodríguez Garijo, Pilar Gil Sánchez, Marta Ivars Lleo, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Manuel Rubio Vallejo.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Palabra clave: infección fúngica.



HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS DEL ADULTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Introducción.

Presentamos el caso de una paciente con lesiones cutáneas como primera manifestación de una entidad potencialmente sistémica y grave. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad consistente en una proliferación de dichas células a medio camino entre lo neoplásico y reactivo que puede afectar piel y órganos internos, como hueso, pulmón y médula ósea. El diagnóstico suele ser tardío y el pronóstico depende de la disfunción de órganos extracutáneos.

Caso clínico.

Mujer de 87 años con lesiones cutáneas de 2 meses de evolución, distribuidas en zona submama-ria, laterales de cuello y axilas, sin respuesta a antifúngicos tópicos. Se realiza biopsia, que confirma el diagnóstico. El estudio de extensión únicamente revela adenopatías abdominales. En tratamiento con metotrexato y dosis bajas de corticoide se objetiva mejoría de las lesiones cutáneas.

Discusión.

Se trata de una entidad clínico-patológica compleja, de difícil diagnóstico, en que la confirmación histológica resulta clave. La nomenclatura de los trastornos histiocitarios ha variado a lo largo del tiempo; las últimas clasificaciones tratan de simplificar y unificar términos.

Conclusión.

Dado que se trata de una enfermedad rara con afectación cutánea, recomendamos incluir la HCL en el diagnóstico diferencial del intertrigo con mala respuesta a tratamientos habituales.

Iris Vicente Sánchez¹, Salomé Álvarez Sánchez¹, María del Rosario González Hermosa¹, Elvira Acebo Mariñas¹, Marta Mendieta Eckert¹, Aitor Fernández de Larrinoa², Leticia Ceberio Hualde³. 1 Servicios de Dermatología, 2 Anatomía Patológica y 3 Medicina Interna, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya)

Palabra clave: diagnóstico, miscelánea.



DERMATOMIOSITIS JUVENIL CLINICAMENTE AMIOPÁTICA

Introducción.

Dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas, encontramos la dermatomiositis (DM), la polimiositis y la miositis por cuerpos de inclusión.

La DM puede iniciarse en la edad adulta o juvenil y dentro de ambos grupos se distinguen la DM clásica y la DM clínicamente amiopática.

Caso clínico.

Presentamos 2 casos de DM juvenil clínicamente amiopática.

Niño de 5 años que presentó lesiones eritemato-descamativas en cara, nudillos y codos de un mes de evolución, asintomáticas.

A la exploración presentaba placas liquenoides en codos, rodillas y articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas con hipertrofia de cutículas e inflamación y teleangiectasias periungueales. No presentaba clínica sistémica. Se realizó biopsia-punch que fue compatible con DM y analítica con enzimas musculares normales y anticuerpo anti-Mi-2 positivo.

Niña de 9 años con pápulas en codos, rodillas y glúteo de 2 años de evolución.

A la exploración presentaba placas liquenoides en rodillas, codos, y articulaciones interfalángicas, nódulos indurados en codos y glúteo e hiperplasia y telangiectasias en cutículas. Tampoco presentaba clínica sistémica. Se realizaron 2 biopsias-punch, una compatible con DM y otra con calcificaciones

distróficas, radiografía de codos y tórax, RMN y analítica que mostró Anti p-155+ y anti-p140 negativo.

Ambos pacientes respondieron bien al tratamiento sistémico con corticoides e inmunosupresores.

Discusión.

Se han descrito diversos autoanticuerpos en las miopatías inflamatorias idiopáticas, algunos de los cuales son específicos. Son marcadores útiles para el diagnóstico clínico, la clasificación y el pronóstico de los subtipos de DM.

Conclusiones.

Presentamos dos casos de DM infantil amiopática con distintos perfiles de anticuerpos y buena respuesta a tratamiento.

Maialen Azcona Rodríguez¹, Alfredo Agulló Pérez¹, Mónica Larrea García¹ M^a Concepción Llanos Chavarri², Miren Osoz Lizarbe³, Jose Ignacio Yangüas Bayona¹. 1 Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. 2 Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. 3 Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Palabra clave: enfermedad sistémica, diagnóstico, tratamiento sistémico, tratamiento tópico



LESIONES PAPULO-NECRÓTICAS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Introducción.

La escabiosis es una infestación de la piel por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* que produce una erupción intensamente pruriginosa. Se estima una prevalencia de entre el 0,2 y el 71%, con más de 100 millones de personas afectadas a nivel mundial.

Caso clínico.

Varón de 37 años con antecedentes de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que comenzó con la aparición de lesiones papulo-necróticas, pruriginosas, en tronco y posteriormente en extremidades inferiores. Ante la sospecha de PLEVA vs lúes maligna, se solicitó serología y se realizó biopsia cutánea. La serología de sífilis fue negativa y la biopsia se informó de vasculitis linfocitaria. El paciente fue tratado con antihistamínicos y antibióticos y corticoides tópicos y orales sin mejoría. Ante la persistencia de las lesiones y la falta de respuesta al tratamiento, se realizó una segunda biopsia para descartar procesos papulo-necróticos como papulosis linfomatoide, PLEVA, linfoma, enfermedad perforante o una infección necrotizante. Previamente a la recepción del informe anatomopatológico, el paciente acudió acompañado de su madre que presentaba lesiones cutáneas e intenso prurito de predominio nocturno. Se realizó tratamiento empírico con permetrina al 5%, consiguiendo la curación com-

pleta del paciente. La biopsia confirmó el diagnóstico de escabiosis.

Discusión.

Las características típicas de la escabiosis en los pacientes infectados con el VIH frecuentemente no existen, lo que lleva a errores diagnósticos. En ocasiones los pacientes desarrollan formas atípicas como lesiones nodulares persistentes o formas costrosas como la sarna noruega. Se presenta una forma atípica de escabiosis en un paciente VIH, de aspecto papulo-necrótico, que podría simular lesiones cutáneas tipo papulosis linfomatoide, PLEVA, linfoma, enfermedad perforante o infección necrotizante, lo que puede dificultar su diagnóstico.

Isabel Abadías Granado¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Ana Luisa Morales Moya¹, Francesc Felipo Berlanga², Mariano Ara Martín¹. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. 1 Servicio de Dermatología, 2 Servicio de Anatomía Patológica.

Palabra clave: infestación



LIQUEN PLANO AMPOLLOSO

Introducción.

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria idiopática mediada por linfocitos T. Una de sus múltiples variantes es el liquen plano ampolloso (LPA), una forma rara de LP con pocos casos descritos en la literatura y de incidencia incierta. Se presenta con ampollas tensas sobre lesiones típicas de LP, frecuentemente en las extremidades inferiores y, en general, se acompañan de síntomas sistémicos leves.

Caso clínico.

Mujer de 30 años, sin antecedentes relevantes, que consultó por una erupción ampollosa pruriginosa de dos semanas de evolución. En la exploración se observaron placas anulares eritematosas y numerosas ampollas tensas, especialmente en tronco, cuello y cuero cabelludo. La analítica completa fue normal. La biopsia mostró bullas subepidérmicas junto a una dermatitis liquenoide; la inmunofluorescencia directa fue negativa. Se realizó el diagnóstico de liquen plano ampolloso. La paciente respondió al tratamiento con corticoides sistémicos, sin aparición de nuevas ampollas y mejoría del prurito. En el seguimiento al cabo de un año, solamente persistía una hiperpigmentación postinflamatoria.

Conclusiones.

La mayoría de los casos de LPA se deben a lesiones muy agudas, con una intensa degeneración vacuolar de la capa basal de la epidermis. El diagnóstico definitivo se basa en los hallazgos histopatológicos característicos del LP junto a un edema intenso en dermis y una inmunofluorescencia directa e indirecta negativa. El diagnóstico diferencial principal se plantea con el LP penfigoide (LPP), en el cual las lesiones pueden aparecer tanto sobre lesiones de LP como sobre piel sana, y presentan los hallazgos histopatológicos característicos del penfigoide ampolloso. El LPA es una variedad de LP generalmente resistente a corticoides tópicos pero con buena respuesta a corticoterapia sistémica. La resolución de las lesiones usualmente se acompaña de hiperpigmentación residual, como fue el caso de nuestra paciente.

Lidia Sobrevas Bonells¹, Iñigo Aranguren López¹, Ane Jaka Moreno¹, Miguel Lera Imbuluzqueta¹, Carmen Lobo Moran², José Zubizarreta Salvador¹ 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia.

Palabra clave: dermatitis liquenoide.



COLAGENOSIS PERFORANTE REACTIVA ADQUIRIDA ASOCIADA A LINFOMA DE HODGKIN

Introducción.

La colagenosis perforante reactiva (CPR) pertenece a las enfermedades perforantes primarias, caracterizadas por eliminación de material transepidérmico. Presenta pápulas pruriginosas, con cráter ocupado por sustancia indurada, normalmente en extremidades y cara. En histología apreciamos cráter con corneocitos paraqueratósicos, células inflamatorias y haces colágenos. El tratamiento es sintomático con antihistamínicos y productos tópicos como emolientes, corticoides o ácido retinoico.

La forma adquirida, más frecuente que la hereditaria, se ha relacionado con diabetes, nefropatía, hepatopatía, alteraciones tiroideas, hiperparatiroidismo, linfomas y enfermedad de Hodgkin, siendo el prurito el elemento común a todas ellas.

Caso clínico.

Mujer de 27 años con lesiones cutáneas muy pruriginosas de dos meses de evolución, que habían sido diagnosticadas como escabiosis y tratadas con permetrina 5% sin mejoría. Se aprecian pápulas excoriadas con región central umbilicada con tapón queratósico, de predominio en extremidades. Ante sospecha de CPR Vs pitiriasis liquenoide se biopsia, confirmándose la primera. Durante el estudio la paciente refiere adenopatía axilar de gran tamaño sugestiva de proceso linfoproliferativo que estudio de extensión se cataloga como

Linfoma de Hodgkin tipo celularidad mixta, estadio IIA con afectación supradiafragmática. Con todo esto es diagnosticada de CPR secundaria a linfoma. Se trató con 6 ciclos de ABVD sin complicaciones, encontrándose en el momento actual en remisión completa. Tras el primer ciclo presentó disminución del prurito y mejoría importante de las lesiones con resolución de la mayoría de ellas, persistiendo cicatrices residuales y alguna lesión nueva de forma esporádica.

Discusión.

Presentamos un caso de CPR asociada a linfoma de Hodgkin, que precedió al diagnóstico del proceso linfoproliferativo, siendo el síntoma guía para su diagnóstico. Aunque la etiopatogenia de la CPR es incierta, se señala al prurito como factor importante al provocar rascado que conlleva necrosis de material dérmico eliminado por vía transepidérmica. El hecho de que nuestra paciente mejorara al remitir la patología de base que provocaba el prurito apoya esta hipótesis.

Álvaro Rivera Rodríguez(1), Isabel Abadías Granado(1), Marcial Álvarez Salafranca(1), Lucía Prieto Torres(1), Francesc Felipo Berlanga(2), Mariano Ara Martín(1). Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), Servicios de Dermatología (1) y Anatomía Patológica (2).

Palabra clave: enfermedad del colágeno



NOVEDADES EN DERMATITIS DE CONTACTO PARA 2017

Objetivo.

Actualizar al dermatólogo general en los avances en el campo de las dermatitis de contacto de este último año.

Métodos.

De los 294 trabajos presentados en el último Congreso de la ESCD¹, se han seleccionado los 15 de mayor impacto en la clínica, y se exponen sus conclusiones. Se resumen además los cambios introducidos en 2016 en la serie estándar española, publicados en Actas².

Resultados.

Las guías europeas³ impulsan la estandarización en el estudio con pruebas epicutáneas, y resumen con detalle la mejor práctica clínica en este ámbito. Son protagonistas este año en las consultas de contacto la metilisotiazolinona (con altísimas tasas de sensibilización, y ahora incorporada a la serie estándar española), algunos alérgenos nuevos responsables de pequeñas epidemias en Europa, y los acrilatos utilizados en las uñas de gel, una auténtica moda en la estética de mujeres jóvenes que está dando lugar a muchas sensibilizaciones. Se han presentado tres estudios multicéntricos españoles de gran calado: Silvestre ha liderado un estudio de alergia a fragancias, con 19588 pacientes a lo largo de 5 años. El 8,1% mostraron positividad a algún marcador de fragancias, y el geraniol fue la fragancia individual más frecuente. La batería de fragancias identificó en el 22% de casos alérgenos no detectados por FM-I y FM-II. Mercader presentó estudio de sensibilización a los 6 cor-

ticoides tópicos más utilizados en España. En 3625 pacientes se observó una tasa de sensibilización a corticoides del 1,1% (76 reacciones en 39 pacientes). Muy interesante, en 24 de los 39 pacientes no se observó positividad a ninguno de los marcadores de corticoides de la estándar (budesonida, tixocortol), por lo que proponen que metilprednisolona, clobetasol y betametasona dipropionato sean incorporados a la estándar. Giménez-Arnau estudió la sensibilización a los hidroperóxidos de limoneno y de linalool. En 3639 pacientes de 22 centros de toda España se observaron reacciones positivas en 1,3-4,9% (linalool) y 1,4-5,1% (limoneno), y dada la ubicuidad de estos nuevos marcadores de fragancias, proponen añadirlos a la serie estándar.

Conclusión.

Recomendamos estudiar a los pacientes con sospecha de eccema de contacto, como mínimo con la serie estándar española actualizada. Metilisotiazolinona, acrilatos, nuevas fragancias y corticoides son alérgenos a tener en cuenta para 2017.

¹13th Congress of the European Society of Contact Dermatitis (ESCD), 14-17 Sept 2016, Manchester, UK. Contact Dermatitis 2016;75 Suppl 1 (sept):39-89.

²Hervella-Garcés M, García-Gavín J, Silvestre-Salvador JF, et al. Documento de Consenso: Actualización de la serie estándar española de pruebas alérgicas de contacto por el GEIDAC para 2016. Actas Dermosifiliogr. 2016;107(7):559-566.

³Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, et al. European Society of Contact Dermatitis guideline for patch testing: recommendations on best practice. Contact Dermatitis 2015;73:195-221.

Marcos Hervella Garcés, Maialen Azcona Rodríguez, Alfredo Agulló Pérez, Rosario Vives Nadal, Mónica Larrea García, Ignacio Yanguas Bayona.

Unidad de Eccema de Contacto, Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Palabra clave: dermatitis eccematosa, diagnóstico, epidemiología



PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS VARICELLA ZÓSTER

Caso 1

Mujer de 22 años en tratamiento quimioterápico neoadyuvante con ifosfamida y adriamicina por sarcoma tibial. Acude a urgencias por lesiones vesículo-ampollosas generalizadas muy pruriginosas, con afectación de mucosa oral y genital, fiebre de 38°C con disnea, edema facial importante e hipertransaminasemia. La biopsia cutánea muestra cambios sugestivos de infección herpética y la PCR del contenido de las ampollas es positiva para virus varicella-zoster (VVZ), confirmándose la infección diseminada por VVZ. El cuadro clínico se resuelve sin secuelas con aciclovir 10 mg/kg/8h intravenoso.

Caso 2

Varón de 41 años, sano, sin alergias conocidas. Acude en numerosas ocasiones a urgencias por intenso dolor lumbar bajo que es tratado con analgésicos por sospecha de fisura anal y posteriormente con drenaje quirúrgico por sospecha de quiste sacro sobreinfectado. Más adelante se suma un comportamiento extraño con tendencia al sueño y dificultad en la marcha que obliga a su ingreso en UCI. La analítica revela un estado de inmunosupresión secundario a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, previamente desconocido, con un recuento de CD4 < 100. A la exploración física presenta una placa eritematosa con vesículas en región sacra. Con sospecha

de meningoencefalitis por VVZ se pauta Aciclovir intravenoso. La positividad de la PCR para VVZ en las vesículas y en el líquido cefalorraquídeo confirman el diagnóstico. El paciente es dado de alta con disminución de la fuerza en piernas y sonda vesical por paresia vesical como secuelas de la infección.

Conclusión.

La infección por VVZ en pacientes inmunodeprimidos puede tener manifestaciones clínicas atípicas. Es importante su diagnóstico y tratamiento precoz debido a su carácter potencialmente grave.

Olane Guergué Díaz De Cerio, Jesús Gardeazabal García, Olatz Lasa Elgezua, Marta Ballesterio Díez, Lander Peña Merino, Anne Barrutia Borque.

Hospital Universitario Cruces, Baracaldo, Vizcaya

Palabra clave: infección vírica



Lugar de la Reunión: Hotel Jardines de Uleta
(Calle de Uleta, 1) 01007 Vitoria-Gasteiz