

Pamplona, 17 de marzo de 2017

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**

17 de marzo de 2017
Museo Universidad de Navarra
Campus Universitario s/n
31009 Pamplona



Programa



pág.

10:15 h: Entrega de documentación.

10:30 h: Comunicaciones libres. Moderadores: Leyre Aguado Gil (Clínica Universidad de Navarra) y Marcos Hervella Garcés (Complejo Hospitalario de Navarra)

11

DERMATITIS AUTOINMUNE POR PROGESTERONA

Saioa Oscoz Jaime¹, Mónica Larrea García¹, Miren Josune Mitxelena Eceiza¹, Verónica Peñas Parrilla², María Teresa Tuñón Álvarez³, Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra 1. Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario de Navarra 2. Servicio de Anatomía Patológica de Complejo Hospitalario de Navarra 3.

12

APARICIÓN DE NÓDULOS ERITEMATOSOS TRAS EL TRATAMIENTO CON AZACITIDINA SUBCUTÁNEA

Adrià Panés Rodríguez¹, Sara Ibarbia Oruezabal¹, Arantxa López Pestaña¹, Paula Gutiérrez Támara¹, Aitor de Vicente Aguirre¹, Mary Johana Silva Carmona², José Zubizarreta Salvador¹. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián 1. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián 2.

13

LUPUS INDUCIDO POR TOCILIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara Ibarbia Oruezabal¹, Adrià Panés Rodríguez¹, María Asunción Arregui Murua¹, Susana Vildósola Esturo¹, Lucía Sánchez Martínez¹, María Carmen Lobo Morán², José Zubizarreta Salvador¹. Servicio de Dermatología 1. Servicio de Anatomía Patológica 2. Hospital Universitario Donostia

14

ECCEMA DE CONTACTO POR KATHON CG REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

N. González Romero, D. Barandiaran Abaroa, M. Juliá Manresa, A. Sánchez Díez, J. A. Yagüe Barcia, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

15

LEISHMANIASIS CUTÁNEA: DEL VIEJO O NUEVO MUNDO, CONSEJOS PARA SU MANEJO EN EL MUNDO ACTUAL

Anne Barrutia-Borque, Xabier Eizaguirre-Urriarte, Salomé Álvarez-Sánchez, Marta Mendieta-Eckert, J. Luis Díaz-Ramón. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces (Barakaldo), Vizcaya.

16

EXPERIENCIA CON APREMILAST EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO.

J.A. Yagüe Barcia, S. Gómez Muga, M. Lázaro Serrano, J. González del Tánago Diago, B. Ramos Barreño, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

17

CELULITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

Lidia Sobrevias Bonells¹, Iñigo Aranguren López¹, José Zubizarreta Salvador¹, Arantxa López Pestaña¹, Nerea Ormaechea Pérez¹, Paula Gutiérrez-Támara¹, Carmen Lobo Moran². 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia.

18

CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE LA FRENTE Y SIEN, RESULTADO ONCOLÓGICO, FUNCIONAL Y ESTÉTICO

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

19

MELANOMA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

Sara Esteban Terradillos, Jesús Gardeazabal García, Juan Antonio Ratón Nieto, Elvira Acebo Mariñas, Marta Rubio Lombrana y Olane Guergué Díaz de Cerio. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

20

AFECCIÓN INTRAOCULAR POR MICOSIS FUNGOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Peru Urigoitia Ugalde, Estibaliz Ispizua Mendivil¹, Jaime González del Tánago Diago, Miguel Zaldúa Arrese, Nerea González Romero, M^a José Calderón Gutiérrez, Rosa Izu Beloso. Servicio de Dermatología y 1 Oftalmología. Hospital Universitario Basurto.

21

LINFOMA DE CÉLULAS T GAMMA/DELTA CUTÁNEO PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Itziar Arrue Michelena, Amaia Urtaran Ibarzabal, Sonia Heras González, Vanesa Fatsini Blanch, Maria Isabel Martínez González, Amaia Saenz Aguirre y Amaia Sagasta Lacalle*. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

22

CRIPTOCOCOSIS CUTÁNEA PRIMARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE

Sonia Heras González, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Adrián De Quintana Sancho, Ana Martínez de Salinas Quintana, Ricardo González Pérez. Hospital Universitario de Álava.

23

LESIONES EROSIVAS PERSISTENTES EN LABIO INFERIOR

Vanesa Fatsini Blanch¹, Sofía Goula Fernández¹, Yolanda Olaizola Nogales¹, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez¹, Izaskun Trébol Urria¹, Blanca Catón Santarén², María Victoria Almeida Llamas¹. 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

24

LINFOMA SUBCUTÁNEO TIPO PANICULITIS Y LUPUS PANICULITIS, UNOS LÍMITES EN OCASIONES IMPRECISOS

Alfredo Daniel Agulló Pérez¹, Miren Josune Mitxelena Ezeiza¹, Martín Javier Etxebarria Lus², Alicia Córdoba Iturriaga³, Rosa María Guarch Troyas³, Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicio de Dermatología 1, Medicina Interna 2 y Anatomía Patológica 3 del Complejo Hospitalario de Navarra.

12:00-12:30 h:

Café descanso.

12:30-12:45 h:

Presentación de los proyectos y/o becas de los ganadores pendientes de las Becas de la Sección VNAR 2015.

12:45-13:00h:

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.

13:00-14:00:

Visita guiada Museo Universidad de Navarra.

14:00 h:

Comida de trabajo:

16:00 h:

Comunicaciones libres. Moderadores: Leire Loidi Pascual (Complejo Hospitalario de Navarra) e Irene Palacios Álvarez (Clínica Universidad de Navarra).

25

NÓDULOS "ARROSARIADOS" EN ANTEBRAZO

Amaia Urtaran Ibarzabal, Irene García Río, Itziar Arrue Michelena, Libe Aspe Unanue, Lucía Carnero González, Blanca Catón Santarén, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz

26

HORMONAS TIROIDEAS EN PACIENTES TRATADOS CON ISOTRETINOINA

B.Ramos Bareño, J. Uriarte, L. Blanch Rius, C. Gómez Bringas, P. Urigoitia Ugalde, R. Izu Beloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

27

DERMATOSIS NEUTROFÍLICA ASOCIADA A LINFEDEMA

Marcial Álvarez Salafranca¹, Lucía Prieto Torres¹, Javier Sánchez Bernal¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Francesc Felipo Berlanga², Marta Lorda Espés¹, Mariano Ara Martín¹. Servicio de Dermatología 1 y Anatomía Patológica 2 del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza).

28

LIQUEN ESCLEROSO VULVAR: NUESTRA EXPERIENCIA CON TERAPIA FOTODINÁMICA

Lander Peña Merino, Olatz Lasa Elgezua, Nerea Agesta Sánchez, Marta Ballesterio Díez, Izaskun Ocerin Guerra. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia.

29

TOXICODERMIA POR LISINOPRIL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Iñigo Aranguren López¹, Lidia Sobrevias Bonells¹, María Asunción Arregui Murua¹, Tomás Toledo Pastrana¹, Lucía Sánchez Martínez¹, José Miguel Lera Imbuluzqueta¹, Nerea Segués Merino². 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián.

30

ÚLCERA CRÓNICA SECUNDARIA A RADIODERMITIS POR INTERVENCIONISMO CARDIACO, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Nuria Rodríguez Garijo, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Irene Palacios Álvarez, Pedro Redondo Bellón. Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

31

ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU TRATADA CON TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA

Elena Querol Cisneros, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Nuria Rodríguez Garijo, Pilar Gil Sánchez. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra (Pamplona).

32

MÚLTIPLES PLACAS Y NÓDULOS CUTÁNEOS GENERALIZADOS EN PACIENTE CON PRIMOINFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII.

Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Javier Sanchez-Bernal¹, Guillermo Muñoz², Luis Requena³, Mariano Ara Martín¹. Departamentos de 1 Dermatología y 2 Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza). Departamento de 3 Dermatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

33

AFECTACIÓN CUTÁNEA POR PRIMOINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN LACTANTE SANO

Javier Sánchez Bernal¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Isabel Zárate Tejero², Isabel Abadías Granada¹, Mariano Ara Martín¹. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, 1 Servicio de Dermatología, 2 Servicio de Pediatría.

34

COEXISTENCIA DE GRANULOMA ANULAR Y MORFEA EN UN MISMO PACIENTE.

Álvaro Rivera Rodríguez¹, Javier Sánchez Bernal¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Lucía Prieto Torres⁽¹⁾, Begoña Fuertes Negro², Mariano Ara Martín¹. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza). Servicios de Dermatología (1) y Anatomía Patológica (2).

35

DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A FRAGANCIAS: REVISIÓN DE LOS CASOS DURANTE EL PERIODO 2005-2017 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

Maialen Azcona Rodríguez¹, Marcos Hervella Garcés², Alfredo Daniel Agulló Pérez¹, Iñigo Martínez de Espronceda Ezquerro¹, Mónica Larrea García², Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicio de Dermatología 1, Unidad de Eccema de Contacto 2. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra.

36

EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA JUNTURAL NO LETAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Iñigo Martínez de Espronceda Ezquerro, Saioa Oscoz Jaime, Maialen Azcona Rodríguez, Josune Mitxelena Eceiza, Ana Valcayo Peñalba, Ignacio Yanguas Bayona. Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario Navarra. Pamplona

37

LINFANGIOENDOTELIOMATOSIS MULTIFOCAL SIN TROMBOCITOPENIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Iris Vicente Sánchez¹, Marta Rubio Lombrana¹, Ricardo López Almaraz², María Rosario González Hermosa¹, Belén Navajas-Pinedo¹, Irati Allende Markixana¹, Aitor Fernández De Larrinoa³. Servicios de Dermatología 1, Pediatría 2 y Anatomía Patológica 3, Hospital Universitario Cruces (Bizkaia)

38

DERMATOSIS IGA LINEAL EN UN LACTANTE DE 12 MESES CON BUENA RESPUESTA A CLARITROMICINA Y CORTICOIDES TÓPICOS

Drs. ML. Zubiri Ara¹, C. Yus Gotor², S. Vicente Arregui², E. Castejón Ponce³, AC Lázaro Tremul¹. Servicios de Dermatología 1, Anatomía Patológica 2 y Pediatría 3. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.



Comunicaciones libres



DERMATITIS AUTOINMUNE POR PROGESTERONA

Introducción

Las dermatitis catameniales son una entidad clínica poco frecuente que se presentan en forma de brotes cíclicos mensuales de lesiones cutáneas variables desencadenadas como consecuencia de las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual.

Caso clínico

Mujer de 46 años que presentaba brotes mensuales de una lesión en antebrazo derecho en forma de placa eritemato-edematosa, desde 2013, varios meses después de haber retirado un DIU Mirena®. La paciente relacionaba de manera directa la aparición de la lesión 3-4 días previos al inicio de la menstruación y una resolución completa de la sintomatología de manera espontánea en los días 4º-5º del ciclo. Las pruebas epicutáneas y la intradermorreacción con progesterona resultaron negativas, pero la provocación oral con progesterona durante un mes reprodujo la sintomatología que refería la paciente. La clínica remitió por completo tras tratamiento con acetato de ulipristal.

Discusión

La etiopatogenia de la entidad no se ha establecido con certeza hasta el momento actual, pero se considera que existe una sensibilización a la progesterona exógena y/o endógena por la que se producen anticuerpos anti-progesterona, responsables de desencadenar la sintomatología de

manera cíclica. La base del tratamiento consiste en inhibir la ovulación para bloquear los mecanismos que producen la elevación de progesterona en la segunda fase del ciclo.

Conclusión

La dermatitis autoinmune por progesterona es una entidad clínica muy poco frecuente considerando el gran número de mujeres que consumen anticonceptivos orales a nivel mundial. Destacamos la resolución completa de la sintomatología con acetato de ulipristal, siendo éste el nuestro el único caso descrito en la literatura, proponiéndolo como buena opción terapéutica en mujeres con tratamiento anticonceptivo hormonal contraindicado.

Saioa Oscoz Jaime¹, Mónica Larrea García¹, Miren Josune Mitxelena Eceiza¹, Verónica Peñas Parrilla², María Teresa Tuñón Álvarez³, Juan Ignacio Yanguas Bayonal.
Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra¹. Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario de Navarra². Servicio de Anatomía Patológica de Complejo Hospitalario de Navarra³.

Palabra clave: miscelánea, dermatosis catamenial, dermatitis por progesterona, acetato de ulipristal



APARICIÓN DE NÓDULOS ERITEMATOSOS TRAS EL TRATAMIENTO CON AZACITIDINA SUBCUTÁNEA

Introducción

La azacitidina es un fármaco antineoplásico inhibidor de la metiltransferasa aprobado para el tratamiento de los síndromes mielodisplásicos de alto riesgo. Se trata de un fármaco bien tolerado que puede ser administrado tanto de forma intravenosa como subcutánea. Las complicaciones locales en el sitio de administración de la azacitidina subcutánea son escasas y la mayoría de ellas son de carácter leve. Presentamos un caso de dermatosis neutrofílica en probable relación a la administración de azacitidina subcutánea, habiéndose descrito pocos casos previamente.

Caso clínico

Mujer de 78 años diagnosticada de anemia refractaria con exceso de blastos tipo 2, ingresada a cargo de Hematología por aparición de lesiones cutáneas dolorosas al tacto en las zonas de administración de azacitidina subcutánea. Refería evolución tórpida de las lesiones a pesar de recibir tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y amoxicilina-clavulánico. A la exploración se apreciaban nódulos eritematosos, dolorosos e infiltrados al tacto de unos 5cm, en ambas extremidades superiores y en abdomen. El estudio anatómico-patológico de una de las lesiones evidenció un infiltrado inflamatorio agudo dérmico formado

por neutrófilos. El cultivo de microorganismos fue negativo. El cuadro se orientó como dermatosis neutrofílica en probable relación a inyección de azacitidina subcutánea, por lo que se inició tratamiento con prednisona 1mg/kg al día, presentado mejoría progresiva de las lesiones cutáneas.

Discusión

Desde la comercialización de la azacitidina se han descrito cinco casos de síndrome de Sweet y dos casos de paniculitis neutrofílica en probable relación a este fármaco. La evolución y la localización de las lesiones cutáneas en los sitios de inyección del fármaco nos permiten establecer una relación causal probable entre la administración de azacitidina subcutánea y la aparición de dermatosis neutrofílica.

Adrià Panés Rodríguez¹, Sara Ibarbia Oruezabal¹, Aranxa López Pestaña¹, Paula Gutiérrez Támara¹, Aitor de Vicente Aguirre¹, Mary Johana Silva Carmona², José Zubizarreta Salvador¹. 1.- Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. 2.- Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

Palabra clave: reacción por fármacos.



LUPUS INDUCIDO POR TOCILIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Introducción

Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado contra el receptor de la interleukina 6 aprobado para el tratamiento de la Artritis reumatoide (AR) moderada-severa, la artritis idiopática juvenil sistémica y la poliarticular moderada-grave a partir de los dos años de edad.

Caso clínico

Varón de 48 años con AR en tratamiento con tocilizumab desde hacía 4 meses. Previamente, había sido tratado con adalimumab y posteriormente con etanercept que se suspendieron por falta de respuesta. Fue remitido por Reumatología por lesiones etiquetadas de psoriasis que habían aparecido y progresado a lo largo del verano.

Presentaba lesiones eritematovioláceas edematosas en cara, orejas, cuero cabelludo y parte alta de la espalda, clínicamente de aspecto lúpico.

Se tomaron biopsias que confirmaron el diagnóstico de lupus cutáneo con depósito lineal de IgG y C3 en la membrana basal epidérmica. La analítica solicitada mostró aumento de las transaminasas, descenso de C3 y C4, eosinofilia, ANA 1/640 y ENA y antiRo52 positivos.

Ante estos resultados, se decidió suspensión de tocilizumab con rápida mejoría de las lesiones cutáneas, disminución de la eosinofilia y normalización de transaminasas; se cambió a Abatacept y se añadió hidroxicloroquina con buena evolución del cuadro cutáneo.

Discusión

Los efectos secundarios más comunes del tocilizumab son las infecciones y las molestias gastrointestinales. Entre los cutáneos, aunque infrecuentes, se han descrito: sarna noruega, eritrodermia, toxicodermia, halo nevus, reacciones psoriasiformes y úlceras mucosas. Aportamos un caso de lupus eritematoso cutáneo inducido por tocilizumab, efecto secundario no descrito hasta la fecha.

Sara Ibarbia Oruezabal¹, Adrià Panés Rodríguez¹, María Asunción Arregui Murua¹, Susana Vildósola Esturo¹, Lucía Sánchez Martínez¹, María Carmen Lobo Morán², José Zubizarreta Salvador¹. Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia

Palabra clave: Reacción por fármacos



ECCEMA DE CONTACTO POR KATHON CG REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

Introducción y objetivos.

La metilcloroisotiazolinona (MCI) y metilisotiazolinona (MI) son los componentes del Kathon, un biocida ampliamente utilizado en la industria como conservante. Se ha descrito un aumento reciente de alergia de contacto a MI en la mayoría de los países europeos (Isaksson et al, 2015). Está incluido en los test estándar de pruebas epicutáneas europeas a una concentración de 100ppm. Recientes estudios (John Wiley & Sons, 2014) apuntan que una concentración más óptima sería 200ppm, para obtener mayor porcentaje de pruebas positivas sin aumentar la irritabilidad local y con tasas de sensibilización despreciables.

El objetivo del estudio ha sido identificar y analizar los casos de sensibilización a MCI/MI diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Basurto durante los años 2014 y 2015.

Material y métodos.

Se recogieron las Historias Clínicas de 484 pacientes a los que se les realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar del GEIDC TRUE TEST® (SMARTPRACTICE DENMARK ApS). Se estudiaron las variables sexo, edad, localización de las lesiones, alérgenos concomitantes, tiempo de evolución, fuente de sensibilización y relación profesional de los 38 pacientes sensibilizados a MCI/MI.

Resultados.

El 8% de la población parcheada presentó sensibilización a Kathon, siendo en la mayoría de los casos mujeres mayores de 50 años trabajadoras del Sector de Limpieza con eccema de manos. El 43% presentaba antecedentes de atopia y sensibilización a otros alérgenos, siendo el níquel el más frecuente.

Conclusiones.

La sensibilización al Kathon se presenta como un problema de Salud Pública. A pesar de que su uso está regulado por la Unión Europea (UE), su prevalencia no ha disminuido, por lo que se deberían instaurar medidas más estrictas.

Por otra parte, el incremento de la dosis de MCI/MI en las pruebas epicutáneas, así como la inclusión por separado de la MI, podría ayudar a aumentar la sensibilidad diagnóstica de dichas pruebas.

N. González Romero, D. Barandiaran Abaroa, M. Juliá Manresa, A. Sánchez Díez, J. A. Yagüe Barcia, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Palabra clave: Dermatitis eccematosa, diagnóstico, epidemiología.



LEISHMANIASIS CUTÁNEA: DEL VIEJO O NUEVO MUNDO, CONSEJOS PARA SU MANEJO EN EL MUNDO ACTUAL

Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria endémica en 98 países del mundo. Con el aumento de la población inmigrante y los viajes al extranjero, cada vez es más habitual el diagnóstico de casos importados, lo cual hace necesario el conocimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos de los que disponemos.

Material y métodos

Presentamos 5 casos importados de leishmaniasis cutánea en dos familias procedentes de Errachidia, una provincia del norte de Marruecos. Describimos las lesiones cutáneas, las técnicas diagnósticas empleadas en cada uno de ellos y el tratamiento llevado a cabo.

Resultados

En 2 pacientes se realizó el diagnóstico mediante biopsia cutánea, identificándose *Leishmania major* como especie causante del cuadro cutáneo en 1 de ellos. Los otros 3 pacientes, familiares de los 2 anteriores, fueron diagnosticados por la historia clínica y el aspecto de las lesiones cutáneas. 1 de los pacientes precisó tratamiento sistémico con antimonio de meglumina, mientras que en el resto se empleó un antimonio intralesional o se observó una autoinvolución de las lesiones.

Discusión

La leishmaniasis cutánea tiende a resolverse sola, dejando cicatrices atroficas. Con el tratamiento buscamos acelerar su curación, reducir el número de lesiones y cicatrices y disminuir el porcentaje de recaídas. Éste viene determinado por el número y localización de las lesiones cutáneas, las comorbilidades del paciente, la probable especie infectante y el acceso a los distintos fármacos en el país.

Anne Barrutia-Borque, Xabier Eizaguirre-Uriarte, Salomé Álvarez-Sánchez, Marta Mendieta-Eckert, J. Luis Díaz-Ramón. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces (Barakaldo), Vizcaya

Palabra clave: Diagnóstico; Tratamiento tópico; Tratamiento sistémico



EXPERIENCIA CON APREMILAST EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Introducción

Apremilast es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 administrado por vía oral que actualmente está autorizado para el "tratamiento de la psoriasis en placas crónica de moderada a grave en los adultos que no han respondido, tienen contraindicado o no toleran otros tratamientos sistémicos". Su eficacia se basa en ensayos clínicos fase III en los que la variable principal (PASI-75) se alcanzaba en el 30-40% de los pacientes en la semana 16.

Las principales ventajas frente al resto de fármacos sistémicos convencionales y biológicos son la comodidad de la administración oral, su perfil de seguridad (no aumenta la incidencia de eventos cardiovasculares, infecciones, ni reactivación de tuberculosis latente, no produce toxicidad acumulada de órgano), por lo que no requiere pre-screening ni monitorización, no es necesario realizar ajuste de dosis y permite un tratamiento continuado.

Casos clínicos

Actualmente en nuestro servicio un total de 7 pacientes están siendo tratados con Apremilast por presentar psoriasis en placas moderada-grave, con resultados variables. El determinante principal para el inicio de dicho tratamiento en estos pacientes fueron sus comorbilidades, antecedentes como neoplasias (2 uroteliales, vulva, tiroides

y mama), reactivación de TBC, hepatitis tóxica por tratamiento tuberculoestático, artropatía psoriásica, lupus subagudo, etc; o ausencia de respuesta a otras opciones terapéuticas.

Comentarios

A falta de datos comparativos directos con el resto de tratamientos biológicos disponibles en la actualidad, Apremilast parece una opción más modesta en términos de eficacia teniendo en cuenta su coste económico. No obstante, constituye una alternativa valiosa en aquellos pacientes que han agotado el resto de vías terapéuticas o que por sus antecedentes o características no se pueden beneficiar de éstas.

J.A. Yagüe Barcia, S. Gómez Muga, M. Lázaro Serrano, J. González del Tánago Diago, B. Ramos Bareño, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Palabra clave: Psoriasis, tratamiento sistémico.



CELULITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

Introducción

El síndrome de Wells, o celulitis eosinofílica, fue descrito en 1971 como dermatitis granulomatosa recurrente con eosinofilia. Se trata de una dermatosis inflamatoria rara y de etiología desconocida. Se presenta predominantemente en extremidades/tronco, generalmente sin afectación sistémica. Es más frecuente en adultos, siendo rara en niños.

Casos clínicos

Caso 1: niño de 6 años, con leucemia linfoblástica aguda en remisión, con placa anular eritematosa en nuca. Caso 2: hombre de 38 años, con antecedente de celulitis eosinofílica hacia tres años, con placa anular eritematoedematosa en brazo. Caso 3: hombre de 52 años, diagnosticado de macroglobulinemia de Waldenström en tratamiento con rituximab-fludarabina-ciclofosfamida, con maculo-pápulas excoriadas y de aspecto liquenoide en piernas. En los tres casos la histología mostró un patrón compatible con síndrome de Wells. El primero se resolvió sin tratamiento en tres semanas dejando leve pigmentación residual. Los otros dos recibieron corticoide oral y tópico, con resolución completa en menos de tres semanas.

Conclusiones

Se trata de un síndrome que clínicamente puede ser muy polimorfo, pero típicamente se

observan dos fases: inicial o celulítica, con múltiples placas eritematoedematosas y ocasionalmente con vesículas/ampollas, y una segunda fase tipo granulomatosa. La eosinofilia en sangre periférica es frecuente pero no imprescindible. La histopatología muestra un infiltrado eosinofílico difuso dérmico junto a las características, pero no exclusivas, "figuras en llama". El diagnóstico diferencial principal se establece con la celulitis bacteriana. El tratamiento más común y efectivo son los corticoides orales, aunque también se han descritos casos con respuesta a dapsona y ciclosporina. La entidad tiene carácter recidivante y evolución generalmente benigna, aunque puede persistir una hiperpigmentación residual o atrofia.

Lidia Sobrevas Bonells¹, Iñigo Aranguren López¹, José Zubizarreta Salvador¹, Aranxa López Pestaña¹, Nerea Ormaechea Pérez¹, Paula Gutiérrez-Támara¹, Carmen Lobo Moran² 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia.

Palabra clave: Miscelánea. Dermatitis inflamatoria.



CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE LA FRENTE Y SIEN, RESULTADO ONCOLÓGICO, FUNCIONAL Y ESTÉTICO

Introducción.

La extirpación de tumores cutáneos en frente y sien que infiltran planos profundos, puede ocasionar una lesión de las ramas temporales del nervio facial ipsilateral ya sea por la agresividad del tumor o bien por la iatrogenia quirúrgica. Como consecuencia, se produce una denervación del lado afecto que ocasiona ptosis del párpado superior ipsilateral así como la caída de la ceja, con la consiguiente asimetría frontal.

Casos clínicos:

Presentamos los casos de tres pacientes con tumores infiltrantes (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y fibroxantoma atípico) en área frontal o en la sien, remitidos a nuestro centro para cirugía controlada al microscopio.

Tras la extirpación quirúrgica y el estudio histológico tridimensional de los márgenes de resección, se procedió al cierre del defecto resultante mediante colgajos cutáneos locales.

Discusión.

Además de garantizar la extirpación completa para obtener una curación oncológica, objetivo prioritario de la cirugía de Mohs, es importante intentar recuperar la funcionalidad y obtener el mejor resultado estético.

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

Se exponen mediante iconografía seriada las reconstrucciones quirúrgicas realizadas para cumplir estos objetivos.

Conclusiones:

La cirugía de Mohs es la técnica quirúrgica de elección para tumores agresivos de la frente y la sien. En la reconstrucción quirúrgica debe valorarse recuperar la simetría frontal.



MELANOMA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

Introducción.

El trasplante de órgano sólido prolonga la vida de miles de pacientes anualmente. Entre los efectos adversos del tratamiento inmunosupresor asociado al trasplante, se encuentra el cáncer cutáneo que supone la neoplasia maligna más frecuente en este grupo de pacientes.

Material y métodos.

En el presente estudio se muestra una serie de 9 pacientes vistos en nuestras consultas diagnosticados de melanoma entre los años 2002 y 2017, tras haber recibido un trasplante de órgano sólido. Se describe la posible relación temporal entre la recepción del órgano y el desarrollo de melanoma maligno teniendo en cuenta otros factores como el sexo, la edad y el fototipo de los pacientes.

Discusión.

La importancia de la respuesta inmunológica contra las células neoplásicas en el melanoma maligno es conocida. Estudios recientes sugieren que la inmunosupresión iatrogénica provocada tras el trasplante podría influir negativamente en la incidencia y el pronóstico del melanoma. Este resultado tiene implicaciones en la práctica clínica en cuanto a la prevención

y seguimiento de los pacientes con melanoma post-trasplante y la toma de decisiones de trasplante en pacientes con antecedentes de melanoma.

Sara Esteban Terradillos, Jesús Gardeazabal García, Juan Antonio Ratón Nieto, Elvira Acebo Mariñas, Marta Rubio Lombrana y Olane Guergué Diaz de Cerio del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Palabra clave: nevus y melanoma



AFECTACIÓN INTRAOCULAR POR MICOSIS FUNGOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Introducción.

La micosis fungoide (MF) es la forma más frecuente de linfoma cutáneo de células T. Se inicia en forma de lesiones maculares que evolucionan hacia placas y tumores. En algunos casos la enfermedad progresa invadiendo ganglios linfáticos y órganos viscerales, siendo la afectación ocular rara. Presentamos el caso de una mujer con MF foliculotropa de larga evolución que desarrolló afectación intraocular.

Caso Clínico.

Mujer de 67 años con historia de MF foliculotropa desde 2007. Inicialmente se trató con corticoides tópicos y PUVA con respuesta parcial, por lo que posteriormente se añadieron bexaroteno, interferon alfa 2b y radioterapia electron-beam, obteniéndose una respuesta completa. Un mes después, presentó de nuevo lesiones tumorales diseminadas a nivel cutáneo y disminución de la agudeza visual en el ojo derecho. Fue valorada por oftalmología quienes realizaron una vitrectomía diagnóstica por sospecha de infiltración por linfoma, la cual fue confirmada en el estudio anatómopatológico.

Discusión.

La MF es un linfoma de células T cutáneo que puede llegar a tener afectación ganglionar y visceral, siendo la afectación ocular rara. La mayoría de

estos casos se presentan en forma de infiltración tumoral a nivel de párpados. También se ha descrito afectación de la carúncula, la córnea, la conjuntiva, la esclera y el nervio óptico. La afectación intraocular y del humor vítreo, como en el caso de nuestra paciente, es aun más rara. Presentamos este caso por la rareza de esta manifestación en la micosis fungoide.

Peru Urigoitia Ugalde, Estibaliz Ispizua Mendivil, Jaime González del Tánago Diago, Miguel Zaldúa Arrese, Nerea González Romero, M^º José Calderón Gutiérrez, Rosa Izu Bellosó. Servicio de Dermatología y Oftalmología. Hospital Universitario Basurto.

Palabra clave: Linfoma



LINFOMA DE CÉLULAS T GAMMA/DELTA CUTÁNEO PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Introducción.

Los linfomas de células T gamma/delta cutáneos primarios son muy poco frecuentes y tienen un mal pronóstico.

Caso clínico.

Mujer de 62 años que consultó por un nódulo subcutáneo en muslo de 2 meses de evolución. Se tomó una biopsia con resultado de paniculitis septal. La analítica fue normal. Posteriormente desarrolló lesiones en muslos, abdomen y caderas, algunas ulceradas. El análisis anatómopatológico sugería paniculitis lúpica. El cuadro empeoró con aparición de una placa ulcerada y necrótica en muslo izquierdo junto con astenia, pancitopenia y fiebre que no respondió a antibioterapia de amplio espectro. Se solicitó TAC en el que se veía una esplenomegalia y se realizó una biopsia de médula ósea en la que se descartó malignidad. Se llevó a cabo un desbridamiento de la úlcera que siguió extendiéndose. El nuevo estudio histológico objetivó una proliferación linfoide atípica de células T, con positividad para CD2, CD3, CD56, granzima B y TCR gamma con pérdida de CD4, CD5, CD7 y CD8, siendo el diagnóstico de linfoma de células T gamma/delta cutáneo primario. La paciente ingresó en Hematología para quimioterapia pretrasplante de precursores hematopoyéticos, falleciendo a los pocos días.

Discusión.

Los linfomas de células T gamma/delta cutáneos primarios representan una variante agresiva y muy poco frecuente de los linfomas cutáneos. Sus manifestaciones clínicas son variables siendo la forma más habitual las placas o nódulos que se ulceran, localizados en extremidades. Responden mal a los tratamientos convencionales y tienen una supervivencia media de 15 meses. Presentamos este caso por la rareza de la entidad y la dificultad diagnóstica que ha conllevado debido, entre otras circunstancias, al diagnóstico diferencial con otras paniculitis.

Itziar Arrue Michelena, Amaia Urtaran Ibarzabal, Sonia Heras González, Vanesa Fatsini Blanch, Maria Isabel Martínez González, Amaia Saenz Aguirre y Amaia Sagasta Lacalle*. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: Linfoma



CRIPTOCOCOSIS CUTÁNEA PRIMARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE

Caso clínico.

Presentamos el caso de un niño de 10 años natural de Camerún y sin antecedentes personales de interés, remitido desde urgencias por unas lesiones pustulosas puntiformes que con el paso de los días evolucionaban hacia úlceras bien delimitadas, no dolorosas, de unos 2 cm de diámetro y de trayecto lineal en la extremidad inferior derecha. Dichas lesiones habían aparecido unas tres semanas después de una herida en el tercer dedo del pie derecho. El paciente no presentaba fiebre, malestar general ni clínica sistémica acompañante.

Se llevó a cabo un cultivo de exudado cutáneo así como tres biopsias, dos de ellas para estudio con hematoxilina-eosina y otra biopsia para cultivo. De forma empírica hasta la espera de los resultados se pautó tratamiento con claritromicina y terbinafina. Las biopsias mostraron un infiltrado inflamatorio agudo y crónico que con la técnica de Pas no identificaron estructuras micóticas. La tinción de Giemsa y Ziehl fueron negativas para Leishmanias y micobacterias respectivamente. Sin embargo, el cultivo de la biopsia fue positivo para *C. albidus*. El estudio del paciente se completó con una radiografía de tórax, una ecografía abdominal, una analítica y una retinografía, resultando todas las pruebas complementarias normales.

El tratamiento con claritromicina y terbinafina se

mantuvo durante 7 semanas con resolución completa de las lesiones.

Discusión.

La CCP se puede tratar mediante desbridamiento quirúrgico, antifúngicos e incluso se podría optar por la observación clínica. Los antifúngicos recomendados por la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas son la anfotericina B, el fluconazol y el itraconazol. Sin embargo, se ha visto que en aquellas criptococosis difíciles de tratar la terbinafina puede ser una buena alternativa de tratamiento. Por tanto, presentamos este nuevo caso de CCP en un niño inmunocompetente en la que el agente responsable era un *C. albidus* y que mostró una excelente respuesta a terbinafina.

Sonia Heras González, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Adrián De Quintana Sancho, Ana Martínez de Salinas Quintana, Ricardo González Pérez. Centro de trabajo: Hospital universitario de Álava.

Palabra clave: Infección fúngica



LESIONES EROSIVAS PERSISTENTES EN LABIO INFERIOR

Introducción.

Las lesiones en la mucosa labial son un motivo de consulta muy frecuente en dermatología y presentan un amplio diagnóstico diferencial.

Caso clínico.

Hombre de 75 años que consultaba por lesiones erosivo-costrosas en labio inferior de 5 meses de evolución. Se solicitó analítica sanguínea con autoinmunidad, porfirinas y serologías, sin encontrarse ningún hallazgo relevante. El estudio histológico de la mucosa labial descartaba neoplasia y enfermedad ampollosa autoinmune, mostrando daño actínico y denso infiltrado inflamatorio de células plasmáticas; la inmunofluorescencia directa fue negativa y las tinciones kappa y lambda demostraron policlonalidad. Posteriormente se completó estudio con serología luética, resultando negativa. Con todos estos datos se llegó al diagnóstico de queilitis de células plasmáticas. Las lesiones se resolvieron tras aplicación de tacrolimus pomada.

Discusión.

La queilitis de células plasmáticas es un trastorno inflamatorio poco frecuente, de carácter benigno e idiopático, que se presenta clínicamente como placas eritematosas erosivas en la mucosa labial. Histológicamente se caracteriza por un denso infiltrado en banda de células plasmáticas en la

dermis superficial.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales. En cuanto al tratamiento, se describen en la literatura múltiples alternativas como corticoides tópicos e intralesionales, griseofulvina oral, extirpación quirúrgica, radioterapia, nitrógeno líquido o tacrolimus tópico.

Presentamos este caso por tratarse de una entidad clínica rara que requiere de sospecha clínica para ser diagnosticada.

Vanesa Fatsini Blanch¹, Sofía Goula Fernández¹, Yolanda Olaizola Nogales¹, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez¹, Izaskun Trébol Urra¹, Blanca Catón Santarén², María Victoria Almeida Llamas¹. 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: Miscelánea



LINFOMA SUBCUTÁNEO TIPO PANICULITIS Y LUPUS PANICULITIS, UNOS LÍMITES EN OCASIONES IMPRECISOS

Introducción.

El linfoma subcutáneo tipo paniculitis es un linfoma primario cutáneo con afectación de hipodermis, que expresa un fenotipo alfa/beta en células T CD8 citotóxicas. El lupus eritematoso profundo se caracteriza por una paniculitis lobular linfocítica, con rasgos que pueden mimetizar al linfoma paniculítico, existiendo en ocasiones formas con datos mixtos de ambas entidades y habiéndose sugerido el desarrollo de linfoma T sobre un fondo de lupus paniculitis.

Material y método.

Mujer de 65 años con lesiones nodulares profundas de inicio en extremidades inferiores y extensión progresiva a tronco y extremidades superiores, acompañándose de fiebre, hiperferritinemia, anemia, hipertrigliceridemia y astenia. El estudio histológico de las lesiones puso de manifiesto la infiltración del tejido celular subcutáneo por linfocitos CD8 monoclonales gamma-delta negativos.

Mujer de 67 años con placas induradas, extensas y calientes en cara posterior de extremidades inferiores, junto con afectación del estado general (astenia, fiebre) y alteraciones analíticas (anemia, leucopenia, hiperferritinemia, leucopenia). El estudio histológico, tras múltiples biopsias, mostró un infiltrado lobular por linfocitos CD4 y CD8, con estudio de reordenamiento TCR monoclonal.

Conclusión.

Estos dos casos ilustran la dificultad del diagnóstico diferencial entre ambas entidades y la necesidad de un seguimiento estrecho, sabiendo que pueden ser necesarias múltiples biopsias para llegar a un diagnóstico definitivo, y que éste debe basarse en la combinación de criterios clinicopatológicos, inmunofenotípicos y moleculares.

Alfredo Daniel Agulló Pérez¹, Miren Josune Mitxelena Ezeiza¹, Martín Javier Etxebarria Lus², Alicia Córdoba Iturriagaitia³, Rosa María Guarch Troyas³, Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicio de Dermatología 1, Medicina Interna 2 y Anatomía Patológica 3 del Complejo Hospitalario de Navarra.

Palabra clave: Linfoma



NÓDULOS "ARROSARIADOS" EN ANTEBRAZO

Introducción.

El granuloma anular subcutáneo (GAS) es una variante rara de granuloma anular, más propio de la edad pediátrica. Presentamos el caso de un GAS con distribución lineal en un adulto.

Caso clínico.

Mujer de 83 años sin antecedentes de interés ni clínica articular que consultó por lesiones nodulares asintomáticas en extremidades superiores de un año de evolución. Presentaba nódulos normocoloreados de consistencia gomosa que formaban un trayecto lineal en región extensora de ambos antebrazos. El estudio sanguíneo mostró factor reumatoide y antiCCP negativos y la radiografía ósea solicitada por el Servicio de Reumatología fue normal. La biopsia y posterior extirpación evidenció afectación de todo el espesor de la dermis con focos de degeneración parcial del colágeno en los que se identificaba mucina rodeado de un infiltrado linfohistiocitario, siendo compatible con granuloma anular profundo. Se realizó tratamiento con corticoide tópico e intralesional sin mejoría y posteriormente con vitamina E oral con mejoría parcial.

Discusión.

El GAS es una dermatosis granulomatosa poco frecuente que plantea el diagnóstico diferencial con el nódulo reumatoideo (NR) entre otros. El NR

presenta células gigantes en su empalizada histiocitaria y una fibrosis más marcada en torno a ésta. El dato histológico más diferenciador entre ambas es la presencia de mucina en la zona de necrobiosis del GAS.

Existen pocos casos de GAS en adultos descritos en la literatura, así como de granulomas anulares lineales. Menos aún GAS lineales en adultos. Presentamos este caso por su excepcional presentación clínica.

Amaia Urtaran Ibarzabal, Irene García Río, Itziar Arrue Michelena, Libe Aspe Unanue, Lucía Carnero González, Blanca Catón Santarén, Ricardo Soloeta Arechavala Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Araba, Victoria-Gasteiz

Palabra clave: Miscelánea. Enfermedad del colágeno



HORMONAS TIROIDEAS EN PACIENTES TRATADOS CON ISOTRETINOINA

Introducción.

El tratamiento con retinoides es un recurso frecuentemente utilizado dentro del espectro de la terapéutica en la dermatología. Se ha descrito la isotretinoína como una causante de hipotiroidismo central, leve y reversible, causado por la unión de los retinoides al receptor RXR, que al formar heterodímeros con los receptores tiroideos, reduce la secreción de tirotrópina, además de favorecer el metabolismo periférico de las hormonas tiroideas.

Objetivo.

Observar la relación entre la administración continuada de isotretinoína y los niveles de hormonas tiroideas. Analizar la relación de este fármaco con los niveles de transaminasas y el perfil lipídico de los pacientes como objetivo secundario para poder determinar la necesidad de controles analíticos durante el tratamiento con isotretinoína.

Material y método.

Se recogió una muestra de 169 pacientes que comenzaron tratamiento con isotretinoína durante un periodo de 2, 4 y 6 meses entre septiembre de 2015 y marzo de 2016. Estos pacientes se dividieron según el tiempo de seguimiento y dosis acumulada. Se analizaron los niveles de TSH, T4 libre, transaminasas (GOT, GPT y GGT) y perfil lipídico.

Resultados

De la muestra, el 54% fueron mujeres y el 46% hombres. El 19% presentaba un acné cicatricial, el 13% nódulo-quístico, el 9% microquístico y el 59% otros tipos de acné. Respecto a las hormonas tiroideas, no se observó disminución de los niveles de TSH, sino que hasta un 19,35% de pacientes presentaron niveles elevados, aunque sin alteraciones en la T4 libre. En relación a las transaminasas, se encontró un 12%, 15% y 4,73% de elevación en las cifras de GOT, GPT y GGT respectivamente, pero sin significación clínica. Finalmente, se encontraron alteraciones del perfil lipídico, (19,23% en la cifra de colesterol total, un 15,87% en LDL, un 11,22% en HDL y un 10,2% en triglicéridos).

Discusión.

A diferencia de estudios anteriores, en este estudio se objetivó un incremento de los niveles de TSH, siendo los valores de T4 libre normales, lo que podría sugerir que la isotretinoína también podría causar un hipotiroidismo primario subclínico. En cuanto a los perfiles hepático y lipídico, nuestros datos coinciden con la literatura médica actual en cuanto a que este tratamiento, en las dosis establecidas, supone una terapia segura y por tanto, deberíamos replantear la frecuencia de los controles analíticos.

B.Ramos Bareño, J. Uriarte, L. Blanch Rius, C. Gómez Bringas, P. Urigoitia Ugalde, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao



DERMATOSIS NEUTROFÍLICA ASOCIADA A LINFEDEMA

Introducción.

La dermatosis neutrofílica asociada a linfedema es una entidad de etiología desconocida, relacionada principalmente con linfedema postmastectomía.

Material y método.

Mujer de 67 años, con antecedente de carcinoma de mama intervenido quirúrgicamente en 2014 mediante mastectomía y linfadenectomía. Consulta por aparición de lesiones cutáneas asintomáticas en brazo izquierdo y mama ipsilateral de 48 horas de evolución, sin clínica sistémica. A la exploración física se aprecian lesiones a nivel de brazo izquierdo, área pectoral y zona adyacente de espalda, en forma de manchas y placas eritemato-edematosas, con áreas de piel respetada y pápulas de similares características a nivel de antebrazo distal. En la analítica destaca una proteína C reactiva de 15,74 mg/dl, así como leucocitosis de 13.300/mm³ (69,4% neutrófilos). Se practicó una biopsia cutánea y se inició tratamiento con Cefalexina y Prednisona. El estudio histopatológico reveló un infiltrado neutrofílico perivascular e intersticial, acompañado de edema de dermis papilar.

Resultados.

Con estos datos se llegó al diagnóstico de dermatosis neutrofílica sobre área de linfedema.

Discusión.

La dermatosis neutrofílica sobre área de linfedema se presenta fundamentalmente en mujeres con antecedente de carcinoma de mama y linfadenectomía axilar. Sin embargo, recientemente se han descrito dos casos en pacientes con linfedema de miembros inferiores. Se manifiesta clínicamente como lesiones cutáneas eritematosas, dolorosas, en forma de pápulas y/o placas, que se circunscriben al área de linfedema. La clínica sistémica suele ser más leve que en el síndrome de Sweet clásico o incluso estar ausente y las alteraciones analíticas son menos marcadas. No se ha relacionado esta entidad con recidivas del proceso neoplásico. En cuanto al tratamiento, se han presentado casos con buena respuesta tanto a antibióticos como a corticoides sistémicos. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye entidades como la celulitis o el herpes zoster. Probablemente sea una entidad infradiagnosticada, en tanto que puede ser confundida fácilmente con otros procesos infecciosos o inflamatorios.

Marcial Álvarez Salafranca¹, Lucía Prieto Torres¹, Javier Sánchez Bernal¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Francesc Felipo Berlanga², Marta Lorda Espés¹, Mariano Ara Martín¹. 1 Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza). 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza)

Palabra clave: Miscelánea



LIQUEN ESCLEROSO VULVAR: NUESTRA EXPERIENCIA CON TERAPIA FOTODINÁMICA

Introducción.

El liquen escleroso vulvar (LEV) es una dermatosis inflamatoria crónica de etiología desconocida. Su prevalencia se estima en 1 de cada 300-1000 individuos, y afecta predominantemente a mujeres, existiendo dos picos de mayor incidencia, el primero antes de la pubertad, y el segundo en la perío post-menopausia. Existe un riesgo aumentado de desarrollar un carcinoma epidermoide vulvar; y la sintomatología de prurito, dolor y/o dispareunia puede alterar de forma significativa la calidad de vida de estas pacientes. La gran mayoría de los casos se controlan eficazmente con corticoides tópicos ultrapotentes, pero existen casos refractarios al tratamiento estándar que constituyen un reto terapéutico.

Material y método.

Se presentan tres mujeres postmenopáusicas con LEV refractaria a tratamientos habituales (clobetasol, mometasona, tacrolimus) tratadas con terapia fotodinámica (TFD) con ácido metilamino-levulínico (MAL) y lámpara de luz roja. En dos de las pacientes se realizó analgesia con inhalación de óxido nítrico e infiltración del área a tratar con anestesia local con mepivacaína.

Resultados y discusión.

Todas las pacientes de nuestra serie presentaron una mejoría notable de los síntomas tras 1 o 2

sesiones de TFD. El dolor durante el tratamiento es el mayor factor limitante de esta técnica, por lo que es conveniente tomar medidas analgésicas para poder llevarla a cabo.

Lander Peña Merino, Olatz Lasa Elgezua, Nerea Agesta Sánchez, Marta Ballesterro Diez, Izaskun Ocerin Guerra. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia.

Palabra clave: Terapéutica física



TOXICODERMIA POR LISINOPRIL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Introducción.

La toxicodermia medicamentosa es una reacción adversa frecuente en nuestro medio. Los fármacos más habitualmente implicados son los antibióticos, los antiinflamatorios no esteroideos, los psicofármacos, los betabloqueantes y las sales de oro. Presentamos dos casos de toxicodermia provocada por lisinopril, un fármaco habitualmente no implicado en esta patología.

Casos clínicos.

Dos varones, de 72 y 71 años de edad, con síndrome metabólico en tratamiento farmacológico, acuden a consulta por la aparición de placas eritemato-descamativas de aspecto psoriasiforme, intensamente pruriginosas, en cuero cabelludo, tronco y extremidades. El estudio histológico demuestra un patrón sugestivo de eczema crónico, destacando la eosinofilia tanto a nivel histológico como en sangre. Ante la persistencia de las lesiones a pesar de tratamiento (corticoides sistémicos y tópicos y fototerapia en el primer caso, y corticoides tópicos en el segundo) y una histopatología sugestiva, se plantea la posibilidad de toxicodermia medicamentosa, por lo que se retira el lisinopril, con una lenta pero progresiva mejoría de la sintomatología, llegando a la desaparición de las lesiones.

Discusión.

Las toxicodermias medicamentosas plantean un

reto diagnóstico, tanto por la variabilidad en su presentación clínica e histopatología como por la necesidad de descartar muchos otros agentes etiológicos antes de atribuir la causa a un fármaco, máxime cuando éste no se encuentra en la lista de los más habituales. Es el caso del lisinopril, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) ampliamente utilizado como hipotensor. Sus reacciones adversas más frecuentes son extracutáneas, pero debido a su extendido consumo, es preciso tenerlo en cuenta a la hora de valorar su implicación en erupciones cutáneas de causa desconocida, sobre todo psoriasiformes.

Iñigo Aranguren López¹, Lidia Sobrevas Bonells¹, María Asunción Arregui Murua¹, Tomás Toledo Pastrana¹, Lucía Sánchez Martínez¹, José Miguel Lera Imbuluzqueta¹, Nerea Segués Merino². 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián.

Palabra clave: Reacción por fármacos



ÚLCERA CRÓNICA SECUNDARIA A RADIODERMITIS POR INTERVENCIONISMO CARDIACO, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Introducción.

La radiodermatitis crónica inducida por fluoroscopia (RDCIF) se describe como el daño cutáneo secundario a procedimientos intervencionistas que emplean esta técnica para la obtención de imágenes, en especial la coronariografía y el cateterismo cardiaco. Clínicamente puede manifestarse de forma diversa, desde eritema con leve descamación en la zona irradiada hasta áreas de necrosis con úlceras profundas.

Material y método.

Se presentan dos casos de úlceras crónicas secundarias a RDCIF. El primer paciente es un varón de 72 años con antecedentes de dos coronariografías que presentaba una úlcera de 6 cm de diámetro en hombro derecho. El segundo caso se trata de un varón de 61 años con antecedentes de angioplastia cardiaca de urgencia, que desarrolló una úlcera de 7x4 cm en línea media de región dorsal. En ambos pacientes se llevó a cabo exéresis quirúrgica de las lesiones y reconstrucción mediante doble colgajo de rotación en o-z y colgajo de avance, respectivamente.

Discusión.

Los procedimientos invasivos complicados que requieren largo tiempo de escopia en pacientes sometidos previamente este tipo de técnicas, incrementan notablemente el riesgo de radiodermatitis. Además es necesario tener en cuenta otros factores predisponentes a daño cutáneo por radiación como obesidad, diabetes o enfermedades autoinmunes.

Conclusiones.

El diagnóstico de RDCIF debe sospecharse en todo paciente que presente una úlcera de origen no filiado localizada en áreas que hayan podido estar en contacto con esta fuente de radiación, como la región superior de la espalda, área escapular o axilas.

Nuria Rodríguez Garijo, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Irene Palacios Álvarez, Pedro Redondo Bellón. Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Palabra clave: Tratamiento quirúrgico



ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU TRATADA CON TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA

Introducción.

La acrodermatitis continua de Hallopeau es una variante rara de psoriasis pustulosa que afecta a la región distal de los dedos. Suele ser refractaria a los tratamientos disponibles, por lo que supone un importante desafío terapéutico.

Material y métodos

Se presenta el caso de una mujer de 73 años, con acrodermatitis continua de Hallopeau de más de 20 años de evolución, tratada con corticoides tópicos de alta potencia, tacrólimus, metotrexate y colchicina, con persistencia de los brotes llegando incluso a la reabsorción parcial de la falange distal del 4º dedo. Se decidió iniciar terapia fotodinámica con metilaminolevulinato y luz de día, observando una respuesta clínica favorable.

Discusión.

La utilidad de la terapia fotodinámica está bien establecida en Dermatología para el tratamiento de queratosis actínicas y epitelomas superficiales. Sin embargo, se han descrito recientemente propiedades antiinflamatorias y antimicrobianas que permiten ampliar su uso en dermatosis benignas como acné, verrugas vulgares, onicomycosis o hidradenitis supurativa.

Conclusión.

Proponemos el uso de la terapia fotodinámica

para el tratamiento de la acrodermatitis continua de Hallopeau en aquellos casos en los que fallan los tratamientos tópicos convencionales, como alternativa al uso de agentes sistémicos más agresivos.

Elena Querol Cisneros, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Nuria Rodríguez Garijo, Pilar Gil Sánchez. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra

Palabra clave: Psoriasis, terapéutica física, tratamiento tópico.



MÚLTIPLES PLACAS Y NÓDULOS CUTÁNEOS GENERALIZADOS EN PACIENTE CON PRIMAINFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII.

Introducción.

Toxoplasma gondii es un protozoo intracelular obligado que puede infectar al ser humano, con una seroprevalencia estimada de un 1/3 de la población mundial. Pese a esta elevada prevalencia, la toxoplasmosis cutánea es muy infrecuente habiendo encontrado únicamente 12 casos publicados en la literatura, la mayoría en pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico.

Presentamos el caso de una paciente de 67 años, con antecedentes de cirugía de IVC, sin inmunosupresión conocida, que acudió al servicio de urgencias por la aparición de múltiples lesiones cutáneas en las últimas semanas sin fiebre u otra sintomatología sistémica asociada. A la exploración física presentaba múltiples máculas y maculo-placas eritemato-violáceas en tronco y extremidades junto a lesiones nodulares más prominentes en extremidades inferiores donde eran dolorosas a la palpación.

Con sospecha de paniculitis vs linfoma paniculítico se realizaron dos biopsias cutáneas de una placa del brazo y un nódulo del muslo, un TAC toraco-abdomino-pélvico, analítica sanguínea, Mantoux, Booster e IGRAS, serologías y punción de una adenopatía supraclavicular unilateral detectada en el TAC. Las pruebas complementarias y la serología resultaron compatibles con el diagnóstico

de primoinfección por *T.gondii* con lesiones cutáneas relacionadas con el proceso infeccioso. La paciente recibió tratamiento únicamente con espiramicina oral durante 4 semanas con resolución completa de las lesiones cutáneas y normalización de los parámetros analíticos inflamatorios, sin recidiva de las lesiones tras 4 meses de seguimiento.

Discusión.

Presentamos un caso de toxoplasmosis adquirida con afectación cutánea que resulta extraordinario por la rareza de ésta y la presentación paniculítica que observamos en nuestra paciente, con visualización en una de las biopsias cutáneas de flebitis granulomatosa asociada que había sido descrita como una forma de tuberculide, sin asociación previa con la toxoplasmosis, encontrando solo un caso de paniculitis neutrofílica mixta asociada a la infección por *Toxoplasma gondii* en un paciente de 12 años tras recibir quimioterapia por un linfoma sistémico.

Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Javier Sánchez-Bernal¹, Guillermo Muñoz², Luis Requena³, Mariano Ara Martín¹. Departamentos de 1 Dermatología y 2 Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza). Departamento de 3 Dermatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

Palabra clave: Infestación



AFECTACIÓN CUTÁNEA POR PRIMAINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN LACTANTE SANO

Introducción.

La infección por citomegalovirus (CMV) suele ser asintomática en pacientes inmunocompetentes, pudiendo aparecer en algunos casos un síndrome similar a la mononucleosis. En pacientes inmunocomprometidos causa diversos trastornos sistémicos, aunque las manifestaciones cutáneas son poco comunes.

Caso clínico.

Lactante varón, de 3 meses de edad, con embarazo controlado y desarrollo perinatal normal, correctamente vacunado. Como único antecedente, ingreso por bronquiolitis aguda a los 2 meses. Acude a urgencias por exantema pruriginoso de una semana de evolución, apareciendo en las últimas horas lesiones vesiculosas, sin fiebre, sin otra clínica sistémica asociada salvo ligera irritabilidad. A la exploración presenta micropápulas eritematosas y vesículas de contenido claro, sin tendencia a confluir, en cara, cuero cabelludo y extremidades superiores, con adenopatías occipitales, sin visceromegalias. Ante la sospecha de cuadro viral, se realiza serología de virus, se toma muestra de una vesícula para PCR de virus, se pauta tratamiento sintomático y se cita en 7 días. Al regreso se mantiene afebril, con buen estado, pero con aumento de lesiones, presentando micropápulas y vesículas en cara y brazos, exantema micropapular en tronco y 4 nódulos eritematosos de <0,5 cm, que

blanquean a la digitopresión, en hombro izquierdo. La PCR cutánea resultó positiva para CMV y negativa para VVZ y VHS 1 y 2, con serología para IgM anti-CMV positiva y analítica sanguínea en la que sólo destaca ligera linfocitosis. El paciente fue diagnosticado de infección por CMV tipo síndrome de Gianotti-Crosti, con resolución completa de las lesiones en 15 días, sin secuelas ni recidivas hasta el momento.

Discusión.

Las manifestaciones cutáneas de la infección por CMV son infrecuentes, pero se han publicado casos con amplia variabilidad como úlceras, púrpura, nódulos, erupciones maculopapulares, o pápulas necróticas. Presentamos el caso de un lactante inmunocompetente, con clínica compatible con síndrome de Gianotti-Crosti causada por una primoinfección por CMV confirmada serológicamente y mediante PCR de lesión cutánea.

Javier Sánchez Bernal¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Isabel Zárate Tejero², Isabel Abadías Granado¹, Mariano Ara Martín¹. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, 1 Servicio de Dermatología, 2 Servicio de Pediatría

Palabra clave: Infección vírica



COEXISTENCIA DE GRANULOMA ANULAR Y MORFEA EN UN MISMO PACIENTE.

Introducción.

El granuloma anular y la morfea son dos entidades independientes que excepcionalmente han sido reportadas en un mismo paciente. Presentamos un nuevo caso de coexistencia de estas dos patologías.

Caso clínico.

Paciente de 62 años, con antecedentes de dislipemia, gonatrosis y vitiligo, que desde hacía 20 meses presentaba en antebrazos y piernas placas redondeadas, normocoloreadas, con borde sobrelevado más eritematoso y no descamativo, de crecimiento excéntrico. La biopsia mostró en dermis áreas de necrobiosis con pérdida de la estructura fibrilar del colágeno rodeada de histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas y linfocitos en empalizada, estableciéndose el diagnóstico de granuloma anular. Seis años más tarde apareció en zona central de la espalda, una placa blanquecina, dura, de bordes bien definidos y 10 cm de diámetro mayor. Se biopsió observándose atrofia epidérmica con hiperqueratosis, y gruesos haces de colágeno en dermis papilar y reticular que se disponían de forma compacta y paralelos a la superficie, todo ello compatible con diagnóstico de morfea. La serología de *Borrelia burgdorferi* fue negativa, y en autoinmunidad ANA + 1/80 moteado. Ha recibido

tratamiento con corticoides y pimecrólimus tópicos con regresión parcial de las lesiones.

Discusión.

La morfea y el granuloma anular son dos patologías distintas clínicamente, cuya coexistencia ha sido descrita en pocas ocasiones. En la revisión bibliográfica hemos encontrado 7 casos de coexistencia, y una paciente con una lesión cuya histología combinaba características de ambas patologías. En la histología de ambas entidades se observa infiltrado linfohistiocitario y aumento de colágeno I y III. Además, en ambas se han propuesto como posibles etiologías un origen autoinmune o la participación de *Borrelia burgdorferi*, que los estudios serológicos no han confirmado.

Presentamos un nuevo caso de coexistencia de morfea y granuloma anular que refuerza la hipótesis de un nexo común entre ambas patologías.

Álvaro Rivera Rodríguez¹, Javier Sánchez Bernal¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Lucía Prieto Torres¹, Begoña Fuertes Negro², Mariano Ara Martín¹. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), Servicios de Dermatología 1 y Anatomía Patológica 2.

Palabra clave: Enfermedad del colágeno



DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A FRAGANCIAS: REVISIÓN DE LOS CASOS DURANTE EL PERIODO 2005-2017 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

Introducción.

El objetivo primario de esta revisión de casos es el estudio de las fragancias individuales más frecuentes en nuestro medio.

Material y métodos.

Revisamos los pacientes que durante el periodo 2005-2017 han sido estudiados con batería específica de fragancias, por sospecha de dermatitis alérgica de contacto a fragancias en la Unidad de Eccema de Contacto del Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar, con la serie ampliada y con la batería de fragancias con lectura en D2 y D4. La batería de fragancias se testó en aquellos pacientes con marcadores de fragancias de la serie estándar positivos: Fragance Mix I (FMI), Fragance Mix II (FMII), Bálsamo del Perú y Lyral.

Resultados.

De los 1804 pacientes parcheados durante el periodo 2005-2017 en 66 de ellos se testó la batería de fragancias (3,6%). Las fragancias individuales que causaron más reacciones positivas fueron: Isoeugenol (17 positivos), Alcohol cinámico (15), Geraniol (14), Aldehido cinámico (11) y Lyral (10), perteneciendo las cuatro primeras a la mezcla FMI y la última a la FMII. De los 66 pacientes, 24 de ellos demostraron polisensibilización a varios perfumes (>=3 positivos).

Maialen Azcona Rodríguez¹, Marcos Hervella Garcés², Alfredo Daniel Agulló Pérez¹, Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro¹, Mónica Larrea García², Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. 1 Servicio de Dermatología, 2 Unidad de Eccema de Contacto. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra.

Palabra clave: Dermatitis eccematosa, diagnóstico.



EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA JUNTURAL NO LETAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Introducción.

Las epidermolisis ampollas hereditarias (EAH) o epidermolisis bullosas (EB) constituyen un grupo clínicamente heterogéneo de desórdenes genéticos que afectan a distintos niveles de la unión dermoepidérmica, caracterizados todos ellos por una importante fragilidad cutánea de carácter mecánico. La epidermolisis ampollosa juntural no letal (EAJNL), también conocida como forma no-Herlitz, constituye un subtipo de pronóstico intermedio dentro de las EAH.

Casos clínicos

1.- Mujer de 23 años con lesiones ampollas generalizadas desde el nacimiento a nivel cutáneo y mucoso. Alopecia cicatricial de cuero cabelludo. Cosanguinidad progenitores. Mapeo antigénico por inmunofluorescencia compatible con EAJNL.

2.- Recién nacida sin antecedentes. Lesiones ampollas en dorso de ambas manos y erosión en paladar. Cosanguinidad progenitores. Mapeo antigénico por inmunofluorescencia compatible con EAJNL. Estudio genético: mutación gen COL17A1 en homocigosis.

Discusión.

La EAJ es el tipo de EAH de menor incidencia. Dentro de las EAJNL generalizadas, el subtipo no-Herlitz constituye el de mejor pronóstico.

La sobreinfección de las lesiones cutáneas, la alopecia cicatricial, la distrofia ungueal o la hipoplasia dental constituyen complicaciones frecuentes en estos pacientes. Pese a ser el subtipo menos letal, el riesgo de muerte en la infancia está aumentado respecto a pacientes sanos así como el riesgo de padecer carcinomas epidermoides en edad adulta.

Conclusiones.

Al no existir una terapia curativa, resulta fundamental el seguimiento continuo de estos enfermos a fin valorar la evolución de las lesiones, educar sobre prevención de las mismas, y acompañar a paciente y familiares, en la dura evolución de esta patología. DEBRA (asociación piel de mariposa) constituye un importante soporte para estas familias.

Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro, Saioa Oscoz Jaime, Maialen Azcona Rodríguez, Josune Mitxelena Eceiza, Ana Valcayo Peñalba, Ignacio Yanguas Bayona. Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario Navarra. Pamplona

Palabra clave: Genodermatosis. Epidermolisis ampollosa juntural no letal. Epidermolisis bullosa juntural no-Herlitz.



LINFANGIOENDOTELIOMATOSIS MULTIFOCAL SIN TROMBOCITOPENIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Introducción.

La linfangioendotelomatosis multifocal con trombocitopenia es una enfermedad rara caracterizada por múltiples lesiones vasculares congénitas y progresivas en piel y tracto gastrointestinal asociadas a trombocitopenia. La afectación gastrointestinal es potencialmente grave, ocasionando sangrados durante el período neonatal. Se han descrito casos de variantes fenotípicas, como la linfangioendotelomatosis multifocal sin trombocitopenia ni afectación gastrointestinal.

Material y método.

Presentamos el caso clínico de una niña de 3 meses remitida por lesiones cutáneas presentes desde el nacimiento, en concreto, pápulas violáceas de 2 a 5 mm dispersas en tronco y extremidades, junto con otras maculosas, sumando un total de 18 lesiones. Decidimos realizar una biopsia cutánea.

Resultados.

La biopsia fue compatible con linfangioendotelomatosis multifocal, con tinciones positivas para CD31 y WT-1, positivo débil para GLUT-1 y negativas para D2-40. Otras pruebas complementarias, incluyendo analítica con coagulación y ecografía abdominopélvica, resultaron normales.

Discusión.

Desde su descripción en 2004, se han publicado

17 casos de linfangioendotelomatosis multifocal en la literatura. La afectación gastrointestinal con sangrados en el período neonatal determina la gravedad del cuadro clínico.

Conclusiones.

Reportamos un caso de linfangioendotelomatosis multifocal sin trombocitopenia ni afectación gastrointestinal. En la literatura únicamente hemos encontrado descrito un caso con similares características.

Iris Vicente Sánchez¹, Marta Rubio Lombraña¹, Ricardo López Almaraz², María Rosario González Hermosa¹, Belén Navajas-Pinedo¹, Irati Allende Markixana¹, Aitor Fernández De Larrinoa³. Servicios de Dermatología 1, Pediatría 2 y Anatomía Patológica 3, Hospital Universitario Cruces (Bizkaia)

Palabra clave: Enfermedad vascular



DERMATOSIS IGA LINEAL EN UN LACTANTE DE 12 MESES CON BUENA RESPUESTA CLARITROMICINA Y CORTICOIDES TÓPICOS.

Introducción.

La Dermatitis IgA lineal es una enfermedad ampollosa poco frecuente, de base autoinmune y etiología desconocida. La histología muestra una ampolla subepidérmica y por inmunofluorescencia directa se observa depósito lineal de IgA, a lo largo de la membrana basal

Caso clínico.

Niño de 12 meses que presenta de 3 semanas de evolución lesiones vesículo-ampollosas en cara, dorso de manos y extremidades. Se realizan 2 biopsias cutáneas y se solicita analítica; comenzando tratamiento con crema de corticoides y antibiótico.

Resultados.

La histología confirma el diagnóstico de Dermatitis IgA lineal, la analítica está dentro de la normalidad y a las 2 semanas las lesiones han mejorado, pero siguen apareciendo nuevas ampollas, añadiéndose tratamiento con Claritromicina oral. Revisado a los 6 meses permanece sin lesiones.

Discusión.

La Dermatitis IgA Lineal tiene como tratamiento de elección la sulfona, hay casos que responden a antibióticos como la eritromicina, cloxaciclina, septrin, etc. Nosotros decidimos utilizar la Claritromicina por indicación de la pediatra .

Conclusiones.

Pensamos que la buena evolución pueda deberse además de al tratamiento con antibiótico, a la corta edad del niño, la forma clínica leve y el uso con corticoides tópicos.

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: Enfermedad ampollosa



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