

**REUNION DE LA SECCION VASCO-NAVARRA-ARAGONESA-RIOJANA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA CELEBRADA EN BILBAO EL DIA 22 DE NOVIEMBRE DE 1997.**

A las 10,30 horas del día 22 de Noviembre de 1997, en el Hotel Ercilla de Bilbao, se celebra la reunión de la sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología.

Comienza con la CONFERENCIA sobre el tema “Lo que puede decirnos la capa córnea”, a cargo del Prof. Evaristo Sánchez-Yus, del Hospital Clínico de San Carlos, Madrid.

A las 12,00 horas se presentó la ponencia “NOVEDADES EN TERAPEUTICA DERMATOLOGICA” (Revisión Bibliográfica) a cargo de los Dres. Salomé Alvarez Sánchez y José Miguel Vicente Calleja, del Hospital de Cruces de Bilbao.

A las 12,30 h. exposición de las COMUNICACIONES LIBRES:

**1.CRIGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL.**

Y. Gilaberte, C. Coscojuela, I. Domingo, M. Marigil\* y J. Vera\*.  
Unidad de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica\*. Hospital San Jorge. Huesca.

**2.ERITEMA DISCROMICO PERSTANS**

Corbalán R, Peón G, Ara M, Maillo C, Grasa MP, Carapeto FJ.  
Departamento de Dermatología. H.C.U. Zaragoza.

**3.DERMATOSIS PUSTULAR EROSIVA DEL CUERO CABELLUDO Y ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES: PRESENTACION DE UN CASO.**

J.J.Goday, I.Yanguas, M.González-Guemes, J.M.Oleaga, I.Bilbao, B.Catón\*, R.Soloeta.  
Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

**4.LIQUEN PLANO EROSIVO PLANTAR.**

J. Zubizarreta, A. Tuneu, J.M. Larzábal.  
Hospital Nª Sra. de Arantzazu. Donostia-San Sebastián.

**5.NECROBIOSIS LIPOIDICA DIABETICA GRANULOMATOSA.**

E. Simal, M.L. Zubiri, R.García, V. Alcalde, J. Velilla y C. Yus.  
HOSPITAL MIGUEL SERVET. Zaragoza.

**6.LUPUS MILIAR DISEMINADO FACIAL.**

P. Manrique, M.J. Calderón, R. González, S. Sanz de Galdeano, R. Zabala, C. Garciandía, E. De Miguel\*.  
Secciones de Dermatología y Anat. Patológica. Hospital de Galdakao (Vizcaya).

**7.CRIPTOCOSIS CUTANEA EN PACIENTE CON SIDA. UN CASO CON DIAGNOSTICO RETROSPECTIVO.**

M. Ara, C. Maillo, R. Corbalán, G. Peón, G. Martínez, M.P. Grasa, F.J. Carapeto.  
Departamento de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

**8.INFECCION CUTANEA POR MYCOBACTERIUM CHELONAE**

Almeida V, Berridi D, De Pablos M, Saracibar N, De Diego J, Vesga J.C  
Unidades de Dermatología, Microbiología, A. Patológica y Reumatología del Hospital de Txagorritxu.  
Vitoria. Unidades de Dermatología y A. Patológica del Hospital de Mondragón.

#### **9. TOXICODERMIA POR ISONIAZIDA EN PACIENTE CON INFECCION VIH Y PATCH-TEST POSITIVO.**

P. Manrique, M.J. Calderón, R. González, C. Sanz de Galdeano, R. Zabala, C. Garciandía, E. Martínez\*, A. Aperribay \*\*  
Secciones de Dermatología, Enfermedades Infecciosas\*, y Anat. Patológica\*\*. Hospital de Galdakao (Vizcaya).

#### **10. TUBERCULIDE PAPULO-NECROTICA Y ENFERMEDAD DE PONCET EN PACIENTE HIV +.**

Almeida V\*, Cuende E\*\* y Saracibar N.\*\*\*  
Unidades de Dermatología\* y Reumatología\*\*. SQ Anatomía Patológica.  
Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

#### **11. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS DE LARGA EVOLUCION.**

Peón G, Corbalán R, Simal G, Echevarría V, Martín R, Grasa MP, Carapeto FJ.  
Departamento de Dermatología. H.C.U. Zaragoza.

#### **12. INFILTRACION CUTANEA DE LEUCEMIA PROLINFOCITICA T SIMULANDO UNA PURPURA DISEMINADA.**

MA López Pestaña, LE Cascante, M Gállego, JM Matínez-Peñuela, E Pérez Equiza  
Hospital de Navarra. Pamplona.

#### **13. PRESENTACION DE UNA MICOSIS FUNGOIDE EN FORMA DE ICTIOSIS ADQUIRIDA.**

Almeida V., Saracibar N.  
Servicios de Dermatología y A. Patológica. Hospital de Txagorritxu. Vitoria.

#### **14. MIOFIBROMA CUTANEO SOLITARIO DEL ADULTO: APORTACION DE UN CASO.**

J.M. Oleaga, B. Catón\*, M. GonzálezGuemes, I. Bilbao, J.J. Goday, R. Soloeta.  
Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

#### **15. SENO DERMICO MEDIO-NASAL.**

P. Gil, J. Vázquez Doval, O. Okafor, I. de Felipe, J. L. Zubieta, E. Quintanilla.  
Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

#### **16. ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY.**

C. Coscojuela, Y. Gilaberte, M. Marigil, J. Vera, A. R. Millán  
Hospital «San Jorge», Huesca.

#### **17. FACOMATOSIS PIGMENTOVASCULAR TIPO II b: PRESENTACION DE UN CASO.**

R. Zabala, P. Manrique, M.R. Gonzalez, M.J. Calderon, C. Sanz de Galdeano, C. Garciandía, J. A. Alvarez\*.  
Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

#### **18. XERODERMA PIGMENTOSO EN TRES HERMANOS.**

J.M. Vicente-Calleja, J. Gardeazabal, X. Eizaguirre, S. Alvarez, M.I. Alvarez, J.L. Díaz-Pérez.  
Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

#### **19.LIPOMENINGOCELE SACRO EN UNA LACTANTE.**

D. López-Garde, R. Izu, N. Landa, J. Sánchez\*, B. Mateos\*\*, J.L. Díaz-Pérez.  
Servicios de Dermatología, Pediatría\* y Radiología\*\*. Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

#### **20.¿ES TODAVIA UTIL LA DERMOABRACION ROTATORIA?.**

J. Vázquez Doval, I. de Felipe, A. España, P. Redondo, P. Gil, E. Quintanilla.  
Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

#### **21.ESTUDIO EPICUTANEO POSITIVO A NIGROSINA.**

Mitxelena J, Aguirre A, Ratón JA, Díaz-Ramón JL, Díaz-Perez JL.  
Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Bizkaia.

#### **22.HIPERTRICOSIS GENERALIZADA POR MINOXIDIL.**

I. Bilbao, J.M. Oleaga, M. González-Guemes, J.J. Goday, R. Soloeta.  
Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gazteiz.

#### **23.HEMANGIOMA CAPILAR LOBULILLAR ERUPTIVO. DESCRIPCION DE UN CASO.**

R. González-Pérez, N. Landa, J.M. Bizkarguenaga, J.M. Careaga, J. M Pintos, J. Uruñuela, A Fernández de Larrinoa\*, L Requena\*\*, .  
Servicios de Dermatología y Anatomía patológica\*, Hospital de Basurto. Bilbao. Servicio de Dermatología, Fundación Jimenez Díaz\*\*. Madrid.

#### **24.MELANOCITOSIS DERMICA ADQUIRIDA.**

M.J. Calderon, P. Manrique, M.R. Gonzalez, C. Sanz de Galdeano, R. Zabala, C. Garciandia, J. Zabalza\*.  
Servicio de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

### **RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES**

#### **1.CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL.**

Y. Gilaberte, C. Coscojuela, I. Domingo, M. Marigil\* y J. Vera\*.

Unidad de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica\*.  
Hospital San Jorge. Huesca.

La vasculitis que acompaña a la hepatitis C ocurre dentro de la triada hepatitis crónica C, vasculitis necrotizante y crioglobulinemia mixta tipo II. Esta triada ocurre en aproximadamente el 2% de las hepatitis crónicas C y, en general, aparece tardíamente en el curso de dicha infección. Desde el punto de vista cutáneo se manifiesta como un púrpura recurrente, frecuentemente petequial y más raras veces equimótica o macular.

Presentamos dos casos de crioglobulinemia mixta esencial con afectación cutánea:

**Caso 1:** Mujer de 70 años de edad, con antecedentes de hepatopatía crónica por virus C y cuadros de dolor abdominal recurrentes, acompañados de anemia e importante afectación del estado general de dos años de evolución. La paciente consultó por brotes de lesiones purpúricas, dolorosas, en extremidades inferiores, de 6 años de evolución. El estudio histológico cutáneo reveló una vasculitis necrotizante. Los exámenes

complementarios revelaron crioglobulinas positivas, elevación de la IgM y FR positivo con lo que se estableció el diagnóstico.

**Caso 2:** Mujer de 69 años que consultó por presentar brotes recurrentes de lesiones purpúricas, dolorosas en extremidades inferiores, de 6 años de evolución. El estudio histológico de las lesiones mostró una vasculitis necrotizante. Los exámenes complementarios revelaron una elevación de las enzimas hepáticas y positividad del virus de la hepatitis C con lo que se estableció el diagnóstico de hepatitis crónica C. La positividad de las crioglobulinas, un descenso de los factores C3 y C4 del complemento con elevación de los inmunocomplejos circulantes y una discreta elevación de la IgA llevaron al diagnóstico.

Daoud MS, el Azhary RZ, Gibson L.E. et al. Chronic hepatitis C, cryoglobulinemia, and cutaneous necrotizing vasculitis. J Am Acad Dermatol 1996;34:219-223.

## **2.ERITEMA DISCROMICO PERSTANS**

Corbalán R, Peón G, Ara M, Maillo C, Grasa MP, Carapeto FJ.

Departamento de Dermatología. H.C.U. Zaragoza.

El eritema discrómico perstans (EDP) o dermatosis cenicienta es una enfermedad infrecuente, idiopática, de carácter adquirido, descrita por primera vez en 1959 por Ramírez en el Salvador. Clínicamente se caracteriza por máculas asintomáticas azuladas o grisáceas de diversos tamaños con tendencia a coalescer en tronco y miembros, de naturaleza crónica y resistentes al tratamiento. Histologicamente se caracteriza por la presencia de melanófagos principalmente en dermis dando lugar a hiperpigmentación difusa, aunque el primer evento parece ser la vacuolización de la capa basal. El diagnóstico diferencial con la pigmentación maculosa eruptiva idiopática y, sobre todo, con el líquen plano pigmentoso, se basa fundamentalmente en criterios clínicos, por lo que sigue siendo objeto de controversia.

Presentamos el caso de una paciente de 34 años que presenta máculas pigmentarias, asintomáticas, en tronco y extremidades superiores, de 12 años de evolución, diagnosticada clínica e histologicamente de Dermatitis cenicienta. Revisamos la bibliografía existente, así como los posibles diagnósticos diferenciales de este cuadro.

## **3.DERMATOSIS PUSTULAR EROSIVA DEL CUERO CABELLUDO Y ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES: PRESENTACION DE UN CASO.**

J.J.Goday, I.Yanguas, M.González-Guemes, J.M.Oleaga, I.Bilbao, B.Catón\*, R.Soloeta.

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

La dermatosis pustular erosiva del cuero cabelludo es una entidad clínica definida como una pustulosis crónica y extensa confinada al cuero cabelludo en una persona de edad avanzada, que posteriormente evoluciona a la erosión y la alopecia cicatricial. Ninguna causa de pustulosis conocida está presente y su histología es inespecífica.

Presentamos el caso de una mujer de 96 años de edad que ingresó en nuestro hospital por presentar un cuadro de pustulosis en cuero cabelludo de varias semanas de evolución que no remitía con el tratamiento antibiótico prescrito por su médico de cabecera. A la exploración presentaba una pustulosis extensa con tendencia a formar lagos purulentos en cuero cabelludo. Las pruebas realizadas descartaron otro tipo de pustulosis. Durante su ingreso y debido a la presencia de cefaleas frecuentes se realizó una interconsulta al servicio de neurología, que confirmó el diagnóstico de arteritis de la temporal. Se pautó tratamiento con corticoides vía oral remitiendo ambos procesos de forma rápida, sin presentar recidiva de la pustulosis a lo largo de un año.

Se ha sugerido la relación de las pustulosis erosivas del cuero cabelludo con traumas previos como factor desencadenante en pacientes con piel atrófica (injertos, cirugía, exposición al sol, etc.). En la revisión de la literatura solo hemos encontrado dos referencias en relación con procesos colágeno-vasculares. Aunque no podemos establecer una relación directa entre ambos procesos, presentamos el primer caso en que se han manifestado en la misma paciente y al mismo tiempo.

#### 4.LIQUEN PLANO EROSIVO PLANTAR.

J. Zubizarreta, A. Tuneu, J.M. Larzábal.

Hospital Nª Sra. de Arantzazu. Donostia-San Sebastián.

**Introducción.** El liquen plano es un proceso mucocutáneo de evolución crónica y recidivante, generalmente idiopático pero que puede asociarse a diversas patologías, cuya frecuencia es desconocida. Cuando afecta a las mucosas es habitual la existencia de erosiones, en cambio la afectación erosiva de la piel es inusual.

**Caso clínico.** Mujer de 79 años de edad remitida el 6-9-96 por presentar en la planta del pie derecho unas úlceras de crecimiento lento pero progresivas de 2 años de evolución, que no habían respondido a diversos ttos tópicos y antibióticos orales. Entre los antecedentes presentaba una hipertensión arterial leve en tto. con lisinopril y había sido diagnosticada de síndrome seco en mucosa oral y conjuntival.

A la exploración presentaba en el pie derecho en la zona del talón una erosión de 6 cm. de diámetro con los bordes violáceos poco inflamados. En ese mismo pie una extensa erosión ocupando la totalidad de los dedos 1º, 2º y 3º con ausencia de uñas. Además la paciente presentaba en toda la mucosa oral una ausencia de saliva y una atrofia marcada de la mucosa. Aunque «nunca había tenido la más mínima molestia en la zona genital» la afectación por liquen plano mucocutáneo de los genitales era intensa. Presentaba también una marcada alopecia en cuero cabelludo probablemente de tipo cicatricial. Tenía unos buenos pulsos arteriales y no había datos de microangiopatía.

Se inició tratamiento con prednisona 30 mg/día y clobetasol tópico. El 20-9-97 ingresó por una severa anemia ferropénica, cuya etiología, tras ser valorada por los Servicios de Hematología y de Digestivo, fué atribuida a pérdidas crónicas por las erosiones cutáneo mucosas. El resto de la analítica fue normal.

Las erosiones comenzaron a mejorar, pero el 16-12-96 la paciente acudió con una profunda ulceración en el pie sobreinfectada. Además de una breve tanda de antibióticos se añadió a los 30 mg de prednisona ciclosporina 3 mg/kg/día y pentoxifilina. En julio de 1997 la paciente no presentaba ninguna erosión.

**Discusión.** Nuestra paciente presenta una variante infrecuente de liquen plano descrita por Cram y cols en 1966 como liquen plano ulcerativo y por Degos como liquen erosivo de los pies. Los pacientes suelen presentar erosiones y úlceras en las plantas, onicodistrofia y es usual la alopecia cicatricial. Además puede haber lesiones de liquen plano clásico en piel y mucosas. Esta descrita la asociación con diabetes y síndrome de Sjogren. El curso suele ser crónico y como ttos se han utilizado los injertos y, aunque con escaso éxito, las sulfonas. Esta mujer respondió a la asociación de prednisona y ciclosporina.

#### **Bibliografía**

Cram, Kierlana, Winkelman. Ulcerative lichen planus of the feet. Arch Dermatol 1966; 93:692-701.

Degos y cols. Lichen plan erosif du pied: nouveau cas. Bull Soc Fr Dermatol Syphilol 1966:73:844-846.

#### 5.NECROBIOSIS LIPOIDICA DIABETICA GRANULOMATOSA.

E. Simal, M.L. Zubiri, R.García, V. Alcalde, J. Velilla y C. Yus.

HOSPITAL MIGUEL SERVET. Zaragoza.

**Introducción:** En la necrobiosis lipoídica diabética se observa uno o varios parches bien delimitados, pero de contorno irregular frecuentemente en la parte anterior de las piernas. En el 15% de los casos se localiza en manos, dedos, antebrazos, cara y cuero cabelludo. La necrobiosis lipoídica diabética que no afecta a miembros inferiores ocurre en menos del 2% de los pacientes.

**Caso clínico:** Mujer de 75 años, con antecedentes de DMID y nódulo tiroideo normofuncionante, visitada en la consulta de Dermatología en Agosto de 1995 por presentar lesiones papulosas, puntiformes unas y liquenoides otras, amarillentopardo, distribuidas en torax, abdomen, extremidades superiores y zona superior de extremidades inferiores.

Se realizaron tres biopsias, siendo la 1ª y 3ª de aspecto similar: numerosos granulomas epitelioides con células gigantes multinucleadas, sin necrosis caseificante, localizadas en dermis superficial. No BAAR ni depósitos de material amiloide.

La 2ª biopsia mostraba un infiltrado linfocitario xántico que ocupa dermis con aislados linfocitos y células multinucleadas.

**Discusión:** Tras la realización del estudio histológico y diversas exploraciones complementarias, se llega al diagnóstico de Necrobiosis lipoídica diabética granulomatosa, instaurando tratamiento con Pentoxifilina, 800 mgrs al día, durante 12 meses. Las lesiones han remitido, estando asintomática desde hace 1 año.

## **6.LUPUS MILIAR DISEMINADO FACIAL.**

P. Manrique, M.J. Calderón, R. González, S. Sanz de Galdeano, R. Zabala, C. Garciandía, E. De Miguel\*.

Secciones de Dermatología y Anat. Patológica. Hospital de Galdakao (Vizcaya).

Varon de 20 años, que presenta desde 1 mes antes, lesiones bilaterales y simétricas localizadas en cara: párpados superiores, regiones malares y surcos nasolabiales, asintomáticas. No afectación sistémica. La biopsia granulomatosa sin necrosis. El LMDF es una entidad poco frecuente vista sobre todo en adultos jóvenes con histología variable dependiendo de la edad de la lesión. Es importante el tratamiento precoz para evitar secuelas.

## **7.CRIPTOCOSIS CUTANEA EN PACIENTE CON SIDA. UN CASO CON DIAGNOSTICO RETROSPECTIVO.**

M. Ara, C. Maillo, R. Corbalán, G. Peón, G. Martínez, M.P. Grasa, F.J. Carapeto.

Departamento de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

La criptococosis es una infección micótica cuyo agente etiológico es *Cryptococcus neoformans*. Es un hongo levaduriforme de distribución mundial cuyo hábitat se halla ligado a las palomas, aislándose principalmente a partir de las excretas de las mismas. La mayoría de los casos de criptococosis se producen en pacientes con alteraciones de la inmunidad celular, siendo el SIDA el principal factor predisponente para la enfermedad diseminada causada por este hongo. La infección se produce por vía inhalatoria colonizando el pulmón, donde suele producir una infección subclínica. Sin embargo, a partir del pulmón la infección se puede diseminar afectando fundamentalmente el sistema nervioso central y en menor medida otras localizaciones como la piel, huesos y otros órganos. La diseminación cutánea ocurre entre un 10-20% de los casos.

Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años de edad con infección por VIH y criterios de SIDA, que consultó en nuestro Servicio de Dermatología por presentar desde hacía unos 3 meses unas lesiones pápulonodulares eritematosas, algunas ulceradas con una pequeña costra en su centro, localizadas en cara y brazos. Los cultivos fueron negativos para todo tipo de microorganismos y la biopsia cutánea presentó un patrón granulomatoso que en un primer momento se orientó hacia una rosácea granulomatosa. Sin embargo, revisada a fondo la biopsia cutánea se encontraron escasas formas levaduriformes compatibles con *C. neoformans*.

A la vista de este caso, consideramos importante en todo paciente con infección por VIH y lesiones cutáneas de cualquier tipo la investigación exhaustiva de todo tipo de agentes infecciosos, ya que la patología infecciosa oportunista en esta enfermedad es muy importante y las formas clínicas de presentación son a veces muy diversas.

## **8.INFECCION CUTANEA POR MYCOBACTERIUM CHELONAE**

Almeida V, Berridi D, De Pablos M, Saracibar N, De Diego J, Vesga J.C

Unidades de Dermatología, Microbiología, A. Patológica y Reumatología del Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Unidades de Dermatología y A. Patológica del Hospital de Mondragón.

En los últimos años las infecciones cutáneas por micobacterias atípicas (no tuberculosa) están experimentando un aumento considerable en incidencia. La *Mycobacterium chelonae* es una micobacteria atípica de rápido

crecimiento que puede ocasionar infección cutánea localizada o generalizada. Presentamos dos pacientes afectados de dicho proceso.

### **Casos clínicos.**

1. Mujer de 65 años, que sin antecedentes patológicos ni traumatismos previos, presentó un cuadro de elementos papulosos y nodulares eritematosos, de tamaño variable entre 0,5-1,5 cms, localizados en caras posteriores de muslos y piernas. No presentaba alteraciones en los análisis de rutina, el mantoux era negativo y la placa de torax normal. La biopsia de piel mostraba un infiltrado granulomatoso necrotizante y en el cultivo de tejido cutáneo creció una micobacterium chelonae.

2. Mujer de 61 años. Portadora de LES, miopatía esteroidea, cardiopatía isquémica y esplenectomía por trombopenia y en tratamiento con corticoides orales, AINES y ácido acetil salicílico durante más de 10 años. En enero del 97 comenzó con un cuadro de lesiones papulonodulares y abcesiformes salpicadas por caras anteriores y posteriores de piernas. La biopsia de piel presentaba un infiltrado granulomatoso necrotizante y en el cultivo creció una micobacterium chelonae.

La micobacterium chelonae se encuentra normalmente como saprofita en suelo, agua y polvo. La infección cutánea primaria ocurre en pacientes inmunodeprimidos o tras traumatismos o procedimientos quirúrgicos en forma de celulitis, abscesos y nódulos que con frecuencia asientan en extremidades inferiores. La histología muestra generalmente un infiltrado granulomatoso y el diagnóstico se confirma mediante cultivo de tejido cutáneo. No responde a tratamiento antituberculoso, empleándose otros tipos de tratamiento como la Claritromicina u otros antibióticos. Se comentan aspectos clínicos y de tratamiento de dicho proceso.

### **9.TOXICODERMIA POR ISONIAZIDA EN PACIENTE CON INFECCION VIH Y PATCH-TEST POSITIVO.**

P. Manrique, M.J. Calderón, R. González, C. Sanz de Galdeano, R. Zabala, C. Garciandía, E. Martínez\*, A. Aperribay \*\*

Secciones de Dermatología, Enfermedades Infecciosas\*, y Anat. Patológica\*\*. Hospital de Galdakao (Vizcaya).

Mujer de 28 años, con infección VIH conocida desde 1990. En mayo de 1994 al tratamiento de base se añade ddI, Isoniacida. En julio de 1994 comienza con lesiones cutáneas pruriginosas que se generalizan sin afectación mucosa y con afectación sistémica pulmonar y hepatoesplenomegalia. Se realiza biopsia cutánea encontrando discretas alteraciones epidérmicas y un infiltrado linfocitario y con eosinófilos perivasculares. Con el diagnóstico de toxicodermia se inicia corticoterapia sistémica y suspensión de fármacos previos con regresión completa de las lesiones. El estudio epicutáneo fue positivo para isoniazida.

### **10.TUBERCULIDE PAPULO-NECROTICA Y ENFERMEDAD DE PONCET EN PACIENTE HIV +.**

Almeida V\*, Cuende E\*\* y Saracibar N.\*\*\*

Unidades de Dermatología\* y Reumatología\*\*. SQ Anatomía Patológica.  
Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

La tuberculide papulonecrotica es una manifestación cutánea rara de tuberculosis en pacientes con infección pasada o presente. El test de tuberculina +, el patrón histológico y clínico característico y la rápida respuesta al tratamiento antituberculoso son decisivos para el diagnóstico. La Enfermedad de Poncet es una poliartritis reactiva secundaria a infección por Micobacteria tuberculosa que cursa también con Mantoux + y rápida respuesta al tratamiento antituberculoso. Presentamos el primer caso con ambos procesos asociados en un paciente HIV +.

**Caso Clínico.** Varón de 27 años, portador del HIV desde 1993 en tratamiento con Zidovudina y Zalcitabina. Con CD4 402, CD8 710 y CD4/CD8 0,5. Dos semanas después de un episodio febril de varios días que fué

atribuido a la infección viral comenzó con un cuadro cutáneo de elementos pápulo-pustulosos y posteriormente necróticos que afectaban a extremidades superiores e inferiores así como artralgias y artritis en rodillas, tobillos, codos, muñecas y pequeñas articulaciones de manos con impotencia funcional. El Mantoux fué muy +, La Rx de torax normal y la biopsia de piel mostraba una lesión isquémica de forma triangular que afectaba a dermis y epidermis, con infiltrado agudo y crónico perivascular. Fué tratado con Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida. A los 5 meses las alteraciones articulares habían desaparecido y las lesiones cutáneas estaban en franca regresión.

Las tuberculides son una forma de tuberculosis cutánea que representa una respuesta de hipersensibilidad retardada al bacilo tuberculoso y ocasionalmente a otras micobacterias atípicas. Los hechos clínicos y histológicos de la entidad son característicos aunque la etiología es incierta, aunque con la técnica del PCR se puede identificar la micobacteria, no siempre es posible. Un caso de tuberculide pápulonecrótica secundaria a micobacterium tuberculosis en un paciente con SIDA ha sido recientemente aportado. La enfermedad de Poncet o reumatismo tuberculoso ha sido anecdóticamente aportado en la literatura y no se ha descrito ningún caso en pacientes HIV +. Presentamos el primer caso de un paciente HIV+ con E de Poncet y también el primer caso en que además se asocia una tuberculide papulonecrótica lo cual nos parece excepcional.

## **11.DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS DE LARGA EVOLUCION.**

Peón G, Corbalán R, Simal G, Echevarría V, Martín R, Grasa MP, Carapeto FJ.  
Departamento de Dermatología. H.C.U. Zaragoza.

El Dermatofibrosarcoma Protuberans es un sarcoma poco frecuente de origen discutido (fibroblástico, histiocítico o neuroectodérmico) que a pesar de su bajo potencial metastásico, muestra gran tendencia a la recidiva local. Se caracteriza por su aparición típicamente entre los 20 a 50 años, en forma de placa oscura e indurada localizada en la mayoría de los casos en el tronco, de crecimiento lento, que con frecuencia no es diagnosticada durante un largo periodo de tiempo. En su evolución aumenta de tamaño apareciendo nódulos en su superficie.

El diagnóstico histológico se ha visto facilitado por la realización de técnicas inmunohistoquímicas mediante el marcador CD34.

Se recomienda tratamiento con cirugía micrográfica de Mohs.

Presentamos un caso de larga evolución confirmado mediante técnicas inmunohistoquímicas.

## **12.INFILTRACION CUTANEA DE LEUCEMIA PROLINFOCITICA T SIMULANDO UNA PURPURA DISEMINADA.**

MA López Pestaña, LE Cascante, M Gállego, JM Matínez-Peñuela, E Pérez Equiza  
Hospital de Navarra. Pamplona.

### **INTRODUCCION**

Los pacientes afectados por una leucemia pueden desarrollar dos tipos de lesiones cutáneas: específicas (con células leucémicas infiltrando la piel) e inespecíficas. La apariencia clínica de las lesiones específicas puede ser muy variada, siendo imprescindible la biopsia cutánea para llegar al diagnóstico en algunos casos. Aunque en la mayoría de las ocasiones la infiltración de la piel se produce tras el diagnóstico de la leucosis, en el 38% las lesiones cutáneas pueden aparecer al mismo tiempo que la afectación sistémica.

### **CASO CLINICO**

Varón de 64 años que desde hace dos semanas presenta un cuadro de tos seca, disnea de esfuerzo y extensas máculas de coloración violácea afectando característicamente a la mitad superior del cuerpo. Se practica una analítica de sangre destacando una leucocitosis de 184.000/mm<sup>3</sup> con 92% de linfocitos de tamaño homogéneo y aspecto maduro. En la exploración física destaca además la existencia de adenopatías periféricas y hepatoesplenomegalia. Las biopsias coxal, hepática y cutánea muestran un infiltrado leucémico masivo. El estudio inmunofenotípico de los linfocitos obtenidos de la médula ósea revela que las células proliferantes pertenecen a la línea T postímica subpoblación helper con un perfil compatible con leucemia prolinfocítica T.

## DISCUSION

La leucemia prolinfocítica de células T es una variante poco frecuente dentro de los procesos linfoproliferativos maduros. Sin embargo, su capacidad para infiltrar la piel es elevada, produciéndose hasta en el 30% de los casos, y pudiendo adoptar un gran polimorfismo clínico.

### **13.PRESENTACION DE UNA MICOSIS FUNGOIDE EN FORMA DE ICTIOSIS ADQUIRIDA.**

Almeida V., Saracibar N.

Servicios de Dermatología y A. Patológica. Hospital de Txagorritxu.Vitoria.

La ictiosis adquirida en el adulto se asocia a enfermedades malignas, infecciosas, autoinmunes, malnutrición, alteraciones endocrinas, algunos fármacos e insuficiencia renal. Describimos un varón con linfoma cutáneo de células T que se manifestó en forma de erupción descamativa ictiosiforme en el que además se evidenció una granulomatosis de células de Langerhans ganglionar.

**Caso clínico.** Varón de 51 años, sin antecedentes familiares o personales de atopia o ictiosis. Consultó por cuadro cutáneo de descamación fina generalizada pruriginosa, de 4 años de evolución, sin lesiones típicas de micosis fungoide. Presentaba además adenopatías axilares y ganglionares (confirmadas con el TAC toraco-abdomino-pélvico). En la biopsia de piel se apreciaba un infiltrado dérmico linfocitario con epidermotropismo y linfocitos atípicos, así como microabcesos de Pautrier y en la biopsia ganglionar un infiltrado granulomatoso con numerosas células de Langerhans. La analítica rutinaria, Rx de torax y abdomen y biopsia de médula osea era normal.

La ictiosis adquirida se ha asociado a procesos neoplásicos fundamentalmente linfoproliferativos malignos y adenocarcinomas. Entre los procesos linfoproliferativos se han descrito asociaciones con linfomas de Hodgkin, no Hodgkin y más recientemente papulosis linfomatoide con transformación a linfoma. En nuestro paciente la descamación ictiosiforme fué la manifestación cutánea de la micosis fungoide. Recientemente se ha descrito un caso similar a éste pero asociado a linfadenopatía dermopática. Curiosamente la granulomatosis de células de Langerhans ganglionar se describe como cuadro reactivo asociado a linfomas Hodgkin y no Hodgkin.

### **14.MIOFIBROMA CUTANEO SOLITARIO DEL ADULTO: APORTACION DE UN CASO.**

J.M. Oleaga, B. Catón\*, M. GonzálezGuemes, I. Bilbao, J.J. Goday, R. Soloeta.

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

El miofibroma cutáneo solitario del adulto es una tumoración cutánea benigna poco frecuente con características histológicas similares a las de las lesiones de la miofibromatosis infantil. Se distingue de ésta por ser una lesión preferentemente solitaria, localizada en dermis y sin tendencia a la regresión. Los estudios realizados hasta la fecha sugieren un origen miofibroblástico-miopericítico.

Se presenta el caso de una mujer de 24 años de edad que presentaba en la palma de la mano derecha una lesión papulonodular indurada de 7 meses de evolución, de superficie queratósico-rugosa, de tamaño estable desde su aparición, que producía molestias a la presión.

Se realizó extirpación simple de la lesión. El examen histológico e inmunohistoquímico de la pieza mostró los hallazgos propios de un miofibroma cutáneo solitario del adulto.

Se discuten las particularidades del tumor, su diagnóstico diferencial y se revisa la bibliografía existente.

### **15.SENO DERMICO MEDIO-NASAL.**

P. Gil, J. Vázquez Doval, O. Okafor, I. de Felipe, J. L. Zubieta, E. Quintanilla.

Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

#### **Caso clínico**

Niña que presenta en dorso de nariz de forma congénita dos lesiones centradas por varios pelos terminales, que de forma periódica sufren procesos de abscesificación y supuración.

#### **Diagnóstico diferencial**

Clínicamente el diagnóstico diferencial se realiza principalmente entre tricofoliculoma sebáceo y seno dérmico nasal.

#### **Exploraciones complementarias**

La realización de un TAC de macizo facial muestra una duplicación del tabique nasal.

#### **Tratamiento**

Tras realizar una incisión sobre el dorso nasal se observa un conducto repleto de pelos terminales que atraviesan el tabique nasal, en sentido anteroposterior. Se procede a la destrucción del epitelio y folículos pilosebáceos que recubren la pared de dicho conducto.

#### **Conclusión**

Ante lesiones foliculares localizadas en dorso de nariz es necesario excluir siempre tumores benignos anexiales como el tricolofoliculoma sebáceo o malformaciones congénitas del tipo de seno dérmico, el cual puede conllevar procesos infecciosos y cuyo tratamiento quirúrgico es más complejo.

### **16. ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY.**

C. Coscojuela, Y. Gilaberte, M. Marigil, J. Vera, A. R. Millán

Hospital «San Jorge», Huesca.

Se presenta el caso de un varón de 56 años de edad que acude a consulta presentando bajo el pliegue inguinal, lesiones vesiculosas puntiformes, blanquecinas, agrupadas en una pequeña placa. El paciente ha sido tratado con numerosos antifúngicos sin observar modificación en la evolución del cuadro. Se comenta la historia personal y familiar, la exploración clínica así como el estudio anatomopatológico que confirmó el diagnóstico clínico, llamando la atención la escasa expresividad de la enfermedad de Hailey-Hailey en este paciente.

### **17. FACOMATOSIS PIGMENTOVASCULAR TIPO II b: PRESENTACION DE UN CASO.**

R. Zabala, P. Manrique, M.R. Gonzalez, M.J. Calderon, C. Sanz de Galdeano, C. Garciandía, J. A. Alvarez\*. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

La Facomatosis Pigmentovascular es una enfermedad poco frecuente, definida por una peculiar asociación de hemangioma capilar (Nevus Flameus) y lesiones pigmentarias (Nevus Epidérmicos, Melanocitosis Dérmicas y Nevus Spilus) según lo cual se clasifican en 4 grupos (I-IV), pudiendo o no haber afectación sistémica. (SNC-ojo-hueso). Presentamos el caso de una paciente de 23 años con lesiones características de Facomatosis Pigmentovascular tipo IIb y realizamos una revisión de la clasificación, criterios diagnóstico y actitud ante dicha enfermedad.

### **18. XERODERMA PIGMENTOSO EN TRES HERMANOS.**

J.M. Vicente-Calleja, J. Gardezabal, X. Eizaguirre, S. Alvarez, M.I. Alvarez, J.L. Díaz-Pérez. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

El Xeroderma Pigmentoso es una enfermedad rara, de herencia autosómica recesiva, que se caracteriza por una reparación anormal del DNA dañado por la luz ultravioleta. Cursa con fotosensibilidad, envejecimiento cutáneo prematuro y aparición de neoplasias.

Presentamos tres hermanos, hijos de padres consanguíneos, que a partir de la segunda década de la vida han desarrollado diversas lesiones actínicas premalignas y malignas, sin síntomas extracutáneos asociados. Otros cuatro hermanos no han presentado ninguna manifestación clínica de la enfermedad.

Se comenta lo inusual de estos casos y se revisa la literatura.

## **19.LIPOMENINGOCELE SACRO EN UNA LACTANTE**

D. López-Garde, R. Izu, N. Landa, J. Sánchez\*, B. Mateos\*\*, J.L. Díaz-Pérez.

Servicios de Dermatología, Pediatría\* y Radiología\*\*. Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

El término lipomeningocele se refiere a una malformación congénita consistente en un lipoma subcutáneo que se extiende a través de un defecto del cierre del tubo neural, alcanzando las envolturas paquimeníngeas. Los lipomeningocelos aumentan de tamaño proporcionalmente al crecimiento corporal general. Pueden estirar la médula espinal en grado variable, e incluso provocar déficits sensitivo-motores en las extremidades inferiores y alteraciones en las vías urinarias y aparato digestivo.

Comentamos el caso de una lactante que acudió a nuestra consulta presentando una mancha mongólica extendida por toda la espalda, con una masa subcutánea a nivel sacro. Mediante resonancia magnética se evidenció la asociación con un disrafismo focal del sacro, a través del cual se comunicaba el lipoma con el canal medular. La niña no presentaba alteraciones neurológicas.

En estos casos lo más importante es realizar un diagnóstico precoz. Debemos observar cualquier estigma cutáneo sobre la columna vertebral, preferentemente en la región lumbar, para valorar la posible afectación neurológica y su tratamiento adecuado. Recalamos la importancia de la consulta dermatológica como ayuda diagnóstica en estas alteraciones de la espina dorsal.

## **20.¿ES TODAVIA UTIL LA DERMOABRACION ROTATORIA?.**

J. Vázquez Doval, I. de Felipe, A. España, P. Redondo, P. Gil, E. Quintanilla.

Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

**Introducción.** El propósito del estudio fue determinar las indicaciones y eficacia de la dermoabrasión en el tratamiento de diversas patologías dermatológicas.

**Pacientes y métodos.** Realizamos dermoabrasión rotatoria bajo anestesia general o local, en diferentes procesos dermatológicos.

### **Resultados.**

-Acantosis nigricans: Resolución de las lesiones tras un año de tratamiento.

-Hailey-Hailey: Con la dermoabrasión se normaliza la estructura normal de la epidermis.

-Vitíligo: La dermoabrasión es el paso previo para trasplantar melanocitos sobre las placas de vitíligo.

-Fotoenvejecimiento: Se obtiene mejoría de las queratosis solares, lentiginos y arrugas finas, así como la apariencia global de la piel.

-Nevus melanocíticos: Se consigue eliminar la porción superficial del nevus que es la más pigmentada, mejorando notablemente el aspecto global de la lesión.

-Angiofibromas: Respuesta parcial a la dermoabrasión.

-Nevus mucinoso: Responde completamente y de manera definitiva.

**Conclusión.** A pesar de los recientes avances en Cirugía Dermatológica (técnica de remodelación cutánea por láser), la dermoabrasión rotatoria juega todavía un papel importante en el tratamiento de bastantes patologías.

## **21. ESTUDIO EPICUTANEO POSITIVO A NIGROSINA**

Mitxelena J, Aguirre A, Ratón JA, Díaz-Ramón JL, Díaz-Perez JL.  
Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

La nigrosina es una mezcla de varios compuestos que se utiliza como colorante en betunes, lacas, tinta para máquinas de escribir e impresoras, papel de calco y pinturas de cera.

Se presenta un caso de eczema de contacto localizado en palmas y plantas en un trabajador de la construcción que presenta sensibilización a múltiples sustancias, incluida la nigrosina al 1% en vaselina. Aunque la relevancia clínica de dicha positividad en este paciente es discutible, creemos interesante conocer esta sustancia como alérgeno ya que no hemos encontrado ningún caso descrito de parche positivo a la nigrosina en los últimos 20 años.

## **22. HIPERTRICOSIS GENERALIZADA POR MINOXIDIL.**

I. Bilbao, J.M. Oleaga, M. González-Guemes, J.J. Goday, R. Soloeta.  
Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gazteiz.

La hipertricosis generalizada es un efecto secundario frecuente tras la administración oral de minoxidil como terapia antihipertensiva. Sin embargo, es muy poco frecuente la aparición de hipertricosis tras la aplicación tópica de minoxidil para el tratamiento de la alopecia androgénica y, en la mayoría de los casos descritos, está limitada a áreas próximas al lugar de aplicación.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años de edad, sin ningún antecedente médico-quirúrgico de interés, que tras la aplicación tópica de minoxidil al 2% en cuero cabelludo durante 3 meses para el tratamiento de una alopecia androgénica de patrón femenino desarrolló una hipertricosis generalizada. Se descartó cualquier otra patología que pudiera ser la causa de la hipertricosis.

Se comentan las peculiaridades del caso y se realiza revisión bibliográfica.

## **23. HEMANGIOMA CAPILAR LOBULILLAR ERUPTIVO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.**

R. González-Pérez, N. Landa, J.M. Bizkarguenaga, J.M. Careaga, J. M Pintos, J. Uruñuela, A Fernández de Larrinoa\*, L Requena\*\*, .  
Servicios de Dermatología y Anatomía patológica\*, Hospital de Basurto. Bilbao. Servicio de Dermatología, Fundación Jimenez Díaz\*\*. Madrid.

Bajo el término «hemangioma capilar lobulillar» se describe a un grupo de tumores vasculares caracterizados histológicamente por la presencia de vasos de tamaño capilar dispuestos en lóbulos. Se incluyen en esta categoría el granuloma piogénico y sus variantes así como el angioblastoma, angioma «en penacho» o hemangiomatosis capilar progresiva. Los angiomas de origen infeccioso como la angiomatosis bacilar y la verruga peruana también pueden mostrar un patrón lobular.

Presentamos el caso de una mujer de 77 años, mastectomizada del lado derecho 18 años atrás, quién en Junio de este año desarrolló una erupción diseminada de pápulas eritematosas de aspecto vascular. El estudio microscópico de una de estas lesiones mostró cambios histológicos correspondientes a un hemangioma capilar lobulillar, recordando los hallazgos presentes en el angioma «en penacho».

La aparición súbita y diseminada de angiomas con patrón lobulillar es extremadamente infrecuente, si bien existen descripciones aisladas de granulomas piogénicos eruptivos y angiomas «en penacho» eruptivos dos entidades estrechamente relacionadas. Se revisa la literatura, prestando especial atención a los diagnósticos diferenciales que habría que considerar en este tipo de patología.

## **24. MELANOCITOSIS DERMICA ADQUIRIDA.**

M.J. Calderon, P. Manrique, M.R. Gonzalez, C. Sanz de Galdeano, R. Zabala, C. Garcíandia, J. Zabalza\*.  
Servicio de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

Las melanocitosis dérmicas comprenden un grupo de trastornos caracterizados por la presencia de trastornos anormal de melanocitos en dérmis. La mancha mongólica, el Nevus de Ota y de Ito, y el nevus azul son los más frecuentes. Presentamos un caso de melanocitosis dérmica adquirida, que se presenta como una mácula gris-pizarra en zona media de espalda y de aparición en la edad adulta. Son pocos los casos descritos de M. Dérmica adquirida, uno de ellos publicado en Actas en Oct. 97 por Urbina y Sandoval. En la Revisión Bibliográfica, de los 11 casos encontrados, 7 aparecen en la literatura japonesa.

**REUNION DE LA SECCION VASCO-NAVARRA-ARAGONESA-RIOJANA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA CELEBRADA EN SAN SEBASTIAN EL DIA 21 DE NOVIEMBRE DE 1998.**

A las 10,30 horas del día 21 de Noviembre de 1998, en el Hotel Londres y de Inglaterra de San Sebastián, se celebra la reunión de la sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología.

Comienza con la CONFERENCIA sobre el tema “LA IMAGEN EN DERMATOLOGIA”, a cargo del Prof. Javier Bravo Piris, Profesor Titular de Dermatología de la Universidad de Salamanca.

A las 12,00 horas se presentó la ponencia “NOVEDADES EN TERAPEUTICA DERMATOLOGICA” (Revisión Bibliográfica) a cargo del Dr. José Zubizarreta, del Hospital Arantzazu de San Sebastián.

A las 12,30 h. exposición de las COMUNICACIONES LIBRES:

**1.HISTIOCITOSIS X LOCALIZADA EN LA VULVA**

T. Solano, A. España, J. Sola, P. Gil, I. Sánchez-Carpintero, M. Montalbetti, E. Quintanilla. Clínica Universitaria de Navarra. PAMPLONA

**2.LESIONES AMPOLLOSAS EN UNA NIÑA DE 8 AÑOS.**

ML Zubiri, F de Juan, N Porta, E Simal, M Sánchez, V Alcalde, I Querol, R García, R Baldellou, MC Sáenz de Sta Mª, R Alvarez.Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**3.DERMATOSIS AMPOLLOSA CON IG A LINEAL**

C.Maillo, M.Ara, V.Echevarria, R.F.Lafuente, J.Martín, F.J.Carapeto. Dpto. de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

**4.DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO POR RUSCUS ACULEATUS**

J.J.Goday Buján, M.González Guemes, J.M.Oleaga Morante, A. López Pestaña, R.Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz

**5.ECZEMA ALERGICO DE CONTACTO A CLORURO DE BENZOXONIO**

J. Mitxelena. A.Aguirre, J. A. Ratón, L. Díaz, J. Gardezabal. J. L. Díaz Pérez. Servicio de Dermatología . Hospital de Cruces. Bilbao.

**6.DERMATITIS ESCLERODERMIFORME POR VITAMINA K**

M. González Guemes, J.J. Goday Buján, J.M. Oleaga Morante, A. López Pestaña, M. Lozano Valero\*, R. Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

**7.EMBOLIZACION POR CRISTALES DE COLESTEROL.**

L.Asumendi, A.Tuneu, J. Zubizarreta, C.Lobo. Hospital Nª Sra. de Arantzazu. Donostia San Sebastián.

**8.FISTULA NEFROCUTANEA COMO PRIMERA MANIFESTACION DE UNA PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA.**

M.E. Iglesias, F. Idoate\*. Servicios de Dermatología y Radiodiagnóstico\*. Clínica San Miguel. Pamplona

### **9.ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO**

Almeida V\*, De Diego J\*\*, Saracibar N\*\*\*. S. de Dermatología\* y Anatomía patológica. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

### **10.MIASIS COMO COMPLICACION DE METASTASIS CUTANEA DE MELANOMA.**

M.J. Calderón, P. Manrique, M.R. González-Hermosa, C. Sanz de Galdeano, J.C. Artola, R. Ayarza. Sección de Dermatología y Microbiología. Hospital de Galdakao.

### **11.ACTINOMICOSIS TORACICA CON AFECTACION CUTANEA.**

L. Díaz, X. Eizaguirre, R. Izu, A. Sanchez, J.M. Vicente, J. L. Díaz Pérez. Servicio de Dermatología . Hospital de Cruces. Bilbao.

### **12.LIQUEN PLANO LINEAL EN EL LUGAR DE INYECCION DE INTERFERON EN UN PACIENTE CON HEPATITIS C CRONICA.**

N Landa, JM Bizkargüenaga, R González, A Fernández de Larrinoa\*, JM Careaga, JM Pintos, J Uruñuela. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\*.Hospital de Basurto. Bilbao

### **13.MELANOCITOSIS DERMICA ADQUIRIDA.**

I. Sánchez-Carpintero, A. España, A. Panizo, M. A. Idoate, P. Gil, T. Solano, M. Montalbetti, E. Quintanilla. Clínica Universitaria. Pamplona.

### **14.AMILOIDOSIS LINGUAL.**

FJ Fernández-Arias, D Muñoz Marcos, L Barba Díaz, P Martínez Murillo, F Jiménez Arrosagaray. Hospital Militar de Zaragoza.

### **15.LIQUEN AMILOIDEO**

V. Echevarría, M. Ara, C. Maillo, G. Simal, J.M. Agurruza, M.P Grasa, F.J. Carapeto. Dpto. de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

### **16.LIQUEN AUREUS.**

G. Simal, C. Maillo, M. Ara, J. Rodero, M.P. Grasa, F.J. Carapeto. Dpto. de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

### **17.DERMATOMIOSITIS PARANEOPLASICA.**

Almeida V\*, De Diego J\*\*, Garcia L\*\*, Olaizola Y\*. S. de Dermatología\* y Anatomía Patológica\*\*. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

### **18.LEIOMIOMA ESCROTAL**

A. López-Pestaña, J.M. Oleaga Morante, J.J. Goday Buján, M. González Guemes, M. Lozano Valero\*, R. Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

### **19.HIDROCISTOMA APOCRINO DEL DEDO DE LA MANO.**

M.E. Iglesias, J. Soto. Servicio de Dermatología. Policlínica de Guipúzcoa. San Sebastián.

## **20. TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PSEUDOQUISTE DEL PABELLON AURICULAR.**

P. Gil, F.J. Vázquez-Doval, I. Sánchez-Carpintero, T. Solano, M. Montalbetti, E. Quintanilla. Clínica Universitaria. Pamplona.

## **21. CARCINOMA MICROQUISTICO ANEXIAL.**

M. Montalbetti, F.J. Vázquez-Doval, P. Gil, I. Sánchez-Carpintero, T. Solano, M. Idoate, E. Quintanilla. Clínica Universitaria. Pamplona

## **22. GRANULOMAS PIOGENICOS MULTIPLES EN PACIENTE CON ALOPECIA AREATA UNIVERSAL.**

J.M. Vicente, R. Zabala, J. Mitxelena, R. Gonzalez, N. Agesta, J.L. Díaz-Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao.

## **23. FOLICULITIS DE «PELOS EN PENACHO».**

MR González-Hermosa, P Manrique, C Sanz de Galdeano, A Saiz, JA Alvarez, MJ Calderón, JL Artola. Hospital de Galdakao.

## **24. PAQUIODERMODACTILIA**

C. Coscojuela, Y. Gilaberte, M. Marigil, J.I. López. Hospital «San Jorge». Huesca

## **25. SINDROME DE BUSCHKE-OLLENDORF: ESTUDIO DE 4 CASOS FAMILIARES.**

C Sanz de Galdeano, P Manrique, MJ Calderón, R González, JL Artola, L Vidales (\*), A Aprerribay (\*\*), y A Alvarez (\*\*). S. de Dermatología, Radiología (\*) y Anatomía Patológica (\*\*). Hospital de Galdakao.

## **26. DISPLASIA ECTODERMICA ANHIDROTICA**

F. Revenga Arranz, F. Paricio Rubio, M. Akisse Chavez (1), C Hörnler Argárate (2). Unidad de Dermatología; Sección de Aparato Digestivo (1) y Servicio de Anatomía Patológica (2). Hospital General de Soria.

---

## **1. HISTIOCITOSIS X LOCALIZADA EN LA VULVA**

T. Solano, A. España, J. Sola, P. Gil, I. Sánchez-Carpintero, M. Montalbetti, E. Quintanilla.

Clínica Universitaria de Navarra. PAMPLONA

### Introducción

La HX de vulva como única manifestación sistémica de la enfermedad es extremadamente rara. Presentamos el caso de una mujer con HX de afectación exclusivamente vulvar.

### Caso clínico

Paciente, mujer, de 40 años, que consulta por presentar desde hace varios meses lesiones ulceradas pruriginosas en vagina, que posteriormente se extendieron hacia vulva. El cuadro clínico fue diagnosticado inicialmente de herpes simplex genital, instaurándose tratamiento con Zovirax. Al no experimentar mejoría se le realizó biopsia de la zona siendo el diagnóstico anatomopatológico de histiocitosis X (HX). El estudio inmunohistoquímico realizado con anticuerpos antiS 100 resultó ser fuertemente positivo en las células histiocitarias.

#### Discusión

La HX es una enfermedad extremadamente rara.. Hasta ahora existen 38 casos en la literatura descritos de HX vulvar. Tan solo tres de ellos presentan afectación exclusivamente vulvar. Para el diagnóstico definitivo se requiere la detección de los gránulos de Birbeck, la determinación de la proteína S100 en las células lesionadas, o la demostración de la positividad del CD1 sobre la superficie celular al microscopio electrónico. El tratamiento de la enfermedad, depende basicamente de si la enfermedad es de afectación única o multisistémica. Las alternativas terapéuticas incluyen el tratamiento local o sistémico con corticoides, la radioterapia, la cirugía o quimioterapia con citotóxicos. En los casos de HX vulvar como única manifestación se ha observado respuesta a la cirugía, radioterapia y quimioterapia.

### **2.LESIONES AMPOLLOSAS EN UNA NIÑA DE 8 AÑOS.**

ML Zubiri, F de Juán, N Porta, E Simal, M Sánchez, V Alcalde, I Querol, R García, R Baldellou, MC Sáenz de Sta Mª, R Alvarez.

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Niña de 8 años de edad, que ingresa en el Hospital Infantil de Zaragoza por presentar desde hacía una semana fiebre y lesiones ampollas de gran tamaño, de contenido serohemorrágico, en ambas regiones pretibiales. En las regiones laterales de las piernas se observaban lesiones vesículo-ampollas de menor tamaño. El estado general era bueno. La analítica mostró una leucocitosis de  $19.800 \text{ cels/mm}^3$ ,  $2.890.000 \text{ hematíes/mm}^3$ ,  $116.000 \text{ plaquetas/mm}^3$  y una VSG de 87 a primera hora. Se realizó biopsia de una pequeña vesícula, mostrando el estudio histopatológico de la misma una densa infiltración neutrofílica pandérmica e hipodérmica con estructuras pilosebáceas claramente afectadas, no apreciándose signos de ulceración ni vasculitis.

### **3.DERMATOSIS AMPOLLOSA CON IG A LINEAL**

C.Maillo, M.Ara, V.Echevarria, R.F.Lafuente, J.Martín, F.J.Carapeto.  
Dpto. de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

La dermatosis Ig A lineal es una enfermedad ampollas autoinmune poco frecuente. Presenta unos hallazgos clínicos e histológicos poco específicos pero se asocia un característico depósito lineal Ig A a lo largo de la membrana basal en la inmunofluorescencia directa.

Aparece tanto en niños como en adultos, siendo la mayoría de los casos idiopáticos, aunque de forma excepcional, puede desencadenarse por fármacos.

Presentamos una paciente de 3 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta por lesiones ampollasas de un mes de evolución distribuidas simétricamente en piernas y brazos, son ampollas tensas de contenido claro sobre piel normal y eritematosa formando collarete ampolloso en algunas áreas. En el estudio histológico mostró un patrón inespecífico compatible con Dermatitis Herpetiforme. La inmunofluorescencia directa muestra depósitos basales lineales de Ig A. Tras cinco meses de tratamiento con corticoides en dosis descendente la evolución ha sido muy favorable.

#### **4.DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO POR RUSCUS ACULEATUS**

J.J.Goday Buján, M.González Guemes, J.M.Oleaga Morante, A. López Pestaña, R.Soloeta Arechavala.

Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

El *Ruscus aculeatus* es una planta de la familia de las liliáceas que se emplea en medicina debido fundamentalmente a sus propiedades diuréticas y para tratar problemas circulatorios venosos (varices, flebitis, etc.).

Presentamos el caso de una mujer de 69 años de edad que presentaba un cuadro de insuficiencia venosa periférica por lo que comenzó a aplicarse Fabroven crema 3 semanas antes de acudir a la consulta, a razón de 3 aplicaciones al día. A las 2 semanas presentó un cuadro de eritema y prurito en ambas piernas, más intenso en la izquierda, suspendiendo la aplicación del Fabroven. Tras una semana de tratamiento con un corticoide local el cuadro mejoró totalmente.

Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del G.E.I.D.C., Fabroven crema tal cual y los componentes de la misma, encontrando positividad para el Fabroven crema tal cual y para uno de sus componentes, el *Ruscus aculeatus*. 20 controles sanos dieron resultado negativo.

Se presenta un nuevo caso de dermatitis alérgica de contacto por *Ruscus aculeatus* y se hace una revisión de la literatura.

#### **5.ECZEMA ALERGICO DE CONTACTO A CLORURO DE BENZOXONIO**

J. Mitxelena. A.Aguirre, J. A. Ratón, L. Díaz, J. Gardeazabal. J. L. Díaz Pérez.

Servicio de Dermatología . Hospital de Cruces. Bilbao.

Se presenta un caso de eczema alérgico por contacto al cloruro de benzoxonio tras su uso, amonio cuaternario, componente como antiséptico en Cohortan (R) crema.

El parche fue positivo al 0,1 % en agua. 20 controles sanos fueron negativos.

Ante la posibilidad de reacción cruzada con el cloruro de benzalconio se le parcheó con este al 0.01, 0.1, y 0.5% en agua, siendo negativos.

Hay descritos en la literatura 8 casos previos.

#### **6.DERMATITIS ESCLERODERMIFORME POR VITAMINA K**

M. González Guemes, J.J. Goday Buján, J.M. Oleaga Morante, A. López Pestaña, M. Lozano Valero\*, R. Soloeta Arechavala.

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

Mujer de 63 años diagnosticada de cirrosis alcohólica y en tratamiento con vitamina K1 (fitomenadiona) IM. A partir del 2º año de tratamiento comenzó con lesiones esclerodermiformes en las zonas de infiltración. Se pasó a la administración por vía oral y el cuadro fue regresando lentamente en 2 años hasta su desaparición total.

La vitamina K1 (fitomenadiona) se administra habitualmente en enfermos con hipoprotrombinemia secundaria a hepatopatía crónica. Sus efectos secundarios cutáneos son poco frecuentes si se considera su gran utilización. Se han descrito dos tipos de reacciones locales; una forma aguda de lesiones papuloeritematosas pruriginosas, en las que se ha implicado un mecanismo de hipersensibilidad retardada y otra forma crónica y menos frecuente, esclerodermiforme, cuyo mecanismo fisiopatológico es desconocido.

Aportamos un nuevo caso de hipodermatitis esclerodermiforme tras inyección de vitamina K, replanteándonos los diferentes mecanismos fisiopatológicos que han sido implicados.

## **7.EMBOLIZACION POR CRISTALES DE COLESTEROL.**

L.Asumendi, A.Tuneu, J. Zubizarreta, C.Lobo.  
Hospital Nª Sra. de Arantzazu. Donostia San Sebastián.

Introducción. Presentamos dos casos de embolización por cristales de colesterol entidad descrita por Panum en 1862.

Caso 1: Varón de 62 años con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia e hiperuricemia. Arterioclerosis periférica con estenosis difusa a nivel aortoiliofemoral bilateral. Diagnosticado en 1989 de cardiopatía isquémica con angor de esfuerzo y más adelante de reposo, por lo que se realiza estudio coronariográfico. A los 15 días de ser realizado el cateterismo, el paciente reingresa de urgencias por presentar dolor de reposo en miembros inferiores y lívido reticularis de instauración brusca. Se realiza una biopsia en la que se observan microembolismos de colesterol en arteriolas de la dermis media y de la hipodermis.

Caso 2: Paciente de 61 años con antecedentes de DMNID, HTA, BNCO y claudicación intermitente bilateral. Es remitido por su médico de cabecera por presentar cifras elevadas de urea, creatinina 12,3 mg % y anemia con Hb 8,1 gr % y Hcto 24%. A la exploración, el paciente presenta lívido reticularis en la parte baja del tronco y extremidades inferiores con cianosis de los dedos de los pies y lesiones purpúricas y necróticas en algunos dedos.

Discusión. La embolización por cristales de colesterol es una complicación grave de la enfermedad aterosclerótica con mal pronóstico y escasa respuesta al tratamiento. Afecta más a varones de edad avanzada y puede aparecer de forma espontánea así como tras algún factor desencadenante. Las manifestaciones cutáneas que aparecen en un 35-75% de los pacientes y la afectación renal en un 50% son los hallazgos clínicos más frecuentes. Las lesiones cutáneas pueden ser muy variadas siendo las más frecuentes: lívido reticularis bilateral, gangrena, cianosis, lesiones ulceradas, nódulos y púrpura. El diagnóstico se basa en el hallazgo de cristales de colesterol en el interior de los vasos de la dermis y/o hipodermis. La mortalidad se estima en un

73% de los pacientes y la causa es a menudo multifactorial. No existe ningún tratamiento realmente eficaz, siendo lo más importante la prevención.

#### Bibliografía.

Fine MJ, Kapoor W, Falanga V. Cholesterol Crystal Embolization: A Review of 221 cases in the English Literature. *Angiology J Vascular Dis* 1987; 38:769-784.

Falanga V, Fine MJ, Kapoor Wn. The cutaneous manifestation of cholesterol crystal embolization. *Arch Dermatol* 1986; 122:1194-1198

### **8.FISTULA NEFROCUTANEA COMO PRIMERA MANIFESTACION DE UNA PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA.**

M.E. Iglesias, F. Idoate\*.

Servicios de Dermatología y Radiodiagnóstico\*. Clínica San Miguel. Pamplona

Presentamos el caso de una mujer de 73 años que consultó en dermatología por una masa subcutánea, asintomática, de evolución imprecisa, a nivel dorsolumbar derecho con afectación de la piel suprayacente. La ecografía y TAC realizados revelaron la existencia de una pielonefritis xantogranulomatosa derecha evolucionada con sustitución grasa del parénquima renal y fistulización a tejido cutáneo en cuyo trayecto existe una gran litiasis de origen renal.

La pielonefritis xantogranulomatosa es una infección renal crónica infrecuente con unas características clínicopatológicas específicas. El origen inicial suele ser debido a una obstrucción por cálculos renales.

La fistulización es una complicación poco frecuente de la pielonefritis xantogranulomatosa. La afectación cutánea en este caso, ha jugado un papel vital en el diagnóstico del proceso.

1. Rogers S, Slater DN, Anderson JA, Parsons MA. Cutaneous xanthogranulomatous inflammation: a potential indicator of internal disease. *Br J Dermatol* 1992;126:290-293.

2. O'Boyle C, Gleeson M, Butter M, Tanner WA. Case report: xanthogranulomatous pyelonephritis presenting as a cutaneous fistula. *Ir J Med Sci* 1993; 162:150-151.

### **9.ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO**

Almeida V\*, De Diego J\*\*, Saracibar N\*\*\*

S. de Dermatología\* y Anatomía patológica.

Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

La enfermedad por arañazo de gato es una linfadenitis granulomatosa regional subaguda, transmitida por el arañazo o injuria de un gato y en cuya etiología se implica un bacilo pleomórfico aun no identificado.

Caso clínico: varón, de 12 años de edad que convive habitualmente con varios gatos. Ingresa en pediatría con un cuadro de febrícula, malestar general y lesiones cutáneas en ambas extremidades inferiores (piernas fundamentalmente), constituidas por varios elementos papulosos y nodulares eritematosos, así como elementos purpúricos puntiformes en plantas de ambos pies. Presentaba también adenopatías inguinales. En el estudio histológico se apreció un infiltrado granulomatoso de distribución focal en dermis

profundahipodermis, constituido por focos de degeneración del colágeno rodeados de histiocitos y un manto de linfocitos, dando una imagen de abscesos de forma estrellada. En cultivo de biopsia de piel no crecieron hongos ni micobacterias. La serología para citomegalovirus, virus de EpsteinBarr, hepatitis y toxoplasma fue negativa. El Mantoux y la placa de tórax fueron normales. El cuadro remitió en 10-15 días.

Los Hallazgos clínicos de la enfermedad por arañazo del gato aparecen generalmente de 3 a 5 días después de la injuria, en forma de uno o varios elementos papuloeritematosos localizados más frecuentemente en extremidades y 8-15 días después aparecen adenopatías regionales con o sin signos de linfagitis. A veces hay otras manifestaciones cutáneas y el cuadro remite espontáneamente sin tratamiento. La histología se caracteriza por un infiltrado granulomatoso rodeando una zona central de degeneración del colágeno, que cuando dan una imagen de abscesos de forma estrellada algunos autores lo consideran patognomónico de dicha enfermedad, si bien, conviene descartar otros procesos. Aunque es una enfermedad de distribución mundial su incidencia o bien su diagnóstico es raro, motivo por el que presentamos este caso.

#### **10.MIASIS COMO COMPLICACION DE METASTASIS CUTANEA DE MELANOMA:**

M.J. Calderón, P. Manrique, M.R. González-Hermosa, C. Sanz de Galdeano, J.C. Artola, R. Ayarza.

Sección de Dermatología y Microbiología. Hospital de Galdakao.

Presentamos una paciente de 74 años de edad, que acude por pigmento negruzco en un dedo que había sufrido amputación de falange distal (no informe), 7 años antes.

Tras biopsia que confirma el diagnóstico de Melanoma, es intervenida con amputación ampliada del dedo y linfadenectomía axilar derecha, en Enero del 96. Estudio de extensión negativo.

Un año después, comienza con nódulos rojizos en brazo, que rápidamente se extienden por todo el brazo aumentando el tamaño. Presenta la aparición de unas larvas, que son identificadas como SARCOPHAGA.

Destacar esta infrecuente complicación de metástasis cutánea de Melanoma.

#### **11.ACTINOMICOSIS TORACICA CON AFECTACION CUTANEA.**

L. Díaz, X. Eizaguirre, R. Izu, A. Sanchez, J.M. Vicente, J. L. Díaz Pérez  
Servicio de Dermatología . Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción: La actinomicosis pulmonar es una enfermedad infecciosa crónica habitualmente causada por actinomicosis israeli que es un saprófito habitual de la cavidad oral. La mala higiene bucal facilita la aspiración pulmonar. Es una enfermedad rara y la afectación cutánea es excepcional.

Caso clínico: Mujer de 41 años, fumadora sin otros antecedentes de interés presentaba dolor en el lado derecho de parrilla costal de 6 meses de evolución sobre la que en los dos últimos meses apareció una lesión eritematosa, indurada, que fue creciendo lentamente hasta alcanzar un tamaño de unos 7-8 cm que posteriormente se ulceró drenando un material seropurulento por lo que decidió acudir para valoración. El estudio radiográfico sugería la posibilidad de proceso tumoral o inflamatorio crónico. El estudio anatomopatológico mostró cambios característicos de actinomicosis. Cultivo: A. Israeli y Capnocytophaga sp. Fue tratada con ampicilina (1 g i.v. cada 8 horas) durante 15 días y seguido de amoxicilina (1 g cada 8h), y tras dos meses de tratamiento se ha objetivado una sensible mejoría del cuadro pulmonar y cutáneo.

Conclusiones: A pesar de la rareza de la actinomicosis pulmonar ante lesiones induradas cutáneas en zona torácica es conveniente pensar en esta posibilidad. En nuestro hospital este es el cuarto caso de actinomicosis con afectación cutánea. Las lesiones cutáneas por su accesibilidad para estudio son muy útiles para confirmar el diagnóstico.

## **12.LIQUEN PLANO LINEAL EN EL LUGAR DE INYECCION DE INTERFERON EN UN PACIENTE CON HEPATITIS C CRONICA.**

N Landa, JM Bizkargüenaga, R González, A Fernández de Larrinoa\*, JM Careaga, JM Pintos, J Uruñuela. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\*.Hospital de Basurto. Bilbao

Varón de 31 años, ex adicto a drogas, VIH negativo. Diagnosticado de hepatitis C crónica en 1994. Visto por primera vez en nuestro Servicio en Enero 1998. En Febrero 1997 había comenzado tratamiento con interferón alfa subcutáneo  $3 \times 10^6$  tres veces por semana. Tras la segunda inyección comenzó a notar lesión blanquecina asintomática en labio inferior. En Marzo 1997 notó lesión solitaria pruriginosa en muslo izquierdo sobre el punto de inoculación de interferón pocos días después del pinchazo. Días después comenzaron a salir progresivamente numerosas lesiones en sentido lineal ascendente respecto a la anterior que dejaron de salir en diciembre 1997. A la exploración se observaban múltiples pápulas violáceas poligonales en cara anterior de muslo izquierdo con una distribución zosteriforme, así como una placa blanquecina que ocupaba el labio inferior. La biopsia cutánea demostró cambios típicos de liquen plano. El paciente continuó sin interrupción la misma pauta de interferón hasta Febrero 1998 cuando se suspendió el tratamiento por otros motivos. Debido a la persistencia del cuadro en Abril se trataron las lesiones del muslo con clobetasol tópico, con resolución de las mismas en unas 3 semanas. Las lesiones blanquecinas de labio inferior permanecieron hasta Julio. En el momento actual el paciente está asintomático.

El liquen plano se ha asociado a hepatitis C crónica, sobre todo el localizado en mucosa oral. El papel patogénico del interferón en el liquen plano en pacientes con hepatitis C crónica no está aún aclarado. Se han publicado cuadros tanto de inducciones, como exacerbaciones de uno previo y también regresiones. Nuestro caso es destacable por la posible relación causa efecto entre la inoculación de interferón y el desarrollo de un liquen plano de morfología lineal, que además es una forma clínica muy infrecuente.

## **13.MELANOCITOSIS DERMICA ADQUIRIDA.**

I. Sánchez-Carpintero, A. España, A. Panizo, M. A. Idoate, P. Gil, T. Solano, M. Montalbetti, E. Quintanilla. Clínica Universitaria. PAMPLONA

Introducción:

Presentamos dos pacientes varones, de raza caucásica, diagnosticados de Melanocitosis Dérmica Adquirida (MDA). Uno de ellos podría encuadrarse en el subtipo conocido como MDA de la porción superior de la espalda y el otro como una forma lineal.

Paciente 1: Varón de 55 años de edad, que consulta por presentar una lesión de cronología imprecisa, de coloración gris-azulada, localizada en la región lumbar derecha, de 4 cm de longitud, siguiendo un trayecto lineal. Además presentaba una melanososis de mucosas. Se confirma el diagnóstico histopatológicamente.

Paciente 2: Varón de 60 años de edad, que consulta por presentar una placa localizada en la mitad superior de la espalda, rebasando la línea media, de coloración grisácea-azulada, de 12 años de evolución. Se realiza biopsia cutánea que confirma la sospecha diagnóstica.

Discusión:

Las MD comprenden un grupo de trastornos caracterizados por la presencia de melanocitos ectópicos en el dermis. La etiopatogenia es desconocida. De la literatura consultada hemos encontrado muy pocos casos tanto de MDA de la porción superior de la espalda como de la forma lineal, la mayoría de ellos en la raza mongólica. Estas formas adquiridas de melanocitosis son excepcionales en la raza caucásica. A pesar de ello hemos de incluirlas en el diagnóstico diferencial de las dermatosis pigmentarias.

#### **14.AMILOIDOSIS LINGUAL.**

FJ Fernández-Arias, D Muñoz Marcos, L Barba Díaz, P Martínez Murillo, F Jiménez Arrosagaray.

Hospital Militar de Zaragoza

Paciente varón de 58 años con Insuficiencia Renal Crónica desde hace aproximadamente 30 años, en tratamiento con diálisis, que presenta macroglosia que comenzó hace 3 ó 4 años. No se objetivan otras lesiones mucocutáneas. Se realiza estudio anatomopatológico de pieza lingual.

#### **15.LIQUEN AMILOIDEO**

V. Echevarría, M. Ara, C. Maillo, G. Simal, J.M. Agurruza, M.P Grasa, F.J. Carapeto. Dpto. de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Introducción . Clásicamente se ha considerado al liquen amiloideo como un tipo de amiloidosis papular, intensamente pruriginosa, de etiología desconocida. Hoy en día se sabe que el amiloide en el liquen amiloideo no deriva de inmunoglobulinas ni de proteínas séricas, como en las amiloidosis sistémicas, sino de péptidos de queratina derivados de los queratinocitos epidérmicos necróticos (\*). Histológicamente se detectan signos de rascado crónico (hiperplasia epitelial, hipergranulosis, ortoqueratosis compacta y colágeno denso en disposición vertical en la dermis papilar), y depósito de amiloide en la dermis papilar. Se considera que la causa inicial que lo desencadena es el prurito, y así se trataría de una variante de prurigo nodular y liquen simple crónico. El tratamiento debe ir encaminado a eliminar el prurito y no el amiloide.

Caso clínico . Presentamos el caso de una mujer de 82 años de edad con antecedentes personales de DMID, AC\*FA, Insuf. cardíaca congestiva por cardiopatía isquémica, ACV embólico e hipertiroidismo. Acudió a la consulta por prurito generalizado de 1 año de evolución, con lesiones en brazos, cara interna de muslos y abdomen, que consistían en placas formadas por pápulas de tonalidad marrón parduzca, ligeramente infiltradas al tacto. Fue tratada con antihistamínicos orales y antipruriginosos tópicos.

(\*)Weyers W, Weyers I, Bonczkowitz M, Díaz-Cascajo C, Schill WB . Lichen amyloidosis: a consequence of scratching. J Am Acad Dermatol 1997; 37(6): 923-928.

#### **16.LIQUEN AUREUS.**

G. Simal, C. Maillo, M. Ara, J. Rodero, M.P. Grasa, F.J. Carapeto.  
Dpto. de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

#### Introducción.

El liquen aureus es una entidad rara, de causa desconocida, considerada como una variante de dermatosis purpúrica pigmentada, pero diferenciable clínica e histológicamente de ellas. Existe una predilección por el sexo masculino (2:1), y tiende a afectar a pacientes jóvenes, con un pico de incidencia en la cuarta década de la vida. Generalmente se trata de lesiones asintomáticas, aunque a veces pueden ser pruriginosas, y consisten en máculas y pápulas, discretas o confluyentes, liquenoides, y de coloración amarillodorado, bronce o marrón oscuro, y se asemejan muchas veces clínicamente a un hematoma. Son lesiones muy persistentes, aunque a veces puede haber resolución espontánea. Suelen aparecer en las piernas. Histológicamente la epidermis es normal, y en la dermis se observa un infiltrado linfohistiocitario denso en banda, inmediatamente por debajo de la epidermis. No hay evidencia de degeneración hidrópica de la basal ni de cuerpos citoides. Se observan macrófagos cargados de hemosiderina en la parte más profunda del infiltrado, o en la zona adyacente a él.

Caso clínico . Presentamos el caso de un paciente varón de 24 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió a la consulta por presentar desde hacia unos 15 años, lesiones papulosas de color cobrizo, de 1-2 mm de diámetro, agrupadas, en hemitórax izquierdo. Se inició tratamiento con corticoide tópico y emolientes.

#### **17.DERMATOMIOSITIS PARANEOPLASICA.**

Almeida V\*, De Diego J\*\*, Garcia L\*\*, Olaizola Y\*.  
S. de Dermatología\* y Anatomía Patológica\*\*.  
Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria autoinmune de etiología desconocida que con frecuencia se asocia a una neoplasia maligna, principalmente en aquellos pacientes mayores de 50 años de edad. Esta asociación varía entre un porcentaje del 10 al 50 %. Presentamos dos pacientes portadores de dermatomiositis paraneoplásica.

Caso 1: mujer de 54 años. En marzo de 1990 es diagnosticada de un carcinoma ductal infiltrante en mama izda tratada con quimioterapia ( CEF 4 ciclos), tto. hormonal y radioterapia con posterior mastectomía radical y adenectomía axilar. En abril de 1993 infiltración tumoral cutánea sobre cicatriz de mastectomía tratada con radioterapia y tratamiento hormonal. En Junio de 1993 presenta un cuadro de afectación dermatológica caracterizado por eritema y edema periorbitario, placas eritemato edematosas por extremidades superiores e inferiores, eritema de Gottron y eritema periungueal, acompañado de cansancio muscular importante generalizado, CPK elevada y EMG y biopsia cutánea y muscular característica de dermatomiositis. Diagnosticada de dermatomiositis paraneoplásica se inicia tratamiento poliquimioterápico (protocolo CMF) y corticoides a altas dosis. En octubre del 95 tras episodios repetidos de lesiones cutáneas y cansancio generalizado hace un cuadro de derrame pleural detectándose metástasis pulmonares, falleciendo en abril de 1996.

Caso 2: varón de 75 años, diagnosticado en 1972 de adenocarcinoma transicional de vejiga grado III/IV, estadio B, tratado con RTU. En noviembre de 1994 recidiva de cúpula vesical tratada con cistectomía parcial y radioterapia finalizando el tratamiento en abril de 1995, en noviembre del mismo año ingresa con una

tendinitis calcificante del hombro Izdo, lesiones cutáneas eritematosas salpicadas por tórax y abdomen y una placa equimótica e infiltrada en hombro y hemitórax dcho; además astenia generalizada, dificultad para movilización de cintura escapular y pélvica y molestias difusas musculares que limitan la deambulación. CPK elevada y EMG y biopsia cutánea y muscular característica de dermatomiositis. Se trata con corticoides a altas dosis mejorando la sintomatología cutánea y muscular pero el paciente fallece 4 meses después.

En 1916 se señaló por primera vez la asociación de dermatomiositis y cancer. Los tipos tumorales encontrados coinciden con los más frecuentes en la población general, pudiendo la dermatomiositis debutar antes, a la vez o posterior al diagnóstico del tumor, esto último fue lo que sucedió en nuestros pacientes. La asociación en el primer caso a carcinoma de mama coincide con lo aportado en la literatura sin embargo, la asociación con carcinoma vesical (caso segundo) es excepcional.

### **18.LEIOMIOMA ESCROTAL**

A. López-Pestaña, J.M. Oleaga Morante, J.J. Goday Buján, M. González Guemes, M. Lozano Valero\*, R. Soloeta Arechavala.

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

Varón de 67 años que consultó por una lesión tumoral pediculada de 3 x 2 x 2 cm, en el lado derecho del escroto, de más de 10 años de evolución, asintomática. Se procedió a la extirpación quirúrgica de la misma, observándose en el estudio histológico, una formación nodular bien delimitada, constituida por una proliferación de fibras musculares lisas que formaban bandas entrecruzadas, y se teñían de color rojo con el tricrómico de Masson. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para desmina y actina, confirmándose el diagnóstico de leiomioma.

Los leiomiomas cutáneos son tumores benignos derivados de los músculos lisos de la piel. Clásicamente se distinguen, según su procedencia, los piloleiomiomas, con sus variantes solitaria y múltiple, los angioleiomiomas y los leiomiomas genitales, derivados éstos últimos de la túnica dartos del escroto o su equivalente en los labios mayores, y del músculo liso del pezón.

El leiomioma escrotal o dartoico es un tumor muy poco frecuente, habiéndose descrito menos de 50 casos en la literatura. Aunque su diagnóstico definitivo es histológico, la presencia de una masa escrotal pediculada nos debe sugerir el diagnóstico.

### **19.HIDROCISTOMA APOCRINO DEL DEDO DE LA MANO.**

M.E. Iglesias, J. Soto.

Servicio de Dermatología. Policlínica de Guipúzcoa. San Sebastián.

Presentamos el caso de una mujer de 45 años de edad con un hidrocistoma apocrino del dedo de la mano. Desde hacía aproximadamente un año había observado una lesión nóduloquística, dolorosa a la presión, en área subungueal y pulpejo del 2º dedo de la mano izquierda.

El hidrocistoma apocrino es un tumor benigno que se desarrolla a partir de las glándulas sudoríparas apocrinas. La ausencia de las mismas a nivel subungueal hace que la localización de un hidrocistoma apocrino en este área sea un hecho excepcional. Solo se ha publicado un caso de hidrocistoma apocrino localizado en la mano.

1.De Fontaine S, Van Geertruyden J, Vanderweyer E. Apocrine hidrocystoma of the finger. J Hand Surg (Br) 1998;23,2:281-282.

## **20.TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PSEUDOQUISTE DEL PABELLON AURICULAR.**

P. Gil, F.J. Vázquez-Doval, I. Sánchez-Carpintero, T. Solano, M. Montalbetti, E. Quintanilla.  
Clínica Universitaria. PAMPLONA

Resumen: Niño de 9 años, que acude a consulta para valoración de lesiones quísticas localizadas en ambos pabellones auriculares, de un año de evolución. En la exploración física se observa en fosa escafoidea de ambos pabellones auriculares una lesión sobreelevada, de 4 cm<sup>2</sup> de tamaño, de consistencia elástica. Se plantea el concepto histológico de pseudoquiste del pabellón auricular y el tratamiento quirúrgico del mismo.

## **21.CARCINOMA MICROQUISTICO ANEXIAL**

M. Montalbetti, F.J. Vázquez-Doval, P. Gil, I. Sánchez-Carpintero, T. Solano, M. Idoate, E. Quintanilla.  
Clínica Universitaria. PAMPLONA

### Introducción

El carcinoma microquístico anexial (CAM) es una neoplasia poco común que muestra un crecimiento local agresivo. Se presenta con mayor frecuencia en la región centrofacial en pacientes mayores de 40 años. No se asocia a un factor de riesgo conocido. Su manejo requiere de un seguimiento indefinido debido a la frecuencia de sus recidivas.

### Caso clínico

Mujer de 62 años, que hace más de 20 años presenta una lesión cutánea en el labio superior que ha crecido, extendiéndose hacia el surco nasogeniano izquierdo. Desde hace tres meses nota tirantez, cambio de coloración, dolor y sensación de anestesia.

### Anatomía Patológica

Epidermis con hiperplasia epidérmica, por acantosis e hiperqueratosis ortoqueratósica en cestilla y lamelar. Presencia en la dermis de tumoración epitelial de crecimiento difuso asociada a fibrosis colagénica que adopta crecimiento en forma de conductos frecuentemente revestidos de una doble capa y cordones sólidos y trabéculas. Fenómenos de infiltración perineural.

### Discusión

Realizamos una revisión bibliográfica, del cuadro clínico, histopatología, inmunohistoquímica, diagnóstico diferencial y tratamiento del CAM.

Aunque el escaso número de pacientes descritos no permiten sacar conclusiones del tratamiento más adecuado de este tumor. A nuestro juicio y basándonos en la experiencia de diversos autores, consideramos

que la cirugía de Mohs como opción terapéutica más adecuada, teniendo en cuenta que en ocasiones podemos no alcanzar márgenes quirúrgicos libres de tumor.

## **22.GRANULOMAS PIOGENICOS MULTIPLES EN PACIENTE CON ALOPECIA AREATA UNIVERSAL.**

J.M. Vicente, R. Zabala, J. Mitxelena, R. Gonzalez, N. Agesta, J.L. Díaz-Pérez.  
Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao.

El desarrollo de granulomas piogénicos múltiples como complicación evolutiva de la alopecia areata universal no ha sido previamente descrito. Recientemente tuvimos la oportunidad de estudiar y tratar a un paciente de 35 a. que hace 2 a, desarrolló una alopecia areata en cuero cabelludo que rápidamente (en menos de un mes) evolucionó hacia una alopecia areata universal. Fue tratado, en otra institución, con corticoides orales (Deflazacort 30 mg. diarios), y un preparado ...tópico con repoblación transitoria de todo el cabello, pelo y vello corporal, que volvió a perder de forma relativamente rápida al suspender el tratamiento. Cuando fue remitido a nuestro servicio, hace 5 meses, además de la alopecia universal llamaba la atención la presencia de docenas de lesiones de tonalidad rojiza, superficie hemisférica y de pequeño tamaño (2 a 5 mms), ubicadas difusamente en zona occipital. El aspecto clínico sugería la posibilidad de Moluscos contagiosos o de lesiones angiomasoides eruptivas. El estudio histopatológico de 3 lesiones evidenció cambios similares en todas las lesiones, compatibles con granuloma piogénico. Se inició tratamiento con PUVA-terapia y se decidió observar evolutivamente los granulomas piogénicos. La respuesta de la alopecia areata fue llamativamente rápida con repoblación en toda la superficie corporal, a excepción de algunas zonas de brazos y piernas, en un periodo de 2-3 meses. Los granulomas piogénicos que durante el primer mes permanecieron virtualmente inmodificados, comenzaron a regresar espontáneamente a partir del segundo mes. Aunque la asociación de procesos tan dispares pudiese ser casual, el desarrollo de un número tan elevado de lesiones en cuero cabelludo, que fue la única zona tratada tópicamente, puede sugerir que la asociación no sea meramente casual sino derivada del tratamiento.

## **23.FOLICULITIS DE «PELOS EN PENACHO»**

MR González-Hermosa, P Manrique, C Sanz de Galdeano, A Saiz, JA Alvarez, MJ Calderón, JL Artola.

Hospital de Galdakao.

La foliculitis de «pelos en penacho» o «en mechones», es un proceso inflamatorio localizado, purulento, progresivo y recurrente del cuero cabelludo y que evoluciona a fibrosis y alopecia cicatricial localizada.

Se presenta un caso de foliculitis de «pelos en penacho». Se desarrolla en un varón de 33 años de edad, con una placa inflamatoria situada en el vértex y área parietal izquierda, que deja folículos «en penacho» residuales.

Revisamos la literatura y discutimos las diferentes teorías etiopatogénicas del proceso.

## **24.PAQUIDERMODACTILIA**

C. Coscojuela, Y. Gilaberte, M. Marigil, J.I. López  
Hospital «San Jorge». Huesca

Presentamos el caso de un paciente varón de 18 años de edad que acude a consultar en marzo de 1998 presentando un importante aumento de partes blandas en las caras laterales de los dedos de las manos predominando en las falanges proximales de los dedos medios. Dichas lesiones, debido a su tamaño, le ocasionan al paciente una limitación funcional importante para las tareas de la vida cotidiana y, a pesar de su volumen, refiere que se han iniciado sólo 5 meses antes, sin que pueda relacionarlas con nada. El resto de la exploración clínica es normal. Se comentan las exploraciones complementarias realizadas, los estudios radiológicos y el estudio anatomopatológico, así como la evolución seguida por el paciente.

## **25.SINDROME DE BUSCHKE-OLLENDORF: ESTUDIO DE 4 CASOS FAMILIARES.**

C Sanz de Galdeano, P Manrique, MJ Calderón, R González, JL Artola, L Vidales (\*), A Aprerribay (\*\*\*) y A Alvarez (\*\*).

S. de Dermatología, Radiología (\*) y Anatomía Patológica (\*\*). Hospital de Galdakao.

La asociación de osteopoiquiosis y dermatofibrosis lenticular diseminada (nevus elástico) fue descrita inicialmente por Buschke y Ollendorf en 1928.

Este raro síndrome de carácter familiar sigue un patron de herencia autosómico dominante con un grado de expresividad variable. Entre los miembros de una misma familia, algunos pueden presentar únicamente la afectación ósea, otros sólo la afectación cutánea (nevus elástico) y otros ambas constituyéndose el síndrome completo.

Presentamos 4 casos pertenecientes a una misma familia: 2 con lesiones óseas y cutáneas y otros 2 que por el momento únicamente presentan dermatofibrosis lenticular diseminada.

## **26.DISPLASIA ECTODERMICA ANHIDROTICA**

F. Revenga Arranz, F. Paricio Rubio, M. Akisse Chavez (1), C Hörnler Argárate (2).

Unidad de Dermatología; Sección de Aparato Digestivo (1) y Servicio de Anatomía Patológica (2). Hospital General de Soria.

La displasia ectodérmica anhidrótica es una genodermatosis muy rara que se hereda habitualmente, de forma recesiva ligada al cromosoma X. El diagnóstico suele ser realizado en la infancia a apreciarse ausencia de cabello y de sudoración, anomalías dentarias y tendencia al desarrollo de cuadros febriles en épocas calurosas en los niños afectados.

Un varón de 60 años de edad, segundo de tres hermanos e hijo de padres no consanguíneos, consultó por malestar general y pérdida de peso no cunatificada. La exploración puso de manifiesto la ausencia de cabello, así como de cejas, pestañas y vello corporal. El paciente tan solo tenía un ligero desarrollo del vello facial. El enfermo refería que nunca llegó a tener pelo ni vello en ninguna otra zona corporal y que no sudaba ni siquiera en días o ambientes calurosos. Tenía escasas piezas dentarias y las que tenía eran de aspecto cónico. Asimismo, la exploración puso de manifiesto la existencia de politelia. La exploración general no reveló ningún dato de interés.

Una biopsia cutánea, tomada de la cara externa del brazo, mostró folículos pilosebáceos atróficos y ausencia de glándulas sudoríparas ecrinas.

Los datos clínicos e histopatológicos nos llevaron al diagnóstico de displasia ectodérmica anhidrótica. La infrecuencia de esta genodermatosis es el motivo de esta comunicación.

**REUNION DE LA SECCION VASCO-NAVARRA-ARAGONESA-RIOJANA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA CELEBRADA EN ZARAGOZA EL DIA 17 DE ABRIL DE 1999.**

A las 10,30 horas del día 17 de Abril de 1999, en el Hotel Boston de Zaragoza, se celebra la reunión de la sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología.

Comienza con la CONFERENCIA sobre el tema “HIPERSENSIBILIDAD AL LATEX: ESTADO ACTUAL”, por el Dr. Luis Conde-Salazar, Jefe del Servicio de Dermatología del Instituto de Medicina y Seguridad en el Trabajo de Madrid.

A las 12,00 horas se presentó la ponencia “NOVEDADES EN TERAPEUTICA DERMATOLOGICA” (Revisión Bibliográfica) a cargo de los Dres Victor Echevarría y Gemma Simal del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

A las 12,30 horas, exposición de las COMUNICACIONES LIBRES.

**1.NUESTRA EXPERIENCIA EN LA SENSIBILIZACION AL LATEX.**

Lafuente R.de F., Rodero J., Simal G., Echevarría V, Piñol J., Carapeto F.J.  
Departamento de Dermatología. Hospital Clinico Universitario. Zaragoza

**2.LIQUEN PLANO ANULAR ATROFICO.**

I. Sánchez-Carpintero, A. España, M.A. Idoate, T. Solano, P. Gil, A. Bauza  
Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

**3.REACCION INJERTO CONTRA HUESPED LIQUENOIDE LINEAL UNILATERAL.**

I. Yanguas, R. Matheu, Y. Ruiz de Azúa, I. Querol\*, JM Domingo, P. Rabasa.  
Hospital Reina Sofía Tudela. Facultad de Medicina de Zaragoza\*\*

**4.ERITEMA ELEVATUM DIUTINUM: DOS CASOS.**

E. Simal, R. Baldellou, N. Porta, M.L. Zubiri, R. Alvarez, C. Yus.  
Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**5.HIPERTRICOSIS LANUGINOSA ADQUIRIDA**

A. Tuneu, J. Zubizarreta, L. Asumendi, L. Egaña. Hospital Aránzazu. San Sebastián

**6.ERITEMA ACRAL CON DISESTESIA (ERITRODISESTESIA) SECUNDARIO A DOCETAXOL.**

J. Mitxelena, J.L. Díaz-Ramón, N. Agesta, A. Sánchez, X. Eizaguirre, J. Burgos, J.L. Díaz-Pérez.  
Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Cruces. Bilbao

**7.HEMANGIOBLASTOMA ESPLENICO ASOCIADO A ESCLEROSIS TUBEROSA.**

G. Simal, V. Echevarría, J. Rodero. M. Navarro, S. Ramón y Cajal\*, F. J. Carapeto.  
Dptos. Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Clinico Universitario. Zaragoza.

**8.GLOMANGIOMAS DISEMINADOS: ESTUDIO DE DOS CASOS.**

Sanz de Galdeano C., Manrique P., González MR., Calderón MJ., Artola J.L., Alvarez J.A.\* , Miguel E\*.  
S. Dermatología y Anatomía Patológica \* Hospital de Galdakao. Galdacano. Vizcaya.

**9.COLAGENOMAS ERUPTIVOS: A PROPOSITO DE UN CASO.**

A. López Pestaña, J.M. Oleaga Morante, M. González Guemes, J.Jaime Goday Buján, N. Saracíbar Oyón\*, R Soloeta Arechavala.

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

**10.ENDOSALPINGIOSIS CUTANEA.**

A. Bauza, P. Redondo, I. SánchezCarpintero, T. Solano, P. Gil, E. Quintanilla

Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

**11.INFILTRACION ESPECIFICA DE LEUCEMIA MIELOMONOCITICA EN PIEL, PRECEDIENDO A LEUCEMIA MONOCITICA AGUDA.**

L. Díaz-Ramón, J. Gardeazábal, J.A. Ratón, J. Mitxelena, A. Sánchez, J.C. García Ruiz\* y J.L. Díaz-Pérez.

Servicios de Dermatología y Hematología. Hospital de Cruces. Bilbao.

**12.PIODERMA GANGRENOSO POSTQUIRURGICO.**

J. Zubizarreta, A. Tuneu, A. Beguiristaín, J. Ruíz de la Hermosa.

Hospital N<sup>a</sup> Sra. de Arantzazu. Donostia -San Sebastián.

**13.INFECCION CUTANEA POR ALTERNARIA EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL.**

T. Solano, J. Vázquez, M. Idoate, I. Sánchez-Carpintero, P. Gil, Rubio, E. Quintanilla

Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

**14.ENFERMEDAD DE BEHCET.**

F.J. Fernández-Arias, J.A. Heras Tabernero, R. Martín Marco, D. Muñoz Marco, L. Barba Díaz, P. Martinez

Murillo, F. Jimenez Arrosagaray. Hospital Militar. Zaragoza.

**15.ROSACEA Y EL HELICOBACTER PYLORI.**

Rodero J., Lafuente R.de F., Simal G., Echevarría V. Giménez H., Carapeto F.J.

Departamento de Dermatología. Hospital Clinico Universitario. Zaragoza.

**16.APLASIA MEDULAR SECUNDARIA A TRATAMIENTO DE QUERATOACANTOMA CON METROTEXATO INTRALESIONAL.**

R. Zabala, J.M. Vicente, A. Aguirre, R. Izu, R. Muñoz, N. Agesta, J.L. Díaz-Pérez.

Servicio Dermatología y Servicio de Nefrología. Hospital Cruces. Bilbao

**17.SECCION VASCO-NAVARRA-ARAGONESA-RIOJANA DE LA AEDV: MEMORIA DE LOS CUATRO ULTIMOS AÑOS.**

I. Querol, E. Simal, F.J. Carapeto. Facultad de Medicina. Hospital Miguel Servet. HCU. Zaragoza.

-----

**1.NUESTRA EXPERIENCIA EN LA SENSIBILIZACION AL LATEX.**

Lafuente R.de F., Rodero J., Simal G., Echevarría V, Piñol J., Carapeto F.J.

## 1.INTRODUCCION.

La prevalencia de alergia al látex en la población normal es menor del 1%, se estima que es del 11% en los trabajadores sanitarios europeos y de aproximadamente el 50% en niños con espina bífida.

Las reacciones alérgicas causadas por látex son: dermatitis de contacto irritativa, dermatitis alérgica de contacto (hipersensibilidad retardada) y reacciones de hipersensibilidad inmediata. La atopia y el eccema de las manos son factores de riesgo conocidos para la alergia al látex.

## 2.MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realiza una revisión de los casos de alergia al látex en nuestro servicio durante los últimos 10 años.

Para ello realizamos: Historia Clínica dirigida: de los enfermos remitidos para estudio de alergia, se seleccionan los enfermos con historia compatible con posibilidad de látex (historia de gomas, historia de reacciones a frutos secos, kiwi,...), IgE sérica específica (RAST-Pharmacia), Prick antígeno de látex (Abelló), Prick antígeno obtenido de guantes quirúrgicos.

## 3.RESULTADOS.

De los 239 pacientes remitidos a estudio de alergia al látex, se realizaron 230, de los cuales 21 resultaron positivos. No existen antecedentes familiares de interés.

Antecedentes personales: Uno sólo de los pacientes con alergia al látex es atópico. Un paciente tenía antecedentes personales de psoriasis. 19 de los 21 pacientes con pruebas de látex positiva tenían historia de gomas. 9 de estos pacientes presentaron episodios previos de eccema de contacto.

Patología relacionada con algún tipo de alérgeno: 1 polínico, 1 alergia alimentaria (castañas, tomate), 6 alérgicos a metales. No alérgicos a ácaros, epitelio de animales, fármacos ni insectos. Ningún caso presentó espina bífida.

La clínica que han presentado tras el uso de productos de látex: urticaria de contacto, eccema agudo de contacto, urticaria aguda, eccema de manos, dermatitis atópica, asma, eritema y prurito.

Pruebas de látex positivas, 11 mujeres y 10 hombres, de edades comprendidas entre 3 y 67 años, con una máxima incidencia entre los 29-34 años.

En cuanto a su profesión, 5 eran amas de casa, 2 trabajaban en restaurante (camareros), 6 personal sanitario, 5 trabajadores fábrica productos químicos, industria del caucho, montaje GM, pinturas y plásticos, 2 trabajadores de la construcción.

## 4.CONCLUSIONES.

En nuestros pacientes destaca: No se observa mayor prevalencia de sensibilización en mujeres.

La constitución atópica no ha aparecido con una frecuencia mayor entre los pacientes sensibilizados. La urticaria de contacto se observa como síntoma frecuente.

La sensibilización está en clara relación con un mayor tiempo de exposición.

Los test RAST y prick con antígeno comercial son útiles. El test prick con antígeno preparado de guante no dio resultado.

## 2.LIQUEN PLANO ANULAR ATROFICO.

I. Sánchez-Carpintero, A. España, M.A. Idoate, T. Solano, P. Gil, A. Bauza

Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

## CASO CLINICO

Varón de 43 años, que acudió a consulta hace un año por presentar dos lesiones pruriginosas localizadas en pie izquierdo, desde hacía 15 años. No lo relacionaba con ningún factor conocido. Entre sus antecedentes personales únicamente destacaba dos episodios de prostatitis. La analítica básica, radiografía de tórax y la ecografía abdominal, estaban dentro de los límites de la normalidad. A la exploración física se objetivaban dos lesiones anulares de 1 y 3 cm de diámetro, eritematosas, con bordes sobreelevados y descamación fina, con áreas atróficas, localizadas en dorso de pie izquierdo. El examen histopatológico mostró atrofia epidérmica, granulosa preservada, desaparición del festoneado epidérmico, un denso infiltrado linfocitario en banda que afectaba a la porción basal de la epidermis, despoblación de células basales y pérdida de fibras elásticas. Se diagnostica el proceso de liquen plano anular atrófico. Ante la nula respuesta a corticoesteroides tópicos, se decide tratamiento intralesional, resolviéndose por completo las lesiones. Diez meses después el paciente permanecía asintomático, aunque refería la aparición reciente de nuevas lesiones en localizaciones distintas, que fueron tratadas de la misma manera.

## DISCUSION

El liquen plano anular atrófico es una rara variante de liquen plano, habiéndose descrito hasta la fecha, según la revisión que hemos realizado, tres casos más. Exponemos las características clínicas e histopatológicas de este proceso, así como las principales entidades con las que hay que establecer el diagnóstico diferencial. Por último recomendamos tratamiento con corticoesteroides intralesionales, dada la nula respuesta a la administración tópica que observamos tanto en nuestro paciente como en los casos descritos en la literatura.

## **3.REACCION INJERTO CONTRA HUESPED LIQUENOIDE LINEAL UNILATERAL.**

I. Yanguas, R. Matheu, Y. Ruiz de Azúa, I. Querol\*, JM Domingo, P. Rabasa.  
Hospital Reina Sofia Tudela. Facultad de Medicina de Zaragoza\*

Mujer de 38 años de edad diagnosticada en Septiembre de 1995 de Leucemia Mieloide Crónica Ph+. Tras remisión hematológica conseguida con administración de hidroxurea y ainterferón se procedió a trasplante alogénico de médula ósea procedente de hermano HLAidéntico en Junio de 1996. En el día +90 presentó un episodio de deposiciones líquidas, junto con cuadro cutáneo, sin acompañarse de alteraciones analíticas, catalogado como enfermedad injerto contra huésped (EICH) aguda grado II, que mejoró con tratamiento esteroideo oral.

En Marzo de 1998, estando todavía con dosis decrecientes de ciclosporina A, surgieron lesiones papulosas de aspecto liquenoide distribuidas de forma lineal en hemitronco izquierdo y pierna izquierda. Se procedió al estudio histológico de dichas lesiones que confirmaron el diagnóstico clínico de EICH liquenoide. No se detectaron alteraciones analíticas concomitantes y el injerto hematopoyético permanecía estable. Con la aplicación de esteroides orales las lesiones cutáneas remitieron lentamente. En el momento actual la paciente se encuentra asintomática, sin tratamiento inmunosupresor, con un injerto estable y en remisión clínica, hematológica y molecular de su proceso de base.

Se comentan los pocos casos existentes en la literatura de EICH liquenoide con una distribución metamérica o siguiendo las líneas de Blaschko. Se discute la patogenia del caso presentado, en relación con el desarrollo de tolerancia inmunológica respecto al mosaicismo que representan las líneas de Blaschko.

#### **4.ERITEMA ELEVATUM DIUTINUM: DOS CASOS.**

E. Simal, R. Baldellou, N. Porta, M.L. Zubiri, R. Alvarez, C. Yus.

Sevicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**INTRODUCCION:** el Eritema Elevatum Diutinum es una forma rara y crónica de vasculitis leucocitoclástica, caracterizada por la presencia de nódulos y placas eritematosas, purpúricas o violáceas, persistentes, elevadas y simétricas, localizadas principalmente sobre las superficies extensoras de las extremidades, en especial las articulaciones. La histología de las lesiones muestra hallazgos de vasculitis leucocitoclástica.

#### **CASOS CLINICOS:**

Caso núm. 1: Paciente varón, de 74 años de edad, visitado en Dermatología en Febrero de 1994 por presentar lesiones eritematovioláceas, ligeramente infiltradas en codo derecho, zona nasal y 5º dedo de mano derecha, de tres meses de evolución.

Caso núm. 2: mujer, 76 años de edad, visitada en Dermatología en Mayo de 1998 por presentar lesiones eritematovioláceas en palmas, dorso 2º dedo mano derecha codo derecho y espalda, de dos meses de evolución. Coexiste con gammapatía monoclonal de significado indeterminado IgA kappa.

El diagnóstico histológico de las lesiones de ambos pacientes: Eritema Elevatum Diutinum.

**DISCUSION:** presentamos dos casos de esta infrecuente enfermedad, uno de ellos asociado a gammapatía monoclonal IgA kappa. Ambos casos respondieron al tratamiento con pentoxifilina a dosis entre 800-1200 mgrs al día y corticoterapia tópica.

#### **5.HIPERTRICOSIS LANUGINOSA ADQUIRIDA**

A. Tuneu, J. Zubizarreta, L. Asumendi, L. Egaña.

Hospital Aránzazu. San Sebastián

**Introducción:** La hipertricosis lanuginosa adquirida (HLA) se caracteriza por el crecimiento profuso y súbito de vello suave, desprovisto de médula y de pigmento, especialmente en la cara, en el adulto. En ausencia de ingesta de determinados fármacos, debe considerarse como un síndrome paraneoplásico, siendo los tumores más frecuentemente encontrados los carcinomas de pulmón y de intestino.

**Caso clínico:** Paciente de 54 años remitida en Abril de 1997 por el servicio de Oncología Médica por presentar vello en la cara. Tres meses antes había acudido a su dermatólogo de cupo por presentar caída del cabello por lo que se le prescribió minoxidil tópico al 2%, 1cc/noches y Gelonic R. Cuando no había usado ni un frasco de Lacovin R, hacia Febrero, notó que empezaba a presentar vello en las mejillas, generalizándose después a toda la cara, pabellones auriculares y brazos. La analítica hormonal era estrictamente normal.

Entre los antecedentes patológicos destacaba una hipertensión arterial, en tratamiento con Enalapril R desde hacía 3 años. En 1996 había sido diagnosticada de un adenocarcinoma de endometrio diseminado (estadío IV B) con afectación ganglionar (retroperitoneal e íliaca D), ósea y pulmonar, siendo tratada desde Abril de 1997 con medroxiprogesterona y posteriormente con histerectomía paliativa. En Julio de 1997, por progresión de la enfermedad, se realizó tratamiento quimioterápico con ciclofosfamida y carboplatino, a pesar de lo cual la paciente presentó una hidronefrosis bilateral, falleciendo en Enero de 1998.

**Discusión:** La HLA fue descrita por Turner en 1865 en una paciente afecta de una neoplasia mamaria, habiéndose publicado desde entonces asociaciones a diversos procesos neoformativos. Esta entidad, más frecuente en mujeres, debe ser considerada como un síndrome paraneoplásico, ya que excepto en casos muy aislados, la asociación con tumores es muy estrecha. Puede preceder en meses o años a la neoplasia, por lo que ante un caso de HLA debe realizarse un estudio minucioso del paciente; y asociarse a otras dermatosis paraneoplásicas. La etiopatogenia es desconocida. El tratamiento consiste en tratar la neoplasia subyacente ya que si el resultado es satisfactorio, puede desaparecer la hipertrichosis. Por otra parte, la utilización de cremas depilatorias permite obtener un resultado cosméticamente aceptable.

#### **Bibliografía:**

Jemec, GE. Hypertrichosis Lanuginosa Acquisita. Arch Dermatol 1986; 122: 805-808

Farina MC. Acquired hypertrichosis lanuginosa: case report and review. J Surg Oncol.1998; 68:199-203.

#### **6.ERITEMA ACRAL CON DISESTESIA (ERITRODISESTESIA) SECUNDARIO A DOCETAXOL.**

J. Mitxelena, J.L. Díaz-Ramón, N. Agesta, A. Sánchez, X. Eizaguirre, J. Burgos \*, J.L. Díaz-Pérez.  
Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Cruces. Bilbao

El docetaxol es un quimioterápico reciente introducción en clínica humana que se utiliza primordialmente en tumores avanzados o metastásicos.

Recientemente tuvimos la oportunidad de estudiar una paciente de 41 años de edad con metástasis hepática de carcinoma mamario por el que estaba recibiendo tratamiento con docetaxol a la dosis de 34 mg/m<sup>2</sup> a intervalos semanales. Tras la primera dosis intravenosa de esta medicación notó eritema moderado en palmas y plantas, que persistió y empeoró gradualmente con los ciclos siguientes. A partir de la cuarta semana el eritema se hizo mucho mas intenso y además desarrollo edema progresivo en palmas y plantas, acompañado de alteraciones acusadas de la sensibilidad que le ocasionaban una importante impotencia funcional incluso para vestirse. La intensa reacción local ocasionó la pérdida de una uña. Clínicamente podía objetivarse un trayecto eritematoso lineal en la zona de la infusión.

La falta de respuesta a tratamiento cortisonico oral y la incapacidad funcional obligaron a suspender el tratamiento con docetaxol tras las seis primeras dosis. Reacciones eritematosas palmoplantares poco intensas aparecen hasta en el 50% de los pacientes tratados con esta medicación, algunos pacientes mejoran a pesar de

continuar el tratamiento, pero en otros pacientes como en el nuestro la reacción es tan intensa y progresiva que obliga a la suspensión de esta terapéutica.

### **7. HEMANGIOBLASTOMA ESPLÉNICO ASOCIADO A ESCLEROSIS TUBEROSA.**

G. Simal, V. Echevarría, J. Rodero, M. Navarro, S. Ramón y Cajal\*, F. J. Carapeto.

Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

**Introducción:** La esclerosis tuberosa se encuentra dentro de las enfermedades neurocutáneas. Puede comprometer a otros órganos además de la piel y el cerebro, y puede asumir formas muy diversas, en ocasiones con escasa sintomatología, siendo éstas de difícil diagnóstico.

**Caso clínico:** Varón de 17 años, entre cuyos antecedentes familiares destaca un hermano con diabetes mellitus insulino dependiente. Consulta por unas lesiones papulosas, rojizas, de superficie lisa y brillante en mejillas, pliegues nasolabiales y mentón, desde la infancia, que progresivamente han ido aumentando en número. En costado derecho se observan tres máculas hipopigmentadas, ovaladas, la mayor de 2 x 1 cm. de diámetro. Ante la presencia de angiofibromas y máculas hipocrómicas «en hoja de fresno», se realizó un estudio general, encontrando en la TAC cerebral, pequeños nódulos calcificados peri y subependimarios, diagnósticos de esclerosis tuberosa. En la ecografía abdominal apareció una masa esplénica confirmada por TAC, siendo captante en la gammagrafía con Galio 67. Se realizó esplenectomía, mostrando el estudio anatómico una tumoración vascular en bazo, del tipo hemangioblastoma benigno.

**Discusión:** El hemangioblastoma benigno es una tumoración vascular, que de forma característica se asocia a la enfermedad de Von Hippel Lindau, y se localiza casi exclusivamente a nivel de sistema nervioso central, fundamentalmente en cerebelo y médula espinal. Es excepcional su aparición en otras localizaciones y fuera del contexto de dicha enfermedad, como es el caso que presentamos.

### **8. GLOMANGIOMAS DISEMINADOS: ESTUDIO DE DOS CASOS.**

Sanz de Galdeano C., Manrique P., González MR., Calderón MJ., Artola J.L., Alvarez J.A.\*, Miguel E\*.

S. Dermatología y Anatomía Patológica \* Hospital de Galdakao. Galdacano. Vizcaya.

Presentamos dos casos de glomangiomas diseminados en una niña de 4 años y en su madre.

Los tumores glómicos pueden aparecer como lesiones únicas o múltiples. Las formas múltiples (glomangiomas) son raras y se distinguen 3 tipos diferentes:

- Tipo congénito: en placa, no hereditario.
- Tipo regional: localizados en un área corporal, no hereditario.
- Tipo diseminado: patrón de herencia autosómico dominante.

Histológicamente, los glomangiomas carecen de la cápsula fibrosa del tumor glómico solitario y es característica la presencia de grandes luces vasculares con células glómicas que se agrupan alrededor de las células endoteliales.

## **9.COLAGENOMAS ERUPTIVOS: A PROPOSITO DE UN CASO.**

A. López Pestaña, J.M. Oleaga Morante, M. González Guemes, J.Jaime Goday Buján, N. Saracíbar Oyón\*, R Soloeta Arechavala.

Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

Introducción: Los nevos conectivos se clasifican según el elemento del tejido conectivo dérmico predominante y el patrón de herencia. Así derivados de las fibras de colágeno, se distinguen el colagenoma cutáneo familiar y la piel de zapa de la esclerosis tuberosa, ambos heredados de forma autosómica dominante, y los colagenomas eruptivos, en los que no existen antecedentes familiares. Por otro lado, el síndrome de Buschke-Ollendorf, de herencia autosómica dominante, asocia un nevus conectivo derivado de las fibras elásticas y alteraciones óseas características.

Caso clínico: Paciente varón de 12 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que consultó por la aparición de numerosas lesiones que se iniciaban como débiles pápulas blanquecinas, evolucionando posteriormente hacia nódulos de consistencia firme, de 0,5l cm. de diámetro, a nivel de la espalda, las cuales se habían ido desarrollando en los últimos seis meses. En la biopsia cutánea de una lesión se observaba un aumento de fibras colágenas en dermis, con disminución de fibras elásticas, y una proliferación celular fusiforme, multidireccional, con células de morfología regular, que mostraban positividad para vimentina, mientras que la proteína S100, actina, desmina, CD-34 y XIII-a negativos.

Comentario: Presentamos un caso de colagenomas eruptivos, realizando diagnóstico diferencial mediante técnicas de inmunohistoquímica con otras patologías del tejido conectivo.

## **10.ENDOSALPINGIOSIS CUTANEA.**

A. Bauza, P. Redondo, I. Sánchez-Carpintero, T. Solano, P. Gil, E. Quintanilla  
Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

### **INTRODUCCION**

El ombligo es una localización frecuente de endometriosis. Se presenta clínicamente como un nódulo, a menudo doloroso, que ocasionalmente se manifiesta con variaciones cíclicas en su tamaño y sintomatología. Un fenómeno similar puede ocurrir con otras estructuras del aparato reproductor femenino, especialmente la trompa de Falopio.

### **CASO CLINICO**

Mujer de 42 años, que presenta dolor abdominal intenso de cinco días de evolución, con irradiación a la pelvis. La paciente refería haber presentado molestias abdominales inespecíficas dos años antes, de unos 10 días de duración, que desaparecieron espontáneamente. Entre los antecedentes personales resaltamos, como único dato de interés, una cesárea hace ocho años.

En la exploración física, destaca un nódulo marrón grisáceo localizado en el ombligo, de 1 cm de tamaño y consistencia semiblanda. El resto de la exploración física es anodina. Amilasa, lipasa, tránsito gastrointestinal, ecografía y TAC abdominal fueron normales. Ante la sospecha de endometriosis se realizó biopsia cutánea que reveló la presencia de endosalpingiosis. Tras la resección quirúrgica desaparecieron los síntomas.

### **DISCUSION**

La endosalpingiosis, es un término que se utiliza para describir el crecimiento inusual e invasión posterior del epitelio tubárico en el muñón de las trompas de pacientes sometidas previamente a salpinguectomía o esterilización de trompas. Además, la manipulación quirúrgica de las trompas, puede condicionar la aparición posterior de epitelio tubárico aberrante en las cicatrices de laparatomía.

La endosalpingiosis cutánea, aunque es una entidad infrecuente, debería considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones localizadas en la región umbilical.

#### **11. INFILTRACION ESPECIFICA DE LEUCEMIA MIELOMONOCITICA EN PIEL, PRECEDIENDO A LEUCEMIA MONOCITICA AGUDA.**

L. Díaz-Ramón, J. Gardeazábal, J.A. Ratón, J. Mitxelena, A. Sánchez, J.C. García Ruiz\* y J.L. Díaz-Pérez. Servicios de Dermatología y Hematología. Hospital de Cruces. Bilbao.

La infiltración específica de la piel por células mielomonocíticas precediendo al diagnóstico de leucemia mielomonocítica en médula y sangre periférica es excepcional.

Un paciente de 67 años de edad, sin antecedentes de interés, desarrolló un episodio de lesiones cutáneas generalizadas, mucho más intensas en el tronco. Las lesiones tenían una tonalidad eritematoviolácea, eran asintomáticas y su tamaño oscilaba entre medio y dos centímetros. En la biopsia cutánea se evidenció una infiltración intensa constituida primordialmente por células de extirpe mielomonocítica; sin embargo en el estudio hematológico exhaustivo realizado en este momento no se lograron encontrar signos de leucemia mielomonocítica ni en sangre ni en médula ósea. En un estudio hematológico realizado un año antes por anemia se encontraron cambios mínimos de mielodisplasia en médula ósea. A pesar de la intensidad y especificidad de las lesiones cutáneas, los hematólogos no consideraron procedente realizar tratamiento específico alguno. Las lesiones involucionaron gradualmente de forma espontánea, con desaparición total a los cinco meses.

A los 8 meses del brote de lesiones cutáneas el paciente tuvo un episodio febril, con mal estado general. En el estudio hematológico realizado en este momento se evidenció una leucemia monocítica aguda que respondió muy poco a los tratamientos quimioterápicos convencionales, con progresión rápida de la enfermedad hematológica, pero sin recurrencia de las lesiones cutáneas.

#### **12. PIODERMA GANGRENOSO POSTQUIRURGICO.**

J. Zubizarreta, A. Tuneu, A. Beguiristáin, J. Ruíz de la Hermosa. Hospital N<sup>a</sup> Sra. de Arantzazu. Donostia -San Sebastián.

**Introducción.** El pioderma gangrenoso es un proceso que se caracteriza por la aparición de lesiones inflamatorias ulcerativas y necróticas de la piel. Más de la mitad de los pacientes presentan un proceso subyacente como enfermedades inflamatorias intestinales, artritis y síndromes mieloproliferativos, y en raras ocasiones puede presentarse en una herida quirúrgica.

**Caso clínico.** Mujer de 76 años de edad hipertensa arterial y cardiópata, bien controlada con digoxina, furosemida y captopril. En controles por hematología por un síndrome mielodisplásico, que nunca ha precisado tratamiento. En 1.996 presenta una pancreatitis secundaria a coledocistitis. El 7-4-97 se le realiza una colecistectomía laparoscópica. El post-operatorio inmediato es normal, excepto la aparición de una trombopenia sin hemorragias, siendo dada de alta el 10-4-97. Reingresa el 12-4 por fiebre, afectación general y 4 lesiones

necróticas en abdomen en las 4 incisiones de laparoscopia. Es tratada con antibióticos IV, pese a lo cual las lesiones siguen creciendo y la paciente empeora. El 15-4 presenta en abdomen 4 lesiones necróticas, bullosas de 11 cm, 8cm, 7 cm y 4 cm rodeadas de un gran halo inflamatorio. Se establece el diagnóstico clínico de pioderma gangrenoso postquirúrgico y se inicia tratamiento con metilprednisolona 1.5 mg/kg/día y ciclosporina 5 mg/kg/día con una respuesta clínica inmediata, siendo dada de alta el 23-4. En junio las ulceraciones habían cicatrizado por completo y en julio se suspendió la medicación inmunosupresora, no presentando recidiva.

**Discusión.** Nuestro caso es un ejemplo claro de pioderma gangrenoso postquirúrgico. Las lesiones se iniciaron en las incisiones quirúrgicas a los pocos días de la laparotomía. El principal diagnóstico diferencial es la gangrena postquirúrgica en la que, clásicamente, después de una intervención quirúrgica abdominal aparece en la herida una ulceración superficial dolorosa, con una severa afectación del estado general, siendo necesario una cobertura antibiótica y una amplia excisión de los tejidos necrosados. En nuestra paciente la presencia de 4 focos “gangrenosos” indujo a los cirujanos a consultarnos, antes de llevarla a quirófano a realizar desbridamientos quirúrgicos, que hubieran sido fatales. El aspecto clínico y la inmediata respuesta a los corticoides sistémicos y ciclosporina son característicos de pioderma gangrenoso postquirúrgico, una entidad clínica infrecuente, de diagnóstico clínico y cuyo conocimiento puede ser vital para el paciente.

#### **Bibliografía.**

- Stone N. Pyoderma gangrenosum complicating caesarian section. Clin Exp Dermatol 1996, 21(6):468.
- Kitagawa. Acute form of pyod gangrenosum induced by traumatic injury. J Dermatol 1996 ;23:116-9.
- Keohane SG. Pyod gangren complicating hysterectomy for fibroids. Clin Exp Dermatol 1995;20:490-1
- Motoo Y. Pyoderma gangrenosum as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy tube insertion. J Clin Gastroenterol 1994 ;19(3):267-8
- Koss. Pyod gangr complication of coronary artery bypass grafting. Eur J Cardiothorac Surg 1995;9 :163-5
- Tay YK. Acute pyod gangrenosum does not require surgical therapy. Arch Fam Med 1998;7(4):377-80

### **13. INFECCIÓN CUTÁNEA POR ALTERNARIA EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL.**

T. Solano, J. Vázquez, M. Idoate, I. Sánchez-Carpintero, P. Gil, Rubio, E. Quintanilla

Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

La especie *Alternaria* es un patógeno habitual de las plantas, pero es raro que produzca afectación en el ser humano. Suele afectar a pacientes inmunodeprimidos o a aquellos en los que existe una enfermedad sistémica de base. Las manifestaciones clínicas incluyen desde procesos alérgicos (urticaria, asma...) hasta infecciones profundas tales como osteomielitis o lesiones pulmonares granulomatosas. En la piel lo más frecuente es la

aparición de lesiones nodulares eritematosas bien encapsuladas en áreas expuestas. Se ha observado buena respuesta tras el tratamiento con clotrimazol, miconazol, ketoconazol, terbinafina y anfotericina B.

Presentamos el caso de un paciente trasplantado renal, en tratamiento con FK 506, corticoides, nifedipino y torasemida, que tras cortarse en la extremidad inferior con un junco en las proximidades de un río, presentó un cuadro cutáneo de alternariosis. El paciente respondió de manera satisfactoria al tratamiento con terbinafina durante ocho meses.

Existen descritos en la literatura más de 35 casos de infecciones cutáneas por alternaria. En la mayoría de ellos las lesiones aparecen en pacientes inmunocomprometidos: trasplantados hepáticos, renales, E. Hodgkin, E. Cushing, pacientes oncológicos, etc.

Existen también algunos casos descritos, en pacientes inmunocompetentes.

En nuestro paciente consideramos que la inmunosupresión es la causa de su alteración, además consideramos importante señalar el buen resultado obtenido con terbinafina por vía oral.

#### **14.ENFERMEDAD DE BEHCET.**

F.J. Fernández-Arias, J.A. Heras Tabernero, R. Martín Marco, D. Muñoz Marco, L. Barba Díaz, P. Martínez Murillo, F. Jiménez Arrosagaray.

Hospital Militar. Zaragoza.

Paciente de 19 años que presentaba aftas en cavidad oral y genitales junto con lesiones eritematovioláceas en extremidades inferiores, en el seno de un cuadro febril de unas semanas de evolución, que se acompañó de artritis oligoarticular.

Se realiza estudio anatomopatológico de mucosa y piel junto con despistaje de afectación sistémica.

#### **15.ROSACEA Y HELICOBACTER PYLORI.**

Rodero J., Lafuente R.de F., Simal G., Echevarría V. Giménez H., Carapeto F.J.

Departamento de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Introducción:

La rosácea es una enfermedad crónica centrofacial de las glándulas sebáceas bastante común que se inicia en la 3ª o 4ª década y alcanza su pico máximo entre los 40 y los 50 años, más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, caracterizada clínicamente en su comienzo por enrojecimiento recurrente en la cara, pasando por diferentes estadios:

- eritema y telangiectasias persistentes
- pápulas, papulopústulas y pústulas
- grandes nódulos y placas inflamatorias.

El Helicobacter pylori es una bacteria gramnegativa microaerófila que juega un importante papel en la úlcera péptica y es un factor de riesgo de cáncer gástrico. Entre las enfermedades cutáneas, el H. Pylori ha sido relacionado con la urticaria crónica y la rosácea.

Recientes estudios han sugerido que pacientes con rosácea tienen una alta prevalencia de infección por H. pylori. Sin embargo aún no se ha identificado una relación causal.

Material y método:

Hemos realizado un estudio de 24 pacientes con rosácea vistos en nuestra consulta, investigándoles la presencia de *H. pylori* mediante la prueba de aliento con urea marcada, y aquellos con resultado positivo se les pautó tratamiento erradicador (omeprazol, claritromicina y amoxicilina durante una semana). Posteriormente fueron reevaluados a las cuatro semanas valorando el estado clínico de su patología cutánea.

Resultados:

Hay una clara evidencia de mejoría clínica en un alto porcentaje de los pacientes con test de aliento + previo y posterior sometidos a tratamiento erradicador y mala evolución en un bajo porcentaje de pacientes con persistencia de *H. pylori*.

Conclusión:

Nuestros resultados sugieren que el *H. pylori* puede estar asociado a la rosácea y que el tratamiento erradicador puede ser beneficioso.

#### **16.APLASIA MEDULAR SECUNDARIA A TRATAMIENTO DE QUERATOACANTOMA CON METROTEXATO INTRALESIONAL.**

R. Zabala, J.M. Vicente, A. Aguirre, R. Izu, R. Muñiz, N. Agesta, J.L. Díaz-Pérez.

Servicio Dermatología y Servicio de Nefrología. Hospital Cruces. Bilbao

El metotrexato es uno de los tratamientos bien establecidos como terapéutica no quirúrgica del queratoacantoma. Recientemente tratamos un paciente con un queratoacantoma gigante localizado en el dorso de la mano con metotrexato intralesional (25 mg/15 días). Tras la primera inyección el paciente notó molestias generales mínimas y transitorias. Tras la segunda inyección a los 15 días, desarrolló un cuadro de malestar general pseudogripal que le obligó a acudir a urgencias. La analítica hematológica, en este momento, estaba dentro de los límites normales; sin embargo, 2 días más tarde desarrolló un cuadro petequeial en extremidades inferiores y abdomen. La analítica en este momento evidenció una marcada plaquetopenia, acompañada de signos intensos de aplasia medular.

Este paciente estaba en tratamiento con hemodialis por insuficiencia renal crónica, adecuadamente controlada con 3 sesiones semanales. En sangre periférica se detectaron niveles bajos de metotrexato circulante en varias determinaciones. Tanto los nefrólogos como los hematólogos coincidieron en implicar al metotrexato como el agente causal de la aplasia. Considerando los niveles circulantes bajos de metotrexato y la dosis total de 50 mg en 15 días, también ambos relacionaron la aplasia más con una reacción idiosincrásica que con un problema intrínseco por sobredosificación.

#### **17.SECCION VASCO-NAVARRA-ARAGONESA-RIOJANA DE LA AEDV: MEMORIA DE LOS CUATRO ULTIMOS AÑOS.**

I. Querol, E. Simal, F.J. Carapeto. Facultad de Medicina. Hospital Miguel Servet. HCU. Zaragoza.

En esta comunicación, tratamos de glosar los principales aspectos científicos, sociales y económicos de nuestra sección regional durante los últimos cuatro años.

Destacamos el alto nivel científico de las comunicaciones presentadas en las reuniones y el elevado grado de participación de sus miembros.