

Bilbao, 18 de marzo de 2016

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





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

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

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

18 de marzo de 2016
Museo Marítimo Ría de Bilbao
Muelle Ramón de la Sota N°1
48013 Bilbao



Programa



pág.

10:15 h: Entrega de documentación.

10:30 h: Comunicaciones libres. Moderadoras: Dres. Nerea Agesta Sánchez (Hospital Universitario de Cruces, Bilbao) y Susana Gómez Muga (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao)

11

GRANULOMATOSIS OROFACIALES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Moreno-Artero E., Bernad I., Ivars M., Querol E., Pretel M.
Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

13

NEVUS OLIGEMICUS LOCALIZADO EN MAMAS

Ana Arechalde Pérez, Juan Luis Artola Igarza, Pilar Manrique Martínez, Victoria Morillo Montañés, Amaia Mariscal Polo, *Rafael Ibarrola Altuna. Servicio de Dermatología. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao (Bizkaia)

14

PERLA QUIRÚRGICA: REPARACIÓN DE ULCERA EN PIERNA DE FONDO MOVIL

Juan Luis Artola Igarza, Ana Arechalde Perez, Amaia De Mariscal, Pilar Manrique Martinez Polo, Victoria Morillo Montañés. Servicio de Dermatología. Osi Barrualde-Galdakao. Galdakao.

15

DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA CON ÚLCERAS CUTÁNEAS

Alfredo Agulló Pérez¹, Juliana Restrepo Velez², Saioa Oscoz Jaime¹, Leire Loidi Pascual¹, Mónica Larrea García¹, Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicios de Dermatología¹ y Reumatología² del Complejo Hospitalario de Navarra.

16

BOWEN ACRAL E INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO

Anne Barrutia Borque, Olatz Lasa Elgezua, Salomé Álvarez Sanchez, Irati Allende Markixana, Marta Rubio Lombrana, Olane Guergué Diaz de Cerio.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya)

17

PAPULOSIS LINFOMATOIDE ANGIOINVASIVA CON AFECTACIÓN DE LA MUCOSA ORAL

Sara Esteban Terradillos, Elvira Acebo Mariñas, Jesus Gardeazabal Garcia, Nerea Agesta Sanchez, Izaskun Ocerin Guerra, Verónica Velasco Benito.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo). Vizcaya.

18

OJOS DE MAPACHE ¿QUÉ NOS PUEDEN REVELAR?

Adrià Panés Rodríguez, Arantxa López Pestaña, Lidia Sobrevias Bonells, Susana Vildósola Esturo, José Zubizarreta Salvador, Ane Jaka Moreno, Anna Tuneu Valls.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

SÍNDROME BIRT-HOGG-DUBÉ: CUANDO UNA GENODERMATOSIS APARECE POR CONSULTA

19

Sara Ibarbia Oruezabal¹, Adrià Panés Rodríguez¹, Nerea Ormaechea Pérez¹, Lucía Sánchez Martínez¹, Tomás Toledo Pastrana¹, Carmen Lobo Morán², Anna Tuneu Valls¹.

Servicio de Dermatología¹, Servicio de Anatomía Patológica². Hospital Universitario Donostia.

ELASTOLISIS DE LA DERMIS MEDIA CON RESPUESTA VARIABLE A HIDROXICLOROQUINA

20

Iris Vicente Sánchez, Juan Antonio Ratón Nieto, José Luis Díaz Ramón, Marta Ballesteros Díaz, Marta Rubio Lombraña, Anne Barrutia Borque.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya)

LESIONES AMPOLLOSAS EN MUCOSA ORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

21

Jon Ander Yagüe Barcia, Peru Urigoitia Ugalde, Susana Gómez Muga, Jon Danel Solano Iturri*, Mireya Lázaro Serrano, Cristina Gómez Bringas, Rosa M. Izu Belloso. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

SÍNDROME DE SCHNITZLER: DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS

22

Libe Aspe Unanue, Itziar Arrue Mitxelena, M^a Isabel Martínez González, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Adrián De Quintana Sancho, Izaskun Trébol Urra, M^a Victoria Almeida Llamas. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

LINFOMA CUTÁNEO DE LA ZONA MARGINAL ASOCIADO A INMUNOTERAPIA

23

Leire Loidi Pascual¹, Mónica Larrea García¹, Maialen Azcona Rodríguez¹, Alfredo Daniel Agulló Pérez¹, Alicia Córdoba Iturriagagoitia², Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica² del Complejo Hospitalario de Navarra

INFILTRACIÓN CUTÁNEA POR MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTROM

24

Saioa Oscoz Jaime¹, Alfredo Agulló Pérez¹, Lourdes Cascante Díaz¹, Concepción Llanos Chávarri², Mercedes Rodríguez Calvillo³, Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicio de Dermatología¹, Servicio de Anatomía Patológica² y Servicio de Hematología³. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

PÁPULAS Y PLACAS INFILTRADAS ERITEMATOSAS EN MUJER DE 68 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL

25

J. González del Tánago Diago, B. Ramos Bareño, S. Pérez Barrio, C. Sanz de Galdeano Palacio, J.A. Nieto Ghersy*, A. Gutierrez Macias**, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología, Servicio de Anatomía Patológica* y Servicio de Medicina Interna**. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

ÚLCERAS CUTÁNEAS POR CITOMEGALOVIRUS

26

María Isabel Martínez González, Sofía Goula Fernández, Irene García Río, Yolanda Olaizola Nogales, Sonia Heras González, Vanesa Fatsini Blanch, Ricardo Soloeta Arechavala. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

12:00-12:30 h: Café descanso.

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

13:30-13:30: Charla "Vivir sin estrés, practicando mindfulness", a cargo de Roberto Alcibar Martínez, Instructor Oficial en Programa de Reducción de Estrés aplicando Mindfulness.

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

Orden del día:

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

14:00 h: Comida de trabajo: El Astillero Euskalduna (C/ Dique N° 3 48013 Bilbao)

16:00 h: Comunicaciones libres. Moderadores: Juan Luis Artola Igarza (Hospital Galdakao, Bilbao) y Mireya Lázaro Serrano (Hospital Universitario Basurto, Bilbao)

RADIODERMITIS TRAS EMBOLIZACIÓN PROSTÁTICA

27

Maialen Azcona Rodríguez¹, Leire Loidi Pascual¹, Rosario Vives Nadal¹, Conchita Llanos Chávarri², Ignacio Yanguas Bayona¹.

Servicio de Dermatología¹, Servicio de Anatomía Patológica² del Complejo Hospitalario de Navarra.

SÍNDROME DE LEGIUS

28

Lidia Sobrevias Bonells, Arantxa López Pestaña, Sara Ibarbia Oruezabal, Maria Asunción Arregui Murua, Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Ane Jaka Moreno, Anna Tuneu Valls.

Sección de Dermatología. Hospital Universitario Donostia.

GRANULOMA ANULAR SECUNDARIO A TOPIRAMATO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

29

Tatiana Piqueres Zubiaurre, Ana Martínez de Salinas Quintana, Libe Aspe Unanue, Gorka Ruíz-Carrillo Ramírez, Lucía Carnero González, Amaia Urtaran Ibarzabal, Ricardo González Pérez y Emma Camacho Urkaray*.

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica* del Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

ESTUDIO DE CORRELACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE USTEKINUMAB, ANTICUERPOS ANTI-IDIOTIPO Y RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES DE PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON USTEKINUMAB

30

Peru Urigoitia Ugalde, Sergio Martín González^{1,2}; Rosaura Navarro Lobato¹; Ainhoa Ruiz del Agua²,

Laura Blanch Rius, Jaime González del Tánago Diago, Rosa Izu Beloso. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto. ¹ Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco. ² R&D, Progenika Biopharma, a Grifols Company

LARVA MIGRANS CUTÁNEA CON FOLICULITIS ASOCIADA

Álvaro Rivera Rodríguez¹, Lucía Prieto Torres¹, Ruth Solanas Treviño¹, Sergio Hernández Ostiz¹, Guillermo Muñoz González², Ana Morales Moyal, Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica² del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

31

LAS MALFORMACIONES CAPILARES COMO POSIBLES MARCADORES DE SÍNDROMES COMPLEJOS

Marta Ivars Lleó, Isabel Bernad Alonso, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Pedro Redondo Bellón. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

32

PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A GLIPTINAS

Isabel Bernad Alonso, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, María Pilar Gil Aguado, Miguel Ángel Idoate Gastearana, Agustín España Alonso. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

33

HIPERPIGMENTACIÓN LINGUAL PARCHEADA ADQUIRIDA

Sergio Hernández Ostiz¹, Ruth Solanas Treviño¹, Lucía Prieto Torres¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Ana Luisa Morales Moya¹, Francesc Felipo Berlanga², Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica². H.C.U Lozano Blesa Zaragoza.

34

SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO: REVISIÓN DE 12 CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

Begoña Ramos, MJ Calderón, JA Yagüe, M Julia, ASanchez, M Zaldúa, R.Izu. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

35

NECROBIOSIS LIPOIDICA SOBRE CICATRIZ QUIRÚRGICA: UNA FORMA INFRECUENTE DE FENÓMENO DE KÖEBNER TIPO III

Lucía Prieto-Torres¹, Álvaro Rivera-Rodríguez¹, Sergio Hernández-Ostiz¹, Ruth Solanas-Treviño¹, Ana Luisa Morales-Moya¹, Luis Requena², Mariano Ara-Martín¹. ¹Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Servicio de Dermatología Fundación Jiménez Díaz. Madrid

36

SÍNDROME CLOVES: DOCTOR, ¿QUÉ SON ESTOS BULTOS?

Olane Guergué Díaz de Cerio¹, María del Rosario González Hermosa¹, Araceli Cánovas Fernández², Xabier Eizaguirre Uriarte¹, Marta Mendieta Eckert¹, Belén Navajas Pinedo¹. ¹Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces (Vizcaya) ²Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Cruces (Vizcaya)

37

SUTURA SUBCUTÁNEA EN CUERDA DE GUITARRA PARA DISMINUIR LA TENSIÓN EN EL COLGAJO DIGITIFORME

Elena Querol Cisneros, Isabel Bernad Alonso, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Pedro Redondo Bellón. Clínica Universidad de Navarra (Pamplona, Navarra)

38

LESIÓN PSEUDOTUMORAL POR PASTEURELLA MULTOCIDA TRAS MORDEDURA DE GATO

Ruth Solanas Treviño¹, Sergio Hernández Ostiz¹, Alvaro Rivera Rodríguez¹, Lucía Prieto Torres¹, Soledad Salvo Gonzalo², Guillermo Muñoz González³, Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹, Microbiología² y Anatomía Patológica³ del HCU "Lozano Blesa", Zaragoza.

39

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

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

40

Comunicaciones libres



GRANULOMATOSIS OROFACIALES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Introducción

La granulomatosis orofacial (GOF) es un trastorno inflamatorio crónico infrecuente que afecta a la región orofacial. Presentamos dos casos de esta enfermedad por su rareza y su dificultad terapéutica.

Material y método

Presentamos dos casos de granulomatosis orofacial vistos en consulta en septiembre de 2011 y marzo de 2015.

El primer caso es el de una mujer de 57 años que acude a consulta por presentar, desde hacía 4 años, eritema, calor y edema en la región perioral. Le habían biopsiado en dos ocasiones en su ciudad de origen, con hallazgos no del todo concluyentes y cultivos negativos. Ante un posible diagnóstico de OFG, había sido tratada con prednisona oral en pauta descendente durante 4 años y corticoides intralesionales en 2 ocasiones, con mejoría temporal de las lesiones y empeoramiento al suspenderlos, e hidroxiclороquina, sin respuesta. Aportaba TC de cuello, que puso de manifiesto lesiones granulomatosas en la base de la lengua y pliegues aritenoglóticos. Realizamos colonoscopia para descartar enfermedad inflamatoria intestinal, que no objetivó anomalías. Fue valorada por Alergología, que descartó hipersensibilidad a distintos alérgenos. Recomendamos iniciar tratamiento con adalimumab; no obstante, en su ciudad de origen

decidieron iniciar tratamiento con ustekinumab, con mejoría parcial de la enfermedad durante 2 años. Ante el empeoramiento clínico de las lesiones tras 2 años de tratamiento, decidimos añadir tratamiento combinado con doxiciclina oral, pero no observamos respuesta, por lo que recomendamos iniciar tratamiento con adalimumab.

El segundo se trataba de una paciente de 11 años procedente de Angola que acudió a consulta por edema labial continuo de un año de evolución que había ido progresando en los últimos meses; asociaba prurito faríngeo. El prick test y las pruebas epicutáneas con batería estándar fueron negativas. La biopsia de mucosa labial fue compatible con GOF. Ya que la paciente no asociaba síntomas digestivos y vivía en otro país, no se realizaron estudios endoscópicos. Indicamos tratamiento con corticoides intralesionales, que se llevaron a cabo en su ciudad de origen, con reducción parcial del edema tras la primera sesión y ausencia de respuesta con la segunda tres meses más tarde.

Discusión

La GOF es un trastorno inflamatorio crónico de etiopatogenia desconocida que caracteriza por la presencia de granulomas no caseificantes subepiteliales con un espectro de manifestaciones clínicas muy amplio, desde edema de mucosa oral recurrente a lesiones edematosas permanentes, fibrosas y desfigurantes de los labios y la cara. La

Moreno-Artero E., Bernad I., Ivars M., Querol E., Pretel M.
Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.



enfermedad de Crohn o la sarcoidosis, entre otros trastornos sistémicos, pueden causar manifestaciones orofaciales indistinguibles. El tratamiento es difícil y, a menudo, poco satisfactorio, y la remisión espontánea, muy rara. En los casos leves, los corticoides tópicos se consideran el tratamiento de primera línea. Cuando se trata de casos de edema moderado, las inyecciones intralesionales de triamcinolona al 0,1% constituyen el tratamiento de elección. En los casos más graves, la terapia sistémica con clofazimina, talidomida a dosis bajas o anti-TNF (adalimumab o infliximab) han demostrado eficacia en algunos casos.

Conclusión

La GOF es una enfermedad con una baja incidencia. En su diagnóstico es importante descartar otros procesos granulomatosos sistémicos. Debido a su cronicidad y falta de respuesta a los tratamientos habituales puede suponer un reto para el dermatólogo.



NEVUS OLIGEMICUS LOCALIZADO EN MAMAS

Introducción

El nevus oligemicus, descrito por primera vez en 1981, se caracteriza por la aparición de una lesión maculosa, eritemato-violácea y fría con respecto a la piel de alrededor. Esta clínica tan característica permite realizar el diagnóstico. La localización en ambas mamas es poco frecuente.

Caso Clínico

Mujer de 73 años, sin antecedentes médicos de interés, remitida por el Servicio de Ginecología para evaluación dermatológica de lesiones aparecidas en mamas; las mamografías y la exploración física han descartado una patología ginecológica. A la exploración, se observaba en ambas mamas, unas máculas eritemato-violáceas, de bordes mal definidos y, a la palpación, destacaba la frialdad de las zonas eritematosas. Estas lesiones, livedoides, blanqueaban a la presión. La anamnesis descartó antecedente traumático o inflamatorio previo. Se practicó una biopsia que mostró discretas ectasias vasculares en dermis papilar. Las lesiones, sin tratamiento, permanecen estables.

Comentario

El nevus oligemicus es una entidad benigna, de etiología desconocida; en la literatura se discute una alteración en los receptores adrenérgicos del

plexo vascular profundo de la dermis, asociado a una hipertonia simpática. Se localiza sobre todo en abdomen y en muslos y con menor frecuencia en mamas y manos. Se han propuesto factores favorecedores como la obesidad, el sedentarismo o la presión, sin embargo, la eliminación de estos factores no se ha traducido en la desaparición de las lesiones. La clave diagnóstica está en la constatación de la disminución de la temperatura en la piel afecta de manera permanente. Esta entidad, con pocos casos reportados en la literatura, es probablemente más frecuente de lo descrito.

Ana Arechalde Pérez, Juan Luis Artola Igarza, Pilar Manrique Martínez, Victoria Morillo Montañés, Amaia Mariscal Polo, *Rafael Ibarrola Altuna.
Servicio de Dermatología. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao (Bizkaia)

Palabra clave: diagnóstico



PERLA QUIRÚRGICA: REPARACIÓN DE ÚLCERA EN PIERNA DE FONDO MÓVIL

El cuidado de las úlceras cutáneas de miembro inferior es muchas veces complejo y consume muchos recursos sanitarios.

Material y método

Presentamos un paciente varón de 79 años visitado por una úlcera en cara posterior de pierna izquierda de 8 x 6 cm que en su zona central afectaba a todo el espesor de la piel del gemelo izquierdo en su tercio medio. Con las maniobras de flexo extensión del pie se objetivaba la fascia muscular y generaba un exudado cuantioso y continuo que dificultaba la curación de la úlcera. Los cuidados estándar realizados por personal entrenado durante un año fueron infructuosas. Entre las opciones quirúrgicas que se consideraron se optó por realizar un injerto de piel parcial tomado con bisturí del 22. El injerto se seccionó en tres fragmentos y en 30 minutos cubríamos las heridas. Tras 5 días de oclusión retiramos la sutura.

Discusión

Entre las opciones barajadas en la escalera reconstructiva de las úlceras de miembro inferior se optó por uno de los peldaños inferiores, el injerto de piel parcial. Para simplificar el proceso se optó por tomar el injerto mediante un bisturí del 22. La principal dificultad que presentaba esta úlcera fue el de la movilidad del músculo gastrocnemio que generaba una exudación profusa e interfería en la

generación de tejido de granulación adecuado y el crecimiento epidérmico. Por ello decidimos fragmentar el injerto en 3 y así fijar mejor el injerto. Tras 1-1,5 meses la epitelización fue completa. Consideramos que este tipo de injerto de piel parcial tomado con bisturí y fragmentado es sencillo y útil en la resolución de una patología como son las úlceras cutáneas de miembro inferior con un fondo móvil y exudativo como en esta ocasión.

Juan Luis Artola Igarza, Ana Arechalde Perez, Amaia De Mariscal, Pilar Manrique Martínez Polo, Victoria Morillo Montañés. Servicio de Dermatología. Osi Barrualde-Galdakao. Galdakao.

Palabra clave: tratamiento quirúrgico



DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA CON ÚLCERAS CUTÁNEAS

Introducción

La dermatomiositis clínicamente amiopática (CADM) representa aproximadamente el 20% del total de dermatomiositis (DM). Durante la última década se han identificado nuevos autoanticuerpos asociados a esta enfermedad. Alguno de ellos como el anticuerpo contra el gen 5 de diferenciación del melanoma (MDA5 o CADM140), se acompaña de manifestaciones clínicas características. Presentamos un caso de CADM con anticuerpos anti MDA5 positivos.

Caso clínico

Mujer de 46 años con antecedente de ictus isquémico, ingresada en Reumatología por un cuadro de poliartalgias, tumefacción de manos y artritis de 2 meses de evolución. Al explorar a la paciente se objetivaron lesiones liquenoides en codos, lesiones livedoides reticulares acompañadas de edema en zonas acras y eritema tenue en área palpebral. La fuerza muscular estaba conservada. Se le practicaron 3 biopsias-punch de las lesiones en codos, dorso de manos y dorso del pie que fueron informadas de púrpura. Las 3 heridas experimentaron una necrosis progresiva, cicatrizando con lentitud.

La batería de pruebas complementarias realizada (TAC, arteriografía, ecografía, RMN) fue negativa, pero en analítica de sangre se detectó: elevación

del VSG (51), ANAs 1/160, Ro + y anti MDA5 +. Realizándose el diagnóstico de CADM.

El cuadro respondió al tratamiento con prednisona 45mg y gammaglobulinas intravenosas.

Discusión

Los anticuerpos contra el MDA-5 están presentes en pacientes con CADM o mínimamente miopática. Estos pacientes suelen presentar como rasgo distintivo: úlceras cutáneas, pápulas palmares y dolor en la cavidad oral. Para algunos autores, la presencia de este marcador sugiere un mayor riesgo de enfermedad intersticial pulmonar, aunque este aumento de riesgo parece haberse detectado únicamente en población asiática. Además del antiMDA-5, el perfil específico de autoinmunidad en la CADM incluye también el anti-p155.

Conclusión

En el diagnóstico de la DMA el perfil de autoinmunidad constituye una herramienta de vital importancia para orientar y confirmar el diagnóstico, especialmente en los casos de clínica e histología poco específicas.

Alfredo Agulló Pérez¹, Juliana Restrepo Velez², Saioa Oscoz Jaime¹, Leire Loidi Pascual¹, Mónica Larrea García¹, Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicios de Dermatología¹ y Reumatología² del Complejo Hospitalario de Navarra.

Palabra clave: dermatomiositis clínicamente amiopática, autoinmunidad, CADM140



BOWEN ACRAL E INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO

Introducción

El carcinoma epidermoide in situ, comúnmente conocido como enfermedad de Bowen (EB), se presenta típicamente como una placa eritematodescamativa que aparece en zonas fotoexpuestas a edades medias y avanzadas de la vida. Factores de riesgo implicados en su aparición son la exposición solar crónica, exposición a arsénico, radioterapia, traumatismos y estado de inmunocompromiso. La infección por el virus del papiloma humano (VPH) está asociada a EB en localizaciones relativamente no expuestas a radiación solar, como son la región genital, parte inferior de abdomen y piel digital.

Material y métodos

Se describe una serie de 9 pacientes diagnosticados de enfermedad de Bowen localizada en partes acras (manos, pies) entre los años 2009 y 2015, 6 varones y 3 mujeres, se analiza el patrón de presentación (dorso, palma/planta, piel interdigital) y su posible relación con la infección por VPH. Asimismo, se muestra su respuesta a tratamiento con terapia fotodinámica (TFD).

Discusión

Cuando la EB afecta a la superficie digital (especialmente si se trata de zona periungueal), puede ser difícil diferenciarla de las verrugas vulgares. Estudios recientes han identificado varios tipos de

VPH (VPH 16 y otros genotipos de alto riesgo) en EB localizada en manos y pies. La TFD ha demostrado ser una válida opción terapéutica en la EB de presentación localizada, incluso si existe afectación del aparato ungueal.

Anne Barrutia Borque, Olatz Lasa Elgezua, Salomé Álvarez Sanchez, Irati Allende Markixana, Marta Rubio Lombraña, Olane Guergué Diaz de Cerio.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya)

Palabra clave: tumor maligno, infección vírica, terapéutica física.



PAPULOSIS LINFOMATOIDE ANGIOINVASIVA CON AFECTACIÓN DE LA MUCOSA ORAL

Introducción

Se describe un caso de un subtipo poco frecuente de papulosis linfomatoide (PL), el subtipo E o Angioinvasiva, que tiene la peculiaridad de simular linfomas más agresivos teniendo en realidad un pronóstico excelente.

Caso clínico

Paciente de 77 años, trasplantado hepático, que consultó por prurito generalizado de dos años de evolución junto a brotes de escasas lesiones papulosas con escara central negruzca de carácter autorresolutivo. La biopsia reveló infiltrado linfoide T dérmico atípico angiocéntrico. Posteriormente presentó úlceras orales con diagnóstico histopatológico de úlcera eosinofílica de la mucosa oral (UEMO). Tras revisar ambas biopsias y realizar una correlación clinicopatológica se llegó al diagnóstico de PL angioinvasiva y el paciente recibió tratamiento con UVB de banda estrecha con respuesta favorable.

Discusión

La PL angioinvasiva, a diferencia de las otras variantes, se presenta con escasas lesiones cutáneas con gran escara necrótica y la mucosa oral se afecta en el 38% de los casos. Histopatológicamente se observa un infiltrado linfoide angiotrópico con expresión de CD30, CD8 y TIA 1 en las células atípicas. La historia clínica es importante para

diferenciarla de linfomas angiocéntricos agresivos y la afectación oral se solapa microscópicamente con la UEMO. Su pronóstico es muy bueno y el tratamiento se basa en corticoides tópicos, fototerapia, metotrexato o cirugía junto a radioterapia.

Conclusión

La PL angioinvasiva, a pesar de simular linfomas angiocéntricos y citotóxicos más agresivos, tiene un pronóstico excelente, por lo que su diagnóstico mediante la correlación clinicopatológica adecuada es fundamental para no recurrir a tratamientos demasiado agresivos.

Sara Esteban Terradillos, Elvira Acebo Mariñas, Jesus Gardeazabal Garcia, Nerea Agesta Sanchez, Izaskun Ocerin Guerra, Verónica Velasco Benito.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo). Vizcaya.

Palabra clave: linfoma, diagnóstico



OJOS DE MAPACHE ¿QUÉ NOS PUEDEN REVELAR?

Introducción

El lupus eritematoso neonatal (LEN) es una entidad poco frecuente ocasionada por el paso transplacentario de anticuerpos maternos tipo anti-Ro/SSA, anti-La/SSB y/o anti-U1RNP a la circulación fetal. Clínicamente se caracteriza por afectación cutánea y cardíaca, aunque también se ha descrito afectación hepática, neurológica y hematológica. Presentamos tres casos de LEN con lesiones cutáneas típicas sin afectación sistémica.

Caso clínico

Tres niños de 2, 4 y 8 meses de edad presentaban lesiones eritematosas anulares con distribución periorbitaria de tres semanas de evolución aproximadamente. En uno de ellos destacaba como antecedente el fallecimiento de un hermano por un bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado. Se detectó positividad para anticuerpos anti-Ro y anti-La tanto en los niños como en las madres, estableciéndose el diagnóstico de LEN. Solo en uno de los casos la madre estaba diagnosticada previamente de LES. El estudio cardíaco fue normal en todos los niños. Se indicó fotoprotección y tratamiento con prednicarboato tópico con resolución de las lesiones en las semanas posteriores.

Discusión

Aproximadamente el 50% de los niños afectados por LEN presentan manifestaciones cutáneas, que

consiste en lesiones similares al lupus cutáneo subagudo anular distribuidas de forma periorbitaria (dando la apariencia típica en ojos de mapache) que tienden a desaparecer de forma espontánea a los 6-8 meses de edad. El 50% restante presenta afectación cardíaca, principalmente en forma de bloqueo aurículo-ventricular completo que normalmente requiere la implantación de marcapasos. La clínica cutánea y cardíaca coexisten en un 10% de los casos. Destacamos la importancia del reconocimiento clínico de esta entidad dada su posible asociación a patología cardíaca.

Adrià Panés Rodríguez, Arantxa López Pestaña, Lidia Sobrevias Bonells, Susana Vildósola Esturo, José Zubizarreta Salvador, Ane Jaka Moreno, Anna Tuneu Valls.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

Palabra clave: enfermedad sistémica



SÍNDROME BIRT-HOGG-DUBÉ: CUANDO UNA GENODERMATOSIS APARECE POR CONSULTA

Introducción

El síndrome Birt-Hogg-Dubé (SBHD) es una rara genodermatosis de herencia autosómica dominante caracterizada por la presencia de fibrofoli-culomas y/o fibrodiscomas, quistes pulmonares y neoplasias renales. El gen responsable se encuentra en el cromosoma 17 y codifica la foliculina, una proteína que se expresa en la piel, los neumocitos y las nefronas.

Las lesiones cutáneas consisten en pápulas blancuecinas, cupuliformes y milimétricas localizadas principalmente en la nariz, la frente, las mejillas, el cuello y el tronco.

Presentamos un caso de SBHD confirmado mediante estudio genético.

Caso clínico

Varón de 62 años en seguimiento por Reumatología y Urología por poliartritis y cólicos renales. Acudió a nuestra consulta por presentar múltiples lesiones papulosas blancuecinas, de 1-3 mm en la frente, la nuca, el tronco y los brazos.

Las sucesivas biopsias realizadas mostraron hallazgos sugestivos de fibrofoli-culomas, pólipos fibroepiteliales y tricodiscomas.

Ante la sospecha de SBHD, se solicitaron una radiografía y TC torácico que mostraron múltiples quistes pulmonares, una ecografía abdominal sin hallazgos significativos, y el estudio genético que confirmó la mutación en la posición 1533 del exón

13 del gen de la foliculina.

Discusión

El SBHD es una entidad muy poco frecuente que se caracteriza por la tríada de lesiones cutáneas, quistes pulmonares que asocian un mayor riesgo de neumotórax espontáneos y neoplasias renales de distintos tipos histológicos.

Aunque los fibrofoli-culomas y fibrodiscomas de inicio en la edad adulta pueden ser el signo de alarma para su diagnóstico, no siempre están presentes. Por ello, los dermatólogos debemos conocer también las manifestaciones extracutáneas para sospecharlo.

Sara Ibarbia Oruezabal¹, Adrià Panés Rodríguez¹, Nerea Ormaechea Pérez¹, Lucía Sánchez Martínez¹, Tomás Toledo Pastrana¹, Carmen Lobo Morán², Anna Tuneu Valls¹.
Servicio de Dermatología¹, Servicio de Anatomía Patológica². Hospital Universitario Donostia.

Palabra clave: genodermatosis



ELASTOLISIS DE LA DERMIS MEDIA CON RESPUESTA VARIABLE A HIDROXICLOROQUINA

Introducción

La elastosis de la dermis media es una entidad rara, adquirida e idiopática que afecta principalmente a mujeres (relación 8:1) en edades medias. Clínicamente se manifiesta en cuello, tronco y brazos como: placas simétricas con arrugas finas en superficie (tipo I), protrusiones papulares perifoliculares con centro deprimido (tipo II) o eritema reticular persistente con arrugas finas (tipo III). De etiología desconocida con asociación a radiación ultravioleta y enfermedades autoinmunes.

Material y métodos

Presentamos 2 pacientes con elastosis de la dermis media y exponemos la respuesta variable a tratamiento con hidroxycoloroquina.

Caso clínico nº 1

Mujer 39 años con antecedente de accidente cerebrovascular transitorio y fenómeno de Raynaud, portadora de anticuerpos antifosfolípido. Presentaba lesiones de 6 meses de evolución, asintomáticas. Clínicamente, máculas eritemato-parduzcas con piel finamente arrugada en espalda, tórax, axilas y fosas antecubitales. Se confirmó el diagnóstico con dos biopsias y realizó tratamiento con hidroxycoloroquina (6 meses). Tras este tiempo, objetivamos remisión completa en la mayor parte de superficie afecta.

Iris Vicente Sánchez, Juan Antonio Ratón Nieto, José Luis Díaz Ramón, Marta Ballesteros Díaz, Marta Rubio Lombraña, Anne Barrutia Borque.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya)

Palabra clave: miscelánea, tratamiento sistémico.



LESIONES AMPOLLOSAS EN MUCOSA ORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Introducción

Las lesiones en la mucosa oral plantean un amplio y difícil diagnóstico diferencial en la consulta de Dermatología, que abarca, entre otras patologías, el herpes simple/aftas, el pénfigo vulgar y/o paraneoplásico, el penfigoide ampolloso y cicatricial, la dermatosis ampollosa IgA Lineal (DAL), el liquen plano oral, el lupus y las epidermolisis ampollosas.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 88 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que presentaba lesiones ampollosas y erosivas en paladar duro y mucosa yugal de 8 meses de evolución, refractarias a antifúngicos y corticoides tópicos. La biopsia de éstas reveló mediante técnicas de inmunofluorescencia directa (IFD) positividad para IgA de disposición lineal en el límite mucosa-corion, llegándose al diagnóstico de DAL. Tras instaurarse tratamiento con Dapsona, las lesiones remitieron completamente en menos de 4 semanas.

Comentarios

La DAL es una enfermedad ampollosa subepidérmica, crónica y de origen autoinmune, caracterizada por el depósito lineal de inmunoglobulina A en la membrana basal. La afectación cutánea es muy variable y puede ser indistinguible del penfigoide ampolloso o de la dermatitis herpetiforme.

Jon Ander Yagüe Barcia, Peru Urigoitia Ugalde, Susana Gómez Muga, Jon Danel Solano Iturri*, Mireya Lázaro Serrano, Cristina Gómez Bringas, Rosa M. Izu Belloso. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

Palabra clave: enfermedad ampollosa



SÍNDROME DE SCHNITZLER: DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS

Introducción

El síndrome de Schnitzler es una rara enfermedad autoinflamatoria adquirida, caracterizada por la presencia prácticamente constante de urticaria crónica y gammapatía monoclonal IgM o IgG.

Caso clínico

Caso 1. Mujer de 51 años. En seguimiento por dermatología por urticaria crónica de año y medio de evolución. Desde hace 6 meses también en estudio por parte de Medicina Interna, por trombocitosis, leucocitosis y elevación de PCR y VSG. Posteriormente comienza con fiebre intermitente y dolores óseos por lo que ingresa para estudio. Se detectan gammapatía monoclonal IgM así como adenopatías en tamaño límite alto, inespecíficas; con todo ello se llega al diagnóstico de síndrome de Schnitzler. La paciente inicia tratamiento con anakinra con resolución completa de su sintomatología.

Caso 2. Mujer de 54 años. Derivada desde alergología por lesiones cutáneas habonosas persistentes. Refiere también dolores inespecíficos generalizados. Una biopsia cutánea confirma la sospecha de urticaria-vasculitis. En el estudio analítico se detectan leucocitosis, elevación de PCR y gammapatía monoclonal IgG. Con el diagnóstico de síndrome de Schnitzler inicia tratamiento con anakinra, con mejoría de los síntomas, pero finalmente se suspende por intolerancia.

Discusión

En 1974 Schnitzler describió por primera vez un síndrome que reunía urticaria crónica, lesiones óseas y macroglobulinemia IgM. Desde entonces se han publicado más de 200 casos, aunque se cree que es una entidad infradiagnosticada. Además de las alteraciones descritas, también son frecuentes otros hallazgos como fiebre, dolores articulares, linfadenopatías, elevación de reactantes de fase aguda, leucocitosis o alteraciones radiológicas. Aunque lo característico del cuadro es la elevación de IgM, existen raros casos descritos con hipergammaglobulinemia IgG, como en el caso de nuestra segunda paciente. El tratamiento de elección es el anakinra, y su curso es crónico.

Libe Aspe Unanue, Itziar Arrue Mitxelena, M^a Isabel Martínez González, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Adrián De Quintana Sancho, Izaskun Trébol Urra, M^a Victoria Almeida Llamas. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: enfermedad sistémica



LINFOMA CUTÁNEO DE LA ZONA MARGINAL ASOCIADO A INMUNOTERAPIA

Introducción

El pseudolinfoma B por vacunas ha sido ampliamente descrito en la literatura médica, aunque tan solo se han descrito 5 casos producidos por inmunoterapia específica. Sin embargo, solo han sido publicados tres casos de linfomas B inducidos por vacunas, ninguno de ellos por inmunoterapia específica.

Caso clínico

Mujer de 44 años que consultó por unas lesiones nodulares pruriginosas de doce años de evolución, en la zona donde previamente le habían administrado inmunoterapia específica para hiposensibilización a ácaros. Al inicio las lesiones se limitaban a los brazos pero progresivamente fue desarrollando más lesiones en región escapular y dorsolumbar. El estudio histopatológico mostraba un infiltrado de predominio en dermis profunda y tejido celular subcutáneo, donde adquiría una morfología nodular con formación de centros foliculares más claros. En la periferia de los centros se observaban linfocitos con algún eosinófilo y células plasmáticas. La inmunohistoquímica fue positiva para CD20 de manera difusa y bcl-2 interfolicular. Bcl-6 y CD10 resultaron negativos. La biología molecular mostró policlonalidad de cadenas pesadas. El reordenamiento de las cadenas ligeras fue positivo biclonal para cadenas Kappa. Con esto, se realizó el diagnóstico de linfoma B cu-

táneo de la zona marginal (LCZM). A los meses, la paciente comenzó con una nueva lesión papulosa en paladar. La histología e IHQ fueron compatibles con LCZM.

Comentarios

El caso que describimos plantea la duda diagnóstica entre el pseudolinfoma y el linfoma B cutáneo. A pesar de que existen diferentes datos que deben orientar hacia una u otra entidad, en la práctica clínica puede resultar difícil clasificar a un paciente dentro de una de las dos entidades. Para esto es fundamental apoyarse en los datos clínicos, histopatológicos y de biología molecular. El reordenamiento de cadenas no siempre es definitivo, ya que su negatividad no es equivalente a un proceso benigno.

Leire Loidi Pascual¹, Mónica Larrea García¹, Maialen Azcona Rodríguez¹, Alfredo Daniel Agulló Pérez¹, Alicia Córdoba Iturriagoitia², Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica² del Complejo Hospitalario de Navarra

Palabra clave: linfoma



INFILTRACIÓN CUTÁNEA POR MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTROM

Introducción

La infiltración cutánea por células linfoplasmocitarias en la Macroglobulinemia de Waldenström (MW) es un hecho inusual durante la evolución de esta enfermedad.

Caso Clínico

Varón de 73 años, diagnosticado en 2011 de MW, con afectación exclusiva de médula ósea, tras estudio realizado por hallazgo casual de anemia y monocitosis en analítica de sangre. En septiembre 2014, consultó por aparición de placas eritematosas, ligeramente descamativas y asintomáticas en zona superior de tronco, espalda y cara. El estudio histológico mostró un infiltrado linfoplasmocitario sugestivo de linfoma B y el estudio genético mostró reordenamiento positivo monoclonal IgH (región FR1) y biclonal IgH (región FR3). El estudio de extensión mediante TAC objetivó conglomerados adenopáticos axilares, retroperitoneales e inguinales, por lo que tras objetivarse progresión de la enfermedad se decidió iniciar tratamiento sistémico con Rituximab y Bendamustina.

Discusión

La MW es un trastorno linfoproliferativo tipo B poco frecuente, de etiología desconocida, caracterizado por proliferación de linfoplasmocitos en médula ósea y un pico monoclonal de IgM en sangre periférica.

La afectación cutánea por MW se da en el 5% de los casos de esta enfermedad. Se han descrito 3 mecanismos principales de afectación cutánea: infiltración directa por células linfoplasmocitarias, depósitos de IgM y lesiones inducidas por la actividad biológica de la IgM monoclonal.

Conclusión

Destacamos la peculiaridad de nuestro caso, debido a que la infiltración directa cutánea por el proceso linfoproliferativo es un hecho bastante infrecuente, según la literatura disponible y a pesar de ser una manifestación de progresión de la enfermedad no conlleva un empeoramiento en el pronóstico de ésta.

Saioa Oscoz Jaime¹, Alfredo Agulló Pérez¹, Lourdes Cascante Díaz¹, Concepción Llanos Chávarri², Mercedes Rodríguez Calvillo³, Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicio de Dermatología¹, Servicio de Anatomía Patológica² y Servicio de Hematología³. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Palabra clave: linfoma, Macroglobulinemia de Waldenström, piel



PÁPULAS Y PLACAS INFILTRADAS ERITEMATOSAS EN MUJER DE 68 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL

Introducción

La enfermedad de Hodgkin (EH) se asocia frecuentemente a manifestaciones cutáneas inespecíficas, como prurito, ictiosis, urticaria, hiperpigmentación y eritema multiforme y nodoso. Por el contrario, la afectación cutánea específica por EH es mucho más rara y sucede en un 0'5-7,5 % de los pacientes. Generalmente, dicha afectación específica corresponde a pacientes con EH conocida y en estadios muy avanzados.

Caso clínico

Mujer de 68 años que acude a urgencias por fiebre y lesiones cutáneas faciales y dorsales de 2 semanas de evolución. Las lesiones son pápulas y placas eritematosas infiltradas a la palpación. Se realiza una biopsia donde se aprecian células de tipo Reed-Sternberg y células lacunares, entremezcladas con un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, histiocitos, células plasmáticas y polimorfonucleares. La inmunohistoquímica muestra positividad para CD30 y CD15 y negatividad para CD45 y CD4, lo cual es compatible con una infiltración cutánea por linfoma de Hodgkin clásico, subtipo celularidad mixta. El TC confirma múltiples adenopatías supra e infradiafragmáticas compatibles con el diagnóstico y la punción de una de estas adenopatías mostraba unos hallazgos anatomopatológicos superponibles a los de la piel.

Discusión

Presentamos el caso de una paciente con afectación cutánea específica como primera manifestación de una EH. Se trata de un cuadro excepcional muy poco descrito hasta ahora en la literatura médica.

J. González del Tánago Diago, B. Ramos Bareño, S. Pérez Barrio, C. Sanz de Galdeano Palacio, J.A. Nieto Ghersy*, A. Gutiérrez Macías**, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología, Servicio de Anatomía Patológica* y Servicio de Medicina Interna**. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Palabra clave: 20-linfoma, 32-tumor maligno



ÚLCERAS CUTÁNEAS POR CITOMEGALOVIRUS

Introducción

El citomegalovirus (CMV) es un patógeno oportunista de la familia de los virus herpes que afecta frecuentemente a pacientes inmunocomprometidos. Las manifestaciones cutáneas son poco habituales y generalmente forman parte de una enfermedad sistémica con alta mortalidad.

Caso clínico

Mujer de 46 años con artritis reumatoide en tratamiento con corticoterapia oral (deflazacort 6mg/día) y metotrexato (10mg/sem), que consultaba por lesión ulcerosa en pliegue abdominal derecho de 7 días de evolución. A la exploración física presentaba una úlcera de 50x20mm de fondo fibrinoso y borde violáceo con pequeñas ulceraciones adyacentes. Inicialmente, se trató con Diprogenta® durante 7 días con empeoramiento. Se realizó estudio histológico y PCR con resultado de úlcera cutánea por infección por CMV. La lesión evolucionó favorablemente con resolución completa pasado un mes. Se descartó afectación sistémica por CMV.

Discusión

El CMV es un virus ADN de la familia de los virus herpes, patógeno común en los pacientes inmunocomprometidos. Afecta más frecuentemente al aparato respiratorio, digestivo y sistema nervioso central, siendo rara la afectación cutánea que,

cuando se produce, suele ser indicador de enfermedad grave y generalizada con una mortalidad mayor al 80%. La presentación clínica es muy variable, por lo que el diagnóstico se establece fundamentalmente por los hallazgos histológicos. El tratamiento antiviral precoz con ganciclovir puede disminuir la morbimortalidad. En el huésped inmunocompetente puede ser oligosintomática y la afectación cutánea es aún más rara. En general se presenta en pacientes con primoinfección por CMV y tiene un buen pronóstico.

Conclusiones

Presentamos el caso de una paciente en tratamiento con fármacos inmunosupresores de uso frecuente en nuestra práctica clínica habitual, que ha presentado infección por CMV con afectación exclusivamente cutánea que se ha resuelto espontáneamente.

María Isabel Martínez González, Sofía Goula Fernández, Irene García Río, Yolanda Olaizola Nogales, Sonia Heras González, Vanesa Fatsini Blanch, Ricardo Soloeta Arechavala. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: infección vírica



RADIODERMITIS TRAS EMBOLIZACIÓN PROSTÁTICA

Introducción

Los procedimientos radiológicos invasivos en los que el uso de la fluoroscopia resulta imprescindible cada día tienen más aplicaciones. Estos pueden causar lesiones dermatológicas por irradiación. Una de las nuevas técnicas en radiología intervencionista es la embolización prostática para el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata.

Caso clínico

Varón de 66 años presentó en zona sacra placa eritematosa de un mes de evolución, acompañada de prurito y dolor que no mejoró tras crema de betametasona más ácido fusídico ni amoxicilina oral. A la exploración presentaba en zona sacra y nalgas placa eritematosa, indurada, que respetaba pliegues. Se realizó biopsia-punch y cultivo para bacterias y hongos. Tras conocer el antecedente de embolización prostática sospechamos probable radiodermatitis aguda, lo cual fue confirmado por la biopsia.

Discusión

Las nuevas técnicas intravasculares guiadas por fluoroscopia pueden exponer a los pacientes a cantidades de irradiación superiores a lo recomendable. Existen diversos factores que hacen que aumente el tiempo de fluoroscopia, y con él el riesgo de lesiones dermatológicas. En el caso de nuestro paciente, el tiempo de fluoroscopia fue

significativamente mayor a la media habitual de la técnica.

Conclusiones

Presentamos un caso de radiodermatitis aguda en zona sacra tras embolización prostática por hipertrofia benigna de próstata. Consideramos este hallazgo relevante ya que en la revisión bibliográfica efectuada solo hemos encontrado un paciente similar al nuestro.

Maialen Azcona Rodríguez¹, Leire Loidi Pascual¹, Rosario Vives Nadal¹, Conchita Llanos Chávarri², Ignacio Yanguas Bayona¹.

Servicio de Dermatología¹, Servicio de Anatomía Patológica² del Complejo Hospitalario de Navarra.

Palabra clave: miscelánea, Radiodermatitis, embolización prostática, hipertrofia benigna de próstata, complicaciones



SÍNDROME DE LEGIUS

Introducción

El síndrome de Legius (SLG), descrito en 2007 por Brems y cols, es un síndrome autosómico dominante que comparte algunas manifestaciones clínicas con la neurofibromatosis tipo1. Su causa es una mutación del gen SPRED1, cuya alteración provoca pérdida de función represora sobre la vía RAS-MAPK, por lo que se considera una rasopatía. La prevalencia en la población general se desconoce. Actualmente hay unos 200 casos con diagnóstico molecular confirmado descritos.

Caso clínico

Niño de 4 años derivado de neurología por manchas café con leche (MCCL) presentes desde el nacimiento, con desarrollo psicomotor, RMN craneal y exploración oftalmológica normal. Como antecedentes familiares destacaba que su madre tenía MCCL, pero no neurofibromas ni nódulos de Lisch. La exploración física objetivó más de seis MCCL de más de 0,5cm en tronco y extremidades. El estudio genético detectó una mutación en el gen SPRED1 sin alteración en el gen NF1, llegando al diagnóstico de SLG.

Comentario

El SLG puede ser clínicamente similar a la NF1 con MCCL y/o efélides axilares/inguinales. Cognitivamente es menos grave y no presenta nódulos de Lisch, neurofibromas, mutaciones en el gen NF1 o

tumores del SNC. No obstante, al estar afectada la vía RAS, existen dudas sobre la posible predisposición a desarrollar neoplasias. Consecuentemente, aunque se aconseja el mismo seguimiento que en los pacientes con NF1, son necesarios estudios a largo plazo para conocer mejor el riesgo de complicaciones ya que se han descrito diversos tumores. Por otra parte, algunos autores plantean la necesidad de reevaluar los criterios diagnósticos de NF, pues 1-2% de pacientes con criterios de NF1 presenta mutaciones en el gen SPRED1.

Lidia Sobrevias Bonells, Arantxa López Pestaña, Sara Ibarbia Oruezabal, Maria Asunción Arregui Murua, Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Ane Jaka Moreno, Anna Tuneu Valls.
Sección de Dermatología. Hospital Universitario Donostia.

Palabra clave: genodermatosis, neuropediatría



GRANULOMA ANULAR SECUNDARIO A TOPIRAMATO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Las dermatitis granulomatosas reactivas pueden ser secundarias a medicaciones, neoplasias y enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo. Presentan un espectro clínico muy amplio que en ocasiones puede simular un granuloma anular (GA). Además, el GA se ha descrito en relación a fármacos desde 1980.

Caso 1:

mujer de 39 años con trastorno límite de personalidad en tratamiento con topiramato entre otros. Comenzó con lesiones eritemato-violáceas a nivel de articulaciones interfalángicas proximales de mano derecha. Dada la clínica e histología compatible con granuloma anular se pautaron diversos tratamientos tópicos sin mejoría. Ante la posibilidad de un GA secundario a fármacos, se suspendió el topiramato con resolución completa de las lesiones en una semana.

Caso 2:

mujer de 38 años en tratamiento farmacológico con topiramato por trastornos alimentarios. Comenzó con dolor, tumefacción y nódulos a nivel de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas sobre las que aparecían pápulas eritemato-violáceas y posteriormente dolor de cadera y pies. Reumatología diagnosticó de poliartritis

seronegativa y dermatología de granuloma anular. Dado que la paciente sólo respondía a corticoterapia sistémica, se decidió suspender el topiramato con desaparición del cuadro articular y cutáneo en menos de 2 semanas.

Presentamos dos casos de granuloma anular en relación a topiramato. Hasta la fecha sólo se han publicado 3 casos similares, sin embargo, es la primera vez que aparece la artritis en relación al uso de topiramato. Dado el uso tan extendido del topiramato y la alta prevalencia de GA en nuestras consultas, debemos de estar atentos ante esta posibilidad.

Tatiana Piqueres Zubiaurre, Ana Martínez de Salinas Quintana, Libe Aspe Unanue, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Lucía Carnero González, Amaia Urtaran Ibarzabal, Ricardo González Pérez y Emma Camacho Urkaray*.
Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica* del Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gazteiz.

Palabra clave: reacción por fármacos.



ESTUDIO DE CORRELACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE USTEKINUMAB, ANTICUERPOS ANTI-IDIOTIPO Y RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES DE PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON USTEKINUMAB

Introducción

La terapia biológica en la psoriasis moderada-grave se ha convertido en una herramienta terapéutica habitual en nuestra práctica clínica diaria. Sin embargo, todos los fármacos biológicos son potencialmente inmunogénicos y la creación de anticuerpos antifármaco puede comprometer la eficacia a largo plazo. Este fenómeno ha sido evidenciado en varios estudios con fármacos anti-TNF α en artritis reumatoide y en psoriasis. Por ello, la inclusión de determinaciones de concentración de fármaco y anticuerpos anti-fármaco en nuestra rutina podría ayudar a la optimización de las terapias biológicas. Ustekinumab, un antagonista de la IL-12/23, es un anticuerpo monoclonal humano bien tolerado y presumiblemente con baja inmunogenicidad, aunque existen pocos datos al respecto. Nuestro objetivo mediante este estudio es evaluar la inmunogenicidad de ustekinumab en pacientes con psoriasis moderada-grave.

Material y métodos

Estudio prospectivo y observacional en el que se incluyeron 40 pacientes con psoriasis moderada grave en tratamiento con ustekinumab en el Hospital Universitario Basurto. Se recogieron muestras de sangre previas a la inyección de ustekinumab junto con la evaluación del PASI en cada visita durante 12 meses. Se cuantificó la concentración de ustekinumab libre y la concentración

de inmunoglobulinas anti-ustekinumab en suero mediante kits ELISA.

Resultados y Discusión

De los 40 pacientes incluidos, 35 completaron el estudio. Se detectaron anticuerpos anti-ustekinumab en dos pacientes y los niveles de fármaco fueron indetectables en ambos casos. Así mismo, la evolución clínica de estos pacientes no fue favorable. Nuestro estudio mostró una baja tasa de aparición de anticuerpos anti-ustekinumab; y la presencia de estos se asoció a bajas concentraciones en suero de ustekinumab y a una respuesta clínica desfavorable.

Peru Urigoitia Ugalde, Sergio Martín González^{1,2}; Rosaura Navarro Lobato¹; Ainhoa Ruiz del Agua²; Laura Blanch Rius, Jaime González del Tánago Diago, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto. ¹ Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco. ² R&D, Progenika Biopharma, a Grifols Company

Palabra clave: psoriasis, tratamiento sistémico



LARVA MIGRANS CUTÁNEA CON FOLICULITIS ASOCIADA

Introducción

La larva migrans cutánea es causada por larvas de helmintos, sobre todo *Ancylostoma braziliensis*, *A. caninum* y *Uncinaria stenocephala*. Típica de áreas tropicales, está aumentando en nuestro medio debido al turismo. Los huevos son excretados en heces de perros y gatos, surgiendo larvas rhabditiformes, que evolucionan a filiariformes y entran en contacto con la piel sin atravesarla. Cursa con prurito, pápulas y trayectos serpiginosos, siendo menos frecuentes vesículas o foliculitis, esta última asociada a peor respuesta. Anecdóticos son invasión de planos profundos, afectación visceral o síndrome de Loeffler. La eosinofilia periférica o la visión del parásito en biopsia no siempre aparecen. Existen diferentes pautas terapéuticas: albendazol 400mg/día 5-7 días, con curación del 92-100%, ivermectina oral 200 μ g/kg monodosis, tiabendazol tópico 1/8h 5-7 días.

Caso clínico

Mujer española de 41 años que tras regresar de Puerto Rico comienza con pápulas pruriginosas iniciándose en atención primaria tratamiento con corticoides y antibióticos tópicos. Tras 15 días nos consulta apreciándose decenas de papulo-pústulas eritematosas y múltiples trayectos serpiginosos eritematosos palpables, en espalda, mama y brazo derechos. También ligera eosinofilia. Se sospechó larva migrans realizándose biopsia del

extremo de un surco, que mostró dermatitis perivasculare e intersticial de linfocitos y eosinófilos, microabscesos de neutrófilos en estrato córneo, pero no evidencia de parásitos. Se inició tratamiento con albendazol oral 400mg/24horas 7 días. Mejoró significativamente pero tras finalizar el tratamiento se reactivaron las lesiones, pausándose Ivermectina oral 12mg monodosis con respuesta completa, quedando únicamente hiperpigmentación residual.

Discusión

Presentamos un caso de larva migrans con presentación inusual al cursar con foliculitis y gran número de trayectos epidérmicos, que tuvo respuesta parcial tras tratamiento con albendazol, requiriendo el empleo de ivermectina con resolución completa.

Álvaro Rivera Rodríguez¹, Lucía Prieto Torres¹, Ruth Solanas Treviño¹, Sergio Hernández Ostiz¹, Guillermo Muñoz González², Ana Morales Moyal, Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica² del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

Palabra clave: enfermedad tropical, infestación



LAS MALFORMACIONES CAPILARES COMO POSIBLES MARCADORES DE SINDROMES COMPLEJOS

Introducción

Las malformaciones capilares o manchas en vino de Oporto, son las anomalías vasculares más frecuentes y aparecen con igual preferencia entre sexos. Su incidencia en recién nacidos ronda en torno al 0,3%. Aunque la mayoría de ellas son hallazgos aislados en la exploración física, en ocasiones pueden estar asociadas a otras malformaciones vasculares subyacentes así como a alteraciones esqueléticas o sobrecrecimiento, pudiendo constituir asociaciones sindrómicas con patrones fenotípicos repetitivos y reconocibles.

Casos clínicos

Presentamos 3 casos de síndromes complejos diagnosticados a través de la detección de malformaciones capilares en la exploración física.

El primer caso es el de una niña de 3 años con malformaciones capilares en diversas áreas corporales y una lesión de características vasculares en área frontal presente desde el nacimiento. A la exploración, la lesión frontal presentaba leve aumento de la temperatura local.

El segundo caso es el de un niño de 5 años, con una malformación capilar en labio superior, al que se le detectó una disimetría en extremidades inferiores, así como un aumento del perímetro craneal en la exploración.

El tercer caso es el de un niño de 2 años, con una malformación capilar en labio inferior presente

desde el nacimiento, que se acompañaba de una tumoración azul-violácea en región anterior del cuello, que se hacía más evidente con el llanto.

Discusión

Aunque las malformaciones capilares no representan habitualmente un problema de salud grave en sí mismas, pueden ocasionalmente ser señales de aviso sobre síndromes más complejos que encubren otras malformaciones vasculares más complejas.

Conclusiones

Algunas malformaciones capilares pueden ser sindrómicas. Su valoración por una unidad multidisciplinar de anomalías vasculares resulta especialmente útil para realizar un diagnóstico precoz que evite posibles complicaciones.

Marta Ivars Lleó, Isabel Bernad Alonso, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Pedro Redondo Bellón.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Palabra clave: Tratamiento tópico



PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A GLIPTINAS

Introducción

La alopecia areata (AA) es una enfermedad no cicatricial del folículo piloso en la que la fase telogénica está alterada. Su etiología no está claramente establecida aunque se postula una base autoinmune mediada por linfocitos T órgano-específicos. Afecta por igual a ambos sexos, siendo más frecuente en jóvenes. La presentación focal/multifocal, a modo de placas alopécicas de tamaño y número variable en el cuero cabelludo, es el patrón típico. No obstante, existen diversas formas atípicas, entre la que destaca la AA para cabellos negros y rubios.

Caso clínico

Varón de 51 años con antecedentes de alopecia androgenética que acudió por caída brusca del cabello en un plazo de un mes. A la exploración se objetivaban áreas alopécicas difusas en la región parieto-occipital que respetaban el pelo blanco. La dermatoscopia mostró múltiples puntos negros junto a pelos peládicos, diagnosticándose el cuadro de efluvio telogénico para el pelo negro. Se inició tratamiento con clobetasol y minoxidil tópicos, mostrando buena respuesta clínica.

Comentario

La AA para cabellos negros y rubios es una forma rara de AA, también denominada de Santo Tomás Moro o de María Antonieta según si se afectan

varones o mujeres, respectivamente. Se trata de una AA difusa en la que se tiende a retener los cabellos grises o blancos (canicie súbita). En su patogenia podrían influir antígenos específicos de la melanogénesis. En general tiene un buen pronóstico, con una repoblación y repigmentación completa y rápida, a diferencia de lo que acontece en la AA típica cuyo pronóstico es incierto.

Isabel Bernad Alonso, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, María Pilar Gil Aguado, Miguel Ángel Idoate Gastearana, Agustín España Alonso.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Palabra clave: enfermedad ampollosa



HIPERPIGMENTACIÓN LINGUAL PARCHEADA ADQUIRIDA

Introducción

Las papilas fungiformes son pequeñas proyecciones con receptores encargados del gusto, y aunque están salpicadas entre las papilas filiformes por toda la lengua, su distribución se limita de forma preferente al apex, los bordes laterales de la lengua y por delante de la "V" lingual.

Casos clínicos

Caso 1: Niño de raza negra de 7 años natural de Etiopía sin antecedentes de interés, consulta por presentar una pigmentación puntiforme lingual asintomática de 1 año de evolución. A la exploración física se aprecian entre 8 y 10 papilas linguales pigmentadas localizadas exclusivamente en la punta lingual. En la revisión 6 meses después presenta incipientes pigmentaciones adyacentes pero confinadas al apex lingual, sin extensión a otras localizaciones.

Caso 2: Mujer de 34 años procedente de Nicaragua, no fumadora, sin antecedentes de interés ni toma de fármacos, que presenta pigmentación lingual asintomática de 1 año de evolución. A la exploración física se aprecian más de 100 papilas linguales pigmentadas localizadas en apex, bordes laterales y zona posterior, formando un anillo periférico "en empedrado" respetando la zona central. En la dermatoscopia se observan múltiples proyecciones de bordes pigmentados atravesados por vasos.

Conclusión

Las papilas fungiformes de la lengua, llamadas así por su gran semejanza con un hongo, son de color rosa o rojizo en pacientes de piel clara, por la gran cantidad de vasos sanguíneos que las irrigan, considerándose la pigmentación de estas papilas en razas con fototipos altos como una variante de la normalidad. Las lesiones son exclusivas de estas papilas, aparecen con mayor frecuencia durante la niñez, manteniéndose asintomáticas y sin progresión por lo que no es necesario tratarlas. La patogénesis y la razón por la que las alteraciones están limitadas a las papilas fungiformes es desconocida. Presentamos dos nuevos casos de papilas fungiformes pigmentadas de la lengua en una paciente de centroamérica y otro africano.

Sergio Hernández Ostiz¹, Ruth Solanas Treviño¹, Lucía Prieto Torres¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Ana Luisa Morales Moya¹, Francesc Felipo Berlanga², Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica². H.C.U Lozano Blesa Zaragoza

Palabra clave: pigmentación, papilas fungiformes



SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO: REVISIÓN DE 12 CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia poco frecuente de las células endoteliales linfáticas que se manifiesta como múltiples nódulos vasculares cutáneos y mucosos. El sarcoma de Kaposi clásico (SKC) es un tipo de sarcoma de Kaposi no asociado a VIH. En este estudio valoraremos las características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y terapéuticas de esta pequeña muestra.

Material y métodos

Se ha realizado una búsqueda de todos los diagnósticos de SKC de la base de datos de nuestro hospital desde el año 2011 hasta el 2016. A través de estas historias clínicas se han recopilado todas las variables de interés para poder realizar esta revisión de casos.

Resultados

La muestra de pacientes con diagnóstico de SKC se compone de 12 casos. La edad media fue de 84 años, más prevalente en hombres (ratio hombre/mujer: 2/1) de raza caucásica. La localización de inicio más frecuente fue las extremidades inferiores (66,6%). En cuanto a la asociación con VHH8 fue del 100%. Histopatológicamente predominaron las muestras sin atipias (83,3%) y el tratamiento que se utilizó más frecuentemente de inicio fue crioterapia (33,3%) y radioterapia (33,3%) por igual.

Discusión

El SKC suele afectar a hombres de edad avanzada con un pico de incidencia después de la 6ª década de la vida y en razas mediterránea, europea del este y judía. En la literatura, clínicamente se manifiesta como placas o nódulos eritematovioláceos múltiples en extremidades inferiores. Raramente metastatizan a otros órganos y pueden complicarse con linfedema e hiperqueratosis. El pronóstico depende del estadio y la edad del paciente, normalmente fallecen por un motivo ajeno a esta patología de 10-15 años después del diagnóstico del SKC.

Begoña Ramos, MJ Calderón, JA Yagüe, M Julia, ASánchez, M Zaldúa, R.Izu. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao



NECROBIOSIS LIPOIDICA SOBRE CICATRIZ QUIRÚRGICA: UNA FORMA INFRECUENTE DE FENÓMENO DE KÖEBNER TIPO III

La necrobiosis lipoidica (NL) es una dermatosis granulomatosa crónica que se asocia en un alto porcentaje de los pacientes afectados con la presencia de diabetes mellitus o glucemias alteradas.

Presentamos el caso de un varón de 47 años, sin antecedentes patológicos de interés, derivado por presentar lesión en codo izquierdo en forma de placa de unos 8 cm de diámetro de aspecto cicatricial con regiones erosionadas, de 20 años de evolución. El paciente había sido intervenido cuando tenía 25 años de un quiste infundibular en esa región y desde entonces había desarrollado una placa ulcerada, que fue catalogada como complicación de la cirugía, con numerosos episodios de supuesta infección posterior por lo que fue extirpada y reconstruida la zona mediante un colgajo de cobertura. Unos 8 meses después reapareció la lesión en el colgajo. Durante estos años se han realizado numerosas biopsias informadas como reacción granulomatosa, granuloma anular y nódulo reumatoideo perforante además de cultivos para hongos, bacterias y micobacterias con resultado negativo, pruebas radiológicas que no muestran patología ósea ni articular y estudio alérgico que descarta hipersensibilidad a los materiales de sutura.

Dada la no mejoría y la ausencia de un diagnóstico concluyente, se revisaron todas las biopsias.

Con los datos histológicos, la imagen clínica y la revisión de casos similares publicados, llegamos al diagnóstico de necrobiosis lipoidica sobre cicatriz quirúrgica y comenzamos tratamiento con ciclosporina.

En la literatura revisada están descritos hasta la fecha 9 casos de NL apareciendo sobre regiones de traumatismo o cirugía previa, por lo que Weiss et al incluyeron la NL en su clasificación de las dermatosis asociadas a fenómeno de köebner (FK), dentro de la categoría III (dermatosis que ocasionalmente muestran FK). De los casos descritos sólo dos eran pacientes no diabéticos como el nuestro.

Lucía Prieto-Torres¹, Álvaro Rivera-Rodríguez¹, Sergio Hernández-Ostiz¹, Ruth Solanas-Treviño¹, Ana Luisa Morales-Moya¹, Luis Requena², Mariano Ara-Martín¹.

¹Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

²Servicio de Dermatología Fundación Jiménez Díaz. Madrid



SINDROME CLOVES: DOCTOR, ¿QUÉ SON ESTOS BULTOS?

Introducción

El síndrome CLOVES pertenece al espectro de los síndromes de sobrecrecimiento asimétrico asociados a malformaciones vasculares complejas. Antiguamente estos pacientes eran diagnosticados de Síndrome de Proteus. No fue hasta el año 2009 cuando el Síndrome CLOVES fue reconocido como entidad propia. Su nombre deriva del acrónimo en inglés "Congenital Lipomatous Overgrowth" (CLO), "Vascular malformation" (V), "Epidermal nevi" (E) y "Scoliosis" (S). Su causa radica en una mutación somática esporádica durante el desarrollo embrionario precoz en el gen PIK3CA. La mayor dificultad para el diagnóstico diferencial se plantea con el síndrome de Proteus, que presenta una historia natural y pronóstico diferentes. A fecha de hoy no existe un tratamiento curativo para el síndrome CLOVES.

Casos clínicos

- Mujer de 47 años remitida para valoración de lesión vascular en tronco. Diagnosticada de Síndrome de Cobb. Antecedente de carcinoma renal, escoliosis y múltiples intervenciones por tumores intraabdominales. Tras revisión de pruebas radiológicas y exploración física, se diagnostica de Síndrome CLOVES. El caso es planteado en el Comité de Anomalías Vasculares (CAV) y se inicia rapamicina.

- Niño de 9 años derivado por lesiones cutáneas

de aspecto vascular. Antecedentes de ambliopía, lipomatosis múltiple, acortamiento de un miembro y retraso global del desarrollo. Tras una exploración física minuciosa y múltiples pruebas de imagen, se diagnostica de Síndrome CLOVES. El caso es planteado en el CAV.

Conclusión

Presentamos dos casos de Síndrome CLOVES y explicamos su proceso diagnóstico, evolución y manejo. Insistimos en la importancia de un enfoque terapéutico multidisciplinar y precoz de estos pacientes.

Olane Guergué Díaz de Cerio¹, María del Rosario González Hermosa¹, Araceli Cánovas Fernández², Xabier Eizaguirre Uriarte¹, Marta Mendieta Eckert¹, Belén Navajas Pinedo¹

¹Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces (Vizcaya)

²Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Cruces (Vizcaya)



SUTURA SUBCUTÁNEA EN CUERDA DE GUITARRA PARA DISMINUIR LA TENSIÓN EN EL COLGAJO DIGITIFORME

Introducción

El principio básico de un colgajo lobulado o digitiforme de trasposición es que, una vez que el tejido desplazado cubra el defecto, la zona dadora cierre de forma directa. Cuando los defectos son grandes, a veces es necesaria la realización de un segundo lóbulo para cumplir el criterio anterior. Otra opción es forzar el colgajo y adaptarlo al nuevo lecho, aunque esta maniobra, junto con el cierre directo adyacente, puede traccionar en exceso y comprometer así la vascularización local.

Material y métodos

Se presenta una serie de tres pacientes con tumores epiteliales en lateral nasal. Tras la extirpación quirúrgica, los defectos resultantes se cubrieron mediante colgajos digitiformes de trasposición. En el diseño del cierre de los defectos, se utilizaron unos puntos de sutura subcutáneos en cuerda de guitarra para disminuir el tamaño del área cruenta y facilitar el ensamblaje del colgajo sin tensión.

Discusión y conclusiones

Proponemos la realización de la sutura subcutánea en cuerda de guitarra para aquellos casos en los que el defecto cutáneo es mayor que la cobertura que aporta el colgajo local, con el objetivo de facilitar su ensamblaje y disminuir el riesgo de necrosis del tejido desplazado por una excesiva tensión lateral.

Elena Querol Cisneros, Isabel Bernad Alonso, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Pedro Redondo Bellón.
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona, Navarra)

Palabra clave: tratamiento quirúrgico



LESIÓN PSEUDOTUMORAL POR PASTEURELLA MULTOCIDA TRAS MORDEDURA DE GATO

Introducción

Las infecciones provocadas por mordedura de animal son entidades clínicas muy comunes en nuestro medio debido a la estrecha relación existente entre ellos y los humanos. Presentamos un caso clínico con características clínicas atípicas de infección por Pasteurella.

Caso clínico

Mujer de 77 años con dolor y lesión cutánea en pierna izquierda de 9 días de evolución tratada con amoxicilina/clavulánico sin presentar mejoría. Como antecedente epidemiológico destaca una mordedura de gato en esa localización. A la exploración física presenta lesión de aspecto excrescente de base sesil, consistencia sólida, morfología redondeada, superficie amarillo-grisácea, secreción maloliente, localizada sobre una pierna edematosa, caliente y eritematosa. Se tomaron cultivos y biopsia de la lesión y ante la tórpida evolución a pesar de la antibioterapia empírica se decide ingreso para iniciar meropenem y azitromicina intravenosa. Tras el alta y suspensión de antibioterapia el cuadro empeora con aparición de celulitis, supuración persistente y presencia de dos fistulas requiriendo exploración quirúrgica. El resultado del cultivo fue positivo para Pasteurella multocida.

Discusión

Las heridas por mordedura de animal son muy

frecuentes. La mordedura de gato es polimicrobiana con patógenos aerobios y anaerobios, siendo Pasteurella multocida el germen más frecuentemente aislado estando localizado en la nasofaringe del gato de una forma asintomática. Aunque en la mayoría de los casos la infección permanece localizada en la zona de entrada, produciendo úlceras, celulitis o abscesos, ocasionalmente puede producirse osteomielitis o artritis séptica así como afectación sistémica. La presentación de la infección como forma tumoral, como en nuestra paciente, es excepcional.

El diagnóstico es epidemiológico con cultivo de la lesión. El tratamiento de elección es amoxicilina/clavulánico, a pesar de que en nuestro caso no tuvo buena respuesta inicial probablemente por la gran masa pseudotumoral que requirió tratamiento intravenoso y extirpación quirúrgica.

Ruth Solanas Treviño¹, Sergio Hernández Ostiz¹, Alvaro Rivera Rodríguez¹, Lucía Prieto Torres¹, Soledad Salvo González², Guillermo Muñoz González³, Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹, Microbiología² y Anatomía Patológica³ del HCU "Lozano Blesa", Zaragoza.

Palabra clave: Pasteurella



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

Introducción

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

lupus vulgar, con buena evolución clínica con el tratamiento anti-tuberculostáticos recomendados por la oms.

Caso clínico

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

Discusión

Nuestro paciente presentaba un cuadro de diseminación endógena, por vía pulmonar, siendo la localización en la oreja típica de este proceso de

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

Palabra clave: infección bacteriana

NOTAS

Area for handwritten notes with horizontal dashed lines.



Lugar de la Reunión: Museo Marítimo Ría de Bilbao
Muelle Ramón de la Sota N°1 · 48013 Bilbao