

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



Bilbao · 13 de marzo de 2010



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

Presidente: Prof. Ignacio Querol Nasarre
Facultad de Medicina
Universidad de Zaragoza

Reunión avalada y copatrocinada por la
Universidad del País Vasco (UPV)



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

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

Bilbao, 13 de marzo de 2010

Hotel Meliá Bilbao. Bilbao



PROGRAMA

10:15 horas. Entrega de documentación.

pág. 10:30 horas. Comunicaciones libres. Moderadora: **Dra. Silvia Pérez Barrio.**

- 9 ■ **ANGIOHISTIOCITOMA DE CÉLULAS MULTINUCLEADAS GENERALIZADO.**
Cristina López Obregón, María Asunción Arregui Murua, Carmen Lobo Morán, Patricia Eguino Gorrochategui, María López Nuñez, Ane Jaka Moreno, Luis Requena Caballero*. Hospital Donostia. San Sebastián. Fundación Jiménez Díaz. Madrid*.
- 10 ■ **TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**
M^a Concepción Montis Palos, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Lucía Carnero González, Elvira Acebo Mariñas, Ricardo González Pérez, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.
- 11 ■ **NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ Y NEOPLASIA INTRAABDOMINAL: SIGNO DE MAL PRONÓSTICO.**
M. Julià Manresa1, V. Almeida Llana1, I. García-Río1, A. Martínez de Salinas1, A. Viguri Díaz2. Servicio de Dermatología1 y Anatomía Patológica2. Hospital de Txagorritxu, Vitoria, Álava.
- 12 ■ **ASOCIACIÓN DE NEVUS EPIDÉRMICO Y NEVUS LENTIGINOSO MOTEADO: FACOMATOSIS PIGMENTOQUERATÓTICA.**
Ana Giménez de Azcárate Trivez, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Maider Pretel Irazabal, Miguel Angel Idoate Gastearena(*). Servicio de Dermatología Clínica Universidad de Navarra. Servicio de Anatomía Patológica Clínica Universidad de Navarra (*).
- 13 ■ **TUMOR FIBROHISTIOCÍTICO PLEXIFORME EN EL PIE DE UNA ANCIANA**
Elvira Acebo Mariñas, Blanca Catón Santarén*, Lucía Carnero González, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Izaskun Trébol Urra, Itziar Arrue Mitxelena, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital de Santiago. Vitoria. Álava.
- 14 ■ **METÁSTASIS CUTÁNEAS DE DISTRIBUCIÓN ZOSTERIFORME.**
Belén Navajas Pinedo, Juan Antonio Ratón Nieto, Xabier Eizaguirre Uriarte, Salomé Alvarez Sánchez, Irati Allende Markixana, Andrés Palacios Abufón. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya.
- 15 ■ **LESIÓN CUTÁNEA CENTROFACIAL DE RECIENTE APARICIÓN**
I.García-Río, V. Almeida Llamas, A. Martínez de Salinas, M. Julia Manresa, V. Moreno Nieto*. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Alava. España
- 16 ■ **MICOSIS FUNGOIDE FOLICULAR**
María Navedo de las Heras, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Laura Marqués Martín, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Miguel Angel Idoate Gastearena*, Pilar Gil Sánchez. Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica*. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.
- 17 ■ **PAPULOSIS LINFOMATOIDE EN EDAD INFANTIL.**
Pilar Manrique Martínez, Aitor Fernandez de Larrinoa*, Juan Luis Artola Igarza, Victoria Morillo Montañés, Ana Arechalde Pérez, Amaia Mariscal Polo.

Servicio de Dermatología. Hospital Galdakao Usansolo, Galdakao. Servicio de Anatomía Patológica Hospital de Basurto Bilbao*.

18 **ULCERAS DOLOROSAS EN PIERNAS COMO SIGNO DE CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL**

Marta Lorda Espés, Raquel Conejero Del Mazo, Cristina Corredera Carrión, Victoria Fuentes del Barrio, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán y Francisco J. Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

19 **SARCOIDOSIS SISTÉMICA TRAS REACCIÓN GRANULOMATOSA A TATUAJES FACIALES.**

Izaskun Trébol Urra, Elvira Acebo Mariñas, M^a Concepción Montis Palos, Itziar Arrue Michelena, Lucía Carnero González, Nieves Saracibar Oyon* y Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

20 **SÍNDROME DE SWEET PUSTULOSO INFANTIL**

M^o L. Zubiri-Ara*, R. Baldellou-Lasierra*, R. García-Felipe*, A. Morales Callaghan*, M. Bouthelier-Moreno**, C. Hördnler-Argarate***. Servicios de Dermatología*, Pediatría**, Anatomía Patológica***. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

21 **DERMATOSIS NEUTROFÍLICA REUMÁTICA AMPOLLOSA**

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Bernat Galarraga Gallastegui*, Enrique Ornila Laraudogoitia*, Miguel Ángel Idoate Gastearena**, Agustín España Alonso. Departamentos de Dermatología, Reumatología* y Anatomía Patológica**. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

22 **PÉNFIGO VEGETANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Cristina Corredera Carrión, María Victoria Fuentes del Barrio, Marta Lorda Espés, Mariano Ara Martín, Ana Morales Moya(*), María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Centro de Alta Resolución de Ejea de los Caballeros(*). Zaragoza.

23 **INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM CHELONAE EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB.**

Raquel Conejero del Mazo, Marta Lorda Espés, Victoria Fuentes del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco J. Carapeto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

12:30 horas. Conferencia del Experto.

1. DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES FOTOSENSIBLES.

Dr. J. Gardeazabal. Jefe de Sección. Hospital de Cruces. Bilbao.

2. FOTOTERAPIA: ASPECTOS PRÁCTICOS.

Dr. R. González. Jefe de Sección. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

14:00 horas. Almuerzo de trabajo. Hotel Meliá Bilbao. Bilbao.
(patrocinado por laboratorios Abbott)

16:00 horas. Comunicaciones libres. Moderador: Dr. Juan Luis Artola Igarza.

- 24 **TRASPLANTE DE MELANOCITOS AUTÓLOGOS SOBRE MEMBRANA AMNIÓTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL VITÍLIGO ESTABLE**
Laura Marqués Martín, Leyre Aguado Gil, María Navedo de las Heras, Gorka Ruiz Carrillo, Pedro Rondono Bellón. Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.
- 25 **REACCIÓN CUTÁNEA AGUDA ATÍPICA SECUNDARIA A DOCETAXEL.**
Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Raquel Conejero del Mazo, Marta Lorda Espés, Mariano Ara Martín, M^a Pilar Grasa Jordán, F.J Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.
- 26 **PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA LOCALIZADA SECUNDARIA A BETALACTAMICOS.**
A. Arechalde Pérez, P. Manrique Martínez, E. Camino Rodríguez*, G. Bernaola Hortigüela*, J.L. Artola Igarza, V. Morillo Montañés, A. Mariscal Polo. Servicio de Dermatología y Sección de Alergología*. Hospital de Galdakao Usansolo. Galdakao (Bizkaia).
- 27 **ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES Y ERUPCIÓN DERMATOMIOSITIS-LIKE POR HI-DROXIUREA.**
María López-Núñez, José Zubizarreta Salvador, Anna Tuneu Valls, Cristina López-Obregón, Begoña Aseginolatz Zabaleta, Susana Vildosola Esturo, Arantxa López-Pestaña. Hospital Donostia. San Sebastián.
- 28 **HIPERPIGMENTACIÓN RETICULADA EN ÁREAS FOTOEXPUUESTAS INDUCIDA POR DILTIAZEM**
Ane Jaka Moreno, Arantxa López Pestaña, Anna Tuneu Valls, José Zubizarreta Salvador, Rosa Balde-llou Lasierra*, Nerea Pérez Ormaechea, Carmen Lobo Morán**. Servicios de Dermatología* . Hospi-tal Miguel Servet. Servicio de Anatomía Patológica ** del Hospital Donostia. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia.
- 29 **LUPUS CUTÁNEO EN PACIENTE PSORIATICO EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO**
Sánchez Díez Ana, Blaya Álvarez Bruno, Zaldúa Michel, Perez Barrio Silvia, Martínez de Lizarduy Iñigo, Fernandez de Larrinoa Aitor*, Careaga Alzaga Jesús M. Servicio de Dermatología y anatomía patoló-gica*. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya
- 30 **UN NUEVO CASO DE ANGIOFIBROMAS FACIALES MÚLTIPLES UNILATERALES.**
Cristina Gómez Bringas, Luis Díaz Ramón, Marta Ballesteró Díez, Izaskun Ocerin Guerra, Nerea Agesta Sánchez, Mireya Lázaro Serrano. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao.
- 31 **SÍNDROME DE BROOKE SPIEGLER: NULA RESPUESTA TERAPEÚTICA CON ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO EN 3 PACIENTES.**
Aitor De Vicente Aguirre, Jesús Gardeazabal Garcia, Olatz Lasa Elgezua, Libe Aspe Unanue, Jose Luis Diaz Ramon , Belen Navajas Pinedp. Hospital de Cruces Servicio de Dermatología . Baracaldo
- 32 **MUCINOSIS CUTÁNEA ASOCIADA A VIH: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**
Itziar Arrue Michelena, Izaskun Trébol Urra, Sofía Goula Fernández, Zuriñe Martínez de Lagrán Álva-rez de Arcaya, Ricardo González Pérez, Nieves Saracibar Oyon*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.
- 33 **MUCINOSIS FOLICULAR: EXCELENTE RESPUESTA A RADIOTERAPIA**
Amaia Mariscal Polo, Pilar Manrique Martínez, Victoria Morillo Montañés, Juan Luis Artola Igarza, Ana Arechalde Pérez, Ibón Bilbao Badiola, Igone Imáz Murga*. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

34 **HIPOQUERATOSIS CIRCUNSCRITA ACRAL.**

Martinez de Lizarduy Iñigo, Blaya Alvarez Bruno, Izu Belloso Rosa, Careaga Alzaga Jesús Mari, Calderon Gutierrez Maria José, Fernandez de Larrinoa Aitor. Hospital de Basurto, Bilbao

35 **PÁPULAS CALCIFICADAS EN TÓRAX ANTERIOR**

Bruno Blaya Alvarez, Rosa Izu Belloso, Ana Sánchez Díez, Silvia Pérez Barrio, Iñigo Martínez de Lizarduy, Aitor Fernández de Larrinoa**, Jesús María Careaga Alzaga,. Servicios de Dermatología y **Anatomía Patológica del Hospital de Basurto (Bilbao, Vizcaya).

36 **ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU CON BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON ETANERCEPT.**

Mireya Lázaro Serrano, Maria Rosario González Hermosa, Nerea Agesta Sánchez, Susana Gómez Muga, Marta Ballesterio Díez, Iratí Allende Markixana. Servicio de Dermatología, Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

37 **TRATAMIENTO MEDIANTE STRIPPING DE LA ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA**

Nerea Ormaechea Pérez; Anna Tuneu Valls; Carmen Lobo Morán*; M^a Asunción Arregui Murua; Begoña Aseginolatza Zabaleta; Susana Vildosola Esturo; Cristina López Obregón. Servicio Dermatología. Servicio Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. Donostia, Guipúzcoa.

18:00 horas. Asamblea General Ordinaria de la Sección VNAR.

ORDEN DEL DIA

1. Informe del Presidente.
2. Informe del Secretario.
3. Informe de la Tesorera.
4. Asuntos de trámite.
5. Ruegos y preguntas.

ANGIOHISTIOCITOMA DE CÉLULAS MULTINUCLEADAS GENERALIZADO

Cristina López Obregón, María Asunción Arregui Murua, Carmen Lobo Morán, Patricia Eguino Gorrochategui, María López Nuñez, Ane Jaka Moreno, Luis Requena Caballero*. Hospital Donostia. San Sebastián. Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

Introducción.

El angiohistiocitoma de células multinucleadas es una proliferación vascular benigna de células fibrohistiocitarias, poco frecuente, con cerca de 70 casos publicados hasta el momento actual. Fue descrito por primera vez en 1985 por Smith y Wilson Jones. Afecta fundamentalmente a mujeres localizándose preferentemente en dorso de manos, muñecas y extremidades inferiores. La variante generalizada es excepcional.

Caso clínico.

Varón de 56 años que presentaba desde hacía 6 años una erupción lentamente progresiva con prurito ocasional. A la exploración presentaba decenas de pápulas eritematovioláceas y marronáceas, ligeramente induradas, localizadas fundamentalmente en flancos y mitad inferior de la espalda. La biopsia cutánea mostraba una proliferación de capilares y vénulas en la dermis, acompañada de un infiltrado linfocitario y células multinucleadas de contorno angulado.

Discusión.

El angiohistiocitoma de células multinucleadas generalizado es una enfermedad extraordinariamente rara de la que tan sólo tenemos constancia de 4 casos. Dos de los pacientes presentaban las lesiones cutáneas en el contexto de un síndrome POEMS. Aportamos un nuevo caso de angiohistiocitoma de

células multinucleadas generalizado sin asociación a ninguna otra enfermedad.

Palabras Clave

Tumor benigno. Diagnóstico.

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

M^a Concepción Montis Palos, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Lucía Carnero González, Elvira Acebo Mariñas, Ricardo González Pérez, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

Introducción.

El tumor de células granulares, también conocido como tumor de Abrikossoff es una neoplasia rara por lo general benigna, de probable origen neuroectodérmico (células de Schwann). La mayoría de los casos son esporádicos aunque también se han descrito presentaciones familiares. Suele manifestarse como un nódulo solitario, indoloro y de crecimiento progresivo, inferior a 3 cm de diámetro. Generalmente se localiza en la lengua y menos frecuentemente en otras áreas.

Caso clínico.

Mujer de 62 años, presentaba una lesión en región infraescapular izquierda de varios años de evolución que en los últimos meses había aumentado de tamaño y cambiado de consistencia. En la exploración física se apreciaba una masa subcutánea de 5x2 cm de diámetro, pétreo, desplazable, no adherida a planos profundos. La sospecha clínica inicial fue de lipoma calcificado. El estudio histológico fue sugestivo de tumor de células granulares profundo, con afectación completa del tejido celular subcutáneo. La inmunohistoquímica mostró positividad para S-100, enolasa neuronal específica y calretinina siendo el índice proliferativo inferior al 1%. Aunque la malignidad de estos tumores es excepcional, las características de nuestro caso (tamaño, localización y profundidad de la lesión) llevaron a la exéresis

completa de la misma y realización de estudio de extensión mediante radiografía de tórax y ecografía abdominal.

Conclusión.

Presentamos un caso de una neoplasia infrecuente y con una presentación clínica no habitual, tanto por su localización, como por su tamaño (superior a 3 cm) y por la llamativa afectación en profundidad a nivel histológico.

Palabras clave

Tumor benigno. Tumor de células granulares. Tumor de Abrikossoff.

NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ Y NEOPLASIA INTRAABDOMINAL: SIGNO DE MAL PRONÓSTICO.

M. Julià Manresa¹, V. Almeida Llana¹, I. García-Río¹, A. Martínez de Salinas¹,
A. Víguri Díaz². Servicio de Dermatología¹ y Anatomía Patológica². Hospital
de Txagorritxu, Vitoria, Álava.

Introducción.

El epónimo nódulo de la hermana María José hace referencia a la presencia de nódulos tumorales metastásicos en la región umbilical. Es un signo clásico, bien descrito en la literatura pero infrecuente. Se asocia a cáncer intrabdominal diseminado y es un signo de mal pronóstico.

Métodos.

Presentamos dos pacientes de 49 y 89 años de edad con nódulos de la hermana María asociados a un proceso neoplásico intraabdominal diseminado, de origen desconocido y de origen gástrico respectivamente. Ambas pacientes presentaron una evolución fatal con una supervivencia inferior a los 2 meses tras el diagnóstico de las metástasis cutáneas periumbilicales.

Discusión.

Entre el 1-10,4% de los tumores malignos internos metastatizan la piel, típicamente en forma de nódulos cutáneos, y hasta en el 0,8% representan la primera manifestación de un cáncer no diagnosticado. La presencia de los nódulos de la hermana María José se asocia en un 97% a procesos neoplásicos intraabdominales, destacando por su frecuencia los de origen digestivo y ginecológico. El interés de estos nódulos es principalmente diagnóstico ya que facilita la obtención de muestras para su estudio anatomopatológico. Sin embargo, suelen

presentarse en estadios avanzados, de mal pronóstico, en los que el tratamiento es básicamente paliativo.

Palabras clave
Tumor maligno.

ASOCIACIÓN DE NEVUS EPIDÉRMICO Y NEVUS LENTIGINOSO MOTEADO: FACOMATOSIS PIGMENTOQUERATÓTICA

Ana Giménez de Azcárate Trivez, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Maider Pretel Irazabal, Miguel Angel Idoate Gastarena(*). Servicio de Dermatología Clínica Universidad de Navarra. Servicio de Anatomía Patológica Clínica Universidad de Navarra (*).

Introducción.

El nevus epidérmico (NE) es un hamartoma que se origina a partir de un clon anormal de células, debido a una mutación somática durante la embriogénesis, que se manifiesta en forma de mosaico. Debido a esto, cualquier tipo de nevus puede hipotéticamente asociarse con alguna anomalía congénita en algún órgano derivado del mismo tejido embriológico. La mayoría de nevos epidérmicos se distribuyen a lo largo de las líneas de Blaschko, que presentan un aspecto variable según la localización.

Caso clínico.

Presentamos un paciente de 5 años afecto de nevus epidérmico/sebáceo desde el nacimiento. Presentaba una placa alopecica amarillo-anaranjada en cuero cabelludo y lesiones similares en mejilla, labio superior y pabellón auricular ipsilaterales, adquiriendo un aspecto más verrucoso en región retroauricular. A los dos años de vida desarrolló en hombro y brazo del mismo lado lesiones pigmentadas de aspecto moteado que planteaban diagnóstico diferencial entre Nevus Spilus y lentiginosis unilateral parcial. Histológicamente el estudio de dicha lesión mostró hallazgos de nevus juntural, lo que apoya el diagnóstico de Nevus Spilus. La asociación de Nevus Epidérmico y Nevus Spilus se denomina Facomatosis Pigmentoqueratótica y puede asociar alteraciones neurológicas, oftalmológicas y

esqueléticas. El examen oftalmológico y el desarrollo psicomotor del niño son normales hasta el momento actual.

Conclusión.

Ante un nevus epidérmico es preciso un estrecho seguimiento dado, en primer lugar, su posible malignización en forma de carcinoma basocelular y, en segundo lugar, dada su posible asociación a otras alteraciones cutáneas y extracutáneas que se deben descartar.

Palabras clave

Diagnóstico. Nevus y melanoma.

TUMOR FIBROHISTIOCÍTICO PLEXIFORME EN EL PIE DE UNA ANCIANA

Elvira Acebo Mariñas, Blanca Catón Santarén*, Lucía Carnero González, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Izaskun Trébol Urra, Itziar Arrue Mitxelena, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital de Santiago. Vitoria. Álava

Introducción.

El tumor fibrohistiocítico plexiforme (TFP) es una rara neoplasia mesenquimal de bajo grado de malignidad que suele afectar el tejido subcutáneo de las extremidades superiores de niños y adultos jóvenes.

Caso clínico.

Mujer de 75 años con un nódulo erosionado de 15 mm de diámetro en la planta del pie izquierdo, de un año de evolución, con sospecha clínica de melanoma amelanótico. El estudio histológico de la pieza quirúrgica reveló una tumoración multinodular infiltrante que ocupaba toda la dermis y parcialmente la hipodermis. Cada nódulo estaba constituido por fascículos de células fusiformes sin atipia, entremezcladas con células gigantes de tipo osteoclasto, con abundantes vasos y siderófagos en el estroma internodular. Tras la extirpación quirúrgica la paciente no ha presentado signos de recidiva después de 8 meses de seguimiento.

Discusión.

El TFP fue descrito en 1988 por Enzinger y Zhang. Es de histogénesis desconocida y suele presentarse como un nódulo indoloro de menos de 3 cm de diámetro en el tejido subcutáneo. Rara vez afecta a la dermis y es excepcional su localización en el pie. Existen 3 subtipos histológicos: fibrohistiocítico, fibroblástico y mixto. El diagnóstico diferen-

cial incluye entre otros el tumor de células gigantes de la vaina tendinosa y el tumor de células gigantes de partes blandas. El tratamiento es quirúrgico con márgenes amplios ya que recidiva hasta en el 40% de los casos. Se han descrito 2 pacientes con metástasis ganglionares y 3 con metástasis pulmonares entre los más de 100 casos publicados, por lo que se recomienda realizar seguimiento a largo plazo.

Palabras Clave

Tumor maligno. Tumor fibrohistiocítico plexiforme.

METÁSTASIS CUTÁNEAS DE DISTRIBUCIÓN ZOSTERIFORME.

Belén Navajas Pinedo, Juan Antonio Ratón Nieto, Xabier Eizaguirre Uriarte, Salomé Álvarez Sánchez, Irati Allende Markixana, Andrés Palacios Abufón.
Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

Introducción.

En un 5-10% de las metástasis cutáneas el primario es desconocido, diagnosticándose premortem sólo en un cuarto de los casos. Frecuentemente se deben a adenocarcinomas. El patrón zosteriforme de metástasis es poco frecuente. Se localiza sobre todo en tronco y el primario sólo es conocido en el 12,5% (generalmente mama y pulmón).

Caso clínico.

Varón de 75 años sin antecedentes de interés. En Agosto de 2004 es intervenido de urgencia por colecistitis aguda gangrenosa con peritonitis biliar realizándose una colecistectomía parcial. En Octubre de ese año es diagnosticado de adenocarcinoma de próstata estadio IV con metástasis óseas que es bien controlado con hormonoterapia. En Marzo de 2005, 7 meses tras la operación, acude a nuestra consulta por lesiones nodulares, algunas ulceradas, en el trayecto de la cicatriz de laparotomía en zona abdominal derecha sin pasar la línea media. Aunque la sospecha clínica inicial fue metástasis cutáneas de origen prostático, el estudio histológico con IHQ orientaba hacia metástasis cutáneas de adenocarcinoma intestinal, probablemente biliar. El TAC también mostró metástasis hepáticas. En Julio de 2005 desarrolla un cuadro oclusivo intestinal con carcinomatosis peritoneal. El paciente es tratado con quimioterapia hasta que fallece 2 meses después.

Conclusiones.

Presentamos un caso de metástasis cutáneas como primera manifestación de neoplasia interna (adenocarcinoma biliar) en paciente ya diagnosticado de otra neo avanzada (adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas). Destacamos el patrón "zosteriforme" peculiar de las lesiones sin poder asegurar si se debe a diseminación hematogena o a implantación en el momento de la intervención.

Palabras Clave
Tumor maligno

LESIÓN CUTÁNEA CENTROFACIAL DE RECIENTE APARICIÓN

I.García-Río, V. Almeida Llamas, A. Martínez de Salinas, M. Julia Manresa, V. Moreno Nieto*. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica***. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Alava. España

Introducción.

La "foliculitis pseudolinfomatosa" (FSL) es una variante de la hiperplasia linfoide cutánea descrita por primera vez por McNutt en 1986. Es una entidad poco frecuente con menos de 50 casos publicados en la literatura.

Caso clínico.

Mujer de 44 años, sin antecedentes de interés, presentaba una lesión nodular eritematoviolácea en ala nasal derecha que creció rápidamente en 15 días, con discreto dolor. Se realizó una biopsia, observándose un infiltrado denso en dermis rodeando folículos y constituido por linfocitos CD20 y CD3, en la misma proporción. El reordenamiento genético (PCR) fue policlonal. La lesión remitió espontáneamente en 20 días. Se estableció el diagnóstico de "foliculitis pseudolinfomatosa"

Discusión.

La FSL es un proceso raro, de naturaleza benigna, que se presenta clínicamente como un nódulo solitario en cara e histológicamente por un infiltrado linfocitario mixto CD3 Y CD20 rodeando los folículos pilosos. Se discuten posibilidades diagnósticas (pseudolinfoma, linfoma.....) y se comentan aspectos de esta entidad curiosa y desconocida.

Palabras Clave
Linfoma.

MICOSIS FUNGOIDE FOLICULAR

María Navedo de las Heras, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Laura Marquès Martín, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Miguel Angel Idoate Gastearena*, Pilar Gil Sánchez. Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica*. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción.

La micosis fungoide folicular es una variante de micosis fungoide caracterizada por la presencia de infiltrados de linfocitos atípicos alrededor e infiltrando el folículo piloso. No suele presentar epidermotropismo y en la mayoría de los casos se observa una mucinosis folicular asociada. Esta variante de linfoma cutáneo T constituye un 10% de las micosis fungoides. Afecta a adultos localizándose preferentemente en cabeza y cuello.

Caso clínico.

Mujer de 37 años que consulta por presentar placas eritematosas, pruriginosas y nódulos persistentes en región facial de 9 meses de evolución extendiéndose progresivamente hacia región cervical. Realizaba tratamiento con corticoides e inmunosupresores tópicos en el último mes con mala evolución.

En la biopsia se apreciaba un infiltrado linfoide de naturaleza T, CD-4+ de localización perifolicular, que se acompañaba de intensa mucinosis. Se realizó análisis molecular observando reordenamiento monoclonal del gen TCR α . El diagnóstico fue de micosis fungoide foliculotropa. El estudio de extensión fue negativo.

Se indicó tratamiento con prednisona a dosis altas (1mg/kg) en pauta descendente durante tres meses con resolución del cuadro.

Conclusiones.

La ausencia de máculas o placas en zonas cubiertas y la ausencia de epidermotropismo de los linfocitos T atípicos puede dificultar el diagnóstico inicial de micosis fungoide. Es necesario realizar una correlación clinicopatológica para establecer un diagnóstico certero.

Palabras clave

Tumor maligno. Linfoma. Tratamiento sistémico.

PAPULOSIS LINFOMATOIDE EN EDAD INFANTIL.

Pilar Manrique Martínez, Aitor Fernández de Larrinoa*, Juan Luis Artola Igarza, Victoria Morillo Montañés, Ana Arechalde Pérez, Amaia Mariscal Polo.
Servicio de Dermatología. Hospital Galdakao Usansolo, Galdakao. Servicio de Anatomía Patológica Hospital de Basurto Bilbao*.

Introducción.

La papulosis linfomatoide es un linfoma cutáneo de bajo grado de malignidad. Su curso es crónico y en su evolución puede asociarse a otro linfoma. Aunque puede aparecer a cualquier edad es poco frecuente en niños habiéndose publicado no más de 60 casos en dicho grupo de población. El seguimiento y la monitorización es igual en niños que en adultos.

Caso clínico.

Niño varón de 10 años, con 8 años de comienzo con lesiones papulosas rojo violáceas en miembros inferiores, asintomáticas, que regresan en uno-dos meses, con hiper e hipopigmentación residual. El diagnóstico inicial fue de picaduras pero ante la persistencia de los brotes de lesiones siempre en miembros inferiores es remitido a dermatología.

La biopsia de las lesiones para m.óptica e inmunohistoquímica mostró un infiltrado perivascular dérmico superficial y profundo, constituido por linfocitos e histiocitos y entre el que se observan algunas células linfoides grandes, de núcleos irregulares, algunos de ellos indentados. La epidermis muestra hipergranulosis y ligera hiperqueratosis. En el estudio inmunohistoquímico, la población linfoide está constituida por linfocitos T y se observan algunas células grandes que expresan CD30. El componente histiocitario expresa CD68. Con tinciones especiales

no se observan bacilos ácido-resistentes ni hongos.

El estudio de extensión fue negativo para la presencia de otro linfoma.

Se optó por un tratamiento sintomático y revisiones programadas.

Comentario.

La papulosis linfomatoide, es una enfermedad linfoproliferativa, muy raramente descrita en la literatura médica y más aún en edad infantil.

Palabras clave
Linfoma.

ÚLCERAS DOLOROSAS EN PIERNAS COMO SIGNO DE CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL

Marta Lorda Espés, Raquel Conejero Del Mazo, Cristina Corredera Carrión, Victoria Fuentelsaz Del Barrio, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán y Francisco J. Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Introducción.

Bien por la complejidad de su patogenia, bien por la inespecificidad de su espectro clínico la crioglobulinemia mixta esencial es una entidad poco diagnosticada.

La lesión cutánea más frecuente es la purpura palpable en extremidades inferiores, aunque el abanico de manifestaciones clínicas en la piel es amplio y común con otras patologías.

Material y metodos.

Ingresa en la planta de nuestro servicio una mujer de 74 años con antecedentes de hipertensión y fibrilación auricular crónica con úlceras dolorosas limitantes en ambas piernas de dos meses de evolución, diagnosticada un mes antes por el servicio de Reumatología de vasculitis leucocitoclástica pendiente de filiación, por unas lesiones purpúricas en piernas y tratada con Dacortin 30mg/día en pauta descendente con pobre respuesta.

En la exploración física se apreciaban úlceras irregulares de diferentes tamaños en cara anterior y posterior de ambas piernas, así como pápulas purpúricas en cara anterior de ambos muslos con histopatología compatible con vasculitis leucocitoclástica. La inmunofluorescencia de las lesiones mostró depósitos de C3 y C4. En las analíticas se hallaron crioglobulinas policlonales positivas tipo Ig M e Ig G. Se trató a la paciente con Ibuprofeno oral y curas tópicas

de las úlceras con lenta pero buena evolución de las mismas.

Resultados.

Se completó el estudio con serología (VHC), estudio de función renal y electro-neurografía en busca de daño en órganos diana, llegando al diagnóstico de Crioglobulinemia Mixta Esencial al no hallar ningún factor desencadenante ni enfermedad subyacente identificable.

Palabras clave
Vasculitis. Enfermedad sistémica. Diagnóstico.

SARCOIDOSIS SISTÉMICA TRAS REACCIÓN GRANULOMATOSA A TATUAJES FACIALES.

Izaskun Trébol Urra, Elvira Acebo Mariñas, M^ª Concepción Montis Palos, Itziar Arrue Michelena, Lucía Carnero González, Nieves Saracibar Oyon* y Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

Introducción.

La realización de tatuajes corporales es cada vez más frecuente en los países desarrollados. Sin embargo, esta práctica no está exenta de posibles efectos adversos, habiéndose descrito un amplio espectro de lesiones tumorales, infecciosas e inflamatorias en relación con los mismos.

Casos clínicos.

Mujer de 49 años de edad que consultó por prurito y lesiones papulosas de 6 meses de evolución en cejas y párpados. Se había tatuado dichas zonas en varias ocasiones, la última hacía tres años. Se realizó biopsia cutánea encontrándose una reacción granulomatosa a cuerpo extraño con presencia de pigmento. Tanto la analítica como la placa de tórax fueron normales. La paciente recibió tratamiento con corticoides tópicos e intralesionales y con alopurinol oral con mejoría del cuadro. A los pocos meses de suspender el tratamiento consultó por la aparición de nuevas lesiones y por un cuadro de tos nocturna y astenia. Se realizó nueva biopsia en la que se observaba una dermatitis granulomatosa no necrotizante. En la radiografía de tórax se objetivaron adenopatías paratraqueales derechas e hiliares bilaterales compatible con el diagnóstico de sarcoidosis.

Discusión.

La aparición de lesiones sobre cic-

trices (cirugía, traumatismos, inyecciones, tatuajes, etc.) es una manifestación bien conocida de la sarcoidosis y pueden ser el único signo de enfermedad. Aunque las reacciones inflamatorias sobre tatuajes suelen ser de tipo granuloma a cuerpo extraño, es necesario realizar estudios complementarios y seguimiento, ya que también pueden ser el inicio de una sarcoidosis cutánea o sistémica.

Palabras clave

Enfermedad sistémica. Sarcoidosis. Tatuajes.

SÍNDROME DE SWEET PUSTULOSO INFANTIL

M^a L. Zubiri-Ara*, R. Baldellou-Lasierra*, R. García-Felipe*, A. Morales Callaghan*, M. Bouthelie-Moreno**, C. Hördnler-Argarate***. Servicios de Dermatología*, Pediatría**, Anatomía Patológica***. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción.

El Síndrome de Sweet o Dermatitis neutrofílica febril aguda, es un cuadro raro en niños, que se caracteriza por placas edematosas, eritematosas, en ocasiones vesículo-pustulosas, que se acompañan de fiebre elevada, neutrofilia, denso infiltrado de neutrófilos en dermis y una rápida respuesta a los corticoides sistémicos. Su etiología puede ser variada, idiopática, secundaria a infecciones, inducida por fármacos, asociada a embarazo, a enfermedades inflamatorias y malignas sobre todo hematológicas.

Caso clínico.

Niño de 4 años y medio, español, sano, que ingresa por presentar de 4 días de evolución eritema y edema en párpado izdo que los padres atribuyen a una picadura, apareciendo posteriormente lesiones edematosas y pustulosas en la zona posterior del cuello, párpados y cara, que se acompañan de fiebre elevada, inicia tratamiento con antibióticos orales y tópicos, sin mejoría; aparecen nuevas lesiones eritematosas y edematosos en tronco y extremidades. Inicialmente al niño se le diagnóstica de piodermitis, se cambia el antibiotico, se toman cultivos cutáneos, citodiagnóstico de Tzanck, frotis faríngeo y hemocultivos que son negativos, se realiza una biopsia cutánea. En vista de la no buena evolución de las lesiones se sospecha de un Síndrome de Sweet, añadiéndose corticoides sistémicos

con una mejoría notable de su cuadro clínico. En la biopsia se observa una paniculitis mixta con predominio de neutrófilos. Todos los estudios realizados para descartar patología maligna asociada han sido negativos, en la analítica solo se aprecia un aumento del título de ASLO.

Discusión.

El Síndrome de Sweet es una enfermedad muy rara en niños, asociada con frecuencia a infecciones respiratorias; pero es necesario realizar una completa evaluación para descartar la posibilidad de neoplasias subyacentes.

Palabras clave
Enfermedad sistémica.

DERMATOSIS NEUTROFÍLICA REUMÁTICA AMPOLLOSA

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Bernat Galarraga Gallastegui*, Enrique Ornilla Laraudogoitia*, Miguel Ángel Idoate Gastearena**, Agustín España Alonso. Departamentos de Dermatología, Reumatología* y Anatomía Patológica**. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción.

Las dermatosis neutrofilicas reumaticas (DNR) son una forma rara de manifestación cutánea de la artritis reumatoide. Se ha descrito una variante vesículo-ampollosa.

Caso clínico.

Mujer de 79 años que presenta lesiones pruriginosas en extremidades superiores, inferiores y abdomen de 2 meses de evolución. Fue diagnosticada de fibrosis pulmonar y vasculitis leucocitoclástica con factor reumatoide positivo en septiembre de 2008, por lo que realiza tratamiento con deflazacort en pauta descendente, que al aparecer las nuevas lesiones han aumentado a 60 mg/día.

A la exploración presenta múltiples ampollas y vesículas, algunas de ellas con disposición anular, dispersas en muslos y abdomen.

Se realiza biopsia punch y se solicita analítica.

Resultados.

En la biopsia se aprecian ampollas sub e intraepidérmicas ocupadas por neutrófilos, con un denso infiltrado neutrofilico en la dermis. La inmunofluorescencia directa es negativa. En la analítica destaca VSG 1º hora: 42 mm, anticuerpos antiepidermis: negativo, anticuerpos anti-BP 180: negativo, F.R.: 11, anticuerpos anti proteínas citrulinadas: 55. Con el diagnóstico de DNR ampo-

llosa se indica continuar con el tratamiento corticoideo apreciando buena evolución de las lesiones cutáneas. La paciente fallece en 5 semanas por insuficiencia respiratoria aguda.

Discusión.

La DNR se caracteriza por pápulas, placas o nódulos en las superficies extensoras y las articulaciones. Anatomopatológicamente se caracteriza por un infiltrado neutrofilico denso en la dermis sin vasculitis. Hay 3 casos descritos en la bibliografía de DNR ampollosa.

Conclusiones.

La DNR ampollosa forma parte del diagnóstico diferencial de las enfermedades ampollosas. La historia de artritis reumatoide, los hallazgos histológicos, la ausencia de depósito de anticuerpos y de anticuerpos antiepidermis circulantes orientan el diagnóstico.

Palabras clave

Enfermedad ampollosa. Enfermedad sistémica.

PÉNFIGO VEGETANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Cristina Corredera Carrión, María Victoria Fuentelsaz del Barrio, Marta Lorda Espés, Mariano Ara Martín, Ana Morales Moya(*), María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Centro de Alta Resolución de Ejea de los Caballeros (*). Zaragoza.

Introducción.

El pénfigo vegetante es una rara variante clínica de pénfigo vulgar que aparece en el 1-2% de los mismos, y se caracteriza por la aparición de lesiones vegetantes predominantemente intertriginosas. Su principal diagnóstico diferencial es la piodermitis-pioestomatitis vegetante.

Caso clínico.

Mujer de 56 años de edad, con antecedentes patológicos de miocardiopatía dilatada, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que es remitida a nuestro servicio para diagnóstico y tratamiento de lesiones cutáneas malolientes de 3 meses de evolución. A la exploración física, en ambas regiones inguinales, zona perianal, vulvar y axila derecha, placas exudativas, sobreelevadas, eritematovioláceas, de contornos geográficos y bien definidos, con fisuración en el fondo de pliegues. En comisura labial derecha, pápula verrucosa con pústulas puntiformes periféricas, de 1cm de diámetro. En mucosas bucal, múltiples lesiones sobreelevadas blanquecinas.

Biopsia cutánea: epidermis con intensa acantopapilomatosis, espongiosis eosinofílica, pústulas eosinofílicas, acantólisis y ampolla intraepidérmica; en dermis superficial, reacción inflamatoria con abundantes eosinófilos y escasos linfocitos. Inmunofluorescencia directa: positividad a IgG en espacios intercelulares epidérmicos.

Tratamiento: corticoides orales a dosis elevadas y retinoides orales.

Discusión.

Presentamos este caso por la rareza de esta variante de pénfigo vulgar y por la expresividad clínica del cuadro. Discutimos las posibles opciones terapéuticas.

Palabras clave
Enfermedad ampollosa.

INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM CHELONAE EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB.

Raquel Conejero del Mazo, Marta Lorda Espés, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco J Carapeto. **Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**

Introducción.

Mycobacterium chelonae está dentro del grupo de las micobacterias atípicas, es ubicua y de distribución universal. Las infecciones en humanos se agrupan en: infecciones localizadas, infección pulmonar e infección diseminada (ésta última casi siempre relacionada con estados de inmunosupresión).

Caso clínico.

Presentamos el caso de una mujer de 76 años con antecedentes de Artritis Reumatoide seropositiva de 20 años de evolución, desde 2003 en tratamiento con Adalimumab.

Vista por nuestro servicio por aparición progresiva de lesiones de meses de evolución que consistían en placas eritematovioláceas dolorosas algunas exudativas en extremidades. Se realiza biopsia cutánea con diagnóstico anatomopatológico de granuloma inflamatorio por micobacterias y microbiológico con baciloscopia (+) y cultivo (+) a *Mycobacterium chelonae*. Se suspendió adalimumab y se pautó tratamiento antibiótico con imipenem intravenoso y claritromicina oral con curación de las lesiones.

Discusión.

El Factor de Necrosis Tumoral alfa juega un papel muy importante en la reacción inmune frente a patógenos intracelulares, por

ello muchos de los efectos adversos que potencialmente pueden contribuir a una tasa elevada de morbimortalidad en pacientes con terapia anti-TNF se deben a la disminución de la resistencia a infecciones.

A pesar de que las infecciones por micobacterias más frecuente se producen por *Mycobacterium tuberculosis* cada vez se describen más infecciones por micobacterias atípicas.

Palabra clave

Mycobacterium chelonae. Micobacterias atípicas. Adalimumab. Anti-TNF.

TRASPLANTE DE MELANOCITOS AUTÓLOGOS SOBRE MEMBRANA AMNIÓTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL VITÍLIGO ESTABLE

Laura Marqués Martín, Leyre Aguado Gil, María Navedo de las Heras, Gorka Ruiz Carrillo, Pedro Redondo Bellón. Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción.

El vitíligo es una enfermedad adquirida de la piel, que afecta al 1% de la población e impacta negativamente en la calidad de vida de un gran número de pacientes.

El tratamiento quirúrgico del vitíligo es una opción terapéutica reservada para aquellos pacientes que tienen una enfermedad estable de al menos 1-2 años de duración y que no han obtenido mejoría con los tratamientos médicos clásicos. La estabilidad consiste en la no extensión ni repigmentación, espontánea o con tratamiento, de las lesiones existentes, y es muy importante de cara al resultado final del procedimiento.

Material y métodos.

Presentamos 2 pacientes con vitíligo estable de al menos 2 años de duración y sin respuesta a los tratamientos clásicos, que fueron tratados mediante trasplante de melanocitos autólogos. Mediante una biopsia de piel se procesaron y expandieron los melanocitos en el laboratorio durante 2 semanas. Finalmente se trasplantaron en un soporte de membrana amniótica sobre las áreas hipopigmentadas previa desepidermización con láser de CO₂.

Resultados.

En ambos pacientes se obtienen unos resultados satisfactorios con tasas de repigmentación entre el 85-100% a los 6 meses

postratamiento.

Discusión.

El cultivo de melanocitos in vitro permite obtener gran cantidad de melanocitos de una pequeña biopsia de piel. La modalidad del trasplante en monocapa y no en suspensión, favorece la adhesión de los melanocitos y requiere un menor número de células. La utilización del soporte de membrana amniótica aporta una mayor rapidez de epitelización debido a sus propiedades antiinflamatorias y antimicrobianas, y disminuye el riesgo de cicatrices hipertróficas; asimismo provee un sustrato natural que ayuda a la proliferación y supervivencia de los melanocitos.

Palabras clave
Vitíligo. Tratamiento quirúrgico.

REACCIÓN CUTÁNEA AGUDA ATÍPICA SECUNDARIA A DOCETAXEL.

Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Raquel Conejero del Mazo, Marta Lorda Espés, Mariano Ara Martín, M^a Pilar Grasa Jordán, F.J Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción.

Docetaxel es un agente quimioterápico perteneciente al grupo de los taxanos. Están descritas varios tipos de reacciones cutáneas secundarias a su uso como por ejemplo: las eritrodisestesias palmo-plantares así como la hiperpigmentación serpigiosa supravenosa persistente, entre otras muchas.

Caso clínico.

Mujer de 36 años de raza negra con antecedentes de hepatitis B, paludismo y carcinoma ductal infiltrante de mama en estadio IV (intervenida quirúrgicamente) que acude a Urgencias de nuestro hospital por presentar erupción cutánea pruriginosa y dolorosa en zona periorbitaria bilateral, nuca, cara interna de antebrazos y muslos acompañada de artralgias, sensación disérmica y disestesias en manos y pies, a las 48 horas de recibir quinta infusión de quimioterapia (docetaxel).

A la exploración física se apreciaban hasta cuatro tipos de lesiones cutáneas, aparentemente diferentes: 1) placas hiperpigmentadas, no infiltradas y dolorosas a la palpación localizadas de forma simétrica en cara interna de antebrazos y muslos. 2) Eritema localizado en zona periocular y pabellones auriculares 3) Manchas lineales hiperpigmentadas en el trayecto venoso de la infusión y 4) Placa de aspecto eczematoso localizada en la nuca.

La paciente ingresó en nuestro Servicio para estudio y tratamiento. La evolución fue favorable, observándose una descamación residual en la mayor parte de las lesiones cutáneas que comenzó a los 7 días.

Discusión.

Presentamos este caso por su presentación atípica en la que identificamos varios tipos de reacción cutánea simultánea secundarios a docetaxel. Revisamos la literatura al respecto y hacemos hincapié en el reconocimiento, tratamiento y prevención de este tipo de reacciones cutáneas a quimioterápicos por parte de los dermatólogos.

Palabras clave

Reacción por fármacos. Eritrodisestesias. Docetaxel.

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA LOCALIZADA SECUNDARIA A BETALACTÁMICOS.

A. Arechalde Pérez, P. Manrique Martínez, E. Camino Rodríguez*, G. Bernaola Hortigüela*, J.L. Artola Igarza, V. Morillo Montañés, A. Mariscal Polo. Servicio de Dermatología y Sección de Alergología*. Hospital de Galdakao Usansolo. Galdakao (Bizkaia).

Introducción.

La pustulosis exantemática aguda localizada fue descrita en 2005 por Prange y col como una variante atípica de la pustulosis exantemática aguda generalizada. Los pocos casos descritos han sido desencadenados por amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, levofloxacino, paracetamol e ibuprofeno. Las lesiones pustulosas se localizan característicamente en cara, cuello ó tórax.

Caso clínico.

Varón de 33 años de edad sin antecedentes médicos de interés que consulta por la aparición de una erupción pustulosa peribucal a las 48 horas de iniciar un tratamiento oral con amoxicilina. Las lesiones cedieron espontáneamente al retirar el medicamento. El paciente señala dos episodios idénticos a éste en los últimos 2 años. Ante la sospecha de una reacción a la amoxicilina se practicaron pruebas cutáneas y epicutáneas, que resultaron negativas. La analítica sanguínea fue normal y/o negativa. La prueba de provocación oral con Cefuroxima (500 mg) reprodujo a las 48 horas el cuadro cutáneo que se había manifestado previamente con amoxicilina es decir, múltiples pústulas no foliculares en región peribucal. El paciente se negó a la práctica de una biopsia. El cultivo de hongos y bacterias fue negativo. Las lesiones se resolvieron sin tratamiento en pocos días dejando descamación y eritema residuales.

Discusión.

La clínica -pústulas estériles aparecidas a las 48 horas de la toma de la amoxicilina y su resolución espontánea al dejar el tratamiento- y la prueba de provocación positiva a la Cefuroxima nos permiten retener el diagnóstico de pustulosis exantemática aguda localizada a betalactámicos.

Palabras clave
Reacción por fármacos.

ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES Y ERUPCIÓN DERMATOMIOSITIS-LIKE POR HIDROXIUREA.

María López-Núñez, José Zubizarreta Salvador, Anna Tuneu Valls, Cristina López-Obregón, Begoña Aseginolatz Zabaleta, Susana Vildosola Esturo, Arantxa López-Pestaña. Hospital Donostia. San Sebastián.

Introducción.

La hidroxiurea es un agente quimioterápico utilizado en el tratamiento de síndromes mielodisplásicos. Sus efectos adversos cutáneos son diversos. Presentamos el caso de un paciente que presentó úlceras en piernas y una erupción dermatomiositis-like durante el tratamiento con este fármaco.

Caso clínico.

Varón de 74 años, con policitemia vera de más de 20 años de evolución para la que recibía tratamiento con hidroxiurea desde hacía 18 años. Acudió a Dermatología por úlceras de pequeño tamaño en ambos maleolos externos, dolorosas, de un año de evolución. Presentaba también una erupción eritemato-violácea en áreas fotoexpuestas de cabeza y EESS con lesiones tipo pápulas de Gottron en dorso de manos. Se redujo la dosis de hidroxiurea, se añadió al tratamiento pentoxifilina y se pautaron curas con sulfadiazina argéntica, logrando una mejoría lenta de las úlceras. La erupción tipo dermatomiositis permaneció estable.

Discusión.

La hidroxiurea actúa inhibiendo la síntesis de DNA. Se cree que sus efectos adversos cutáneos se deben a un efecto citotóxico acumulativo, localizado principalmente a nivel de la capa basal epidérmica. Las úlceras secundarias al tratamiento crónico con hidroxiurea suelen ser dolorosas y localiza-

das en zonas predisuestas a los traumatismos. La erupción dermatomiositis-like puede aparecer tras meses o años de iniciado el fármaco, y característicamente no se acompaña de afectación muscular. Con frecuencia es necesario interrumpir la terapia con hidroxiurea para lograr la reepitelización de las úlceras, siendo la respuesta del rash tipo dermatomiositis más impredecible.

Palabras clave

Reacción por fármacos. Hidroxiurea. Dermatomiositis. Úlceras.

HIPERPIGMENTACIÓN RETICULADA EN ÁREAS FOTOEXPUESTAS INDUCIDA POR DILTIAZEM

Ane Jaka Moreno, Arantxa López Pestaña, Anna Tuneu Valls, José Zubizarreta Salvador, Rosa Baldellou Lasierra*, Nerea Pérez Ormaechea, Carmen Lobo Morán**. Servicios de Dermatología* . Hospital Miguel Servet. Servicio de Anatomía Patológica ** del Hospital Donostia. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia.

Introducción.

El diltiazem es un calcioantagonista utilizado en el tratamiento de la hipertensión. Los efectos adversos cutáneos son poco frecuentes, destacando la urticaria, el prurito y el rash maculopapular. También se han descrito casos de lupus subagudo, síndrome de Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, vasculitis y fotosensibilidad. Recientemente se ha descrito una hiperpigmentación particular en áreas fotoexpuestas secundaria a diltiazem.

Caso clínico.

Mujer de 66 años que consultó por lesiones pruriginosas en cara de 2 años de evolución que empeoraban con la exposición solar. Tenía antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con diltiazem y lisinopril desde hacía 5 años. En la exploración se observó una hiperpigmentación reticular marrón-grisácea a nivel de mejillas, pabellón auricular, cuello y V torácica. Además presentaba un liquen plano pilar tipo alopecia frontal fibrosante con alopecia de cejas y pápulas faciales. La analítica y anticuerpos antinucleares fueron normales. En el examen histopatológico se observaban discretos infiltrados pericapilares linfoides con presencia de melanófagos en dermis.

Se realizó el diagnóstico de hiperpigmentación secundaria a diltiazem, recomendándose la suspensión de dicho trata-

miento, con aclaramiento progresivo de las lesiones.

Discusión.

Aunque el diltiazem está comercializado desde hace más de 20 años, los primeros casos de este tipo particular de hiperpigmentación reticulada se han descrito en el 2001. Desde entonces se han referido un total de 13 casos en la literatura. En todos ellos, las lesiones aparecían a partir de los 6 meses. El tratamiento consiste en la fotoprotección y la suspensión del fármaco, desapareciendo progresivamente la pigmentación durante los meses siguientes.

Palabras clave

Reacción por fármacos. Pigmentación.

LUPUS CUTÁNEO EN PACIENTE PSORIÁTICO EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Sánchez Díez Ana, Blaya Álvarez Bruno, Zaldua Michel, Perez Barrio Silvia, Martínez de Lizarduy Iñigo, Fernandez de Larrinoa Aitor*, Careaga Alzaga Jesús M. Servicio de Dermatología y anatomía patológica*. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya

Caso clínico.

Presentamos y discutimos el caso de un paciente psoriático grave multitratado que desarrolla lupus cutáneo tras recibir tratamientos biológicos.

Palabras clave
Reacción por fármacos

UN NUEVO CASO DE ANGIOFIBROMAS FACIALES MÚLTIPLES UNILATERALES.

Cristina Gómez Bringas, Luis Díaz Ramón, Marta Ballesterero Díez, Izaskun Ocerin Guerra, Nerea Agesta Sánchez, Mireya Lázaro Serrano. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción.

La esclerosis tuberosa es una genodermatosis multisistémica de carácter autonómico dominante y penetrancia variable. Los angiofibromas faciales múltiples son lesiones patognomónicas de esta entidad. La presencia de angiofibromas unilaterales es muy poco frecuente en el complejo de esclerosis tuberosa con tan sólo 15 casos publicados en la literatura.

Caso clínico.

Presentamos el caso de un varón de 55 años sin antecedentes familiares, diagnosticado de esclerosis tuberosa con angiofibromas faciales unilaterales en hemicara derecha. No presentaba otras lesiones cutáneas características de la enfermedad. En el estudio posterior fue diagnosticado de angiolipomas renales bilaterales, sin detectarse lesiones a otros niveles. Actualmente sigue tratamiento con láser CO₂ con buenos resultados.

Discusión.

Los angiofibromas faciales unilaterales son una forma inusual de la esclerosis tuberosa. En la mayoría de los casos descritos no se asocian a lesiones en otros órganos y únicamente se ha descrito un caso asociado a angiolipomas renales. Se postula que, al igual que en la neurofibromatosis segmentaria, se tratan de casos de mosaicismo debido a mutaciones postcigóticas tardías

en el desarrollo embrionario.

Conclusiones.

Aportamos un nuevo caso de esclerosis tuberosa con angiofibromas faciales unilaterales y con angiolipomas renales como única expresión clínica.

Palabras clave
Genodermatosis.

SÍNDROME DE BROOKE SPIEGLER: NULA RESPUESTA TERAPÉUTICA CON ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO EN 3 PACIENTES.

Aitor De Vicente Aguirre, Jesús Gardeazabal Garcia, Olatz Lasa Elgezua, Libe Aspe Unanue, Jose Luis Diaz Ramon , Belen Navajas Pinedp. Hospital de Cruces Servicio de Dermatología . Baracaldo

Introducción.

El síndrome de Brooke Spiegler es una genodermatosis de herencia autonómica dominante que se caracteriza por el desarrollo de múltiples tricoepiteliomas que pueden asociarse a espiroadenomas y cilindromas. El tratamiento de estas lesiones es complejo y en muchos casos poco satisfactorio. El tratamiento quirúrgico o ablativo con láser CO₂ es el gold estándar. Recientemente se han publicado varios estudios con buena respuesta usando ácido acetil salicílico y adalimumab de manera concomitante.

Caso clínico.

Presentamos 3 casos de síndrome de Brooke-Spiegler con distinta expresividad clínica en tratamiento con láser CO₂ en nuestras consultas, en los que iniciamos tratamiento con AAS. La respuesta clínica fue nula en los 3 casos.

Discusión.

Recientemente se ha descubierto que el síndrome de Brooke Spiegler es debido a la mutación del gen CYLD. En última instancia este gen regula el NFκB y aumenta los niveles de TNFα. AAS bloquea el NFκB y por tanto inhibe la vía metabólica que ocasiona la mutación del gen CYLD.

Conclusión.

Presentamos 3 casos de síndrome de

Brooke Spiegler con nula respuesta al tratamiento con AAS. En nuestro caso solicitamos el uso compasivo de adalimumab en uno de los casos, pero no se concedió. Creemos que hacen falta más estudios y un tamaño muestral mayor para determinar si este tratamiento puede ser de alguna utilidad en este síndrome.

Palabras clave

Genodermatosis. Tratamiento sistémico.

MUCINOSIS CUTÁNEA ASOCIADA A VIH: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Itziar Arrue Michelena, Izaskun Trébol Urrea, Sofía Goula Fernández, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Ricardo González Pérez, Nieves Saracibar Oyon*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.**

Introducción.

Las mucinosis cutáneas constituyen un amplio grupo de trastornos caracterizados por el depósito anómalo de mucina en la piel. Este acúmulo puede ocurrir como un fenómeno aislado –formas primarias- o asociado a distintas patologías como enfermedad tiroidea, neoplasias o conectivopatías –formas secundarias-.

Caso clínico.

Presentamos el caso de un varón de 48 años de edad, con antecedentes de hipogonadismo, úlcus duodenal e intervenido por fístula anal que consultó por la aparición de lesiones pruriginosas localizadas en tronco y miembros, de cuatro meses de evolución. Las lesiones eran placas eritematosas, infiltradas y con descamación en alguna de ellas. Se tomó una biopsia que demostró un infiltrado linfo-histiocitario perivascular, acompañado de depósito de mucina en dermis media y reticular. En la analítica se objetivó una linfopenia y alteración del perfil hepático por lo que se amplió solicitando serología de VIH que resultó positiva. El paciente inició tratamiento antirretroviral y las lesiones cutáneas fueron mejorando progresivamente hasta su desaparición.

Discusión.

El depósito de mucina en la piel se ha asociado a la infección por VIH, especialmente en forma de mucinosis papulosa o

liquen mixedematoso. De forma aislada se han descrito acúmulos de mucina en pacientes infectados por este virus con clínica similar a la pitiriasis rubra pilaris o a la mucinosis eritematosa reticular. Se desconoce la relación entre el depósito de mucina y el VIH aunque las mucinosis cutáneas también se asocian a otras patologías en las que existe disfunción inmunológica como el lupus eritematoso sistémico. La mejoría tras la instauración de la terapia antirretroviral apoyaría esta hipótesis.

Palabras clave
Miscelánea. Mucinosis. VIH.

MUCINOSIS FOLICULAR: EXCELENTE RESPUESTA A RADIOTERAPIA

Amaia Mariscal Polo, Pilar Manrique Martínez, Victoria Morillo Montañés, Juan Luis Artola Igarza, Ana Arechalde Pérez, Ibón Bilbao Badiola, Igone Imáz Murga*. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Galdakao-Usánsolo. Vizcaya.**

Introducción.

La mucinosis folicular (MF) fue descrita por Pinkus en 1957. Se clasifica en: localizada o generalizada, o primaria (MF de Pinkus) y secundaria, cuando se relaciona con otras enfermedades de la piel, sobre todo con linfomas de células T.

Material y Métodos.

Varón de 87 años, sin antecedentes de interés, que acude para valoración de lesiones muy pruriginosas de aproximadamente 3 años de evolución. A la exploración se observaban unas placas eritematosas e infiltradas, algo descamativas, de disposición anular, localizadas en tronco y extremidades, y placas sobreelevadas, infiltradas con alopecia en área supraciliar izquierda. No se palpaban adenopatías. El diagnóstico clínico fue Micosis Fungoide con Mucinosis Folicular asociada.

Resultados.

Se realizaron varias biopsias, no encontrando linfocitos atípicos en ninguna de las muestras, siendo diagnosticadas de dermatitis espongiótica con reacción psoriasiforme las lesiones del tronco y de Mucinosis Folicular las lesiones faciales. Las técnicas de inmunohistoquímica no fueron concluyentes. El resto de estudios complementarios sin hallazgos significativos. Iniciamos tratamiento con puvaterapia resolviéndose las lesiones del tronco, sin embargo las

lesiones faciales no mejoraron, por lo que fueron tratadas con diferentes alternativas como corticoides tópicos en oclusión e infiltrados, terapia fotodinámica e isotretinoína oral. Debido a la ausencia de respuesta se trató con Radioterapia Superficial, 70 kv, administrándole 1.000 cGy en una sola sesión, presentando 2 meses después una respuesta completa.

Conclusión.

Hemos querido presentar este caso por tratarse de una entidad poco frecuente, y por la escasa respuesta a los diferentes tratamientos empleados, y su rápida resolución con una sola sesión de radioterapia superficial.

Palabras clave
Miscelánea.

HIPOQUERATOSIS CIRCUNSCRITA ACRAL

Martinez de Lizarduy Iñigo, Blaya Alvarez Bruno, Izu Beloso Rosa, Careaga Alzaga Jesús Mari, Calderon Gutierrez Maria José, Fernandez de Larrinoa Aitor.
Hospital de Basurto, Bilbao

Caso clínico.

La hipoqueratosis acral circunscrita es una curiosa entidad recientemente descrita, desde entonces múltiples nuevos casos están siendo reportados.

La clínica y la histopatología son muy características y presentan un fácil diagnóstico cuando se conoce este proceso.

La etiología sigue siendo un misterio.

Describimos un nuevo caso y realizamos una breve reseña de lo publicado hasta ahora.

Palabras clave
Miscelánea.

PÁPULAS CALCIFICADAS EN TÓRAX ANTERIOR

Bruno Blaya Alvarez (*), Rosa Izu Beloso, Ana Sánchez Díez (*), Silvia Pérez Barrio (*), Iñigo Martínez de Lizarduy (*), Aitor Fernández de Larrinoa(**), Jesús María Careaga Alzaga (*). **Servicios de Dermatología(*) y Anatomía(**) Patológica del Hospital de Basurto (Bilbao, Vizcaya).**

Introducción.

El término osteoma cutis nos sirve para designar la presencia de tejido óseo maduro en la dermis y/o hipodermis, pudiendo existir múltiples causas.

Caso clínico.

Paciente varón de 67 años con antecedente de leucemia de linfocitos grandes granulares de reciente diagnóstico. Acudía para valorar unas lesiones discretamente pruriginosas en la zona preesternal de más de 20 años de evolución que habían ido aumentando en número progresivamente. A la exploración se objetivaba una placa pétreo preesternal de unos 20x15 centímetros, formada por la coalescencia de múltiples pápulas de menor tamaño de aspecto cicatricial, discretamente eritematosas. El paciente refería acné severo de predominio facial y en tórax anterior en su juventud. Tomamos biopsia de una de estas pápulas, que fue informada como osteoma cutis. Posteriormente, realizamos una radiografía de tórax en la que se apreciaban múltiples imágenes calcificadas en piel preesternal, una analítica en la que destacaban unos niveles discretamente disminuidos de fósforo en suero (2, 56 mg/dL) y algo elevados en orina (1560 mg/24h), con niveles de hormona paratiroidea, vitamina D y un producto fosforocálcico en sangre normales. También realizamos una segunda biopsia de una lesión más periférica y menos infiltrada que

fue informada como engrosamiento fibroso cicatricial. Con todos estos datos diagnósticos al paciente de osteoma cutis

Discusión.

Clásicamente, el osteoma cutis se ha dividido en 2 grandes subgrupos: una forma primaria, sin relación con lesiones preexistentes y otra forma secundaria en la que las lesiones se asocian a algún proceso inflamatorio, traumático o neoplásico local previo. Dentro del grupo de los primarios encontraríamos los osteomas miliares múltiples de la cara.

Palabras clave
Miscelánea

ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU CON BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON ETANERCEPT.

Mireya Lázaro Serrano, Maria Rosario González Hermosa, Nerea Agesta Sánchez, Susana Gómez Muga, Marta Ballesterero Díez, Iratí Allende Markixana.
Servicio de Dermatología, Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Introducción.

La acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH) es una dermatosis inflamatoria poco frecuente, que suele clasificarse como una forma localizada de psoriasis pustuloso. Los inhibidores del TNF α han demostrado ser efectivos en el tratamiento de esta patología.

Caso clínico.

Presentamos el caso clínico de un varón de 47 años remitido a nuestras consultas por eritema, descamación, formación de vesículas y onicodistrofia en 3º y 4º dedos de la mano derecha, de 1 año de evolución. Había recibido tratamiento tópico con antifúngicos, antibióticos, corticoides y derivados de la vitamina D, así como varios ciclos de antibioticoterapia sistémica, sin mejoría apreciable. En nuestro servicio, iniciamos tratamiento con acitretino, con buena respuesta inicial pero aparición posterior de nuevos brotes de lesiones pustulosas. Finalmente, en Febrero de 2009, se inició tratamiento con Etanercept, obteniéndose una mejoría clínica importante, que se ha mantenido en el tiempo, sin presentar nuevos brotes de la enfermedad.

Discusión.

El tratamiento de la ACH continúa siendo difícil y en la mayoría de los casos no se consigue la remisión clínica a largo plazo. Recientemente, se han descrito casos con

buena respuesta a los inhibidores del TNF α . El Etanercept es una opción eficaz y segura para el tratamiento continuo, en monoterapia o combinado con otros tratamientos, de la ACH, que debe considerarse incluso en estadios tempranos de la enfermedad, para evitar el desarrollo de lesiones irreversibles.

Conclusión.

Presentamos un caso de ACH refractaria con buena respuesta a Etanercept. Los inhibidores del TNF representan una alternativa eficaz a tener en cuenta para el tratamiento de esta patología.

Palabras clave
Psoriasis. Tratamientos sistémico

TRATAMIENTO MEDIANTE STRIPPING DE LA ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA

Nerea Ormaechea Pérez; Anna Tuneu Valls; Carmen Lobo Morán*; M^a Asunción Arregui Murua; Begoña Aseginolatz Zabaleta; Susana Vildosola Esturo; Cristina López Obregón. Servicio Dermatología. Servicio Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. Donostia, Guipúzcoa.

Introducción.

La elastosis perforante serpiginosa (EPS) es una dermatosis caracterizada por la eliminación transepidérmica de fibras elásticas. Es una entidad poco frecuente que afecta normalmente a varones menores de 30 años. Se localiza principalmente en la parte posterior del cuello, cara y extremidades superiores y los hallazgos histológicos son específicos. Actualmente se clasifica en tres grupos: idiopática, asociada a otras enfermedades (como síndrome de Down o pseudoxantoma elástico) y secundaria a tratamiento crónico con Penicilamina. El tratamiento a menudo es poco satisfactorio, por lo que destacamos en este caso la resolución del cuadro mediante la denudación de la superficie queratósica con celo (stripping).

Caso clínico.

Varón de 13 años, sin antecedentes medico-quirúrgicos de interés, que acudió por la aparición desde hace tres años de lesiones anulares queratósicas con discreta atrofia central en mandíbula izquierda y ambos pallones auriculares. En la biopsia cutánea se pudo apreciar una hiperplasia epidérmica con eliminación transepidérmica de fragmentos de fibras elásticas, por lo que se realizó el diagnóstico de EPS. Mediante sesiones repetidas de stripping se consiguió la resolución del cuadro.

Conclusión.

El stripping consiste en la eliminación de la superficie queratósica de las lesiones mediante celo. El tratamiento de la EPS suele ser poco efectivo y existen pocos casos descritos en la literatura que hayan sido tratados mediante esta técnica. Por eso queremos destacar en este caso el stripping como una perla terapéutica en el tratamiento de la EPS localizada.

Palabras clave

Enfermedad del colágeno. Terapéutica física.

NOTAS





Sede de la Reunión: Hotel Meliá Bilbao. Bilbao

Con la colaboración de:

