

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



Jaca · 4 de abril de 2014



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

Presidenta: Anna Tuneu Valls
Servicio de Dermatología
Hospital Donostia (Donostia-San Sebastián)

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

Jaca, 4 de abril de 2014

Palacio de Congresos (Auditorio)
JACA (Huesca)

PROGRAMA

10:15 horas. Entrega de documentación.
10:30 horas. Comunicaciones libres.
Moderadoras: Estrella Simal Gil y Milagros Sánchez Hernández.

- pág.
- 9 ■ **REGLA DE LOS 7 PUNTOS PARA EVALUAR LA RELEVANCIA DE LAS PRUEBAS DE CONTACTO**
Marcos Hervella Garcés, Leire Loidi Pascual, Raquel Santesteban Muruzábal, Mónica Larrea García, Juan Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**
 - 10 ■ **COINCIDENCIA DE DERMATITIS FOTOALÉRGICA DE CONTACTO POR UN GEL ANTI-INFLAMATORIO Y DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR UNA MUÑEQUERA DE NEOPRENO**
Itziar Arrue Michelena, Ricardo González Pérez, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Amaia Urtaran Ibarzábal, Libe Aspe Unanue, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba- Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**
 - 11 ■ **ECCEMA DE LABIOS: REVISIÓN DE NUESTROS CASOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS**
Loidi Pascual L, Hervella Garcés M, Larrea García M, Santesteban Muruzábal R, Agulló Pérez A, Yanguas Bayona I. **Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra.**
 - 12 ■ **INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA COMO CLAVE DIAGNÓSTICA EN UN CASO DE ENFERMEDAD AMPOLLOSA**
Amaia Urtaran Ibarzabal, Libe Aspe Unanue, Lucía Carnero González, Izaskun Trébol Urrea, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, María Julia de Diego Rivas, Ricardo González Pérez. **Hospital Universitario Araba-Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**
 - 13 ■ **ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO**
I.García-Río, V. Almeida Llamas, A. M^a Martínez de Salinas, MC Fraile Alonso, M. Julia Manresa, Y. Olai-zola Nogales, S. Goula Fernandez, A. Vigudi Diaz*. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital HUA, sede Txagorritxu. Vitoria, Alava.**
 - 14 ■ **ÚLCERA EN PRIMER DEDO DEL PIE IZQUIERDO EN PACIENTE PROCEDENTE DE SENEGAL**
Tamara Gracia Cazaña, Ievgenia Pastushenko, Claudia Conejero del Mazo, Elena Pelegrina Fernández, Ana Luisa Morales Moya, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán. **Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**
 - 15 ■ **PLACA ALOPÉCICA INFLAMATORIA POR PICADURA DE GARRAPATA**
Hernán Andrés Borja Consigliere, Elena del Alcázar Viladomiu, Jose Zubizarreta Salvador, Susana Vil-dósola Esturo, Carmen Lobo Morán* y Anna Tuneu Valls. **Departamento de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.**
 - 16 ■ **RECONSTRUCCIÓN DE LABIO SUPERIOR EN ONCOLOGÍA CUTÁNEA**
Raquel Santesteban Muruzábal; María Eugenia Iglesias Zamora; Leire Loidi Pascual, Alfredo Daniel Agulló Pérez; Berta Bonaut Iriarte; Amaia Larumbe Irurzun, Juan Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra.**
 - 17 ■ **CIRUGÍA DE MOHS: PUESTA EN MARCHA Y NUESTROS PRIMEROS 30 CASOS**
Marta Mendieta Eckert*, Irati Allende Markixana*, Salomé Álvarez Sánchez*, Marta Ballesteró Díez*, Verónica Velasco Benito**, Izaskun Ocerin Guerra*. **Servicio de Dermatología* y Anatomía Patológica**. Hospital Universitario Cruces.**
 - 18 ■ **SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CD30. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL DE BASURTO**
Laura Blanch, Rosa Izu, Mireya Lázaro, Jaime González del Tánago, Cristina Gómez, Miguel Zaldua, Jesús Mari Careaga. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.**

19 ■ **ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA EN GLANDE**

Alfredo D. Agulló Pérez, Raquel Santesteban Muruzábal, Leyre Loidi Pascual, Teresa Tuñón Álvarez*, Amaia Larumbe Irurzun, M^º Eugenia Iglesias Zamora. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica* del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

20 ■ **OCRONOSIS: DOS CASOS, DOS CAUSAS**

Iñigo Martínez de Lizarduy, Laura Blanch Rius, Jaime González del Tánago Diago, Peru Urigoitia Ugalde, Cristina Gómez Bringas, Jesús M^º Careaga Alzaga. **Hospital Universitario de Basurto.**

12:00 horas. **Asamblea General Ordinaria de la Sección VNAR.**

Orden del día:

1. Informe de la Presidenta.
2. Informe de la Secretaria.
3. Informe del Tesorero.
4. Asuntos de trámite.
5. Ruegos y preguntas.

12:30 horas. **Café-descanso.**

13 horas. **Visita al Museo de Arte Románico de la Catedral de Jaca.**

14:00 horas. **Comida de trabajo: Hotel Conde Aznar.**

16:00 horas. **Comunicaciones libres. Moderadores: Ana Morales Callaghan y Ana Morales Moya.**

21 ■ **BROTE DE ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA EN ADULTOS EN ZARAGOZA**

Claudia Conejero de Mazo*, Elena Pelegrina Fernández*, Tamara Gracia Cazaña*, Ievgenia Pastushenko*, Raquel Conejero del Mazo**, Mariano Ara Martín*, M^º Pilar Grasa Jordán*. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*. Servicio de Dermatología. Hospital Royo Villanova, Zaragoza**.**

22 ■ **INFECCIÓN CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM CHELONAE. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS**

Sara Ibarbía Oruezabal*, Paula Gutierrez Támara*, Ane Jaka Moreno, María Asunción Aguirre Murua*, Carmen Lobo Morán**, Anna Tuneu Valls*. **Servicio de Dermatología*, Servicio de Anatomía Patológica**; Hospital Universitario Donostia.**

23 ■ **LESIÓN FACIAL PERSISTENTE**

M. Fraile Alonso, A. Martínez de Salinas Quintana, V. Almeida Llamas, M. Julià Manresa, I. Neve Lete*, A. Viguri Díaz**, I. García Río, Y. Olaizola Nogales, S. Goula Fernández. **Servicio de Dermatología. Servicio de Radiología*. Servicio de Anatomía Patológica**. Hospital Universitario de Álava- Sede Txagorritxu.**

24 ■ **PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA**

Marta Ivars Lleó, Isabel Irarrazabal Armendáriz, Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Bernad Alonso, Agustín España Alonso. **Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra.**

25 ■ **ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED ESTADIO IV Y NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: UN RETO DIAGNÓSTICO**

Elena del Alcázar Viladomiu, Teresa Artola Urain*, Arantxa López Pestaña, Sara Ibarbía Oruezabal, Carmen Lobo Morán**, Anna Tuneu Valls. **Servicio de Dermatología, Servicio de Hematología* y Servicio de Anatomía Patológica**. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.**

26 ■ **ERUPCIÓN PRURIGINOSA, POLIMORFA Y EOSINOFÍLICA ASOCIADA A RADIOTERAPIA (EP-PER). A PROPÓSITO DE UN CASO**

Peru Urigoitia Ugalde, Iñigo Martínez de Lizarduy Álvarez, Silvia Pérez Barrio, Laura Blanch Rius, Carmen Sanz de Galdeano Palacio, Aitor Fernández Larrinoa Santamaría*, Jesús M^º Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Bizkaia.**

27 ■ **PLACA ERITEMATOVESICULOSA POST-RADIOTERAPIA**

Adrián De Quintana Sancho, María Rosario González Hermosa, Elvira Acebo Mariñas, Belén Navajas Pinedo, Marta Ballesterero Díez, Marta Mendieta Eckert. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo). Vizcaya.**

28 ■ **MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS EN PACIENTES TRATADOS CON TRIPLE TERAPIA COMBINADA PARA HEPATITIS C: NUESTRA EXPERIENCIA**

Jaime González del Tánago Diago, Ana Sánchez Díez, Fernando Menéndez Blázquez, Susana Gómez Muga, Peru Urigoitia Ugalde, Marc Julià Manresa*, M.J. Calderón Gutiérrez, Jesús M^º Careaga Alzaga. **Hospital Universitario Basurto, Bilbao. Hospital Universitario Araba, Vitoria*.**

29 ■ **HAMARTOMA FIBROSO DE LA INFANCIA VULVAR**

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Sofía Goula Fernández, Lucía Sánchez Martínez, Sonia Heras González, Julia de Diego Rivas*, Ricardo González Pérez. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica* del Hospital Universitario de Araba. Sede Santiago. Vitoria.**

30 ■ **TRICOEPI TELIOMAS MÚLTIPLES: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

M^º Paula Gutiérrez Támara, Hernán Borja Consigliere, M^º Asunción Arregui, Nerea Ormaechea Pérez, Carmen Lobo Moran *, Anna Tuneu Valls. **Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Donostia. Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Donostia*.**

31 ■ **PLACA INDURADA FACIAL**

Elena Pelegrina Fernández, Claudia Conejero del Mazo, Ievgeniia Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Mariano Ara, M^º Pilar Grasa Jordán. **Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**

32 ■ **MODELO PREDICTIVO DE METÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON MELANOMA**

Ievgenia Pastushenko, Tamara Gracia-Cazaña, Elena Pelegrina-Fernández, Claudia Conejero del Mazo, Mariano Ara Martín, M^º Pilar Grasa Jordán. **Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**

33 ■ **INMUNOADSORCIÓN SELECTIVA DE IGE PREVIA A TERAPIA CON OMALIZUMAB, EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS**

Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Irarrazaval Armendáriz, Carmen D'Amelio Garofalo, María José Goikoetxea Lapresa, Ana María Martínez de Salinas Quintana, Victoria Almeida Llamas, Gabriel Gastaminza Lasarte, Agustín España Alonso. **Clínica Universidad de Navarra. Hospital Universitario Araba.**

34 ■ **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUELOIDES CON RADIOTERAPIA ADYUVANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Isabel Bernad Alonso, María Pilar Gil Sánchez, Leire Arbea Moreno, Paloma Borregón Nofuentes, Isabel Irarrazaval Armendáriz, José Miguel Lera Imbuluzqueta, Marta Ivars Lleó. **Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

35 ■ **TRATAMIENTO CON LÁSER ND:YAG QS EN UN NEVUS EPIDÉRMICO HEMICORPORAL**

Isabel Irarrazaval, Miguel Lera, Leyre Aguado, Isabel Bernad, Marta Ivars, Maider Pretel, Juan Ignacio Yanguas*. **Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Departamento de Dermatología. Complejo hospitalario de Navarra*.**

36 ■ **FOTOSENSIBILIDAD POR CAMELOS**

Olane Guergué Díaz de Cerio, Jesús Gardeazabal García, José Luis Díaz Ramón, Nerea Agesta Sánchez, Izaskun Ocerín Guerra y Valentín de Benito Rica. **Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces, Baracaldo (Vizcaya).**

37 ■ **PIODERMA GANGRENOSO EN PACIENTE CON HIDROSADENITIS SUPURATIVA SEVERA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Marta Rubio Lombráña, Juan Antonio Ratón Nieto, Xabier Eizaguirre Uriarte, Olatz Lasa Elgezua, Irati Allende Markixana, Valentín De Benito Rica. **Hospital Universitario Cruces, Baracaldo. Vizcaya.**

REGLA DE LOS 7 PUNTOS PARA EVALUAR LA RELEVANCIA DE LAS PRUEBAS DE CONTACTO

Marcos Hervella Garcés, Leire Loidi Pascual, Raquel Santesteban Muruzábal, Mónica Larrea García, Juan Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

Establecer la relevancia de una prueba de contacto positiva es esencial para constatar si es esa sensibilización y no otra causa lo que explica la clínica que sufre un paciente. Planteamos una nueva herramienta para usar en la consulta de Contacto, que ayudará desde etapas tempranas de la especialidad a interpretar la relevancia de una prueba positiva, y a asignar con rigor un grado de certeza a ese diagnóstico.

Método.

Estudio retrospectivo de los enfermos atendidos en la Consulta de Contacto en los últimos 10 años con pruebas positivas (excluye relevancias pasadas, pruebas negativas, estudio incompleto, seguimiento <2 años). Incluidos 515 pacientes, que se asignaron a tres grupos según la certeza de su diagnóstico de relevancia actual: definitiva, probable o desconocida/cuestionable. Mediante estudio multivariante se examinaron 16 variables inicialmente sospechadas como claves para la relevancia, a fin de seleccionar aquellas inequívocamente asociadas con el grupo definitiva.

Resultados.

Siete variables mostraron una fuerte correlación ($p < 0.05$) con el diagnóstico definitivo de relevancia. Proponemos recordarlas con el acrónimo "relevancia P-R-E-S-E-N-TE":

P, diagnóstico Pretest concordante

R, Reacción positiva fuerte (++) en las pruebas

E, Exposición conocida al producto sospechoso

S, Sensibilización confirmada con reparqueo o pruebas adicionales

E, Exposición confirmada con test de uso/ROAT
N, alérgeno contenido en el producto sospechoso, y
TE, mejoría clínica Tras la Evitación del alérgeno

Si exigimos al menos 5 de estos criterios, diagnosticaremos una relevancia definitiva, con 75.9% de sensibilidad y 92.5% especificidad. El último criterio (TE) sólo se conocerá semanas o meses tras las pruebas, pero ayudará a afianzar como definitivos casos de relevancia probable con 4 criterios y que estaban –por tanto– al filo de la certeza.

Discusión.

La principal limitación de este estudio es la carencia de una "prueba de oro" que permita clasificar de forma incuestionable los diagnósticos, y que hemos intentado paliar con estrictos criterios de inclusión. Otra dificultad es la subjetividad y la complejidad propias del proceso de interpretación de la relevancia, que además exige un nivel previo de conocimiento y experiencia en este campo.

Conclusión.

Esta lista de siete puntos puede ser útil en la práctica clínica e invitamos a manejarla para establecer de forma ágil y sistemática el nivel de certeza de la relevancia presente de las pruebas del parche.

Palabras clave:
Dermatosis eccematosa. Diagnóstico.

COINCIDENCIA DE DERMATITIS FOTOALÉRGICA DE CONTACTO POR UN GEL ANTI-INFLAMATORIO Y DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR UNA MUÑEQUERA DE NEOPRENO

Itziar Arrue Michelena, Ricardo González Pérez, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arca-ya, Amaia Urtaran Ibarzábal, Libe Aspe Unanue, Ricardo Soloeta Arechavala.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba- Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.

Introducción.

La presencia de ciertas dermatitis condiciona una alteración de la barrera epidérmica que favorece la aparición de sensibilizaciones alérgicas a diversos haptenos. Este fenómeno, bien conocido en situaciones como dermatitis de éstasis, úlceras cutáneas o dermatitis irritativas, apenas aparece descrito en la literatura cuando la dermatitis primaria responsable del daño cutáneo es una dermatitis alérgica o fotoalérgica de contacto.

Caso clínico.

Varón de 44 años que presentó un eczema agudo en la mano derecha y antebrazo ipsilateral a los 2 días de colocarse una muñequera de neopreno por una tendinitis. Reinterrogando al paciente, admitió haber aplicado simultáneamente Fastum gel sobre la zona. El estudio epicutáneo con la serie estándar del GEIDAC, las baterías de anti-inflamatorios (parches y fotoparches) y gomas y derivados además de los productos propios (muñequera de neopreno y Fastum gel,) demostró respuestas alérgicas positivas frente a perfumes, bálsamo del Perú, budesonida, resina de p-tert-butilfenol-formaldehído, difenilguanidina, difeniltiourea, difenilbutiltiourea, isopropilfenilendiamina, ptalamida y fragmento de muñequera de neopreno. En los fotoparches se observó una intensa positividad al ketoprofeno.

Discusión.

Las pruebas realizadas confirmaron que nuestro paciente presentó simultáneamente una dermatitis fotoalérgica de contacto y una dermatitis alérgica de contacto, probablemente predisponiendo una a la aparición de la otra, aunque la patocronía del proceso resulte difícil de precisar. Por otro lado, se observaron varias positividades en la batería de aditivos de las gomas, algunas raramente descritas en las dermatitis alérgicas de contacto por trajes o dispositivos ortopédicos de neopreno.

Palabras clave:
Dermatosis eczematosa.

ECCEMA DE LABIOS: REVISIÓN DE NUESTROS CASOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

Loidi Pascual L, Hervella Garcés M, Larrea García M, Santesteban Muruzábal R, Agulló Pérez A, Yanguas Bayona I. Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra.

Introducción.

Las causas más importantes de queilitis son la dermatitis atópica (DA) y la dermatitis de contacto alérgica (DCA).

Material y métodos.

Revisamos retrospectivamente la base de datos de nuestra Unidad de Eczema de Contacto (UEC). En el periodo 2005-2014 fueron remitidos a nuestra consulta 78 pacientes para valoración de queilitis. En todos los casos se realizó una completa anamnesis y exploración física, además de una analítica sanguínea en los casos necesarios. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar ampliada del GEIDAC y otras baterías complementarias según la sospecha clínica, además de los productos propios.

Resultados.

A lo largo de estos 8 años, fueron remitidos a nuestra UEC 78 pacientes con queilitis. El 87.18% eran mujeres, con un rango de edad de 7 a 86 años.

Los diagnósticos finales más frecuentes fueron DCA, DA y la dermatitis de contacto irritativa.

54 pacientes mostraron al menos una prueba positiva en las pruebas epicutáneas, de las cuales 28 fueron relevantes. Los alérgenos relevantes más frecuentes fueron los cosméticos, seguidos por los fármacos

tópicos, las plantas y los perfumes.

En los pacientes menores de 30 años el diagnóstico más frecuente fue la queilitis atópica, mientras que en los mayores de 30 años el diagnóstico más frecuente fue la DCA.

Discusión.

Los diagnósticos finales establecidos en nuestros pacientes fueron similares a otras series publicadas. Los alérgenos más frecuentes fueron los cosméticos, los fármacos tópicos y las plantas.

Conclusiones.

La queilitis es una entidad poco frecuente en nuestra UEC. Además de una correcta historia clínica, es fundamental estudiar a estos pacientes con pruebas epicutáneas. Además de parchear los alérgenos de la serie estándar, es importante tener en cuenta series adicionales como los cosméticos, las plantas y los productos propios.

Palabras clave:
Dermatitis eczematosa.

INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA COMO CLAVE DIAGNÓSTICA EN UN CASO DE ENFERMEDAD AMPOLLOSA

Amaia Urtaran Ibarzabal, Libe Aspe Unanue, Lucía Carnero González, Izaskun Trébol Urrea, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, María Julia de Diego Rivas, Ricardo González Pérez. Hospital Universitario Araba-Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.

Introducción.

En ocasiones es difícil realizar el diagnóstico diferencial entre la enfermedad ampollosa IgA lineal, la dermatitis herpetiforme y el lupus eritematoso sistémico (LES) ampolloso. Presentamos un caso que demuestra el destacado papel de la inmunofluorescencia directa (IFD) en el diagnóstico de estas enfermedades ampollosas.

Caso clínico.

Varón de 51 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento habitual que consultó por presentar el último año brotes de lesiones pruriginosas vesiculoampollosas en tronco y extremidades, sin afectación mucosa. El estudio histológico mediante hematoxilina-eosina mostró una ampolla subepidérmica con neutrófilos y eosinófilos en su interior, microabscesos perifoliculares, y edema e infiltrado inflamatorio de tipo crónico en la dermis papilar. La IFD de la piel perilesional mostró positividad lineal de IgA en la membrana basal dermoepidérmica. El estudio analítico detectó títulos elevados de ANA, así como ENA positivos (antiRo y antiLa). Los anticuerpos antitransglutaminasa y antiepiteliales fueron negativos. Nos planteamos el diagnóstico diferencial entre enfermedad ampollosa IgA lineal, dermatitis herpetiforme y LES ampolloso, y la IFD estableció el diagnóstico definitivo de en-

fermedad ampollosa IgA lineal. Se instauró tratamiento con dapsona con muy buena respuesta y actualmente el paciente se mantiene asintomático.

Discusión.

La enfermedad ampollosa IgA lineal es una enfermedad vesiculoampollosa adquirida descrita tanto en la edad pediátrica como en la adulta que característicamente presenta una banda lineal y homogénea de IgA en la membrana basal dermoepidérmica. En nuestro paciente, la presencia de neutrófilos y los ANA podrían hacernos pensar en otras entidades. Sin embargo, la IFD demostró el depósito de IgA lineal que nos permitió establecer el diagnóstico.

Palabra clave:
Enfermedad ampollosa.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

I.García-Río, V. Almeida Llamas, A. M^ª Martínez de Salinas, MC Fraile Alonso, M. Julia Manresa, Y. Olaizola Nogales, S. Goula Fernandez, A. Vigudi Diaz*. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital HUA, sede Txagorritxu. Vitoria, Alava.

Introducción.

La enfermedad por arañazo de gato es un síndrome caracterizado por adenopatía regional después de un arañazo o mordedura de gato distal a los ganglios afectados. Recientemente se ha incriminado a la Bartonella henselae como causa de esta enfermedad, aunque es posible que otros agentes puedan causar este síndrome. Presentamos 3 casos de enfermedad por arañazo de gato, con estudio histológico y serología positiva.

Casos clínicos.

Caso 1: varón de 12 años que convivía con varios gatos, ingresó en pediatría por un cuadro sistémico de 2 días, con lesiones cutáneas y adenopatías inguinales.

Caso 2: varón de 28 años en contacto con gato doméstico, ingresó por adenopatías, fluctuantes, abscesiformes de gran tamaño en región cervical izquierda de 3 meses de evolución.

Caso 3: mujer de 52 años que consultó por febrícula y adenopatías en lado izquierdo del cuello desde hacia 4-5 días. La paciente refería además lesiones cutáneas en ambas piernas.

Discusión.

La enfermedad por arañazo de gato se considera la causa más frecuente de linfadenopatía crónica benigna en niños y jóvenes y en el 90% de los casos existe el antecedente de contacto con gatos o pe-

ros. Aunque el cuadro clínico ha sido bien estudiado existe una gran variabilidad que depende de la especie de Bartonella y el estado inmunológico del paciente. Presentamos estos casos en los que se reflejan diferentes aspectos clínicos e histológicos y porque, a pesar de ser un proceso no raro y de distribución universal, no es común en la práctica dermatológica.

Palabras clave:
Infestación. Miscelánea.

ÚLCERA EN PRIMER DEDO DEL PIE IZQUIERDO EN PACIENTE PROCEDENTE DE SENEGAL

Tamara Gracia Cazaña, Ievgenia Pastushenko, Claudia Conejero del Mazo, Elena Pelegrina Fernández, Ana Luisa Morales Moya, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán. Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción.

Cuando nos encontramos una úlcera en pacientes procedentes de países tropicales, debe plantearse el diagnóstico diferencial dentro de los procesos infecciosos frecuentes en estos países que en algún momento de su evolución natural pueden cursar como ulceraciones en zonas expuestas.

Caso clínico.

Hombre de 29 años de edad, natural de Senegal, sin antecedentes médicos de interés. Es remitido al Servicio de Dermatología para valorar lesión en primer dedo de pie izquierdo de 15 años de evolución. El paciente refería infección por probable "parásito" en su país. A la exploración física se observaba úlcera cutánea con destrucción ungueal en dorso de primer dedo del pie izquierdo. Ante la sospecha de úlcera fagedénica o úlcera de Buruli se realizó biopsia de la lesión y se recogieron cultivos para hongos, micobacterias y bacterias además de serologías. El estudio histopatológico de la lesión mostraba una importante reacción inflamatoria, compatible con úlcera de etiología infecciosa. Finalmente el cultivo bacteriológico fue positivo para *Granulicatella adiacens*, se trató con clindamicina con excelente respuesta al tratamiento.

Discusión.

Granulicatella adiacens es la denominada antiguamente variante nutricional del estreptococo, junto con *Abioatrophia*. Las infecciones más frecuentemente reportadas secundarias a *Granulicatella* han sido las endocarditis y dentro de las infecciones extravasculares las oculares y los abscesos cerebrales. Por el contrario solo se ha descrito como agente causal de infecciones cutáneas en un paciente con ántrax. Presentamos el primer caso de úlcera en paciente procedente de país tropical atribuido a este germen y realizamos un diagnóstico diferencial de las úlceras tropicales en zonas expuestas.

Palabras Clave:
16.- Infección bacteriana.

PLACA ALOPÉCICA INFLAMATORIA POR PICADURA DE GARRAPATA

Hernán Andrés Borja Consigliere, Elena del Alcázar Viladomiu, Jose Zubizarreta Salvador, Susana Vildósola Esturo, Carmen Lobo Morán* y Anna Tuneu Valls. Departamento de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción.

Ixodidae es una familia de ácaros que se alimenta de la sangre de mamíferos, incluido el ser humano. Actúan como vectores de diversas enfermedades y generan reacciones inflamatorias locales.

Caso clínico.

Mujer de 52 años que consultó por pérdida de pelo en el cuero cabelludo. Presentaba una placa alopécica inflamatoria de 3 cm, asociada a adenopatías dolorosas. Seis semanas antes se había quitado una garrapata que había tenido adherida durante una semana, acompañado de malestar general y dolor local. Había realizado tratamiento con doxiciclina durante una semana. La biopsia de la lesión mostraba un infiltrado inflamatorio mixto con presencia de eosinófilos y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, el cultivo de la lesión y las serologías para *Borrelia burgdorferi* y *Rickettsia conorii* fueron negativos, llegándose al diagnóstico de alopecia por picadura de garrapata. La lesión fue infiltrada con triamcinolona y posteriormente continuó con clobetasol crema, con recuperación completa del pelo.

Discusión.

Las garrapatas secretan sustancias que generan reacciones locales agudas como eritema, pápulas, placas, púrpura, ampollas, necrosis y ulceración. Si se perpetúa el estímulo se desarrollan reacciones crónicas

como granulomas a cuerpo extraño, pseudolinfomas, lesiones tipo eritema migratorio y alopecia. Esta se caracteriza por avanzar de forma centrífuga desde la zona de la picadura, estabilizarse y regresar de forma espontánea con repoblamiento total.

Este caso plantea el diagnóstico diferencial con DENOBE (Dermacentor-borne-necrosis-erythema lymphadenopathy), causada por *Rickettsia slovaca*, que cursa con adenopatías y una escara necrótica en la zona de picadura, pudiendo dejar una alopecia permanente.

Palabras clave:
Diagnóstico. Pelo.

RECONSTRUCCIÓN DE LABIO SUPERIOR EN ONCOLOGÍA CUTÁNEA

Raquel Santesteban Muruzábal; María Eugenia Iglesias Zamora; Leire Loidi Pascual, Alfredo Daniel Agulló Pérez; Berta Bonaut Iriarte; Amaia Larumbe Irurzun, Juan Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra.

Introducción.

La patología tumoral en la región de los labios es más frecuente en el labio inferior. No obstante en el labio superior también se desarrollan tumores cutáneos, en ocasiones de gran tamaño, que requieren reconstrucciones complejas.

Material y métodos.

Presentamos casos quirúrgicos de tumores cutáneos a nivel de labio superior, intervenidos en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra.

Los defectos creados tras la resección tumoral pueden afectar a piel, mucosa, bermellón o todo el grosor del labio, precisando cada caso una técnica reconstructiva específica. Algunas reconstrucciones se realizan mediante técnicas clásicas (resección en V-bloque, colgajo A-T, colgajo en isla subcutáneo, colgajo de Webster, etc) y en otros casos se requiere mayor complejidad en la reconstrucción, como la combinación de varios de ellos.

Discusión.

En la actualidad es frecuente que los pacientes acudan al dermatólogo buscando el embellecimiento de la región labial, como por ejemplo la eliminación de las arrugas del labio superior. Sin embargo, en los labios pueden asentar tumores cutáneos con importante morbilidad. El objetivo fundamental de la cirugía en estos casos

es, como siempre en cirugía oncológica, la resección completa tumoral. Posteriormente, a la hora de reconstruir el labio superior, debemos tener en cuenta varios puntos anatómicos que no debemos modificar en su estructura, como por ejemplo el filtrum, comisuras labiales, surcos nasogenianos o semimucosa, para conseguir un resultado funcional y estético óptimo.

Palabras claves:
Tratamiento quirúrgico.
Tumor maligno.

CIRUGÍA DE MOHS: PUESTA EN MARCHA Y NUESTROS PRIMEROS 30 CASOS

Marta Mendieta Eckert*, Irati Allende Markixana*, Salomé Álvarez Sánchez*, Marta Ballesteros Díez*, Verónica Velasco Benito**, Izaskun Ocerin Guerra*. Servicio de Dermatología* y Anatomía Patológica**. Hospital Universitario Cruces.

Introducción.

La cirugía de Mohs es una técnica altamente eficaz que proporciona porcentajes de curación superiores a otros métodos. Es una cirugía en auge tanto en Estados Unidos como en Europa si bien se encuentra limitada por la existencia de una curva de aprendizaje y por los costes.

Serie de casos clínicos.

Presentamos los pasos seguidos en nuestro Servicio de Dermatología para la creación de una Unidad de Cirugía de Mohs y los primeros 30 pacientes realizados. Se muestra el recorrido seguido por el paciente, la realización del acto quirúrgico y el estudio histológico. Exponemos las dificultades y los resultados que hemos obtenido en nuestro primer año de experiencia. En la actualidad realizamos un paciente por semana de cirugía de Mohs formando así parte del registro español de cirugía de Mohs.

Conclusiones.

Destacamos la necesidad de una formación quirúrgica previa en este tipo de cirugía.

Palabras clave:
28. Tratamiento quirúrgico.

SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CD30. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL DE BASURTO

Laura Blanch, Rosa Izu, Mireya Lázaro, Jaime González del Tánago, Cristina Gómez, Miguel Zaldúa, Jesús Mari Careaga. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción.

Los linfomas cutáneos CD30+ constituyen el 30% de los linfomas cutáneos T, siendo el segundo grupo en frecuencia detrás de la micosis fungoide y el síndrome de Sézary.

Se trata de un grupo de entidades en cuyos polos se encuentran la papulosis linfomatoide (PL) y el linfoma cutáneo anaplásico de células grandes (LCACG), linfomas en general de pronóstico favorable.

Existen formas intermedias que en ocasiones no permiten establecer un diagnóstico de forma clara, siendo muy importante en estos casos la correlación clínico-patológica.

La PL se define como una enfermedad crónica que cursa a brotes y se caracteriza por la aparición de pápulas dispersas sobre todo en tronco y extremidades que tienden a ulcerarse. Las lesiones tienden a regresar de forma espontánea en pocas semanas y curan dejando una cicatriz. Histológicamente se diferencian en 5 tipos según el tipo de célula predominante.

En el LCACG la clínica habitual son nódulos/tumores únicos o agrupados. En la histología destaca un infiltrado de células grandes, la mayoría anaplásicas, donde más del 75% son CD30+. En un 10% de los casos se puede producir afectación extracutánea, principalmente en ganglios regionales. Es muy importante establecer el diagnóstico diferencial con los linfomas anaplásicos de

células grandes sistémicos con afectación cutánea (a diferencia del cutáneo, el sistémico expresa el antígeno ALK).

Discusión.

Hemos realizado una revisión de los casos diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 15 años, encontrando 15 casos de PL, 7 de LCACG y 1 caso de micosis fungoide con transformación anaplásica CD30+.

Palabras clave:
Linfoma.

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA EN GLANDE

Alfredo D. Agulló Pérez, Raquel Santesteban Muruzábal, Leyre Loidi Pascual, Teresa Tuñón Álvarez*, Amaia Larumbe Irurzun, M^º Eugenia Iglesias Zamora. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica* del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción.

La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) constituye una entidad de inicio lento, curso insidioso y clínica anodina. Puede deberse tanto a un proceso neoplásico intraepidérmico de diferenciación apocrina (EPEM primaria), como a una migración epidermotropa de un adenocarcinoma adyacente o distante (EPEM secundaria).

Material y métodos.

Varón de 77 años con antecedentes de adenocarcinoma de próstata y carcinoma vesical de células uroteliales (pTa G2 múltiple) resecaado en 2009. Intervenido de carcinoma epidermoide de párpado inferior en nuestro Servicio.

Refería lesión en glande de más de 9 meses de evolución, asintomática, diagnosticada como psoriasis en otro centro y tratada con corticoide tópico y emolientes sin mejoría.

En la exploración física, se objetiva una placa eritematodescamativa perimeatal de 2 cm bien definida. Se realiza biopsia con el diagnóstico diferencial de enfermedad de Bowen, EPEM o Psoriasis.

El estudio anatomopatológico muestra infiltración epidérmica de células sueltas con atipia y mitosis, papilomatosis, infiltrado inflamatoria en banda, y positividad para citoqueratina 20 y Cam 5.2 que confirma el diagnóstico de EPEM.

Se realiza estudio de extensión (RM y

TAC) donde se evidencia neoplasia en cuerpos cavernosos de 4,5cm y adenopatías inguinales. La PAAF de éstas, detecta células cancerosas de estirpe urotelial.

Actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico.

Discusión.

La EPEM constituye una entidad poco frecuente, de difícil y a menudo tardío diagnóstico. Es necesaria una alta sospecha clínica, en pacientes de edad avanzada y con antecedentes de neoplasia, como en el caso de nuestro paciente.

El estudio histológico y las técnicas inmunohistoquímicas (citoqueratina 7 y 20) son fundamentales para el diagnóstico y para diferenciar entre formas primarias y secundarias en las que es necesario realizar estudios de extensión.

Palabras clave:
Enfermedad de Paget extramamaria.
Glande. Neoplasia vesical.

OCRONOSIS: DOS CASOS, DOS CAUSAS

Iñigo Martínez de Lizarduy, Laura Blanch Rius, Jaime González del Tánago Diago, Peru Urigoitia Ugalde, Cristina Gómez Bringas, Jesús M^a Careaga Alzaga. **Hospital Universitario de Basurto.**

Presentamos un caso de ocronosis exógena por hidroquinona y otro en un paciente con alcaptonuria.

Se revisa la clínica en ambos casos y se hace hincapié en las similitudes y diferencias histológicas.

Palabra clave:
Miscelanea.

BROTE DE ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA EN ADULTOS EN ZARAGOZA

Claudia Conejero de Mazo*, Elena Pelegrina Fernández*, Tamara Gracia Cazaña*, Ievgenia Pastushenko*, Raquel Conejero del Mazo**, Mariano Ara Martín*, M^aPilar Grasa Jordán*. * Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza. ** Servicio de Dermatología. Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Introducción.

La enfermedad mano-pie-boca (EMPB) es una manifestación frecuente, en la infancia, de la infección por coxsackievirus y enterovirus.

Material y métodos.

Entre los meses de septiembre y diciembre de 2011, acudieron a urgencias 14 pacientes adultos con manifestaciones clínicas atípicas compatibles con EMPB. Los pacientes presentaban pápulas dolorosas, purpúricas, de localización acral, en vez las características lesiones vesiculosas. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes y revisar la bibliografía al respecto dado lo infrecuente de esta presentación.

Resultados.

De los 14 pacientes, 7 eran mujeres y 7 varones. La edad media fue de 35,3 años.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el 100% de los pacientes presentaban lesiones en palmas y en plantas y el 64,3% de los pacientes en boca. 12 de los 14 pacientes referían síntomas catarrales (sobre todo fiebre y odinofagia) los días previos. El tratamiento en todos los casos fue sintomático. Las serologías de enterovirus fueron positivas en 4 de los pacientes. En los exámenes complementarios llama la atención la positividad para crioglobulinas en 3 pa-

cientes, ANAs positivos en 3 casos (a títulos bajos) y 2 casos con anticoagulante lúpico positivo.

Discusión.

Las infecciones por enterovirus se asocian a un amplio espectro de manifestaciones clínicas, entre las que se encuentra la EMPB. En los últimos estudios epidemiológicos los agentes que con más frecuencia se asociaron a la EMNB son el coxsackievirus A16 y el enterovirus 71, sin embargo, han sido publicados casos de EMPB en adultos y niños en los que el agente causal responsable del brote fue el coxsackievirus A6. En estos casos, las manifestaciones clínicas y la forma de presentación fueron atípicas. Presentamos la mayor serie de pacientes adultos con EMPB descrita hasta la fecha.

Palabras clave:
Infección vírica. Epidemiología.

INFECCIÓN CUTÁNEA POR MYCOBACTERIUM CHELONAE. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Sara Ibarbia Oruezabal*, Paula Gutierrez Támara*, Ane Jaka Moreno, María Asunción Aguirre Murua*, Carmen Lobo Morán**, Anna Tuneu Valls*. Servicio de Dermatología*; Servicio de Anatomía Patológica**; Hospital Universitario Donostia.

Introducción

Mycobacterium chelonae (MC) es una micobacteria atípica de crecimiento rápido. Se encuentra como microorganismo saprofito ampliamente distribuido en la tierra, polvo y agua. La infección cutánea ocurre habitualmente en inmunodeprimidos aunque puede darse en inmunocompetentes en relación a traumatismos.

Casos clínicos.

Presentamos tres casos de infección por MC:

Mujer de 78 años, diabética, ingresada por sospecha de celulitis en pierna derecha, que presentaba lesiones pápulo-nodulares sobre piel eritematosa que persistían a pesar de tratamiento antibiótico.

Varón de 83 años con anemia hemolítica autoinmune en tratamiento crónico con corticoterapia, que mostraba nódulos de violáceos y dolorosos de distribución zosteriforme en cara interna del muslo izquierdo.

Mujer de 66 años con antecedentes de artritis reumatoide corticodependiente, que consultó por la aparición reciente de nódulos eritemato-violáceos en la pierna y muslo izquierdos.

Las biopsias de los tres casos mostraron granulomas con células gigantes de tipo cuerpo extraño y microabscesos de polimorfonucleares. En una de ellas, la tinción de Ziehl objetivó la presencia de

micobacterias. El diagnóstico se confirmó con el crecimiento de MC en cultivos específicos. Se realizó tratamiento con claritromicina en el primer y tercer caso y con claritromicina y ciprofloxacino en el segundo paciente, con buena evolución en todos ellos.

Discusión.

MC es una micobacteria no tuberculosa que afecta más frecuentemente a inmunodeprimidos, y que en inmunocompetentes, puede causar infecciones cutáneas por inoculación de heridas de naturaleza diversa.

La manifestación clínica más frecuente es la de nódulos infiltrados, de coloración rojo-violácea y distribución esporotricoides sin afectación del estado general.

El diagnóstico se establece por la visualización de las micobacterias en las biopsias y se confirma mediante los cultivos especiales.

El manejo terapéutico comprende el uso de antimicrobianos, a ser posible previo antibiograma y entre los que destacan los macrólidos, durante un período prolongado. Asimismo puede asociarse desbridamiento quirúrgico en función de la extensión de la afectación cutánea.

Palabras clave:
Infección bacteriana.

LESIÓN FACIAL PERSISTENTE

M. Fraile Alonso, A. Martínez de Salinas Quintana, V. Almeida Llamas, M. Julià Manresa, I. Neve Lete*, A. Víguri Díaz**, I. García Río, Y. Olaizola Nogales, S. Goula Fernández. Servicio de Dermatología. Servicio de Radiología*. Servicio de Anatomía Patológica **.Hospital Universitario de Álava- Sede Txagorritxu.

Introducción.

El incremento de movimientos migratorios ha dado lugar a aparición de infecciones tropicales importadas en nuestro medio. El dermatólogo ha de estar formado y sospechar este tipo de lesiones, fundamentalmente en pacientes que hayan realizado viajes exóticos en los meses previos a la aparición del cuadro cutáneo.

Caso clínico.

Mujer de 24 años que tras viaje a Tailandia consultó por lesiones clínicamente compatibles con picaduras en tronco y una lesión en la cara que presentaban una gran reacción inflamatoria y una evolución lenta. Se pautó tratamiento tópico con betametasona y gentamicina tópicas y azitromicina oral. A pesar de esto las lesiones persistían, sobre todo la de la cara.

Se realizó biopsia y cultivo de una lesión situada en el tronco siendo compatible con picadura.

Dado que la lesión de la cara persistía, en la revisión de la paciente, se evidenció la progresión serpigínea de la misma, haciendo sospechar el diagnóstico de larva migrans. La paciente rechazó la biopsia facial y se practicó una ecografía cutánea en la que se apreciaba en la región malar izquierda un área subcutánea hipoecoica, con hiperecogenicidad circundante. En el interior de la misma se identifican dos imágenes puntiformes, lineales, milimétricas paralelas entre sí

que puede corresponder con la pequeña larva que se sospecha en el interior de un absceso.

Se aplicó tratamiento con crioterapia. La lesión desapareció días más tarde. En la ecografía de control no se apreciaba la imagen previa.

Comentarios.

Nos gustaría destacar: 1) la localización inusual de la larva migrans en la cara lo cual dificulta su diagnóstico; 2) La utilidad de la ecografía como técnica diagnóstica complementaria en la dermatología; 3) El tratamiento con crioterapia de la larva migrans, fácil, rápido y eficaz.

PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

Marta Ivars Lleó, Isabel Irarrazábal Armendáriz, Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Bernad Alonso, Agustín España Alonso. **Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra**

Introducción.

El Penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad ampollosa autoinmune, frecuente en ancianos. Su patogenia está definida por un componente inmunológico determinado por la presencia de anticuerpos IgG dirigidos contra proteínas de los hemidesmosomas de la membrana basal y otro inflamatorio, por la acción de polimorfonucleares activados por los anticuerpos.

La Leucemia linfática crónica (LLC) es un síndrome linfoproliferativo B, frecuente en nuestro medio. Entre sus complicaciones, destacan los fenómenos autoinmunes, las infecciones intercurrentes y las segundas neoplasias.

Se han descrito diversas enfermedades ampollosas autoinmunes, asociadas a procesos malignos. La asociación entre PA y LLC es muy infrecuente.

Caso clínico.

Paciente de 79 años remitido a nuestro departamento ante la sospecha de un Penfigoide ampolloso. Presentaba unas lesiones vesiculo-ampollosas pruriginosas características, además de importante afectación de mucosa oral. El estudio histológico junto con la determinación de anticuerpos IgG circulantes (inmunofluorescencia indirecta y anticuerpos anti-BP-180) fueron compatibles con Penfigoide ampolloso. El paciente fue diagnosticado, de forma paralela al cuadro dermatológico, de una

Leucemia linfática crónica (LLC-B). El tratamiento con Rituximab produjo remisión completa de los dos procesos.

Discusión.

Es conocida la asociación entre las dermatosis ampollosas autoinmunes y las neoplasias.

Existe controversia sobre si estos procesos son consecuencia de los autoanticuerpos producidos por las células tumorales, o resultado de la disregulación inmunológica asociada al tumor. Se describen en la literatura, casos de resolución de enfermedades autoinmunes tras el tratamiento de la neoplasia.

Conclusiones.

Parece relevante descartar una neoplasia asociada, ante el diagnóstico de una dermatosis ampollosa autoinmune.

ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED ESTADIO IV Y NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Elena del Alcázar Viladomiu, Teresa Artola Urain*, Arantxa López Pestaña, Sara Ibarbia Oruezabal, Carmen Lobo Morán**, Anna Tuneu Valls. **Servicio de Dermatología, Servicio de Hematología* y Servicio de Anatomía Patológica**.** Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción.

La enfermedad injerto contra huésped aguda (EICHa) estadio IV puede ser indistinguible clínicamente de una necrólisis epidérmica tóxica (NET). Además, los pacientes sometidos a trasplante de médula ósea suelen estar polimedicados, por lo que son susceptibles de padecer cualquiera de las dos enfermedades.

Caso clínico.

Varón de 59 años diagnosticado de una leucemia mielomonocítica crónica refractaria a quimioterapia. En Julio de 2013, se le realizó un trasplante de progenitores hematopoyéticos de donante no emparentado. El día 37 postrasplante debutó con un cuadro de exantema cutáneo, fiebre, odinofagia y deposiciones diarreicas por lo que se le prescribió amoxicilina-clavulánico y levofloxacino. En la exploración física presentaba un exantema macular con áreas erosionadas en tronco y afectación a nivel facial, extremidades, palmas y plantas. Además, tenía erosiones en la mucosa ocular, labios y mucosa yugal. Inicialmente se planteó el diagnóstico diferencial entre EICHa y NET. La biopsia cutánea mostró una dermatitis de interfase con degeneración vacuolar y queratinocitos necróticos. Se suspendieron los fármacos implicados en el desarrollo de una NET y se pautó corticoterapia a dosis de 1mg/kg/12horas. Las lesiones presentaron una mejoría clínica, pero posteriormente

adoptaron un patrón liquenoide, por lo que finalmente se realizó el diagnóstico de EICHa. El paciente falleció 4 meses más tarde debido a infecciones pulmonares y un cuadro confusional.

Discusión.

Los principales diagnósticos diferenciales de la EICHa son las toxicodermias y los exantemas virales. En un primer momento, el diagnóstico diferencial entre la EICHa estadio IV y la NET es complejo, por lo que es recomendable suspender los fármacos potencialmente implicados en la NET. Además, la biopsia cutánea no diferencia ambas entidades siendo necesaria una correlación clínico-patológica. Finalmente, la evolución clínica junto con las manifestaciones extracutáneas en forma de diarreas o alteraciones hepáticas serán claves para llegar al diagnóstico definitivo.

Palabras clave: Diagnóstico.

ERUPCIÓN PRURIGINOSA, POLIMORFA Y EOSINOFÍLICA ASOCIADA A RADIOTERAPIA (EPPER). A PROPÓSITO DE UN CASO.

Peru Urigoitia Ugalde, Iñigo Martínez de Lizarduy Álvarez, Silvia Pérez Barrio, Laura Blanch Rius, Carmen Sanz de Galdeano Palacio, Aitor Fernández Larrinoa Santamaría*, Jesús M^o Careaga Alzaga. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Bizkaia.

Introducción.

La radioterapia provoca frecuentemente reacciones cutáneas conocidas como radiodermatitis aguda o crónica. Sin embargo, también han sido descritas erupciones cutáneas polimorfas generalizadas tras la radioterapia.

Caso clínico.

Mujer de 41 años, diagnosticada de carcinoma lobulillar infiltrante en mama izquierda, intervenida quirúrgicamente, y que tras 17 sesiones de radioterapia fue derivada a nuestras consultas por una erupción cutánea papular no confluyente en mama izquierda, muy pruriginosa, que se extendía mas allá de la zona radiada. Curiosamente, mientras las lesiones confluían y la erupción iba en aumento fuera de la zona radiada, ésta quedaba libre de lesiones.

El estudio histopatológico mostró espongiosis, edema dérmico marcado y moderado infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, histiocitos y numerosos eosinófilos.

La radioterapia fue suspendida temporalmente y la paciente recibió tratamiento con corticoides sistémicos y tópicos con resolución del cuadro.

Discusión.

Presentamos el caso de una erupción cutánea tras radioterapia, que a diferencia de la radiodermatitis típica, sobrepasa los lí-

mites del campo de radiación. En la literatura han sido descritas erupciones cutáneas generalizadas y polimorfas tras radioterapia. La Erupción Pruriginosa, Polimorfa y Eosinofílica asociada a Radioterapia, descrita por Rueda y colaboradores, es una erupción cutánea polimorfa y pruriginosa que generalmente se extiende mas allá de la zona radiada. En el examen anatomopatológico de la lesión es característico la presencia de numerosos eosinófilos. Desde entonces, pocos casos han sido publicados.

Palabras clave:
Miscelánea.

PLACA ERITEMATOVESICULOSA POST-RADIOTERAPIA

Adrián De Quintana Sancho, María Rosario González Hermosa, Elvira Acebo Mariñas, Belén Navajas Pinedo, Marta Ballesteros Díez, Marta Mendieta Eckert. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo). Vizcaya.

Introducción.

Presentamos el caso de una paciente en tratamiento con radioterapia (RT) por una neoplasia mamaria, que desarrolló un cuadro generalizado de lesiones polimorfas, características de eritema exudativo multiforme.

Caso clínico.

Una paciente de 62 años de edad acudió a nuestro servicio remitida desde Urgencias por lesiones cutáneas en zona mamaria y extremidades superiores e inferiores. Se trataba de una paciente intervenida de carcinoma de mama, en tratamiento con RT y Hormonoterapia.

La paciente refería eritema y prurito en la zona irradiada (tras 23 sesiones de RT), por lo que pautaron una crema de corticoide y antibiótico tópico. Pocas horas después de la aplicación, apareció una placa eritematovesiculosa en la zona donde había aplicado dicha crema. Dos días después aparecieron lesiones maculo-papulosas en extremidades superiores e inferiores, así como en la mama contralateral, con morfología dianiforme.

En la analítica no se encontraron hallazgos patológicos y en las biopsias cutáneas realizadas de las extremidades superior e inferior, se apreciaba una vesícula subepidérmica con dermatitis espongíotica e infiltrado perivascular e intersticial rico en eosinófilos. Durante la evolución, la pacien-

te presentó escasa respuesta al tratamiento con prednisona oral y diversos corticoides tópicos. Las pruebas epicutáneas realizadas (True-Test, corticoides tópicos y sulfato de gentamicina), resultaron negativas.

Conclusiones.

Hay muy pocos casos descritos en la literatura de eritema exudativo multiforme (EEM) secundario a RT. Queremos destacar que la mayoría de los casos publicados de EEM secundario a RT se produjeron en pacientes que fueron tratados simultáneamente con medicación que se conoce como causa precipitante de EEM, circunstancia que no tuvo lugar en nuestra paciente.

MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS EN PACIENTES TRATADOS CON TRIPLE TERAPIA COMBINADA PARA HEPATITIS C: NUESTRA EXPERIENCIA

Jaime González del Tánago Diag, Ana Sánchez Díez, Fernando Menéndez Blázquez, Susana Gómez Muga, Peru Urigoitia Ugalde, Marc Juliá Manresa*, M.J. Calderón Gutiérrez, Jesús M^o Careaga Alzaga. Hospital Universitario Basurto, Bilbao. Hospital Universitario Araba, Vitoria*.

Desde la introducción en 2011 del telaprevir (agente antiviral directo) como terapia combinada con ribavirina y peg-interferón para el tratamiento de la hepatitis por virus de la hepatitis C, se han descrito numerosas reacciones adversas cutáneas de tipo exantemático. La mayoría de estas reacciones son de tipo leve o moderado, permitiendo continuar con la terapia antiviral bajo supervisión dermatológica. Alrededor de un 10% son reacciones severas que tienen riesgo de progresión a erupciones cutáneas graves de tipo DRESS y síndrome de Stevens-Johnson que obligan a la suspensión inmediata de la medicación antiviral.

Presentamos nuestra experiencia en el manejo conjunto con el Servicio de Digestivo de una serie de pacientes. Consideramos que es conveniente el manejo multidisciplinar de estos pacientes y el conocimiento de las posibles reacciones adversas por telaprevir para proceder adecuadamente.

Palabras clave:
26- Reacciones por fármacos.

HAMARTOMA FIBROSO DE LA INFANCIA VULVAR

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Sofía Goula Fernández, Lucía Sánchez Martínez, Sonia Heras González, Julia de Diego Rivas*, Ricardo González Pérez. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica* del Hospital Universitario de Araba. Sede Santiago. Vitoria.

Introducción.

Las masas en la región genito-inguinal en niños prepúberes son raras. El diagnóstico diferencial incluye malformaciones congénitas, pubertad precoz, adenopatías, neoplasias e infecciones, siendo las dos causas principales los hematomas tras traumatismos y las hernias.

Caso clínico.

Niña de 18 meses que consultaba por lesión asintomática en el labio mayor izquierdo, congénita y de crecimiento progresivo. A la exploración presentaba un nódulo de bordes mal delimitados, con dos placas rosadas con aspecto de piel de naranja en su borde inferior, que provocaba una marcada asimetría de los labios mayores.

La ecografía mostraba un tejido ecogénico heterogéneo de 3,5 x 1,3 cms aproximadamente y se realizó una biopsia punch. Con el diagnóstico de sospecha de hamartoma fibroso de la infancia (HFI) fue remitida a Cirugía Pediátrica, que realizó exéresis más plastia.

Discusión.

El HFI es un tumor benigno raro, que típicamente aparece en las axilas, región superior del tronco y extremidades superiores de varones en los primeros dos años de vida. Histológicamente presenta una mezcla de haces de mio y fibroblastos, células mesenquimales inmaduras en un estroma

mixoide y tejido adiposo maduro. No se ha descrito la asociación con cuadros sindrómicos. La exéresis simple es el tratamiento de elección.

Conclusiones.

Hay 4 casos publicados de HFI en el labio mayor. Es importante incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de las masas en la región genital porque, a pesar de sus márgenes irregulares, tiene un carácter benigno y se ha de evitar un abordaje agresivo.

Palabra clave:
Tumor benigno.

TRICOEPITELIOMAS MÚLTIPLES: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M^a Paula Gutiérrez Támara , Hernán Borja Consigliere , M^a Asunción Arregui, Nerea Ormaechea Pérez , Carmen Lobo Moran*, Anna Tuneu Valls . Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Donostia. Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Donostia*.

Introducción.

Los tricoepiteliomas son tumores benignos conformados por células basales con diferenciación folicular. Frecuentemente son solitarios, pero se pueden presentar clínicamente como múltiples, como parte de un síndrome genético o familiar o menos frecuentemente esporádicos. En las formas esporádicas se ha descrito una mutación de novo en el cromosoma 9p21, mientras que en las formas familiares y genéticas se ha descrito una herencia autosómica dominante con una mutación en el gen supresor tumoral CYLD. En el momento del diagnóstico se debe preguntar por otros familiares afectados u otras lesiones asociadas para descartar un síndrome o una presentación familiar.

Caso Clínico.

Mujer de 35 años, Presentaba 4 pápulas faciales de 5 años de evolución. Le habían realizado una extirpación de una lesión en surconasogeniano izquierdo con biopsia compatible con carcinoma basocelular. Solo refería un primo hermano afectado con una única lesión.

Se realizó biopsia de las lesiones siendo compatibles con tricoepiteliomas, y tricoblastoma en el surco nasogeniano derecho. Se realizó extirpación de este último.

En el seguimiento no se ha observado recidiva en áreas de cicatriz y las otras lesiones permaneces estables.

Discusión.

Los tricoepiteliomas son lesiones que representan un reto diagnóstico porque se confunden clínica e histológicamente con carcinomas basocelulares. Histológicamente, tienen en común la presencia de nidos de células basaloides en la dermis, encontrándose en los tricoepiteliomas además quisquitos de queratina y un estroma hipocelular. Aunque ningún marcador inmunohistoquímico es específico de uno o de otro, algunos de ellos pueden ayudar en la diferenciación.

En nuestra paciente, la edad, el tiempo de evolución, el número de lesiones y los hallazgos anatomopatológicos fueron la clave para hacer el diagnóstico.

Palabras clave:
Tumor benigno.

PLACA INDURADA FACIAL

Elena Pelegrina Fernández, Claudia Conejero del Mazo, Ievgeniia Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Mariano Ara, M^a Pilar Grasa Jordán. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción.

El melanoma desmoplásico es una rara variante de melanoma que supone un reto diagnóstico clínico y anatomopatológico.

Caso clínico.

Varón de 80 años con antecedentes de síndrome mielodisplásico y artritis reumatoide, con lesión tumoral malar izquierda de crecimiento progresivo, pétreo y no dolorosa que se acompaña de una lesión pigmentada suprayacente irregular, marrónácea y de 2 cm de diámetro, compatible con léntigo maligno. No adenopatías.

Se realizan 2 biopsias con diagnóstico de léntigo maligno. En una 3ª biopsia, se observa una neoplasia de células fusiformes que diseca los haces de colágeno S100 y vimentina positiva, y HMB45 y MelanA negativa, compatible con melanoma desmoplásico.

El estudio de extensión es negativo.

El paciente se interviene quirúrgicamente extirpándose la tumoración completamente.

Discusión.

El melanoma desmoplásico es una rara variante de melanoma que se caracteriza por aparecer como una pápula o nódulo firme hipo o amelanótico en la cara o el cuello de los pacientes ancianos. Frecuentemente aparece debajo de una lesión pigmentada, sobretodo léntigos malignos. Crece de for-

ma progresiva produciendo invasión local intensa, y puede metastatizar.

Histológicamente se observa una neoplasia de células fusiformes que diseca los haces de colágeno y es S100, vimentina y enolasa neuroespecífica positiva, y HMB45 y MelanA negativa. Los signos de atipia pueden ser leves. Se puede confundir con: carcinoma basocelular, fibroxantoma atípico y leiomiomasarcoma, entre otros.

Palabras clave:
Melanoma. Diagnóstico.

MODELO PREDICTIVO DE METÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON MELANOMA

Ievgenia Pastushenko, Tamara Gracia-Cazaña, Elena Pelegrina-Fernández, Claudia Conejero del Mazo, Mariano Ara Martín, M^a Pilar Grasa Jordán. Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción.

La detección precoz de la enfermedad metastásica es crucial en pacientes con melanoma. Si el tumor alcanza 1 mm de profundidad, está indicada la realización de biopsia selectiva de ganglio centinela. Sin embargo, hasta en un 80% de los casos se obtienen resultados negativos y pacientes con tumores cuyo Breslow es menor de 1 mm puede desarrollar metástasis.

Objetivos.

Investigar si existen parámetros o una serie de parámetros capaces de identificar de forma más precisa al grupo de pacientes que van a desarrollar metástasis ganglionares.

Material y Métodos.

Hemos incluido en el estudio 82 pacientes diagnosticados de melanoma primario y a los que se ha realizado la prueba de ganglio centinela. Hemos recogido las variables clínicas, histológicas, así como parámetros relacionados con angio- y linfangiogénesis tumoral evaluados mediante dobles tinciones CD34/Ki67 y D240/Ki-67. La variable respuesta ha sido presencia o ausencia de metástasis en ganglio centinela.

Resultados: sólo basándose en Breslow hemos sido capaces de clasificar de forma correcta al 68% de los pacientes (AIC=96.7, AUC=0.76, Se=37.9%, Sp=85.2%, VPP=58% and VPN=71%). El mejor modelo según AIC fue el basado en Breslow, TIL, área de

vasos linfáticos intratumorales y fracción de vasos linfáticos en proliferación (peri- e intratumorales). Aplicando este modelo hemos conseguido clasificar de forma correcta al 87.0% de los pacientes (AIC=72.1, AUC=0.84, Se=70.8%, Sp=95.6%, VPP=89.5% and VPN=86.0%). Aplicando un modelo de regresión logística multivariable Breslow (OR=1.7), TIL (OR=0.2) y área de vasos linfáticos intratumorales (OR=1.8) han sido factores pronósticos independientes para predecir metástasis en ganglio centinela en pacientes con melanoma.

Conclusiones.

Consideramos que el modelo estimado puede ser útil para identificar a aquellos pacientes con Breslow <1mm con riesgo de desarrollar metástasis. Para este objetivo el modelo tiene que ser validado en una muestra de pacientes más amplia.

Palabras clave:
Melanoma. Ganglio centinela. Modelo predictivo.

INMUNOADSORCIÓN SELECTIVA DE IGE PREVIA A TERAPIA CON OMALIZUMAB, EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Irarrazaval Armendáriz, Carmen D'Amelio Garofalo, María José Goikoetxea Lapresa, Ana María Martínez de Salinas Quintana, Victoria Almeida Llamas, Gabriel Gastaminza Lasarte, Agustín España Alonso. Clínica Universidad de Navarra. Hospital Universitario Araba.

Introducción.

La dermatitis atópica (DA) grave refractaria se refiere a aquellas formas de enfermedad que cursan con lesiones cutáneas generalizadas, con mala respuesta a terapias convencionales y que son física y/o emocionalmente incapacitantes, lo que se traduce en un deterioro significativo de la calidad de vida.

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal que actúa uniéndose específicamente a la inmunoglobulina IgE, y que se ha empleado en el tratamiento de estas formas de DA recalcitrantes, con resultados variables. Se cree que la presencia de niveles muy altos de IgE sérica total, frecuentemente asociada a formas extrínsecas de DA, puede suponer una limitación para su eficacia.

En este estudio se desea valorar la eficacia de la inmunoadsorción selectiva de IgE previa al tratamiento con Omalizumab.

Material y métodos.

Se seleccionan tres pacientes con antecedente de dermatitis atópica severa refractaria a múltiples tratamientos. Todos ellos asociaban unos niveles muy elevados de IgE sérica total, por encima de 8000 KU/l y presentaban un mal control de la enfermedad con puntuaciones elevadas en el SCORAD.

Se realiza inmunoadsorción selectiva de IgE por vía yugular durante 5 días consecutivos, asociando inmediatamente una

primera dosis de Omalizumab 300 mg, que se repite cada 15 días. Los pacientes son valorados en revisiones posteriores.

Resultados.

Se consiguió una reducción inmediata de los niveles de IgE sérica total, superior al 85%, en los 3 pacientes sometidos al procedimiento de inmunoadsorción.

Además, se observó una mejoría clínica significativa tras el procedimiento en todos los pacientes, objetivada en consultas posteriores, por la disminución del empleo de tratamiento sintomático, así como por puntuaciones inferiores en el SCORAD.

Conclusiones.

Presentamos, de forma preliminar, 3 pacientes con DA grave tratados con la asociación de inmunoadsorción selectiva de IgE y Omalizumab, con una respuesta analítica y clínica satisfactoria.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUELOIDES CON RADIOTERAPIA ADYUVANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Isabel Bernad Alonso, María Pilar Gil Sánchez, Leire Arbea Moreno, Paloma Borregón Nofuentes, Isabel Irarrazaval Armendáriz, José Miguel Lera Imbuluzqueta, Marta Ivars Lleó. **Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

La radioterapia postquirúrgica es una opción terapéutica en queloides resistentes a otros tratamientos. Presentamos el caso de un paciente con queloides, que no respondieron al tratamiento habitual, al que se indica esta opción.

Caso.

Varón de 27 años con historia de cicatrices queloides espontáneas, dolorosas y pruriginosas localizadas en la espalda. Había realizado tratamientos previos con corticoides tópicos e intralesionales, y con bleomicina, sin mejoría de los queloides. Se decide tratar las cicatrices de la zona escapular derecha mediante extirpación quirúrgica y radioterapia adyuvante (18 Gy). Dado que la buena respuesta se mantenía al año del tratamiento se trató la zona escapular izquierda con el mismo procedimiento. Posteriormente el paciente presentó nuevas cicatrices queloides en tórax que se trataron igualmente. Actualmente el paciente presenta nuevos queloides espontáneos pero no han vuelto a aparecer los queloides tratados con radioterapia.

Discusión.

Se realiza una revisión de la literatura y descripción de las opciones terapéuticas para los queloides.

Conclusión.

La radioterapia postquirúrgica puede ser una buena opción en el tratamiento de queloides que no responden al tratamiento habitual y dada su clínica está indicado tratarlos.

Palabra clave:
Miscelánea.

TRATAMIENTO CON LÁSER ND:YAG QS EN UN NEVUS EPIDÉRMICO HEMICORPORAL

Isabel Irarrazaval, Miguel Lera, Leyre Aguado, Isabel Bernad, Marta Ivars, Maider Pretel, Juan Ignacio Yanguas*. **Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Departamento de Dermatología. Complejo hospitalario de Navarra*.**

Introducción.

El nevus epidérmico es una entidad que puede provocar una importante repercusión en la calidad de vida del paciente, por la alteración que produce en su aspecto físico.

Se han utilizado diversos métodos para tratarlo (cauterización, crioterapia, láser de CO₂...) pero todos ellos tienen un alto riesgo de dejar cicatrices inestéticas en la zona tratada y además producen importante dolor.

Caso clínico.

Paciente de 3 años, que presenta un nevus epidérmico hemicorporal sin otras anomalías asociadas. En la axila las lesiones tienen superficie verrucosa. En el tronco, brazo y pierna, la lesión está compuesta por pápulas pigmentadas sin hiperqueratosis. Los padres desean realizar tratamiento por la repercusión psicológica que está produciendo la lesión en la niña.

Bajo sedación, se han realizado 6 tratamientos mediante la aplicación de láser Nd:Yag QS consiguiéndose desaparición de toda la lesión. Únicamente en la axila ha sido necesaria la aplicación de láser CO₂.

Tras despertar de las sedaciones, la paciente refería leve escozor en las zonas tratadas con láser Nd:Yag QS, y dolor severo en la zona tratada con láser CO₂.

No se han producido cicatrices en ninguna zona tratada con el láser Nd:Yag QS, pero sí han aparecido en la zona tratada con láser CO₂.

Discusión.

El láser Nd:Yag QS se utiliza para tratar lesiones pigmentadas, como los léntigos solares. Es un láser eficaz y muy seguro, y mucho mejor tolerado por los pacientes que el láser de CO₂.

Con la presentación de este caso, proponemos la utilización de este láser en los estadios precoces del nevus epidérmico, antes de que la lesión sea muy verrucosa. Debido a que la lesión suele reaparecer, puede ser necesario realizar sesiones periódicas a lo largo de la vida.

Probablemente, este láser solo vaya a ser eficaz en los nevus epidérmicos de tonalidad marronacea.

Palabras clave:
Tratamiento quirúrgico.

FOTOSENSIBILIDAD POR CAMELOS

Olane Guergué Díaz de Cerio, Jesús Gardeazabal García, José Luis Díaz Ramón, Nerea Agesta Sánchez, Izaskun Ocerin Guerra y Valentín de Benito Rica. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

Caso clínico.

Mujer de 59 años, hipertensa en tratamiento con Valsartán desde hace más de 5 años. En Abril de 2013 acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de 3 días de evolución de lesiones eritemato-ampollosas en áreas fotoexpuestas. Al interrogar a la paciente ésta refiere que el día anterior había estado paseando al aire libre sobre las 18.00h sin uso de filtro solar. En la anamnesis no se identificó ningún agente desencadenante. Tanto la analítica con ANAs y porfirinas como el fototest fueron normales. El cuadro se resolvió con tratamiento corticoideo tópico y sistémico. Tras reinterrogar a la paciente se identificaron unos caramelos de limón compuestos por hidrocloruro de bencidamina que la paciente había consumido los días previos a la erupción para aliviar unas molestias faringéas. La causalidad se demostró mediante pruebas epicutáneas con fotoparche positivo a bencidamina al 3 y 5% y al propio caramelo.

Discusión.

En nuestro medio, los alérgenos más frecuentemente implicados en la dermatitis fotoalérgica son los antiinflamatorios no esteroideos (primero el ketoprofeno seguido del piroxicam y de la bencidamina), los filtros solares y los perfumes. La bencidamina es un AINE con propiedades analgésicas, antiinflamatorias y anestésicas. Está comercializado en preparados tópicos en

forma de crema, soluciones vaginales, colutorios bucales y caramelos. Se han descrito casos de fotoalergia a bencidamina tras administración oral como antiinflamatorio (actualmente en desuso) y tras aplicación tópica en forma de crema y soluciones vaginales.

Conclusiones.

Presentamos un nuevo caso de dermatitis fotoalérgica por bencidamina, en esta ocasión producida por caramelos sabor limón. No hemos encontrado en la literatura casos publicados de reacciones fotoalérgicas por caramelos.

Palabras clave:
Miscelánea.

PIODERMA GANGRENOSO EN PACIENTE CON HIDROSADENITIS SUPURATIVA SEVERA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marta Rubio Lombrana, Juan Antonio Ratón Nieto, Xabier Eizaguirre Uriarte, Olatz Lasa Elgezua, Irati Allende Markixana, Valentín De Benito Rica. Hospital Universitario Cruces, Baracaldo. Vizcaya.

Introducción.

El pioderma gangrenoso es una enfermedad inflamatoria de etiología incierta que ha sido asociada a numerosas patologías sistémicas. Su presentación en el contexto de una hidrosadenitis supurativa, en cambio, ha sido descrita pocas veces en la literatura. Presentamos un nuevo caso y revisamos la asociación entre ambas entidades.

Caso clínico.

Mujer de 20 años que acudió a nuestras consultas en Febrero de 2011, remitida de Cirugía Plástica tras intervención de ambas axilas por hidrosadenitis supurativa de 1 año de evolución. A la exploración, presentaba en ambos glúteos, vulva, periné y región inguinal abscesos, trayectos fistulosos y exudado constante, con áreas de tejido de granulación. La biopsia únicamente mostró tejido de granulación y el cultivo fue negativo. Se inició tratamiento con Clindamicina y Rifampicina 3 meses, y posteriormente fue tratada con isotretinoína, corticoides sistémicos y analgésicos, todo ello sin mejoría, precisando ingreso en 3 ocasiones en Cirugía General para drenaje de abscesos vulvar y perianales.

En Febrero de 2012 se inició tratamiento con Infliximab, con mejoría inicial de la hidrosadenitis, pero disminución posterior de la eficacia, a pesar de reducir los intervalos de administración. En Julio de 2013 se decidió suspensión de Infliximab debido a la pérdida de eficacia e intervención

quirúrgica próxima. En este momento, y coincidiendo con el empeoramiento de la hidrosadenitis perianal, la paciente presentó unas lesiones pustulosas tipo foliculitis en extremidades inferiores con posterior evolución a úlceras dolorosas confluentes. La biopsia mostró un infiltrado inflamatorio perivascular con cultivos repetidamente negativos. La correlación clínico-histológica estableció el diagnóstico de pioderma gangrenoso. Comenzó tratamiento con Clotrimazol, con resolución completa del pioderma gangrenoso a los 4 meses, pero persistencia de la hidrosadenitis por lo que se inició tratamiento con Adalimumab. En la actualidad, la paciente está a la espera de una nueva intervención.

Discusión.

Tanto la hidrosadenitis supurativa como el pioderma gangrenoso son dos patologías de difícil manejo. Ambas enfermedades podrían compartir una base etiopatogénica común, pero su evolución y respuesta a tratamientos es independiente.

Se han descrito asociadas en el contexto de síndromes como el PASH y PAPA. Realizamos una revisión de los casos descritos en la literatura hasta la fecha de pioderma gangrenoso en pacientes con hidrosadenitis supurativa.

Palabra clave:
35. miscelánea.

NOTAS

Handwriting practice area with horizontal dotted lines.



Sede de la Reunión:
Palacio de Congresos (Auditorio)
JACA (Huesca)

Con la colaboración de:

