

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



Logroño · 26 de marzo de 2011



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

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

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

Logroño, 26 de marzo de 2011

Hotel Carlton Rioja. Logroño.

PROGRAMA

09:45 horas. Entrega de documentación.
10:00 horas. Comunicaciones libres. Moderadora: Dra. Gemma Simal

- pág.
- 9 ■ **CARCINOMA EPIDERMÓIDE VULVAR SOBRE LIQUEN ESCLEROSO EN UNA PACIENTE CON LIQUEN PLANO.**
Sofía Goula Fernández, M^a Concepción Montis Palos, Lucía Carnero González, Ricardo González Pérez, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica***. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava.
 - 10 ■ **MELANOMA Y CÁNCER RENAL**
María Navedo de las Heras, Laura Marqués Martín, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Isabel Irarrazaval Armendáriz, Pedro Redondo Bellón. **Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**
 - 11 ■ **CORDOMA CUTIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**
Rosa Baldellou Lasierra, Elena del Valle Sánchez*, Rosa García Felipe, Nieves Porta Aznarez, Milagros Sánchez Hernández, Estrella Simal Gil, M^a Luisa Zubiri Ara. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica***. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
 - 12 ■ **SARCOMA EPITELIOIDE EN UN NIÑO DE DIEZ AÑOS**
P. Eguino Gorrochategui, JM Arrinda Yeregui*, M Suñol Capella**, N García de Andoin Barandiaran***, M Marquina Iñarrairaegui, MJ Zufiaurre Narraspe. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica***. Hospital Bidasoa. Hondarribia. Gipuzkoa. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. ***Servicio de Oncohematología Pediátrica. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia. Gipuzkoa.
 - 13 ■ **ÚLCERAS CUTÁNEAS SECUNDARIAS A TRATAMIENTO CON METOTREXATO.**
Cristina Gómez Bringas, Olatz Lasa Elgezua, Nerea Agesta Sánchez, Izaskun Ocerin Guerra, María Rosario González Hermosa, Irati Allende Markixana. **Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.**
 - 14 ■ **PUSTULOSIS AGUDA EXANTEMÁTICA GENERALIZADA INDUCIDA POR NISTATINA. CASO CLÍNICO.**
Valentín de Benito Rica, Salomé Álvarez Sánchez, Juan Antonio Ratón Nieto, Cristina Gómez Bringas, Irati Allende Markixana, Txabier Eizaguirre Uriarte. **Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.**
 - 15 ■ **PIODERMA GANGRENOSO COMO MANIFESTACIÓN CUTÁNEA INICIAL DE GRANULOMATOSIS DE WEGENER.**
I.García-Río, V. Almeida Llamas, M. Julia Manresa, A. Martínez de Salinas, V. Moreno Nieto. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Álava. España.**
 - 16 ■ **POLICONDRITIS RECIDIVANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**
Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Sofía Goula Fernández, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Izaskun Trébol Urra, Julia de Diego Rivas*, Ricardo González Pérez, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica***. Hospital Santiago. Vitoria.



17 **VASCULITIS NODULAR (ERITEMA INDURADO DE BAZIN) DE LARGA EVOLUCIÓN TRATADA CON AZATIOPRINA.**

M^a Luisa Zubiri Ara*, Luis Saez Comet**, Carmen Yus Gotor***, José Velilla Marco**, Rosa Baldellou Lasiera*, Ricardo Martín Marco*, Cristina Corredera Carrión*. **Servicios de Dermatología*, Medicina Interna** y Anatomía Patológica***. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.**

18 **VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA TIPO II CON AFECTACIÓN RENAL.**

Hernán Andrés Borja Consigliere, Arantxa López Pestaña, Asunción Arregui Murua, Carmen Lobo Morán, Marta Rezola Bajineta, Gerardo Larraya Nieto, Anna Tuneu Valls. **Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.**

19 **DOS CASOS DE PANICULITIS PANCREÁTICA.**

María López-Núñez, Hernán Andrés Borja Consigliere, Carmen Lobo Morána, Susana Vildósola Esturo, Anna Tuneu Valls, Begoña Aseginolatz Zabaleta, M^a Asunción Arregui Murua. **Sección de Dermatología, servicio de Anatomía Patológica. Hospital Donostia, San Sebastián.**

20 **LEISHMANIASIS MUCOSA DE LOCALIZACIÓN EN PALADAR.**

Silvia Martínez Soriano*, Marta Lorda Espes*, Ignacio Rivera Fuertes*, Mariano Ara Martín*, Julián Cuesta Muñoz**, Joaquín Soria***, F.J Carapeto*. **Servicios de Dermatología*, Enfermedades Infecciosas** y Anatomía Patológica***. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza.**

21 **INFECCIÓN CONCOMITANTE POR HERPES SIMPLE Y VARICELA-ZOSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.**

Marta Mendieta Eckert, Jose Luis Díaz Ramón, Aitor De Vicente Aguirre, Libe Aspe Unanue, Andrés Palacios Abufón, Nerea Agesta Sánchez. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.**

12:00 horas. Conferencia del Experto.

TERAPIA FOTODINÁMICA EN DERMATOLOGÍA

Dr. Pedro Jaén

Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

APLICACIONES DE MICROSCOPIA CONFOCAL REFLECTANTE EN DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA.

Salvador González MD PhD

Servicio de Dermatología. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, NY, USA. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

13:30 horas. Acto Académico Dermatólogos Eméritos 2007-2011.

14:00 horas. Almuerzo de trabajo (Hotel Carlton Rioja).

16:00 horas. Comunicaciones libres. Moderadora: Dra. Eva Fernández Vilariño

22 **SÍFILIS PRIMARIA EXTRAGENITAL EN PACIENTE VIH POSITIVO.**

Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero del Mazo, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco Carapeto. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.**

23 **IMPÉTIGO AMPOLLOSO GENERALIZADO EN UN ADULTO CON DERMATITIS ATÓPICA.**

Gorka Ruiz-Carrillo Ramirez, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Lucía Carnero González, Itziar Arrue Mitxelena, Lucía Sánchez Martínez, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio Dermatología Hospital Santiago. Vitoria.**

24 **REACCIÓN IDE PSORIASIFORME ASOCIADA A TINEA CAPITIS POR MICROSPORUM GYPSEUM.**

Raquel Conejero del Mazo, Ignacio Rivera Fuertes, Silvia Martínez Soriano, Marta Lorda Espés, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**

25 **CIRUGÍA CONTROLADA AL MICROSCOPIO PARA EL TRATAMIENTO DE LENTIGO MALIGNO MELANOMA (LMM).**

Irarrazaval Armendáriz I, Marqués Martín L, Navedo de las Heras M, Giménez de Azcárate Trivez A, Redondo Bellón P. **Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.**

26 **DISEÑO DE COLGAJOS LOCALES COMO MEJOR OPCIÓN RECONSTRUCTIVA EN TUMORES CUTÁNEOS INFILTRANTES.**

Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Isabel Irarrazaval Armendáriz I, Pedro Redondo Bellón. **Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.**

27 **BLEFAROPLASTIA DE PÁRPADO SUPERIOR.**

Juan Luis Artola Igarza, Pilar Manrique Martínez, Ana Arechalde Perez, Victoria Morillo Montañés, Ibon Bilbao Badiola, Amaia Mariscal Polo. **Servicio dermatología. Hospital Galdakao Usansolo.**

28 **FOTOPATCH-TEST: RESULTADOS DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS (1999- 2010) EN EL HOSPITAL DE GALDAKAO (BILBAO).**

Pilar Manrique, M^a Isabel albizua, Juan Luis Artola, Victoria Morillo, Ana Arechalde, Amaia Mariscal. **Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao (Bilbao).**

29 **ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA PARA EL DERMATÓLOGO SOBRE LA NORMATIVA EUROPEA DE COSMÉTICOS.**

Marcos Hervella Garcés, M^a Eugenia Iglesias Zamora, Berta Bonaut Iriarte, Iosune Mitxelena Ezeiza, Mónica Larrea García, Juan Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona**

30 **SÍNDROME DEL NEVO BASOCELULAR**

N. Ormaechea Pérez, G. Serrano Ibarbia*, M. López Núñez, A. Jaka Moreno, B. Aseginolatz Zabaleta, M. A. López Pestaña, A. Tuneu Valls. **Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. Hospital Zumarraga*. San Sebastián. Guipúzcoa.**

31 **LINFOMA NK BLÁSTICO o NEOPLASIA HEMATODÉRMICA CD4+/CD56+.**

Marc Julià Manresa*, Victoria Almeida Llamas*, Ana Martínez de Salinas Quintana*, Irene García-Río*, José María Guinea de Castro*, Breno. Moreno Gusmao*, Virginia Moreno Nieto*. **Servicio de Dermatología*, Hematología* y Anatomía Patológica*. Hospital de Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álaba.**

32 **PSORIASIS EN PLACAS EXTENSA EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO**

Ane Jaka Moreno, C. López Obregón, M. López Núñez, N. Ormaechea Pérez, H.A. Borja Consigliere, B. Aseginolatz Zabaleta, J. Zubizarreta Salvador. **Servicio de Dermatología del Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.**

- 33 **SIRINGOMAS VULVARES EN UNA NIÑA**
Izaskun Trebol Urrea, Itziar Arrue Michelena, Lucía Carnero González, Gorka Ruiz Carrillo, M^a Concepción Montis Palos, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica***. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava.
- 34 **XANTOGRANULOMA NECROBIÓTICO ASOCIADO A GAMMAPATIA MONOCLONAL E HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA**
Susana Gómez Muga, Elvira Acebo Mariñas, Izaskun Ocerín Guerra, Aitor de Vicente Izaguirre, M^a Rosario Gonzalez Hermosa. **Servicio de Dermatología del Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya)**
- 35 **TRATAMIENTO DE HIPERHIDROSIS PALMAR Y ENFERMEDAD DE RAYNAUD CON TOXINA BOTULÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**
Ana Martínez de Salinas Quintana, Victoria Almeida Llamas, Marc Juliá Manresa, Irene García Río, Erika Olea De La Fuente*. **Servicio de Dermatología y Anestesia***. Hospital Txagorritxu. Vitoria
- 36 **DOS CASOS DE PITIRIASIS RUBRA PILARIS.**
A. Arechalde Pérez*, P. Manrique Martínez*, J.L. Artola Igarza*, V. Morillo Montañés*, E. de Miguel Herrán**, R. Zaballa Tejada**, A. Mariscal Polo*. **Servicios de Dermatología* y Anatomía Patológica****. Hospital de Galdakao Usansolo. Galdakao. Bizkaia.
- 37 **CUTIS MARMORATA TELANGIECTÁTICA CONGÉNITA Y MACROCEFALIA-MALFORMACIÓN CAPILAR: DOS ENTIDADES DIFERENTES.**
Ana Giménez de Azcárate Trivez, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Isabel Irarrazábal Armendáriz, Pedro Redondo Bellón. **Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**
- 38 **CASO PARA DIAGNOSTICO.**
Mónica Larrea García, M. Concepción Ros Martín*, Alicia Córdoba Iturriagoitia**, M. Eugenia Iglesias Zamora, Ana Valcayo Peñalba, J. Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología del Hospital García Orcoyen de Estella* y Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica** del Hospital de Navarra.**
- 39 **PARESTESIAS Y ALOPECIA EN MUSLOS DE RECIENTE COMIENZO.**
Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero del Mazo, Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Mariano Ara Martín, M^a Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.**

18:45 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. Proclamación Junta Directiva 2011-2015.
6. Ruegos y preguntas.

CARCINOMA EPIDERMOIDE VULVAR SOBRE LIQUEN ESCLEROSO EN UNA PACIENTE CON LIQUEN PLANO.

Sofía Goula Fernández, M^a Concepción Montis Palos, Lucía Carnero González, Ricardo González Pérez, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica***. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava.

Introducción.

El carcinoma epidermoide es el tumor más frecuente de la región anogenital, si bien se trata de una patología inusual. En su etiología se implican tanto el liquen plano como el liquen escleroso, sobre todo aquellos de larga evolución. Presentamos un caso de carcinoma epidermoide vulvar que surgió sobre liquen escleroso en una paciente con liquen plano oral como patología de base.

Caso clínico.

Mujer de 72 años con antecedentes de liquen plano oral que consultaba por una dermatitis pruriginosa en región anogenital de un año de evolución. Se realizó una biopsia con patrón morfológico lesional de dermatitis liquenoide. Se trató con propanato de clobetasol al 0,05% y se siguió periódicamente. Un año después desarrolló una lesión ulcerada en vulva que fue diagnosticada de carcinoma epidermoide. En el estudio histológico se apreciaban cambios acompañantes de liquen escleroso junto con otros de dermatitis liquenoide superponibles a los del liquen plano.

Discusión.

El caso presentado plantea varias cuestiones interesantes. Por un lado, la paciente asociaba un liquen plano oral y un liquen escleroso genital (síndrome de solapamiento), entidad apenas descrita en la literatura.

Por otro lado, el estudio histológico de la pieza quirúrgica, además del carcinoma epidermoide, evidenciaba cambios inflamatorios sugestivos en algunas zonas de liquen escleroso y en otras de liquen plano. En nuestra opinión, como han comentado otros autores, estos últimos corresponderían a una fase inicial del liquen escleroso. Por último, nos gustaría remarcar la importancia de un seguimiento a largo plazo de estos pacientes por el riesgo de degeneración maligna.

Palabra clave.
Tumor maligno.

MELANOMA Y CÁNCER RENAL.

María Navedo de las Heras, Laura Marquès Martín, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Isabel Irarrazaval Armendáriz, Pedro Redondo Bellón. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción.

Varios estudios comparten la opinión de la coexistencia de melanoma con otros tumores primarios. La incidencia la sitúan entre el 1,5–20 % según las series estudiadas.

Pocas publicaciones han estudiado específicamente la relación entre cáncer renal y melanoma y muchas de las que lo hacen atribuyen el aumento de la incidencia a un seguimiento estrecho con pruebas de imagen de los pacientes con melanoma.

Material y métodos.

Desde el año 2002 al 2010, 402 pacientes han sido diagnosticados de melanoma cutáneo en nuestro Departamento. Durante el seguimiento se han realizado ecografías de las cadenas ganglionares, ecografía abdominal, radiografía de tórax y TAC torácico abdominal cada 3-12 meses en función del estadiaje del tumor primario.

Resultados.

Durante el seguimiento en este período de tiempo 7 pacientes han sido intervenidos de una tumoración renal evidenciada en una TAC de control. Se demostró un aumento significativo del riesgo de desarrollar cáncer renal en esta cohorte de pacientes.

Conclusiones.

Se considera que la etiología de esta realidad es una combinación de la predispo-

sición genética del individuo, factores ambientales, ambiente hormonal e inmune.

Es importante distinguir el sobrediagnóstico por seguimiento estimando los esperados en la población general.

El manejo de tumores renales de pequeño tamaño es problemático ya que muchos no desarrollan crecimiento clínico importante. Una actitud expectante debería ser extremadamente rigurosa ya que ningún tumor está libre de progresión. La extirpación quirúrgica temprana sigue siendo el tratamiento de elección.

Palabras clave.
Nevus y melanoma. Tumor maligno.

CORDOMA CUTIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Rosa Baldellou Lasierra, Elena del Valle Sanchez*, Rosa García Felipe, Nieves Porta Aznarez, Milagros Sánchez Hernández, Estrella Simal Gil, M^a Luisa Zubiri Ara. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción.

El Cordoma es un infrecuente tumor óseo maligno originado a partir de restos embrionarios ectópicos de la notocorda. Puede afectar a la piel por extensión directa, recurrencia o metástasis. Sólo ocasionalmente la lesión cutánea es el signo inicial de la enfermedad.

Caso clínico.

Varón de 69 años. Antecedentes personales: HTA, hipercolesterolemia, hiperuricemia, hemorroidectomía (2003), Ca. Basocelular en nariz (2007), prótesis de rodilla izda. (2009). Consultó (2010) por presentar una lesión cutánea en zona sacro-coxígea de varios años evolución, crecimiento lento y totalmente asintomática. Exploración: Tumor de 5 x 2,5 cm. del color de la piel, translúcido, lobulado, de consistencia gelatinosa, adherido a planos profundos, no ulcerado e indoloro a la palpación. Se hizo biopsia punch de 6 mm. obteniéndose el diagnóstico de cordoma. Se derivó al paciente para estudio y tratamiento quirúrgico.

Discusión.

Los cordomas suponen del 2 al 4 % de las neoplasias óseas. Se presentan en tres localizaciones: Sacro (50 %), base de cráneo (35 %) y columna vertebral (15%). Crecen lentamente destruyendo el tejido óseo y los tejidos blandos contiguos. Metastatan tardíamente. Ocasionan dolor local y

síntomas por compresión de nervios y órganos adyacentes. El diagnóstico se basa en la histopatología e inmunohistoquímica. Son fundamentales las pruebas de imagen (RMN) para conocer los límites del tumor. El tratamiento de elección es la exéresis radical pero, debido a su dificultad, son frecuentes las recidivas. La radioterapia puede ser coadyuvante. La afectación cutánea por extensión local del tumor o por metástasis es rara y sólo ocasionalmente es el primer signo de la enfermedad.

Conclusión.

Presentamos un caso de cordoma cutis sacrocoxígea cuya primera manifestación fue la lesión cutánea. Curiosamente no ocasionaba síntomas pese a su volumen.

Palabras clave.
Tumor maligno. Cordoma cutis.

SARCOMA EPITELIOIDE EN UN NIÑO DE DIEZ AÑOS

P Eguino Gorrochategui, JM Arrinda Yeregui*, M Suñol Capella**, N García de Andoin Barandiaran***, M Marquina Iñarriraegui, MJ Zufiaurre Narraspe. *Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Bidasoa. Hondarribia. Gipuzkoa. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. ***Servicio de Oncohematología Pediátrica. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia. Gipuzkoa.

Introducción.

El sarcoma epitelioides fue descrito por Enzinger en 1970. Se trata de un tumor maligno de partes blandas, infrecuente, que se localiza en la mayoría de los casos en área distal de las extremidades, sobre todo en manos (dedos) y pies. Afecta a adultos entre 20-40 años, aunque puede aparecer a cualquier edad. Es característico su lento crecimiento y su tendencia a la recidiva local.

Caso clínico.

Paciente de 10 años de edad que acude consultando por una lesión asintomática de 1 año de evolución en cara anterior de muñeca derecha. A la exploración, se aprecia una lesión de 5 mm diámetro, de color piel, firme al tacto.

Se realizó biopsia cutánea, en la que se apreciaba una lesión multinodular eosinófila centrada en dermis reticular, constituida por células epitelioides de citoplasma amplio y algunas células gigantes multinucleadas entrelazadas. Los resultados con técnicas de inmunohistoquímica fueron los siguientes: Vimentina (+), EMA (+), Queratina AE1/AE3 (+); CD34 (-), S-100 (-), INI-1 (-). Con estos datos, se realizó el diagnóstico de sarcoma epitelioides.

Las pruebas complementarias descartaron afectación sistémica y únicamente se realizó una ampliación de la extirpación quirúrgica previa.

Discusión.

Las lesiones de aspecto benigno pero de diagnóstico clínico dudoso deben biopsiarse o ser vigiladas estrechamente.

Palabras clave.
Sarcoma. Niño. Brazo.

ÚLCERAS CUTÁNEAS SECUNDARIAS A TRATAMIENTO CON METOTREXATO.

Cristina Gómez Bringas, Olatz Lasa Elgezua, Nerea Agesta Sánchez, Izaskun Ocerin Guerra, María Rosario González Hermosa, Irati Allende Markixana. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Introducción.

El metotrexato (MTX) es un fármaco antagonista del ácido fólico, que inhibe la síntesis celular de ADN, ARN y proteínas, con un efecto antineoplásico e inmunosupresor de uso extendido en Dermatología y Reumatología.

Casos clínicos.

Presentamos dos casos clínicos de aparición de lesiones ulcerosas cutáneas tras uso de MTX. El primero de ellos se trata de una mujer de 58 años en seguimiento por reumatología por artritis reumatoide de larga evolución en tratamiento con MTX a dosis de 25 miligramos a la semana durante los últimos 6 años que es remitida por lesiones ulcerosas en regiones acrales de extremidades superiores e inferiores de 6 meses de evolución.

El segundo caso corresponde a un varón de 52 años diagnosticado de artritis reumatoide seronegativa de años de evolución en tratamiento con MTX 25 miligramos a la semana desde hace 8 años. Fue remitido para valoración de lesiones ulcerosas en región distal de extremidades inferiores presentes desde hacía año y medio.

La remisión de las lesiones tras la suspensión del tratamiento con MTX junto con los datos obtenidos en el estudio histológico y microbiológico de las lesiones en ambos pacientes orientó hacia el diagnóstico por exclusión de úlceras cutáneas

secundarias a toxicidad por MTX.

Discusión.

La aparición de erosiones dolorosas en placas de psoriasis como una manifestación temprana de toxicidad por MTX ha sido reportada en múltiples ocasiones. Sin embargo, las úlceras cutáneas en pacientes sin psoriasis secundaria al tratamiento con este fármaco únicamente ha sido descrito en la literatura médica en 4 casos previos.

Palabras clave.
Reacción por fármacos.
Tratamiento sistémico.

PUSTULOSIS AGUDA EXANTEMÁTICA GENERALIZADA INDUCIDA POR NISTATINA. CASO CLÍNICO.

Valentín de Benito Rica, Salomé Álvarez Sánchez, Juan Antonio Ratón Nieto, Cristina Gómez Bringas, Irati Allende Markixana, Txabier Eizaguirre Uriarte. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Introducción.

La pustulosis aguda exantemática (PAEG) es una rara erupción inducida por medicamentos o virus.

Caso clínico.

Una mujer de 83 años, diabética e hipertensa, acudió al Servicio de Urgencias por presentar, desde una semana antes y de forma aguda, fiebre y pústulas generalizadas en el tronco y las extremidades. Días antes del inicio del cuadro había aplicado enjuagues de nistatina para unas aftas orales. Fue ingresada y en las pruebas complementarias destacó una leucocitosis de 17.400, PCR 127 y VSG 37. La anatomía patológica de la biopsia realizada mostró una dermatitis pustulosa. La tinción PAS del tejido resultó negativa. Fue tratada cuatro días con acitetrino y prednisona con mala respuesta y posteriormente con prednisona y cloxacilina, con lo que quedó asintomática siete días después. Las pruebas epicutáneas realizadas posteriormente resultaron positivas para nistatina a las 96 horas y la anatomía patológica demostró una dermatitis pustulosa en dicha lesión.

Discusión.

Con una incidencia de unos pocos casos por millón al año, la PAEG es una erupción neutrofilica que puede considerarse como una forma de hipersensibilidad retardada. El 90% de los casos son inducidos

por medicamentos (la mitad de ellos son antibióticos) y el resto por virus. El diagnóstico etiológico se realiza por provocación o mediante pruebas epicutáneas, que son positivas hasta en el 50% de los casos. Se han comunicado unos pocos casos de PAEG inducida por nistatina.

Conclusión.

La PAEG debe ser contemplada en el diagnóstico de pustulosis. La anamnesis exhaustiva y las pruebas epicutáneas ayudan en su diagnóstico y evitan la necesidad de una provocación controlada para discriminar la causa entre varios medicamentos sospechosos. Aunque a algunos medicamentos como la nistatina no se les atribuye acción sistémica, una mínima absorción de los mismos puede ocasionar una toxicodermia.

Palabras clave.
Reacción por fármacos.

PIODERMA GANGRENOSO COMO MANIFESTACIÓN CUTÁNEA INICIAL DE GRANULOMATOSIS DE WEGENER.

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

Introducción.

La granulomatosis de Wegener (GW) es una vasculitis multisistémica que en pocos casos debuta con alteraciones cutáneas en el momento del diagnóstico. La presentación de pioderma gangrenoso (PG) precediendo GW como ocurre en nuestro caso es excepcional.

Caso clínico.

Mujer 44 años, sin historia previa de interés, acudió a consulta con lesiones en pierna derecha de un mes de evolución. Refería antecedente de fractura no desplazada de peroné derecho tratada con inmovilización con yeso. Se realizó una biopsia con el diagnóstico de PG.

En la analítica destacaba: ANCA-C+ 1/320 y antiproteinasa (PR-3):108. Al año, la paciente ingresa por cefaleas en zona hemisférica derecha, fiebre, malestar general y otitis derecha. Se realizan pruebas complementarias analíticas, microbiológicas y de imagen. En Tac pulmonar se objetiva una masa pulmonar cavitada en LID y la biopsia muestra grandes áreas de necrosis y vasculitis de vasos arteriales grandes y pequeños. En TAC de senos paranasales, peñascos, mastoides y CAI muestra datos de sinusitis agudas. La RMN craneal presentaba engrosamiento difuso hemisférico derecho compatible con meningitis. Se establece el diagnóstico de GW.

Discusión.

La forma clásica de la GW fue descrita como vasculitis necrotizante granulomatosa del tracto respiratorio superior e inferior junto con glomerulonefritis.

La clínica cutánea presentándose como primera manifestación de la GW es rara, (6- 13%), si bien en cierto que en la literatura se describen las lesiones pioderma gangrenoso-like como las más tempranas. Presentamos un caso de GW que se inició con sintomatología cutánea un año antes de mostrar otras alteraciones más típicas y definitorias de GW y alertamos de la importancia de someter a estudios y seguimientos rigurosos a todo paciente portador de PG, dada la importancia diagnóstica de algunos procesos.

Palabras clave.
Miscelánea

POLICONDRITIS RECIDIVANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Sofia Goula Fernández, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Izaskun Trébol Urrea, Julia de Diego Rivas*, Ricardo González Pérez, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica***. Hospital Santiago. Vitoria.

Introducción.

La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad multisistémica crónica que se caracteriza por la inflamación recurrente de las estructuras cartilaginosas y ricas en proteoglicanos.

Caso clínico.

Varón de 53 años que desde 2007 había padecido 4 episodios de inflamación en los pabellones auriculares diagnosticados como celulitis. En el brote actual, presentaba edema, eritema y dolor en la zona cartilaginosa de la oreja derecha, respetando el lóbulo. Con la sospecha de PR, se tomó una biopsia, que confirmó este diagnóstico, iniciándose tratamiento con prednisona oral, con una excelente respuesta en pocos días. Análíticamente, la determinación de anticuerpos anti-colágeno II fue negativa y el resto de parámetros normales. El estudio inicial realizado por el Servicio de Medicina Interna descartó igualmente afectación sistémica. Sin embargo, durante el período de seguimiento, el paciente presentó varios episodios de urticaria, angioedema, disfonía y desaturación, que requirieron ingreso hospitalario y administración de adrenalina subcutánea, corticoides intravenosos y oxigenoterapia. Aunque la sospecha diagnóstica inicial ante estos síntomas fue de anafilaxia medicamentosa, el estudio alérgico no fue concluyente. Posteriormente, y dado que la administración de corticoi-

des orales no conseguía evitar la aparición de nuevos episodios de condritis auricular, se inició tratamiento con azatioprina, y desde ese momento el paciente se ha mantenido asintomático.

Discusión.

Aunque la PR es una entidad bien conocida, consideramos de interés presentar este caso porque su escasa frecuencia en la práctica clínica probablemente explique el retraso con el que habitualmente es diagnosticada. Por otra parte, de la misma forma que en nuestro paciente, se han descrito casos de PR que se acompañan de síntomas de urticaria y angioedema, que inicialmente son atribuidos a cuadros de anafilaxia y que en realidad son secundarios a la propia enfermedad.

Palabras clave.
Enfermedad del colágeno. Enfermedad sistémica.

VASCULITIS NODULAR (ERITEMA INDURADO DE BAZIN) DE LARGA EVOLUCIÓN TRATADA CON AZATIOPRINA.

M^º Luisa Zubiri Ara*, Luis Saez Comet**, Carmen Yus Gotor***, José Velilla Marco**, Rosa Baldellou Lasierra*, Ricardo Martín Marco*, Cristina Corredera Carrión*. **Servicios de Dermatología*, Medicina Interna** y Anatomía Patológica*****. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción.

Se denomina Eritema indurado de Bazin (EIB) a un cuadro clínico más frecuente en mujeres, que se caracteriza por lesiones nodulares con tendencia a ulcerarse, en la parte posterior de las piernas de etiología tuberculosa, con una histología de panculitis lobulillar con vasculitis. En la pasada centuria se han observado cuadros que compartían con el EIB la misma clínica e histología pero con una etiología diferente de la tuberculosa; a los que se denominó Vasculitis Nodular (VN).

Caso clínico.

Mujer de 49 años que acude a la consulta en septiembre de 1997 por presentar lesiones nodulares en la zona inferior de ambas piernas, se realiza biopsia cutánea con el resultado de panculitis lobulillar granulomatosa con vasculitis, todos los estudios realizados para conocer la etiología de su proceso son negativos. Durante 12 años es controlada por los servicios de Dermatología y Medicina Interna con brotes sucesivos de lesiones, realizando varios tratamientos sin resultado; respondiendo únicamente a corticoides orales. En abril de 2009 inicia tratamiento con azatioprina, consiguiendo el control de sus lesiones.

Discusión.

Nos parece adecuado utilizar el término de Vasculitis Nodular (VN) para aquellos

cuadros clínicos de panculitis lobulillar con vasculitis en los que no se demuestre una etiología tuberculosa y que se pudiera considerar independiente del Eritema Indurado de Bazin.

Conclusiones.

Resaltar la buena respuesta de nuestra paciente con azatioprina, en un cuadro de larga evolución.

Palabras clave.
Eritema indurado de Bazin. Vasculitis nodular. Azatioprina.

VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA TIPO II CON AFECTACIÓN RENAL.

Hernán Andrés Borja Consigliere, Arantxa López Pestaña, Asunción Arregui Murua, Carmen Lobo Morán, Marta Rezola Bajineta, Gerardo Larraya Nieto, Anna Tuneu Valls. Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián

Introducción.

La crioglobulinemia se define como la presencia de inmunoglobulinas en el suero que precipitan con el frío. Se distinguen tres tipos, según la composición del crioprecipitado. Las tipo II y III se denominan crioglobulinemias mixtas, ya que se componen de diferentes inmunoglobulinas, generalmente IgM, mono o policlonal, e IgG policlonal. Se pueden asociar a enfermedades hematológicas, autoinmunes e infecciosas, fundamentalmente a la infección por el virus de la hepatitis C. Los casos sin patología de base se denominan crioglobulinemia mixta esencial.

Caso clínico.

Mujer de 60 años que consultó por discoloración marrón en piernas y úlceras en tobillos, de dos años de evolución. En la biopsia cutánea se evidenció una vasculitis neutrofílica. La analítica de sangre mostró crioglobulinas: 46 mg/dl, factor reumatoide: 74.7 UI/ml. Serologías de hepatitis B, C y VIH negativas. Proteínas en orina: 440 mg/24h. Pautamos tratamiento con colchicina y corticoides con resolución de las lesiones cutáneas. Posteriormente sufrió una elevación progresiva de la proteinuria, desarrollando un síndrome nefrótico. La biopsia renal mostró una glomerulonefritis membranoproliferativa.

Discusión.

En la crioglobulinemia la afectación renal se produce en el 50% de los casos, siendo el patrón histológico más frecuente la glomerulonefritis membranoproliferativa. Clínicamente se manifiesta como un síndrome nefrótico, elevaciones de la creatinina o fallo renal agudo. El tratamiento se basa en los corticoides sistémicos y la ciclofosfamida. Destacamos la importancia del dermatólogo en el diagnóstico ya que la púrpura es el signo inicial más frecuente.

Palabras clave:
Vasculitis.

DOS CASOS DE PANICULITIS PANCREÁTICA.

María López-Núñez, Hernán Andrés Borja Consigliere, Carmen Lobo Morána, Susana Vildósola Esturo, Anna Tuneu Valls, Begoña Aseginolatz Zabaleta, M^a Asunción Arregui Murua. Sección de Dermatología, servicio de Anatomía Patológica. Hospital Donostia, San Sebastián.

Introducción.

La paniculitis pancreática o necrosis grasa enzimática es un subtipo de paniculitis lobulillar que aparece en relación con varias enfermedades del páncreas. En ocasiones el cuadro cutáneo es el primer signo de enfermedad pancreática.

Casos clínicos.

Caso 1: paciente de 38 años, con diabetes tipo 1 desde los 10 años, que había recibido un trasplante renal y pancreático, del que había presentado un rechazo con aumento de amilasas y lipasas que estaba siendo tratado con inmunosupresores. Presentaba nódulos inflamatorios no dolorosos en ambas regiones pretibiales y planta de un pie. Se realizó una biopsia que confirmó el diagnóstico de paniculitis pancreática. Las lesiones se resolvieron espontáneamente. Caso 2: paciente de 68 años, con hipertensión arterial y hepatopatía crónica por VHC estadio C de Child, con hipertensión portal, varices esofágicas y peritonitis bacteriana espontánea. Ingresó por pancreatitis aguda. Presentaba nódulos eritematovioláceos de 1-2 cm, no dolorosos en ambas extremidades inferiores y en brazos. La biopsia cutánea mostró una paniculitis lobulillar aguda necrotizante. Las lesiones se resolvieron espontáneamente.

Comentarios.

La paniculitis pancreática aparece entre

un 2 y 3% de pacientes con enfermedades del páncreas. En la patogenia se ha implicado a las enzimas pancreáticas, sobre todo la lipasa. Clínicamente se observan nódulos eritematosos subcutáneos, habitualmente dolorosos, que se ulceran y drenan un material oleoso. La localización más frecuente es en tobillos y pies. Ocasionalmente se acompaña de artritis agudas secundarias a la necrosis de la grasa periarticular. Histológicamente se caracteriza por una necrosis coagulativa de los adipocitos centrolobulillares, con la imagen de "células fantasma". El tratamiento está dirigido a la corrección de la enfermedad pancreática subyacente. Destacamos de nuestros casos que los nódulos no eran dolorosos ni supurativos.

Palabras clave:
Enfermedad sistémica.

LEISHMANIASIS MUCOSA DE LOCALIZACIÓN EN PALADAR.

Silvia Martínez Soriano*, Marta Lorda Espes*, Ignacio Rivera Fuertes*, Mariano Ara Martín*, Julián Cuesta Muñoz**, Joaquín Soria***, F.J Carapeto*. **Servicios de Dermatología*, Enfermedades Infecciosas** y Anatomía Patológica***. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza.**

Caso clínico.

Presentamos el caso de un varón de 58 años, natural de Bulgaria; residente en España desde hace 5 años, que acude a urgencias por lesiones dolorosas en cavidad oral que no mejoran con el tratamiento antifúngico pautado por su MAP. Valorado por dermatólogo y O.R.L de guardia; a la exploración se observó lesión ulcerada de 3-4 cm de diámetro a nivel de paladar blando y duro, de bordes irregulares y dolorosa al tacto. No presentaba fiebre y el estado general estaba conservado. Con la sospecha de posible neoplasia de paladar; se realizó biopsia de la úlcera palatina. En la histopatología se observó un proceso inflamatorio activo compuesto por linfocitos, células plasmáticas e histiocitos que contenían en su citoplasma abundantes parásitos protozoarios tipo leishmania.

Con el diagnóstico de leishmaniasis se remitió al servicio de enfermedades infecciosas para realización de estudio de extensión e instauración de tratamiento.

El paciente no refería viajes a su país ni a ningún otro. No se observaron lesiones cutáneas, adenopatías ni otros datos clínicos de afectación visceral. Se realizó estudio de extensión descartándose participación sistémica y se instauró tratamiento con anfotericina liposomal con buena respuesta y tolerancia al mismo consiguiendo la curación de la úlcera palatina. Se remitió muestra al centro microbiológico nacional

de referencia donde se confirmó por PCR la presencia de Leishmania spp.

Conclusiones.

La leishmaniasis mucocutánea a menudo es una complicación de la leishmaniasis cutánea del Nuevo Mundo producida por *L.braziliensis* y *L. panamensis*. Ocasionalmente, la afectación de mucosas puede ocurrir por una infección por otras especies de *Leishmania* diferentes a las anteriores, habiéndose comunicado casos en el Viejo Mundo de afectación mucosa aislada en ausencia de participación visceral o cutánea producidos por *L.donovani* y más frecuentemente, por *L.infantum* además de *L.aethiopicus*.

Presentamos el caso de un paciente con leishmaniasis mucosa de paladar; sin otra participación sistémica o cutánea con una respuesta muy buena al tratamiento con anfotericina B liposomal y destacamos la rareza de esta presentación clínica en Europa.

Palabras clave.
Diagnóstico.

INFECCIÓN CONCOMITANTE POR HERPES SIMPLE Y VARICELA-ZOSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Marta Mendieta Eckert, Jose Luis Díaz Ramón, Aitor De Vicente Aguirre, Libe Aspe Unanue, Andrés Palacios Abufón, Nerea Agesta Sánchez. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.**

Introducción.

La infección concomitante por virus herpes simple (VHS) y virus varicela zoster (VZV) en la misma localización es una situación muy poco frecuente. Sólo se han descrito 23 casos en la literatura.

Caso clínico.

Mujer de 62 años inmunocompetente que presenta brotes recurrentes de lesiones de distribución lineal en glúteo izquierdo desde hace 8 años. El cuadro se precede de dolor a lo largo del dermatoma L5 hasta el talón y a las 48 horas aparecen las lesiones. La sintomatología dolorosa permanece 1 semana. A la exploración presenta escasas vesículas agrupadas sobre área eritematosa junto con maculas hipopigmentadas de aspecto cicatricial correspondientes a episodios previos. Asimismo refiere erupción en áreas fotoexpuestas de la parte superior del tronco desde hace 3 años y artralgias en mano con deformidad de las falanges distales en los últimos 2 años.

Ante esta clínica se sospecho herpes zoster recidivante y lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS). En la analítica presentaba ANAs (patrón moteado) y anti-Ro positivo. Serología para VZV Ig G positivo e Ig M negativo y VHS I-II Ig M negativo. Se tomaron muestras de las lesiones con cultivo positivo para VHS II y negativo para VZV y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva tanto para VHS II como para VZV.

La paciente presentó nuevo brote repitiéndose los estudios con idénticos resultados, los cuales fueron verificados por el servicio de microbiología. Se diagnosticó de herpes zoster recidivante y herpes simple tipo II concomitante.

Comentario.

Presentamos un nuevo caso de herpes zoster y simple concomitante recidivante en el mismo dermatoma L5 detectado mediante PCR, prueba que se ha demostrado más sensible. Son pocos los casos descritos de herpes zoster y simple concomitante en pacientes inmunocompetentes si bien parece podrían tener un curso más grave.

Palabras clave.
Infección vírica. Diagnóstico.

SIFILIS PRIMARIA EXTRAGENITAL EN PACIENTE VIH POSITIVO.

Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero del Mazo, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción.

Aunque la conocemos desde hace 6 siglos, la sífilis sigue sorprendiéndonos por la variedad de sus manifestaciones clínicas, y por el aumento de su prevalencia, atribuible a la relajación en las medidas de prevención primaria. Presentamos un caso de características atípicas en un paciente portador de VIH desconocido hasta el momento del diagnóstico de la lesión luetica.

Caso clínico.

Paciente de 50 años que presenta lesión cutánea indolora en dorso de mano derecha de 2 meses de evolución. Exploración: se aprecia una lesión nodular infiltrada, eritematosa con ligera descamación en superficie, en el espacio digital entre 1º y 2º dedo de la mano, sin adenopatías locorregionales palpables. La anamnesis nos obligó a realizar los siguientes diagnósticos diferenciales: Leishmaniasis cutánea, granuloma de las piscinas, esporotricosis, chancro tuberculoso.

En los estudios realizados encontramos una serología positiva para VIH y para sífilis a expensas de Ig M principalmente. Tinción de anticuerpos anti-treponema muy positiva. Siendo el resto de pruebas negativas para el resto de los diagnósticos propuestos.

Discusión.

Nos encontramos por los hallazgos de las pruebas complementarias ante una

lesión única extragenital sifilítica en estadio primario por tener una Ig M muy alta y gran cantidad de treponemas en la misma pero que no tiene las características de un chancro primario de inoculación.

Conclusión.

No es raro encontrar en la literatura manifestaciones cutáneas de sífilis que difieren de lo clásicamente descrito, especialmente en pacientes VIH o en estadio secundario, conocido por la riqueza expresividad clínica. Pero apenas hay documentación sobre lesiones sifilíticas primarias con morfología diferente del chancro, por este motivo pensamos que nuestro caso aporta una variante clínica a tener en cuenta que viene a apoyar el sobrenombre de "gran imitadora"

Palabras clave.
Enfermedad venérea.

IMPÉTIGO AMPOLLOSO GENERALIZADO EN UN ADULTO CON DERMATITIS ATÓPICA.

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Lucía Carnero González, Itziar Arrue Mitxelena, Lucía Sánchez Martínez, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio Dermatología Hospital Santiago. Vitoria

Introducción.

El impétigo ampolloso (IA) es una infección cutánea superficial causada por cepas de *S. aureus* productoras de epidermolisinas. La generalización de las lesiones es rara en los niños y los casos publicados en adultos son escasos y pertenecen a la literatura dermatológica antigua.

Caso clínico.

Varón de 39 años con dermatitis atópica (DA) bien controlada con tratamiento tópico esteroideo. Consultaba por una erupción ampolloso-costrosa generalizada de 8 días de evolución, con astenia y sensación de tirantez. Se inició tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico y aciclovir endovenosos y crema de betametasona más gentamicina. Presentaba leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva, la función renal era normal y VIH negativo. En el cultivo se aisló *S. aureus* y la PCR para virus herpes fue negativa. En la biopsia se apreció una ampolla subcórnea acantolítica y un infiltrado inflamatorio agudo en la dermis superior.

El diagnóstico fue de IA generalizado en paciente con DA. Después de una semana de tratamiento las lesiones se resolvieron.

Discusión.

Los factores que han sido puestos en relación con la generalización del IA son la ausencia de anticuerpos antiepidermolisina

y la alteración de la función renal, que disminuiría la excreción de toxinas.

La alteración en la función barrera de la piel y la disregulación del sistema inmune innato y adquirido presentes en la DA, junto con la aplicación de corticoides, pueden ser las razones de la generalización de las lesiones en nuestro paciente.

El IA ha de formar parte del diagnóstico diferencial de las lesiones ampollas generalizadas en el adulto.

Palabras clave.
Infección bacteriana. Enfermedad ampollosa. Dermatitis eczematosa.

REACCIÓN IDE PSORIASIFORME ASOCIADA A TINEA CAPITIS POR MICROSPORUM GYPSEUM.

Raquel Conejero del Mazo, Ignacio Rivera Fuertes, Silvia Martínez Soriano, Marta Lorda Espés, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jodán, Francisco José Carapeto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción.

Las reacciones ide o dermatofitides consisten en una erupción cutánea a distancia, sin presencia de hongos, producida por una reacción de hipersensibilidad frente a una infección fúngica primaria por dermatofitos.

Caso clínico.

Un varón de 58 años de edad acude a urgencias por presentar una lesión en cuero cabelludo de tres meses de evolución, y en el último mes la aparición progresiva de lesiones en diferentes localizaciones de la superficie corporal. No asociaba otra sintomatología. Existía contacto ocasional con perros. A la exploración presentaba en cuero cabelludo una placa eritematosa bien delimitada con áreas alopecicas y descamación amarillenta. En párpado izquierdo, muñeca izquierda y pliegue abdominal placas eritematosas descamativas y en ingles placas eritematosas. Se realizó cultivo y biopsia de tres de las lesiones, con resultado compatible con psoriasis y ausencia de hongos mientras que el cultivo de hongos de cuero cabelludo fue positivo para *Microsporum gypseum*. El paciente fue tratado con terbinafina oral y corticoide tópico en las lesiones del cuerpo. Un mes después presentaba curación de la lesión del cuero cabelludo, con mejoría del resto de lesiones iniciales pero aparición progresiva de más lesiones de características psoriasiformes

en tronco y extremidades.

Discusión.

Han sido descritas reacciones ide por dermatofitos de diversas características, como afectación vesiculosa de las manos y pies, erupciones generalizadas, reacciones similares a eczema o piodermas. En la literatura hemos encontrado pocos casos de reacción ide psoriasiforme, y todos los descritos han sido en niños menores de 14 años. Planteamos este caso como una reacción ide psoriasiforme o la posibilidad de una psoriasis de nueva aparición desencadenada por la infección fúngica.

Palabras clave.
Dermatosis Ecematosas

CIRUGÍA CONTROLADA AL MICROSCOPIO PARA EL TRATAMIENTO DE LENTIGO MALIGNO MELANOMA (LMM).

Irrarrazaval Armendáriz I, Marquès Martín L, Navedo de las Heras M, Giménez de Azcárate Trivez A, Redondo Bellón P. Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción.

El LMM es un tumor intraepidérmico que afecta a personas de edad avanzada y se localiza en zonas fotoexpuestas. Clínicamente se presenta como una mácula hiperpigmentada de bordes poco definidos y de crecimiento lento.

Cuando las células tumorales sobrepasan la unión dermo-epidérmica se denomina melanoma sobre LM, cuyo pronóstico se ajusta al índice de Breslow.

Con frecuencia la displasia lentiginosa se extiende más allá del borde clínico, siendo frecuente la recidiva tras una extirpación o tratamiento incompleto. Por este motivo hoy en día se acepta que el tratamiento de elección del LMM es la cirugía controlada al microscopio (CCM) en parafina.

Serie de casos.

Presentamos 8 pacientes (5 LMM y 3 melanoma sobre LM) tratados mediante CCM.

Inicialmente bajo anestesia local se realizó extirpación de la lesión con margen de 0,5 cm sobre el borde clínico y posterior estudio de los bordes laterales en parafina. A las 48 horas, se realizó ampliación de los bordes afectos (5 casos) y diseño de la reconstrucción en función de la afectación. El promedio de seguimiento fue de 15,1 meses (rango 4-40 meses) sin evidencia de recurrencia.

Conclusión.

Desde el punto de vista oncológico la CCM en parafina es el tratamiento de elección del LMM dado que examina el 100 % de los márgenes de estas lesiones, caracterizadas por la extensión subclínica y la irregularidad de sus bordes. Esto se ve reflejado en la baja tasa de recurrencia de la serie presentada.

Otra ventaja es que logra la máxima preservación de tejido sano en regiones estéticas.

Palabras clave.
Nevus y melanoma.
Tratamiento quirúrgico.

DISEÑO DE COLGAJOS LOCALES COMO MEJOR OPCIÓN RECONSTRUCTIVA EN TUMORES CUTÁNEOS INFILTRANTES.

Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Isabel Irarrazaval Armendáriz I, Pedro Redondo Bellón. **Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

La elección entre colgajos locales o injertos es, a veces, polémica. Para aplicar un injerto cutáneo debe haber una resección limitada en profundidad para mantener un buen lecho vascular. Cuando la escisión es radical, los colgajos locales son la mejor opción posible.

Material y métodos.

Se presentan dos pacientes en los que se realiza reconstrucción de grandes defectos centofaciales. El primer paciente presentaba un dermatofibrosarcoma protuberans situado en región centofrontal y glabelar. La segunda paciente presentaba un carcinoma espinocelular de largo tiempo de evolución localizado en dorso y puente nasal. Tras extirpación bajo cirugía de Mohs, resultó un defecto de gran tamaño que alcanzaba la región glabelar y prácticamente toda la pirámide nasal. Ambos casos infiltraban en profundidad, por lo que se reseco periostio dejando el hueso expuesto.

Resultados.

Se diseñan colgajos cutáneos en ambos casos. Para el defecto centofrontal se realiza un colgajo de avance en la región frontal derecha, uno de rotación en la región frontal izquierda y otros dos de transposición en región supraciliar derecha y glabelar. Para reconstruir el defecto nasal se realiza un colgajo de transposición bilobulado junto

con uno de avance-rotación en región malar izquierda, utilizando dos injertos de Burow.

Conclusiones.

Un defecto óseo extenso en región facial debe cubrirse con un colgajo libre vascularizado o con colgajos locales. Los colgajos locales proporcionan mejores resultados funcionales y estéticos en comparación con los injertos, ya que ofrecen un color y textura parecidos a la piel original. La indicación de colgajos locales en la reconstrucción de los defectos en los cuales se expone el hueso subyacente es casi obligada.

Palabras clave:
Tratamiento quirúrgico.
Tumor Maligno

BLEFAROPLASTIA DE PÁRPADO SUPERIOR.

Juan Luis Artola Igarza, Pilar Manrique Martínez, Ana Arechalde Pérez, Victoria Morillo Montañés, Ibon Bilbao Badiola, Amaia Mariscal Polo. **Servicio Dermatología. Hospital Galdakao Usansolo.**

Introducción.

El párpado superior es una zona quirúrgica donde asienta patología cutánea tumoral maligna y benigna con frecuencia. Por otro lado es una zona donde el paso del tiempo puede evidenciar una sensación estética de mirada cansada producida por la blefarocalasia o la dermocalasia de párpado superior.

En cirugía dermatológica además de saber las líneas de tensión de la piel en la zona palpebral se han de conocer la disposición de las diferentes plastias para resolver defectos de esta zona. Dentro de ellas está la intervención conocida como blefaroplastia de párpado superior. En este sentido desarrollamos esta técnica con imágenes pre y postoperatorias.

Palabras clave:
Tratamiento quirúrgico

FOTOPATCH-TEST: RESULTADOS DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS (1999- 2010) EN EL HOSPITAL DE GALDAKAO (BILBAO).

Pilar Manrique, M^a Isabel albizua, Juan Luis Artola, Victoria Morillo, Ana Arechalde, Amaia Mariscal. Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao (Bilbao).

Introducción.

El fotopatch-test , es la herramienta para el diagnóstico de la dermatitis fotoalérgica de contacto.

Material y métodos.

Presentamos los resultados del fotopatch-test obtenidos en los últimos 12 años (1999-2010) en el Hospital de Galdakao (Bilbao), que da asistencia especializada a la población de la Comarca Interior de Vizcaya. Para la realización del fotopatch-test, se han seguido las recomendaciones del IC-DRG, irradiando con una lámpara Walkman 7001 K a dosis de 10 J/cm² y 5 J/cm² desde el año 2004. Los pacientes estudiados presentaban clínica compatible con Dermatitis alérgica de contacto y / o Dermatitis fotoalérgica de contacto, descartándose en este estudio otras patologías fotosensibles.

Resultados.

Por grupos, las fotoalergenos con más resultados positivos fueron los antiinflamatorios no esteroideos tópicos , seguidos por los filtros solares y cosméticos . Nuestros resultados son similares a los publicados por el Grupo Italiano y el Grupo Francés de Dermatitis y Fotodermatitis de Contacto.

Palabras clave.
Diagnóstico. Fotopatch-test. Dermatitis eccematosa.

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA PARA EL DERMATÓLOGO SOBRE LA NORMATIVA EUROPEA DE COSMÉTICOS.

Marcos Hervella Garcés, M^a Eugenia Iglesias Zamora, Berta Bonaut Iriarte, Iosune Mitxelena Ezeiza, Mónica Larrea García, Juan Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Introducción.

La Unión Europea (UE) establece el marco legal para el desarrollo de nuestra sociedad, y sus dictados nos afectan en muchos ámbitos de la vida cotidiana. Damos a conocer algunos aspectos de la legislación europea actual importantes para el Dermatólogo.

Material y Métodos.

Hemos revisado el Diario Oficial de la UE de los 10 últimos años, y hemos seleccionado aquellas directivas de interés para el dermatólogo, particularmente en materia de productos cosméticos.

Resultados.

De un total de 3265 normas legales publicadas, se encontraron 96 relativas a cosméticos. Destacamos por su repercusión 6 de ellas: las que limitan el uso de parafenilendiamina, isotiazolinonas y metildibromoglutaronitrilo, la prohibición del mercurio y el dimetilfumarato en todo el espacio europeo y la directiva que limita y obliga a incluir en el etiquetado de los cosméticos a 26 fragancias con potencial alérgico.

Conclusión.

La implantación de normas comunes en la UE está sirviendo de cauce para que la industria cosmética evolucione ofreciendo productos cada vez más seguros para el usuario. La legislación en cosmética en Eu-

ropa es un modelo para otros muchos países y a ella se adhieren organismos como IFRA, COLIPA y las Asociaciones Nacionales de Industria Cosmética. Se desarrolla con agilidad, de forma paralela a los avances científicos. Esto no impide que algunas de sus normas como las relativas a límites permitidos de conservantes o perfumes en los productos finales sean eludidas con cierta malicia por la Industria, ni que lleguen al mercado europeo cosméticos que no cumplen esta normativa.

Palabras clave.
Epidemiología. Dermatitis eccematosa. Legislación.

SÍNDROME DEL NEVO BASOCELULAR

N. Ormaechea Pérez, G. Serrano Ibarbia*, M. López Núñez, A. Jaka Moreno, B. Aseginolatz Zabaleta, M. A. López Pestaña, A. Tuneu Valls. Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. Hospital Zumarraga*. San Sebastián. Guipúzcoa.

Introducción.

El síndrome del nevo basocelular (SNBC), o síndrome de Gorlin, es un trastorno hereditario autosómico dominante, debido a mutaciones en el gen supresor de tumores PTCH1. Sin embargo, entre el 33 y el 60% de los casos son consecuencia de mutaciones producidas de novo. Se caracteriza por la presencia de carcinomas basocelulares (CBC) de aparición precoz, queratoquistes odontogénicos mandibulares, depresiones palmoplantares y calcificación ectópica de la hoz del cerebro.

Caso clínico.

Varón de 28 años, sin antecedentes familiares de interés, y con antecedentes personales de hidrocefalia congénita, macrocefalia y múltiples queratoquistes mandibulares, que acudió a nuestra consulta por presentar múltiples CBC en región facial de años de evolución. A la exploración además presentaba una frente prominente, un ligero hipertelorismo, y múltiples depresiones puntiformes palmoplantares. Con todos estos datos realizamos el diagnóstico de SNBC.

Discusión.

Se han descrito distintos tipos de tumores asociados al SNBC. Los más frecuentes son el CBC, el meduloblastoma, los fibromas ováricos y el rhabdomyosarcoma. Los CBC son la manifestación clínica más

habitual, prácticamente el 100% de los pacientes los desarrollarán a lo largo de su vida. Suelen aparecer de forma precoz, múltiple y progresiva. En el manejo de los CBC es importante el diagnóstico temprano, ya que los tratamientos quirúrgicos repetitivos corren el riesgo de desfigurar gravemente al paciente. La terapia fotodinámica y el imiquimod permiten el tratamiento de algunos CBC evitando cicatrices inestéticas. Por otra parte, la medida preventiva fundamental es evitar la exposición a la luz solar.

Palabras clave.
Tumor maligno. Diagnóstico. Tratamiento quirúrgico. Terapéutica física.

LINFOMA NK BLÁSTICO O NEOPLASIA HEMATODÉRMICA CD4+/CD56+.

Marc Julià Manresa*, Victoria Almeida Llamas*, Ana Martínez de Salinas Quintana*, Irene García-Río*, José María Guinea de Castro**, Breno. Moreno Gusmao**, Virginia Moreno Nieto***. Servicio de Dermatología*, Hematología** y Anatomía Patológica***. Hospital de Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álaba.

Introducción.

Los linfomas NK son un grupo heterogéneo de linfomas muy agresivos que muestran un amplio espectro clínico, morfológico e inmunofenotípico. La World Health Organization (WHO) reconoce 3 categorías distintas en las que se incluyen a) leucemia de células NK agresiva, b) linfoma NK/célula-T extranodal, tipo nasal, y c) linfoma NK blástico.

Caso clínico.

Presentamos un paciente de 82 años diagnosticado de linfoma NK blástico a raíz de sus manifestaciones cutáneas en forma de placas y nódulos en cabeza y tronco. La anatomía patológica mostró un denso infiltrado de células mononucleares ocupando la totalidad de la dermis. El estudio inmunofenotípico mostró positividad para CD4, CD56 y negatividad para CD3, CD20, MPO, gránulos citotóxicos y VEB.

Discusión.

En los últimos años, el concepto de los linfomas NK ha cambiado radicalmente gracias al mayor conocimiento en el campo de los linajes celulares. Nuevos descubrimientos inmunofenotípicos y de funcionalidad celular ponen en duda el origen del linfoma NK blástico y apuntan a la célula dendrítica como célula progenitora del proceso neoplásico. Por ello, en la nueva clasificación de la WHO-EORTC dicha neoplasia

aparece bajo el nombre de neoplasia hematodérmica CD4+/CD56+.

Conclusión.

Presentamos un caso de linfoma NK blástico y describimos las diferencias clínicas, histológicas e inmunofenotípicas que pueden ayudar al dermatólogo a diferenciar el linfoma NK blástico del linfoma NK extranodal tipo nasal, con el que se realizó el diagnóstico diferencial.

Palabra clave.
Linfoma.

PSORIASIS EN PLACAS EXTENSA EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

Ane Jaka Moreno, C. López Obregón, M. López Núñez, N. Ormaechea Pérez, H.A. Borja Consigliere, B. Aseginolatz Zabaleta, J. Zubizarreta Salvador. **Servicio de Dermatología del Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.**

Introducción.

El acitretino es un retinoide aromático que se utiliza en el tratamiento de la psoriasis desde la década de los ochenta.

Sus efectos adversos principales son la teratogenicidad en mujeres, la sequedad cutáneo-mucosa y las alteraciones analíticas de las enzimas hepáticas y los triglicéridos.

Caso clínico.

Presentamos el caso de un hombre de 49 años trasplantado hepático por cirrosis alcohólica en 2003. Acudió a nuestra consulta para valoración de reactivación de la psoriasis. Refería psoriasis en placas extensa de 7 años de evolución. Esta se había mantenido estable después del trasplante hepático hasta que le cambiaron el tacrolimus oral por micofenolato mofetilo. A la exploración se observaba una psoriasis en placas extensa. Afectaba el 50-70% de extremidades inferiores, 30-50% del tronco y 10-30% de las extremidades superiores, con afectación del dorso de las manos.

Conseguimos una mejoría clínica con fototerapia, pero la extensión de las lesiones permanecía similar.

Tras comentar el caso con la unidad de trasplantes, decidimos iniciar acitretina 25 mg diarios. Al mes de tratamiento presentó gran mejoría clínica que persiste en la actualidad.

Discusión.

Las indicaciones de ficha técnica de la acitretina son la psoriasis grave, la psoriasis palmo-plantar, la ictiosis congénita y la enfermedad de Darier.

Hay estudios que avalan su eficacia en la prevención del cáncer cutáneo en pacientes trasplantados, sobre todo renales. Basándonos en estos estudios y su uso concomitante con los inmunosupresores utilizados en estos casos, decidimos prescribir la acitretina en nuestro paciente. No hemos encontrado en la literatura ningún caso del uso de la acitretina en trasplantados hepáticos.

Queremos destacar en nuestro caso la buena evolución clínica con ausencia de efectos secundarios significativos.

Palabras clave.
Psoriasis. Tratamiento sistémico

SIRINGOMAS VULVARES EN UNA NIÑA

Izaskun Trebol Urra, Itziar Arrue Michelena, Lucía Carnero González, Gor-ka Ruiz Carrillo, M^o Concepción Montis Palos, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava.**

Introducción.

Los siringomas son tumores anexiales benignos, derivados del acrosiringio ecrino, y que comúnmente aparecen en el área periorbitaria. Otras localizaciones menos frecuentes son el labio superior, axilas, manos y pies, nalgas, región submamaria, abdomen, muslos e ingles. Raramente se desarrollan en la vulva como múltiples pápulas de 1-2 mm de diámetro, color piel o amarillentas, distribuidas de forma simétrica por los labios mayores.

Caso clínico.

Niña de ocho años de edad, adoptada, con antecedentes de pubertad precoz en tratamiento con triptorelina. Consultó por la aparición progresiva de lesiones papulosas pruriginosas en labios mayores de diez meses de evolución. Se realizó biopsia cutánea con diagnóstico de siringoma. La paciente realizó tratamiento con corticoides tópicos, con desaparición del prurito.

Discusión.

Los siringomas vulvares normalmente aparecen en mujeres jóvenes después de la pubertad, siendo excepcionales en la edad pediátrica. Pueden ser asintomáticos pero también producir prurito intenso y dolor. Aunque la etiología es desconocida, algunas pacientes refieren empeoramiento del prurito durante la menstruación y durante el verano, por lo que tanto los cambios de

temperatura como la influencia hormonal podrían estar implicados. Clínicamente el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con quistes epidérmicos, esteatocistomas, condilomas, enfermedad de Fox-Fordyce y debido al prurito y al rascado, con el liquen simple crónico. Aunque los siringomas vulvares son poco frecuentes, es probable que estén infradiagnosticados y deberían tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del prurito vulvar.

Palabras clave.
Tumor benigno. Siringoma. Vulva.

XANTOGRANULOMA NECROBIÓTICO ASOCIADO A GAMMAPATIA MONOCLONAL E HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA

Susana Gómez Muga, Elvira Acebo Mariñas, Izaskun Ocerín Guerra, Aitor de Vicente Izaguirre, M^a Rosario Gonzalez Hermosa. Servicio de Dermatología del Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya)

Introducción.

El xantogranuloma necrobiótico es una enfermedad inflamatoria histiocítica (histiocitosis no X) poco frecuente que afecta preferentemente a la piel. En el 80% de los casos asocia paraproteinemia. Histopatológicamente se caracteriza por un infiltrado xantogranulomatoso con células gigantes de tipo Touton y focos de necrosis.

Caso clínico.

Varón de 77 años con historia de gammapatía monoclonal de 1 año de evolución. En marzo de 2010 consultó por un nódulo subcutáneo indoloro de 6x3 cm en fosa cubital izquierda de meses de evolución. El estudio microscópico mostró una infiltración extensa de la dermis por histiocitos y células gigantes multinucleadas con abundantes cuerpos asteroides, entremezcladas con focos de necrosis y aisladas células plasmáticas. En las semanas siguientes aparecieron múltiples nódulos eritematovioláceos en tronco y extremidades, así como placas amarillentas en párpados y una pigmentación grisácea difusa en la espalda. La biopsia de esta última mostró un acúmulo discreto de células xantomatosas en dermis y células con gránulos de pigmento parduzco en su citoplasma. Tras realizar tinciones con PAS, MF y Perls dicho pigmento correspondía a pigmento férrico. En la biopsia de médula ósea había menos de un 5% de células plasmáticas y la serie

radiológica ósea fue normal. Con todo esto se llegó al diagnóstico de xantogranuloma necrobiótico asociado a paraproteinemia con hem siderosis cutánea. Se realizó un estudio oftalmológico y un TAC corporal y cerebral sin objetivarse alteraciones. Se inició tratamiento con clorambucil y prednisona, con mejoría parcial de las lesiones.

Discusión.

Presentamos este caso por la rareza del xantogranuloma necrobiótico por la abundancia de células gigantes con cuerpos asteroides así como por la presencia de hem siderosis que no lo hemos encontrado descrito entre los cambios cutáneos asociados al XGN

Palabra clave.
Miscelánea

TRATAMIENTO DE HIPERHIDROSIS PALMAR Y ENFERMEDAD DE RAYNAUD CON TOXINA BOTULÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ana Martínez de Salinas Quintana, Victoria Almeida Llamas, Marc Juliá Manresa, Irene García Río, Erika Olea De La Fuente*. Servicio de Dermatología y Anestesia*. Hospital Txagorritxu. Vitoria

Introducción.

La enfermedad de Raynaud y la hiperhidrosis palmar son dos patologías que pueden llegar a ser invalidantes. Uno de los tratamientos utilizados con éxito para la hiperhidrosis es la infiltración local con toxina botulínica. Para el fenómeno de Raynaud puede usarse medicación sistémica que en ocasiones no se tolera por sus efectos secundarios.

Presentamos una paciente con ambas patologías que tratamos con infiltración a nivel dérmico de toxina botulínica

Caso clínico.

Mujer de 31 años sin antecedentes de interés que presenta dolor, tumefacción, cambio de color y frialdad en manos de 4 años de evolución. Además presenta hiperhidrosis palmar. Ambas patologías le afectan en su vida diaria. Se diagnostica de enfermedad de Raynaud tras realizar un estudio completo que descarta que sea secundario a otras patologías. Se pauta nifedipino oral pero no lo tolera por taquicardia. Se decide tratar su hiperhidrosis palmar con toxina botulínica. Además, pensando que el Raynaud también podría mejorar revisamos la escasa literatura existente sobre este tema y nos confirma nuestra hipótesis. Se trata bajo anestesia locoregional la palma izquierda. Viendo la mejoría de ambos procesos, un mes más tarde se trata la mano derecha con una dosis ligeramente mayor

presentando una mejoría más evidente. La paciente ya no tiene sudor ni tumefacción y nota menos dolor y más calor. Ya no usa guantes en casa y no tiene tumefacción ni rigidez matutina.

Conclusión.

Aportamos un caso en que gracias a que la paciente presentaba una hiperhidrosis palmar junto a una enfermedad de Raynaud hemos podido comprobar que la infiltración con toxina botulínica además de disminuir la hiperhidrosis es capaz de mejorar el Raynaud. Comentamos efectos de la toxina botulínica señalados por Kossintseva y Barankin que intervienen en la patogenia del Raynaud y que explican la mejoría de dicho proceso; abriéndose las puertas a un novedoso tratamiento del Raynaud y otras de patogenia similar y que ha comenzado a publicarse recientemente en la literatura.

Palabras clave.
Tratamiento tóxico

DOS CASOS DE PITIRIASIS RUBRA PILARIS.

A. Arechalde Pérez*, P. Manrique Martínez*, J.L. Artola Igarza*, V. Morillo Montañés*, E. de Miguel Herrán**, R. Zaballa Tejada**, A. Mariscal Polo*. Servicios de Dermatología* y Anatomía Patológica**. Hospital de Galdakao Usansolo. Galdakao. Bizkaia.

Introducción.

La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es un raro trastorno de la queratinización que cursa con hiperqueratosis folicular, queratodermia palmo-plantar y eritrodermia más o menos extensa. Los hombres y las mujeres se afectan por igual y tiene dos picos de máxima incidencia: uno durante la primera y segunda décadas de la vida y el segundo alrededor de la sexta década.

Casos clínicos.

Caso 1. Varón de 77 años sin antecedentes médicos de interés. El paciente refiere aparición en marzo 2010 de lesiones de aspecto eccematoso en cuero cabelludo y posteriormente en cara, tratadas con corticoides y antifúngicos tópicos sin ninguna respuesta. El paciente consulta porque las lesiones se han extendido rápidamente hacia el tronco y las extremidades, incluyendo pliegues y región palmo-plantar. A la exploración se aprecia un paciente en buen estado general, con una eritrodermia con áreas de piel sana, una queratodermia palmo-plantar fisurada y uñas engrosadas.

Se practica una biopsia que junto con la clínica permiten confirmar el diagnóstico de pitiriasis rubra pilaris.

Inicialmente se trata con corticoides generales y posteriormente con PUVA y Re-PUVA que es el tratamiento que realiza actualmente con una evolución satisfactoria. La analítica sanguínea se ha mantenido

siempre dentro de la normalidad.

Caso 2. Mujer de 21 años, diagnosticada de Sind de Raynaud hace 2 años por su médico de familia. La paciente es remitida a nuestra consulta el 14 febrero 2011. A la exploración, se aprecian lesiones papulosas foliculares amarillentas en tronco y cara y lesiones eritemato-escamosas en EEII. Las lesiones son asintomáticas. Refiere algún brote de lesiones similares pero más localizadas, controladas con corticoides tópicos. Se practica una biopsia que confirma el diagnóstico clínico de pitiriasis rubra pilaris. La analítica sanguínea es normal. La paciente está pendiente de iniciar tratamiento.

Discusión.

Presentamos 2 casos de pitiriasis rubra pilaris adquirida. El primer caso es característico del tipo I clásica del adulto y el segundo caso podría corresponder a una forma juvenil tipo IV.

Palabras clave.
Miscelánea.

CUTIS MARMORATA TELANGIECTÁTICA CONGÉNITA Y MACROCEFALIA-MALFORMACIÓN CAPILAR: DOS ENTIDADES DIFERENTES.

Ana Giménez de Azcárate Trivez, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Isabel Irarrazábal Armendáriz, Pedro Redondo Bellón. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción.

Aunque la asociación de macrocefalia con Cutis Marmorata Telangiectática Congénita (CMTC) fue descrita en 1997 (Moore et al.) y desde entonces se han publicado alrededor de 130 casos, recientemente (Toriello y Mulliken) han demostrado que en los pacientes que presentan esa apariencia clínica y asocian macrocefalia, la principal alteración cutánea no es una verdadera CMTC sino una malformación capilar. Por ello, proponen que esta entidad sea renombrada como macrocefalia-malformación capilar (M-MC).

Caso clínico.

Niño de 21 meses que desde el nacimiento presenta un reticulado violáceo difuso en el tronco y las extremidades, y una mancha en vino de Oporto en región frontal, filtrum labial y mentón. También presentaba macrocefalia, asimetría hemcorporal, hipospadias y sindactilia de la mano izquierda.

Niña de 7 años que consultaba para realización de tratamiento con láser de lesión vascular reticulada violácea en extremidades, que en tronco adquiría aspecto parcheado, que presentaba desde el nacimiento. Las lesiones se extendían hacia la región facial con aspecto en mancha en vino de Oporto.

Discusión.

Presentamos dos pacientes con algunas características clínicas parecidas, pero con diagnósticos diferentes a la luz de la nueva nomenclatura acordada en la literatura. Los pacientes con CMTC presentan un eritema reticulado congénito que mejora con el tiempo y asocian con frecuencia atrofia y ulceración. La presencia de macrocefalia, hipotonía, retraso mental, sobrecrecimiento corporal asimétrico y sindactilia, junto con una mancha en vino de Oporto tendente a la atenuación, se engloba dentro del complejo sindrómico denominado M-MC.

Palabra clave.
Enfermedad vascular

CASO PARA DIAGNOSTICO.

Mónica Larrea García, M. Concepción Ros Martín*, Alicia Córdoba Iturriaga-goitia**, M. Eugenia Iglesias Zamora, Ana Valcayo Peñalba, J. Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología del Hospital García Orcoyen de Estella* y Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica** del Hospital de Navarra.

Caso clínico.

Varón de 38 años. Visto en noviembre de 2010 en Campamentos de Refugiados Saharauis en Tindouf (Argelia). Presenta desde hace cinco años, exantema verrucoso en EE, asociado a exantema reticulado en tronco compuesto por lesiones papulosas confluentes. Se observan zonas con lesiones reticuladas hiperpigmentadas atroficas. Las lesiones son asintomáticas y no hay afectación de cara, manos y pies. Tratamiento previo con corticoides tópicos y parenterales sin mejoría. Se realiza biopsia cutánea que muestra hiperplasia liquenoide y psoriasiforme, con infiltrado liquenoide basal, acompañado de hipergranulosis orto y paraqueratósica. Abundantes melanofagos y necrosis queratinocítica a diferentes niveles. El infiltrado liquenoide es infundibulotropo

Discusión.

Presentamos un caso especialmente severo, debido a la falta de tratamiento apropiado, de una enfermedad muy infrecuente y controvertida. Repasamos los hallazgos clínicos e histológicos que apoyan la naturaleza de esta enfermedad como entidad clínica independiente.

Palabras clave.
Dermatitis liquenoide

PARESTESIAS Y ALOPECIA EN MUSLOS DE RECIENTE COMIENZO.

Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero del Mazo, Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Mariano Ara Martín, M^a Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción.

En la pérdida del vello en un área corporal hay que valorar en primer lugar la yatrogenia (microtraumatismos, rascado, depilación, etc), patología cutánea infiltrativa y atrofiante.

Caso clínico.

Varón de 41 años, refiere episodios esporádicos recurrentes de parestesias en la región antero-lateral del muslo derecho desde hace unos 9 meses, con pérdida del vello en dicha zona desde hace unos 4 meses. Hace 2 meses ha comenzado a notar lo mismo en el muslo derecho, de manera menos intensa. No tiene antecedentes de interés, niega rascado, no se depila. No es obeso, utiliza cinturón y toca la guitarra. A la exploración, alopecia en territorio del nervio fémoro-cutáneo anterior del muslo derecho, algo menos pronunciada en el muslo izquierdo. Piel no infiltrada, con trofismo e irrigación normales, sin hipoestesia, sin signos de rascado ni otros signos de patología. No atrofia muscular. Biopsia cutánea sin alteraciones, salvo disminución del número de folículos pilosos. Estudiado también por Neurología, el paciente no ha precisado tratamiento.

Discusión.

Se trata de una Meralgia parestésica, neuropatía del nervio fémoro-cutáneo exclusivamente sensitiva, sin afectación

motora. Unida a alopecia local, en una piel normal y de manera precoz. Proponemos el diagnóstico de Meralgia Parestésica Alopecica, muy poco reflejado en la literatura médica. El mecanismo de este tipo de alopecia es desconocido, a diferencia de otras neuropatías en las que tardíamente se produce alopecia por atrofia músculo-cutánea, o bien por traumatismos repetidos. Es importante recordarla al hacer diagnóstico diferencial de la alopecia, y descartar entre otras patologías lepra, herpes zóster y micosis fungoide.

Palabras clave.
Pelo

NOTAS


Handwriting practice area with horizontal lines and a large, faint watermark logo in the center. The logo is circular and contains the text "ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA" around the perimeter, the letters "AE" and "DV" in the center, and the year "1909" at the bottom.

NOTAS

Handwriting practice area with horizontal lines and a large, faint watermark logo in the center. The logo is circular and contains the text "ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA" around the perimeter, the letters "AE" and "DV" in the center, and the year "1909" at the bottom.

NOTAS

Handwriting practice area with horizontal lines and a watermark logo.



AVE D'OR

Sede de la Reunión:
Hotel Carlton Rioja. Logroño

Con la colaboración de:



EAU THERMALE
Avène

