

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



Pamplona · 23 de octubre de 2010



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

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

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

Pamplona, 23 de octubre de 2010

Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

PROGRAMA

09:45 horas. Entrega de documentación.

10:00 horas. Comunicaciones libres. Moderadora: Dra. M.E. Iglesias Zamora.

- pág.
- 9 ■ **DERMATOSIS NEONATAL EN HIJO DE INMIGRANTE**
I.García-Río, V. Almeida Llamas, M. Julia Manresa, A. Martínez de Salinas, A. Viguri Díaz. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Álava. España**
 - 10 ■ **LEPRA LEPROMATOSA**
Sánchez Díez Ana, Kapetanovic García Solange*, Fernandez de Larrinoa Aitor**, Martinez de Lizarduy Iñigo, Pérez Barrio Silvia, Lázaro Serrano Mireia, Careaga Alzaga Jesús M. **Centro de Trabajo: Servicios de Dermatología, Neurología* y Anatomía patológica.** Hospital de Basurto. Bilbao.**
 - 11 ■ **UN CASO ATÍPICO DE TIÑA NEGRA**
Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Raquel Conejero del Mazo, Ignacio Rivera Fuertes, María Pilar Grasa Jordán, Mariano Ara Martín, Francisco José Carapeto. **Servicio de dermatología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.**
 - 12 ■ **HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL. CASO CLÍNICO**
Valentín de Benito Rica, Olatz Lasa Elgezua, Salomé Álvarez Sánchez, Nerea Agesta Sánchez, Susana Gómez Muga, Belén Navajas Pinedo. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.**
 - 13 ■ **FOLICULITIS HERPÉTICA FACIAL: DESCRIPCIÓN DE UN CASO**
Zuriñe Martínez de Lagrán, Itziar Arrue Michelena, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, M^o Concepción Montis Palos, Nieves Saracibar Oyón*, Ricardo González Pérez, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.**
 - 14 ■ **SEUDOPORFIRIA POR VORICONAZOL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS**
J Ignacio Yanguas Bayona, Mónica Larrea García, Marcos Hervella Garcés, Josune Mitxelena Ezeiza, Concepción Ros Martín, Berta Bonaut Iriarte*. **Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona y *Servicio de Dermatología Hospital García Orcoyen, Estella (Navarra).**
 - 15 ■ **HIPERPIGMENTACION RETICULADA INDUCIDA POR DOCETAXEL**
Josune Mitxelena Ezeiza, Concepción Ros Martín, Ignacio Yanguas Bayona, M^oEugenia Iglesias Zamora, Ana Valcayo Peñalba, Rosario Vives Nadal. **Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**
 - 16 ■ **SARCOIDOSIS SECUNDARIA A ETANERCEPT: DESCRIPCIÓN DE UN CASO**
Andrés Palacios Abufón*, Libe Aspe Unanue1, Xabier Eizaguirre Uriarte*, Iñigo Les Bujanda**, Inmaculada Barredo Santamaría***, Irati Allende Markixana*, Marta Mendieta Eckert* **Servicios de Dermatología* y Medicina Interna*. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya. Servicio de Anatomía Patológica***. Hospital de Galdakao Usansolo, Galdakao, Vizcaya.**
 - 17 ■ **FENÓMENO "RECALL-LIKE" EN ZONA DE MASTECTOMÍA INDUCIDO POR QUIMIOTERAPIA CON DOXORRUBICINA LIPOSOMAL**
Raquel Conejero del Mazo, Ignacio Rivera Fuertes, Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Mariano Ara Martín, M^o Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.**



- 18 **TUMOR MIXTO MALIGNO DE PARTES BLANDAS**
Almeida Llamas V; Viguri Días A*; García Río I; Juliá Manresa M y Martínez de Salinas Quintana A. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. **Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.**
- 19 **SARCOMA GRANULOCÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**
Mireya Lázaro Serrano, Fernando Marco de Lucas*, Nerea Vidaurrezaga Olivares**, Silvia Pérez Barrio, Ana Sánchez Díez, Rosa Izu Beloso, Jesús María Careaga Alzaga. **Servicio de Dermatología, *Servicio de Hematología, **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Basurto. Bilbao.**
- 20 **METÁSTASIS CUTÁNEA NASAL TARDÍA**
Hernán Borja, Susana Vildósola, Nerea Ormaechea, Ane Jaka, Carmen Lobo*, José Zubizarreta. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. **Hospital Donostia. San Sebastián.**
- 21 **GESTANTE CON ERUPCIÓN FLAGELADA**
M. López-Núñez, A. Jaka Moreno, A. Tuneu Valls, A. López-Pestaña, M.A. Arregui Murua, B. Aseginolatz Zabaleta. Sección de Dermatología. **Hospital Donostia. San Sebastián.**
- 22 **SENSIBILIZACIÓN AL DISULFURO DE DIALILO. RESULTADOS EN NUESTRO SERVICIO DURANTE UN PERÍODO DE 8 AÑOS**
Ricardo González-Pérez, Sofía Goula Fernández, Lucía Carnero González, Izaskun Trébol Urrea, Elvira Acebo Mariñas, Gorka Ruiz-Carrillo, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria**
- 23 **LA "PARANOIA" DE LOS PARABENOS**
Marcos Hervella Garcés, Mónica Larrea García, Concepción Ros Marín, Amaya Larumbe Irurzun, M^a Eugenia Iglesias Zamora, Juan Ignacio Yanguas Bayona. **Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona**
- 24 **ESCLERODERMIA SISTÉMICA PROGRESIVA Y CARCINOMA DE CÉRVIX. ¿PARANEPLASIA O CONCURRENCIA?**
Susana Vildósola Esturo, Anna Tuneu Valls, Arantxa López Pestaña, M^a Asunción Arregui Murua, B. Aseginolatz Zabaleta, María López Nuñez. Servicio de Dermatología. **Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.**

12:15 horas. Conferencia del Experto.

CONSEJOS Y TÉCNICAS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA.

Dra. P. Gil Sánchez. Dpto. Dermatología. CUN. Pamplona.

Dra. M.E. Iglesias Zamora. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

13:30 horas. **Asamblea General Ordinaria de la Sección VNAR.**

ORDEN DEL DIA

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

14:00 horas. Almuerzo de trabajo.

16:00 horas. **Comunicaciones libres.** Moderadora: Dra. Maider Pretel Irazabal.

- 25 **DERMATOSIS EOSINOFÍLICA ASOCIADA A ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS**
C. Gómez Bringas, J.A. Ratón Nieto, J.L. Díaz Pérez, M. Ballesteros Díez, I. Ocerin Guerra, E. Acebo Mariñas. **Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Bizkaia.**
- 26 **ERITEMA NECROLÍTICO MIGRATORIO Y SÍNDROME DEL GLUCAGONOMA**
Nerea Ormaechea Pérez, M^a Asunción Arregui Murua, María López Núñez, Ane Jaka Moreno, Arantxa López Pestaña, José Zubizarreta Salvador, Carmen Lobo Morán*. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián.**
- 27 **FASCITIS EOSINOFÍLICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
Silvia Martínez Soriano, Marta Lorda Espes, Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero Del Mazo, M.P Grasa Jordan, Mariano Ara Martín, F.J Carapeto. **Servicio de Dermatología. H.C.U "Lozano Blesa ". Zaragoza.**
- 28 **PUSTULOSIS EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**
Ignacio Rivera Fuertes, Silvia Martínez Soriano, Marta Lorda Espés, Mariano Ara Martín, Concepción Delgado Beltrán*, M^a Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Servicios de Dermatología y Reumatología* del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.**
- 29 **ACNÉ RESISTENTE AL TRATAMIENTO COMO MANIFESTACIÓN DE ACROMEGALIA**
Ana Giménez de Azcárate Trivez, Leyre Aguado Gil, Isabel Irarrazabal Armendáriz, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Miguel Angel Idoate Gastearena. **Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica de la Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**
- 30 **RECONSTRUCCIÓN DE ALA NASAL TOTAL MEDIANTE PLASTIA DE TRANSPOSICIÓN DE SURCO NASOGENIANO E INJERTO DE CARTÍLAGO AURICULAR**
Sofía Goula Fernández, Lucía Carnero González, Ricardo González Pérez, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Izaskun Trébol Urrea, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología del Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.**
- 31 **CARCINOMA ESPINOCELULAR EN RAÍZ DE ANTEHÉLIX**
María Navedo de las Heras, Laura Marqués Martín, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Isabel Irarrazabal Armendáriz, Pedro Redondo Bellón. **Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona**
- 32 **CIRUGÍA DE MOHS HECHA SENCILLA**
Juan Luis Artola Igarza*, Pilar Manrique Martínez*, Ana Arechalde Perez*, Victoria Morillo Montañés1, Iñaki Zabalza Estevez**, Alberto Saiz López, Igone**, Imaz Murga**. **Servicio de Dermatología*, Sección Anatomía Patológica**. Hospital Galdakao-Usansolo.**
- 33 **ESTUDIO DE VALIDACIÓN PARA UN PROGRAMA DE TELEDERMATOLOGÍA.**
Pilar Manrique Martínez, Juan Luis Artola Igarza, Ana Arechalde Perez, Victoria Morillo Montañés, M^a Dolores Ganzarain Legarra. **Servicio de Dermatología del Hospital de Galdakao-Usansolo**
- 34 **PECOMA CUTÁNEO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS SEGMENTARIA: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y DE LA CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA**
Laura Marqués Martín, María Pilar Gil Sánchez, María Navedo de las Heras, Ana Giménez de Azcárate Trivez, María Isabel Irarrazabal Armendáriz, Miguel Ángel Idoate Gastearena*. **Departamento de Dermatología y de Anatomía Patológica*. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona**

- 35 **LENTIGINOSIS UNILATERAL SEGMENTARIA: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS**
Irrarazaval Armendáriz I, Marqués Martín L, Navedo de las Heras M, Giménez de Azcárate Trivez A, Pretel Irazabal M. **Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.**
- 36 **ENFERMEDADES FOLICULARES INFRECIENTES**
Iñigo Martínez de Lizarduy, Ana Sanchez Diez, Olatz Lasa Elguezua, Silvia Perez Barrio, Mireya Lazaro Serrano, Aitor Fernandez de Larrinoa. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital de Basurto.**
- 37 **XANTOGRANULOMA JUVENIL NASAL**
M^º Concepción Montis Palos, Elvira Acebo Mariñas, Itziar Arrue Michelena, Izaskun Trébol Urra, Lucía Sánchez Martínez, Julia de Diego Ribas*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.**
- 38 **UNIDAD DE LESIONES VASCULARES DEL HOSPITAL DE CRUCES: PRESENTE Y FUTURO**
Aitor Xabier De Vicente Aguirre, María Rosario González Hermosa, María Asunción Salomón Estébanez¹, Aurora Navajas Gutierrez*, Fermín Sáez Garmendia**, Carmen Torres Piedra***, Jesús Gardeazabal García. **Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo(Vizcaya) ; Servicio de Dermatología, Servicio de Pediatría*, Servicio de Radiología**, Servicio de Cirugía Pediátrica***.**

DERMATOSIS NEONATAL EN HIJO DE INMIGRANTE

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

Introducción.

En los recién nacidos existen un gran número de enfermedades que pueden producir vesículas-ampollas, pústulas y nódulos. Presentamos un curioso caso en un hijo de un inmigrante y discutimos las diferentes dermatosis neonatales que suceden con mayor o menor frecuencia en dicha situación.

Caso clínico.

Varón de un mes de edad que acudió presentando unas lesiones asintomáticas en tronco. La madre sudamericana refería que dichas lesiones estaban presentes desde los pocos días de vida y que habían ido en aumento, sin otra clínica acompañante. Nacido en la semana 38 de gestación, el embarazo del niño había transcurrido sin incidencias, no refería hábitos tóxicos maternos y la serología TORCH materna no fue relevante. El parto fue normal y no presentaba antecedentes familiares de interés. En la exploración física se observaban lesiones vesículo-costrosas localizadas a nivel dorsal izquierda con un trayecto lineal hacia el abdomen izquierdo.

Se realizó biopsia y a las 3 semanas se valoró de nuevo al paciente observándose la resolución completa de las lesiones

Discusión.

Nos parece interesante este caso por el amplio abanico de diagnósticos diferenciales que nos planteo, siendo finalmente el estudio

histológico convencional el que concluye el diagnóstico definitivo.

Palabras clave.
Miscelánea

LEPRA LEPMATOSA

Sánchez Díez Ana, Kapetanovic García Solange*, Fernandez de Larrinoa Aitor**, Martínez de Lizarduy Iñigo, Pérez Barrio Silvia, Lázaro Serrano Mireia, Careaga Alzaga Jesús M. **Centro de Trabajo: Servicios de Dermatología, Neurología* y Anatomía patológica.** Hospital de Basurto. Bilbao.**

Introducción.

La lepra es una enfermedad crónica causada por *Mycobacterium leprae*. Afecta principalmente a piel, nervios periféricos mucosa de vías respiratorias y ojos. En muchas zonas del mundo ha supuesto y supone un importante problema de salud pública. Es una enfermedad de declaración obligatoria y la OMS proporciona el tratamiento de forma gratuita a todos los pacientes en todo el mundo, dentro de su plan de erradicación.

Caso Clínico.

Mujer natural de Venezuela que reside en Bilbao desde hace 7 años. En el último año refiere aparición de lesiones anulares en tronco y cara, así como áreas hipoestésicas en extremidades inferiores. Se realiza biopsia de una de las lesiones que muestra múltiples bacilos dentro de los macrófagos. Con el diagnóstico de lepra lepromatosa se inician los trámites para la obtención del tratamiento y para la declaración de la enfermedad.

Conclusiones.

Aunque cada vez se declaran menos casos de lepra, posiblemente nosotros nos encontraremos con más casos que en los últimos años, debido fundamentalmente a la importación de casos por el aumento de la inmigración.

Palabras clave.
Infección. Lepra.

UN CASO ATÍPICO DE TIÑA NEGRA

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

Introducción.

La tiña negra es una micosis superficial producida por *Hortaea werneckii*, un hongo dematiáceo polimórfico que tiene su hábitat en zonas tropicales y climas húmedos.

Material y métodos.

Mujer de 24 años, española, residente desde hace 1 año en Irlanda, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital para valoración de una mancha asintomática en la planta del pie dcho. de 6 meses de evolución. A la exploración física se aprecia una macula hipercrómica de color marrón claro de 4 cm. de diámetro en la planta del pie dcho. Sin descamación, ni eritema ni patrón dermatoscópico sugestivo de lesión melanocítica.

Ante la sospecha de Tiña negra plantar se realiza un raspado de la lesión visualizando hifas y en la placa de cultivo se identifica como *Hortaea werneckii*.

Resultados.

Se inicia tratamiento con Itraconazol oral 100mg cada 12h durante un mes y Eberconazol tópico cada 12h con posterior desaparición de la lesión.

Conclusión.

La tiña negra es una micosis limitada a ciertas áreas geográficas (América Central y del Sur), poco frecuente en nuestro medio, así como la localización plantar que

presenta la paciente, pues la mayoría de los casos afecta a las palmas de las manos. Se reconoce la hiperhidrosis como factor indispensable para la colonización de la piel por este hongo. El interés del caso que presentamos radica en lo poco frecuente de la localización de la lesión y que la paciente negaba antecedente de viajes o estancias en países donde *Hortaea werneckii* tiene su nicho ecológico.

Palabras clave.
Infección fúngica. Enfermedad tropical.

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL. CASO CLÍNICO.

Valentín de Benito Rica, Olatz Lasa Elgezua, Salomé Álvarez Sánchez, Nerea Agesta Sánchez, Susana Gómez Muga, Belén Navajas Pinedo. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.**

Introducción.

La hiperplasia epitelial focal (HEF) o enfermedad de Heck es una rara enfermedad proliferativa benigna causada por el virus del papiloma humano (VPH). Presentamos un caso de esta enfermedad.

Caso clínico.

Acudió a consulta una mujer de 17 años procedente del Perú con lesiones asintomáticas en la mucosa oral desde 7 años antes. En la exploración física se observaron lesiones planas, no papilomatosas en los labios, la lengua y la mucosa yugal.

La biopsia escisional de una lesión mostró acantosis y focos de cambios citopáticos virales. El análisis virológico mediante PCR demostró VPH 13 en el tejido de biopsia y en el frotis de las lesiones.

Se trató con Imiquimod tópico al 5% tres veces a la semana durante 3 meses, consiguiéndose la desaparición o la reducción del tamaño de las lesiones. Posteriormente se realizó ablación con láser de CO2.

Discusión.

Esta enfermedad, rara en caucásicos, se presenta entre los 3 y 18 años de edad, predomina en mujeres y oriundos de América Central y del Sur. En su patogenia se implican factores inmuno-genéticos del huésped y existe gran especificidad para los tipos 13 y 32 del VPH. Su tratamiento con imiquimod tópico ha sido empleado en muy

escasas ocasiones pero con buen resultado.

Conclusiones.

Analizar el genotipo de VPH mediante PCR tiene relevancia para diagnosticar esta enfermedad. El tratamiento con Imiquimod tópico se puede considerar como tratamiento de inicio para aquellos casos de HEF sin regresión espontánea, y puede complementarse con láser de CO2.

Palabras clave.
Infección vírica. Tratamiento tópico.
Tratamiento quirúrgico.

FOLICULITIS HERPÉTICA FACIAL: DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Zuriñe Martínez de Lagrán, Itziar Arrue Michelena, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, M^a Concepción Montis Palos, Nieves Saracibar Oyón*, Ricardo González Pérez, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.**

Introducción.

Las manifestaciones cutáneas habituales de los herpesvirus son bien conocidas por los dermatólogos. Sin embargo, es infrecuente que esta familia de virus afecte a la unidad pilosebácea. Presentamos un caso de foliculitis herpética facial en un paciente inmunocompetente.

Caso clínico.

Varón de 80 años, con psoriasis de larga evolución, bien controlada con la aplicación ocasional de corticoides tópicos. El paciente acudió a la consulta refiriendo la aparición unos días atrás de una erupción pruriginosa en la mejilla derecha, sobre la que se había aplicado mometasona tópica, sin mejoría. A la exploración se observaba una lesión de morfología anular, sobreelevada, eritematosa y friable, con áreas vesiculosas y otras erosivas y costrosas. Se realizó estudio microbiológico (bacteriano y viral) y una biopsia cutánea, cuyos resultados condujeron al diagnóstico de foliculitis herpética por VHS-1. El paciente inició tratamiento con valaciclovir oral durante 14 días, con resolución de las lesiones. Para descartar posibles factores de inmunosupresión se realizó un estudio analítico completo, con resultado normal. Reinterrogado, el paciente refirió que solía utilizar de forma habitual tacrolimus tópico en la cara para evitar la aparición de psoriasis en esa zona.

Discusión.

La foliculitis herpética es una entidad infrecuente, al menos si nos basamos en el número de casos descritos. Su presentación clínica es variable, pudiendo simular otras patologías y afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos. En nuestro caso, la aplicación mantenida de tacrolimus tópico probablemente haya favorecido el desarrollo de esta entidad.

Palabras clave.
Infección vírica. Herpes. Foliculitis.

SEUDOPORFIRIA POR VORICONAZOL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

J Ignacio Yanguas Bayona, Mónica Larrea García, Marcos Hervella Garcés, Josune Mitxelena Ezeiza, Concepción Ros Martín, Berta Bonaut Iriarte*. Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona y *Servicio de Dermatología Hospital García Orcoyen, Estella (Navarra).

Introducción.

El voriconazol es un antifúngico triazólico de segunda generación aprobado para el tratamiento de varias infecciones fúngicas y usado también de forma prolongada, como preventivo en pacientes transplantados de médula ósea.

Presentamos tres casos de pseudoporfiria por voriconazol.

Casos clínicos.

1.-Varón de 34 años en tratamiento con voriconazol por aspergilosis cerebral postraumática. A los 4 meses de iniciado el tratamiento fue remitido a nuestro servicio por padecer queilitis, eritema en zonas expuestas y ampollas en manos. La determinación de porfirinas en orina fue normal. Las lesiones regresaron al suspender el fármaco.

2.-Varón de 68 años en tratamiento con voriconazol tras trasplante de médula ósea por LMA. Consulta a los 9 meses de iniciado el tratamiento por queilitis y ampollas en manos. La determinación de Porfirinas en orina fue normal. Las lesiones regresaron al suspender el fármaco.

3.-Varón de 62 años de edad tratado con voriconazol por aspergilosis pulmonar. Consulta al mes y medio de iniciado el tratamiento por queilitis, eritema en zonas expuestas y ampollas en manos. La determinación de porfirinas en orina fue normal. El paciente ha continuado tomando el

fármaco con fotoprotección exhaustiva.

Comentario.

Los efectos secundarios más frecuentes del voriconazol son alteraciones de la visión, de las transaminasas y cutáneas. Se han descrito un variado número de efectos cutáneos, tales como lesiones similares al lupus eritematoso, pseudoporfiria, fototoxicidad y fotoenvejecimiento acelerado con desarrollo de carcinomas espinocelulares y melanoma, siendo de todos ellos escasas las referencias existentes en la literatura.

Palabra clave.
Reacción por fármacos

HIPERPIGMENTACION RETICULADA INDUCIDA POR DOCETAXEL

Josune Mitxelena Ezeiza, Concepción Ros Martín, Ignacio Yanguas Bayona, M^ºEugenia Iglesias Zamora, Ana Valcayo Peñalba, Rosario Vives Nadal. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción.

La hiperpigmentación reticulada ó serpinginosa que aparece a distancia de la zona de infusión del quimioterápico es un raro efecto adverso cutáneo del que solo hemos encontrado seis casos descritos en la literatura. El fármaco que se ha asociado con más frecuencia a esta manifestación clínica ha sido el 5-fluorouracilo con cuatro casos, uno se ha asociado a idarubicina y otro a bleomicina.

Caso clínico.

Varón de 17 años diagnosticado de un Rbdomiosarcoma alveolar en fase metastásica y refractaria que acude a nuestra consulta por presentar una hiperpigmentación reticulada localizada en muslos y en zona lumbar de reciente aparición, el paciente estaba en tratamiento con gemcitabina y docetaxel desde hacía 5 meses.

Discusión.

Tanto la gemcitabina como el docetaxel se han asociado raramente a hiperpigmentación cutánea. Hay dos casos descritos de hiperpigmentación serpinginosa suprayacente a las venas empleadas para la infusión del fármaco asociados a Docetaxel, ningún caso asociado a la gemcitabina. Se ha postulado que el patrón reticulado o serpinginoso, tanto en la zona de infusión como a distancia, sería debido a una hiperpigmentación postinflamatoria secundaria

al daño vascular. Sin poder descartar el papel que haya podido tener la gemcitabina, pensamos por lo expuesto anteriormente que el agente causal es el docetaxel.

Conclusión.

Presentamos el primer caso de hiperpigmentación reticulada secundaria a docetaxel.

Palabras clave.
Reacción por fármacos. Pigmentación.

SARCOIDOSIS SECUNDARIA A ETANERCEPT: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Andrés Palacios Abufón*, Libe Aspe Unanue*, Xabier Eizaguirre Uriarte*, Iñigo Les Bujanda**, Inmaculada Barredo Santamaría***, Irati Allende Markixana*, Marta Mendieta Eckert*. **Servicios de Dermatología* y Medicina Interna **.** Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya. **Servicio de Anatomía Patológica .** Hospital de Galdakao Usansolo, Galdakao, Vizcaya ***.

Introducción.

Los anti-TNF-alfa son fármacos de comprobada eficacia para el tratamiento de psoriasis y otras enfermedades inflamatorias crónicas. Son pocos y recientes los casos descritos de formación de granulomas y sarcoidosis en pacientes tratados con estos fármacos.

Caso clínico.

Mujer de 30 años con psoriasis en tratamiento con Etanercept desde hace 3 años y medio que ingresó por mareos, fiebre intermitente y visión borrosa. Suspendió tratamiento 1 mes antes, al comenzar con los síntomas, a pesar de lo cual no presentaba lesiones de psoriasis. La exploración neurológica era normal, y en la oftalmológica se objetivó una uveítis anterior granulomatosa. En la analítica presentaba una elevación del enzima convertidora de angiotensina, siendo el resto normal. El Booster del PPD fue positivo pero años atrás había realizado tratamiento profiláctico con isoniazida. Se realizó análisis de líquido cefalorraquídeo, serologías, cultivos, resonancia magnética cerebral y de columna completa, potenciales evocados, todos ellos con resultado normal y descartando así enfermedad desmielinizante o meningitis tuberculosa. En la TC torácica se objetivaron adenopatías hiliares y mediastínicas significativas, por lo que se puncionó una mediante ecobroncoscopia, y su estudio demostró granulomas no casei-

ficantes. Todos estos hallazgos nos llevaron al diagnóstico de sarcoidosis secundaria a tratamiento con Etanercept.

Comentario.

Recientemente se han descrito varios casos de sarcoidosis secundaria a tratamiento con anti-TNF-alfa, la mayoría de ellos debidos a Etanercept. Se cree que el TNF-alfa juega un papel importante en la patogénesis de la sarcoidosis.

Palabras clave.
Psoriasis. Reacción por fármacos. Tratamiento Sistémico

FENÓMENO "RECALL-LIKE" EN ZONA DE MASTECTOMÍA INDUCIDO POR QUIMIOTERAPIA CON DOXORRUBICINA LIPOSOMAL.

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

Introducción.

El fenómeno recall es una reacción inflamatoria aguda en un área que ha sido previamente irradiada, la cual se desarrolla tras la administración de un fármaco, principalmente fármacos antineoplásicos.

Caso clínico.

Mujer de 78 años con antecedentes de cáncer de mama derecha en 2004 intervenida de tumorectomía más radioterapia y hormonoterapia (5 años).

En el año 2010 presenta un nódulo mamario izquierdo con infiltración de planos profundos por lo que se realiza mastectomía radical modificada y quimioterapia.

Tras la tercera infusión de doxorubicina liposomal presentó una lesión cutánea asintomática a nivel de la cicatriz de la mastectomía extendiéndose en días posteriores a tórax y abdomen izquierdos. Es diagnosticada de posible fenómeno recall. Dos semanas después, la lesión desapareció completamente.

Discusión.

El fenómeno recall ha sido observado con diversos fármacos, y como una reacción a la exposición a la luz ultravioleta. Las antraciclinas y taxanos son los responsables de la mayoría de los casos. El mecanismo de este fenómeno no es todavía conocido.

En nuestro caso, tras la revisión de la historia clínica observamos que la radiote-

rapia había sido administrada únicamente en la mama contralateral en 2004. Tampoco había antecedentes de quemaduras solares.

Presentamos este caso con una lesión y evolución compatibles con un fenómeno recall pero en la mama contralateral a la radioterapia, que hemos denominado recall-like al haber descartado también otras posibles causas, no habiendo encontrado en la literatura ningún caso similar descrito, salvo la aparición de un fenómeno similar sobre lesiones previas de herpes zóster sin radioterapia previa. Desconocemos el significado de este hecho.

Palabras clave.
Reacción por fármacos.

TUMOR MIXTO MALIGNO DE PARTES BLANDAS

Almeida Llamas V; Viguri Días A*; García Río I; Juliá Manresa M y Martínez de Salinas Quintana A. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Introducción.

Presentamos un caso de tumor mixto maligno de partes blandas, que ocasionalmente vemos en dermatología y con menos de 30 casos descritos en la literatura y comentamos el complejo capítulo de los tumores mioepiteliales de piel y tejidos blandos.

Caso clínico.

Mujer de 74 años con antecedentes de HTP, diabetes II, hipotiroidismo, histerectomizada (endocervicitis), colecistectomizada e IQ de varices. En tratamiento con Estomil, Eutirox, Daflon, Dianben y Dilutol. Consulta en septiembre de 2009 por una lesión tumoral de 3 por 2 cms., de lento crecimiento (años), en primer dedo de pie derecho. Resto de exploraciones y analíticas de rutina normales. RMN: tumoración de aspecto benigno. Biopsia por trucut: Condrosarcoma mixoide, por lo que se practica amputación del dedo. El estudio histológico de la pieza quirúrgica muestra una lesión polilobulada, con áreas infiltrativas constituida por una proliferación celular, en que la mayoría son de pequeño tamaño y hábito plasmocitoide, con áreas más pleomórficas y mitosis. Las células se agrupan en nidos sólidos entre estroma mixoide y en algunas zonas se observan estructuras glandulares con doble revestimiento epitelial. Las células muestran positividad para: vimentina, citoqueratina AE1-AE3, CK7, calponina, S100 y

proteína glial fibrilar ácida y negatividad para citoqueratina 20, actina, desmina y P63. El K67 es inferior al 10%. El CEA es positivo en el revestimiento tumoral de las áreas glandulares. La tumoración no ulcera piel y no invade el hueso subyacente. Diagnóstico: tumor mixto maligno de partes blandas.

Al año de la IQ la paciente está bien.

Comentario.

Se discuten las características clínico-histológicas, el enfoque y la naturaleza de este raro tumor.

Palabras clave.
Tumor maligno.

SARCOMA GRANULOCÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mireya Lázaro Serrano, Fernando Marco de Lucas*, Nerea Vidaurrazaga Olivares**, Silvia Pérez Barrio, Ana Sánchez Díez, Rosa Izu Belloso, Jesús María Careaga Alzaga. Servicio de Dermatología, *Servicio de Hematología, **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción.

El sarcoma granulocítico es un tumor extramedular de células de estirpe mielóide que aparece habitualmente en el contexto de una leucemia mielóide aguda. Las formas primarias son infrecuentes y suelen plantear un reto diagnóstico.

Caso clínico.

Varón de 42 años, sin antecedentes de interés, que presentó una lesión nodular asintomática en pantorrilla izquierda hace 2 años, extirpada en otro centro y diagnosticada de posible linfoma angiocéntrico. El paciente se mantuvo estable hasta Febrero de 2010, cuando aparecen 4 nuevas lesiones en extremidades inferiores y fue remitido a nuestro servicio. Se biopsió una de las lesiones, observándose una proliferación neoplásica de células monomorfas de pequeño-mediano tamaño en dermis profunda e hipodermis. El panel inmunohistoquímico fue positivo únicamente para CD45 (CD3,30,79a,5,15,30,56,43, TDT, ALK, queratinas AE1/AE3, CK 20 y S-100 negativos), con un índice Ki-67 muy superior al 50%. El reordenamiento del TCR en la muestra y en sangre periférica no presentaba clonalidad. La analítica, el TAC body y la biopsia de médula ósea fueron normales.

La muestra fue remitida al CNIO, identificándose la expresión de CD 31,68 y mieloperoxidasa en las células tumorales, permitiendo el diagnóstico de sarcoma

granulocítico. Dada la alta probabilidad de desarrollar una leucemia mielóide aguda, se inició quimioterapia con respuesta favorable.

Discusión.

El sarcoma granulocítico en pacientes sin patología hematológica es poco frecuente y la mayoría de los casos suelen diagnosticarse erróneamente como linfomas cutáneos. Es importante considerar esta entidad ante la sospecha de linfomas o sarcomas con características atípicas, ya que se ha comprobado que el tratamiento intensivo precoz aumenta la supervivencia en estos pacientes.

Palabras clave.
Tumor Maligno. Tratamiento Sistémico.

METÁSTASIS CUTÁNEA NASAL TARDÍA.

Hernán Borja, Susana Vildósola, Nerea Ormaechea, Ane Jaka, Carmen Lobo*, José Zubizarreta. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián.

Introducción.

Las metástasis cutáneas son un hallazgo poco frecuente, con una incidencia de hasta 10%. La mayoría de las series indican que el melanoma es la principal fuente de metástasis a piel. Según un meta-análisis del año 2003, las neoplasias de órganos internos tienen una frecuencia de metástasis del 5,3%, siendo el cáncer de mama la causa más frecuente en mujeres y el de pulmón en varones.

Caso Clínico.

Mujer de 74 años con antecedente de neoplasia de mama diagnosticada el año 1993, estadio cT4N0M0. Es tratada con quimioterapia, cirugía y radioterapia; posteriormente recibe terapia hormonal con tamoxifeno durante cinco años. En mayo de 2010 acude a consulta de dermatología por presentar una lesión nodular eritematosa en punta de nariz de un año de evolución, la cual se describe como "nariz de payaso". Se realiza biopsia, el estudio histológico e inmunohistoquímico es compatible con el diagnóstico de metástasis cutánea de neoplasia de mama. El estudio de extensión tumoral muestra metástasis óseas y pulmonares.

Discusión.

Ante un paciente con "nariz de payaso" se plantea un amplio diagnóstico diferencial, en el que se incluye la metástasis cu-

tánea. Es importante valorar en la historia clínica la existencia de neoplasias previas.

Palabras clave.
Tumor maligno. Metástasis cutánea.

GESTANTE CON ERUPCIÓN FLAGELADA

M. López-Núñez, A. Jaka Moreno, A. Tuneu Valls, A. López-Pestaña, M.A. Arregui Murua, B. Aseginolaza Zabaleta. Sección de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián.

Introducción.

Las erupciones en embarazadas suponen un reto diagnóstico en muchas ocasiones. Presentamos el caso de una gestante que acudió con una erupción flagelada.

Caso clínico.

Mujer de 36 años, gestante de 39 semanas, remitida desde Ginecología por erupción pruriginosa de 3 días de evolución. Presentaba placas eritematosas lineales, vesiculosas, distribuidas por tronco, miembros y cara. La paciente no presentaba estrías abdominales y no refería exposición solar. Dos días antes del inicio de la erupción había cenado en un restaurante japonés. Se pautó tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, con mejoría progresiva del cuadro cutáneo.

Discusión.

El shiitake (*Lentinula edodes*) es un hongo muy utilizado en las gastronomías china y japonesa. En los países orientales hace años que se conoce la dermatitis por shiitake, y cada vez más en occidente debido a la generalización de su consumo. Esta dermatitis es muy característica, con pápulas y placas eritematosas muy pruriginosas diseminadas que adoptan una disposición lineal o flagelada. Se trata de una reacción tóxica probablemente producida por el lentinan, un polisacárido presente en el hongo. La erupción aparece a las 24-48 horas

después de ingerir el shiitake crudo o poco cocinado, y se resuelve en unos días. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Conclusiones.

Presentamos esta curiosa erupción tóxica producida por hongos porque creemos que reconocerla es fundamental, ya que con el aumento del consumo de shiitake se podrían producir nuevos casos en nuestro medio. El interés de este caso reside además en que el cuadro se produjo en una mujer embarazada.

Palabras clave.
Dermatosis eccematosas. Diagnóstico.
Shiitake dermatitis.

SENSIBILIZACIÓN AL DISULFURO DE DIALILO. RESULTADOS EN NUESTRO SERVICIO DURANTE UN PERÍODO DE 8 AÑOS

Ricardo González-Pérez, Sofía Goula Fernández, Lucía Carnero González, Izaskun Trébol Urra, Elvira Acebo Mariñas, Gorka Ruiz-Carrillo, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

Introducción.

En una Reunión previa de la SVNAR (Bilbao 2002), presentamos 4 casos de sensibilización simultánea a disulfuro de dialilo-principal alérgeno del ajo- y Quaternium-15, planteando en aquel momento la posibilidad de una reacción cruzada entre ambos alérgenos. Por otro lado, varios autores españoles han constatado una prevalencia de la sensibilización al disulfuro de dialilo superior a la de otros alérgenos incluidos en la batería estándar del GEIDAC.

Objetivos.

Establecer la prevalencia de la sensibilización al disulfuro de dialilo en nuestro entorno y estudiar la frecuencia de reacciones simultáneas entre Quaternium 15 y disulfuro de dialilo

Material y métodos

Desde Marzo del 2002 a Marzo del 2010 se han parchado 1260 pacientes con disulfuro de dialilo al 1% en vaselina, añadido a la batería estándar del GEIDAC.

Resultados.

Se obtuvo una positividad al disulfuro de dialilo en el 3,7% de los pacientes estudiados, siendo relevante en el 73,91%. Esto sitúa al disulfuro de dialilo como el 7º alérgeno más frecuente en nuestra serie. La sensibilización a este alérgeno se asoció de manera estadísticamente significativa

($p < 0,05$) con la profesión de ama de casa y con la clínica de pulpitis. En los 1260 pacientes estudiados no evidenciamos ninguna reacción simultánea entre Quaternium 15 y disulfuro de dialilo.

Conclusión.

1-La prevalencia y relevancia en nuestra área de la sensibilización al disulfuro de dialilo justificaría su inclusión en la batería estándar del GEIDAC.

2- No hemos observado nuevos casos de sensibilización simultánea entre disulfuro de dialilo y Quaternium-15, por lo que probablemente los hallazgos previos fueran coincidentes.

Palabras clave.
Dermatitis eczematosas.

LA "PARANOIA" DE LOS PARABENOS

Marcos Hervella Garcés, Mónica Larrea García, Concepción Ros Marín, Amaya Larumbe Irurzun, Mª Eugenia Iglesias Zamora, Juan Ignacio Yanguas Bayona. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Introducción.

Los parabenos (metil, etil, propil, butil y bencil parabeno) son ésteres del ácido para-hidroxibenzoico, que se encuentran de forma natural en alimentos como la miel, frutas y verduras. Se introdujeron en los años 30 como biocidas eficaces y baratos en alimentos y cosméticos, y en éstos siguen siendo actualmente los conservantes más utilizados. Los datos de que disponemos (Europa), nos indican que son los conservantes que originan las tasas más bajas de sensibilización alérgica por contacto.

Alexander Fisher describió la "paradoja de los parabenos". En los últimos años hemos asistido al "pánico a los parabenos", alimentado por varios estudios toxicológicos y por el frenesí de los medios de comunicación y de grupos de consumidores que se han lanzado a conclusiones no probadas y a la difusión masiva en foros y páginas web de la supuesta intención de la industria cosmética de envenenar a los usuarios.

Métodos.

Revisamos las claves de los polémicos estudios publicados entre 2000 y 2003 por los Dres E. Routledge y P. Darbre.

Conclusiones.

Aunque es evidente que se necesitan estudios adicionales de seguridad, a día de hoy no existe ninguna prueba de que los parabenos, a la concentración utilizada en

cosméticos y alimentos, causen cáncer de mama ni actúen como disruptores metabólicos. Tanto el Cosmetic Ingredient Review Expert Panel como el EC-Scientific Committee on Consumer Products han reevaluado la seguridad de los parabenos en 2006 y 2008, y los han considerado seguros a las concentraciones autorizadas en cosméticos y alimentos.

Palabras clave.
Epidemiología. Dermatitis eczematosa

ESCLERODERMIA SISTÉMICA PROGRESIVA Y CARCINOMA DE CÉRVIX. ¿PARANEOPLASIA O CONCURRENCIA?

Susana Vildósola Esturo, Anna Tuneu Valls, Arantxa López Pestaña, M^a Asunción Arregui Murua, B. Aseginolatz Zabaleta, Maria López Nuñez. Servicio de Dermatología . Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.

Introducción.

En grandes series de esclerodermia sistémica (ES) progresiva se ha encontrado una neoplasia asociada en aproximadamente el 4% de los casos, siendo el más frecuente el cáncer de pulmón, seguido del carcinoma de lengua y excepcional el carcinoma de cérvix. Por otro lado, diversos trabajos publicados señalan una alta prevalencia de cambios histopatológicos a nivel de cérvix uterino en mujeres afectas de ES.

Caso clínico.

Presentamos una mujer de 58 años de edad quien fue remitida a nuestro hospital en febrero de 2010 para control y seguimiento de una ES rápidamente progresiva diagnosticada un año antes.

Coincidiendo con nuestra consulta acudió al control anual de ginecología donde se evidenció la existencia de un carcinoma de cérvix infiltrante y metastásico.

La paciente falleció 5 meses más tarde debido a su enfermedad metastásica y compromiso sistémico de su esclerodermia.

Conclusión.

Dada la espectacular rapidez en la progresión y agresividad de ambos cuadros nos planteamos si se trataba de un síndrome paraneoplásico o de una concurrencia de ambos procesos.

Nos parece prudente señalar que se debería realizar controles ginecológicos para

diagnóstico precoz de cáncer cervical en mujeres con ES.

Palabras clave.
Enfermedad del colágeno. Esclerodermia sistémica progresiva. Carcinoma cérvix.

DERMATOSIS EOSINOFÍLICA ASOCIADA A ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

C. Gómez Bringas, J.A. Ratón Nieto, J.L. Díaz Pérez, M. Ballesteros Díez, I. Ocerin Guerra, E. Acebo Mariñas. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Bizkaia

Introducción.

La dermatosis eosinofílica asociada a enfermedades hematológicas es un proceso reactivo que puede dar lugar a diferentes manifestaciones clínicas y se describe en la mayoría de las ocasiones asociada a pacientes con leucemia linfática crónica (LLC).

Pacientes y métodos.

Durante el verano de 2010 hemos tenido la oportunidad de estudiar 3 pacientes (dos mujeres y un varón, con edades comprendidas entre los 53 y los 73 años) de los cuales dos padecían LLC y otro había sido recientemente diagnosticado de linfoma difuso de células B y que habían desarrollado de forma espontánea erupciones cutáneas pruriginosas consistentes en múltiples lesiones en forma de pápulas o placas eritematovioláceas. A todos ellos se les realizó una biopsia de las lesiones observándose un intenso infiltrado inflamatorio dérmico con un importante componente eosinofílico en las mismas y sin evidencia de infiltración neoplásica.

Conclusión.

La dermatosis eosinofílica asociada a enfermedades hematológicas es una entidad de carácter reactivo bien conocida por los dermatólogos y que ha tenido diferentes denominaciones a lo largo de los años. Su importancia consiste en el hecho de que, en aproximadamente la mitad de los casos

publicados más recientemente, su aparición viene acompañada de una progresión de la enfermedad de base, por lo que deberemos tenerla en cuenta para hacer diagnóstico diferencial y descartar una infiltración cutánea específica por células neoplásicas.

Palabras clave.
Enfermedad sistémica. Miscelánea.

ERITEMA NECROLÍTICO MIGRATORIO Y SÍNDROME DEL GLUCAGONOMA.

Nerea Ormaechea Pérez, M^a Asunción Arregui Murua, María López Núñez, Ane Jaka Moreno, Arantxa López Pestaña, José Zubizarreta Salvador, Carmen Lobo Morán*. Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián.

Introducción.

El síndrome del glucagonoma es un fenómeno paraneoplásico caracterizado por la presencia de un tumor pancreático secretor de glucagón y de eritema necrolítico migratorio (ENM). Puede estar acompañado de diabetes mellitus, pérdida de peso, anemia, estomatitis, tromboembolia y alteraciones gastrointestinales y psiquiátricas.

Caso clínico.

Mujer de 70 años que acudió debido a lesiones cutáneas de meses de evolución y síndrome constitucional. A la exploración presentaba máculas eritematosas con borde erosivo en región perineal, interdigital y extremidades inferiores. Además presentaba queilitis angular y glositis. En la analítica se detectó hiperglucemia, anemia y aumento de glucagón. La biopsia cutánea fue compatible con estados deficitarios nutricionales. En la tomografía computarizada se observó una tumoración en cola de páncreas sugestiva de neoplasia, y trombosis de ambas venas ováricas. Se instauró tratamiento con nutrición parenteral y somatostatina consiguiendo el aclaramiento de las lesiones cutáneas. Posteriormente se realizó una pancreatocetomía corporocaudal con esplenectomía, que correspondió histológicamente a tumor endocrino pancreático. La paciente falleció debido a complicaciones postoperatorias.

Discusión.

El ENM se caracteriza por la presencia de máculas eritematosas anulares con descamación en el borde activo localizadas en la región perioral, periné, glúteos y región distal de extremidades. Además puede presentar queilitis angular, estomatitis y glositis dolorosa. La necrosis epitelial superficial es el hallazgo histológico más específico aunque no exclusivo. La somatostatina disminuye la producción de glucagón, consiguiendo así la resolución de las lesiones cutáneas. Sin embargo el tratamiento de elección es la extirpación del tumor siempre que sea posible.

Palabras clave.
Enfermedad sistémica.
Tumor maligno.

FASCITIS EOSINOFÍLICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Silvia Martínez Soriano, Marta Lorda Espes, Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero Del Mazo, M.P Grasa Jordan, Mariano Ara Martín, F.J Carapeto. Servicio de Dermatología. H.C.U "Lozano Blesa". Zaragoza

Introducción.

La fascitis eosinofílica, se manifiesta como induración e inflamación dolorosa que afecta de forma simétrica a partes proximales de extremidades conservando regiones distales libres de lesiones y con ausencia de participación sistémica.

Caso Clínico.

Varón de 58 años que es remitido a nuestra consulta para estudio de lesiones cutáneas que se acompañan de cuadro constitucional, (astenia y pérdida de hasta 9 kgs de peso) de 6 meses de evolución. A la exploración el paciente presentaba placa de gran tamaño con intensa induración a nivel de pared abdominal y placas de similares características dispuestas formando un manguito a nivel de antebrazos y piernas. La epidermis tenía un aspecto brillante sin lesiones objetivables. A la palpación se delimitaban claramente los distintos grupos musculares de las extremidades. No había afectación de manos ni de pies. No se objetivaba frialdad ni lesiones troficas en zonas distales de dedos de manos y de pies. El cuadro cutáneo se acompañaba de dolores articulares no acompañados de inflamación de las articulaciones afectas, e intensa astenia y debilidad de la cintura escapular. Con la sospecha clínica de posible fascitis eosinofílica, al paciente se le realizó perfil general incluyendo estudio de autoinmunidad, serología de Borrelia y biopsia

cutánea de la placa de antebrazo izquierdo. En el hemograma se observó eosinofilia de 6.5%, VSG elevada (72), los autoanticuerpos fueron todos negativos y la serología de Borrelia tuvo un resultado dudoso. La biopsia cutánea profunda confirmó el diagnóstico de fascitis eosinofílica.

Conclusiones.

Presentamos un nuevo caso de fascitis eosinofílica, entidad poco frecuente en la práctica clínica habitual y que reúne todos los criterios clínicos, analíticos e histopatológicos para su diagnóstico.

Palabras clave.
Enfermedad del colágeno. Diagnóstico

PUSTULOSIS EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Ignacio Rivera Fuertes, Silvia Martínez Soriano, Marta Lorda Espés, Mariano Ara Martín, Concepción Delgado Beltrán*, M^a Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Servicios de Dermatología y Reumatología* del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.**

Introducción.

El síndrome SAPHO es una entidad caracterizada por una alteración ósea inflamatoria acompañada de ciertos procesos dermatológicos, siendo la pustulosis palmoplantar el más frecuente. Por otro lado, la Pustulosis Amicrobiana de las Flexuras es un cuadro de pustulosis que se asocia con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

Caso clínico.

Mujer de 32 años con antecedente de LES desde los 17 años de edad, fumadora, en tratamiento con Prednisona, Azatioprina, Hidroxicloroquina y Suplementos de Calcio. Ingresó en Reumatología por desarrollar pústulas estériles en palmas y plantas, que después se extienden a extremidades, tronco, genitales y cuero cabelludo. Acompañado de sacroileítis derecha. La biopsia cutánea muestra una pústula intraepidérmica espongiiforme, repleta de neutrófilos, y un infiltrado dérmico perivascular linfocitario. Se descartan otras causas de pustulosis, como la medicamentosa o la infecciosa. La paciente mejora con Antiinflamatorios, Doxiciclina oral y Corticoide tópicos. Al alta rebrotan las lesiones palmoplantares, y el Servicio de Reumatología añade tratamiento con Tocilizumab, Metotrexato y, posteriormente, Etanercept. Es éste último el que consigue atenuar las lesiones cutáneas, quedando actualmente escasas lesiones en las plantas de los pies.

Discusión.

El diagnóstico final fue de síndrome SAPHO con pustulosis palmoplantar diseminada en paciente con LES. Pero la extensión de las pústulas al resto del cuerpo, incluidos región vulvar y cuero cabelludo, nos llevó a hacer diagnóstico diferencial con la Pustulosis Amicrobiana de las Flexuras, que sí está asociada al LES, pero no afecta a palmas y plantas. No hemos encontrado ningún caso similar en la literatura.

Palabras clave.
Enfermedad del colágeno.

ACNÉ RESISTENTE AL TRATAMIENTO COMO MANIFESTACIÓN DE ACROMEGALIA

Ana Giménez de Azcárate Trivez, Leyre Aguado Gil, Isabel Irarrazábal Armendariz, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Miguel Angel Idoate Gastearena. **Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica de la Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

El acné es una alteración multifactorial de la unidad pilosebácea muy frecuente en la práctica habitual en dermatología. Aunque son varias las hormonas que influyen en su patogenia, la mayoría de pacientes con acné no presentan una alteración endocrinológica. Ésta ha de sospecharse en casos de acné severo, de comienzo brusco y/o resistente al tratamiento así como en aquellos pacientes que presenten sintomatología asociada.

Caso Clínico.

Presentamos el caso de una mujer boliviana de 35 años que presentaba acné (con lesiones atípicas) desde hacía dos años. Refería alteraciones menstruales pero no aumento de vello corporal. Se realizó estudio hormonal que descartó la presencia de hiperandrogenismo. Se indicó isotretinoína oral con cierta mejoría, pero dos meses después de suspender el tratamiento, las lesiones reaparecieron.

Ante la mala respuesta al tratamiento se sospecha la existencia de una enfermedad subyacente. Una profunda anamnesis y exploración física mostraban un cuadro compatible con acromegalia que posteriormente se confirmó mediante estudio endocrinológico.

Discusión.

En la acromegalia existe una afectación

cutánea variable que incluye aumento de la secreción grasa. No obstante, el acné no es un hallazgo común de esta enfermedad aunque hay varios casos descritos.

Ante un acné atípico, con mala respuesta al tratamiento, el dermatólogo debe sospechar una posible enfermedad subyacente. En algunas ocasiones la acromegalia se presenta con un conjunto de manifestaciones que simulan el síndrome de ovario poliquístico.

Palabras clave.
Acné. Enfermedad sistémica.

RECONSTRUCCIÓN DE ALA NASAL TOTAL MEDIANTE PLASTIA DE TRANSPOSICIÓN DE SURCO NASOGENIANO E INJERTO DE CARTÍLAGO AURICULAR

Sofía Goula Fernández, Lucía Carnero González, Ricardo González Pérez, Gor-ka Ruiz-Carrillo Ramírez, Izaskun Trébol Urrea, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología del Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

Introducción.

La pirámide nasal es una estructura anatómica sumamente visible que además es frecuente lugar de asentamiento tumoral. En ocasiones, para realizar la extirpación de la lesión, es precisa la exéresis de mucosa, cartílago y piel suprayacente. La cirugía dermatológica constituye en estos casos un reto terapéutico que en primer lugar intentará la extirpación completa de la neoplasia y en segundo lugar la reconstrucción del defecto anatómico, preservando en lo posible la armonía facial.

Caso clínico.

Varón de 67 años con una lesión en todo el espesor del ala nasal izquierda cuya biopsia fue informada de carcinoma epidermoide. Las pruebas de imagen descartaron afectación a distancia. Se realizó exéresis más plastia de transposición de mejilla e injerto de cartílago auricular izquierdo bajo anestesia general. Dicha técnica utiliza un colgajo de transposición modificado del surco nasogeniano que posteriormente se dobla sobre sí mismo y que, gracias al injerto auricular colocado en el centro del pliegue, permite la conformación de una neoala nasal. Posteriormente se realizó tratamiento adyuvante con radioterapia, obteniéndose finalmente buen resultado clínico y estético.

Conclusión.

Presentamos el caso de una reconstrucción de pared nasal mediante plastia de transposición e injerto de cartílago auricular. Esta técnica se emplea en defectos de nariz con implicación cartilaginosa y que por consiguiente precisan de un material sustitutivo que impida el hundimiento del ala nasal, así como de un buen resultado funcional y estético por la localización de la lesión.

Palabras clave.
Tratamiento quirúrgico.

CARCINOMA ESPINOCELULAR EN RAÍZ DE ANTEHÉLIX

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.

Introducción.

En la porción anterior del pabellón auricular, en concreto sobre el antehélix y su raíz, la piel está directamente adherida al cartílago subyacente sin apenas existir tejido celular subcutáneo. Este hecho limita al máximo la reconstrucción en esa localización tras la exéresis de lesiones tumorales.

Caso clínico.

Varón de 74 años trasplantado renal afecto de carcinoma espinocelular en raíz de antehélix de varios meses de evolución. Tras extirpación de la lesión junto al cartílago subyacente afecto, se diseña un cierre a partir de la piel postauricular. Para ello se dibuja un "bolsillo" en la piel posterior que, una vez disecada, tras perforar el pabellón auricular, se rota hacia la porción anterior para cubrir el defecto. Para suturar el borde superior del defecto con el inferior del colgajo rotado se hace una incisión superficial en este último, que favorece el movimiento sin dañar el pedículo.

Conclusiones.

Se trata de una reconstrucción original, que no hemos encontrado descrita en los libros de cirugía cutánea. El resultado es muy satisfactorio, sin asimetría del pabellón auricular. El diseño es plausible gracias al remanente de piel existente en la región postauricular que favorece el deslizamiento del tegumento.

Palabras clave.
Tumor maligno. Tratamiento
quirúrgico.

CIRUGÍA DE MOHS HECHA SENCILLA

Juan Luis Artola Igarza*, Pilar Manrique Martínez*, Ana Arechalde Pérez*, Victoria Morillo Montañés*, Iñaki Zabalza Estevez**, Alberto Saiz López, Igone** Imaz Murga*. Servicio de Dermatología*, Sección Anatomía Patológica** Hospital Galdakao-Usansolo.

Introducción.

La cirugía de Mohs (C.M.) es el estándar oro en el tratamiento de diferentes tipos de cáncer de piel no melanoma. Desde que Frederick Mohs empleara en la primera mitad del siglo XX la pasta de cloruro de zinc hasta que su uso habitual con cortes en congelación, la cirugía micrográfica controlada al microscopio o C.M. han pasado muchas vicisitudes y modificaciones de la técnica. También se conoce como cirugía micrográfica controlada sin interrupción para diferenciarse del mal llamado Mohs lento o C.M. diferida (en parafina) y de la cirugía con control histológico de márgenes en 3-D.

La característica más importante es el estudio del 100 % del margen quirúrgico a diferencia de la cirugía estándar en que se extrapolan los resultados del estudio de cortes representativos de los márgenes quirúrgicos. La comprensión espacial de la CM es compleja y por ello esta comunicación pretende explicar la CM de forma sencilla ("made easy").

Material y métodos.

Se presenta iconografía propia, desde la instauración de la técnica en 2007 en el hospital Galdakao, y también iconografía publicada en la literatura médica desde la descripción de la técnica hasta nuestros días.

Objetivos.

Explicación ilustrada de la técnica de cirugía de Mohs de forma sencilla y comprensible para dermatólogos que no sean expertos en cirugía dermatológica avanzada

Conclusiones.

La cirugía dermatológica oncológica precisan una orientación espacial para entender el crecimiento tumoral. Mediante el empleo y la difusión de la cirugía de Mohs se puede llegar a una mayor comprensión de la biología tumoral.

Palabras Clave.
Diagnóstico. Tratamiento quirúrgico.
Tumor maligno.

ESTUDIO DE VALIDACIÓN PARA UN PROGRAMA DE TELEDERMATOLOGÍA.

Pilar Manrique Martínez, Juan Luis Artola Igarza, Ana Arechalde Pérez, Victoria Morillo Montañés, M^a Dolores Ganzarain Legarra. Servicio de Dermatología del Hospital de Galdakao-Usansolo

Introducción.

En atención primaria, el uso de la teledermatología posibilita el diagnóstico de lesiones cutáneas sin la necesidad de acudir a la consulta de dermatología, lo cual puede llevar a una disminución de las visitas al especialista y a mejorar el acceso y uso de los recursos sanitarios. Previo a su puesta en marcha, resulta imprescindible evaluar su fiabilidad (concordancia diagnóstica), lo que requiere contrastar los resultados obtenidos mediante teledermatología con el "gold standar", que en este caso es la consulta dermatológica tradicional presencial.

Objetivo.

Comparar la concordancia entre el diagnóstico realizado mediante consulta de teledermatología diferida, store-and-forward y consulta de dermatología cara a cara.

Conclusiones.

El estudio piloto tiene como resultado un índice simple de concordancia alto (73,2%) y no han surgido problemas técnicos relevantes con la aplicación informática; lo que señala que el sistema de teledermatología objeto de análisis podría ser empleado como una herramienta de cribado fiable en centros de atención primaria.

Este trabajo ha sido realizado por:

- Dermatólogos del Hospital de Galdakao-Usansolo

- Médicos de atención Primaria del centro de Salud de Landako (Comarca Interior): Iñaki Aguirrebeitia Celaya, Ana Llama Guerra, Jose Luis Balentziaga Muñoz.
- Servicio de Informática del Hospital de Galdakao-Usansolo: Begoña Segurola Alvarez.
- Subdirección de Informática y sistemas de Información de Osakidetza: Martín Begoña Oleaga.
- Osteba (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias): Estibaliz Orruño Aguado, José Asua Batarrita, Susana Iglesias Tamayo.
- Responsable del Ambulatorio de Durango: Belén Llanos Dorronsoro
- Dirección del Hospital de Galdakao: Santiago Rabanal Retolaza, Julián Salvador Blanco, Jon Guajardo Remacha.

Palabras Clave.
Diagnóstico

PECOMA CUTÁNEO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS SEGMENTARIA: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y DE LA CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA

Laura Marquès Martín, María Pilar Gil Sánchez, María Navedo de las Heras, Ana Giménez de Azcárate Trivez, María Isabel Irrazabal Armendáriz, Miguel Ángel Idoate Gaztearena*. Departamento de Dermatología y de Anatomía Patológica*. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

Introducción.

El PEComa, también denominado tumor miomelanocítico de células claras, es una neoplasia inusual de histogénesis desconocida, que surge preferentemente en retroperitoneo, útero y abdomen. La afectación cutánea es rara, característicamente localizada en extremidades inferiores de mujeres adultas.

Caso clínico.

Paciente de 35 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a nuestro centro para segunda opinión terapéutica de lesión en pierna izquierda de un año de evolución extirpada en agosto de 2010 con el diagnóstico de melanoma maligno de 5mm de Breslow y nivel V de Clark. En marzo de 2010 esta misma lesión había sido biopsiada y catalogada de benignidad. A la exploración física se observan múltiples dermatofibromas y manchas café con leche sobre una zona de lentiginosis unilateral de distribución segmentaria.

Resultados.

Se realiza el análisis histológico de las dos muestras. En ambos casos se observa una tumoración dérmica con células de citoplasma claro con aisladas mitosis típicas y sin fenómenos de invasión. El estudio inmunohistoquímico es positivo para HMB-45, MITF y vimentina, y negativo para S-100.

Asimismo se diagnostica a la paciente de neurofibromatosis segmentaria o tipo V según la clasificación de Ricardi.

Discusión.

La asociación de PEComas con esclerosis tuberosa es bien conocida, en cambio raramente se ha asociado a neurofibromatosis. Hasta dónde llega nuestro conocimiento, éste es el primer caso reportado de PEComa cutáneo con neurofibromatosis segmentaria.

Conclusiones.

Presentamos este caso por su singularidad y para mostrar la importancia de una buena anamnesis y una adecuada correlación clínico-patológica.

Palabras clave.
Diagnóstico. Genodermatosis. Tumor benigno. Tumor maligno

LENTIGINOSIS UNILATERAL SEGMENTARIA: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.

Irrazabal Armendáriz I, Marquès Martín L, Navedo de las Heras M, Giménez de Azcárate Trivez A, Pretel Irazabal M. Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción.

La Lentiginosis Unilateral Segmentaria (LUS) es un trastorno pigmentario poco frecuente, caracterizado por la aparición de múltiples lentigos, agrupados sobre piel normal, que siguen una distribución segmentaria unilateral sin sobrepasar la línea media.

Si bien en la literatura actual no existe un acuerdo con respecto al tratamiento de esta enfermedad, una de las alternativas con las que se cuenta es el láser Alejandrita.

Caso Clínico.

Presentamos dos pacientes diagnosticadas de LUS, remitidas a nuestra consulta para valoración y tratamiento. La primera presentaba múltiples lentiginosis en hemicara izquierda desde el nacimiento y la segunda en hemicara, cuello, región escapular y espalda derecha, desde los 5 años de edad.

No se encontraron otras lesiones dermatológicas, alteraciones neurológicas ni antecedentes familiares de lesiones cutáneas similares. Ambas presentaban examen oftalmológico normal.

Previa sesión de prueba, recibieron tratamiento con láser Alejandrita con una intensidad de 6 J/cm², spot de 3 mm. El primer caso presentó una notable mejoría, mientras que en el segundo se observó una hiperpigmentación postinflamatoria en las zonas tratadas.

Discusión.

La LUS es una enfermedad muy poco frecuente.

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con el nevus de Spiels, nevus de OTA y otros trastornos genéticos graves que cursan con lentiginosis.

Se ha observado asociación con neurofibromatosis por lo que frente a un caso de LUS debe descartarse dicha enfermedad mediante la búsqueda sistemática de otras lesiones cutáneas y un examen oftalmológico.

Algunos tratamientos utilizados son la crioterapia, el láser YAG y Alejandrita con buenos resultados.

Palabra clave.
Pigmentación.

ENFERMEDADES FOLICULARES INFRECIENTES

Iñigo Martínez de Lizarduy, Ana Sanchez Diez, Olatz Lasa Elguezua, Silvia Perez Barrio, Mireya Lazaro Serrano, Aitor Fernandez de Larrinoa. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital de Basurto.**

Introducción.

Dentro de las enfermedades foliculares existen algunas que por su infrecuencia o por el grupo étnico en el que se presentan, no son muy conocidas en nuestro medio.

Casos clínicos.

Presentamos aquí dos casos de enfermedad de HITCH Y LUND vistos en nuestro servicio, uno de tapones foliculares persistentes tras tratamiento con isotretinoína y recordamos la existencia de la queratosis folicular escamosa de DOHI en asiáticos.

Palabras clave.
Pelo.

XANTOGRANULOMA JUVENIL NASAL

M^{ra} Concepción Montis Palos, Elvira Acebo Mariñas, Itziar Arrue Michelena, Izaskun Trébol Urrea, Lucía Sánchez Martínez, Julia de Diego Ribas*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.**

Introducción.

El xantogranuloma juvenil (XJ) es un subtipo de histiocitosis no Langerhans, por lo general autoresolutivo, que se diagnostica principalmente en la infancia.

Caso clínico.

Se trata de una mujer de 24 años sin antecedentes de interés que consultó por una lesión localizada en el septo nasal de dos meses de evolución, asintomática y de crecimiento progresivo. En la exploración se apreció una pápula de 8mm, eritemato-anaranjada con telangiectasias superficiales. La biopsia fue compatible con el diagnóstico de xantogranuloma juvenil. Dado al aumento de tamaño experimentado y al defecto estético que le ocasionaba, se procedió a la extirpación quirúrgica de la lesión, recidivando a los diez meses con infiltración de la punta nasal. La respuesta al tratamiento con crioterapia y corticoides intralesionales fue prácticamente nula, por lo que se inició corticoterapia vía oral con la que ha obtenido una discreta mejoría.

Discusión.

El XJ es una entidad poco frecuente que se manifiesta como una o varias lesiones nodulares, bien definidas, de coloración anaranjado-amarillenta, afectando preferentemente a cabeza y cuello. Su localización en la nariz está poco descrita. Su comportamiento benigno y su carácter

autoinvolutivo hacen que habitualmente no precise tratamiento. Cuando aparece en adultos la regresión espontánea es menos frecuente. Aportamos un nuevo caso de XJ destacando su localización atípica así como su dificultad terapéutica.

Palabras clave.
Tumor benigno.

UNIDAD DE LESIONES VASCULARES DEL HOSPITAL DE CRUCES: PRESENTE Y FUTURO.

Aitor Xabier De Vicente Aguirre, María Rosario González Hermosa, María Asunción Salomón Estébanez*, Aurora Navajas Gutierrez*, Fermín Sáez Garmendia**, Carmen Torres Piedra***, Jesús Gardeazabal García. **Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo(Vizcaya)** ; Servicio de Dermatología, Servicio de Pediatría*, Servicio de Radiología**, Servicio de Cirugía Pediátrica***.

Introducción.

La Unidad de Lesiones Vasculares del Hospital de Cruces se creó en Septiembre de 2009 con el propósito de proporcionar un enfoque integral en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes pediátricos con lesiones vasculares. La introducción reciente del Propranolol como tratamiento efectivo para los hemangiomas infantiles ha sido una pequeña revolución en nuestra práctica clínica. El manejo de estos pacientes es complejo en muchos casos y la atención multidisciplinar es esencial para su evaluación. Queremos exponer nuestra experiencia a lo largo de este breve periodo y las expectativas para el futuro en el manejo de estos pacientes.

Contenido.

La Unidad de Lesiones Vasculares del Hospital de Cruces es un grupo de trabajo integrado principalmente por los Servicios de Dermatología, Oncología Pediátrica, Cirugía Infantil y Radiología. Se ha creado una base de datos de los pacientes con malformaciones vasculares y hemangiomas con el fin de facilitar un enfoque global, realizar exploraciones complementarias adecuadas a cada caso y evitar tratamientos contradictorios y multiplicidad de visitas a consultas. En este periodo de algo más de un año hemos valorado en conjunto 65 pacientes con lesiones vasculares. 18 de los casos seleccionados con hemangiomas infantiles han

iniciado el tratamiento con Propranolol, con una muy buena respuesta al mismo. La media de duración del tratamiento en la actualidad es de 5,3 meses con buena tolerancia y ausencia de efectos adversos al fármaco.

Palabras clave.
Enfermedad vascular. Tumor benigno.
Tratamiento sistémico.

NOTAS

Notas area with horizontal lines and a large watermark: ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA 1909

ALDO

Sede de la Reunión:

Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Con la colaboración de:

