

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



Pamplona · 9 de noviembre de 2013



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

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

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

Pamplona, 9 de noviembre de 2013

Colegio Oficial de Médicos de Navarra  
Avda. Baja Navarra, 47 - PAMPLONA

## PROGRAMA

10:15 horas. Entrega de documentación.  
10:30 horas. Comunicaciones libres. Moderadoras: Rosa Vives y Maider Pretel.

- pág.
- 9 ■ **SÍNDROME DE GRISCELLI TIPO 2**  
Valentín de Benito Rica, Nerea Agesta Sánchez, Irati Allende Markixana, Olane Guergué Díaz de Cerio, Naiara Olabarrieta Hoyos, Itziar Astigarraga Aguirre, María del Rosario González Hermosa. **Hospital Universitario Cruces. Baracaldo.**
  - 10 ■ **REACCIÓN ADVERSA A TRATAMIENTO DE RELLENO FACIAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
Rosa Baldellou Lasierra, José Pac Sa\*, Sonia de la Fuente Meira, Ricardo Martín Marco, Nieves Porta Aznarez, Estrella Simal Gil, M<sup>a</sup> Luisa Zubiri Ara. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.**
  - 11 ■ **MUJER DE 47 AÑOS CON PLACA INDURADA EN REGIÓN INTERGLÚTEA**  
Sonia de la Fuente Meira, M<sup>a</sup> Luisa Zubiri Ara, M<sup>a</sup> Elena del Valle Sánchez, Rosa Baldellou Lasierra, Milagros Sánchez Hernández, Estrella Simal Gil, Nieves Porta Aznarez. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.**
  - 12 ■ **PACIENTE CON ¿LEPRA? SEGUNDA PARTE**  
Mireya Lázaro Serrano, Rosa M<sup>a</sup> Izu Beloso, Iñigo Martínez de Lizarduy Álvarez, Susana Gómez Muga, Laura Blanch Rius, Mónica Saiz Camín\*, Jesús M<sup>a</sup> Careaga Alzaga. **\*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia). Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Bizkaia).**
  - 13 ■ **PROLIFERACIÓN LINFOIDE CD8+ INDOLENTE DE LA OREJA**  
Libe Aspe Unanue, Itziar Arrue Mitxelena, Lucía Sánchez Martínez, Amaia Urtaran Ibarzabal, María Nieves Saracibar Oyon\*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología. \*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba, sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**
  - 14 ■ **ANOMALÍAS VASCULARES EN LA NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**  
M. Paula Gutiérrez Támara, Arantxa López Pestaña, Elena Del Alcazar Viladomiu, Patricia Eguino Gorrochategui, M. Asunción Arregui Murua, Anna Tuneu Valls. **Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián.**
  - 15 ■ **TOXICIDAD CUTÁNEA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-EGFR EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO: ESTUDIO DE 116 PACIENTES**  
Ane Jaka Moreno\*, Hernan Andrés Borja Consigliere<sup>1</sup>, Elena Del Alcazar Viladomiu\*, María Paula Gutierrez Tamara\*, Ane Areizaga Albusua\*\* y Anna Tuneu Valls\*. **Servicios de Dermatología\* y Oncología\*\* del Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).**
  - 16 ■ **CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO INFILTRANTE CON LINFANGITIS CARCINOMATOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
M<sup>a</sup> Luisa Zubiri Ara\*, Rosa Baldellou Lasierra\*, Sonia de la Fuente Meira\*, Carlos Hörndler Argarate\*\*, Enrique Monclús Fuertes\*\*\*, Rosa García Felipe\*, Milagros Sánchez Hernández\*. **Servicios de Dermatología\*, Anatomía Patológica\*\* y Cirugía Plástica\*\*\*. Hospital Universitario Miguel Servet. ZARAGOZA.**
  - 17 ■ **CASOS CLÍNICOS QUE ENSEÑAN: LESIONES TUMORALES EN CARA**  
Marta Mendieta Eckert\*, Verónica Velasco Benito\*\*, Juan Antonio Ratón Nieto\*, Olatz Lasa Elgezua\*, José Luis Díaz Ramón\*, Izaskun Ocerin Guerra\*. **Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia. Servicios de Dermatología\* y Anatomía Patológica\*\*.**
  - 18 ■ **AMPOLLAS POR COMA NO FARMACOLÓGICAS**  
Raquel Santesteban Muruzábal\*, Amaia Larumbe Irurzun\*, Leire Loidi Pascual\*, Alfredo Agulló Pérez\*, M<sup>a</sup> Teresa Tuñón Álvarez\*\*, J. Ignacio Yanguas Bayona\*. **S<sup>o</sup> de Dermatología\* y S<sup>o</sup> de Anatomía Patológica\*\* del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

19 **LESIONES DISEMINADAS EN PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

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

20 **RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ENSAYO CLÍNICO FASE II, ALEATORIZADO, TRIPLE CIEGO, CONTROLADO INTRAINDIVIDUALMENTE CON PLACEBO, PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA RAPAMICINA TÓPICA SOLA O ASOCIADA A LÁSER DE COLORANTE PULSADO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE STURGE-WEBER**

Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Laura Marqués Martín, Isabel Irrarrazaval Armendariz, Isabel Bernad Alonso, Marta Ivars Lleó, Leyre Aguado Gil, Maider Pretel Irazábal, Pedro Redondo Bellón. **Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.**

12:00 horas. Café-descanso.  
12:30 horas. Conferencia del experto.  
**Gabriela Elizondo.**  
Farmacéutica del Departamento de Salud.  
Técnico de Farmacovigilancia.  
Centro de Farmacovigilancia de Navarra.  
Ponencia: Farmacovigilancia ¿Sirve para algo?

13:30 horas. Asamblea General Ordinaria de la Sección VNAR.  
Orden del día:  
1. Informe de la Presidenta.  
2. Informe de la Secretaria.  
3. Informe del Tesorero.  
4. Asuntos de trámite.  
5. Comunicación de los nombres de los ganadores de las becas de la sección VNAR.  
6. Ruegos y preguntas.

14:00 horas. Comida de trabajo.  
16:00 horas. Comunicaciones libres. Moderadores: Marcos Hervella y Leire Aguado.

21 **INFECCIÓN POR FUSARIUM SOLANI EN UN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO**

Elena del Alcázar Viladomiu\*, Ane Jaka Moreno\*, María Paula Gutiérrez Támara\*, José Zubizarreta Salvador\*, Nerea Caminos Altuna\*\*, Anna Tuneu Valls\*. **Servicio de Dermatología\*. Servicio de Hematología\*\*. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.**

22 **NUEVO ABORDAJE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ALOPECIAS. CÉLULAS PROGENITORAS DE CABELLO**

Alberto Gorrochategui Barrueta, Mayte Llama García, Eider Gandoy Arrese, Cristina Díaz Asensio. **Clínica Dermatológica Ercilla. Bilbao.**

23 **ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE EN UN VARÓN**

Amaia Urtaran Ibarzabal, Ricardo González Pérez, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Sofía Goula Fernández, Sonia Heras González, Blanca Catón Santarén, Ricardo Soloeta Arechavala. **Hospital Universitario Araba, Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**

24 **6 CASOS DE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE EN VARONES**

N. Ormaechea Pérez\*, A. Tuneu Valls, A. López Pestaña, E. Del Alcázar Viladomiu, A Jaka Moreno, S Viladomiu Esturo. **Servicio de Dermatología. C.S. Zarautz\*. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.**

25 **TUMEFACCIÓN DE MANOS EN PACIENTE VIH Y VHC**

Ana Martínez de Salinas Quintana\*, Lorena Garro Nuñez\*\*, Irene García Río\*, M<sup>o</sup> del Carmen Fraile Alonso\*, Victoria Almeida Llamas\*, Marc Juliá Manresa\*, Amparo Viguri Diez\*\*\*, Joseba Portu Zapirain\*\*. **Servicio de Dermatología\*, M. Interna\*\* y Anatomía Patológica\*\*\*. Hospital HUA- Sede Txagorritxu. Vitoria.**

26 **ERUPCIÓN ACNEIFORME GENERALIZADA SECUNDARIA A DOVITINIB**

Tamara Gracia Cazaña, Ievgenia Pastushenko, Claudia Conejero del Mazo, Elena Pelegrina Fernández, M<sup>a</sup> Antonia Concellón Doñate, M<sup>a</sup> Pilar Grasa Jordán. **Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**

27 **ACNÉ FULMINANS DESENCADENADO POR ISOTRETINOÍNA**

Sofía Goula Fernández, María del Carmen Fraile Alonso, Ana María Martínez de Salinas Quintana, Victoria Almeida Llamas, Marc Juliá Manresa, Yolanda Olaizola Nogales. **Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu), Vitoria-Gasteiz.**

28 **CARCINOMA ANEXIAL MICROQUÍSTICO**

Y. Olaizola Nogales, V.Almeida Llamas, M. Juliá Manresa, A.Viguri Díaz, MC. Fraile Alonso, A. Martínez de Salinas Quintana. **Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital HUA-Txagorritxu. Vitoria. España.**

29 **CARCINOMA EPIDERMÓIDE SOBRE COLGAJO ORAL DE RECONSTRUCCIÓN POR CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA**

L. Blanch Rius, FJ García Bernal\*, C. Jul Vázquez\*, JM Terrones Garzón\*, MJ Calderón Gutiérrez, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología y Cirugía Plástica\* del Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.**

30 **ANGIOSARCOMA CUTÁNEO TRAS RADIOTERAPIA POR CÁNCER DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

S. Gómez Muga, M. Lázaro Serrano, P. Urigoitia Ugalde, J. González del Tánago Diago, C. Sanz de Galdeano Palacio, A. Fernández de Larrinoa\*, JM. Careaga Alzaga. **Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Vizcaya.**

31 **FIBROMIXOMA ACRAL SUPERFICIAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Tatiana Piqueres Zubiaurre, Libe Aspe Unanue, Lucía Carnero González, Ricardo González Pérez, Palmira Malo Diez\*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\* del HUA-sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**

32 **UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA GANGLIONAR EN LA ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES CON MELANOMA.**

Marta Rubio Lombraña<sup>1</sup>, Jesús Gardeazabal García<sup>1</sup>, Salomé Álvarez Sanchez<sup>1</sup>, Belén Navajas Pineo<sup>1</sup>, Fernando Fernández Samaniego<sup>2</sup>, José Genollá Subirats<sup>3</sup>, Amaya Aperribay Esparza<sup>4</sup>, Jose Ignacio Martín Gómez<sup>5</sup>. **Servicio de Dermatología<sup>1</sup>, Servicio de Cirugía Plástica<sup>2</sup>, Servicio de Medicina Nuclear<sup>3</sup>, Servicio de Anatomía Patológica<sup>4</sup>, Servicio de Radiodiagnóstico<sup>5</sup>. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. Vizcaya.**

33 **AMILOIDOSIS CUTÁNEA NODULAR. LA PISTA: EN LA PIEL**

Sara Ibarbia Oruezabal\*, Ane Jaka Moreno\*, Carmen Lobo Morán\*\*, Hernán Andrés Borja Consigliere, M<sup>a</sup> Asunción Arregui Murua\*, Anna Tuneu Valls\*. **Servicio de Dermatología\*, Servicio de Anatomía Patológica\*\*, Hospital Universitario Donostia.**

34 **LIPOATROFIA POR INSULINA**

Lucía Sánchez Martínez, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Izaskun Trébol Urra, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba, sede Santiago.**

- 35 **MELANOMA DESMOPLÁSICO**  
Isabel Bernad Alonso, M<sup>a</sup> Eugenia Iglesias Zamora, Raquel Santesteban Murrizabal, Isabel Irrarazabal Armendáriz, Concepción Llanos Chavarri, Miguel Ángel Idoate Gastearena, Pedro Redondo Bellón. **Clínica Universidad de Navarra. Complejo Hospitalario de Navarra.**
- 36 **SÍNDROME DE SWEET HISTIOCITOIDE. IMPORTANCIA DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA**  
Leire Loidi Pascual\*, Josune Mitxelena Eceiza\*, Amaia Larumbe Irurzun\*, Raquel Santesteban Muruzábal\*, Alfredo Agualló Pérez\*, Alicia Córdoba Iturriagoitia\*\*, Ignacio Yanguas Bayona\*. **Servicios de Dermatología\* y Anatomía Patológica\*\* del Complejo Hospitalario de Navarra.**
- 37 **DERMATOMIOSITIS CON ANTICUERPOS ANTI-CDAM-140**  
Carmen D'Amelio, Marta Ivars Lleó, Isabel Irrarazabal Armendáriz, José Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Bernad Alonso, Agustín España Alonso. **Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra.**
- 38 **LESIÓN SUPURATIVA EN DORSO NASAL**  
Ramón Adrián De Quintana Sancho, Xabier Eizaguirre Uriarte, Elvira Acebo Mariñas, Marta Ballesterro Díez, Verónica Velasco Benito\*, Ander García Etxebarria\*\*. **Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica\* y Radiología\*\*. Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo). Vizcaya.**
- 39 **EFFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS DE LOS INHIBIDORES DE BRAF TIPO 1 EN EL TRATAMIENTO DE MELANOMA METASTÁSICO: EXPERIENCIA EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA**  
Irrarazabal Armendáriz Isabel, Pretel Irazabal Maider, Lera Imbuluzqueta Miguel, Bernad Alonso Isabel, Ivars Lleó Marta, Aguado Gil Leire, Gil Sánchez Pilar, España Alonso Agustín, Idoate Gastearena Miguel Angel. **Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.**
- 40 **LESIONES NODULARES CON PATRÓN ESPOROTRICOIDE**  
Elena Pelegrina Fernández, Claudia Conejero del Mazo, Jane Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Ana Luisa Morales Moya, María Pilar Grasa Jordán. **Servicio Dermatología Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**
- 41 **OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRÓNICA IDIOPÁTICA: NUESTRA EXPERIENCIA**  
Marcos Hervella Garcés, Berta Bonaut Iriarte, Iosune Mitxelena Eceiza, Mónica Larrea García, Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra.**
- 42 **PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA**  
Ievgenia Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Elena Pelegrina Fernández, Claudia Conejero del Mazo, Ana Luisa Morales Moya, M<sup>a</sup> Pilar Grasa Jordan. **Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**

## SÍNDROME DE GRISCELLI TIPO 2

Valentín de Benito Rica, Nerea Agesta Sánchez, Irati Allende Markixana, Olane Guergué Díaz de Cerio, Naiara Olabarrieta Hoyos, Itziar Astigarraga Aguirre, María del Rosario González Hermosa. **Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.**

### Introducción.

El Síndrome de Griscelli (SG) es una rara hipomelanosis hereditaria autosómica recesiva.

### Caso clínico.

Niña de 6 años, de padres no consanguíneos. Entre sus antecedentes destacaban un herpes interglúteo y otitis medias de repetición. Desde dos meses antes, cuando presentó una crisis convulsiva, era controlada en neuropediatría. Se diagnosticó de encefalomielitis diseminada aguda que seguía un curso recurrente pese a tratamiento inmunosupresor.

Fue remitida a Dermatología para el estudio del cabello como parte del estudio diagnóstico del síndrome. En la exploración física realizada se observó un hábito cushingoide y un cabello rubio grisáceo.

Pruebas complementarias:

Se realizó un tricograma en seco mediante microscopía óptica en el que se encontró un acúmulo irregular de grandes acúmulos de pigmento distribuido por el tallo piloso.

Debido a la asociación de un grave síndrome neurológico junto a una hipomelanosis se realizó un estudio genético que determinó la presencia de mutaciones en el gen Rab 27.

### Discusión.

Las tres variantes del SG presentan

distintas manifestaciones y evolución. El tipo 2 de SG (gen Rab 27) se presenta con un síndrome de linfocitosis hemofagocítica, que en este caso exclusivamente presentaba afectación neurológica. La linfocitosis suele producir la muerte de estos niños y el único tratamiento efectivo es el trasplante de médula.

### Conclusiones.

Los hallazgos cutáneos y capilares son un dato clave para la sospecha diagnóstica del SG. El tricograma resulta de gran utilidad diagnóstica en varias genodermatosis, como ocurre en esta enfermedad.

Palabras clave:  
Genodermatosis.  
Pelo.  
Pigmentación.

## REACCIÓN ADVERSA A TRATAMIENTO DE RELLENO FACIAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rosa Baldellou Lasierra, José Pac Sa\*, Sonia de la Fuente Meira, Ricardo Martín Marco, Nieves Porta Aznarez, Estrella Simal Gil, M<sup>o</sup> Luisa Zubiri Ara. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\***. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Introducción.

La lucha contra los signos del envejecimiento propicia que un número creciente de personas se sometan a tratamientos de relleno facial utilizando diversos materiales clasificables según su origen, composición o tiempo previsto de permanencia en el tejido. Todos ellos pueden, en mayor o menor medida, provocar efectos adversos de aparición temprana o tardía, locales o sistémicos de distinta gravedad sin que conozcamos su prevalencia.

### Caso clínico.

Mujer de 64 años que consulta por lesiones faciales: edema, eritema, empastamiento, nódulos y dolor a la palpación de un mes de evolución. Lo atribuye a las inyecciones para rejuvenecimiento que recibió en varias ocasiones hasta 4 meses antes con, al menos, un preparado de Polimetilmetacrilato. No presentaba signos de afectación del estado general. Tras las pruebas complementarias se estableció el diagnóstico de Paniculitis granulomatosa a cuerpo extraño secundaria a biopolímeros. Fue tratada con Antiinflamatorios y Antibióticos sin resultados favorables. Respondió a Hidrocortisona oral pero presenta recaídas tras su retirada.

### Discusión.

Las complicaciones agudas locales pueden deberse a la técnica de aplicación variando desde infección, edema, hematoma

hasta necrosis. Y las generales desde cuadros pseudo gripales, angioedema, síndrome de hipersensibilidad a, raramente, shock anafiláctico. Las tardías locales son en su mayoría reacciones inflamatorias granulomatosas pero cabe la posibilidad de que se produzcan enfermedades granulomatosas sistémicas, enf. autoinmunes o trombosis. El material de relleno actuaría como cooperador en pacientes genéticamente predispuestos. No está aclarado el papel que los agentes infecciosas pueden jugar en algunos casos. No existe actualmente "evidencia" para fundamentar procedimientos diagnósticos y terapéuticos en reacciones adversas producidas por materiales de relleno.

Palabras clave:  
Reacción por fármacos.  
Polimetilmetacrilato.

## MUJER DE 47 AÑOS CON PLACA INDURADA EN REGIÓN INTERGLÚTEA

Sonia de la Fuente Meira, M<sup>o</sup> Luisa Zubiri Ara, M<sup>o</sup> Elena del Valle Sánchez, Rosa Baldellou Lasierra, Milagros Sánchez Hernández, Estrella Simal Gil, Nieves Porta Aznarez. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica.** Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

### Introducción.

En el momento actual son cada día mas frecuentes los tratamientos de finalidad estética con materiales de relleno. Sin embargo, este tipo de materiales nos siempre ejercen los efectos deseados y no son raras las reacciones inflamatorias en lugares de inyección o incluso a distancia.

### Caso clínico.

Paciente mujer de 47 años, de nacionalidad colombiana que acudió a nuestra consulta por presentar lesiones pruriginosas en región sacra e interglútea de 7 meses de evolución. La paciente negaba cualquier tipo de antecedente de interés. A la exploración física se objetivó una placa indurada, mal delimitada, de coloración parduzca sin dolor ni fluctuación a la palpación. El estudio histológico objetivó infiltración completa de la dermis y de la hipodermis por un infiltrado celular denso a expensas de histiocitos de citoplasma vaculado así como vacuolas extracelulares de diversos tamaños de aspecto oleoso, todo ello compatible con infiltración de material exógeno. Con dichos hallazgos se reinterrogó a la paciente que reconoció inyección de silicona en glúteos 7 años atrás en su país de origen. Se realizó tratamiento sintomático con corticoides tópicos con mejoría subjetiva hasta el momento actual.

### Discusión.

La silicona es un material de relleno con tendencia a producir reacciones granulomatosas en lugares de inyección, sin embargo en su forma líquida este tipo de infiltrados son menos frecuentes ya que suele migrar a distancia pudiendo producir reacciones de diversa gravedad. Destacamos la importancia de mantener un alto nivel de sospecha ante lesiones por materiales de relleno, ya que con frecuencia los pacientes no lo reconocen y solo el estudio histológico nos lleva al diagnóstico.

Palabras clave:  
Miscelánea.

## PACIENTE CON ¿LEPRA? - SEGUNDA PARTE

Mireya Lázaro Serrano, Rosa M<sup>a</sup> Izu Beloso, Iñigo Martínez de Lizarduy Álvarez, Susana Gómez Muga, Laura Blanch Rius, Mónica Saiz Camin\*, Jesús M<sup>a</sup> Careaga Alzaga. \*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia). Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Bizkaia).

La lepra es una enfermedad granulomatosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*. Sus manifestaciones típicas cutáneas y neurológicas en ocasiones permiten reconocerla con relativa facilidad, especialmente en el caso de pacientes procedentes de áreas endémicas. Sin embargo, la lepra a menudo constituye un reto diagnóstico en nuestro medio, en pacientes autóctonos o sin un claro antecedente epidemiológico, por falta de familiaridad con la histología de las formas indeterminadas o borderline de la enfermedad o cuando sus manifestaciones clínicas no son las clásicas, como cuando aparecen imitando una amplia variedad de enfermedades reumatológicas.

Presentamos la continuación de un caso clínico que expusimos en la reunión anterior de la sección, repasando las complicaciones sistémicas que ha sufrido el paciente en este tiempo y las dificultades diagnósticas que continúan presentes y han impedido llegar a un diagnóstico de certeza hasta la fecha.

Palabras clave:  
Infección bacteriana.  
Enfermedad sistémica.  
Diagnóstico.Miscelánea.

## PROLIFERACIÓN LINFOIDE CD8+ INDOLENTE DE LA OREJA

Libe Aspe Unanue, Itziar Arrue Mitxelena, Lucía Sánchez Martínez, Amaia Ur-taran Ibarzabal, Maria Nieves Saracibar Oyon\*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. \*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba, sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.

### Introducción.

La "proliferación linfoide CD8+ indolente de la oreja" es una entidad recientemente descrita, que se presenta clínicamente como lesiones de lento crecimiento en el pabellón auricular.

### Caso clínico.

Varón de 30 años sin antecedentes médicos de interés, que consultaba por una lesión de varios meses de evolución en el borde lateral del pabellón auricular derecho. Se trataba de una lesión de 1 cm, sobreelevada, bien delimitada, eritematoviolácea, de consistencia blanda y superficie lisa. Se realizó exéresis de la lesión y cierre mediante plastia. El estudio histológico demostró una lesión intradérmica no ulcerada, de patrón difuso en superficie y algo nodular en profundidad. Estaba constituida por linfocitos de tamaño pequeño-mediano, con escasas atipias, sin figuras de mitosis y sin fenómenos de necrosis vascular ni epidermotropismo. Los marcadores para CD3-CD4-CD5 y CD8 fueron positivos, y el CD30 fue negativo. Se estableció por tanto el diagnóstico de "proliferación linfoide indolente CD8+ de la oreja".

### Discusión.

En 2007, Petrella describió 4 casos de una proliferación linfoide monoclonal CD8+, no agresiva, no epidermotropa y localizada en las orejas, que no parecía

pertenecer a ninguno de los tipos de linfoma T cutáneos existentes. Posteriormente se han publicado otra decena de casos, todos ellos de comportamiento indolente y sin evidencia de afectación sistémica. Se caracteriza por un infiltrado dérmico difuso de linfocitos T CD8+ con apariencia linfoblástica y sin epidermotropismo. También se ha observado clonalidad T. Se cree que se trata de una variante fenotípica del linfoma T cutáneo primario pleomórfico de células pequeñas/medianas CD4+. Es importante diferenciar este proceso linfoproliferativo de otros linfomas cutáneos CD8+ más agresivos, de cara a evitar tratamientos innecesarios.

Palabra clave:  
Linfoma.

## ANOMALÍAS VASCULARES EN LA NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Paula Gutiérrez Támara, Arantxa López Pestaña, Elena Del Alcazar Viladomiu, Patricia Eguino Gorrochategui, M. Asunción Arregui Murua, Anna Tuneu Valls. Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián.

### Introducción.

Las anomalías vasculares en pacientes con neurofibromatosis tipo 1 (NF-1) están ampliamente descritas en la literatura. Dentro de estas se incluyen la estenosis, malformaciones arteriovenosas y aneurismas, entre otras. Se ha estimado una prevalencia 0.4-6.4%. Este número podría ser mayor ya que los estudios radiológicos se realizan únicamente en pacientes sintomáticos. Dentro de los vasos más frecuentemente afectados se incluyen las arterias renales, la aorta abdominal, la carótida interna y la arteria vertebral cervical.

### Casos Clínicos.

#### Caso 1.

Mujer de 43 años, diagnosticada de NF-1. En el 2006, tras presentar episodios de cefalea intensa, se observa en la TAC un astrocitoma anaplásico grado II. Fue tratado con cirugía y posteriormente con RT y QT. En los controles radiológicos se detectó un aneurisma de arteria carótida interna derecha irreseccable. Se inició tratamiento con ácido acetilsalicílico. Hasta el momento ha permanecido asintomática desde el punto de vista vascular.

#### Caso 2.

Paciente varón, diagnosticado de NF-1. En 2002 se detectó una hipoplasia de arteria carótida común, carótida interna y carótida externa izquierda en el estudio radiológico realizado por cefalea y sensación

vertiginosa de repetición. Fue valorada por cirugía vascular y, al no presentar alteración del flujo sanguíneo, se decidió tratamiento médico con clopidogrel. Al completar el estudio del paciente, se atribuyó la sintomatología a vértigos de etiología otológica.

### Discusión.

No está claro el mecanismo etiopatogénico por el cual se presentan estas malformaciones en estos pacientes. Se cree que ocurren como parte de un proceso dinámico de proliferación celular, degeneración, cicatrización, y fibrosis. Se ha sugerido que la deficiencia de neurofibromina en el tejido vascular puede ser la causante de lo anterior.

Dado que las lesiones clínicamente significativas son muy raras, no está indicado de entrada solicitar estudios de screening para malformaciones vasculares. Estos se realizarán únicamente si hay síntomas sugestivos. Por lo anterior la anamnesis será la clave para detectar estas alteraciones.

Palabras clave:  
Genodermatosis.

## TOXICIDAD CUTÁNEA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-EGFR EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO: ESTUDIO DE 116 PACIENTES

Ane Jaka Moreno<sup>1</sup>, Hernan Andrés Borja Consigliere<sup>1</sup>, Elena Del Alcazar Viladomiu<sup>1</sup>, María Paula Gutierrez Tamara<sup>1</sup>, Ane Areizaga Albisua<sup>2</sup> y Anna Tuneu Valls<sup>1</sup>. Servicios de Dermatología<sup>1</sup> y Oncología<sup>2</sup> del Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

### Introducción.

Los anticuerpos inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico (anti-EGFR), cetuximab y panitumumab, son usados en el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico (CCRm). Estos fármacos presentan principalmente una toxicidad cutánea característica.

### Material y métodos.

En conjunto con el servicio de oncología del Hospital Universitario Donostia, se ha realizado un protocolo de derivación oncología – dermatología de pacientes con CCRm que inician tratamiento con anticuerpos anti-EGFR. Hemos estudiado a 116 pacientes que han sido tratados con estos anticuerpos entre enero 2010 y septiembre 2013.

### Resultados.

El 81.9% de los pacientes desarrollaron la erupción pápulo-pustulosa. Otras toxicidades cutáneas fueron menos frecuentes y de aparición más tardía en el tiempo: xerosis (%39,7), prurito (28,4%), eccema agudo facial (28,4%), mucositis-herpes oral (23,3%), fisuras (25,8%), paroniquia (18,1%), tricomegalia (11,2%) e hipertrichosis (11,2%). Así mismo describiremos el manejo de la toxicidad cutánea, las características clínico-patológicas de la erupción pápulo-pustulosa y la relación con la respuesta tumoral al tratamiento con anticuerpos anti-EGFR en nuestros pacientes.

### Discusión.

La erupción pápulo-pustulosa aparece en más del 80% de los pacientes, que puede ser moderada o grave, y puede condicionar la interrupción del tratamiento antitumoral.

La aparición y la intensidad de la erupción parece ser un buen marcador de la respuesta tumoral en pacientes con CCRm que se someten a dicho tratamiento.

### Conclusión.

Es importante un estrecho control y tratamiento dermatológico de estos pacientes, para un mejor manejo de la toxicidad y una mejor adherencia al tratamiento con anticuerpos anti-EGFR.

Palabras clave:  
Reacción por fármacos.



## CARCINOMA EPIDERMOIDE CUTÁNEO INFILTRANTE CON LINFANGITIS CARCINOMATOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M<sup>a</sup> Luisa Zubiri Ara\*, Rosa Baldellou Lasierra\*, Sonia de la Fuente Meira\*, Carlos Hörndler Argarate\*\*, Enrique Monclús Fuertes\*\*\*, Rosa García Felipe\*, Milagros Sánchez Hernández\*. Servicios de Dermatología\*, Anatomía Patológica\*\* y Cirugía Plástica\*\*\*. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Introducción.

El carcinoma epidermoide es un tumor maligno, siendo su incidencia poco frecuente en la actualidad debido al tratamiento precoz de las lesiones cutáneas precancerosas.

### Caso clínico.

Mujer de 78 años que presenta con antecedentes de c. de mama y endometrio, que presenta de 2-3 años de evolución lesión tumoral exofítica en muslo izdo, se realiza curetaje de la lesión y estudio histológico con resultado de carcinoma escamoso bien diferenciado. La intervención quirúrgica se demora un año por una enfermedad grave intercurrente, extirpándose una lesión vegetante de 7cm, con resultado histológico de carcinoma escamoso medianamente diferenciado. A los 3 meses aparece sobre la zona del injerto una placa indurada y dolorosa de superficie abollonada, realizándose biopsia cutánea con resultado de masiva infiltración de dermis, celular subcutáneo y vasos linfáticos de carcinoma escamoso medianamente diferenciada. La placa indurada se diagnostica como una linfangitis carcinomatosa y progresa con gran rapidez.

### Discusión.

El carcinoma epidermoide es un tumor maligno, en el que hay que diferenciar los denominados de alto riesgo, con especial tendencia a las recidivas y metástasis; que

presentan unas características clínicas y histológicas peculiares. La linfangitis carcinomatosa es la invasión masiva de los vasos linfáticos por células tumorales, que puede asociarse a varios tumores; principalmente a cáncer de pulmón, colon, estómago, etc. Su asociación a carcinoma epidermoide cutáneo es poco frecuente.

### Bibliografía:

Martorell-Calatayud A., Sanmartin Jiménez O, Cruz Mojarrieta J, Guillén Barona C. Carcinoma epidermoide cutáneo: definiendo la variante de alto riesgo. Actas Dermisifiliogr.2013;104:367-379.

Palabras claves:  
Tumor maligno.

## CASOS CLÍNICOS QUE ENSEÑAN: LESIONES TUMORALES EN CARA.

Marta Mendieta Eckert\*, Verónica Velasco Benito\*\*, Juan Antonio Ratón Nieto\*, Olatz Lasa Elgezua\*, José Luis Díaz Ramón\*, Izaskun Ocerin Guerra\*. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia. Servicios de Dermatología\* y Anatomía Patológica\*\*.

### Introducción.

Presentamos un caso clínico poco frecuente, su evolución y revisión de la literatura existente.

### Caso Clínico.

Varón de 87 años en seguimiento en nuestras consultas por múltiples carcinomas basocelulares. En la última revisión presentaba seis lesiones tumorales adyacentes a la cicatriz de un carcinoma basocelular recientemente intervenido en ala nasal. Se realizó biopsia de cuatro de las lesiones confirmándose el diagnóstico de sospecha en dos de las mismas. Dada la magnitud de las lesiones y la situación del paciente se derivó para valoración de tratamiento con vismodegib o radioterápico. Cuatro de las lesiones presentaron crecimiento pese a tratamiento con radioterapia por lo que finalmente se realizó una extirpación en bloque de las lesiones nasales.

### Conclusiones.

Destacamos la importancia de una correcta anamnesis y exploración física completa en el diagnóstico dermatológico.

Palabras clave:  
Diagnóstico.  
Tumor maligno.

## Ampollas por coma no farmacológicas

Raquel Santesteban Muruzábal<sup>1</sup>, Amaia Larumbe Irurzun<sup>1</sup>, Leire Loidi Pascual<sup>1</sup>, Alfredo Agulló Pérez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Teresa Tuñón Álvarez<sup>2</sup>, J. Ignacio Yanguas Bayona<sup>1</sup>. S<sup>o</sup> de Dermatología<sup>1</sup> y S<sup>o</sup> de Anatomía Patológica<sup>2</sup> del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

### Introducción.

Las ampollas por coma son una manifestación cutánea infrecuente asociada a estados de pérdida de conciencia, en las que podemos dividir dos entidades, las ampollas por coma farmacológicas y las no farmacológicas. La etiopatogenia no está clara, y puede deberse a múltiples factores, como la hipoxia, la presión, isquemia tisular y la toxicidad por sobredosis de medicación.

### Caso clínico.

Mujer de 65 años diagnosticada de estenosis mitral severa e insuficiencia tricuspídea moderada-severa. En el postoperatorio inmediato tras intervención quirúrgica en la que se realizó sustitución de válvula mitral y anuloplastia tricuspídea con anestesia general y circulación extracorpórea, presentó lesiones eritemato-ampollosas pruriginosas en cara interna de ambos muslos. En la exploración física se apreciaba un pseudoretículo livedoide con ampollas tensas amarillentas en superficie. Se realizó biopsia donde destacaba una ampolla subepidérmica, microtrombos de fibrina en capilares dérmicos y necrosis de glándulas sudoríparas. Con los resultados clínico-patológicos se realizó el diagnóstico de ampollas por coma no farmacológicas. Las lesiones evolucionaron de forma tórpida, precisando desbridamiento quirúrgico por presentar amplias zonas de necrosis, resolviéndose finalmente aunque con zonas

cicatriciales queiloideas.

### Conclusión.

El estudio anatomopatológico permite la confirmación del diagnóstico de ampollas por coma, siendo la necrosis de las glándulas sudoríparas ecricinas el hallazgo más característico de esta entidad. La presencia de trombos de fibrina diferencia el diagnóstico entre ampollas por coma farmacológicas de las no farmacológicas, siendo éste un hallazgo característico de la segunda.

Presentamos un nuevo caso de ampollas por coma no farmacológicas, entidad infrecuente, con una forma de presentación atípica y cuya causa podría encontrarse en la isquemia causada por hipoxia y mala perfusión durante la intervención.

Palabras clave:  
Enfermedad ampollosa.

## LESIONES DISEMINADAS EN PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

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

### Introducción.

La histoplasmosis clásica es el resultado de la infección por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*, variedad *capsulatum*.

### Caso clínico.

Paciente varón de 44 años, natural de República Dominicana, residente en España desde hacía 3 años. Con antecedentes personales de diabetes mellitus insulino-dependiente y amigdalectomía. Ingresó desde urgencias por pancitopenia y durante el estudio de la misma se le detectó una infección por VIH en estadio de SIDA. Posteriormente desarrolló un cuadro de fiebre e insuficiencia respiratoria que requirió traslado a la UCI, servicio donde el paciente desarrolló lesiones cutáneas en forma de máculas y pápulas eritemato-violáceas, que no desaparecían a la digitopresión, no necróticas, localizadas en toda la superficie corporal, incluidas cara y palmas y plantas.

Se realizó biopsia cutánea para estudio anatomopatológico y cultivo pero el paciente falleció antes de tener los resultados. A posteriori, se demostró infección cutánea por *Histoplasma capsulatum*.

### Discusión.

La histoplasmosis por *Histoplasma capsulatum* se divide en la forma clásica y la africana. La histoplasmosis es endémica en algunas zonas de América, África, India y

Lejano Oriente.

La vía de transmisión es inhalatoria, y se puede presentar de diferentes formas clínicas: pulmonar aguda, pulmonar crónica y diseminada. La mayor parte de los pacientes VIH presentan la forma diseminada de la enfermedad.

La presentación de las lesiones cutáneas varían desde pápulas y placas con o sin costras, pústulas y nódulos hasta úlceras mucosas, lesiones similares a *Molluscum contagiosum*, erupciones acneiformes o placas queratósicas.

Presentamos este caso porque creemos que los médicos de las zonas no endémicas, como es nuestro caso, deben saber identificar los factores de riesgo para padecer una histoplasmosis y sus manifestaciones clínicas, ya que son pacientes que requieren un tratamiento rápido y efectivo.

Palabras clave:  
Enfermedad tropical.  
Infección fúngica.

## RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ENSAYO CLÍNICO FASE II, ALEATORIZADO, TRIPLE CIEGO, CONTROLADO INTRAINDIVIDUALMENTE CON PLACEBO, PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA RAPAMICINA TÓPICA SOLA O ASOCIADA A LÁSER DE COLORANTE PULSADO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE STURGE-WEBER

Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Laura Marqués Martín, Isabel Irarrazaval Armendariz, Isabel Bernad Alonso, Marta Ivars Lleó, Leyre Aguado Gil, Maider Pretel Irazábal, Pedro Redondo Bellón. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

### Introducción.

El síndrome de Sturge-Weber (SSW) es una patología congénita neurocutánea clasificada como enfermedad rara o huérfana. Se caracteriza por una malformación vascular capilar (MC) localizada a nivel cutáneo facial, ocular y sistema nervioso central. Su tratamiento estándar es el láser de colorante pulsado (PDL) aunque raramente se consigue un blanqueamiento total de la lesión. El uso combinado de rapamicina tópica, un inhibidor específico de la mTOR (mammalian target of rapamycin), y láser PDL, se postula como una buena opción terapéutica en estos pacientes.

### Objetivos.

Determinar la eficacia del tratamiento con rapamicina tópica y rapamicina tópica más láser PDL en MC de pacientes con SSW mediante evaluación morfológica y cromatográfica, espectrometría y estudios histológicos con inmunohistoquímica. Asimismo, se evaluará la seguridad de la rapamicina tópica al 1%.

### Material y métodos.

Se trata de un ensayo clínico prospectivo que incluye a 23 pacientes afectados de SSW, cuya MC es tratada en su mitad lateral mediante 2 sesiones de láser PDL, separadas por un intervalo de 6 semanas, y rapamicina tópica al 1% o placebo (excipiente) en su mitad superior o inferior según la

aleatorización, ambos aplicados 1 vez al día durante un periodo de 12 semanas. Se compara la respuesta clínica e histológica.

### Conclusiones.

Por vez primera demostramos que el tratamiento con rapamicina tópica asociada a láser PDL mejora la eficacia del tratamiento únicamente con láser PDL, no aumentando sus efectos adversos. Estos resultados abren nuevas perspectivas en los pacientes con malformaciones vasculares capilares asociadas al síndrome de Sturge-Weber.

## INFECCIÓN POR FUSARIUM SOLANI EN UN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Elena del Alcázar Viladomiu\*, Ane Jaka Moreno\*, María Paula Gutiérrez Támara\*, José Zubizarreta Salvador\*, Nerea Caminos Altuna\*\*, Anna Tuneu Valls\*. Servicio de Dermatología\*. Servicio de Hematología\*\*. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

### Introducción.

Las infecciones fúngicas producidas por la especie *Fusarium* en pacientes inmunodeprimidos son poco conocidas, motivo por el cual presentamos este caso.

### Caso clínico.

Hombre de 59 años, diagnosticado en 2007 de un linfoma no Hodgkin difuso de célula grande, que fue tratado con Rituximab-CHOP. En 2008 presentó la primera recidiva con adenopatías generalizadas tratada con Rituximab-DHAP. En 2009 se realizó un autotransplante con remisión completa hasta abril de 2013, momento en el que se le diagnosticó una leucemia aguda e inició quimioterapia Flag-Ida. Durante el segundo ciclo, el paciente presentó fiebre con aparición de papulo-placas eritematosas con centro necrótico distribuidas en espalda, brazos y piernas. Además presentaba una afta en la mucosa labial inferior así como una tiña entre el tercer y cuarto dedo interdigital. Se realizó una biopsia de una lesión que mostró la presencia de hifas tabicadas y en los hemocultivos creció un *Fusarium solani*, por lo que se inició tratamiento con anfotericina B liposomal, voriconazol, y factor estimulante de colonias de granulocitos, con buena evolución del cuadro.

### Discusión.

Las infecciones por *Fusarium* spp. (*Fusariosis*) están aumentando en frecuencia

entre los pacientes inmunodeprimidos, especialmente en aquellos con leucemia aguda o trasplante de médula ósea. En estos pacientes, las infecciones suelen ser diseminadas con compromiso multiorgánico. La afectación cutánea ocurre en un 70-85% de los casos, siendo las lesiones más características pápulas o placas eritematosas con ulceración central ectima gangrenoso-like.

El tratamiento consiste en antifúngicos (anfotericina B y/o azoles) así como transfusiones de granulocitos.

La importancia del diagnóstico precoz radica en la alta mortalidad de este tipo de infecciones. Por ello, ante un paciente hematológico inmunodeprimido con fiebre y lesiones cutáneas, la *Fusariosis* se debería incluir entre los diagnósticos diferenciales.

Palabras clave:  
Infección fúngica.  
Diagnóstico.

## NUEVO ABORDAJE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ALOPECIAS. CÉLULAS PROGENITORAS DE CABELLO

Alberto Gorrochategui Barrueta, Mayte Llama García, Eider Gandoy Arrese, Cristina Díaz Asensio. Clínica Dermatológica Ercilla. Bilbao.

### Introducción.

La alopecia inducida por radiación es una secuela muy frecuente de la radioterapia en tumores cerebrales. Hasta el momento no hay ninguna opción terapéutica para la recuperación del cabello, excepto el trasplante capilar, siempre que se mantenga cabello en la zona donante.

### Material y método.

Clínica Dermatológica Ercilla está potenciando la investigación de nuevas terapias con células progenitoras de cabello, para el tratamiento de las alopecias. Las células se obtienen mediante una guía de fabricación, en las instalaciones de Derbiotek, sala blanca situada en las instalaciones de la Clínica, por personal cualificado. Resultado: Caso clínico: Paciente de 31 años; a los 11 años se le diagnosticó un astrocitoma en el área occipital izquierda, sufre alopecia por radioterapia desde el tratamiento. A los 18 años se le realizaron dos cirugías reconstructivas del área. Para el tratamiento de la alopecia la paciente se ha sometido a múltiples tratamientos (cosméticos y dermatológicos), tratamientos antiandrógenos, sustancias vasodilatadores periféricas, minoxidil y durante dos años plasma rico en plaquetas sin éxito. En marzo de 2013 la paciente se ha sometido a un tratamiento con células progenitoras de cabello (consentimiento informado).

### Discusión.

Tras el tratamiento se aprecia un incipiente crecimiento de cabello, no terminal en toda la zona afectada. Conclusiones: Las técnicas de repoblación de cabello basadas en el autotrasplante de células progenitoras de cabello serán las técnicas más demandadas por los pacientes en los próximos años para tratar todo tipo de alopecias.

**Palabras clave:**  
Pelo, alopecia, radioterapia, células progenitoras de cabello.

## ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE EN UN VARÓN

Amaia Urtaran Ibarzabal, Ricardo González Pérez, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Sofía Goula Fernández, Sonia Heras González, Blanca Catón Santarén, Ricardo Soloeta Arechavala. Hospital Universitario Araba, Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.

### Introducción.

La alopecia frontal fibrosante es un tipo de alopecia cicatricial clásicamente descrita en mujeres postmenopáusicas. Presentamos un caso de afectación en un varón.

### Caso clínico.

Varón de 62 años sin antecedentes de interés que consultó por alopecia. Refería que desde hacía 5 años había notado pérdida de cabello y de vello en barba y extremidades. A la exploración se observaba retroceso de la línea de implantación capilar, ausencia de patillas, alopecia bitemporal, despoblación de cejas y ausencia de vello en piernas. En la analítica se observó una TSH elevada con T4 normal, sin otras alteraciones. La biopsia mostró un infiltrado inflamatorio linfocitario con leve daño vacuolar de la capa basal junto a fibroplasia en torno a la vaina de un folículo piloso. Se estableció así el diagnóstico de alopecia frontal fibrosante.

### Comentarios.

La alopecia frontal fibrosante es un tipo de alopecia cicatricial descrito originariamente en mujeres postmenopáusicas, aunque existen casos publicados en mujeres premenopáusicas y excepcionalmente en varones. La mayoría de los autores la considera una variante clínica del liquen plano pilar que afecta característicamente a la región frontal, retrasando la línea de

implantación, al área de las patillas y a las cejas, pudiendo afectarse también las extremidades. A menudo, afecta también a las extremidades. Su curso es progresivo aunque tiende a estabilizarse. No existe ningún tratamiento efectivo, habiéndose intentado corticosteroides tópicos y sistémicos, inhibidores de la 5 alfa reductasa, antipalúdicos, metotrexato o minoxidil entre otros.

**Palabra clave:**  
Pelo.  
Alopecia.

## 6 CASOS DE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE EN VARONES

N. Ormaechea Pérez\*, A. Tuneu Valls, A. López Pestaña, E. Del Alcazar Viladomiu, A. Jaka Moreno, S. Vildosola Esturo. Servicio de Dermatología. C.S. Zaurutz\*. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

### Introducción.

La alopecia frontal fibrosante (AFF) fue descrita por Kossard en 1994 como una forma peculiar de alopecia cicatricial que afecta habitualmente a mujeres en edad menopáusica. Clínicamente se caracteriza por el retroceso de la línea de implantación del pelo a nivel frontotemporal, junto con grado variable de alopecia de cejas, pápulas faciales, y ocasionalmente alopecia en axilas, pubis y extremidades. En los varones esta entidad parece ser poco frecuente.

### Casos clínicos.

Describimos 6 casos de varones con AFF. Todos presentaban retroceso de la línea de implantación del pelo en el momento del diagnóstico, junto con alopecia androgenética (AGA) y alopecia de cejas. 5 de ellos presentaban además alopecia de antebrazos y piernas. El eritema y la hiperqueratosis foliular en la línea de progresión de la alopecia, típicos del liquen plano pilar, únicamente era evidente en el 33 % de los pacientes. Los motivos de consulta fueron: alopecia (1), queratosis actínicas (2), melanoma (1) y carcinoma basocelular (2). El diagnóstico fue clínico. Todos han realizado únicamente tratamiento tópico, con relativo buen control.

### Discusión.

La AFF es inusual en los varones y suele pasar desapercibida en los pacientes con

AGA, por lo que se debe llevar a cabo un examen exhaustivo en la línea de implantación del pelo para poder diagnosticarla. En nuestra serie de pacientes hemos visto una frecuente asociación a alopecia de cejas, así como a alopecia de antebrazos y piernas. Aunque ninguno de los tratamientos suele conseguir detener la progresión de la alopecia, la combinación de corticoides tópicos y minoxidil al 5% ha resultado satisfactoria en muchos pacientes, presentando escasos efectos secundarios.

Palabra clave:  
Pelo.  
Alopecia.

## TUMEFACCIÓN DE MANOS EN PACIENTE VIH Y VHC

Ana Martínez de Salinas Quintana\*, Lorena Garro Nuñez\*\*, Irene García Río1, M<sup>o</sup> del Carmen Fraile Alonso\*, Victoria Almeida Llamas\*, Marc Juliá Manresa\*, Amparo Viguri Díez\*\*\*, Joseba Portu Zapirain\*\*. Servicio de Dermatología\*, M. Interna\*\* y Anatomía Patológica\*\*\*. Hospital HUA- Sede Txagorritxu. Vitoria.

### Introducción.

La infección por VHC y VIH se pueden asociar a diversos cuadros cutáneos algunos de ellos poco frecuentes.

### Caso clínico.

Paciente varón de 49 años, exADVP y con VIH diagnosticado desde hacía 20 años (CDC C2). Desde su diagnóstico ha presentado múltiples cuadros infecciosos: TBC pulmonar y diseminada, artritis séptica por estafilococo en tobillo, costochondritis por estafilococo, absceso subcutáneo por estafilococo, todos ellos al inicio del diagnóstico del VIH. En el momento actual está en tratamiento antirretroviral con Efavirenz, Tenofovir y Emtricitabina con buen control inmunoviroológico (CD4 445, carga viral indetectable).

Además, infección por VHC (genotipo 1b, IL B28 CT) con carga viral 1.310.00 (6.1 log), con fibrosis leve (Fibroscan 6.3 kPa) por lo que no había recibido tratamiento.

El paciente refiere edema en las manos de forma progresiva hasta llegar a ser invalidante dado que no podía cerrar las manos. A la exploración presentaba ambas manos edematizadas, induradas al tacto con aspecto tumefacto cubiertas de piel de coloración normal y lisa. Se realiza una biopsia cutánea en la que se aprecia una epidermis normal y en la dermis un engrosamiento de las fibras de colágeno junto a depósitos de mucina entre ellas.

Se realizan múltiples pruebas complementarias, entre ellas TSH, proteinograma, ANAs, ENAs, crioglobulinas, CK, TAC toracoabdominal siendo todo normal.

Sin un diagnóstico clínico específico establecido, se decide tratar con corticoide oral. Dada la no mejoría del cuadro tras varios meses de tratamiento, se decide tratar la infección VHC dada la extensa afectación cutánea asociada. Se inicia Peg-interferon, Rivabirina e inhibidor de la proteasa (se optó por Boceprevir en lugar de Telaprevir por las reacciones cutáneas descritas con este último). La tolerancia al tratamiento es buena y las 4 semanas de tratamiento, tras fase Lead-in, la carga viral VHC desciende 1.7 log. Se añade Boceprevir. En la semana 8 del tratamiento la carga viral VHC es indetectable. El cuadro cutáneo mejora al mes de iniciar tratamiento del VHC.

### Conclusión.

Discutimos los posibles diagnósticos diferenciales de este caso clínico.

Destacamos la respuesta del cuadro cutáneo tras inicio de tratamiento de VHC.

Ante patologías cutáneas en las que sospechemos que el VHC puede estar implicado en su patogenia, debemos valorar su tratamiento como tratamiento también del cuadro cutáneo asociado.

## ERUPCIÓN ACNEIFORME GENERALIZADA SECUNDARIA A DOVITINIB

Tamara Gracia Cazaña, Ievgenia Pastushenko, Claudia Conejero del Mazo, Elena Pelegrina Fernández, M<sup>a</sup> Antonia Concellón Doñate, M<sup>a</sup> Pilar Grasa Jordán. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

### Introducción.

Con el empleo de las nuevas terapias farmacológicas y su incorporación en el arsenal terapéutico en oncología, se han detectado nuevos efectos adversos, no conocidos previamente, que pueden obligar a suspender el tratamiento.

### Caso clínico.

Varón de 58 años de edad, con carcinoma suprarrenal derecho metastático, tratado con quimioterapia neoadyuvante y cirugía radical, pero con progresión de su enfermedad, por lo que se inicia tratamiento con Dovitinib, una nueva diana terapéutica en fase II de ensayo clínico. Aproximadamente al mes de la toma el paciente realiza una hiperpigmentación y a los cuatro meses una erupción acneiforme generalizada, sin responder a los tratamientos convencionales para el acné, fue considerado un efecto adverso grave y se suspendió el tratamiento.

### Discusión.

Dovitinib o TKI258 es un inhibidor de receptores tirosin kinasa, incluyendo FGFR, VEGFR, PDGFR $\beta$ , CSF 1R, Kit, TrkA y FLT3, que intervienen en la proliferación tumoral. Varios ensayos clínicos han demostrado que dovitinib presenta una sólida acción antitumoral, ya que inhibe por una parte el crecimiento tumoral; y por otra, la angiogénesis, actualmente se está realizando un ensayo

clínico que se encuentra en fase II para el tratamiento del carcinoma adrenocortical metastásico. Presentamos este caso ya que consideramos de gran importancia para el dermatólogo conocer los efectos cutáneos que pueden aparecer en relación a estos fármacos y saber cómo manejarlos.

Palabras clave :  
Acné.  
Miscelánea.

## ACNÉ FULMINANS DESENCADENADO POR ISOTRETINOÍNA

Sofía Goula Fernández, María del Carmen Fraile Alonso, Ana María Martínez de Salinas Quintana, Victoria Almeida Llamas, Marc Julià Manresa, Yolanda Olaizola Nogales. Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu), Vitoria-Gasteiz.

### Introducción.

El acné fulminans o úlcero-necrótico es una forma rara, severa y aguda de acné, con síntomas sistémicos en varones adolescentes. La etiología del cuadro es desconocida. Clínicamente destaca la aparición súbita de nódulos inflamatorios engastados, que desarrollan placas dolorosas y úlceras necróticas, asociado a febrícula, artralgias, mialgias e incluso osteolisis.

### Caso clínico.

Varón de 15 años, sin antecedentes de interés, con acné en cara, tórax y espalda de 1 año de evolución. Al inicio presentaba comedones, pápulas y pústulas sin respuesta a diversos tratamientos, por lo que pautamos isotretinoína y corticoides orales. A los 4 meses, tras suspensión del corticoide y aumento de la dosis de isotretinoína, presentó exacerbación de las lesiones cutáneas en forma de placas dolorosas con nódulos necrótico-costrosos, además de malestar general y mialgias, precisando ingreso. Suspendimos la isotretinoína y pautamos de nuevo corticoides y antibióticos orales; además se desbridaron quirúrgicamente bajo sedación las lesiones costrosas. La serie ósea fue normal y el paciente ha ido curando con cicatrices queiloideas.

### Comentarios.

Aportamos este caso para destacar la importancia de la asociación de corticoides

orales en los pacientes con acné inflamatorio que realicen tratamiento con isotretinoína, así como la necesidad de aumentar de forma progresiva y lenta ésta última, para evitar el desarrollo de un brote severo de acné.

Palabras clave:  
Acné.

## CARCINOMA ANEXIAL MICROQUÍSTICO

Y. Olaizola Nogales, V.Almeida Llamas, M. Juliá Manresa, A.Viguri Díaz, MC. Fraile Alonso, A. Martínez de Salinas Quintana. Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital HUA-Txagorritxu. Vitoria. España.

### Introducción.

El carcinoma anexial microquístico (CAM) es una neoplasia rara, localmente invasiva que crece adoptando un patrón infiltrativo pero carece de atipia citológica.

### Caso clínico.

Varón de 72 años de edad con antecedentes personales de fibrilación auricular en tratamiento con Sintróm. Acude para valorar una lesión en labio superior de más de 15 años de evolución diagnosticada de lipoma. Se apreciaba una placa dura, mal delimitada, infiltrada a la palpación con una zona central nodular que afectaba a todo el hemilabio derecho y desbordaba a la comisura y labio inferior. La lesión era asintomática y había ido creciendo lentamente durante años.

Se realiza la extirpación y estudio anatomopatológico del tumor. Microscópicamente se observa una tumoración epitelial que afecta a todo el espesor de la dermis y alcanza el tejido celular subcutáneo y el tejido muscular estriado remitido en la muestra. En la zona más superficial crece formando estructuras quísticas de tamaños variables con células escamosas y contenido queratósico. En el componente profundo predominan los nidos, islotes y túbulos de células monomorfas, sin atipias, algunas de aspecto claro. No se identifican mitosis. Toda la tumoración se encuentra rodeada de un estoma fibroso desmoplásico.

### Discusión.

El carcinoma anexial microquístico (CAM) es un tumor raro y agresivo, típico de adultos, que clínicamente se manifiesta como un nódulo subcutáneo, casi siempre en cabeza o cuello, que va creciendo lentamente. Esta tumoración puede ser clínica e histológicamente confundida con otras lesiones cutáneas benignas o malignas, lo que con frecuencia conduce a un tratamiento inicial erróneo. La principal complicación del CAM es la alta morbilidad y la elevada tasa de recurrencia tras escisión local amplia

Palabras clave :  
Tumor anexial.

## CARCINOMA EPIDERMOIDE SOBRE COLGAJO ORAL DE RECONSTRUCCIÓN POR CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LENGUA

L. Blanch Rius, FJ García Bernal\*, C. Jul Vázquez\*, JM Terrones Garzón\*, MJ Calderón Gutiérrez, JM Careaga Alzaga. Servicios de Dermatología y Cirugía Plástica\* del Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

### Introducción.

El carcinoma epidermoide es el tumor maligno más frecuente de cavidad oral. Entre los factores etiológicos se encuentran el alcohol y el tabaco. En estadios iniciales el tratamiento quirúrgico suele ser suficiente mientras que en estadios avanzados la cirugía suele requerir tratamientos adyuvantes (radioterapia y/o quimioterapia).

### Caso clínico.

Se presenta el caso de un varón, fumador de 1 paquete/semana, que fue intervenido de carcinoma epidermoide de lengua y suelo de boca a la edad de 37 años (1990) realizándose una glossectomía total, resección parcial de suelo de boca, linfadenectomía radical cervical derecha y funcional izquierda, más reconstrucción del defecto con colgajo músculo-cutáneo pectoral mayor.

Acudió a consulta en septiembre de 2012, 22 años tras abandonar el hábito tabáquico, por aparición de una nueva lesión excrecente de 3 cm en el mismo sitio, sobre el colgajo músculo-cutáneo, cuya biopsia fue informada de carcinoma epidermoide.

En octubre se realizó exéresis radical y reconstrucción microquirúrgica con colgajo anterolateral de muslo, anastomosado a los vasos tiroideos superiores. Dos meses después en el control radiológico se detectaron dos adenopatías cervicales (que biopsiadas mostraron infiltración por el tumor) por lo

que se realizó linfadenectomía cervical izquierda más radioterapia.

### Discusión.

La aparición de un carcinoma epidermoide sobre el tejido trasplantado para reconstruir el defecto post-exéresis de otro carcinoma epidermoide, más de 20 años tras la intervención, es un hecho excepcional. La localización del tumor nos inclinaria a pensar en el tabaquismo como agente etiológico aunque el paciente dejó de fumar tras la intervención (1990).

Palabras clave:  
Tumor maligno.  
Tratamiento quirúrgico.

## ANGIOSARCOMA CUTÁNEO TRAS RADIOTERAPIA POR CÁNCER DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

S. Gómez Muga, M. Lázaro Serrano, P. Urigoitia Ugalde, J. González del Tánago Diago, C. Sanz de Galdeano Palacio, A. Fernández de Larrinoa\*, JM. Careaga Alzaga. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Vizcaya.

### Introducción.

El angiosarcoma cutáneo es un tumor maligno muy infrecuente derivado de las células endoteliales. Dentro de ellos existen 3 variantes principales: la clásica idiopática, la asociada a linfedema crónico y la radioinducida. Desde hace unos años existe la tendencia a intervenir los carcinomas mamarios de forma conservadora, lo cual implica el uso de radioterapia adyuvante. Ello supone un riesgo de aparición de sarcomas radioinducidos, siendo el más frecuente el angiosarcoma.

### Caso clínico.

Presentamos el caso de una mujer de 79 años que desarrolla un angiosarcoma cutáneo sobre una mama irradiada 10 años antes por un carcinoma ductal infiltrante.

### Discusión.

Esta complicación suele aparecer a los 5-10 años posteriores al tratamiento con radioterapia; por lo que ante cualquier lesión angiomasiosa tardía sobre piel previamente irradiada deberemos descartar un posible angiosarcoma.

Palabra clave:  
Tumor Maligno.  
Diagnóstico.

## FIBROMIXOMA ACRAL SUPERFICIAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Tatiana Piqueres Zubiaurre, Libe Aspe Unanue, Lucía Carnero González, Ricardo González Pérez, Palmira Malo Diez\*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\* del HUA-sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.

### Introducción.

El fibromixoma acral superficial (FAS) es un tumor mesenquimal de curso benigno, CD34 positivo, con predilección por la región periungueal y subungueal de las manos y los pies. Muestra preferencia por el sexo masculino y la edad media de aparición son los 46 años.

### Caso clínico.

Varón de 62 años, diagnosticado de EPOC en tratamiento con aerosoles, que acudió a nuestras consultas por una lesión asintomática en primer dedo de pie izquierdo de 8 años de evolución y crecimiento lentamente progresivo. La exploración mostraba un nódulo de bordes bien definidos de consistencia dura, normocoloreado y periungueal de unos 2 cm de diámetro que distorsionaba la arquitectura ungueal. Se realizó exéresis de la lesión y el estudio histológico fue compatible con FAS.

### Discusión.

El FAS es una entidad recientemente descrita. Los últimos descubrimientos a nivel molecular e histológico han hecho que la nomenclatura de varios tumores mesenquimales haya evolucionado en los últimos años. Las características inmunohistoquímicas específicas del FAS hacen que se le considere a día de hoy una entidad clínica independiente. Su diagnóstico diferencial incluye otros tumores fibrohistocitarios

acrales CD34 positivos, como el dermatofibrosarcoma protuberans mixoide, el angiomixoma superficial y el fibroma digital celular entre otros. El tratamiento del SAF consiste en la resección quirúrgica con márgenes libres del tumor. Un diagnóstico precoz y una resección completa son fundamentales para evitar posteriores recidivas.

Palabras clave:  
Tumor benigno.



## UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA GANGLIONAR EN LA ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES CON MELANOMA.

Marta Rubio Lombraña\*, Jesús Gardeazabal García\*, Salomé Álvarez Sanchez\*, Belén Navajas Pinedo\*, Fernando Fernández Samaniego\*\*, José Genollá Subirats\*\*\*, Amaya Aperribay Esparza\*\*\*\*, Jose Ignacio Martín Gómez\*\*\*\*\*. Servicio de Dermatología\*, Servicio de Cirugía Plástica\*\*, Servicio de Medicina Nuclear\*\*\*, Servicio de Anatomía Patológica\*\*\*\*, Servicio de Radiodiagnóstico\*\*\*\*\*. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. Vizcaya.

### Introducción.

La detección de metástasis ganglionares es fundamental para la correcta estadificación de los pacientes diagnosticados de melanoma. La técnica estandarizada para este proceder es la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC).

La ecografía ganglionar seguida de biopsia en caso de observarse algún ganglio sugestivo de malignidad podría suponer una menor comorbilidad asociada para el paciente, menor demora hasta el tratamiento definitivo y disminución del costo.

### Material y métodos.

Seleccionamos los pacientes diagnosticados de melanoma con ganglios clínicamente negativos e indicación de realizar biopsia de ganglio centinela desde agosto de 2012 hasta octubre de 2013. En ellos se realizó, previa a la intervención quirúrgica, ecografía ganglionar y biopsia con aguja gruesa si procedía. En caso de demostrarse afectación metastásica ganglionar se realizó linfadenectomía terapéutica. El resto de pacientes fueron sometidos a BSGC.

Posteriormente, se realizó análisis de estos datos comparando los resultados obtenidos con ambas técnicas.

### Resultados.

Un total de 47 pacientes fueron seleccionados, de los cuales sólo 2 (4,25%) fueron positivos para afectación metastásica

ganglionar tras biopsia ecoguiada y pudieron evitar la BSGC.

De los 45 pacientes en los que la prueba anterior resultó negativa y se realizó BSGC, 38 fueron negativos (verdaderos negativos de la eco-BAG) y 6 positivos (falsos negativos); en 1 caso no pudo realizarse por no migrar el radiotrazador. La sensibilidad de la prueba fue del 25%.

### Conclusiones.

La ecografía ganglionar en pacientes con ganglios clínicamente negativos no puede sustituir a la técnica del ganglio centinela. Sin embargo, sí podría resultar útil como complemento, ya que un pequeño porcentaje de pacientes pueden beneficiarse de una linfadenectomía directa.

Palabra clave:  
Nevus y melanoma.

## AMILOIDOSIS CUTÁNEA NODULAR. LA PISTA: EN LA PIEL

Sara Ibarbia Oruezabal\*, Ane Jaka Moreno\*, Carmen Lobo Morán\*\*, Hernán Andrés Borja Consigliere, M<sup>a</sup> Asunción Arregui Murua\*, Anna Tuneu Valls\*. Servicio de Dermatología\*, Servicio de Anatomía Patológica\*\*, Hospital Universitario Donostia.

### Introducción.

Amiloidosis es un término genérico usado para designar aquellas enfermedades caracterizadas por el depósito de una proteína fibrilar e insoluble a nivel extracelular. La distribución de la sustancia amiloide puede ser exclusivamente cutánea, sistémica, primaria o secundaria. Dentro de las formas primarias cutáneas se distinguen tres entidades: amiloidosis macular, liquen amiloideo y amiloidosis cutánea nodular (ACN), siendo esta última la forma de presentación más infrecuente.

### Caso clínico.

Mujer de 83 años, alérgica a la penicilina y en tratamiento para su dislipemia, que consultó por un nódulo subcutáneo, bilobulado, de consistencia blanda y color amarillento, en la región anterior de la pierna derecha. La lesión se había presentado años atrás y había crecido de forma insidiosa y progresiva, siendo en todo momento asintomática.

La biopsia del nódulo mostró grandes masas amorfas de un material hialino y eosinófilo que infiltraba la dermis y las paredes de los vasos sanguíneos, así como células plasmáticas perivasculares, con lo que se estableció el diagnóstico de ACN.

### Discusión.

La ACN es una entidad muy infrecuente, de presentación en la edad adulta

avanzada. Clínicamente se caracteriza por placas o nódulos de coloración amarillenta o marrón. Su localización más habitual son las piernas, seguida por la cabeza, tronco y extremidades superiores. El diagnóstico se establece por la presencia en la biopsia de masas amorfas y eosinófilas a nivel de la dermis, tejido subcutáneo y pared de vasos sanguíneos, siendo este material de depósito, amiloide AL de forma característica.

El manejo terapéutico es complejo, de forma que el seguimiento periódico parece lo más adecuado, pues ningún tratamiento ha demostrado superioridad frente al resto.

Palabras clave:  
Miscelánea.

## LIPOATROFIA POR INSULINA

Lucía Sánchez Martínez, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Izaskun Trébol Urrea, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba, sede Santiago.

### Introducción.

Las lipodistrofias por insulina son complicaciones frecuentes del tratamiento de la diabetes que dificultan el control de la glucemia y producen alteraciones estéticas. Presentamos un caso de lipoatrofia en una paciente en tratamiento con Levemir.

### Caso clínico.

Mujer de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 1 insulino dependiente. Consultaba por la aparición hacia 1 año de lesiones en la zona de inyección de la insulina Levemir coincidiendo con un período de descontrol de la glucemia. A la exploración se observaba en ambos brazos y abdomen áreas normocoloreadas deprimidas, muy bien delimitadas de varios centímetros. Se solicitó una resonancia magnética que mostró ausencia prácticamente completa del tejido celular subcutáneo. Dado que presentaba molestias y tirantez en una lesión de abdomen, se le realizó tratamiento quirúrgico con buen resultado.

### Discusión.

La lipodistrofia por insulina puede manifestarse como lipohipertrofia o lipoatrofia. La lipohipertrofia es más frecuente y se debe al propio efecto anabólico de la insulina. La lipoatrofia ocurre más raramente y su etiología es desconocida aunque se han postulado diferentes mecanismos como la

producción de TNF alfa, anticuerpos anti-insulina, criotrauma o índices de masa corporal extremos entre otros. Su tratamiento consiste en cambiar el tipo de insulina y el lugar de inyección, instaurar bombas de insulina o utilizarla inhalada, inyectar localmente insulina con dexametasona, realizar trasplantes de grasa autóloga o cirugía.

**Palabra clave:**  
**Reacción por fármacos.**

## MELANOMA DESMOPLÁSICO

Isabel Bernad Alonso, M<sup>a</sup> Eugenia Iglesias Zamora, Raquel Santesteban Murruzabal, Isabel Irrarazabal Armendáriz, Concepción Llanos Chavarri, Miguel Ángel Idoate Gastearena, Pedro Redondo Bellón. Clínica Universidad de Navarra. Complejo Hospitalario de Navarra.

### Introducción.

El melanoma desmoplásico es una entidad relativamente poco frecuente cuya presentación clínica, histopatológica y curso no son los típicos de un melanoma convencional. Presentamos el caso de un paciente con un melanoma desmoplásico en cuero cabelludo con gran afectación locorregional.

### Caso clínico.

Varón de 84 años con antecedentes de múltiples carcinomas basocelulares intervenidos. En una revisión refiere la aparición de 4 placas alopecicas de aspecto cicatricial en cuero cabelludo de varios meses de evolución, de distintos tamaños, dispersas y distantes entre ellas. En la piel suprayacente de una de las placas destacaba una lesión lentiginosa de bordes irregulares. Se realizó biopsia de la lesión lentiginosa en área parietal izda y de otra placa distante con el diagnóstico clínico de metástasis cutáneas. Ambas biopsias mostraron unos hallazgos histológicos similares llegando al diagnóstico anatomopatológico de melanoma desmoplásico. En las semanas posteriores algunas placas se induraron, aumentando en número y tamaño. En el estudio de extensión no se hallaron metástasis a distancia. Se realizó extirpación amplia, inicialmente con control histológico de márgenes, y cobertura local con injertos de piel total. El diagnóstico definitivo fue de melanoma desmoplásico subtipo histológico puro,

negativo para B-RAF y c-Kit. A pesar del tratamiento quirúrgico y radioterápico posterior continúan apareciendo metástasis a nivel locorregional.

### Discusión.

Histológicamente el melanoma desmoplásico se caracteriza por la asociación de células melanocíticas invasivas con abundante matriz colagénica. Dada su gran heterogeneidad morfológica se han descrito dos variantes histológicas del melanoma desmoplásico. La variante pura se caracteriza por baja densidad celular con dispersión y separación de las células por tejido fibroso. La variante mixta se caracteriza por una alta densidad celular.

La variante mixta se asocia a una mayor mortalidad y riesgo de metástasis en comparación con la variante pura cuyo pronóstico se asimila más al de un melanoma convencional.

Traemos este paciente por la rara presentación clínica con que debutó el tumor, con lesiones tan distantes y la rápida aparición de otras nuevas, que han hecho que su manejo sea un gran reto terapéutico.

## SÍNDROME DE SWEET HISTIOCITOIDE. IMPORTANCIA DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA

Leire Loidi Pascual\*, Josune Mitxelena Eceiza\*, Amaia Larumbe Irurzun\*, Raquel Santesteban Muruzábal\*, Alfredo Agualló Pérez\*, Alicia Córdoba Iturriagaitia\*\*, Ignacio Yanguas Bayona\*. **Servicios de Dermatología\* y Anatomía Patológica\*\* del Complejo Hospitalario de Navarra.**

### Introducción.

El síndrome de Sweet es una entidad caracterizada por la aparición aguda de lesiones eritemato-habonosas confluentes de predominio en tronco y extremidades superiores. El estudio anatomopatológico muestra edema de dermis papilar y un infiltrado inflamatorio denso con predominio de neutrófilos maduros y leucocitoclasia sin necrosis fibrinoide.

### Casos clínicos.

Presentamos tres casos clínicos vistos recientemente en el Complejo Hospitalario de Navarra. De manera similar a la bibliografía publicada sobre el tema, los pacientes presentaban lesiones clínicas compatibles con síndrome de Sweet. Sin embargo, el estudio histopatológico mostraba un infiltrado en dermis con predominio de células mononucleadas de aspecto histiocitoide. La inmunohistoquímica mostró positividad para los marcadores CD68 y Mieloperoxidasa, por lo que se concluyó que se trataban de células mieloides inmaduras.

### Discusión.

El síndrome de Sweet histiocitoide fue descrito por primera vez en el año 2005. Desde entonces, se han ido publicando más casos, relacionados con diferentes etiologías. Por otro lado ante la presencia de las células mieloides inmaduras que se ven en este cuadro, es necesario descartar la

presencia de infiltración cutánea por procesos hematológicos malignos, por lo que habría que realizar otras pruebas complementarias para un mejor estudio del paciente.

### Conclusión.

Ante la sospecha clínica de síndrome de Sweet y presencia de un infiltrado inflamatorio con predominio de células mononucleadas de pequeño tamaño, es fundamental realizar técnicas inmunohistoquímicas para caracterizar mejor la naturaleza de las mismas.

Palabras clave:  
Diagnóstico.

## DERMATOMIOSITIS CON ANTICUERPOS ANTI-CDAM-140

Carmen D'Amelio, Marta Ivars Lleó, Isabel Irrarazabal Armendáriz, José Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Bernad Alonso, Agustín España Alonso. **Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra.**

### Introducción.

La dermatomiositis (DM) es una enfermedad autoinmune que combina una miopatía inflamatoria con una afectación cutánea característica. En la patogenia se han implicado autoanticuerpos dirigidos a antígenos específicos que provocan daño vascular por depósito de complemento. En los últimos años se han descrito diversos autoanticuerpos que se correlacionan con formas clínicas y pronósticas.

### Caso clínico.

Mujer de 46 años con edema palpebral bilateral de un mes de evolución, refractario a tratamientos convencionales. Posteriormente presentó pápulas eritematosas en las palmas y lesiones petequiales en codos y flexuras. Algunas lesiones, fundamentalmente en las axilas, se hicieron erosivas. La paciente no presentó debilidad muscular en ningún momento, ni alteración de enzimas musculares. La biopsia de la piel informó de dermatitis crónica perivascular con dermatitis de interfase tipo liquenoide. Los estudios de extensión para descartar neoplasia oculta, fueron negativos. Los estudios de función respiratoria descartaron afectación pulmonar a lo largo de la evolución. El estudio de autoinmunidad fue negativo, a excepción de los anticuerpos anti-CDAM-140, que se solicitaron.

### Discusión.

Recientemente se ha descrito que los anticuerpos anti-Mi2, y anti-155/140 son altamente específicos de DM. La DM amio-pática puede debutar sin las lesiones cutáneas características de la DM (papulas de Gottron, eritema en heliotropo). Recientemente se han publicado casos aislados de DM amio-pática asociados a anticuerpos anti-CDAM-140, que presentan manifestaciones clínicas infrecuentes de esta enfermedad. En ocasiones se asocian a enfermedad intersticial pulmonar.

## LESIÓN SUPURATIVA EN DORSO NASAL

Ramón Adrián De Quintana Sancho, Xabier Eizaguirre Uriarte, Elvira Acebo Mariñas, Marta Ballesterio Díez, Verónica Velasco Benito\*, Ander García Etxebarria\*\*. **Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica\* y Radiología\*\*.** Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo). Vizcaya.

### Introducción.

Se han descrito pocos casos en la literatura de carcinomas epidermoides que surjan a partir de un quiste epidérmico. Presentamos un nuevo caso con una presentación clínica atípica.

### Caso clínico.

Varón de 71 años que acudió a nuestra consulta por primera vez en Marzo de 2011, por una lesión cutánea en dorso nasal de más de un año de evolución. Se realizó biopsia de la lesión con informe anatomopatológico de hiperplasia sebácea por lo que fue dado de alta de nuestro servicio. El paciente acudió de nuevo por persistencia de la lesión en Abril de 2012, apreciándose una úlcera de 4mm de diámetro, con supuración y dolor a la presión. Se realizaron hasta 3 biopsias más por parte de diferentes servicios, con resultados anatomopatológicos inespecíficos, sin observarse atipias y con presencia de quistes epidérmicos.

Finalmente, y ante la persistencia de la lesión, se solicitó RM craneal en el que se apreció tumoración en raíz nasal de 23mm de diámetro. El paciente es derivado a Otorrinolaringología donde se realizó nueva toma de biopsias bajo anestesia general, en esta ocasión con informe de carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado.

El paciente fue intervenido de forma conjunta por los servicios de Otorrinolaringología y Cirugía Plástica, realizándose

exéresis de la tumoración y reconstrucción mediante colgajo frontal paramediano.

### Discusión.

La existencia de un gradiente degenerativo en uno de los cortes, la no presencia de continuidad entre el carcinoma epidermoide y la superficie epidérmica, así como la estrecha relación espacial existente entre el carcinoma epidermoide y el quiste epidérmico, apoyan el diagnóstico de carcinoma epidermoide que se origina a partir de un quiste epidérmico.

Destacamos este caso por lo inusual del mismo, así como por la necesidad de toma repetida de biopsias que fueron necesarias para lograr el diagnóstico.

Palabras clave:  
Tumor maligno.

## EFFECTOS ADVERSOS CUTANEOS DE LOS INHIBIDORES DE BRAF TIPO 1 EN EL TRATAMIENTO DE MELANOMA METASTASICO: EXPERIENCIA EN CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Irrazaval Armendáriz Isabel, Pretel Irazabal Maider, Lera Imbuluzqueta Miguel, Bernad Alonso Isabel, Ivars Lleó Marta, Aguado Gil Leire, Gil Sánchez Pilar, España Alonso Agustín, Idoate Gastearena Miguel Angel. **Clinica Universidad de Navarra, Pamplona.**

### Introducción.

El vemurafenib y el dabrafenib son fármacos inhibidores del BRAF, subtipo 1, usados para el tratamiento de pacientes con melanoma metastásico que presentan la mutación V600 (presente en alrededor del 50% de los melanomas).

Se ha observado que más del 90% de los pacientes tratados obtienen un beneficio clínico, siendo la supervivencia general como la supervivencia libre de progresión mayores que con dacarbazina.

Si bien estos fármacos son bien tolerados es frecuente que produzcan toxicidad cutánea en forma de lesiones malignas y benignas. Entre las malignas destacan el carcinoma espinocelular y queratoacantoma. Las lesiones benignas se manifiestan como verrugas vulgares, erupción hiperqueratosis folicular-like, enfermedad de Grover, hiperqueratosis plantar y fotosensibilidad entre otras.

### Materiales y Método.

Se realiza una revisión retrospectiva de todos los pacientes tratados en la Clínica Universidad de Navarra con Vemurafenib, Dabrafenib o la combinación de Dabrafenib con Trametinib (inhibidor de MEK).

Se realizó revisión dermatológica pretratamiento y de forma mensual una vez iniciado el fármaco. Tanto la morfología como el momento de aparición de las lesiones fueron registrados.

### Resultados.

De los 29 pacientes tratados, 23 presentaron algún efecto secundario de tipo

cutáneo. Dentro de las lesiones más frecuentemente encontradas se incluyen verrugas vulgares, carcinoma espinocelular, erupciones tipo Grover y tipo hiperqueratosis folicular e hiperqueratosis plantar. El rango de tiempo de aparición de las lesiones fue de 2 semanas a 7 meses. Se describen también nuevos efectos secundarios, tales como la aparición de siringomas eruptivos vulvares.

Ningún paciente requirió la discontinuación del fármaco de forma permanente.

### Conclusión.

La nueva generación de inhibidores del BRAF producen una importante toxicidad cutánea. La mayoría de las reacciones no pueden prevenirse, sin embargo son poco severas y generalmente manejables con una modificación de la dosis y tratamiento de soporte, con el fin de aliviar al paciente sin la necesidad de interrumpir el fármaco, dado el beneficio que aporta en el tratamiento del melanoma.

La posibilidad de un aumento de la incidencia de nuevos melanomas primarios, así como el mayor riesgo de carcinoma espinocelular, hace necesario que todos los pacientes que reciben este tratamiento deban ser valorados estrechamente por los dermatólogos.

Palabras clave:  
Reacción por fármacos.

## LESIONES NODULARES CON PATRÓN ESPOROTRICOIDE

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

### Introducción.

*M. abscessus* es una micobacteria no tuberculosa ubicua que puede adoptar patrón esporotricoide infrecuentemente.

### Caso clínico.

Varón de 66 años con antecedentes de amputación parcial de pie izquierdo hace 2 meses. Ingresa en Dermatología por presentar lesiones nodulares, fluctuantes y dolorosas, cubiertas por una costra hemorrágica, en cara dorsal de 1º a 4º dedos de mano y 3 lesiones similares con distribución esporotricoide, en cara externa de antebrazo izquierdos.

En la analítica sanguínea hay neutrofilia sin leucocitosis. El TAC toracoabdominopélvico es normal. El cultivo de biopsia cutánea es positivo para *Mycobacterium abscessus*. El cultivo de esputo es negativo.

Se trata el paciente con claritromicina y levofloxacino, con buena respuesta.

### Discusión.

*M. abscessus* es una micobacteria no tuberculosa clasificada dentro del grupo IV de la clasificación de Runyon. Es ubicua.

Puede infectar tanto a pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos, siendo los principales factores de riesgo los traumatismos accidentales, inyecciones e intervenciones quirúrgicas.

La principal clínica es cutánea y puede dar lesiones localizadas, diseminadas o con

distribución esporotricoide. Las lesiones diseminadas afectan a individuos inmunodeprimidos.

Su diagnóstico se realiza mediante cultivo de biopsia cutánea.

El antibiótico de elección es claritromicina, aunque se debe asociar a otro por haber cepas resistentes.

**Palabras clave:**  
*Mycobacterium.*  
Infección por *Micobacterias.*

## OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRÓNICA IDIOPÁTICA: NUESTRA EXPERIENCIA

Marcos Hervella Garcés, Berta Bonaut Iriarte, Iosune Mitxelena Eceiza, Mónica Larrea García, Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra.

### Objetivos.

Presentar la experiencia acumulada en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra en el tratamiento de la urticaria crónica idiopática refractaria (UCI-R) con omalizumab, y exponer los datos de su eficacia y seguridad en nuestros pacientes.

### Pacientes.

Cinco pacientes con UCI-R severa, con edades entre 43 y 67 años, y 1-11 años de duración de síntomas, tratados antes sin éxito con combinaciones de antihistamínicos orales a altas dosis, corticoides orales y otros fármacos, han sido tratados en nuestro Centro con Omalizumab, a dosis variables de 150-300 mg sc cada 2-4 semanas. La respuesta terapéutica se evaluó mediante el Urticaria Activity Score (UAS), y la mejoría percibida por el paciente mediante el Cuestionario de Control de la Urticaria (CCU).

### Resultados.

Todos los pacientes obtuvieron una respuesta muy favorable al tratamiento, con disminución media del UAS en 3,4 puntos (74%) y una mejoría media del CCU de 7,8 puntos (61%). Todos continúan actualmente en tratamiento (duración media de 14 meses).

Tres pacientes se encuentran en remisión clínica completa (UAS 0-1) y sin otra medicación, y los otros dos asocian

antihistamínico oral a dosis habituales. El paciente que menos ha mejorado es el que padece una urticaria con más componente de angioedema. El dolor en los sitios de inyección ha sido el único efecto adverso detectado (2 casos).

### Discusión.

Actualmente hay publicados más de 1000 casos de pacientes con UCI-R tratados con omalizumab, la mayoría en ensayos clínicos. Nuestra pequeña experiencia sólo reafirma los resultados de los estudios previos que han dado pie a que este fármaco se sitúe como primera opción de tratamiento en la UCI-R, como recogen las nuevas guías de manejo de la urticaria crónica (Allergy 2013).

### Conclusiones.

Omalizumab está demostrando ser un tratamiento eficaz, rápido y seguro en la UCI-R, y a la vista de los resultados de los ensayos clínicos su indicación de uso en Urticaria va a ser aprobada en un futuro inmediato<sup>1</sup>.

[<sup>1</sup>Maurer M, Rosen K, Hsieh HJ, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. N Engl J Med 2013;368:924-935.]

**Palabras clave:**  
Terapéutica sistémica.

## PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA

Ievgenia Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Elena Pelegrina Fernández, Claudia Conejero del Mazo, Ana Luisa Morales Moya, M<sup>a</sup> Pilar Grasa Jordan. Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

### Introducción.

La pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) es una erupción cutánea de inicio agudo, caracterizada por la aparición de pústulas de pequeño tamaño, de distribución no folicular, sobre base eritemato-edematosa. Suele ser secundaria a fármacos, aunque se han descrito otras causas menos comunes, como infecciones virales, la exposición al mercurio y la ingesta de alérgenos alimentarios.

### Caso Clínico.

Presentamos el caso de una paciente de 42 años, de nacionalidad española, con antecedentes de artritis reumatoide de años de evolución. Dos semanas antes del ingreso en nuestro Servicio, la paciente comenzó el tratamiento con Hidroxicloroquina (Dolquine®) 200mg al día por su proceso reumático. A los tres días después tras el inicio del tratamiento, la paciente refiere aparición de lesiones cutáneas, que inicialmente se localizaban en cara y tronco, y posteriormente se han ido extendiendo al resto del turgumento, que se acompañó de fiebre y afectación del estado general.

A la exploración física la paciente presentaba numerosas pústulas de pequeño tamaño, localizadas sobre placas eritemato-edematosas, con collaretes de descamación superficial, en cara, cuello, tronco y extremidades. La temperatura corporal al ingero era de 38.0° C, y en la analítica

sanguínea destacaba una severa leucocitosis (22.600 leucocitos) con 93% de neutrófilos. El estudio histológico puso de manifiesto la presencia de pústulas de localización subcórnea formadas por acúmulo de neutrófilos, edema en dermis y escasos linfocitos de localización perivascular.

### Discusión.

Los fármacos que con mayor frecuencia se asocian a la PEAG son los antibióticos, los fármacos calico-antagonistas, los anti-convulsivantes y los agentes antifúngicos. La hidroxicloroquina es una causa poco frecuente de la PEAG. El principal diagnóstico diferencial de la PEAG es el psoriasis pustuloso generalizado.

**Palabras clave:**  
Pustulosis exantemática aguda generalizada.  
Hidroxicloroquina.

## NOTAS

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA

1909



Sede de la Reunión:

Colegio Oficial de Médicos de Navarra

Avda. Baja Navarra, 47 - PAMPLONA

Con la colaboración de:

