



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**

San Sebastian, 14 de marzo de 2009

Salón de Actos del Hospital Donostia

PROGRAMA

10:15 horas. Entrega de documentación.

10:30 horas. Comunicaciones libres. Moderadora: *Dra. M. A. Arregui Murua*

- ^{pag.}
9 ■ **LEPRA PAUCIBACILAR CON LESIÓN ÚNICA**
*M^a Asunción Arregui Murua, Agustín Gurrea Guerra, José M^o Arrinda Yeregui**. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital del Bidasoa. Hondarribia. Guipúzcoa.
- 10 ■ **PAPILOMATOSIS VULVAR**
Bruno Blaya Alvarez¹, Iratí Allende Markixana¹, Aitor de Vicente Aguirre¹, Xabier Eizaguirre de Uriarte¹, Rafael Ibarrola Altuna², José Luis Díaz-Pérez¹. ¹Servicio de Dermatología, Hospital de Cruces (Baracaldo, Vizcaya), ² Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Basurto (Bilbao, Vizcaya).
- 11 ■ **PIODERMA GANGRENOSO MÚLTIPLE RECALCITRANTE. TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB.**
Cristina Corredera Carrión, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Pablo Juberías Gutiérrez, Victoria Lezcano Biosca, Mariano Ara Martín, Francisco José Carapeto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 12 ■ **BLASCHKITIS DEL ADULTO SOBRE POROQUERATOSIS LINEAL**
Victoria Lezcano Biosca, Pablo Juberías Gutiérrez, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordan, Francisco J Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 13 ■ **DERMATOSIS ACANTOLÍTICA TRANSITORIA (ENFERMEDAD DE GROVER)**
Pablo Juberías Gutiérrez, Victoria Lezcano Biosca, Cristina Corredera Carrión, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordan, Francisco José Carapeto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 14 ■ **ROSÁCEA FULMINANS EN GESTANTE**
Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Victoria Lezcano Biosca, Pablo Juberías Gutiérrez, Mariano Ara, F.J. Carapeto. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.
- 15 ■ **DERMATOFIBROMA PENETRANTE PROFUNDO**
María López Nuñez, Cristina López Obregón, Jose Zubizarreta Salvador, Anna Tuneu Valls, Carmen Lobo Morán, Arantxa López Pestaña, Ane Jaka Moreno*. Sección de Dermatología, servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. Donostia, Guipúzcoa.
- 16 ■ **DOS CASOS DE HIDROCISTOMA APOCRINO GIGANTE DE LOCALIZACIÓN INUSUAL**
Zuriñe Martínez de Lagrán, Izaskun Trébol Urra, Lucía Carnero González, Blanca Catón Santaren, Julia de Diego Rivas*, Itziar Arrue Michelena, Ricardo Soloeta Arechavala*. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.
- 17 ■ **POROCARCINOMA ECRINO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO**
Irene García-Río, Victoria Almeida Llamas, Ana Martínez de Salinas, Amparo Viguri Díaz, Jose Javier Aguirre Anda**. Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital de Txagorritxu. Vitoria

18 SARCOMA DE EWING CUTÁNEO

Ruiz-Carrillo Ramírez G, Aguado Gil L, Marquès Martín Laura, Navedo de las Heras M, Vera Arlegui I, Arraiza Sarasa M**, Idoate Gastearena MA***, Gil Sánchez P, Sánchez-Carpintero I. Departamentos de Dermatología, Pediatría*, Radiología** y Anatomía Patológica***. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

19 EXTENSIÓN CUTÁNEA DE LINFOMAS DE CÉLULAS B: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Marquès Martín L, Aguado Gil L, Ruiz-Carrillo Ramírez G, Navedo de las Heras M, Pretel Irazabal M, Panizo Santos C+, Idoate Gastearena MA, Garrastachu Zumarán P-, España Alonso A. Departamento de Dermatología. Departamento de Hematología+. Departamento de Anatomía Patológica*. Departamento de Medicina Nuclear-. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

20 METÁSTASIS DE MELANOMA CUTÁNEO DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

Miren Marquina Iñarrairaegui, María Eugenia Iglesias Zamora, Saturnino Napal Lecumberri, Alfredo Solchaga Martínez*, Marisa Gómez Dorronsoro**, Rosa Guarch Troyas***, Manuel Gallego Culleré. Servicios de Dermatología, Urología* y Anatomía Patológica** de Hospital de Navarra. Servicio de Anatomía Patológica*** del Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

21 METÁSTASIS CUTÁNEAS POR GLIOBLASTOMA MULTIFORME

Irati Allende Markixana, Mireya Lázaro Serrano, Susana Gomez Muga, Rosario Gonzalez Hermosa, Verónica Velasco Benito, Jose Luis Díaz Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

12:30 horas. NOVEDADES EN DERMATOLOGÍA.

NOVEDADES EN DERMATOLOGÍA CLÍNICA.

Dra. P. Equino Gorrochategui. Hospital Donostia.

NOVEDADES EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA.

Dr. J. Zubizarreta Salvador. Hospital Donostia.

NOVEDADES EN DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA.

Dra. S. Vildósola Esturo. Hospital Donostia.

NOVEDADES EN DERMATOLOGÍA-MEDICINA INTERNA.

Dra. A.López Pestaña. Hospital Donostia.

NOVEDADES TERAPÉUTICAS EN DERMATOLOGÍA CLÍNICA.

Dras. C. López Obregón y A. Tuneu Valls. Hospital Donostia.

14:00 horas. Almuerzo de trabajo.

16:00 horas. Comunicaciones libres. Moderadora: Dra. A. López Pestaña

22 ADIPONECROSIS SUBCUTÁNEA DEL RECIÉN NACIDO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

S. Pérez-Barrio, J. Montero Gato, A. Aguirre Unceta-Barrenechea*, A. Fernández de Larrinoa Santamaria**, R. Izu Belloso, JM Careaga Alzaga. Servicios de Dermatología, Pediatría* y Anatomía Patológica**. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya*

23 LACTANTE CON HIPERTRICOSIS LOCALIZADA EN REGION LUMBAR

Leyre Aguado Gil¹, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez¹, Laura Marquès Martín¹, María Navedo De las Heras¹, Miguel Angel Idoate Gastearena², Maider Pretel Irazabal¹, María del Rosario Mercado Gutiérrez³, Pilar Gil Sánchez¹. Departamentos de ¹Dermatología y ²Anatomía Patológica. Clínica Universitaria de

Navarra. ³Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra

- 24 ■ **UTILIDAD DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS CON PRODUCTOS PROPIOS. RESULTADOS EN NUESTRO SERVICIO (PERÍODO 2001-2008)**
Ricardo González-Pérez, Itziar Arrue Mitxelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Elvira Acebo Mariñas, Lucía Carnero González, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria
- 25 ■ **DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO CAUSADA POR BRAZALETE DE MADERA**
Susana Gómez, Libe Aspe, Belén Navajas, Izaskun Ocerín, Juan A. Ratón, Jose Luis Díaz Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.
- 26 ■ **FENOMENO DE "PHOTO RECALL" INDUCIDO POR EL DOCETAXEL**
Izaskun Ocerín, Nerea Agesta, Bruno Blaya, Jose Luis Díaz Ramon, Jesús Gardeazabal, Jose Luis Díaz Perez. Servicio de Dermatología, Hospital de Cruces, Baracaldo. Vizcaya.
- 27 ■ **VITILIGO SECUNDARIO A GLIVEC[®]**
A. Arechalde Pérez, P. Manrique Martínez, J.L. Artola Igarza, V. Morillo Montañés, I. Bilbao Badiola, A. Mariscal Polo. Sección de Dermatología. Hospital de Galdakao. Galdakao (Bizkaia)
- 28 ■ **HIPERQUERATOSIS FOLICULAR Y PARAFOLICULAR CAUSADO POR SORAFENIB EN PACIENTE CON HEPATOCARCINOMA**
Martínez de Salinas Quintana A¹, Almeida Llamas V¹, García Río I¹, Viguri Díaz A², Azueta Echebarria A², Arrieta Garmendia JM³. Servicio de Dermatología¹, Anatomía Patológica², Oncología³. Hospital Txagorritxu. Vitoria
- 29 ■ **REACCIÓN GRANULOMATOSA TRAS VACUNACIÓN CON BCG**
Izaskun Trébol Urra, Ricardo González Pérez, Itziar Arrue Michelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Leire Etxegarai Gamboa y Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.*
- 30 ■ **REACCIÓN GRANULOMATOSA A CUERPO EXTRAÑO POR ÁCIDO HIALURÓNICO**
A.Jaka, C.López-Obregón, M.López-Nuñez, A.Tuneu, S.Vildosola, C.Lobo. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Donostia.*
- 31 ■ **ERUPCIÓN LIQUENOIDE EN PACIENTE CON ANTICUERPOS ANTI-RO POSITIVOS**
Navedo de las Heras M, Aguado Gil L, Ruiz-Carrillo Ramírez G, Marquès Martín L, Pretel Irazabal M, Ornila Laradogoitia E, Idoate Gastearena MA+, España Alonso A. Departamentos de Dermatología, Reumatología* y Anatomía Patológica+. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*
- 32 ■ **LIQUEN PLANO ULCERATIVO INTERGLÚTEO**
Lucía Carnero González, Ricardo González-Pérez, Itziar Arrue Michelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, María Concepción Montis Palos, Leire Etxegarai Ganboa, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.*

33 ■ **LINFEDEMA CON INFILTRADO GRANULOMATOSO SARCOIDEO INTRA Y EXTRAVASCULAR
“LINFANGITIS GRANULOMATOSA DE PENE Y ESCROTO”.**

Almeida Llamas V, Martínez de Salinas Quintana A*, Gracia Rio I*, Azueta Echeberria A**; Ortiz Barredo E*** y Viguri Díaz A**. Servicios de Dermatología * y Anatomía Patológica **. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.*

34 ■ **LESIONES ANULARES EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN**

C.López-Obregón, M.López-Nuñez, A.Jaka, J.Zubizarreta, A.Tuneu, P.Eguino, A.López-Pestaña, C.Lobo. Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Donostia.*

17:50 horas. Asamblea General Ordinaria de la Sección VNAR. ORDEN DEL DIA

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

LEPRA PAUCIBACILAR CON LESIÓN ÚNICA

M^a Asunción Arregui Murua, Agustín Gurra Guerra, José M^a Arrinda Yeregui. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital del Bidasoa. Hondarribia. Guipúzcoa.*

Introducción

La lepra es una enfermedad granulomatosa crónica producida por *Mycobacterium leprae* que afecta principalmente a la piel y los nervios periféricos. Dependiendo del número de bacilos y estado inmune del paciente se manifiesta de distintas formas: lepromatosa, tuberculoide, dimorfa e indeterminada.

Caso Clínico

Mujer de 31 años, natural de Brasil, en España desde hace 3 años. Se le había practicado pancreatectomía distal con esplenectomía por tumor de páncreas hace 2 años, sin otros antecedentes de interés. Acudió a la consulta de Dermatología por una lesión mal delimitada hipocroma, hipoestésica de 3 cm en antebrazo derecho de algo más de 1 año de evolución. El estudio histológico evidenció lesiones granulomatosas en dermis sin que se consiguiera identificar bacilos a pesar de una búsqueda exhaustiva. El test de la pilocarpina demostró que se trataba de una lesión anhidrótica.

No presentaba otras lesiones cutáneas ni afectación neurológica aparente.

Se realizó tratamiento según pauta recomendada por la OMS para casos paucibacilares con lesión única (Rifampicina 600mg, Ofloxacino 400mg y Minociclina 100mg en dosis única).

Discusión

La lepra es actualmente endémica en 28 países, encabezados por India y Brasil. Puede ser difícil de diagnosticar fuera de las áreas de endemia debido a su rareza y gran expresividad clínica. Por otra parte tiene un periodo de incubación largo, habitualmente de 4-10 años, que hace que los pacientes hayan abandonado la zona de contagio mucho antes de que comiencen los primeros síntomas. El creciente fenómeno de la inmigración nos debe hacer estar alerta ante la posibilidad de enfermedades no habituales en nuestro medio, para realizar un diagnóstico temprano que permita instaurar un tratamiento precoz evitando secuelas y riesgo de contagio.

Palabras Clave
Infección bacteriana

PAPILOMATOSIS VULVAR

*Bruno Blaya Alvarez¹, Iratí Allende Markixana¹, Aitor de Vicente Aguirre¹,
Xabier Eizaguirre de Uriarte¹, Rafael Ibarrola Altuna², José Luis Díaz-Pérez¹.
¹Servicio de Dermatología, Hospital de Cruces (Baracaldo, Vizcaya), ²Servicio
de Anatomía Patológica, Hospital de Basurto (Bilbao, Vizcaya).*

Introducción

La papilomatosis vulvar es una condición benigna y normalmente asintomática que afecta aproximadamente al 1% de mujeres y que algunos autores consideran como la contrapartida femenina de las pápulas perladas del pene del varón.

Caso Clínico

Una mujer de 35 años sin antecedentes de interés acudió en noviembre de 2007 a nuestras consultas remitida por su ginecólogo por presentar lesiones asintomáticas en vulva de tiempo de evolución desconocido. A la exploración se objetivaron múltiples pápulas blandas de pequeño tamaño situadas en la cara interna de los labios menores, en el introito vaginal. Previamente, su ginecólogo le había realizado cultivos bacterianos de superficie y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus del papiloma humano (VPH) en moco cervical que resultaron negativos. Realizamos una biopsia de las lesiones en la que se observaron pápulas exofíticas hiperqueratósicas con papilomatosis y acantosis epidérmica, además de hipergranulosis. No se detectó la presencia de coilocitos en la epidermis. Con estos hallazgos, se realizó el diagnóstico de papilomatosis vulvar.

Discusión

La papilomatosis vulvar o papilomatosis escamosa benigna es una variante de la normalidad del epitelio vulvar presente en el 1% de mujeres. Normalmente es asintomática, aunque algunas pacientes refieren prurito o dispareunia asociados. Su relación con el VPH es controvertida, ya que si bien se han publicado algunos casos en los que se ha detectado ADN de VPH, en la mayoría de casos esta prueba resulta negativa. El diagnóstico diferencial de esta entidad debe establecerse fundamentalmente con los condilomas acuminados.

Palabras Clave
Miscelánea.

PIODERMA GANGRENOSO MÚLTIPLE RECALCITRANTE. TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB.

Cristina Corredera Carrión, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Pablo Juberías Gutiérrez, Victoria Lezcano Biosca, Mariano Ara Martín, Francisco José Carapeto.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción

El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea crónica que en el 50% de los casos se relaciona con una enfermedad sistémica; las más frecuentes, las enfermedades inflamatorias intestinales. Su tratamiento aún sigue siendo un reto, siendo de elección los corticoides y la ciclosporina A orales. Aún así, no siempre son eficaces, siendo los anti-TNF alfa (infliximab, etanercept y adalimumab) una opción terapéutica prometedora según experiencias recientemente publicadas en los casos recalcitrantes.

Caso Clínico

Mujer de 69 años, con antecedentes de HTA y diverticulosis de colon, e intervenida quirúrgicamente hace 16 años de hernia crural bilateral. Presentaba desde hacía 2 años y medio, pioderma gangrenoso en región escapular derecha, así como sobre ambas cicatrices quirúrgicas inguinocrurales, que no se habían resuelto tras ciclos de corticoterapia y ciclosporina A orales. El estudio de posible enfermedad sistémica asociada fue negativo. Añade hace 6 meses nueva lesión de pioderma gangrenoso en zona de cresta iliaca derecha, por lo que se inicia tratamiento con infliximab en uso compasivo tras su aprobación por la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios, que resultó ser efectivo en la resolución de las lesiones.

Discusión

Los anti-TNF alfa no están formalmente indicados en el tratamiento del pioderma gangrenoso, pero recientemente se publican casos en los que se usan a tal fin cuando el pioderma gangrenoso no responde a las terapias de elección y está asociado a enfermedad inflamatoria intestinal. Es menor la experiencia de su uso en piodermas gangrenosos idiopáticos recalcitrantes, por lo que presentamos nuestro caso.

Palabras Clave
Tratamiento sistémico.
Pioderma gangrenoso.
Infliximab.

BLASCHKITIS DEL ADULTO SOBRE POROQUERATOSIS LINEAL

Victoria Lezcano Biosca, Pablo Juberías Gutierrez, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordan, Francisco J Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción

En 1990 Grosshans y Marot introducen el término Blaschkitis del adulto para describir una erupción aguda de distribución blaschkoide en adultos, diferenciándolo del liquen estriado.

Caso clínico

Mujer 41 años con erupción blaschkoide pruriginosa en hemitorax y hemiabdomen izquierdo. Las lesiones aparecieron sobre otras previas presentes desde la infancia y asintomáticas.

Un día antes del inicio del cuadro cesó tratamiento con Brivudina por herpes simple pautado por su Médico de Atención Primaria.

A la exploración física se apreciaban dos tipos de lesiones: las de reciente aparición eran pápulas eritematosas de 0,3-0,5 cm de diámetro, que aparecían sobre placas marrónceas con un reborde queratósico sobreelevado.

En el estudio histológico de ambas lesiones se evidenció: una dermatitis espongiótica no específica con queratinocitos necróticos y exocitosis de linfocitos, y en la biopsia de las lesiones presentes desde la infancia, una columna de paraqueratosis, debajo de la cual hay una ligera acantopapilomatosis en epidermis. Con los hallazgos clínicos e histológicos se llegó al diagnóstico de Blaschkitis del adulto sobre poroqueratosis lineal.

Discusión

Para algunos autores la blaschkitis del adulto y el liquen estriado del adulto son la misma entidad, otros defienden que se trata de entidades distintas desde el punto de vista clínico e histológico, siendo un tema controvertido y objeto de varias revisiones.

Nuestro caso se ajusta a los parámetros clínicos e histológicos descritos por Grosshans, y además asienta sobre lesiones previas de distribución blaschkoide, existiendo escasas publicaciones similares en la literatura.

Palabras Clave
Blaschkitis.
Liquen estriado.
Poroqueratosis lineal.

DERMATOSIS ACANTOLÍTICA TRANSITORIA (ENFERMEDAD DE GROVER)

Pablo Juberías Gutiérrez, Victoria Lezcano Biosca, Cristina Corredera Carrión, Victoria Fuentes del Barrio, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción

La enfermedad de Grover (dermatosis acantolítica transitoria) es una dermatosis papulovesicular pruriginosa y polimorfa, que se caracteriza desde el punto de vista histológico por acantolisis. Es generalmente autolimitada, aunque el trastorno puede persistir durante semanas o meses, habiéndose asociado con la exposición solar, el calor, la sudoración, tumores e ingresos hospitalarios.

Caso clínico

Presentamos un paciente varón de 63 años con antecedentes personales de HTA, hipercolesterolemia, IAM, insuficiencia renal e intervención quirúrgica de adenoma vellosos de recto hacía un mes y medio. Desde el postoperatorio inmediato, y durante el último mes, el paciente refiere aparición de lesiones maculopapulosas eritematosas, algunas de ellas con vesículas flácidas de contenido seroso de predominio en tronco, así como zonas erosivas de 0,5-1,5 cm. de diámetro, sin afectación de mucosas.

Todas las determinaciones analíticas resultaron normales, salvo una insuficiencia renal ya conocida, apreciándose, en la histopatología, acantolisis con hendidura suprabasal y células acantolíticas, e infiltrado inflamatorio dérmico formado por linfocitos. La inmunofluorescencia directa era negativa.

El paciente evolucionó muy favorable-

mente con la desaparición de lesiones en el plazo de 10 días con corticoides sistémicos a dosis medias de 0,5 mg/kg/día, sin reaparición de las mismas.

Discusión

El diagnóstico de la enfermedad de Grover se basa en la dermatopatología describiéndose 4 patrones principales; como semejantes a los observados en la enfermedad de Darier, el pénfigo, enfermedad de Hailey-Hailey y una forma espongiótica con acantolisis.

En nuestro caso la histología se asemejaba al pénfigo vulgar, pero tanto la clínica como la evolución y la inmunofluorescencia directa negativa nos orientó a una enfermedad de Grover.

Palabras Clave
Diagnóstico.
Enfermedad de Grover.

ROSÁCEA FULMINANS EN GESTANTE

Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Victoria Lezcano Biosca, Pablo Juberías Gutiérrez, Mariano Ara, F.J. Carapeto. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción

La rosácea fulminans es una entidad rara que afecta fundamentalmente a las mujeres entre 20 y 30 años, y que consiste en la aparición brusca de pápulas, pústulas y nódulos fundamentalmente en la cara, sin la presencia de comedones. Su etiología sigue siendo desconocida.

Presentamos un caso de rosácea fulminans asociada a embarazo que respondió al tratamiento con azitromicina oral y antibióticos tópicos.

Caso clínico

Paciente de 33 años, embarazada de 11 semanas y procedente de Trinidad-Tobago que acude a Urgencias de nuestro hospital por erupción brusca de pápulas, pústulas y nódulos en la cara de 3 semanas de evolución sin ningún otro síntoma salvo náuseas y vómitos propios del primer trimestre del embarazo. La paciente es tratada con azitromicina oral durante 8 semanas, y tratamiento tópico hasta el 8º mes de embarazo con muy buenos resultados, mejorando progresivamente hasta desaparecer las lesiones en la fase final del embarazo. Los controles ginecológicos han sido normales hasta la fecha, y está a la espera de dar a luz el próximo mes de marzo.

Discusión

La asociación de rosácea fulminans y

embarazo está descrito en la literatura en muy pocas ocasiones. Los tratamientos de la rosácea fulminans incluyen retinoides, tetraciclinas, anticonceptivos antiandrogénicos y dapsona, todos ellos contraindicados durante el embarazo. En uno de los casos revisados, el tratamiento con corticoides orales pudo ser causa de la muerte intrauterina del feto. Discutimos sobre la dificultad terapéutica en este caso y la posible etiopatogenia.

Palabras Clave
Rosácea fulminans.
Embarazo.

DERMATOFIBROMA PENETRANTE PROFUNDO

María López Núñez, Cristina López Obregón, Jose Zubizarreta Salvador, Anna Tuneu Valls, Carmen Lobo Morán, Arantxa López Pestaña, Ane Jaka Moreno. Sección de Dermatología, servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. Donostia, Guipúzcoa.*

Introducción

El dermatofibroma penetrante profundo (DPP) es un subtipo poco frecuente de histiocitoma fibroso que se origina en el tejido celular subcutáneo o en otros tejidos blandos. Presentamos el caso de un DPP desarrollado en el dorso de la mano de un paciente de 26 años.

Caso clínico

Varón de 26 años que en marzo de 2008 comenzó con una lesión asintomática de crecimiento progresivo en el dorso de la mano derecha. Tres meses después fue extirpada sin realizarse estudio histológico. En octubre de 2008 acudió a nuestras consultas por induración progresiva de la zona de la cicatriz, que producía molestias con el roce. A la exploración se observaba una tumoración eritematosa hemisférica de 2,5 cm, con una umbilicación central en la zona de la cicatriz previa, indurada y no adherida a planos profundos. Realizamos una biopsia en la que se halló una formación difusa compuesta por fibroblastos, pequeños vasos y haces de colágeno en dermis e hipodermis. El CD34 fue negativo. La lesión fue compatible con dermatofibroma penetrante profundo. Remitimos al paciente a Cirugía Plástica para extirpación completa.

Discusión

El DPP es un tumor que aparece generalmente en el tejido celular subcutáneo

o tejidos blandos profundos de las extremidades, aunque puede aparecer en otras localizaciones. Histológicamente comparte muchos rasgos con el histiocitoma fibroso, aunque tiene una arquitectura "estoriforme" más prominente, casi siempre es una lesión bien circunscrita y de mayor tamaño. Los principales diagnósticos diferenciales son el dermatofibroma clásico y el dermatofibrosarcoma protuberans.

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, aunque se estima que existe un 20% de probabilidad de recidiva local.

Palabras Clave

Tumor benigno.

Dermatofibroma penetrante profundo.

Histiocitoma fibroso.

DOS CASOS DE HIDROCISTOMA APOCRINO GIGANTE DE LOCALIZACIÓN INUSUAL

Zuriñe Martínez de Lagrán, Izaskun Trébol Urra, Lucía Carnero González, Blanca Catón Santaren, Julia de Diego Rivas*, Itziar Arrue Michelena, Ricardo Sojoeta Arechavala. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.*

Introducción

Los hidrocistomas son lesiones anexiales quísticas benignas de las glándulas sudoríparas. Clínicamente suelen presentarse como pápulas o nódulos, solitarios o múltiples, y translúcidos, normocoloreados o de tonalidad azulada. La localización más habitual es la cara, principalmente a nivel palpebral y periorbitario, y con menor frecuencia pueden aparecer en el cuero cabelludo, tronco u otras localizaciones. Habitualmente son lesiones pequeñas, inferiores a 1,5 cm de diámetro.

Casos clínicos

Caso 1. Varón de 71 años que consultó por la presencia de una tumoración subcutánea de 8 cm de diámetro en la región lumbosacra, de varios años de evolución y crecimiento progresivo. Tanto las exploraciones complementarias radiológicas solicitadas (RMN y ecografía de partes blandas) como el estudio citológico mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) orientaron el diagnóstico hacia una lesión de naturaleza quística. El estudio histológico de la pieza completa fue compatible con un hidrocistoma apocrino.

Caso 2. Mujer de 78 años, ingresada para una artroplastia total de cadera, a la que se le detectó de manera casual una lesión de 7x10 cm de diámetro, translúcida y de consistencia blanda, en la región lumbar baja izquierda, de más de 10 años de evolu-

ción, y por la que nunca había consultado por ser totalmente asintomática. Los resultados de la ecografía de partes blandas y PAAF sugirieron que se trataba de una lesión quística y el estudio histológico tras la extirpación completa de la lesión estableció el diagnóstico de hidrocistoma apocrino.

Discusión

Presentamos dos casos de hidrocistomas apocrinos de presentación excepcional, tanto por su tamaño (superior a 7 cm) como por su localización (región lumbosacra), características que de forma conjunta no han sido descritas previamente en la literatura.

Palabras Clave
Enfermedad de las glándulas.
Tumor benigno.
Hidrocistoma.

POROCARCINOMA ECRINO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Irene García-Río, Victoria Almeida Llamas, Ana Martínez de Salinas, Amparo Viguri Díaz, Jose Javier Aguirre Anda*. Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital de Txagorritxu. Vitoria*

Introducción

El porocarcinoma ecrino es un tumor cutáneo maligno del acrosiringio cuya incidencia es excepcional y que fue descrito por primera vez por Pinkus y Mehregan en 1963. Los autores consideraron que la lesión primitiva se trataba de un poroma maligno basándose en la similitud de las células neoplásicas con las del conducto excretor ecrino.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 68 años con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia y obesidad. Consultó por presentar desde hacia 20 años una lesión asintomático en pierna izquierda. A la exploración se objetivó a nivel del borde externo del tobillo izquierdo una lesión tumoral excrecente y carnosa de 2 cm de diámetro. Se practicó la extirpación de la lesión cutánea cuyo estudio histológico fue de porocarcinoma ecrino desarrollado sobre un poroma. Se realizó el estudio de extensión que fue negativo.

Discusión

El porocarcinoma ecrino es un tumor cutáneo que deriva de las glándulas sudoríparas ecrinas, de crecimiento lento, localizado predominantemente en la extremidad inferior en personas de edad avanzada. En la mayoría de los casos aparece de novo, sin embargo

aproximadamente el 30-50% de los porocarcinomas descritos estaban asociados a un poroma preexistente, como en nuestro paciente.

Palabras clave
Porocarcinoma ecrino.
Poroma.

SARCOMA DE EWING CUTÁNEO

Ruiz-Carrillo Ramírez G, Aguado Gil L, Marquès Martín Laura, Navedo de las Heras M, Vera Arlegui I*, Arraiza Sarasa M**, Idoate Gastearena MA***, Gil Sánchez P, Sánchez-Carpintero I. Departamentos de Dermatología, Pediatría*, Radiología** y Anatomía Patológica***. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción

La familia de los tumores de Ewing incluye el sarcoma de Ewing (SE) óseo, el sarcoma de Ewing extraóseo y los tumores neuroectodérmicos periféricos primitivos, todos ellos con características inmunohisto-químicas, moleculares y pronósticas comunes. Los tumores primarios en la dermis son excepcionales.

Caso clínico

Niña de 9 años que consulta por presentar una lesión en el hombro derecho de unos 7 meses de evolución. Inicialmente la lesión tenía aspecto de hematoma y, posteriormente, tras experimentar un crecimiento progresivo, la familia decide consultar.

A la exploración se aprecia una lesión nodular, bien definida, con una coloración violácea en la superficie. Ecográficamente se aprecia una lesión hipervascular de 2 cms de diámetro, sugestiva de tumor maligno.

Se extirpa la lesión completamente.

Resultados

El diagnóstico histopatológico y molecular (FISH) es de SE cutáneo. Se transfiere a la paciente a Pediatría Oncológica que realiza estadiaje (PET y TAC), que resulta negativo. Actualmente está en tratamiento quimioterápico.

Discusión

Las formas cutáneas y subcutáneas de SE son muy infrecuentes. No existen series amplias, aunque parece que el pronóstico es mejor que el del resto de la familia, quizás debido al diagnóstico precoz o a una particular biología de estas formas clínicas.

Un planteamiento terapéutico adecuado sería la cirugía con márgenes libres o radioterapia si no es posible, y quimioterapia.

Conclusiones

Los SE forman parte del diagnóstico diferencial de los tumores de células pequeñas en la piel. El estudio histológico, inmunohisto-químico y citogénético lleva al diagnóstico.

Palabras Clave
Tumor maligno.

EXTENSIÓN CUTÁNEA DE LINFOMAS DE CÉLULAS B: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Marqués Martín L, Aguado Gil L, Ruiz-Carrillo Ramírez G, Navedo de las Heras M, Pretel Irazabal M, Panizo Santos C+, Idoate Gastearena MA, Garrastachu Zumarán P-, España Alonso A. Departamento de Dermatología. Departamento de Hematología+. Departamento de Anatomía Patológica*. Departamento de Medicina Nuclear-. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

Introducción

La piel puede ser un marcador de procesos internos, bien sea permitiendo su diagnóstico o el seguimiento de su curso clínico. Presentamos dos casos de linfomas no Hodgkin de tipo folicular en los que las manifestaciones cutáneas han sido la herramienta fundamental tanto para su diagnóstico como por su utilidad como marcador pronóstico.

Pacientes, material y métodos

El primer paciente de 63 años presentó como primer signo de su enfermedad lesiones nodulares eritematosas localizadas en línea media de cuero cabelludo. El segundo paciente era una mujer de 57 años diagnosticada de linfoma no Hodgkin folicular, en remisión completa después de diferentes líneas de tratamiento quimioterápico. Diez años después del diagnóstico, le aparecieron nódulos cutáneos violáceos e intensamente pruriginosos, en cara medial de muslo.

Resultados

En el primer caso, el estudio anatomopatológico mostró un linfoma no Hodgkin folicular. El TAC objetivó pequeñas adenopatías cervicales y supraclaviculares. Se inició tratamiento quimioterápico, alcanzando la remisión completa de su enfermedad ganglionar, a la vez que la mejoría de la afectación cutánea. En el segundo, a pesar de iniciar una nueva línea terapéutica, las

lesiones cutáneas no se resolvieron, por lo que se realizó una biopsia de las mismas, constatándose la transformación a linfoma difuso de células grandes B. Debido a la progresión de su enfermedad y a la miocardiopatía dilatada producida por antraciclinas, la paciente falleció.

Discusión

En el primer caso, las manifestaciones cutáneas y el estudio anatomopatológico de las mismas permitieron alcanzar el diagnóstico, debido a la ausencia de sintomatología sistémica, y obviando la necesidad de recurrir a una biopsia ganglionar. En el segundo caso, la afectación cutánea indicó la transformación a un linfoma de mayor agresividad, permitiendo entender el comportamiento maligno que presentaba un linfoma aparentemente de curso indolente.

Palabras clave
Tumor maligno.
Tratamiento sistémico.

METÁSTASIS DE MELANOMA CUTÁNEO DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

Miren Marquina Iñarrairaegui, María Eugenia Iglesias Zamora, Saturnino Napal Lecumberri, Alfredo Solchaga Martínez*, Marisa Gómez Dorronsoro**, Rosa Guarch Troyas***, Manuel Gállego Culleré. Servicios de Dermatología, Urología* y Anatomía Patológica** de Hospital de Navarra. Servicio de Anatomía Patológica*** del Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

Introducción

El melanoma maligno es una neoplasia de curso impredecible y con potencial capacidad metastática a cualquier órgano del cuerpo humano. Hasta una quinta parte de los pacientes acaba desarrollando metástasis, que suelen causar la muerte. En la actualidad es el responsable del 1-2% de muertes por cáncer al año.

Material y método

Presentamos el caso de 3 pacientes diagnosticados de melanoma maligno cutáneo que desarrollaron enfermedad metastásica diseminada con sintomatología clínica sugestiva de afectación del tracto genitourinario.

Resultados

En los 3 pacientes se confirmó la presencia de células tumorales melanocitarias en la vejiga urinaria.

Discusión

En el melanoma maligno cutáneo las localizaciones más frecuentes de metástasis incluyen área de piel adyacente, adenopatías locorregionales, pulmón, cerebro, hígado y huesos. La extensión tumoral a otras zonas anatómicas como vejiga urinaria, próstata e intestino delgado suelen ser hallazgos de las necropsias.

Conclusiones

Los estudios recientes apuntan a que el seguimiento de pacientes con melanoma debe basarse fundamentalmente en la anamnesis y exploración física, solicitando posteriormente los estudios de imagen en caso de detectar anomalías.

Dado que los Dermatólogos realizamos el seguimiento de estos casos, es muy importante que no pasemos por alto ningún sintoma sistémico que puedan presentar.

Palabras Clave
Melanoma.
Metástasis.
Vejiga.

METÁSTASIS CUTÁNEAS POR GLIOBLASTOMA MULTIFORME

Irati Allende Markixana, Mireya Lázaro Serrano, Susana Gomez Muga, Rosario Gonzalez Hermosa, Verónica Velasco Benito, Jose Luis Díaz Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

Introducción

El glioblastoma multiforme (GBM) es una neoplasia maligna intracraneal, muy agresiva. El primer caso de metástasis cutáneas por GBM fue reportado por Figueroa et al. en 2002. Desde entonces, han sido escasos los casos descritos en la literatura. Presentamos un caso de metástasis cutáneas por GBM.

Caso clínico

Varón de 54 años que es remitido desde las consultas de Oncología por lesiones nodulares indoloras en cuero cabelludo de progresivo aumento en número y tamaño. Como antecedente de interés presentaba un GBM extirpado dos años atrás y tratado posteriormente con radioterapia y quimioterapia. Se tomó biopsia de una de las lesiones cutáneas siendo la histología e inmunohistoquímica diagnósticas de metástasis cutánea por GBM.

Discusión

La mayoría de los tumores malignos pueden producir metástasis cutáneas que habitualmente marcan los eventos tardíos en el curso de una neoplasia maligna interna. La incidencia de metástasis a piel en pacientes con neoplasias de fondo es variada, estimándose en 1-10%.

El GBM es un tumor poco diferenciado que tiene su origen en el neuroepitelio y tiene la mayor tasa de mortalidad entre

todas las neoplasias primarias del sistema nervioso central. Sin embargo no tiene tendencia a invadir vasos por lo que las metástasis extracraneales de este tumor son extremadamente raras (<2%) y las metástasis cutáneas anecdóticas. Dada su naturaleza altamente maligna, es sorprendente que las metástasis de este tumor sean tan excepcionales. El mecanismo exacto de la propagación de glioblastoma extraneural no está del todo aclarado.

Palabras clave
Tumor maligno.
Diagnóstico.

ADIPONECROSIS SUBCUTÁNEA DEL RECIÉN NACIDO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

S. Pérez-Barrio, J. Montero Gato, A. Aguirre Unceta-Barrenechea*, A. Fernández de Larrinoa Santamaría**, R. Izu Belloso, JM Careaga Alzaga. Servicios de Dermatología, Pediatría* y Anatomía Patológica**. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya*

Introducción

La adiponecrosis subcutánea del recién nacido es una paniculitis infrecuente que afecta a neonatos en sus primeros días de vida y que se resuelve espontáneamente.

Caso clínico

Niña de 7 días de vida que ingresó en la Unidad Neonatal por presentar una placa eritemato-violácea de consistencia pétreo en espalda superior dolorosa al tacto, encontrándose afebril y con buen estado general. Como único antecedente de interés al nacimiento tuvo un APGAR de 7/8 y un pH de 6.88 que se recuperó en pocas horas sin ninguna complicación. Se tomó una biopsia confirmándose el diagnóstico de adiponecrosis subcutánea del recién nacido. La afectación cutánea se fue resolviendo progresivamente pero a las pocas semanas sufrió hipercalcemia.

Discusión

La adiponecrosis subcutánea o necrosis grasa del recién nacido se caracteriza por placas y nódulos normocoloreados o de aspecto violáceo en tronco, nalgas, piernas, brazos y mejillas. Se relaciona con factores fetales como hipoxia, aspiración de meconio o hipotermia y factores maternos como diabetes gestacional o preeclampsia entre otros. Histológicamente se observa una paniculitis lobulillar, con hendiduras en forma de aguja en los lipocitos y las células gigan-

tes. Generalmente se resuelve desde el punto de vista cutáneo sin complicaciones; sin embargo, puede cursar con hipercalcemia y otras alteraciones metabólicas. Ha de distinguirse de otras paniculitis, sobre todo del escleredema neonatorum, ya ésta última presenta una alta mortalidad.

Conclusiones

A pesar de ser una patología infrecuente, ha de tenerse en cuenta, ya que puede cursar con alteraciones metabólicas graves.

Palabras clave
Miscelánea

LACTANTE CON HIPERTRICOSIS LOCALIZADA EN REGION LUMBAR

Leyre Aguado Gil¹, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez², Laura Marqués Martín¹, María Navedo De las Heras¹, Miguel Angel Idoate Gastearena², Mainer Pretel Irazabal¹, María del Rosario Mercado Gutiérrez³, Pilar Gil Sánchez¹. *Departamentos de ¹Dermatología y ²Anatomía Patológica. Clínica Universitaria de Navarra. ³Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra*

Introducción

El hamartoma congénito de músculo liso es una rara lesión cutánea que se observa principalmente en el tronco o las extremidades como una mácula o placa de forma irregular, normocoloreada o levemente hiperpigmentada con folículos pilosos prominentes.

Caso clínico

Lactante de 4 meses que acude a consulta para valoración de lesión en región lumbar izquierda, presente desde el nacimiento. Inicialmente era aplanada y de color sonrosado, y progresivamente ha aumentado de tamaño, se ha abultado ligeramente, y ha aparecido vello en su superficie. El estudio histológico muestra una proliferación bien diferenciada de nidos de células musculares lisas en la dermis y de forma ocasional en la hipodermis.

Discusión

El diagnóstico diferencial del hamartoma congénito de músculo liso incluye el nevus melanocítico congénito, nevus de Becker, mastocitoma solitario, piloleiomioma, mancha café con leche y nevus del folículo piloso.

Conclusiones

El hamartoma de músculo liso es una entidad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de cualquier lesión

congénita que presente folículos pilosos en su superficie.

Palabras clave
Diagnóstico

UTILIDAD DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS CON PRODUCTOS PROPIOS. RESULTADOS EN NUESTRO SERVICIO (PERÍODO 2001-2008)

Ricardo González-Pérez, Itziar Arrue Mitxelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Elvira Acebo Mariñas, Lucía Carnero González, Ricardo Soloeita Arechavala. Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

Introducción

Diversos estudios han demostrado que añadir a las pruebas epicutáneas los productos propios aportados por los pacientes puede ser determinante para el diagnóstico preciso de una dermatitis de contacto.

Objetivos

Descripción de los resultados obtenidos al parchear los productos propios durante un período de 7 años, con el propósito de establecer la utilidad de emplear sistemáticamente estas sustancias.

Material y métodos

Desde Enero del 2001 a Junio del 2008 se han estudiado con pruebas epicutáneas a 1045 pacientes. A 334, además de la batería estándar del GEIDAC y baterías específicas, se les parcheó, cuando la historia clínica era orientativa, sus propios productos, principalmente cosméticos y medicamentos.

Resultados

En 104 pacientes de los 334 se observaron a las 96 horas respuestas positivas, considerándose en 34 pacientes irritativas (43 parches irritativos) y en 70 pacientes alérgicas (78 parches). Los productos propios que más respuestas alérgicas o fotoalérgicas desencadenaron fueron los medicamentos y los cosméticos. 41 pacientes hubieran sido erróneamente diagnosticados o falsamente negativos de no haber empleado los

productos propios y esto se observó especialmente en aquellos casos en los que estaban implicados cosméticos periorculares, hidratantes faciales y fotoprotectores

Conclusiones

Las pruebas epicutáneas con productos propios son una herramienta útil en el estudio de los pacientes con sospecha de una alergia de contacto, ya que permiten diagnosticar casos que de otro modo se perderían, especialmente cuando estudiamos pacientes con sospecha de alergia frente a fotoprotectores, cosméticos periorculares y cremas hidratantes faciales.

Palabras clave

Miscelánea.

Pruebas epicutáneas.

Productos propios.

DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO CAUSADA POR BRAZALETE DE MADERA

Susana Gómez, Libe Aspe, Belén Navajas, Izaskun Ocerin, Juan A. Ratón, Jose Luis Díaz Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Introducción

La dermatitis alérgica de contacto por la manipulación de objetos de madera fuera del ambiente laboral es muy poco frecuente. El agente causal más habitual, al igual que ocurre en los casos laborales, son las maderas exóticas.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 23 años de edad que presentó un eccema agudo de contacto en el antebrazo derecho después de llevar un brazalete de madera comprado en una tienda de una Gran Superficie local. Inicialmente el tipo de madera era desconocido; poniéndonos en contacto con el proveedor nos informaron que se trataba de *Dalbergia sissoo*, árbol originario del sur de Asia. El estudio epicutáneo realizado con serrín de dicha madera 10% vas. y el estudio negativo en 11 controles confirmó la naturaleza alérgica de la reacción.

Discusión

No hemos encontrado ningún otro caso de eccema alérgico de contacto por dicha madera, pero cada vez existe una mayor utilización de estas maderas exóticas en los países occidentales por lo que cabe esperar la aparición de nuevos casos en nuestro entorno.

Palabras clave

Dermatitis eczematosa.

FENOMENO DE "PHOTO RECALL" INDUCIDO POR EL DOCETAXEL

Izaskun Ocerin, Nerea Agesta, Bruno Blaya, Jose Luis Díaz Ramon, Jesús Gardeazabal, Jose Luis Díaz Perez. Servicio de Dermatología, Hospital de Cruces, Baracaldo. Vizcaya.

Introducción

El fenómeno de "photo recall" es un proceso poco frecuente que consiste en la reactivación de una quemadura solar ya curada tras la administración de algunos medicamentos.

Caso clínico

Mujer de 48 años diagnosticada de metástasis pleurales de carcinoma de mama en Octubre de 2008. Una semana después se va de vacaciones a Lanzarote. Durante su estancia allí, y tras exposición al sol, refiere la aparición de un eritema leve en la cara anterior del tronco que desaparece el 5^a día de vacaciones. Tres días después vuelve y se le administra una dosis de quimioterapia con Docetaxel y Bevacizumab. Al día siguiente acude a urgencias presentando una erupción eritematosa con algunas áreas ampollosas en las zonas de su cuerpo previamente afectadas por el eritema solar. Las lesiones van desapareciendo progresivamente a lo largo de dos semanas. Tres semanas después reinicia el tratamiento quimioterápico sin incidencias.

Discusión

El fenómeno de "photo recall" es una dermatopatía de causa poco esclarecida. El medicamento más frecuentemente implicado es el metotrexate. Sólo existe un caso en la literatura asociado a Docetaxel. No hemos encontrado casos relacionados con

la toma de Bevacizumab, por la que deducimos que le docetaxel es el agente causal de esta erupción en nuestra paciente.

Conclusión

Describimos un caso de fenómeno de photo recall secundario a Docetaxel con una sola referencia previa en la literatura.

Palabra clave
Reacción por fármacos

VITILIGO SECUNDARIO A GLIVEC®

A. Arechalde Pérez, P. Manrique Martínez, J.L. Artola Igarza, V. Morillo Montañés, I. Bilbao Badiola, A. Mariscal Polo. Sección de Dermatología. Hospital de Galdakao. Galdakao (Bizkaia)

Introducción

El imatinib mesilato (Glivec®) es un inhibidor de la tirosin quinasa que actúa sobre el oncogén bcr/abl en la leucemia mieloide crónica (LMC). Esta droga también inhibe al receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas y el factor de células madres c-kit. Sus efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos, diarreas, calambres musculares, edema (sobre todo periorbital) y mielosupresión. Un efecto secundario cutáneo es la hipopigmentación cutánea progresiva. Esta hipopigmentación parece ser reversible y dosis dependiente y no parece predecir la respuesta al tratamiento de las células leucémicas ni el resultado clínico.

Caso clínico

Mujer de 38 años en tratamiento con Glivec desde marzo del 2004 por una LMC cromosoma Philadelphia positiva con reordenamiento bcr/abl región génica p210 del tipo b3-a2. La dosis inicial de 400 mg/día permitió una respuesta completa citogenética pero, a los 5 meses de tratamiento, la persistencia de bcr/abl p210 en el estudio molecular en sangre periférica y médula ósea motivó el aumento de la dosis a 800 mg/día buscando la remisión molecular. Los efectos secundarios sufridos por la paciente han sido edemas, calambres, náuseas y vómitos. En mayo 2005 se realiza aféresis de progenitores de médula ósea para poder llevar a cabo un auto-transplante de mé-

dula ósea en caso necesario. Pocos meses después, la paciente señala la aparición de una hipopigmentación en la ingle derecha que coincide con la zona de pose del catéter de Hickman en vena femoral derecha. Esta hipopigmentación es progresiva, y se ha ido extendiendo hacia el abdomen hasta la línea media y hacia cadera dcha.

Comentario

Hasta el 2006, se han publicado 9 casos de hipopigmentación secundaria al tratamiento con imatinib mesilato, siendo 7 pacientes negros y 2 caucásicos. La mayoría de los casos presentan una hipopigmentación difusa y, algunos de éstos, además de la hipopigmentación, también presentan lesiones clínicamente compatibles con vitiligo.

Palabras Clave

Hipopigmentación.

Vitiligo.

Imatinib mesilato.

HIPERQUERATOSIS FOLICULAR Y PARAFOLICULAR CAUSADO POR SORAFENIB EN PACIENTE CON HEPATOCARCINOMA

Martínez de Salinas Quintana A¹, Almeida Llamas V¹, García Río I¹, Viguri Díaz A², Azueta Echebarria A², Arrieta Garmendia JM³. Servicio de Dermatología¹, Anatomía Patológica², Oncología³. Hospital Txagorritxu. Vitoria

Introducción

El sorafenib es un nuevo inhibidor multikinasa aprobado recientemente para el tratamiento del carcinoma renal metastático y hepatocarcinoma. Los efectos secundarios cutáneos son muy frecuentes (90%).

Caso clínico

Paciente varón de 42 años con antecedentes de hepatopatía crónica de origen enólico en seguimiento. En octubre de 2008 es diagnosticado de un hepatocarcinoma multicéntrico iniciando tratamiento con Nexavar® (Sorafenib). El paciente refiere la aparición progresiva tras 2 meses de tratamiento de lesiones cutáneas en brazos y piernas, la mayoría asintomáticas, siendo algunas dolorosas. A la exploración presenta lesiones en forma de placa con borde circinado queratósico y lesiones papulosas ocupadas en el centro por un tapón queratósico. En la biopsia se aprecia una hiperqueratosis paraqueratósica parcheada afectando tanto al epitelio folicular como parafolicular formando en ocasiones invaginaciones epidérmicas y tapones queratósicos a nivel del folículo.

Se diagnostica de trastorno de la queratinización Kyrle-like (Hiperqueratosis folicular y parafolicular) secundario al tratamiento con sorafenib.

Conclusión

Repasamos los efectos secundarios

cutáneos causados por el sorafenib. Aportamos uno nuevo, descrito recientemente, que consiste en un trastorno de la queratinización debido a la acción del sorafenib.

Palabras clave

Reacción por fármacos

REACCIÓN GRANULOMATOSA TRAS VACUNACIÓN CON BCG.

Izaskun Trébol Urra, Ricardo González Pérez, Itziar Arrue Michelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Leire Etxegarai Gamboa y Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.*

Introducción

El Bacillus Calmette Guerin (BCG) es una cepa de Mycobacterium bovis modificada para producir inmunidad frente a la tuberculosis. La vacuna BCG se prepara con bacterias vivas atenuadas a partir de esa cepa y se administra mediante inyección intradérmica. La OMS recomienda la vacunación en niños, en comunidades con alta prevalencia de tuberculosis. En el País Vasco la vacunación con BCG está incluida en el calendario vacunal infantil.

Caso clínico

Niña de 6 meses de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que acudió a nuestras consultas por aparición de una lesión nodular de 1cm de diámetro en costado izquierdo, tres meses después de la vacunación con BCG. No presentaba fiebre ni otra clínica sistémica. Se realizó biopsia cutánea con resultado de inflamación crónica granulomatosa necrotizante. No se encontraron bacilos ácido alcohol resistentes y el cultivo fue negativo para micobacterias.

Discusión

La vacunación con BCG se realiza de forma rutinaria en todo el mundo y se considera muy segura en pacientes inmunocompetentes. Entre las complicaciones locales más frecuentes se incluyen eritema, abscesos, ulceración, formación de ampo-

llas y queloides, las cuales en su mayoría se resuelven sin secuelas. Las reacciones granulomatosas son muy raras y también se han visto en pacientes con melanoma y otras neoplasias que han recibido tratamiento con BCG. Con frecuencia los cultivos son negativos y no se encuentran bacilos ácido alcohol resistentes en las biopsias. En los casos extensos se recomienda realizar tratamiento con cirugía, claritromicina o fármacos antituberculosos.

Palabras clave
Reacción por fármacos.
Granuloma.
BCG.

REACCIÓN GRANULOMATOSA A CUERPO EXTRAÑO POR ÁCIDO HIALURÓNICO

A.Jaka, C.López-Obregón, M.López-Nuñez, A.Tuneu, S.Vildosola, C.Lobo. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*.*

Introducción

El ácido hialurónico (AH), es un polisacárido de la matriz extracelular, presente en todas las especies animales, cuyo uso como material de relleno facial se ha extendido en el campo de la cirugía estética. A pesar de ser un implante reabsorbible, con longitud media de 6 meses, y con poca capacidad inmunogénica, se han descrito casos de reacciones granulomatosas a cuerpo extraño.

Presentamos un caso de reacción granulomatosa por cuerpo extraño a nivel de implantes de ácido hialurónico (Restylane) en labios.

Caso clínico

Mujer de 75 años, en seguimiento en nuestra consulta por daño actínico grave. En los controles nos va llamando la atención una forma especial de los labios, sobre todo el inferior, que la paciente dice que es de toda la vida. Ante la insistencia de nuestras preguntas, comenta que unos 2 años antes le realizaron implantes con AH en los labios. A la exploración presentaba un engrosamiento irregular de los labios, especialmente del lado inferior izquierdo. Ante la sospecha de lesión granulomatosa se practicó una escisión-biopsia en la que se objetivaron múltiples nódulos irregulares agrupados, a nivel de dermis y tejido celular subcutáneo. El estudio histológico mostró múltiples granulomas a cuerpo extraño

(material basófilo).

Discusión

En una revisión de 16 casos de reacción granulomatosa por AH, el 11% presentó una elevación de la enzima convertidora de angiotensina, aunque posteriormente ninguno fue diagnosticado de sarcoidosis. La mayoría remitieron con tratamiento esteroideo, antibiótico o tras excisión.

Por otro lado, se ha descrito un paciente diagnosticado de sarcoidosis tras presentar reacción granulomatosa en labios por inyección de AH.

En la actualidad la poca capacidad inmunogénica del AH es motivo de discusión, por lo que se ha planteado hacer un test intradérmico previo a las infiltraciones.

Dado su uso cada vez más frecuente, es previsible que en el futuro veamos más casos similares.

Palabras clave

Reacción por fármacos.

Ácido hialurónico.

Rellenos faciales.

Granulomas por cuerpo extraño.

ERUPCIÓN LIQUENOIDE EN PACIENTE CON ANTICUERPOS ANTI-RO POSITIVOS.

Navedo de las Heras M, Aguado Gil L, Ruiz-Carrillo Ramírez G, Marquès Martín L, Pretel Irazabal M, Ornila Laraudogoitia E, Idoate Gastearena MA+, España Alonso A. Departamentos de Dermatología, Reumatología* y Anatomía Patológica+. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

Introducción

Las reacciones cutáneas adversas a medicamentos son frecuentes. La mayor parte de estas reacciones son leves, sin embargo también aparecen reacciones graves y potencialmente mortales.

Caso clínico

Mujer de 36 años sin antecedentes personales de interés. Acude a nuestra consulta por lesiones cutáneas eritematosas con descamación central y muy pruriginosas distribuidas por toda la superficie corporal de tres meses de evolución. Ningún otro síntoma acompañante. Aportaba analítica con anticuerpos anti-Ro positivos, ANA negativos. En ese momento tomaba Dacortín 70 mg, Dolquine 400 mg y Atarax y se aplicaba Clovate como tratamiento que le habían pautado en otro centro, por cuadro compatible con lupus subagudo. La biopsia que le habían realizado no era concluyente. A pesar del tratamiento con dosis cada vez mayores de corticoides y antipalúdicos, la paciente empeoraba progresivamente con mayor extensión de las lesiones. Realizamos biopsia con resultado de dermatitis de interfase de tipo liquenoide. La inmunofluorescencia directa fue negativa. Retiramos hidroxicloroquina considerándola causante de su cuadro cutáneo y comenzamos pauta descendente de corticoides. La paciente mejoró espectacularmente llegando a suspender toda la medicación.

Discusión

Las erupciones liquenoides pueden ocurrir por gran variedad de fármacos. Los antimaláricos son un grupo implicado con frecuencia. Suelen ocurrir después de un periodo de latencia de varios meses. Las lesiones se resuelven en un plazo variable de tiempo después de la interrupción del fármaco causante.

Conclusiones

Las erupciones medicamentosas pueden simular la expresión morfológica de prácticamente cualquier cuadro dermatológico y deben ser la primera consideración en el diagnóstico diferencial ante una mala evolución de un cuadro aparentemente tratado correctamente y lesiones cutáneas compatibles.

Palabras clave
Dermatitis liquenoide.
Reacción por fármacos.

LIQUEN PLANO ULCERATIVO INTERGLÚTEO

Lucía Carnero González, Ricardo González-Pérez, Itziar Arrue Michelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, María Concepción Montís Palos, Leire Etxegarai Ganboa, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.*

Introducción

El liquen plano ulcerativo es una enfermedad cutánea crónica, de causa desconocida, que afecta principalmente a las plantas de los pies. Esta variante clínica de liquen plano es rara, y cuando se presenta suele ser de evolución crónica recurrente y resistente a los tratamientos.

Caso clínico

Varón de 79 años de edad que consultaba por una úlcera interglútea asintomática de 25 años de evolución. No presentaba lesiones a otros niveles ni en mucosa oral o genital. Los cultivos fueron negativos y las biopsias cutáneas realizadas del borde y del fondo de la úlcera inespecíficas. Revisando la historia clínica recuperamos una biopsia que se le había realizado al paciente en 1995, que nos dio el diagnóstico de liquen plano.

Discusión

La afectación interglútea por un liquen plano ulcerativo es excepcional. En estos casos será preciso establecer un diagnóstico diferencial con múltiples entidades, tanto de naturaleza infecciosa como tumoral o inflamatoria (enfermedad de Crohn, etc.).

Destacamos en nuestro caso la cronicidad de la lesión (más de 25 años), así como su presentación en forma de lesión única localizada en el pliegue interglúteo.

Palabras clave
Dermatitis liquenoide.

LINFEDEMA CON INFILTRADO GRANULOMATOSO SARCOIDEO INTRA Y EXTRAVASCULAR "LINFANGITIS GRANULOMATOSA DE PENE Y ESCROTO".

Almeida Llamas V*, Martínez de Salinas Quintana A*, Gracia Rio I*, Azueta Echeberria A**, Ortiz Barredo E** y Viguri Díaz A**. Servicios de Dermatología * y Anatomía Patológica **. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Introducción

La linfangitis granulomatosa de los genitales externos es una causa poco frecuente de linfedema genital que precisa descartar procesos sistémicos granulomatosos y otras posibles causas desencadenantes.

Caso clínico

Varón de 52 años antecedentes de I.A.M., HTAe, hiperlipidemia en tratamiento con Zaracor, Enalapril y AAS. Operado de fistula anal hace 4 años.

Consulta por edema en pene y escroto desde hace 1 año, que le dificulta las relaciones sexuales. Clínicamente observamos placas amarillentas salpicadas a lo largo del pene con edema en pene y escroto. No presenta otras alteraciones cutáneas.

En la histología destaca: Edema dérmico, linfangiectasias e infiltrado granulomatoso sarcoideo intra y extravascular.

Practicadas pruebas de laboratorio completas y exploraciones complementarias (Rx tórax, TAC abdominal-pélvico, RMN de pelvis, colonoscopia, biopsia intestinal no se evidencian otras enfermedades. El proceso mejora notablemente con corticoides tópicos de alta potencia.

Discusión

La linfangitis granulomatosa de pene y escroto es un proceso raro, idiopático, adquirido, de etiología desconocida que precisa estudio sistémico que excluyen causas

desencadenantes y otros procesos granulomatosos como la E. de Crohn y la sarcoidosis. Su clínica y histología característica definen la entidad, considerada por diferentes autores como una variante localizada de E. de Crohn y por otros, como proceso equivalente en los genitales a la granulomatosis oro-facial (S. de Melkersson-Rosenthal).

Palabra clave
Diagnóstico

LESIONES ANULARES EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN

C.López-Obregón, M.López-Nuñez, A.Jaka, J.Zubizarreta, A.Tuneu, P.Eguino, A.López-Pestaña, C.Lobo*. *Dermatología y Anatomía Patológica**. Hospital Dornostia.

Introducción

El síndrome de Sjögren o síndrome seco es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente a las glándulas secretoras. Aunque la manifestación cutánea más frecuente es la xerosis, que se manifiesta comúnmente con prurito, se ha descrito la aparición de placas induradas, eritematosas, anulares, como las del lupus cutáneo subagudo, principalmente en pacientes japoneses con síndrome de Sjögren.

Caso clínico

Mujer de 68 años que debutó con lesiones eritemato-edematosas con áreas hiperqueratósicas y morfología anular en agosto del 2002. Se localizaban principalmente a nivel del mentón, ramas mandibulares y borde libre de ambos pabellones auriculares. Además presentaba múltiples placas de 2-4 cm de diámetro en superficie de extensión de brazos y 1/3 superior de espalda y escote. En la biopsia cutánea se evidenció una epidermis atrófica, con hiperqueratosis y marcada degeneración licuefactiva de la basal y un denso infiltrado linfocitario en dermis de localización perivascular. Con técnica del hierro coloidal se observó abundante depósito de mucina en dermis. La inmunofluorescencia fue negativa.

Discusión

En 1989 Teramoto y cols presentaron cuatro pacientes afectos de síndrome de

Sjögren con lesiones anulares donuts-like en áreas fotoexpuestas.

En 1991 Ruzicka y cols, presentaron el caso de un paciente asiático diagnosticado de un síndrome de Sjögren con lesiones de eritema anular tras cuyo estudio fue diagnosticado de un lupus eritematoso sistémico. Se propuso la teoría de que el eritema anular asociado al síndrome de Sjögren pueda representar un subtipo dentro del espectro del lupus eritematoso cutáneo.

Los pacientes con síndrome de superposición Sjögren/lupus eritematoso sistémico representan un reto diagnóstico. De hecho, algunos autores defienden que se trata de un subtipo dentro del lupus eritematoso cutáneo subagudo, mientras que otros creen que este síndrome constituye una nueva entidad.

Palabras clave
Síndrome de Sjögren.
Lupus eritematoso subagudo.
Eritema anular.