

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



San Sebastián · 19 de noviembre de 2011



**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

San Sebastián, 19 de noviembre de 2011

Salón de Actos del Hospital Donostia.
Donostia-San Sebastián

PROGRAMA

10:15 horas. Entrega de documentación.
10:30 horas. Comunicaciones libres. Moderadores: Ane Jaka y Begoña Aseginolatz.

pág.

- 9 ■ **LA DERMATITIS SHIITAKE**
Irene García-Río, Victoria Almeida Llamas, Marc Julia Manresa, María del Carmen Fraile Alonso, Ana Martínez de Salinas, Amparo Viguri Díaz*. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Álava.**
- 10 ■ **MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS**
Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, María Navedo de las Heras, Ana Giménez de Azcárate Trivez, M^a Isabel Irarrazabal Armendáriz, Agustín España Alonso. **Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.**
- 11 ■ **INFECCIÓN CUTÁNEA POR FUSARIUM EN PACIENTES HEMATOLOGICOS. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.**
Cristina Gómez Bringas, Xavier Eizaguirre Uriarte, Iratí Allende Markixana, Olatz Lasa Elgezua, Belén Navajas Pinedo, Nerea Agesta Sanchez. **Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Cruces, Barakaldo. Vizcaya.**
- 12 ■ **EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME: DESCRIPCIÓN DE UN CASO**
M^a Concepción Montis Palos, Izaskun Trébol Urra, Libe Aspe Unanue, Ricardo González Pérez, Julia de Diego Ribas*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago. Vitoria.**
- 13 ■ **POROCARCINOMA IN SITU Y FENÓMENO DE BORST-JADASSOHN**
María López Núñez*, M^a Asunción Arregui Murua**, Iñaki Arias-Camisión***, Ane Jaka Moreno**, Nerea Ormaechea* Pérez**, Hernán Andrés Borja Consigliere**. **Dermatología Ambulatorio Tolosaldea*, Sección de Dermatología Hospital Donostia**, Servicio de Anatomía Patológica Clínica La Asunción-Tolosa***.**
- 14 ■ **XANTOGRANULOMA JUVENIL GIGANTE**
R. Santesteban Muruzábal*, J. Mitxelena Ezeiza*, B. Bonaut Iriarte*, M. Hervella Garcés*, A. Córdoba Iturriagagoitia**, I. Yanguas Bayona* **Servicios de Dermatología* y Anatomía Patológica**. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.**
- 15 ■ **NEUROFIBROMA DIFUSO**
Izaskun Trébol Urra, María Concepción Montis Palos, Sofía Goula Fernández, Lucía Sánchez Martínez, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Palmira Malo Díez*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago. Vitoria.**
- 16 ■ **NECROBIOSIS LIPOÍDICA MICOSIS FUNGOIDE-LIKE**
R. Izu Belloso, I. Martínez de Lizarduy, M. Lázaro Serrano, A. Sanchez Díez, L. Blanch Rius, A. Fernandez de Larrinoa*, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital de Basurto. Bilbao.**
- 17 ■ **LINFOMA B INTRAVASCULAR: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**
Ane Jaka Moreno, Nerea Ormaechea Pérez, María López-Núñez, Arantxa López-Pestaña, José Zubizarreta Salvador y Anna Tuneu Valls. **Servicio de Dermatología del Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.**

18 ■ **TRATAMIENTO DE ANGIOFIBROMAS CON RAPAMICINA**

Marta Mendieta Eckert, Jose Luis Díaz Ramón, Salomé Álvarez Sánchez, Marta Ballesterio Díez, Ramón Adrián De Quintana Sancho, María Rosario González Hermosa. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Cruces (Barakaldo). Vizcaya.**

19 ■ **CIRUGÍA DEL PABELLÓN AURICULAR EN TUMORES INFILTRANTES**

M^a Eugenia Iglesias Zamora, Amaia Larumbe Irurzun, Raquel Santesteban Muruzabal, Berta Bonaut Iriarte, Rosa Vives Nadal, Juan Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

20 ■ **DOS CASOS DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED CRÓNICA (EICHc) ESCLERODERMIFORME.**

M^a Luisa Zubiri Ara*, M^a Pilar Giraldo Castellano**, Milagros Sánchez Hernández*, Rosa García Felipe*, Rosa Baldellou Lasierra*, Carlos Hördnler Argarate***, José Pac Sa***. **Servicios de Dermatología*, Hematología** y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.**

21 ■ **PSEUDOPORFIRIA INDUCIDA POR MESILATO DE IMATINIB**

Nerea Ormaechea Pérez, Hernán Andrés Borja Consigliere, Susana Vildósola Esturo, Carmen Lobo Morán*, M^a Asunción Arregui Murua, Begoña Aseginolatz Zabaleta. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián.**

12:00 horas. Café-descanso.

12:30 horas. Conferencia del experto.

COACH Y SALUD.

Dra. Neus Salvatella. Dermatóloga. Vilanova i la Geltrú.

Máster en Coaching por la Universidad de Barcelona.

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. Ruegos y preguntas.

14:00 horas. Comida de trabajo.

16:00 horas. Comunicaciones libres. Moderadores: Susana Vildósola y M^a Asunción Arregui.

22 ■ **EDEMA PALPEBRAL Y MACULAS ERITEMATOSAS MIGRATORIAS COMO CLAVES DIAGNOSTICAS DE TRAPS (TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR ASSOCIATED PERIODIC SYNDROME)**

Leyre Aguado Gil, Maider Pretel Irazabal, María Navedo de las Heras, Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Irarrazaval Armendariz, Ana Giménez de Azcarate Trivez. **Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

23 ■ **LIQUEN PLANO PIGMENTOSO INVERSO**

Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero del Mazo, Goretti Lacruz Ausín, Sonia de la Fuente Meira, Mariano Ara Martín, M^a Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.**

24 ■ **ERUPCIÓN AGUDA DISEMINADA DE PLACAS CON REFUERZO PERIFOLICULAR Y ALOPECIA EN MUJER PREPÚBER**

María del Carmen Fraile Alonso, Marc Julià Manresa, M. Victoria Almeida Llamas, Irene García Río,

Ana M. Martínez de Salinas Quintana, Amparo Viguri Díaz*. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.**

25 ■ **QUERATOSIS LIQUENOIDE CRÓNICA DE MÁS DE 50 AÑOS DE EVOLUCIÓN ASOCIADA A SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO**

Raquel Conejero del Mazo, Ignacio Rivera Fuertes, Sonia de la Fuente Meira, Ignacio Querol Nasarre*, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. *Universidad de Zaragoza.**

26 ■ **PANICULITIS LÚPICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA.**

Josune Mitxelena Ezeiza*, Raquel Santesteban Muruzabal*, Berta Bonaut Iriarte*, Alicia Córdoba Iturriagoitia**, Concepción Llanos Chavarrí**, Ana Martínez-Peñuela Marco**, Ignacio Yanguas Bayona*. **Servicios de Dermatología* y Anatomía Patológica**. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.**

27 ■ **DERMATOSIS EROSIVA Y PUSTULOSA DEL CUERO CABELLUDO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

Maider Pretel Irazabal*, Leyre Aguado Gil*, María Navedo de las Heras*, Miguel Lera Imbuluzqueta*, Ana Leache Resano**, María Jesús Serna Pérez**, Miguel Ángel Idoate Gastearena***. **Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica*** de la Clínica Universidad de Navarra*. Clínica Dermatológica Privada**. Pamplona.**

28 ■ **MEJILLA ROJA**

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

29 ■ **VASCULITIS DEL GOLFISTA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS.**

Hernán Borja Consigliere, Anna Tuneu Valls, Susana Vildósola Esturo, Carmen Lobo Morán*, Elena Del Alcazar Viladomiu, Begoña Aseginolatz Zabaleta. **Servicio de Dermatología. Servicio Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián.**

30 ■ **PLACA ALOPÉCICA EN CUERO CABELLUDO EN NIÑA DE 12 MESES**

Susana Gómez Muga*, Belén Navajas Pinedo*, Izaskun Ocerin Guerra*, Iratí Allende Markixana*, Iñaki Escudero Martínez**. **Servicio de Dermatología*. Servicio de Radiodiagnóstico**. Hospital Clínico Universitario de Cruces.**

31 ■ **TINEA CAPITIS EN MUJER ADULTA**

S Pérez Barrio, J Sánchez Lafuente*, G Ezpeleta Lobato*, R Izu Beloso, I Martínez de Lizarduy, M Zaldúa Arrese, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología y Microbiología*. Hospital de Basurto. Bilbao.**

32 ■ **LEISHMANIASIS CUTÁNEA POR LEISHMANIA BRAZILIENSIS**

Sofía Goula Fernández, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Itziar Arrue Mitxelena, Nerea Vidaurrezaga Olivares*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica* del Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.**

33 ■ **INFECCIÓN ESPOROTRICOIDE EN UN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO**

M. Julià Manresa*, V. Almeida Llamas*, I. García-Río1, MC Fraile Alonso*, M. Ibarrola Hierro**, R. Calderón Ramírez***, V. A. Viguri Díaz****. **Servicio de Dermatología*, Medicina Interna**, Digestivo*** y Anatomía Patológica****. Hospital de Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava.**

34 ■ **PICADURAS DE CARABELA PORTUGUESA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

Elena del Alcázar Viladomiu, Jose Zubizarreta Salvador, Arantxa López Pestaña, Anna Tuneu Valls, Ane Jaka Moreno, María López Núñez. **Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia.**

35 ■ **SÍNDROME DE LEGIUS**

Valentín de Benito Rica, Elvira Acebo Mariñas, Juan Antonio Ratón Nieto, Nerea Agesta Sánchez, Andrés Palacios Abuffón, Marta Ballesterio Díez. **Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.**

36 ■ **TEJIDO CUTANEO COMO FUENTE DE CÉLULAS MADRE MULTIPOTENTES CON ALTA PLASTICIDAD**

Alberto Gorrochategui Barrueta, Alejandra Álvarez Junquera, Cristina Díaz Asensio, María de los Angeles Martínez de Pancorbo Gómez. **Clinica Dermatológica Ercilla. Grupo Consolidado de Investigación BIOMICS. SGiker (UPV/EHU).**

37 ■ **PÉNFIGO VEGETANTE CON AFECTACIÓN EXTRAFLEXURAL**

Sonia de la Fuente Meira, Goretti Lacruz Ausín, Raquel Conejero del Mazo, Ignacio Rivera Fuertes, María Antonia Concellón Doñate, María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**

38 ■ **QUEMADURAS POR ÁCIDO SULFÚRICO CONTENIDO EN UNA CREMA CONTRA LA PSORIASIS**

Lucía Sánchez Martínez, Lucía Carnero González, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Libe Aspe Unanue, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.**

39 ■ **COMPLICACIONES LOCALES TRAS INYECCIÓN SUBCUTÁNEA DE INTERFERON-beta1b EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS**

Goretti Lacruz Ausín, Sonia de la Fuente Meira, Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero del Mazo, María Pilar Grasa Jordán, Mariano Ara Martín, Francisco José Carapeto. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**

40 ■ **DERMATITIS DE RECUERDO SECUNDARIA A LA ADMINISTRACIÓN DE GLICOFOSFOPEPTICAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO CON IMIQUIMOD.**

Felicia Berroa Rodríguez*, Pilar Gil Sánchez, María Navedo, Miguel Lera, Miguel Angel Idoate**. **Departamento de Dermatología. *Departamento de Alergología. **Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra.**

41 ■ **RAZONES A FAVOR Y EN CONTRA DEL USO DEL TRUE TEST® EN LAS PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO.**

Marcos Hervella Garcés, Mónica Larrea García, Raquel Santesteban Muruzábal, Iosune Mitxelena Eceiza, Ana Valcayo Peñalba, Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

42 ■ **FITOFOTODERMATITIS POR RUTA GRAVEOLENS**

M. Lázaro Serrano, A. Sánchez Díez, S. Pérez Barrio, MJ. Calderón Gutiérrez, L. Blanch Rius, C. Sanz de Galdeano, JM. Careaga Alzaga. **Servicio de Dermatología. Hospital de Basurto. Bilbao**

43 ■ **CONOCIMIENTO Y PRACTICA CLÍNICA DE LA PSICODERMATOLOGÍA EN LOS DERMATÓLOGOS DE LA SECCIÓN VNAR DE LA AEDV.**

S.E. Marrón, L. Tomás.

LA DERMATITIS SHIITAKE

Irene García-Río, Victoria Almeida Llamas, Marc Julia Manresa, María del Carmen Fraile Alonso, Ana Martínez de Salinas, Amparo Viguri Díaz*. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Álava. España**

Introducción.

La dermatosis flagelada o dermatosis por shiitake fue descrita por primera vez en 1977 en Japón por Nakamura, y se desarrolla tras la ingesta de setas shiitake poco cocinadas o crudas en determinadas personas. Presentamos el caso de un varón que acudió con una erupción flagelada.

Caso clínico.

Varón de 38 años, sin antecedentes de interés, remitido desde urgencias por erupción muy pruriginosa de 3 días de evolución. A la exploración presentaba maculoplasmas eritematosos lineales eczematosos distribuidos por tronco y miembros. El paciente negaba el contacto con plantas y la fotoexposición. Tras un interrogatorio dirigido, reconoció haber comido unos días antes unas setas en un restaurante chino. Se pautó tratamiento con corticoides y antihistamínicos orales, con mejoría progresiva del cuadro cutáneo.

Discusión.

Las setas del género shiitake (*Lentinula edodes*) es un hongo muy utilizado en las gastronomías chinas y japonesas, aunque cada vez es más frecuente encontrarlas en los mercados occidentales. Esta dermatitis es muy característica por la presencia de pápulas, placas o vesículas muy pruriginosas diseminadas que adoptan una disposición lineal o flagelada. La erupción aparece

a las 24-48h tras ingerir shiitake crudo o poco cocinado, y es autolimitada. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Aunque el polisacárido "lentinan" de las setas se ha considerado causante de las manifestaciones cutáneas, la patogenia no se conoce con exactitud.

Palabras clave.
Dermatitis eczematosa. Miscelánea.

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, María Navedo de las Heras, Ana Giménez de Azcárate Trivez, M^a Isabel Irarrazabal Armendáriz, Agustín España Alonso. Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción.

Las micobacterias atípicas son un grupo heterogéneo de bacterias, que raramente causan infecciones en la piel. La incidencia de infecciones cutáneas por este grupo de micobacterias se ha incrementado en los últimos años, debido principalmente al aumento de la prevalencia del uso de tratamientos inmunosupresores así como del empleo de nuevos procedimientos dermatológicos.

Caso clínico.

Varón de 61 años, con antecedente de enfermedad de Crohn, en tratamiento inmunosupresor con mercaptopurina y metilprednisolona, que consulta por presentar una placa eritematosa, dolorosa, en pierna derecha, de 6 meses de evolución.

El paciente había sido tratado con ciprofloxacino y amoxicilina-clavulánico ante la sospecha de una celulitis, sin evidenciar mejoría.

Ante la mala evolución del cuadro y la poca rentabilidad de la primera biopsia, se repitieron nuevas biopsias que se enviaron para cultivo bacteriológico, micológico y de micobacterias. Ante la negatividad de estos, y la sospecha de una posible infección por micobacterias se procedió a procesar la muestra para estudio con PCR, que detectó DNA de *Mycobacterium peregrinum*.

Tres meses después de comenzar tratamiento con claritromicina 500mg cada

12 horas y trimetoprim/sulfometoxazol 800/160 mg cada 8 horas, la lesión había desaparecido, quedando únicamente una cicatriz residual.

Discusión.

Mycobacterium peregrinum está incluido en el Complejo *Mycobacterium fortuitum*, un miembro del grupo de micobacterias atípicas, microorganismos muy ubicuos en nuestro medio.

Existen sólo 10 casos descritos de infección cutánea por *M. peregrinum*, siendo el caso presentado, el único que asocia un antecedente de inmunosupresión previa.

Para el diagnóstico de infección por micobacterias atípicas, tan importante es una sospecha clínica orientativa, como la correcta realización de las pruebas microbiológicas adecuadas.

Palabras clave.
Infección bacteriana. Diagnóstico.

INFECCIÓN CUTÁNEA POR FUSARIUM EN PACIENTES HEMATOLOGICOS. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.

Cristina Gómez Bringas, Xavier Eizaguirre Uriarte, Iratí Allende Markixana, Olatz Lasa Elgezua, Belén Navajas Pinedo, Nerea Agesta Sanchez. Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya

Introducción.

Los pacientes con enfermedades hematológicas que comportan inmunosupresión severa tienen un riesgo importante de presentar infecciones oportunistas por hongos. La especie *Fusarium* puede causar infecciones cutáneas locales o infecciones diseminadas con afectación multiorgánica y también cutánea.

Métodos.

Caso 1: Paciente varón de 15 años, diagnosticado de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) M5 de alto riesgo en septiembre de 2010 y que había presentado recaída en abril de 2011. En julio de ese mismo año y tras el segundo ciclo de quimioterapia de rescate, presenta fiebre prolongada, apareciendo lesiones cutáneas dolorosas en pie derecho y mano izquierda. Se realiza biopsia urgente, observándose estructuras en forma de hifas, que en posterior cultivo, fueron identificadas como *Fusarium Dimerum*.

Caso 2: Paciente varón de 29 años, diagnosticado en marzo de 2010 de LMA M2 que en el periodo de recuperación de la quimioterapia de reinducción, presenta fiebre junto a aparición de múltiples nódulos subcutáneos de color violáceo, realizándose biopsia con presencia de hongos filamentosos, que en posterior cultivo se identifican como *Fusarium Solani*.

Conclusiones.

Presentamos dos casos de Fusariosis diseminada con afectación cutánea en pacientes hematológicos. Los hallazgos histológicos orientaron de forma precoz al diagnóstico de micosis, pudiendo modificar el tratamiento antiinfeccioso hasta poder identificar el hongo responsable mediante cultivos microbiológicos.

Palabras clave.
Infección fúngica.

EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M^a Concepción Montis Palos, Izaskun Trébol Urra, Libe Aspe Unanue, Ricardo González Pérez, Julia de Diego Ribas*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago. Vitoria.

Introducción.

La epidermodisplasia verruciforme (EV) es una enfermedad genética o adquirida, poco frecuente, caracterizada por la aparición de verrugas planas y de lesiones similares a la pitiriasis versicolor asociadas a la infección por el virus del papiloma humano (VPH).

Caso clínico.

Varón de 28 años, VIH negativo y sin antecedentes de interés que consultó por lesiones de años de evolución y extensión progresiva localizadas en tronco y extremidades. En la exploración física destacaban dos tipos de lesiones, unas maculares hipopigmentadas con descamación superficial en tronco y extremidades simulando una pitiriasis versicolor, y otras verrucosas, eritematosas en dorso de manos y antebrazos. Había realizado tratamiento con antifúngicos tópicos y orales sin obtener respuesta. La biopsia de una de las lesiones reveló una hiperplasia epidérmica compatible con EV identificándose cepas del VPH tipo 8. En el momento actual el paciente se halla en tratamiento con acitretino oral.

Discusión.

La EV es un trastorno genético autosómico recesivo, aunque también se ha descrito una forma adquirida en estados de inmunosupresión. Podría deberse a un defecto en la inmunidad celular que predis-

pondría a la infección por el VPH. Hasta un 50% de los pacientes desarrolla carcinomas epidermoides en la edad adulta, en zonas fotoexpuestas. Las lesiones suelen ser resistentes a los tratamientos convencionales aunque recientemente se ha descrito la eficacia del acitretino y el interferon gamma.

Palabras clave.
Genodermatosis. Infección vírica.

POROCARCINOMA IN SITU Y FENÓMENO DE BORST-JADASSOHN

María López Núñez*, M^a Asunción Arregui Murua**, Iñaki Arias-Camisón***, Ane Jaka Moreno**, Nerea Ormaechea Pérez**, Hernán Andrés Borja Consigliere**. Dermatología Ambulatorio Tolosaldea*, Sección de Dermatología Hospital Donostia**, Servicio de Anatomía Patológica Clínica La Asunción-Tolosa***.

Introducción.

El porocarcinoma ecrino es una neoplasia anexial maligna infrecuente. Aportamos el caso de una paciente que presentó un porocarcinoma in situ y una queratosis seborreica clonal, y discutimos la posible inclusión de ambos dentro del fenómeno de Borst-Jadassohn.

Caso clínico.

Mujer de 53 años remitida por una placa eritematosa de 1 cm en abdomen, de 2 meses de evolución, y otra placa marroñácea de 1,5 cm en muslo de años de evolución. El estudio histológico demostró un porocarcinoma in situ en la lesión del abdomen y una queratosis seborreica clonal en la del muslo. Se realizó una exéresis con márgenes del porocarcinoma y un estudio de extensión que fue negativo. La paciente permanece asintomática tras 5 meses de seguimiento.

Discusión.

El porocarcinoma ecrino es un tumor maligno derivado del acrosiringio. Se localiza habitualmente en las piernas de pacientes mayores, aunque puede aparecer en otras áreas anatómicas. Su aspecto clínico es muy variable, teniendo que hacer un diagnóstico diferencial amplio. Se caracteriza histológicamente por nidos de células basalioides atípicas con tendencia a formar estructuras tubulares en la epidermis, que

pueden invadir la dermis. Tiene potencial de metastatización ganglionar y a distancia. El tratamiento es la exéresis amplia, y no se ha demostrado la utilidad de otras terapias complementarias. El fenómeno de Borst-Jadassohn engloba todas aquellas lesiones que contienen islotes de células intraepidérmicas agrupadas, situadas por encima de la capa basal y claramente diferenciadas de los queratinocitos normales adyacentes. Numerosos procesos pueden presentar este fenómeno, incluyendo el porocarcinoma in situ o la queratosis seborreica clonal.

Palabras clave.
Tumor maligno.

XANTOGRANULOMA JUVENIL GIGANTE

R. Santesteban Muruzábal*, J. Mitxelena Ezeiza*, B. Bonaut Iriarte*, M. Hervella Garcés*, A. Córdoba Iturriagagoitia**, I. Yanguas Bayona*. **Servicios de Dermatología* y Anatomía Patológica****. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España

Introducción.

El xantogranuloma juvenil (XGJ) es una forma frecuente, benigna, de histiocitosis no-Langerhans, que afecta sobre todo a lactantes y niños pequeños. Su patogenia es desconocida. Las lesiones son de aspecto papular o nodular, de consistencia firme, de color rosado, amarillento o marrón. Se han descrito lesiones extracutáneas y enfermedades sistémicas asociadas al XGJ. La evolución de la enfermedad únicamente cutánea normalmente es benigna y autolimitada. Se describen típicamente dos formas principales de XGJ: La micro y macronodular, existiendo otras variantes poco frecuentes. Una de ellas es la forma gigante de XGJ. Son lesiones mayores de 20 mm, siendo su pronóstico bueno y con tendencia a la regresión.

Caso clínico.

Se presenta el caso de un niño de 1 mes de edad, con una lesión de 3 semanas de evolución localizada en muslo izquierdo. La lesión consistía en una placa color rosado de consistencia firme de 14x14 mm. Tras la realización en la primera consulta de biopsia y estudio histológico, se estableció el diagnóstico de xantogranuloma juvenil. En seguimientos periódicos se observó crecimiento de la lesión hasta alcanzar un tamaño máximo de 40x26 mm, siendo etiquetado como XGJ gigante. Se recomendó observación y seguimiento, siendo su

evolución satisfactoria, con aplanamiento progresivo de la lesión.

Discusión.

La variante gigante del XGJ es poco frecuente, el gran tamaño de la lesión no parece afectar al curso clínico, ni implicar mayor probabilidad de afectación extracutánea. Dado el carácter autoresolutivo del XGJ con afectación exclusivamente cutánea, no suele requerir tratamiento, únicamente se recomienda vigilancia.

Palabras clave.
Tumor benigno.

NEUROFIBROMA DIFUSO

Izaskun Trébol Urra, María Concepción Montis Palos, Sofía Goula Fernández, Lucía Sánchez Martínez, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Palmira Malo Díez*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica***. Hospital Santiago. Vitoria.

Introducción.

Los neurofibromas son tumores benignos derivados de la vaina de los nervios periféricos que se caracterizan por la proliferación de células de Schwann, células perineurales y fibroblastos endoneurales. Clínica e histológicamente se distinguen tres tipos de neurofibromas: solitarios, plexiformes y difusos.

Caso clínico.

Mujer de 56 años sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, que consultó por presentar un abultamiento en el cuero cabelludo de meses de evolución, que crecía lentamente y le producía prurito ocasional. Refería tener un mechón de pelo blanco en esa zona desde la infancia. A la exploración física se observaba una tumoración occipitoparietal de límites mal definidos de unos 8x4cm. de diámetro, móvil y de consistencia blanda, con varias pápulas rosadas de 5-6mm. en la epidermis suprayacente. La biopsia cutánea fue compatible con neurofibroma. La paciente no presentaba otros signos de neurofibromatosis y la exploración oftalmológica fue normal. En la resonancia magnética no se observaban signos de invasión en profundidad. Se realizó extirpación parcial de la tumoración estableciéndose el diagnóstico de neurofibroma difuso.

Discusión.

El neurofibroma difuso es un subtipo infrecuente de neurofibroma. Aparece con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes, y se localiza generalmente en la cabeza o el cuello. Se trata de un tumor mal definido de crecimiento infiltrativo en dermis y tejido celular subcutáneo, pero sin destruir las estructuras normales. Está compuesto por células fusiformes de citoplasma eosinófilo en una matriz fibrilar y colágena. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para S100. El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica parcial o completa. La transformación maligna aunque es muy infrecuente, se debe sospechar si aparece dolor o aumento de tamaño, y aproximadamente un 10% pueden tener neurofibromatosis tipo I, por lo que se recomienda el seguimiento de estos pacientes.

Palabras clave.
Tumor benigno. Neurofibroma difuso.

NECROBIOSIS LIPOÍDICA MICOSIS FUNGOIDE-LIKE

R. Izu Beloso, I. Martínez de Lizarduy, M. Lázaro Serrano, A. Sánchez Díez, L. Blanch Rius, A. Fernández de Larrinoa*, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital de Basurto. Bilbao**

Introducción.

La necrobiosis lipóidica se presenta habitualmente como placas pretibiales inicialmente eritematosas, de crecimiento excéntrico y progresivo. Según progresan las lesiones su superficie se torna lisa y esclerosa, adoptan una coloración amarillenta perdiéndose progresivamente los anejos cutáneos. Es una enfermedad más frecuente en mujeres (hasta el 80%) y en aproximadamente el 30% de los casos están en relación con la diabetes mellitus. El curso es crónico y la complicación más frecuente es la ulceración, acentuada en ocasiones por el uso de corticoides tópicos para su tratamiento. Histológicamente se caracteriza por una reacción granulomatosa similar al granuloma anular (GA) con focos de necrobiosis del colágeno, granulomas de mayor tamaño y más profundos que en el GA, destrucción de anejos y gotitas de grasa extracelular.

La micosis fungoide en ocasiones presenta un cuadro histopatológico similar al granuloma anular, especialmente en los casos de piel laxa granulomatosa.

Caso clínico.

Presentamos el caso de una paciente de 60 años de edad, que consulta por presentar placas infiltradas en el abdomen de varios meses de evolución, clínicamente sugestivas de micosis fungoide. El estudio histopatológico mostró un cuadro

compatible con necrobiosis lipóidica, destacando en la analítica una elevada glucemia y reordenamiento genético para TCR positivo en sangre.

Discusión.

Se discutirá esta rara forma de presentación, de la cual no hemos encontrado ningún caso similar.

Palabras clave.
Miscelánea. Enf. Sistémica

LINFOMA B INTRAVASCULAR: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Ane Jaka Moreno, Nerea Ormaechea Pérez, María López-Núñez, Arantxa López-Pestaña, José Zubizarreta Salvador y Anna Tuneu Valls. **Servicio de Dermatología del Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.**

Introducción.

El linfoma intravascular es un linfoma de célula B grande poco frecuente y generalmente de mal pronóstico. Se caracteriza por una proliferación de los linfocitos neoplásicos en el interior de los vasos sanguíneos de pequeño calibre, con un tropismo particular por el sistema nervioso y la piel.

Casos clínicos.

Caso 1 : Mujer de 80 años que ingresó por una paraparesia y un deterioro neurológico progresivo. En la exploración física se observaron máculas eritematosas con telangiectasias arborescentes en la cara interna de ambos muslos, de 4 meses de evolución. La biopsia cutánea mostró células grandes atípicas intravasculares con un fenotipo linfocítico B, CD20 +, Bcl-6 +, CD5 + y ciclina D1 negativo, realizándose el diagnóstico de linfoma intravascular.

Caso 2: Mujer de 70 años, diagnosticada de linfoma difuso de célula B grande subcutáneo en 1988, que respondió al tratamiento con radioterapia local y quimioterapia (ProMACE). En 2003 sufrió una recidiva de su linfoma B a nivel de muslo izquierdo que fue tratada con radioterapia. En 2008 consultó por placas violáceas en ambos muslos y en este caso las biopsias cutáneas mostraron un linfoma de célula B grande intravascular.

Discusión.

Según su origen geográfico, se distinguen dos grupos de pacientes con linfoma intravascular: los pertenecientes a países del Oeste, que constituye la variante clásica, con afectación predominante de la piel y el sistema nervioso central, y los de países asiáticos, que presentan las manifestaciones clínicas del síndrome hemofagocítico. La asociación de rituximab y CHOP es el tratamiento de elección en la actualidad.

Conclusión.

Presentamos dos casos de linfoma intravascular que han tenido una evolución muy diferente. El reconocimiento de las manifestaciones cutáneas de estos linfomas por el dermatólogo es muy importante para un diagnóstico precoz.

Palabras clave.
Linfoma.

TRATAMIENTO DE ANGIOFIBROMAS CON RAPAMICINA

Marta Mendieta Eckert, Jose Luis Díaz Ramón, Salomé Álvarez Sánchez, Marta Ballesterero Díez, Ramón Adrián De Quintana Sancho, María Rosario González Hermosa. Hospital Clínico Universitario de Cruces (Barakaldo). Vizcaya. Servicio de Dermatología.

Introducción.

Los angiofibromas son una manifestación cutánea muy frecuente de la esclerosis tuberosa. Su aparición y crecimiento son progresivos a lo largo de los años, siendo desfigurantes y fuentes de infecciones y hemorragias. Existen numerosos tratamientos pero ninguno completamente satisfactorio.

Casos clínicos.

Presentamos dos casos clínicos de angiofibromas en esclerosis tuberosa tratados con rapamicina tópica. El primero de ellos se trata de una niña de 5 años con afectación cerebral, cardíaca y cutánea. Consulta por angiofibromas sangrantes y desfigurantes.

El segundo caso corresponde a un niño de 15 años con numerosos angiofibromas tratados en múltiples ocasiones con láser CO₂ y pobre respuesta.

Se inicia tratamiento con rapamicina tópica en ambos casos obteniendo respuestas estimadas mayores del 50% en un corto periodo de tiempo. En ningún caso se observan efectos adversos indeseados.

Discusión.

Los casos descritos de esclerosis tuberosa con afectación visceral tratados con rapamicina oral están en número creciente. En ellos se ha observado también una regresión de angiofibromas por lo que parece razonable su uso tópico como tratamiento

de dicha afección. No se puede precisar la duración ni efectos adversos del tratamiento a largo plazo.

Conclusión.

Presentamos 2 nuevos casos de angiofibromas tratados exitosamente con rapamicina tópica.

Palabras clave.
Tratamiento tópico. Genodermatosis.

CIRUGÍA DEL PABELLÓN AURICULAR EN TUMORES INFILTRANTES

M^{ra} Eugenia Iglesias Zamora, Amaia Larumbe Irurzun, Raquel Santesteban Muruzabal, Berta Bonaut Iriarte, Rosa Vives Nadal, Juan Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Introducción.

El pabellón auricular es un apéndice cartilaginoso recubierto de piel, muy expuesto a la radiación ultravioleta por lo que es un lugar de asiento frecuente de tumores malignos que pueden tener afectación únicamente cutánea o cutáneo-cartilaginosa.

Material y métodos.

Presentamos diversos casos intervenidos en nuestro Servicio y las diferentes reconstrucciones realizadas. Se discuten las alternativas quirúrgicas y se muestran los resultados obtenidos.

Discusión.

Debido a la morfología irregular del pabellón auricular, con concavidades y convexidades, así como por el hecho de estar sustentado por tejido cartilaginoso, la reconstrucción de esta área anatómica puede resultar compleja. Además, frecuentemente nos encontramos tumores de gran tamaño, muy avanzados ya que o bien pasan desapercibidos para el paciente, se localizan en zonas ocultas o en ocasiones porque son sometidos a diferentes tratamientos previos a la cirugía.

Palabras clave.
Tratamiento quirúrgico.
Tumor maligno.

DOS CASOS DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED CRÓNICA (EICHc) ESCLERODERMIFORME.

M^a Luisa Zubiri Ara*, M^a Pilar Giraldo Castellano**, Milagros Sánchez Hernández*, Rosa García Felipe*, Rosa Baldellou Lasierra*, Carlos Hördlnler Argarate***, José Pac Sa***. Servicios de Dermatología*, Hematología** y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción.

La enfermedad injerto contra huésped (EICH) es una enfermedad sistémica reactiva, y la forma crónica (EICHc) representa la complicación tardía más importante de los pacientes sometidos a trasplante alogénico, asociándose con una importante mortalidad. Presenta dos formas clínicas liquenoi-de y esclerodermiforme.

Casos clínicos.

Caso n^o1. Paciente mujer de 54 años con antecedente de síndrome mieloproliferativo que había recibido un trasplante alogénico de familiar idéntico 7 meses antes, y presenta lesiones eritematosas maculosas pruriginosas en cara y pápulas en palmas de manos, se realiza una biopsia cutánea con resultado de EICHc liquenoide, se inicia tratamiento con prednisona, tacrólimus y micofenolato mofetil; a los seis meses aparecen lesiones de liquen en mucosa oral. Un año después y coincidiendo con la suspensión del tratamiento inmunosupresor presenta lesiones liquenoides en eeii y posteriormente esclerosis en eeii, eess y zona anterior de tronco. Se realiza tratamiento UVB-BE durante 6 meses con poco respuesta, iniciándose de nuevo tratamiento inmunosupresor y a la vista de la progresión de sus lesiones se inicia tratamiento con imatinib mesilato.

Caso n^o 2. Paciente mujer de 20 años

con antecedente de leucemia aguda linfoblástica, que desarrolla dos años después de haber recibido un trasplante alogénico, lesiones esclerosas profundas en ambas extremidades con dolor articular e impotencia funcional; se realiza una biopsia cutánea sin signos patológicos y posteriormente una resonancia magnética y elastografía que confirma el diagnóstico de EICHc esclerodermiforme, se realiza tratamiento con corticoides y micofenolato mofetil con la no progresión de las lesiones.

Discusión.

La EICHc es más frecuente en pacientes que han recibido el trasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica y la forma esclerodermiforme severa es muy resistente a los tratamientos realizados.

Palabras clave.
Enfermedad sistémica. Enfermedad injerto contra huésped crónica. Lesiones esclerodermiformes.

PSEUDOPORFIRIA INDUCIDA POR MESILATO DE IMATINIB

Nerea Ormaechea Pérez, Hernán Andrés Borja Consigliere, Susana Vildósola Esturo, Carmen Lobo Morán*, M^a Asunción Arregui Murua, Begoña Aseginolatz Zabaleta. Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián.

Introducción.

La pseudoporfiria es una enfermedad cutánea que presenta los signos físicos e histológicos característicos de la porfiria cutánea tarda (PCT) pero a diferencia de ésta, cursa con niveles normales de porfirinas en sangre, orina y heces.

Caso clínico.

Varón de 49 años con antecedente de leucemia mieloide crónica (LMC) en tratamiento con mesilato de imatinib (MI) desde hace 5 años, quién acudió a nuestra consulta debido a la aparición de ampollas en el dorso de las manos de 1 año de evolución. No existían antecedentes de enolismo ni de hepatopatía crónica. A la exploración se observaban ampollas a tensión de contenido claro en el dorso de ambas manos, junto con cicatrices correspondientes a zonas de ampollas previas. No se observó hipertrichosis malar, hiperpigmentación facial ni quistes de millium. En la analítica no había alteraciones significativas, siendo los niveles de porfirinas en orina normales. En el estudio histológico se observaba una ampolla subepidérmica, y en la inmunofluorescencia directa no existían depósitos de inmunoglobulinas ni de complemento. Se realizó el diagnóstico de pseudoporfiria por MI y se substituyó éste por el nilotinib, consiguiendo la resolución del cuadro.

Discusión.

El MI es un inhibidor de la tirosin quinasa que se utiliza como tratamiento de primera línea de la LMC. En la literatura revisada solo hemos encontrado dos casos de pseudoporfiria secundaria a MI. La patogenia es desconocida. Se postula que el MI al inhibir la señalización de c-kit a nivel cutáneo, provocaría fotosensibilidad. Otra teoría explica que dicho fármaco disminuiría el umbral para los efectos de UVA, como ocurre con los retinoides. Creemos importante considerar la pseudoporfiria como un efecto adverso de este nuevo antineoplásico.

Palabras clave.
Enfermedad ampollosa.
Reacción por fármacos.

EDEMA PALPEBRAL Y MACULAS ERITEMATOSAS MIGRATORIAS COMO CLAVES DIAGNOSTICAS DE TRAPS (TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR ASSOCIATED PERIODIC SYNDROME)

Leyre Aguado Gil, Maider Pretel Irazabal, María Navedo de las Heras, Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Irarrazaval Armendariz, Ana Giménez de Azcarate Trivez. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra (Pamplona).

Introducción.

Los síndromes autoinflamatorios son un grupo de enfermedades poco frecuentes, caracterizadas por episodios recurrentes de fiebre, inflamación en sitios localizados del organismo, ausencia de autoanticuerpos y tendencia a la agregación familiar.

Caso clínico.

Paciente de 35 años que acude a urgencias por lesiones cutáneas en muslos y palmas, edema palpebral, fiebre, artralgias, dolor torácico, dolor abdominal, y malestar general. Las lesiones cutáneas eran eritematosas y migraban centrifugamente. No había tenido síntomas parecidos nunca. En la analítica se observa un aumento de parámetros inflamatorios, alteración de pruebas de función hepática y elevación de IgM e IgD. Tras tratamiento empírico con prednisona, mejoró casi completamente. La paciente continuó teniendo episodios similares que mejoraban con prednisona. Durante el ingreso y en sucesivas consultas se realizaron pruebas que descartaron procesos infecciosos, tumorales y autoinmunes.

Por la recurrencia del cuadro y la falta de otra explicación, se valoró la posibilidad de que presentara una enfermedad autoinflamatoria. Por la morfología de las lesiones cutáneas, la presencia de edema palpebral, y la presencia de dolor torácico y abdominal, se realizó el diagnóstico de posible TRAPS. Se confirmó el diagnóstico mediante

un análisis genético. Se ha propuesto tratamiento con etanercept.

Discusión.

El TRAPS se produce por mutaciones del TNFR1. Los pacientes con este síndrome tienen episodios recurrentes de síntomas inflamatorios (fiebre, dolor abdominal, mialgia, eritema macular migratorio, edema palpebral o conjuntivitis, dolor torácico y artralgia o sinovitis monoarticular), que duran más de 5 días y responden a corticoides pero no a colchicina.

Conclusiones.

Los dermatólogos podemos tener un papel clave en el diagnóstico de enfermedades autoinflamatorias.

Palabras clave.
Diagnóstico. Enfermedad sistémica.

LIQUEN PLANO PIGMENTOSO INVERSO

Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero del Mazo, Goretti Lacruz Ausín, Sonia de la Fuente Meira, Mariano Ara Martín, M^a Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción.

El liquen plano pigmentoso es una de las múltiples variantes clínico-patológicas del liquen plano, caracterizado por máculas y placas hiperpigmentadas localizadas generalmente en áreas fotoexpuestas y en pliegues. La localización exclusiva de las lesiones en los grandes pliegues corporales es infrecuente y de reciente descripción.

Caso clínico.

Mujer de 58 años, con antecedentes de alergia a amoxicilina, alergia de contacto a Níquel, rinitis alérgica perenne con hipersensibilidad a los ácaros del polvo, bronquiectasias y depresión, en tratamiento habitual con citalopram, es atendida de Dermatología por aparición progresiva de lesiones cutáneas asintomáticas desde hace 4 meses. Se trata de máculas hiperpigmentadas de color marrón, no infiltradas, aisladas, localizadas en pliegues axilares, inframamarios y cuello. La biopsia muestra un epitelio atrófico, con vacuolización de la capa basal, un infiltrado linfocitario en banda en dermis superficial, con abundantes melanófagos, sin afectación de dermis reticular. Con diagnóstico de liquen plano pigmentoso inverso, se inicia tratamiento con Pimecrolimus en crema al 1%, con respuesta parcial.

Discusión.

En el año 2001, Poch et al describieron

7 pacientes con lesiones de liquen plano pigmentoso de localización intertriginosa. Desde entonces hasta ahora, apenas una veintena de casos han sido descritos en la literatura. Histológicamente destaca la atrofia epitelial y la incontinencia pigmentaria, añadida a los hallazgos clásicos liquenoides. A diferencia del liquen plano pigmentoso clásico, típico de la raza oriental, el inverso es más frecuente en la raza caucásica. Generalmente no afecta a las mucosas ni se relaciona con infecciones virales, fármacos o neoplasias. Diversos tratamientos han sido empleados, con una efectividad limitada. En el diagnóstico diferencial del liquen plano pigmentoso inverso hay que considerar, entre otras entidades, la dermatosis cenicienta y la dermatitis de contacto hiperpigmentada.

Palabras clave.
Dermatitis liquenoide.

ERUPCIÓN AGUDA DISEMINADA DE PLACAS CON REFUERZO PERIFOLICULAR Y ALOPECIA EN MUJER PREPÚBER

María del Carmen Fraile Alonso, Marc Julià Manresa, M. Victoria Almeida Llamas, Irene García Río, Ana M. Martínez de Salinas Quintana, Amparo Viguri Díaz*. Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Introducción.

Las dermatitis liquenoides acontecen en la infancia con escasa frecuencia. El síndrome de Graham-Little Piccardi Lassueur (GLPL) es una dermatosis liquenoide infrecuente que se caracteriza por: 1) alopecia cicatricial, 2) pérdida reversible del pelo de axilas y pubis 3) desarrollo progresivo de placas con características clínicas similares a la queratosis pilaris. Estas tres características pueden no coincidir en el tiempo. Se manifiesta más frecuentemente en mujeres en edad adulta, aunque no exclusivamente.

Caso clínico.

Mujer de 8 años de edad que consultó por la aparición de múltiples placas en extremidades, tronco y cara de 1 mes de evolución. Las placas comenzaron siendo eritematosas y progresivamente adoptaron una tonalidad más blanquecina, descamación y refuerzo perifolicular. A este cuadro se unió la aparición de áreas alopécicas, bitemporales y occipitales, que cursaban con características clínicas similares.

No se hallaron otras alteraciones ni en la anamnesis ni en la exploración por aparatos.

Se realizó toma de escamas para descartar tinea corporis y biopsia cutánea para descartar procesos de pronóstico más grave como la mucinosis folicular. Resultado:

Toma de escamas: negativa. Biopsia:

compatible con dermatitis liquenoide

Discusión.

El síndrome de GLPL se encuadra dentro de las dermatitis liquenoides que afectan al cuero cabelludo. Se ha considerado una forma diseminada de liquen plano pilaris. Las lesiones en piel lampiña cursan con hiperqueratosis folicular y afectan fundamentalmente al tronco y extremidades. La etiopatogenia no está clara, pero parece ser un fenómeno inflamatorio con apetencia por la región superior de la unidad pilosebácea, que destruye a la misma y la sustituye por tejido conectivo.

Conclusiones.

Presentamos a una paciente con características clínicas e histológicas compatibles con el síndrome de GLPL en edad prepuberal. Esta entidad es muy infrecuente y prácticamente no descrita en la infancia. El pronóstico es bueno, ya que en la mayoría de los casos no asocia otras complicaciones sistémicas, pero el tratamiento a menudo no es satisfactorio ya que la alopecia desarrollada es cicatricial.

Palabra clave.
Dermatitis liquenoide.

QUERATOSIS LIQUENOIDE CRÓNICA DE MÁS DE 50 AÑOS DE EVOLUCIÓN ASOCIADA A SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO

Raquel Conejero del Mazo, Ignacio Rivera Fuertes, Sonia de la Fuente Meira, Ignacio Querol Nasarre*, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. *Universidad de Zaragoza.

Introducción.

La queratosis liquenoide crónica (QLC) es una dermatosis rara de etiología desconocida. Caracterizada por lesiones lineales y reticulares de aspecto liquenoide, placas descamativas y pápulas queratósicas en tronco y extremidades, pudiendo asociar una erupción eritematoescamosa en áreas seboreicas, hiperqueratosis palmo-plantar, alopecia, distrofia ungueal y lesiones en mucosas.

Caso clínico.

Mujer de 77 años con lesiones de 54 años de evolución. Se habían realizado varias biopsias con diagnósticos de liquen plano y liquen hipertrófico. La paciente había sido tratada con corticoides tópicos y sistémicos, queratolíticos tópicos, inmunomoduladores tópicos y antihistamínicos orales con mejoría de la sintomatología pero sin desaparición de las lesiones. Acudió a la consulta por nuevo brote de lesiones de 2 meses de evolución. A la exploración se apreciaban pápulas y placas eritemato-violáceas en extremidades, glúteos y espalda, sin lesiones en cara, mucosas ni palmoplantares. Se realizó nueva biopsia con diagnóstico de queratosis liquenoide crónica, y se inició tratamiento con Acitretino 25 mg/24 horas. La paciente fue estudiada en hematología hace 9 años por una leucocitosis con linfocitosis que no se ha logrado filiar su naturaleza reactiva o clonal pero que se

ha mantenido en el tiempo, en el momento actual pendiente de nuevo estudio.

Discusión.

La QLC es una dermatosis de etiología desconocida, con un curso generalmente crónico y progresivo. En la literatura han sido publicados unos 70 casos. Se ha asociado con infecciones crónicas, alteraciones renales y trastornos linfoproliferativos. El tratamiento es complicado, los mejores resultados se han publicado con retinoides orales y/o fotoquimioterapia.

Palabras clave.
Dermatitis liquenoide.

PANICULITIS LÚPICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Josune Mitxelena Ezeiza*, Raquel Santesteban Muruzabal*, Berta Bonaut Iriarte*, Alicia Cordoba Iturriagoitia**, Concepción Llanos Chavarri**, Ana Martínez-Peñuela Marco**, Ignacio Yanguas Bayonaa. **Servicios de Dermatología* y Anatomía Patológica**.** Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción.

La paniculitis lúpica (PL) es una variante inusual de lupus eritematoso (LE) (3-5% de las formas clínicas de lupus cutáneo). Puede aparecer de forma aislada, en asociación con lupus eritematoso sistémico (LES) o con más frecuencia en asociación con lupus eritematoso discorde (LED). Se manifiesta clínicamente con nódulos y placas que aparecen en la cara, extremidades proximales y tronco. Los cambios microscópicos característicos son paniculitis lobulillar con necrosis hialina y un infiltrado de predominio linfoplasmocitario, son comunes los agregados nodulares de linfocitos. La PL presenta un curso crónico recidivante.

Caso clínico.

Presentamos el caso de un varón de 35 años que acudió a dermatología por presentar placas alopécicas no cicatriciales localizadas en cuero cabelludo, el paciente fue inicialmente diagnosticado de alopecia areata y tratado con corticoides tópicos sin mejoría, las placas se fueron extendiendo de forma centrifuga, apareciendo eritema, induración y dolor sobre las lesiones. Se realizó una biopsia que muestra hallazgos compatibles con paniculitis lúpica. La inmunofluorescencia directa de la piel afectada fue positiva. En la analítica se detectó: ANAs (1/320), ac antiRo +. El paciente fue tratado con corticoides tópicos e hidrocortisona con mejoría inicial pero presentan-

do nuevo brote de lesiones al suspender el tratamiento.

Discusión.

Presentamos un caso de paniculitis lúpica que presentaba únicamente placas eritematosas, algunas anulares, induradas y con alopecia no cicatricial localizadas en cuero cabelludo, presentación rara vez descrita en la literatura.

Palabras clave.
Enfermedad del colágeno. Diagnóstico.

DERMATOSIS EROSIVA Y PUSTULOSA DEL CUERO CABELLUDO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Maidier Pretel Irazabal*, Leyre Aguado Gil*, María Navedo de las Heras*, Miguel Lera Imbuluzqueta*, Ana Leache Resano#, María Jesús Serna Pérez**, Miguel Angel Idoate Gastearena***. **Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica*** de la Clínica Universidad de Navarra*.** Clínica Dermatológica Privada**. Pamplona.

Introducción.

La dermatosis erosiva y pustulosa del cuero cabelludo (DEPCC) es un trastorno infrecuente que afecta a pacientes ancianos. Se caracteriza por la aparición de pústulas, erosiones y costras que dan lugar a una alopecia cicatricial. Su etiología es desconocida, aunque se relaciona con traumatismos previos y exposición solar crónica.

Casos clínicos.

Mujer de 75 años que consulta por lesiones costrosas, erosiones que drenaban pus y alopecia en cuero cabelludo de un año de evolución. Había realizado tratamiento con corticoides tópicos, antibióticos y aceite salicílico sin mejoría. Se pautó antibioterapia oral sin obtener ninguna mejoría. Se realizó biopsia cutánea, cuyos hallazgos fueron compatibles con DEPCC.

Mujer de 91 años que acudió a consulta por placa alopécica atrófica y lesiones costrosas en cuero cabelludo de 8 años de evolución. Refería picor asociado y traumatismo previo en la zona. Había realizado múltiples tratamientos previos (corticoides tópicos, antibióticos tópicos y orales, pimecrolimus tópico, crioterapia,...) sin mejoría. Se realizaron cultivos que fueron negativos y biopsia que fue inespecífica. Tras descartar otros diagnósticos y basándonos en el cuadro clínico se llegó al diagnóstico de DEPCC.

Discusión.

La DEPCC es una rara forma de pustulosis amicrobiana que afecta a ancianos con daño actínico. Clínicamente se manifiesta como placas costrosas, erosiones y alopecia cicatricial.

En la mayoría de las ocasiones la histopatología es inespecífica. Frecuentemente se observa áreas erosivas, hiperqueratosis, atrofia, pústulas subcorneales y un infiltrado dérmico linfoplasmocitario, particularmente alrededor de las unidades pilosebáceas. Su diagnóstico diferencial incluiría trastornos como la perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, folliculitis decalvante, infecciones bacterianas y fúngicas y la psoriasis pustulosa localizada, entre otros. Existen raros casos de progresión a carcinoma escamoso.

Se han empleado con éxito varios tratamientos como corticoides tópicos, calcipotriol, tacrolimus, acitretino y sulfato de zinc, entre otros, aunque no es infrecuente que sea refractaria a todos ellos.

Conclusión.

La DEPCC es un trastorno infrecuente que en ocasiones tiene un complejo tratamiento. Analizamos las claves para su diagnóstico clínico e histológico, así como las diferentes opciones terapéuticas.

Palabras clave.
Pelo.

MEJILLA ROJA

Ana Arechalde Pérez, Pilar Manrique Martínez, Juan Luis Artola Igarza, Victoria Morillo Montañés, Amaya Mariscal Polo, Ibon Bilbao Badiola. Servicio de Dermatología, Hospital de Galdakao Usansolo, Galdakao (Bizkaia).

Introducción.

La cromhidrosis es una patología rara caracterizada por la secreción coloreada de las glándulas ecrinas o apocrinas. En la seudocromhidrosis, la secreción de las glándulas se colorea en la superficie cutánea bien por el contacto con un agente colorante exógeno (productos químicos, pinturas, ropas o alimentos), bien por la acción de bacterias cromógenas.

Observación.

Niña de 9 años sin antecedentes médicos de interés consulta por la aparición espontánea de una coloración rosada intensa de toda la mejilla derecha. Esta coloración desaparece cuando se frota con alcohol o agua pero reaparece en los minutos siguientes. Clínicamente, la mejilla derecha era de color rosa intenso casi fucsia. Pudimos constatar la reaparición espontánea y progresiva de la coloración tras haberla hecho desaparecer. La exploración con la Luz de Wood fue negativa. Decidimos demorar la biopsia y hacer seguimiento mediante Dermatoscopia Digitalizada. Iniciamos el tratamiento desde la primera visita con Pantomicina 250 mg cada 12 horas y eritromicina crema, durante 14 días. En 3 semanas, la coloración había desaparecido por completo.

Discusión.

A pesar de la curación tras la toma del

antibiótico sistémico no podemos confirmar absolutamente la etiología bacteriana; también es posible que un colorante rojo-fucsia contenido en uno de los múltiples cosméticos utilizados ocasionalmente por la niña o bien contenidos en las gominolas que tomaba, han podido ser los responsables de esta coloración, que ha sido eliminada progresivamente y de forma definitiva en 3 semanas.

Conclusión.

Presentamos un caso atípico por la localización unilateral y cuya evolución hacia la curación rápida hace compatible el diagnóstico de seudocromhidrosis.

Palabras clave.
Enfermedad de las glándulas. Pigmentación.

VASCULITIS DEL GOLFISTA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Hernán Borja Consigliere, Anna Tuneu Valls, Susana Vildósola Esturo, Carmen Lobo Morán*, Elena Del Alcazar Viladomiu, Begoña Aseginolatz Zabaleta. Servicio de Dermatología. Servicio Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián.

Introducción.

La vasculitis del golfista, también conocida como vasculitis inducida por ejercicio, es una entidad descrita hace pocos años. Se presenta como placas eritematosas con componente purpúrico en las piernas, tras la práctica de ejercicio o caminatas prolongadas en días de calor, como las que realizan los jugadores de golf. La histopatología muestra signos de vasculitis leucocitoclástica, sin presencia de necrosis fibrinoide. Es un fenómeno autolimitado y de buen pronóstico.

Casos clínicos.

Presentamos tres casos clínicos de pacientes vistos en nuestro Servicio de Dermatología, que consultaron por aparición de lesiones en piernas tras la realización de caminatas en días de calor. En la exploración en todos los casos se evidenció púrpura palpable en piernas que respetaba la zona del calcetín. Se realizó biopsia cutánea de uno de los casos. La histopatología mostró extravasación de hematíes e infiltrado pericapilar mononuclear, sin encontrarse necrosis fibrinoide ni trombosis en capilares.

Conclusiones.

La vasculitis del golfista es una entidad clínico-patológica que sigue siendo escasamente conocida, aunque como motivo de consulta al dermatólogo no es infrecuente. Aparentemente esta forma de vasculitis se

produce por alteraciones de la termorregulación y de la microcirculación, con extravasación hemática, activación del complemento y alteración de la función inmune. La importancia de conocer esta forma de púrpura radica en diferenciarla de otras formas de vasculitis leucocitoclástica, ya que cursa sin afectación sistémica y es un fenómeno de buen pronóstico. Puede recurrir frente a nuevas prácticas de ejercicio en días de calor. Como medida de prevención es útil la compresión local.

Palabras clave.
Diagnóstico. Vasculitis.

PLACA ALOPÉCICA EN CUERO CABELLUDO EN NIÑA DE 12 MESES

Susana Gómez Muga * Belén Navajas Pinedo*, Izaskun Ocerin guerra*, Iratí Allende Markixana *, Iñaki Escudero Martínez **. **Hospital Clínico Universitario de Cruces. Servicio de Dermatología * . Servicio de Radiodiagnóstico **.**

Observación.

Niña de 12 meses sin antecedentes medicoquirúrgico de interés, que acude por lesión congénita en vertex tipo placa alopécica anular de 8 por 5mm, de coloración violácea depresible a la palpación. La exploración neurológica fue normal.

Se realizó una ecografía de partes blandas en la que se objetivó una lesión subcutánea que fue informada como probable malformación venosa. Así mismo se solicitó una resonancia magnética cerebral en la que se observó la presencia de vasos dependientes de la lesión con extensión hacia seno longitudinal superior a través de un pequeño foramen con lo que se realizó el diagnóstico de sinus pericranii congénito.

Conclusión.

El sinus pericranii es un raro desorden vascular consistente en una comunicación anómala entre una masa extracraneal de sangre venosa y senos duros intracraneales, con alteración del hueso subyacente. Puede ser congénito o adquirido. Se manifiesta dermatológicamente como un nódulo adyacente a la línea media, de consistencia blanda. La piel suprayacente puede mostrarse eritemato-azulada o como una placa alopécica. La mayoría son asintomáticos. El diagnóstico de sospecha será clínico mientras que la confirmación requiere de estudio radiológico y/o histológico.

Palabras clave.
Diagnóstico. Pelo.

TINEA CAPITIS EN MUJER ADULTA

S Pérez Barrio, J Sánchez Lafuente*, G Ezpeleta Lobato*, R Izu Belloso, I Martínez de Lizarduy, M Zaldúa Arrese, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología y Microbiología* . Hospital de Basurto. Bilbao**

Introducción.

La tiña del cuero cabelludo en pacientes adultos es considerada como un cuadro infrecuente. Exponemos un caso de presentación atípica.

Caso clínico.

Mujer 89 años. ACV con epilepsia secundaria. Insuficiencia renal crónica por nefritis en infancia. Hiperparatiroidismo secundario. Hipotiroidismo. Osteoporosis

Alopecia con lesiones negras puntiformes y descamación en cuero cabelludo de cuatro meses de evolución. La paciente se encontraba en tratamiento con corticoides tópicos, sin mejoría e incluso con extensión progresiva a cara y cuello de lesiones eritematodescamativas. En la analítica presentaba ANAS (+) y anticuerpos anticentrómero (+).

Se realiza KOH con resultado positivo y en el cultivo se aísla *Trichophyton Interdigitale*.

Se instaura tratamiento con terbinafina oral con resolución del cuadro.

Discusión.

Se analiza el diagnóstico diferencial de este cuadro, así como su presentación infrecuente y el patógeno inusual causante de éste.

Palabras clave.
Infección fúngica. Pelo.

LEISHMANIASIS CUTÁNEA POR LEISHMANIA BRAZILIENSIS

Sofía Goula Fernández, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Zuriñe Martínez de La-grán Álvarez de Arcaya, Itziar Arrue Mitxelena, Nerea Vidaurrazaga Olivares*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica* del Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

Introducción.

La leishmaniasis es una enfermedad crónica producida por protozoos del género *Leishmania* y transmitida por la picadura de la mosca de la arena. El reservorio habitual del parásito se compone de especies de roedores y caninos. Existen tres formas clínicas de presentación: la cutánea, la mucocutánea y la visceral, y la aparición de una u otra depende de diversos factores como la respuesta inmune del huésped o la especie de *Leishmania*. La leishmaniasis tiene una distribución mundial y es endémica en Sudamérica, países mediterráneos y áreas de Asia y África.

Caso clínico.

Paciente varón de 41 años que consultaba por lesión ulcerada asintomática en zona de la barba surgida durante un viaje a Chile hace aproximadamente 2 meses. Se orientó el cuadro como una probable micosis o leishmaniasis cutánea. La técnica de la reacción en cadena de la polimerasa en la biopsia practicada desveló una *Leishmania braziliensis* como agente implicado. Se pautó itraconazol vía oral con mejoría parcial de la lesión por lo que se decidió cambiar a antimoniato de meglumina intramuscular con resolución completa de la misma.

Discusión.

La leishmaniasis cutánea es endémica en la cuenca mediterránea y el principal

agente etiológico es la *Leishmania infantum*. Presentamos un caso de leishmaniasis cutánea causada por *Leishmania braziliensis* en un paciente que había viajado a zonas selváticas de Chile. Nos encontramos por lo tanto ante un caso importado de leishmaniasis que requerirá posteriores controles para descartar afectación mucosa en el futuro.

Palabras clave.
Miscelánea.

INFECCIÓN ESPOROTRICOIDE EN UN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

M. Julià Manresa*, V. Almeida Llamas*, I. García-Río1, MC Fraile Alonso*, M. Ibarrola Hierro**, R. Calderón Ramírez***, V. A. Víguri Díaz****. Servicio de Dermatología*, Medicina Interna**, Digestivo*** y Anatomía Patológica****. Hospital de Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava.

Introducción.

El patrón infeccioso esporotricoide hace referencia a la diseminación linfática de una infección primariamente cutánea en forma de nódulos y placas. Típicamente afecta el dorso de la mano y la extremidad superior adyacente.

Métodos.

Presentamos un caso de infección esporotricoide en un paciente inmunodeprimido con antecedentes de colitis ulcerosa y cirrosis hepática enólica, en tratamiento inmunosupresor con corticoides sistémicos, azatioprina e infliximab.

Discusión.

La asociación de fármacos inmunosupresores clásicos junto con los nuevos fármacos biológicos anti-TNF α predispone la aparición de infecciones sistémicas y cutáneas. El delicado estado inmune favorece la aparición de cuadros atípicos, por lo que el clínico debe realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial.

Conclusión.

Presentamos un caso de infección esporotricoide en un paciente inmunodeprimido en el que se estableció el diagnóstico diferencial entre a) esporotricosis, b) micobacterias atípicas, c) leishmaniasis, d) micosis profundas y e) *Staphylococcus aureus*. El estudio microbiológico mediante tinciones

y cultivos es mandatorio.

Palabras clave.
Infección esporotricoide. Inmunodepresión. Anti-TNF α . Micobacteria atípica.

PICADURAS DE CARABELA PORTUGUESA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Elena del Alcázar Viladomiu, Jose Zubizarreta Salvador, Arantxa López Pestaña, Anna Tuneu Valls, Ane Jaka Moreno, María López Núñez. **Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia.**

Introducción.

La carabela portuguesa o *Physalia physalis*, es una cnidaria de la clase Hydrozoa, que se encuentra en aguas atlánticas y mediterráneas. Produce picaduras más extensas y dolorosas que las medusas. Aunque se cree que el cambio climático ha hecho aumentar su población en aguas cantábricas, no hay estudios que lo demuestren.

Casos clínicos.

Caso 1: Mujer de 56 años con múltiples lesiones lineales eritematosas, algunas con costras, ampliamente distribuidas en zona anterior de tórax y en extremidad superior derecha.

Caso 2: Hombre de 23 años con placa edematosa en mano y antebrazo izquierdos con trayectos lineales vesiculosos en pulgar y muñeca.

Ambos pacientes no tenían antecedentes personales de interés. Tras un baño en la playa de San Sebastián, referían prurito, intenso dolor y aparición de las lesiones después del contacto con una carabela portuguesa. Se pautaron antihistamínicos orales y corticoides tópicos con buena evolución de las lesiones.

Discusión.

La carabela portuguesa tiene unos tentáculos urticariantes, que son los que causan las lesiones locales y sistémicas. Las lesiones cutáneas son las más frecuentes y

se caracterizan por la aparición de eritema y tumefacción junto con pápulo-vesículas que adoptan patrones lineales múltiples. El dolor agudo es el síntoma inicial pudiendo aparecer parestesias o adormecimiento del área afectada. Las heridas pueden progresar a estados vesiculares, hemorrágicos, necróticos o ulcerarse antes de curarse. Una complicación grave pueden ser los espasmos arteriales en el sitio de la picadura, capaces de generar gangrena digital distal. Puede haber afectación sistémica grave con síntomas como náuseas, cólicos abdominales, dolores musculares, disnea y opresión torácica. El tratamiento es sintomático con corticoides tópicos y antihistamínicos orales añadiendo antibióticos sistémicos si hay signos de infección. La respuesta suele ser buena en pocos días.

Palabras clave.
Carabela portuguesa. Picadura. Lesiones cutáneas y sistémicas.

SÍNDROME DE LEGIUS

Valentín de Benito Rica, Elvira Acebo Mariñas, Juan Antonio Ratón Nieto, Neera Agesta Sánchez, Andrés Palacios Abuffón, Marta Ballesterio Díez. **Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.**

Introducción.

El síndrome de Legius, descrito en 2007, pertenece al grupo de síndromes llamados rasopatías (mutaciones en la línea germinal de genes de la vía RAS/MAPK).

Caso clínico.

Mujer de 27 años controlada por Dermatología desde la infancia por manifestar manchas café con leche en número superior a 6, pecas en axilas e hipomelanosis de Ito. También era controlada en Neurología por talla baja, dismorfia facial y leve retraso escolar. No se objetivaron alteraciones neurológicas definidas, ni endocrinológicas, ni oftalmológicas.

Estudio genético:

No se encontraron mutaciones en el gen de la neurofibromatosis 1 (NF1). Sin embargo, se encontró una mutación en el gen SPRED1, que no había sido descrita en la literatura. La madre y la hermana compartían la misma variante mutacional.

Discusión.

El síndrome de Legius es de herencia autosómica dominante, debido a mutaciones en el gen SPRED1. Las rasopatías con frecuencia se superponen clínicamente, como ocurre en este síndrome, cuyo fenotipo se solapa con el de la NF1 (manchas café con leche y efélides en pliegues). Pero a diferencia de la NF1, el síndrome de

Legius no presenta neurofibromas, ni nódulos de Lisch, ni un riesgo demostrado para desarrollar tumores del sistema nervioso central.

Conclusiones.

Se debe considerar el diagnóstico de síndrome de Legius, definido mediante análisis genético, en los casos de síndromes de manchas café con leche sin mutaciones del gen de NF1. Sus manifestaciones son más leves y las complicaciones graves menos frecuentes que en NF1. No ha sido descrito hasta la fecha una asociación de este síndrome con la hipomelanosis de Ito.

Palabras clave.
Genodermatosis.

TEJIDO CUTANEO COMO FUENTE DE CÉLULAS MADRE MULTIPOTENTES CON ALTA PLASTICIDAD

Alberto Gorrochategui Barrueta, Alejandra Álvarez Junquera, Cristina Díaz Asensio, María de los Angeles Martínez de Pancorbo Gómez. **Clinica Dermatológica Ercilla. Grupo Consolidado de Investigación BIOMICs. SGiker (UPV/EHU).**

Introducción.

La medicina regenerativa ha experimentado un importante avance en los últimos años. La posibilidad de regenerar piel, hueso, cartílago y otros órganos vitales, empieza a ser una alternativa para reparar los tejidos dañados del organismo, sin necesidad de realizar trasplantes, los cuales presentan numerosas complicaciones y limitaciones. La metodología basada en terapia con células madre propone la reparación de los tejidos dañados mediante mecanismos similares a los que de forma natural usa el organismo para la renovación de las poblaciones celulares. En los próximos años, las nuevas terapias en medicina regenerativa van a estar enfocadas al uso de células madre. Con el presente trabajo se busca desarrollar un método de cultivo de células madre adultas, derivadas de tejido cutáneo, con la finalidad de obtener grandes cantidades de células madre multipotentes.

Material y Métodos.

Se cultivó tejido cutáneo sobrante de cirugía con diversos factores de crecimiento y como control se utilizó el mismo medio de cultivo pero suplementado con Suero Bovino Fetal (FCS).

Resultados.

Durante el presente estudio se expandieron los cultivos y se caracterizaron con el marcador Oct-4.

Conclusiones.

El presente estudio muestra que las células en cultivo derivadas de tejido cutáneo son Oct-4 positivas lo que muestra que el modelo de cultivo utilizado favorece la expansión de células madre multipotentes presentes en el tejido cutáneo y muestra además la plasticidad de las mismas.

Palabras clave.
Células madre adultas. Tejido cutáneo.
Oct.4

PÉNFIGO VEGETANTE CON AFECTACIÓN EXTRAFLEXURAL

Sonia de la Fuente Meira, Goretti Lacruz Ausín, Raquel Conejero del Mazo, Ignacio Rivera Fuertes, María Antonia Concellón Doñate, María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**

Introducción.

El pénfigo vegetante (PV) es una variedad infrecuente de pénfigo vulgar que puede aparecer con dos formas clínicas: tipo Neumann y tipo Hallopeau. Clínicamente se presenta como placas vegetantes en áreas intertriginosas pudiendo existir afectación mucosa.

Caso clínico.

Paciente mujer de 88 años con antecedente de lesiones erosivas submamarías sin filiación de 6 años de evolución en remisión sin tratamiento en los últimos 4 años. La paciente acudió a la consulta por presentar un nuevo brote de lesiones en pliegues inguinales y submamaríos de 5 meses de evolución y lesiones en muslo derecho de 1 mes de evolución coincidiendo su aparición con episodio de trombosis venosa profunda de extremidad inferior derecha tratada con vendaje compresivo y anticoagulantes. A la exploración se apreciaban placas erosivas con pústulas satélites en flexuras submamarías e inguinales y tres placas de entre 15 cm y 5 cm de diámetro con centro ulcerado y borde vegetante en cara anterior de muslo derecho. No presentaba lesiones en mucosas.

La biopsia cutánea mostró acantolisis intraepidérmica suprabasal con infiltrado de eosinófilos formando abscesos dérmicos. La inmunofluorescencia directa mostró depósitos de IgG intraepidérmicos.

Con diagnóstico de pénfigo vegetante y se inició tratamiento con prednisona oral a dosis de 1,5 mg/kg con buena respuesta.

Discusión.

Presentamos un caso de PV que presenta lesiones extraflexurales, siendo esta una forma atípica de presentación. En la literatura son escasos los casos descritos con lesiones en localizaciones atípicas. El diagnóstico de PV debe ser considerado ante lesiones en pliegues, realizando diagnóstico diferencial con patologías como la piodermitis-pioestomatitis vegetante, cuyo único dato diferencial es la inmunofluorescencia negativa.

Palabras clave.
Enfermedad ampollosa.

QUEMADURAS POR ÁCIDO SULFÚRICO CONTENIDO EN UNA CREMA CONTRA LA PSORIASIS

Lucía Sánchez Martínez, Lucía Carnero González, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Libe Aspe Unanue, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

Introducción.

Las quemaduras químicas iatrogénicas son entidades infrecuentes en la clínica, que requieren un tratamiento especial e individualizado. La mayoría se producen por accidentes en el trabajo o por agresiones en países en vías de desarrollo. Presentamos el caso de un paciente con úlceras cutáneas provocadas por la aplicación de un preparado tópico para la psoriasis que contenía ácido sulfúrico.

Caso clínico.

Varón de 56 años, ucraniano, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. Consultó por úlceras pretibiales bilaterales extensas, inflamatorias y con necrosis central tras la aplicación de un preparado tópico para la psoriasis proporcionado por una curandera. Se tomó un cultivo bacteriano, que fue negativo y una biopsia que mostraba extensas áreas ulceradas con necrosis epidérmica y depósito de material fibrinoleucocitario. En la dermis se observaba un infiltrado inflamatorio perivascular de predominio crónico que alcanzaba dermis profunda y tejido celular subcutáneo. A los dos días, se averiguó que el preparado contenía ácido sulfúrico. Se realizó desbridamiento quirúrgico bajo anestesia raquídea y las lesiones evolucionaron satisfactoriamente.

Discusión.

Las quemaduras por cáusticos presentan peculiaridades que las diferencian del resto de quemaduras, como son el hecho de producir daño tisular durante más tiempo que el de la exposición y tener la posibilidad de absorberse y provocar daño en órganos internos. Estas características obligan a realizar un tratamiento precoz e intensivo que incluye la retirada temprana del cáustico y posterior desbridamiento quirúrgico, analgesia, fluidoterapia y vigilancia estrecha tanto de las lesiones cutáneas como de la función interna.

Palabras clave.
Tratamiento quirúrgico. Miscelánea.

COMPLICACIONES LOCALES TRAS INYECCIÓN SUBCUTÁNEA DE INTERFERON-beta1b EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Goretta Lacruz Ausín, Sonia de la Fuente Meira, Ignacio Rivera Fuertes, Raquel Conejero del Mazo, María Pilar Grasa Jordán, Mariano Ara Martín, Francisco José Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción.

Los interferones constituyen una familia de proteínas del grupo de las citocinas implicadas en la regulación de la respuesta inmune. Tienen actividad antiviral, antineoplásica e inmunomoduladora, y actualmente se usan en distintas patologías como la hepatitis crónica, esclerosis múltiple, leucemia mieloide crónica, sarcoma de Kaposi y melanoma, entre otras.

Casos clínicos.

Caso 1: mujer de 28 años, que tras inyección subcutánea de interferón beta-1b en muslos y abdomen, presenta nódulos subcutáneos indurados dolorosos en el lugar de inyección. La histología mostró paniculitis septal fibrosante con infiltrado linfocitario. Se trató de forma local con mejoría parcial de las lesiones.

Caso 2: mujer de 34 años que presenta dos lesiones úlcero-necróticas con bordes eritematosos irregulares en ambos brazos de forma simétrica tras la inyección subcutánea de interferón beta 1-b. La histología mostró necrosis, fibrosis septal e infiltrado inflamatorio linfocítico en área interlobulillar. Se realizó tratamiento con desbridamiento quirúrgico y curas locales con buena evolución.

Discusión.

Reacciones locales severas a inyección subcutánea de interferón beta-1b son raras,

y pocos casos se han publicado en la literatura.

Aunque se han postulado diversas hipótesis, el mecanismo por el cual interferón beta-1b produce reacciones locales todavía es desconocido.

La baja frecuencia de efectos adversos cutáneos asociados a IFN, un mecanismo de acción poco claro y la ausencia de amplias series que permitan un estudio completo de la incidencia y causalidad, nos han motivado a presentar estos casos.

Palabra clave.
Reacción por fármacos

DERMATITIS DE RECUERDO SECUNDARIA A LA ADMINISTRACIÓN DE GLICOFOSFOPEPTICAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO CON IMIQUIMOD.

Felicia Berroa Rodríguez*, Pilar Gil Sánchez, María Navedo, Miguel Lera, Miguel Angel Idoate**. Departamento de Dermatología. *Departamento de Alergología. **Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra.

Caso clínico.

Anamnesis.

Mujer de 37 años, que acude a valoración de verrugas planas que habían aparecido de forma progresiva a lo largo de meses en las piernas. Inicialmente realizó tratamiento con Imiquimod 5% (Aldara) sin respuesta. Posteriormente se trató con crioterapia y a los dos años al reaparecer nuevamente se trató con Imiquimod 5% durante 2 meses con desaparición de las lesiones. Cinco meses más tarde se indica Glicofosfopeptical (Inmunoforon), por múltiples verrugas plantares que no respondían al tratamiento, con aparición de lesiones papulares eritematosas de aspecto inflamatorio en las zonas previas donde presentaba las verrugas planas y se había aplicado el Imiquimod.

Exploraciones complementarias.

En el estudio histopatológico, a nivel epidérmico se observa una marcada exocitosis linfocitaria con espongiosis; en dermis superficial, se detecta un denso infiltrado inflamatorio de carácter linfocitario.

Diagnóstico.

Probable Dermatitis de Recuerdo al Imiquimod.

Discusión.

El Imiquimod es un tratamiento tópico modificador de la respuesta inmune que

ejerce su efecto antiviral y antitumoral por activación de linfocitos T con cambio incremento de la respuesta Th1 e inhibición de la respuesta Th2, secundario a la liberación de citocinas. El Glicofosfopeptical es una inmunomodulador oral que induce proliferación de linfocitos y citotoxicidad por células NK. Los hallazgos histopatológicos son compatibles con los observados con muestras de piel tratadas con Imiquimod.

Conclusión.

Creemos que las lesiones presentadas por la paciente pueden deberse a una reacción de recuerdo inducida por el Glicofosfopeptical tras el tratamiento con Imiquimod.

Palabras clave.
Reacción por fármacos. Imiquimod.
Glicofosfopeptical.

RAZONES A FAVOR Y EN CONTRA DEL USO DEL TRUE TEST® EN LAS PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO.

Marcos Hervella Garcés, Mónica Larrea García, Raquel Santesteban Muruzábal, Iosune Mitzelena Eceiza, Ana Valcayo Peñalba, Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción.

El TRUE Test® es un sistema de parches epicutáneos listos para usar, que contiene 29 alérgenos y permite el cribado de las causas más frecuentes de dermatitis alérgica de contacto. A pesar de los estudios que avalan su fiabilidad, provoca en ocasiones resultados discordantes que hacen desconfiar de su utilidad.

Pacientes y métodos.

Revisamos los datos de los pacientes estudiados con pruebas epicutáneas estándar en los últimos 8 años, de los que 578 han sido parcheados con el TRUE Test® y 244 con alérgenos convencionales en finn chambers (jeringuillas).

Resultados.

Los índices MOAHLFA (35-16-24-51-5-6-28-52; n°=822) y el porcentaje de pacientes con reacciones positivas (52-57%) en ambos grupos fueron superponibles, no así las tasas de sensibilización para algunos alérgenos concretos (lanolina, neomicina, carba, isotiazolinonas..., menores con TRUE test).

Discusión.

Aunque no podemos hacer un análisis estadístico, contrastamos los resultados de uno y otro grupo, e intentamos rebatir las razones que suelen aducirse para desaconsejar el uso rutinario del TRUE Test® en las

pruebas epicutáneas como son su dudosa fiabilidad en manos no expertas, su elevado precio, la falta de algunos de los alérgenos de las series estándar europea y española (FM-II, mercurio, lactonas, primina...), o la diferente preparación de alérgenos, que sumada a su falta de oclusión aumentaría el riesgo de falsos negativos.

Alegamos cuatro razones para sí usarlo: está validado internacionalmente con una gran concordancia, en la práctica es rápido y económicamente rentable, evita errores de preparación, y su tasa de falsos negativos es poco mayor que la de las jeringas.

Palabras clave.
Dermatitis eczematosa. Diagnóstico.
Epidemiología.

FITOFOTODERMATITIS POR RUTA GRAVEOLENS

M. Lázaro Serrano, A. Sánchez Díez, S. Pérez Barrio, M.J. Calderón Gutiérrez, L. Blanch Rius, C. Sanz de Galdeano, JM. Careaga Alzaga. **Servicio de Dermatología. Hospital de Basurto. Bilbao**

Introducción.

Ruta graveolens (ruda común, hierba de gracia) es una planta de la familia Rutaceae con una amplia distribución geográfica en todo el mundo.

Caso Clínico.

Presentamos el caso de una pareja que desarrolló una reacción fototóxica severa setenta y dos horas después de rociarse con una infusión de hojas de ruda y exponerse al sol posteriormente. En el caso del varón, la extensión de las lesiones hizo preciso su traslado a la Unidad de Grandes Quemados del Hospital de Cruces para asegurar la estabilidad hemodinámica del paciente.

Discusión.

Ruta graveolens es una especie común que suele cultivarse como planta ornamental de jardín y tiene además una larga lista de usos en la "medicina" y el folklore populares, algunos de los cuales requieren su aplicación tópica en forma de infusión o frotándola directamente sobre la piel. Sin embargo, esta planta contiene sustancias fototóxicas (5-metoxipsoraleno, 8-metoxipsoraleno y dictamina, una furoquinolina alcaloide) que, al entrar en contacto con la piel, si ésta se expone seguidamente a luz UVA, producen una reacción local en las zonas expuestas con eritema y edema de intensidad variable.

Palabras Clave:
Miscelánea.

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA PSICODERMATOLOGÍA EN LOS DERMATÓLOGOS DE LA SECCIÓN VINAR DE LA AEDV

S.E. Marrón, L. Tomás

Sede de la Reunión:
Salón de Actos del Hospital Donostia.
Donostia-San Sebastián.

Con la colaboración de:

