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

Vitoria · 15 de marzo de 2013

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

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

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

Vitoria, 15 de marzo de 2013

Hotel Jardines de Uleta
C/ Uleta nº1 - VITORIA

PROGRAMA

10:15 horas. **Entrega de documentación.**
10:30 horas. **Comunicaciones libres. Moderadores: Ana Mª Martínez de Salinas Quintana y Marc Juliá Manresa.**

pág.

9 DE LA TELEDERMATOLOGÍA STORE & FORWARD A LA TELEDERMATOLOGÍA MÓVIL CON SMARTPHONES Y WHATSAPP (TELEDERMA WHATSAPP)
Juan Luis Artola Igarza, Ana Arechalde Perez, Victoria Morillo Montañés, Amaia Mariscal Polo, Ibon Bilbao Badiola, Pilar Manrique Martinez. **Servicio dermatología Hospital Galdakao Usansolo. Galdakao. Bizkaia.**

10 QUERATOACANTOMA SOBRE LESIÓN TRATADA CON CRIOTERAPIA
Hernán Borja Consigliere, Anna Tuneu Valls, María Paula Gutiérrez Tamara, Begoña Aseginolatza Zabaleta, Carmen Lobo Morán*, Susana Vildosola Esturo. **Servicio de Dermatología. Servicio Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.**

11 SIRINGOFIBROADENOMA SOLITARIO - PRESENTACIÓN DE DOS CASOS
Mª Carmen Fraile Alonso, Victoria Almeida Llamas, Ana Mª Martínez de Salinas Quintana, Marc Julià Manresa, Irene García Río y Amparo Viguri Diaz*. **Servicio de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Álava (HUA-sede Txagorritxu). Vitoria.**

12 LESIONES TIPO PIODERMA GANGRENOSO ASOCIADO A CONSUMO DE COCAÍNA INHALADA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.
Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Isabel Irarrazabal Armendáriz , Isabel Bernad Alonso, Mª Pilar Gil Sanchez, Agustín España Alonso, Miguel Angel Idoate Gastearena. **Departamento de Dermatología. Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

13 REACCIONES CUTÁNEAS ADVERSAS POR TATUAJES
J. González del Tánago Diago, R.Izu Belloso, L.Blanch Rius, S. Gómez Muga, M.Zaldúa Arrese, MJ Calderón Gutierrez, JM Careaga Alzaga. Servicio de Dermatología. **Hospital Universitario de Basurto HUB. Bilbao. Bizkaia.**

14 ÚLCERA CUTÁNEA SECUNDARIA A VASCULOPATÍA ASOCIADA A NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1
Sonia de la Fuente Meira, Tamara Gracia Cazaña, Ievgenia Pastushenko, Goretti Lacruz Ausín, María Antonia Concellón Doñate, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**

15 FEOHIFOMICOSIS
Sofía Goula Fernández, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Lucía Carnero González, Libe Aspe Unanue, Ricardo González Pérez, Zulma Quintero Niño. **HUA Santiago, Vitoria-Gasteiz.**

16 A PROPOSITO DE DOS VARONES CON AMPOLLAS HEMORRÁGICAS EN ZONAS ACRAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA
Leire Loidi Pascual*, Ana Valcayo Peñalba*, Raquel Santesteban Muruzábal*, Berta Bonaut Iriarte*, Ana Yerani Ruiz de Azúa Ciria**, Ignacio Yanguas Bayona*. **Servicio de Dermatología* y Anatomía Patológica** del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

17 SÍNDROME DE BLAU
Valentín de Benito Rica, Maria del Rosario González Hermosa, Nerea Martínez Alday, María Jesús Rúa Elorduy, Juan José Burgos Bretones, Jesús Gardeazábal García. **Hospital Universitario Cruces. Vizcaya.**

18 EROSIONES Y PLACA INDURADA EN PIEL PERIOSTOMAL
N. Ormaechea Pérez, A. Tuneu Valls, J. Feito Pérez*, H.A. Borja Consigliere, S. Vildosola Esturo, J. Zubizarreta Salvador. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomia Patológica*. Hospital Universitario Donostia. Donostia.**

19 ÚLCERAS DOLOROSAS EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA
Tamara Gracia Cazaña, Jane Pastushenko, Sonia de la Fuente Meira, Claudia Conejero del Mazo, Ana Morales Moya, Mariano Ara Martín, Matilde Grasa Jordán. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.**

20 MÚLTIPLES CARCINOMAS BASOCELULARES SECUNDARIOS A RADIOTERAPIA
Ana Giménez de Azcárate Trivez, Maider Pretel Irazabal, Isabel Irarrazával Armendáriz, Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Bernad Alonso. **Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

12:00 horas.	**Café-descanso.**
12:30 horas.	**Conferencia del experto.** **MUSICOTERAPIA CLINICA Y HOSPITALARIA** **Dr. Aittor Loroño, Médico, Musicoterapeuta, Dtor. del Máster de Musicoterapia y Vicepresidente de la "Fundación Mussa-Musicoterapia y Salud".** **Carles Pérez, Músico, Musicoterapeuta, Profesor de Musicoterapia.**
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: Restaurante Arimendi.**
16:00horas.	**Comunicaciones libres. Moderadores: Lucía Carnero González y Libe Aspe Unanue.**

21 HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS Y ADENOCARCINOMA DE COLON EN UN ADULTO
Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Sofía Goula Fernández, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Amaia Urtaran Ibarzabal, Julia de Diego Rivas*, Ricardo González Pérez. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario de Álava, Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**

22 BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN MUJER EMBARAZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO
M. Lázaro Serrano, A. Sánchez Díez, I. Martínez de Lizarduy Álvarez, C. Sanz de Galdeano Palacio, MT. Campelo Martínez*, ML. Rodríguez Iriarte**, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología, Ginecología* y Medicina Nuclear** del Hospital Universitario Basurto, HUB. Bilbao, Bizkaia.**

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

23 FIGURAS "EN LLAMA": A PROPÓSITO DE 2 CASOS
Marc Julià Manresa*, Victoria Almeida Llamas*, Mª Carmen Fraile Alonso*, Irene García Río*, Ana Martínez de Salinas Quintana*, Amparo Viguri Díez**. **Servicio de Dermatología* y de Anatomía Patológica**, Hospital Universitario de Álava (HUA), sede Txagorritxu.**

24 PRURIGO PIGMENTOSO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.
Cristina Gómez Bringas, Olatz Lasa Elgezua, Juan Antonio Ratón Nieto, Belén Navajas Pinedo, Andrés Palacios Abufón, Irati Allende Markixana. S**ervicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia.**

25 PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA INDUCIDA POR SORAFENIB
Maider Pretel Irazabal, Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica*, Isabel Irarrazaval Armendáriz, Ana Giménez de Azcarate Trivez, José Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Bernad Alonso, Miguel Angel Idoate Gastearena#. **Departamentos de Dermatología, Hepatología* y Anatomía Patológica# de la Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

26 LAS DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN: A PROPÓSITO DE 3 CASOS + 1
L. Blanch Rius, S. Pérez Barrio, S. Gómez Muga, J. González del Tánago Diago, M. Lázaro Serrano, A. Fernández de Larrinoa*, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario de Basurto. HUB. Bilbao. Bizkaia.**

27 UN TUMOR MESENQUIMAL EN LA PUNTA NASAL
Ane Jaka Moreno*, Nerea Ormaechea Pérez*, Jorge Feito Pérez**, Daniel López Aventín***, Agustí Toll Abelló***, Anna Tuneu Valls*. **Servicios de Dermatología* y Anatomía patológica** del Hospital Universitario Donostia, Donostia. Servicio de Dermatología del Hospital del Mar ***, Parc de Salut Mar, Barcelona.**

28 VARIEDAD HIPOPIGMENTADA DE PITIRIASIS LIQUENOIDE CRÓNICA.
Claudia Conejero del Mazo, Sonia de la Fuente Meira, Ievgenia Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Elena Pelegrina Fernández, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán. **Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**

29 PENFIGOIDE GESTACIONAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA
Elena del Alcázar Viladomiu, Mª Asunción Arregui Murua, Ane Jaka Moreno, Arantxa López Pestaña, Carmen Lobo Morán*, Anna Tuneu Valls. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián- Donostia.**

30 VARIANTES DEL COLGAJO EN ESPIRAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN FACIAL
Isabel Bernad Alonso, Ana Giménez de Azcárate Trívez, Isabel Irarrazával Armendáriz, Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Pedro Redondo Bellón. **Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

31 ERUPCIÓN FOLICULAR CON ESPINAS CÓRNEAS COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED: PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS
Raquel Santesteban Muruzábal*, Mónica Larrea García*, Ana Valcayo Peñalba*, Leire Loidi Pascual*, Gina de Lima Piña**, Alicia Córdoba Iturriagagoitia**, Ignacio Yanguas Bayona*. **Servicios de Dermatología* y Anatomía Patológica** del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

31 CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO PRIMARIO ANAL
Marta Rubio Lombraña *, Salomé Álvarez Sánchez *, Amaya Aperribay Esparza **, Xabier Eizaguirre Uriarte *, Marta Ballesteros Díaz *, Ramón Adrian De Quintana Sancho*. **Servicio de Dermatología * y Anatomía Patológica **. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya.**

33 SARCOIDOSIS Y MELANOMA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS
Libe Aspe Unanue, Izaskun Trébol Urra, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Sofía Goula Fernández, Blanca Catón Santarén*, Ricardo González Pérez. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario de Álava, sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**

34 DERMATITIS DE CONTACTO A PROPILENGLICOL
Marcos Hervella Garcés, Raquel Santesteban Muruzábal, Leyre Loidi Pascual, Mónica Larrea García, Berta Bonaut Iriarte, Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

35 A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPOPIGMENTACION PERIFOLICULAR EN UN PACIENTE ARGELINO
Ana Mª Martínez de Salinas Quintana, Victoria Almeida Llamas, Mª Carmen Fraile Alonso, Marc Julià Manresa, Irene García Río y Amparo Viguri Diaz*. **Servicio de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Álava (HUA-sede Txagorritxu). Vitoria.**

36 "EL PACIENTE ROMPECABEZAS"
Tatiana Piqueres Zubiaurre, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Libe Aspe Unanue, Lucía Sánchez Martínez, Itziar Arrue Michelena, Gorka Ruiz Carrillo, Ricardo González Pérez. **Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Álava-sede Santiago. Vitoria.**

37 PROCESO LINFOPROLIFERATIVO CD 30+ EN TRATAMIENTO CON BEXAROTENO
Marta Mendieta Eckert*, Elvira Acebo Mariñas*, Alfonso Álvarez Blanco**, José Luis Díaz Ramón*, Izaskun Ocerin Guerra*, Nerea Agesta Sánchez*. **Servicio de Dermatología* y Medicina Interna **. Hospital Universitario Cruces (Bizkaia).**

38 LINFOMA CUTÁNEO T CD8+ EPIDERMOTRÓPICO AGRESIVO
Ievgenia Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Sonia de la Fuente Meira, Claudia Conejero del Mazo, Marian Concellón Doñate, Mariano Ara Martín, Mª Pilar Grasa Jordan. **Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**

DE LA TELEDERMATOLOGÍA STORE & FORWARD A LA TELEDERMATOLOGÍA MÓVIL CON SMARTPHONES Y WHATSAPP (TELEDERMA WHATSAPP)

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

Introducción.

En los últimos años los dermatólogos hemos pasado de recibir fotografías por correo electrónico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cutáneas, a realizar procedimientos de teledermatología estandarizada en diferido o teledermatología store & forward. A su vez los dispositivos de teléfonos móviles son tecnológicamente más avanzados y sus cámaras mejores por lo que la consulta dermatológica presencial con imágenes recogidas en un móvil va teniendo cada vez mayor valor. En este sentido las aplicaciones tipo Whatsapp, que instaladas en smartphones permiten la remisión, recepción y respuesta prácticamente simultánea, pueden dotar en un presente o futuro inmediato de un arma diagnóstica que se acerque lo más posible a una teledermatología en directo o videoconferencia.

Material y métodos.

Repasamos las opiniones publicadas en internet así como nuestra experiencia personal en recepción y respuesta de consultas de teledermatología diagnóstica empleando la aplicación Whatsapp.

Resultados.

La utilización de teledermatología con dispositivos móviles ha resultado de utilidad y con una calidad notable en cuanto a iconografía en la detección de efectos secundarios de procedimientos dermatológicos. Especialmente útiles en clientes de cuyo domicilio no es cercano a la consulta y en la aproximación diagnóstica de patología dermatológica.

Discusión.

Pueden existir diferentes opiniones en cuanto su utilidad en el ámbito público o privado, disponibilidad de dispositivos, tiempo de respuesta y posibilidad de dar una respuesta adecuada que resultaría interesante discutir.

Conclusiones.

El empleo de aplicaciones tipo Whatsapp en determinadas patologías o procedimientos específicos de dermatología como cirugía dermatológica o dermatología estética (láser, terapia fotodinámica, luz pulsada intensa, peeling médico) puede ser de utilidad. Su adecuación en la consulta dermatológica actual queda probablemente en el ámbito familiar y de dermatología privada.

Palabra clave:
Diagnóstico.

QUERATOACANTOMA SOBRE LESIÓN TRATADA CON CRIOTERAPIA

Hernán Borja Consigliere, Anna Tuneu Valls, María Paula Gutiérrez Tamara, Begoña Aseginolatza Zabaleta, Carmen Lobo Morán*, Susana Vildosola Esturo. **Servicio de Dermatología. Servicio Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.**

Introducción.

El queratoacantoma es una neoplasia epitelial que se origina a partir de la vaina folicular externa del folículo piloso. Clínicamente corresponde a un nódulo de márgenes bien definidos con un tapón de queratina central. Tiene tres fases: crecimiento rápido, estabilización y resolución. Histológicamente está compuesto por queratinocitos bien diferenciados, de citoplasma eosinófilo, dispuestos alrededor de un cráter central de queratina.

Caso clínico.

Mujer de 76 años, con antecedente de HTA e hipercolesterolemia en tratamiento, que consultó por un nódulo indurado de aproximadamente 1,5 cm de diámetro con centro hiperqueratósico, en zona ciliar derecha. La lesión fue extirpada, clínica e histológicamente correspondía a un queratoacantoma. Seis semanas antes había recibido crioterapia sobre una lesión diagnosticada clínicamente de queratosis seborreica en la misma ubicación.

Discusión.

En la etiología del queratoacantoma participan diversos factores como exposición a luz ultravioleta y a sustancias carcinogénicas, inmunosupresión, predisposición genética y traumatismos. Dentro de estos últimos han sido descritos queratoacantomas secundarios a tatuajes, extirpaciones de tumores cutáneos, quemaduras y crioterapia. En el año 1997 Okuyama el al. describieron un caso secundario a crioterapia de una lesión de prurigo nodular, en 2006 Kaptanoglu et al. describieron un caso secundario a crioterapia de queratosis actínica y en 2011 Bunker describió un caso como complicación de una queratosis seborreica tratada con crioterapia. Hemos querido mostrar este caso para tener en mente al queratoacantoma como una complicación rara, pero posible, de la crioterapia.

Palabra clave:
Tumor benigno. Diagnóstico.

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

SIRINGOFIBROADENOMA SOLITARIO PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Mª Carmen Fraile Alonso, Victoria Almeida Llamas, Ana Mª Martínez de Salinas Quintana, Marc Julià Manresa, Irene García Río y Amparo Viguri Diaz*. **Servicio de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Álava (HUA-sede Txagorritxu). Vitoria.**

Introducción.

El siringofibroadenoma ecrino (SFAE) es una entidad poco frecuente, de origen anexial de la que se han descrito cinco variantes clínicas y cuya etiopatogenia no está bien definida. Presentamos 2 casos de esta entidad.

Casos clínicos.

Caso 1: varón de 66 años, sin antecedentes de interés, que desde hace años presenta una lesión tumoral, en lateral externo de pie izquierdo, de 1,5 cm, ulcerado.

Caso 2: mujer de 94 años que consulta por tumor de crecimiento rápido en pierna izquierda, de unos 4 cm, bien definida, mamelonada, rosada y con moderada hiperqueratosis en superficie.

El estudio histológico en ambos casos muestra cordones de células epiteliales basófilas, anastomosados, con algunas imágenes ductales ecrinas, dispuestos en un estroma fibrovascular e infiltrado inflamatorio abundante en células plasmáticas .

Comentarios.

El siringofibroadenoma ecrino es una lesión anexial poco frecuente. Se ha asociado a múltiples enfermedades y procesos crónicos y actualmente de discute si su origen es neoplásico, hamartomatoso o reactivo. Presenta una histología característica que muestra cordones de células epiteliales con diferenciación ductal ecrina, embebidos en un estroma fibrovascular y múltiples formas de presentación clínica: 1) SFAE solitario, 2) SFAE múltiples asociado a displasia ectodérmica hidrótica (síndrome de Schöpf) 3) SFAE múltiples (siringofibroadenomatosis ecrina), 4) SFAE lineal unilateral no familiar (SFAE nevoide), 5) SFAE reactivo, asociado a dermatosis neoplásicas o inflamatorias. Su pronóstico es bueno, ya que se considera una neoplasia benigna con bajo potencial de malignización, así que tanto el tratamiento quirúrgico como la actitud conservadora son opciones de manejo adecuadas de estos pacientes.

Palabra clave:
Tumor benigno.

LESIONES TIPO PIODERMA GANGRENOSO ASOCIADO A CONSUMO DE COCAÍNA INHALADA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Isabel Irarrazabal Armendáriz , Isabel Bernad Alonso, Mª Pilar Gil Sanchez, Agustín España Alonso, Miguel Angel Idoate Gastearena. **Departamento de Dermatología. Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

El pioderma gangrenoso (PG) es una entidad englobada dentro de las dermatosis neutrofílicas, asociándose en más de un 50% con otras patologías sistémicas de origen inmunológico (EII, procesos linforreticulares, artritis...). Se presenta clínicamente en su forma clásica, como lesiones ulceradas con borde sobreelevado, de crecimiento centrífugo, que curan dejando una cicatriz atrófica. La histología no es específica, dependiendo en gran medida de la situación evolutiva de las lesiones.

En esta comunicación presentamos dos casos de pacientes consumidores de cocaína inhalada, que desarrollaron lesiones tipo pioderma gangrenoso, compatibles tanto clínica como histológicamente.

Casos clínicos.

- El primer caso es el de un varón de 31 años, consumidor crónico de cocaína inhalada que presentaba lesiones ulceradas de gran tamaño, en región facial y tronco, de varios años de evolución.

Se realizó una biopsia incisional de una de las lesiones, que resultó compatible con la entidad de sospecha. Asimismo se realizaron estudios complementarios, que descartaron otras asociaciones sistémicas y determinación de drogas en orina y pelo (con positividad para cocaína y levamisol) y se inició tratamiento con Prednisona (1mg/kg) y terapia de deshabituación, con una evolución satisfactoria y recidiva posterior ante nueva recaída en el consumo.

- El segundo caso es el de una mujer de 32 años que presentaba lesiones tipo PG de varias semanas de evolución localizadas en región lumbar, antebrazo y en articulaciones IFD de ambas manos. La paciente reconocía un consumo ocasional de cocaína inhalada.

El estudio histológico fue compatible con pioderma gangrenoso, siendo el resto de pruebas complementarias negativas y la determinación de drogas resultó + para cocaína, no hallando Levamisole en la muestra. Se inició tratamiento con deshabituación y antisépicos locales, con una respuesta satisfactoria de las lesiones.

Discusión.

La cocaína es una droga de abuso de gran difusión en nuestra sociedad. Numerosas patologías sistémicas se han relacionado con esta droga, incluyendo la afectación cutánea. Si bien el mecanismo de acción y la expresión clínica resultante no es del todo conocida, se cree que puede influir en la quimiotaxis de neutrófilos y en la formación de inmunocomplejos dando lugar a lesiones úlceradas, con dos comportamientos clínico-patológicos e inmunológicos bien diferenciados: lesiones tipo pioderma gangrenoso y lesiones de vasculitis (con mayor asociación de estas últimas con el complejo cocaína-levamisol).

Palabras clave:
Enfermedad sistémica.

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

REACCIONES CUTÁNEAS ADVERSAS POR TATUAJES

J. González del Tánago Diago, R.Izu Belloso, L.Blanch Rius, S. Gómez Muga, M.Zaldúa Arrese, MJ Calderón Gutierrez, JM Careaga Alzaga. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto HUB. Bilbao. Bizkaia.**

Introducción.

En las últimas décadas la realización de tatuajes se ha convertido en una práctica habitual en nuestra sociedad y cada vez son más frecuentes las complicaciones derivadas de los mismos.

Existen tres tipos principales de tatuajes: tatuajes traumáticos (consecuencia de la introducción accidental de materia en la dermis), tatuajes cosméticos (micropigmentaciones para delinear ojos, cejas, areola en reconstrucción de mama) y tatuajes decorativos (con motivos de carácter social, religioso, cultural...). A su vez los tatuajes decorativos pueden ser temporales, realizados con pigmentos aplicados directamente sobre la piel (henna con PPD siendo el más común); y permanentes, realizados mediante la introducción en dermis de sales inorgánicas de metales y pigmentos vegetales. Las principales complicaciones derivadas de estas técnicas son: procesos infecciosos, locales o sistémicos, reacciones inflamatorias agudas o crónicas (dermatitis de contacto alérgica, reacciones granulomatosas, reacciones pseudolinfomatosas, hiperplasia pseudoepiteliomatosa), tumores benignos o malignos sobre el área tatuada y brotes de dermatosis por el fenómeno isomorfo de Koebner.

Casos clínicos.

Presentamos 3 casos de reacciones adversas a tatuajes:

CASO CLÍNICO 1
Reacción a pigmento morado en tatuaje de pájaros

CASO CLÍNICO 2
Reacción a pigmento rojo en tatuaje de flores

CASO CLÍNICO 3
Reacción a pigmento blanco en tatuaje león

Palabras clave:
Miscelánea. Tatuajes.

ÚLCERA CUTÁNEA SECUNDARIA A VASCULOPATÍA ASOCIADA A NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

Sonia de la Fuente Meira, Tamara Gracia Cazaña, Ievgenia Pastushenko, Goretti Lacruz Ausín, María Antonia Concellón Doñate, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**

Introducción.

La neurofibromatosis tipo 1 es una genodermatosis autosómica dominante causada por mutaciones en el gen NF-1 con manifestaciones multisistémicas.

Caso Clínico.

Varón de 32 años con antecedente de neurofibromatosis tipo 1 que consulta por presentar lesión dolorosa en muslo izquierdo de 3 semanas de evolución. Como antecedente destacaba malformación capilar y alopecia en dicho muslo, así como dismetría de la extremidad con acortamiento respecto a la extremidad inferior derecha. A la exploración presentaba lesión ulcerosa de 10 cm de diámetro, de bordes violáceos e indurados con escara necrótica central. La biopsia cutánea mostró signos de displasia fibromuscular perivascular y fibrosis moderada del estroma. Se practicaron diversas pruebas de imagen (Rx simple, RNM, TAC y arteriografía) sin mostrar hallazgos significativos. El resto de pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, coagulación, serologías, autoinmunidad) tampoco presentaron alteraciones significativas. Hasta el momento ha sido tratado con diversas opciones terapéuticas como antibioterapia, corticoides orales e intralesiones o ciclosporina oral presentando durante la evolución periodos de remisión relativa con sucesivas recaídas e incluso aparición de nuevas úlceras sin llegar a la curación completa.

Discusión.

La asociación entre neurofibromatosis y vasculopatía está ampliamente descrita en la literatura. Sin embargo, la asociación entre vasculopatía y manifestaciones cutáneas ha sido escasamente referida. Hasta el momento actual los casos publicados corresponden a úlceras cutáneas de carácter indolente con mala respuesta terapéutica como es nuestro caso. Ante este tipo de úlceras cutáneas es importante realizar un amplio diagnóstico diferencial con otras patologías, pero destacamos la importancia de incluir este tipo de lesiones entre las manifestaciones de neurofibromatosis.

Palabras clave:
Genodermatosis.
Enfermedad vascular.

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

FEOHIFOMICOSIS

Sofía Goula Fernández, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Lucía Carnero González, Libe Aspe Unanue, Ricardo González Pérez, Zulma Quintero Niño. **HUA Santiago, Vitoria-Gasteiz.**

Introducción.

Se conoce como feohifomicosis aquella enfermedad causada por varios feohifomicetos o dematiáceas, grupo de hongos pigmentados que producen infecciones oportunistas. El microorganismo es ubicuo en la naturaleza, por lo que su aislamiento se considera contaminación o sobreinfección en la mayoría de casos. La feohifomicosis es más frecuente en zonas tropicales y húmedas, y es raramente observada en Europa. La clínica se presenta de forma heterogénea, desde una infección superficial o subcutánea hasta la afectación cerebral e incluso diseminada. El principal factor de riesgo para padecer la enfermedad es la inmunosupresión en los pacientes trasplantados, la corticoterapia, el abuso de drogas por vía parenteral, la leucemia, el linfoma, la diálisis peritoneal y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Caso clínico.

Varón de 59 años con antecedentes de glomerulonefritis membranosa que requirió diálisis peritoneal y posteriormente trasplante renal de cadáver hace 4 años. Consultaba por lesiones asintomáticas en ambas rodillas de más de un año de evolución. En la exploración física se apreciaban dos lesiones subcutáneas de consistencia quística y de superficie ligeramente eritematosa. Se tomó biopsia de una lesión, aflorando un material gelatinoso oscuro. El diagnóstico se realizó mediante la clínica compatible y la identificación morfológica del hongo en el estudio histológico, siendo imposible filiar la especie de feohifomiceto al informarse el cultivo como negativo.

Comentarios.

La feohifomicosis subcutánea representa la forma más característica de este tipo de infecciones fúngicas, y se manifiesta habitualmente como quiste feohifomicótico, semejando un quiste o lipoma. En estos casos el tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica de la lesión junto con terapia antifúngica oral.

Palabra clave:
Infección fúngica.

A PROPOSITO DE DOS VARONES CON AMPOLLAS HEMORRÁGICAS EN ZONAS ACRAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA

Leire Loidi Pascual*, Ana Valcayo Peñalba*, Raquel Santesteban Muruzábal*, Berta Bonaut Iriarte*, Ana Yerani Ruiz de Azúa Ciria**, Ignacio Yanguas Bayona*. **Servicio de Dermatología* y Anatomía Patológica** del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

Las heparinas pueden producir reacciones adversas cutáneas de diferente tipo, siendo más frecuentes los fenómenos debidos a hipersensibilidad cutánea retardada y a trombocitopenia. Sin embargo, han sido descritas otras reacciones menos frecuentes de etiopatogenia desconocida como la dermatosis ampollosa hemorrágica a distancia.

Caso clínico.

Aportamos dos nuevos casos de ampollas hemorrágicas inducidas por heparina vistos en nuestro Servicio en el periodo 2011-2013. Ambos corresponden a varones de edad avanzada con pluripatología. Desarrollaron vesiculo-ampollas de contenido hemorrágico en localizaciones distantes al lugar de inyección tras 1-8 días de la administración de enoxaparina. Las lesiones eran asintomáticas y no afectaban a mucosas. La coagulación y recuento de plaquetas fueron normales. Se suspendió la administración de heparina y no se pudo ver la evolución de las lesiones, ya que los pacientes fallecieron a las pocas semanas por otras causas.

Discusión.

La dermatosis ampollosa hemorrágica a distancia por heparina es un cuadro poco frecuente, aunque probablemente esté infradiagnosticado por su habitual evolución benigna. Hasta el momento solo han sido descritos 14 casos en la literatura y todos evolucionaron favorablemente en 2-3 semanas, sin necesidad de suspender la heparina.

Conclusiones.

Consideramos importante reconocer esta entidad debido al uso tan extendido de las heparinas de bajo peso molecular en las plantas de hospitalización.

Palabras clave:
Reacciones por fármacos.

SÍNDROME DE BLAU

Valentín de Benito Rica, Maria del Rosario González Hermosa, Nerea Martínez Alday, María Jesús Rúa Elorduy, Juan José Burgos Bretones, Jesús Gardeazábal García. **Hospital Universitario Cruces. Vizcaya.**

Introducción.

El síndrome de Blau es una rara enfermedad perteneciente al grupo de enfermedades autoinflamatorias sistémicas hereditarias.

Caso clínico.

Niña que comenzó a ser controlada en el Servicio de Oftalmología a los 11 años por panuveitis causante de baja agudeza visual. Un año después fue ingresada en Pediatría por lesiones cutáneas eritematosas pretibiales y en la zona gemelar, que presentó poco tiempo después de suspender su tratamiento con adalimumab para la uveítis. Poco después volvió a ser ingresada por empeoramiento de las lesiones cutáneas e hinchazón del tobillo izquierdo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

En el análisis sanguíneo solamente destacaba positividad de ANA; el resto de determinaciones fueron normales, incluyendo proteinograma, inmunoglobulinas, anti-DNA, ENA y ANCA. Se realizó una biopsia cutánea. El análisis genético de la paciente y de su padre sano confirmó el diagnóstico.

Discusión.

El síndrome de Blau (MIM 186580), de herencia autosómica dominante, se caracteriza por una autoinflamación granulomatosa de la piel, las articulaciones y los ojos. Normalmente se manifiesta en la primera década. Las lesiones cutáneas suelen ser nodulares y eritematosas. Son mal conocidas las alteraciones inmunitarias causantes, pero el manejo de la enfermedad se realiza habitualmente con inmunosupresores.

Conclusiones.

Se llegó al diagnóstico de esta rara enfermedad cuando se sumaron a la uveitis las manifestaciones cutáneas y articulares. Existe alguna comunicación sobre la eficacia de infliximab, pero no ha sido descrita con anterioridad una respuesta a adalimumab, ni tampoco un empeoramiento de la enfermedad al suspenderse este.

Palabras clave:
Genodermatosis.

EROSIONES Y PLACA INDURADA EN PIEL PERIOSTOMAL

N. Ormaechea Pérez, A. Tuneu Valls, J. Feito Pérez*, H.A. Borja Consigliere, S. Vildosola Esturo, J. Zubizarreta Salvador. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomia Patológica*. Hospital Universitario Donostia. Donostia.**

Introducción.

Las ostomías son aberturas quirúrgicas desde el tracto intestinal o urinario a la piel. Las indicaciones más frecuentes son las neoplasias y la enfermedad inflamatoria intestinal. La integridad de la piel periestomal juega un papel muy importante, ya que de ésta depende el buen funcionamiento del estoma.

Caso clínico.

Varón de 56 años con enfermedad de Crohn (EC) de 25 años de evolución, en tratamiento con azatioprina. Realizaba controles en nuestras consultas por epidermólisis bullosa adquirida (EBA) desde hacía 20 años, sin lesiones desde hace más de 10. Refiere problemas con la piel periestomal desde hace unos 10 meses. A la exploración presentaba erosiones, ampollas aisladas y una placa eritematosa e indurada al tacto en el cuadrante inferior izquierdo. No refería cambios en las curas y no presentaba lesiones en el resto del tegumento. Nos planteamos como posibles diagnósticos: pioderma gangrenoso, EC metastásica, EBA, carcinoma epidermoide o proceso infeccioso crónico. En la histología pudimos observar un despegamiento completo de la unión dermoepidérmica compatible con EBA localizada periostomal. Se pautaron cuidados conservadores con escasa mejoría.

Discusión.

El penfigoide ampolloso localizado periostomal ha sido descrito en varias ocasiones, pero no hemos encontrado en la literatura ningún caso de EBA periostomal. El fenómeno de Koebner, así como los traumatismos repetidos, que a través de la modificación de la membrana basal permitirían la presentación antigénica, podrían ser los responsables. En nuestro caso, las erosiones periostomales supusieron un reto diagnóstico, debido a la pluripatología de nuestro paciente y a que llevaba 10 años sin lesiones de EBA.

Palabras clave:
Enfermedad ampollosa.
Diagnóstico.

ÚLCERAS DOLOROSAS EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA

Tamara Gracia Cazaña, Jane Pastushenko, Sonia de la Fuente Meira, Claudia Conejero del Mazo, Ana Morales Moya, Mariano Ara Martín, Matilde Grasa Jordán. **Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza**.

Introducción.

La crioglobulinemia se caracteriza por la presencia de crioglobulinas en sangre que precipitan a temperaturas inferiores de 37º. Se ha descrito asociada a procesos infecciosos, enfermedades autoinmunes, trastornos hematológicos y en menor proporción idiopática.

Caso clínico.

Mujer de 90 años leucemia linfoide crónica que ingresa por presentar lesiones ulcerosas infiltradas con escara necrótica en superficie de bordes geográficos y nódulos eritematovioláceos localizados en fosas iliacas, hipogastrio y muslos. En el hemograma destacaba una leucocitosis de 37 mil/mm3, las serologías realizadas entre ellas para VHC fueron negativas, en el estudio de inmunidad fueron positivas las crioglobulinas circulantes en sangre con elevación del factor 3 del complemento . En el scanner se aprecian adenopatías cervicales y mediastínicas, por último el estudio histológico reveló una vasculitis leucocitoclástica con material eosinófilo intravascular compatible con vasculitis crioglobulinémica.

Discusión.

La crioglobulinemia se ha visto asociada a trastornos linfoproliferativos hasta en un 16%. Las lesiones cutáneas son las manifestaciones mas frecuentes entre ellas la púrpura palpable, pigmentación reticulada y la vasculitis urticarial y por lo general las lesiones se encuentran en la región distal de las extremidades. En cuanto al hallazgo histológico mas frecuente es la vasculitis leucocitoclástica, y la presencia de material eosinófilo PAS+ intravascular y como datos de laboratorio lo mas frecuente es la hipocomplementemia que está presente en el 90 % de los pacientes. Presentamos este caso por su clínica atípica y para destacar la necesidad de incluir esta patología en el diagnóstico diferencia de las lesiones necróticas cutáneas.

Palabras clave:
Enfermedad sistémica.
Vasculitis.

MÚLTIPLES CARCINOMAS BASOCELULARES SECUNDARIOS A RADIOTERAPIA

Ana Giménez de Azcárate Trivez, Maider Pretel Irazabal, Isabel Irarrazával Armendáriz, Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Bernad Alonso. **Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

La presencia de múltiples carcinomas basocelulares es infrecuente en pacientes menores de 30 años y entre sus causas se encuentran la exposición crónica a arsénico y genodermatosis como el Síndrome de Gorlin o Xeroderma Pigmentoso. La exposición a radiaciones ionizantes también ha demostrado ser un factor predisponente para el desarrollo de carcinomas basocelulares múltiples.

Caso Clínico.

Paciente varón de 27 años con antecedente de Linfoma de Hodgkin que presenta una placa eritematosa en tórax de 3 años de evolución en zona radiada 12 años antes. La lesión fue biopsiada con diagnóstico de carcinoma basocelular. En el seguimiento del paciente se han diagnosticado y extirpado 18 nuevos carcinomas basocelulares en 5 años, todos ellos localizados en área radiada (espalda, hombros y tórax).

Discusión.

Existen evidencias de que la radiación aumenta el riesgo de desarrollar tanto melanoma como cáncer de piel no melanoma. Aunque raramente fatal, el cáncer cutáneo no melanoma, es un importante efecto adverso tardío del tratamiento del cáncer infantil. Según algunos estudios ocurre en el 37,9% de los supervivientes de linfoma de Hodgkin. El lugar de aparición suele coincidir con el campo de irradiación.

Por todo ello creemos que en el seguimiento de estos pacientes se debe incluir revisiones dermatológicas para un correcto diagnóstico y tratamiento precoz de estas lesiones.

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS Y ADENOCARCINOMA DE COLON EN UN ADULTO

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Sofía Goula Fernández, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Amaia Urtaran Ibarzabal, Julia de Diego Rivas*, Ricardo González Pérez. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario de Álava, Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**

Introducción.

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad con proliferación de células de Langerhans (CL) con un amplio espectro clínico y un curso variable. Puede presentarse desde una forma asintomática afectando a un único órgano, hasta una afectación multiorgánica con evolución fatal.

Caso clínico.

Varón de 71 años con antecedentes de DM, HTA, silicosis y exfumador, que consultaba por máculas y pápulas eritematosas, con algunas lesiones mamelonadas, en región inguinal e interglútea, de más de un año de evolución. A nivel perianal producían intenso dolor. En la biopsia se observaba en la dermis un denso infiltrado de células de mediano tamaño S100 y CD1a positivas, acompañadas de histiocitos y un número menor de eosinófilos. Con el diagnóstico de HCL se realizó estudio de extensión que resultó negativo.

Al mismo tiempo presentaba alteración del ritmo intestinal desde hacía unos 6 meses, que tras la realización de colonoscopia y extirpación del sigma, se llegó al diagnóstico de adenocarcinoma de colon T2N0M0.

A lo largo del seguimiento se objetivó HCL en ganglios inguinales y en mucosa de la unión entre recto y sigma. Se realizó tratamiento de forma escalonada con corticoides tópicos, mecloretamina tópica, prednisona oral, imiquimod crema y finalmente vinblastina semanal durante un año, permaneciendo asintomático 5 años después.

Discusión.

La patogenia de la HCL se desconoce, a día de hoy se postula su naturaleza reactiva a pesar de su carácter clonal.

La HCL puede preceder, aparecer después o concurrentemente con procesos malignos, sobre todo neoplasias hematológicas. Se podría especular que podría haber una interacción entre células tumorales e inflamatorias y un microambiente de citoquinas que promoviese el reclutamiento y proliferación de CL.

Palabra clave:
Enfermedad sistémica.

BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN MUJER EMBARAZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Lázaro Serrano, A. Sánchez Díez, I. Martínez de Lizarduy Álvarez, C. Sanz de Galdeano Palacio, MT. Campelo Martínez*, ML. Rodríguez Iriarte**, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología, Ginecología* y Medicina Nuclear** del Hospital Universitario Basurto, HUB. Bilbao, Bizkaia.**

Caso clínico.

Presentamos el caso de una mujer de 36 años, médico de nuestro hospital y embarazada de 20 semanas, que consultó por una lesión pigmentada en pabellón auricular izquierdo de varios años de evolución, que había cambiado de aspecto recientemente. Se realizó biopsia-extirpación con diagnóstico de: melanoma maligno, espesor de Breslow 1mm, 1 mitosis/mm2 (pT1b). Tras informar a la paciente y evaluar el riesgo/beneficio en su caso, finalmente se optó por realizar biopsia de ganglio centinela (BGC). El examen de los ganglios fue negativo y el resto del embarazo transcurrió sin incidencias. La paciente tuvo un parto a término normal con recién nacido sano.

Discusión.

Existe poca experiencia en la literatura sobre BGC en mujeres embarazadas y ésta deriva fundamentalmente de pacientes con cáncer de mama. Hemos creído interesante comentar este caso y revisar lo publicado hasta la fecha sobre un tema en el que aún no existe consenso, si bien en los últimos años se han ido publicando trabajos que apuntan a que la BGC puede realizarse de forma segura, tanto para la madre como para el feto, en mujeres embarazadas con melanoma. En la toma de decisiones es fundamental que la paciente cuente con información amplia sobre los posibles riesgos y beneficios derivados de realizar este procedimiento y evaluar las características individuales de cada caso.

Palabras clave:
Nevus y melanoma.

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

FIGURAS "EN LLAMA": A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Marc Julià Manresa1, Victoria Almeida Llamas*, Mª Carmen Fraile Alonso*, Irene García Río*, Ana Martínez de Salinas Quintana1, Amparo Viguri Díez**. **Servicio de Dermatología* y de Anatomía Patológica**, Hospital Universitario de Álava (HUA), sede Txagorritxu.**

Introducción.

La presencia en el estudio histopatológico de "figuras en llama" junto con un importante infiltrado de eosinófilos, es una imagen muy característica que evoca el diagnóstico de síndrome de Wells. Sin embargo, existen otras entidades clínicas que pueden mostrar dicho fenómeno.

Material y Métodos.

Presentamos dos casos clínicos; un niño de 11 años, con dermatitis atópica, que consultaba por un cuadro clínico recurrente de lesiones recidivantes con pápulas eritematosas, excoriadas, algunas de morfología anular en extremidades y tronco, y otro varón de 48 años, con lesiones papulares muy pruriginosas distribuidas principalmente en tronco.

Resultados.

El estudio histopatológico de ambos pacientes mostró un infiltrado rico en eosinófilos y la presencia de imágenes típicas de "figuras en llama".

Discusión.

Pese a la conocida asociación entre el síndrome de Wells y las "figuras en llama" en el estudio histopatológico, a menudo, la presencia de este masivo infiltrado eosinófilo refleja un fenómeno inflamatorio de hipersensibilidad que puede observarse en otros cuadros como en la reacción a picadura de artrópodo o la foliculitis.

Conclusiones.

Presentamos dos casos relativamente frecuentes en la clínica diaria que, de manera excepcional, mostraron un patrón histopatológico muy característico con "figuras en llama".

Palabras Clave:
Miscelánea.

PRURIGO PIGMENTOSO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Cristina Gómez Bringas, Olatz Lasa Elgezua, Juan Antonio Ratón Nieto, Belén Navajas Pinedo, Andrés Palacios Abufón, Irati Allende Markixana. **Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia.**

Introducción.

El prurigo pigmentoso, descrito por primera vez en 1971, es una dermatosis inflamatoria poco frecuente de etiología y patogenia desconocidas, descrita principalmente en pacientes de origen asiático, predominantemente en mujeres jóvenes. Se caracteriza por episodios recurrentes de erupciones consistentes en lesiones maculosas y papulosas eritematosas y pruriginosas que afectan preferentemente al tronco, axilas y región púbica y que se resuelven dando paso en la mayoría de las ocasiones a una hiperpigmentación reticulada. Son varios los tratamientos, como la Dapsona, Minociclina, Doxiciclina y antibióticos macrólidos, que han sido propuestos como tratamientos eficaces contra esta patología.

Casos clínicos.

Describimos los casos de una mujer y un varón de 39 y 33 años, ambos sin antecedentes de interés, que presentaron una dermatosis pruriginosa, clínica e histológicamente compatible con el diagnóstico de prurigo pigmentoso.

Discusión.

Presentamos estos dos casos dada la escasa descripción de esta patología en pacientes no asiáticos, probablemente por tratarse de una entidad infradiagnosticada. Se realiza una revisión de esta patología cuyo cuadro clínico junto con el estudio histológico dirigen hacia el diagnóstico de la misma.

Palabra clave:
Miscelánea.

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA INDUCIDA POR SORAFENIB

Maider Pretel Irazabal, Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica*, Isabel Irarrazaval Armendáriz, Ana Giménez de Azcarate Trivez, José Miguel Lera Imbuluzqueta, Isabel Bernad Alonso, Miguel Angel Idoate Gastearena#. **Departamentos de Dermatología, Hepatología* y Anatomía Patológica# de la Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

El sorafenib es un inhibidor multiquinasa que esta indicado en los casos avanzados de cáncer renal de células claras y hepatocarcinoma. Actúa inhibiendo las quinasas RAF, VEGFRs 1-3 y PDGFR-β. Se asocia a múltiples efectos secundarios, siendo los cutáneos los más frecuentes.

Caso clínico.

Mujer de 57 años con antecedente de hepatocarcinoma multifocal con metástasis pulmonares y óseas tratado previamente mediante radioembolización y radioterapia externa sin éxito. Se pautó tratamiento con sorafenib a dosis de 400 mg cada 12 horas.

Dos semanas más tarde consultó por lesiones ampollosas en plantas de los pies y codos que le dificultaban la marcha. Le suspendieron el tratamiento con desaparición de las lesiones. Se volvió a reintroducir el fármaco a dosis de 200 mg cada 12 horas con buena evolución y posteriormente a dosis plenas. Diez días después consultó en Dermatología por la aparición de erupción dolorosa con erosiones en zona inguinal y vulvar. También presentaba lesiones ampollosas en codos y zonas de hiperqueratosis en pies. Se pautó tratamiento tópico y se suspendió el fármaco. Tras 3 semanas sin tratamiento se reintrodujo el fármaco a mitad de dosis. Tras 5 semanas con el fármaco a mitad de dosis consultó por erupción consistente en placas eritematosas con pequeñas pústulas en área genital, piernas, glúteos y cuello. El estudio histopatológico fue compatible con una pustulosis exantemática aguda.

Discusión.

El sorafenib es un nuevo tratamiento quimioterápico oral que se asocia muy frecuentemente a efectos adversos cutáneos. Los más frecuentes incluyen el síndrome mano-pie, lesiones hiperqueratósicas en las zonas de presión, xerosis cutánea, erupciones cutáneas, eritema exudativo multiforme y hemorragias subungueales. Su mecanismo patogénico en la actualidad no está del todo esclarecido.

En la literatura se ha descrito un sólo caso de pustulosis aguda localizada inducida por este fármaco. No existen referencias de pustulosis exantemática aguda causada por sorafenib.

Conclusión.

El sorafenib es un fármaco con cada vez más indicaciones oncológicas. Los efectos adversos cutáneos son muy frecuentes y en ocasiones obligan a suspender el tratamiento. El dermatologo puede tener un papel muy importante en el reconocimiento y manejo de los mismos, ayudando al un mejor cumplimiento terapéutico por el paciente. Describimos el primer caso de pustulosis exantemática aguda inducida por sorafenib.

Palabras clave:
Reacción por fármacos.

LAS DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN: A PROPÓSITO DE 3 CASOS + 1

L. Blanch Rius, S. Pérez Barrio, S. Gómez Muga, J. González del Tánago Diago, M. Lázaro Serrano, A. Fernández de Larrinoa*, JM Careaga Alzaga. **Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Universitario de Basurto. HUB. Bilbao. Bizkaia.**

Introducción.

La lepra o Enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica causada por Mycobacterium leprae que afecta predominantemente a la piel y el sistema nervioso periférico.

Desde hace años, la OMS se ha propuesto erradicar la lepra como problema de salud pública, con medidas como la gratuidad del tratamiento en todos los casos diagnosticados. A pesar de los esfuerzos, en países como India o Brasil sigue siendo una enfermedad endémica.

En el siglo XX la lepra dejó de ser endémica en España. En los últimos años se ha observado la aparición de nuevos casos de la enfermedad, la mayoría en inmigrantes de zonas de América Latina y de África subsahariana, siendo el origen importado el más habitual actualmente.

Estos datos hacen que cada vez más tengamos que incluir la lepra entre los diagnósticos diferenciales, sobretodo cuando estamos ante un paciente procedente de zona endémica y con lesiones compatibles, para evitar retrasar lo mínimo el diagnóstico. Pero en otras ocasiones, por su rareza en países donde prácticamente se han erradicado los casos autóctonos, junto a la gran variedad clínica de la enfermedad, puede ser una enfermedad difícil de diagnosticar.

Casos clínicos.

Presentamos 3 casos, en pacientes procedentes de Sudamérica, diagnosticados de enfermedad de Hansen en nuestro servicio en los últimos años. También incluimos el caso de un paciente autóctono con sospecha de lepra que sigue en estudio actualmente y que nos gustaría discutir con la audiencia.

Palabras clave:
Infección bacteriana.
Diagnóstico.

UN TUMOR MESENQUIMAL EN LA PUNTA NASAL

Ane Jaka Moreno1, Nerea Ormaechea Pérez1, Jorge Feito Pérez2, Daniel López Aventín3, Agustí Toll Abelló3, Anna Tuneu Valls1. **Servicios de Dermatología1 y Anatomía patológica2 del Hospital Universitario Donostia, Donostia. Servicio de Dermatología del Hospital del Mar 3, Parc de Salut Mar, Barcelona.**

Introducción.

El dermatofibroma o histiocitoma fibroso, es una lesión de características clínico-patológicas bien definidas. Suele manifestarse como una pequeña pápula o nódulo pigmentado en las extremidades inferiores de adultos jóvenes. Son lesiones benignas que, tras su extirpación, recurren en menos del 1% de los casos. La localización facial es muy rara, y puede tener un curso clínico localmente más agresivo.

Caso clínico.

Un hombre de 37 años consultó por una lesión en la punta nasal que le habían extirpado 5 años antes sin control histológico en otra ciudad. A la exploración presentaba una pápula blanquecina atrófica de 6mm, que clínicamente sugería un carcinoma basocelular. El estudio histopatológico reveló una proliferación circunscrita de células fusiformes de patrón arremolinado. La inmunohistoquímica fue positiva para vimentina y CD34, y negativa para S-100, CD 68, factor XIIIa y desmina. Ante la sospecha de un dermatofibrosarcoma protuberans se realizó el estudio de la translocación COL1A1-PDGFB, que fue negativo. Con estos datos se estableció el diagnóstico de dermatofibroma facial y se realizó una extirpación completa de la lesión.

Discusión.

La localización facial del dermatofibroma es poco frecuente y presenta características clínico-patológicas inusuales. Tiene un patrón de crecimiento más profundo que los dermatofibromas habituales, pudiendo infiltrar hipodermis e incluso músculo estriado. En consecuencia, la tasa de recurrencia es mayor, y requiere un tratamiento quirúrgico más agresivo para conseguir una extirpación completa, o menos agresiva, si se realiza la cirugía micrográfica de Mohs en diferido.

Conclusión.

Presentamos el caso atípico de un dermatofibroma facial, y planteamos el diagnóstico diferencial de estos tumores.

Palabras clave:
Tumor benigno.

VARIEDAD HIPOPIGMENTADA DE PITIRIASIS LIQUENOIDE CRÓNICA.

Claudia Conejero del Mazo, Sonia de la Fuente Meira, Ievgenia Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Elena Pelegrina Fernández, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán. **Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**

Introducción.

La pitiriasis liquenoide es una enfermedad de etiología desconocida, que afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes.

Caso clínico.

Niño de 9 años, natural de Ecuador, residente en España desde hacía 3 meses, que desde hacía 1 mes presentaba máculas hipocrómicas, no descamativas, simétricas, distribuidas por toda la superficie corporal, junto con otras lesiones papulo-costrosas, localizadas en parte distal de extremidades. En la analítica solo destacaba una leve linfocitosis. El estudio de inmunidad fue normal y las serologías para Toxoplasma, Lúes, hepatitis B y C, CMV, VEB, y varicela-zoster fueron negativas. La biopsia fue compatible con pitiriasis liquenoide crónica (PLC). Se inició tratamiento con eritromicina oral, corticoides tópicos y antihistamínicos con respuesta parcial hasta el momento actual.

Discusión.

La pitiriasis liquenoide puede manifestarse de distintas formas clínicas, que generalmente se solapan entre sí en el tiempo en un mismo paciente: pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (PLEVA), la PLC y la fiebre úlcero-necrótica de Mucha-Habermann. La PLC se caracteriza por lesiones papulosas y costrosas de curso indolente. Se ha descrito en la literatura una forma poco común de inicio, hipocrómica, en pacientes de piel oscura. Presentamos un caso infrecuente de PLC e incidimos en la importancia del diagnóstico diferencial de las lesiones hipopigmentadas en niños.

Palabras clave:
Pigmentación.
Dermatitis liquenoide.

PENFIGOIDE GESTACIONAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

Elena del Alcázar Viladomiu, Mª Asunción Arregui Murua, Ane Jaka Moreno, Arantxa López Pestaña, Carmen Lobo Morán*, Anna Tuneu Valls. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia.**

Introducción.

El penfigoide gestacional (PG) es una enfermedad ampollosa autoinmune que se presenta en gestantes durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, o incluso durante el puerperio. Los corticoides orales son el tratamiento de elección, siendo necesario en ocasiones recurrir a otras alternativas terapéuticas por mal control o riesgo de efectos secundarios.

Caso clínico.

Mujer de 30 años, sin antecedentes de interés, primípara de 23 semanas de gestación, que acudió por lesiones pruriginosas en abdomen y espalda de 2 semanas de evolución. A la exploración física presentaba placas urticariformes en abdomen, espalda y raíz de muslos. La biopsia fue compatible con PG y la analítica mostró anticuerpos antiRo y anti BP180 positivos. Se instauró tratamiento con corticoides orales (1mg/kg/día) con rebrotes al disminuir la dosis, por lo que se pautaron inmunoglobulinas endovenosas. Se realizaron cinco infusiones, dos antes del parto y tres posparto. Las inmunoglobulinas controlaban los brotes pero no permitían disminuir los corticoides. Tras suspender la lactancia materna, se instauró ciclosporina (4,5mg/kg/día) añadiendo posteriormente nicotinamida y tetraciclinas, consiguiéndose el control de la enfermedad.

A los 12 meses del inicio del PG, la paciente presenta brotes premenstruales y está en tratamiento con dosis descendentes de corticoides y ciclosporina.

Discusión.

Existen pocos casos en la literatura que reflejen el uso de inmunoglobulinas en el PG, todos ellos con buena respuesta ya sea en monoterapia o como terapia adyuvante. Dado que no hay series largas de pacientes, las dosis y el momento de administración son variables según los autores.

Nosotros presentamos este caso por su difícil control a pesar del tratamiento con las inmunoglobulinas endovenosas y otros tratamientos inmunosupresores.

Palabras clave:
Enfermedad ampollosa.

VARIANTES DEL COLGAJO EN ESPIRAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN FACIAL

Isabel Bernad Alonso, Ana Giménez de Azcárate Trívez, Isabel Irarrazával Armendáriz, Jose Miguel Lera Imbuluzqueta, Pedro Redondo Bellón. **Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

El colgajo en espiral se ha descrito para la reconstrucción de defectos circulares del lateral nasal tras cirugía oncológica. Como su nombre indica el colgajo gira sobre si mismo para cerrar el área cruenta y tiene un diseño de espiral logarítmica.

Material y Métodos.

Presentamos cinco pacientes con defectos cutáneos en pirámide nasal y frente secundarios a la extirpación quirúrgica de tumores epiteliales bajo cirugía controlada al microscopio, que fueron reconstruidos mediante el uso de colgajos diseñados en espiral. En tres de las lesiones localizadas en lateral nasal se realizó el diseño original de este tipo de colgajo, mientras que las otras dos, un defecto mayor en lateral nasal y otro aún mayor en la frente, fueron cerradas con variantes del colgajo en espiral.

Discusión.

Se describen las características del colgajo y su diseño anatómico. Se ilustran mediante iconografia seriada cada uno de los pacientes comentados, haciendo mención especial a las variantes descritas y sus indicaciones.

Conclusión.

El colgajo en espiral es una excelente reconstrucción para defectos localizados en el lateral nasal. Su diseño puede aplicarse a defectos de mayor tamaño en otras localizaciones anatómicas con muy buenos resultados.

Palabras clave:
Tratamiento quirúrgico.

ERUPCIÓN FOLICULAR CON ESPINAS CÓRNEAS COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED: PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS

Raquel Santesteban Muruzábal*, Mónica Larrea García*, Ana Valcayo Peñalba*, Leire Loidi Pascual1, Gina de Lima Piña**, Alicia Córdoba Iturriagagoitia**, Ignacio Yanguas Bayona*. **Servicios de Dermatología* y Anatomía Patológica** del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

La enfermedad injerto contra huésped (EICH), es un síndrome sistémico con importantes manifestaciones cutáneas. Éstas pueden adoptar diferentes formas clínicas, siendo la erupción folicular con espinas córneas una forma poco frecuente de manifestación.

Casos clínicos.

Presentamos los casos de cuatro pacientes, un hombre y tres mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 32 años, con diagnósticos de enfermedades malignas hematológicas (leucemia linfoide aguda, leucemia mieloide aguda, leucemia aguda indiferenciada y anemia aplásica severa). Todos ellos precisaron trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, presentando posteriormente una erupción folicular consistente en espinas córneas de distribución generalizada. Se realizó biopsia de las lesiones, con diagnóstico en todos ellos de EICH, pudiendo objetivarse en algunos de los cortes histológicos las espinas córneas que se apreciaban clínicamente.

Discusión.

Presentamos cuatro casos de erupción folicular con espinas córneas como forma de manifestación de EICH. Esta forma clínica supone una presentación poco frecuente, lo que puede dificultar la sospecha inicial de dicho diagnóstico y la instauración de un tratamiento precoz, además de obligar a realizar un diagnóstico diferencial con la tricodisplasia espinulosa.

Palabras clave:
Diagnóstico.
Enfermedad sistémica.

CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO PRIMARIO ANAL

Marta Rubio Lombraña *, Salomé Álvarez Sánchez *, Amaya Aperribay Esparza**, Xabier Eizaguirre Uriarte * Marta Ballesteros Díaz *, Ramón Adrian De Quintana Sancho *. **Servicio de Dermatología * y Anatomía Patológica **. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya.**

Introducción.

El cáncer de ano supone menos del 2% de los cánceres del tubo digestivo, correspondiendo la mayoría a la variedad epidermoide. El adenocarcinoma de células en anillo de sello es una variedad extremadamente rara en esta localización.

Presentamos un caso de esta entidad apenas descrita en la literatura, en el que las lesiones cutáneas fueron la primera manifestación clínica.

Caso clínico.

Varón de 59 años que acudió a la consulta por lesión perianal pruriginosa de 3 años de evolución. Como antecedentes destacaba una fisura anal en 2010. A la exploración física presentaba una placa eritematosa e indurada perianal de bordes mal definidos con zonas exudativas.

Se tomó biopsia la cual mostró infiltración en dermis y epidermis por células en anillo de sello. La inmunohistoquímica fue positiva para Citoqueratina 20, Citoqueratina 7 y Citoqueratina CAM 5.2. El paciente no presentaba alteraciones analíticas ni elevación de marcadores tumorales. Se realizaron TAC corporal, RMN pélvica y ecoendoscopia observándose un engrosamiento en región perineal derecha que ascendía hasta 1 cm por encima del margen anal, afectando en el plano submucoso hasta el canal anal medio-bajo, sin objetivarse afectación visceral a distancia.

El paciente ha sido tratado con Radioterapia externa concomitante con Quimioterapia con respuesta completa.

Conclusión.

El hallazgo de células en anillo de sello se ha descrito en numerosos tumores cutáneos; sin embargo, su presencia obliga a descartar una neoplasia primaria a nivel del tubo digestivo, en especial una neoplasia gástrica.

Destacamos cómo en nuestro caso la afectación cutánea ha sido clave para llegar al diagnóstico de un carcinoma del canal anal.

Palabra clave:
Tumor maligno.

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

SARCOIDOSIS Y MELANOMA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Libe Aspe Unanue, Izaskun Trébol Urra, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Sofía Goula Fernández, Blanca Catón Santarén*, Ricardo González Pérez. **Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario de Álava, sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.**

Introducción.

Se ha descrito en la literatura una posible asociación entre la sarcoidosis y el melanoma. La mayoría de los casos publicados han sido secundarios a la inmunoterapia; sin embargo, también se ha observado la coexistencia de ambas entidades en pacientes no tratados.

Caso clínico.

Caso 1. Mujer de 26 años con melanoma nodular ulcerado en hombro derecho (estadio IIIB) que realizó tratamiento con interferón. En un TAC de control realizado un año tras la finalización del tratamiento, se detectaron múltiples adenopatías mediastínicas. En el estudio histológico se observaron granulomas no caseificantes. Presentó una evolución benigna con resolución espontánea de las adenopatías.

Caso 2. Mujer de 65 años, con melanoma de extensión superficial dorsal (estadio IA). Un año después de la exéresis, se detectaron en TAC de control adenopatías en axila izquierda de aspecto patológico. Tras la extirpación, el estudio histológico mostró una linfadenitis granulomatosa no necrotizante de tipo sarcoideo.

Discusión.

El desarrollo de sarcoidosis o de reacciones sarcoideas en pacientes con melanoma es infrecuente, pero se ha descrito ocasionalmente en la literatura. En los casos secundarios a la inmunoterapia, las reacciones pueden aparecer incluso dos años después de haber finalizado el tratamiento. Mediadores como TNF-α o IL-2 parecen jugar un papel importante en el desarrollo de ambos procesos. La mayoría de los casos afectan a la piel y a los pulmones o a los ganglios linfáticos mediastínicos, y no suele ser necesario tratamiento alguno por el curso clínico benigno que presentan. Por último, resaltar la importancia del estudio histopatológico de adenopatías que radiológicamente pueden simular un melanoma metastásico.

Palabras clave:
Enfermedad sistémica.
Nevus y melanoma.

DERMATITIS DE CONTACTO A PROPILENGLICOL

Marcos Hervella Garcés, Raquel Santesteban Muruzábal, Leyre Loidi Pascual, Mónica Larrea García, Berta Bonaut Iriarte, Ignacio Yanguas Bayona. **Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.**

Introducción.

El propilenglicol es un alergeno original y controvertido.

Caso clínico.

Varón de 66 años con úlceras en la pierna izquierda y eccema perilesional de 6 meses de evolución, tratado con múltiples tópicos, el más reciente una crema cicatrizante muy conocida. La retirada de esta crema permitió su curación en 4 semanas. El estudio posterior reveló una sensibilización de contacto fuerte (D4++) a la crema cicatrizante propia, así como a uno de sus componentes, el propilenglicol, al 10% y 20% en agua.

Discusión.

El propilenglicol es una molécula singular, soluble en agua y en aceites, lo que le hace un vehículo ideal para productos de uso tópico. Los seres vivos lo metabolizan a ácido láctico, por lo que es apto para el consumo humano, y se emplea como ingrediente en muchos alimentos y medicamentos. La alergia de contacto al propilenglicol es poco frecuente, y a menudo aparece sobre piel previamente lesionada, como en eccemas gravitacionales. Es un irritante marginal, y aún se cuestiona cuál es su concentración ideal en las pruebas epicutáneas. Nosotros lo incluimos desde hace 2 años en la serie estándar, y hemos detectado 3 alergias indudables en 476 pacientes, pero otras muchas reacciones débiles y dudosas en las que no hemos podido establecer su relevancia (alérgeno problemático).

Conclusiones.

En las pruebas de contacto es importante testar los productos propios del paciente y sus ingredientes, e investigar todo lo posible para interpretar con el máximo rigor la relevancia de las reacciones que detectemos.

Palabras clave:
Dermatosis eccematosa.
Diagnóstico.
Epidemiología.

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

A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPOPIGMENTACION PERIFOLICULAR EN UN PACIENTE ARGELINO

Ana Mª Martínez de Salinas Quintana, Victoria Almeida Llamas, Mª Carmen Fraile Alonso, Marc Julià Manresa, Irene García Río y Amparo Viguri Diaz*. **Servicio de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Álava (HUA-sede Txagorritxu). Vitoria.**

Introducción.

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial caracterizada por lesiones maculosas descamativas discrómicas, tanto hiper como hipopigmentadas. Estas lesiones también pueden presentarse como pápulas de 2-3mm (peri)foliculares.

Caso clínico.

Presentamos un varón de 41 años procedente de Argelia, con lesiones asintomáticas en tronco y extremidades superiores. Refiere mejoría en verano. Su padre presentaba el mismo cuadro clínico.

A la exploración presentaba lesiones máculo-papulosas, hipopigmentadas, descamativas, de 2-3mm de tamaño, de disposición perifolicular; distribuidas en tronco, cuello y extremidades superiores incluyendo las manos,

Se realiza un cultivo y biopsia que confirma el diagnóstico de pitiriasis versicolor.

Se pauta tratamiento con ketoconazol tópico e itraconazol oral con mejoría de las lesiones.

Discusión.

Destacamos la afectación familiar y la presentación clínica tan extensa y perifolicular de nuestro caso afectando incluso a las manos.

Hacemos un amplio diagnóstico diferencial clínico de lesiones hipopigmentadas en pacientes con fototipos IV-VI, que presentan una morfología diferente a los fototipos claros.

Palabras clave:
Diagnóstico.

"EL PACIENTE ROMPECABEZAS"

Tatiana Piqueres Zubiaurre, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Libe Aspe Unanue, Lucía Sánchez Martínez, Itziar Arrue Michelena, Gorka Ruiz Carrillo, Ricardo González Pérez. **Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Álava-sede Santiago. Vitoria.**

Introducción.

En ocasiones los pacientes nos sorprenden por las manifestaciones clínicas que presentan. Presentamos un caso en el que ha resultado difícil alcanzar un diagnóstico que englobe todos los síntomas del paciente.

Caso clínico.

Varón de 57 años en seguimiento por psoriasis confirmada histológicamente. Dada la respuesta parcial que presentaba a los fármacos sistémicos convencionales se decidió utilizar terapias biológicas. Durante el tratamiento con etanercept desarrolló una gastroenteritis eosinofílica (GE), con efalizumab parosmia y recidiva de los síntomas de GE y con adalimumab dificultad para la micción por inflamación vesical y una colescistopancreatitis aguda de origen inflamatorio. En ninguno de los episodios se pudo establecer una clara relación causal con los tratamientos biológicos, aunque ante la duda éstos fueron retirados, resolviéndose los síntomas espontáneamente. Posteriormente, sin relación a ningún tratamiento, desarrolló una enfermedad inflamatoria orbitaria, que requirió dosis elevadas de corticoides orales presentando como complicaciones una diabetes corticoidea y un herpes zoster necrótico por lo que tuvo que ser tratado con rituximab. Además, últimamente ha presentado brotes de lesiones clínica e histológicamente eccematosas que han requerido ciclos de corticoides. Durante la evolución, el curso de los síntomas sistémicos y de las lesiones eccematosas no parece haber sido paralelo al de la psoriasis. Analíticamente, el paciente presenta de forma persistente niveles elevados de IgG, IgE y eosinofilia, sin criterios de síndrome hipereosinofílico. En este momento está controlado con ciclosporina.

Discusión.

Este caso demuestra la necesidad de integrar los síntomas de los pacientes como si de piezas de un puzzle se tratara. Tras muchos quebraderos de cabeza y gracias a la ayuda de otros compañeros creemos haber llegado a un diagnóstico factible que en su momento revelaremos. Hasta entonces, ¡a pensar!

Palabras clave:
Psoriasis.
Enfermedad sistémica.

PROCESO LINFOPROLIFERATIVO CD 30+ EN TRATAMIENTO CON BEXAROTENO

Marta Mendieta Eckert*, Elvira Acebo Mariñas*, Alfonso Álvarez Blanco**, José Luis Díaz Ramón*, Izaskun Ocerin Guerra*, Nerea Agesta Sánchez*. **Servicio de Dermatología * y Medicina Interna **. Hospital Universitario Cruces (Bizkaia).**

Introducción.

Presentamos un paciente con síndrome linfoproliferativo CD 30 +, y antecedentes de linfoma intestinal, en tratamiento con bexaroteno oral.

Caso Clínico.

Varón de 69 años remitido a nuestra consulta por lesiones nodulares en abdomen de 4 meses de evolución. Entre sus antecedentes destacan lesiones de parapsoriasis desde 1966, linfoma intestinal tipo inmunocitoma en 1988 y papulosis linfomatoide recidivante de más de 20 años de evolución en tratamiento con metotrexato desde hace 10 años. A la exploración presenta 2 nódulos violáceos infiltrados, con centro ulcerado. Se realiza TAC estadiaje sin hallazgos y biopsia cutánea con diagnóstico de linfoma anaplásico CD 30 +. Ante la confluencia de lesiones de papulosis linfomatoide y linfoma anaplásico CD 30+, se diagnostica de Síndrome linfoproliferativo CD 30 + y se realiza tratamiento con radioterapia de las lesiones nodulares. Durante la evolución presenta progresión cutánea en nuevas localizaciones a pesar de tratamiento con metotrexato por lo que se inicia bexaroteno oral. Tras 4 meses de tratamiento se ha obtenido una respuesta parcial.

Discusión.

Los pacientes con linfoma cutáneo T (LCT) presentan mayor riesgo de desarrollar segundas neoplasias postulándose distintas teorías. La papulosis linfomatoide se caracteriza por ser autorresolutiva mientras que el linfoma anaplásico puede persistir y progresar.

Conclusiones.

La asociación de los LCT con linfomas B es rara y está poco descrita en la literatura. Recientemente se han comunicado casos aislados de buena respuesta de procesos linfoproliferativos CD 30 + al tratamiento con bexaroteno oral.

Palabras clave:
Linfoma.
Tratamiento sistémico.

LINFOMA CUTÁNEO T CD8+ EPIDERMOTRÓPICO AGRESIVO

Ievgenia Pastushenko, Tamara Gracia Cazaña, Sonia de la Fuente Meira, Claudia Conejero del Mazo, Marian Concellón Doñate, Mariano Ara Martín, Mª Pilar Grasa Jordan. **Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.**

Introducción.

El linfoma primario cutáneo epidermotropo T citotóxico agresivo CD8+ , constituye menos del 1% de los linfomas primarios de la piel, ocurre principalmente en adultos entre los 40 y los 60 años y es más frecuente en sexo masculino. Las células neoplásicas expresan CD3, CD8, CD45 RA, bF1 y TIA1 y muestran un reordenamiento clonal de TCR. Son negativas para CD2, CD4, CD5 y CD7.

Caso Clínico.

Paciente mujer, de 61 años, sin antecedentes personales de interés, ingresa en nuestro Servicio procedente de Urgencias para estudio de lesiones cutáneas de 4 meses de evolución. Se le habían realizado numerosas pruebas en centros privados, incluyendo TAC normal y biopsia cutánea con diagnóstico de eritema anular centrífugo. A la exploración física se objetivaban placas eritematosas de distintos tamaños, redondeadas u ovales, infiltradas en cara, mucosa gingival superior, paladar blando, tronco, areolas mamarias, piernas y genitales externos, adquiriendo un tono más purpúrico-violáceo en las lesiones de extremidades inferiores. Adenopatía submaxilar izquierda, dolorosa a la palpación. Se realizó biopsia cutánea con diagnóstico de linfoma cutáneo T epidermotropo CD8+. TAC normal, a excepción de adenomegalias laterales cervicales. Se instauró tartamiento con CHOP, después de 3 ciclos presenta leve mejoría de las lesiones cutáneas y mucosas.

Discusión.

Linfoma cutáneo T epidermotropo CD8+ es una variedad rara y agresiva de linfoma cutáneo de muy mal pronóstico. El diagnóstico no suele ser fácil, por lo que resulta extremadamente importante la sospecha clínica para evitar el retraso diagnóstico.

Palabras clave:
Linfoma cutáneo, CD8+.

NOTAS

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA
AEDV
1909

www.graficas-berlin.com

Sede de la Reunión:

Hotel Jardines de Uleta

C/ Uleta, 1 - VITORIA

Con la colaboración de:

ferrer · EAU THERMALE Avène · MSD · Wyeth · LEO · Abbott A Promise for Life · JANSSEN-CILAG · cantabria