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





Zaragoza · 27 de octubre de 2007



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

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



Hotel Boston. Zaragoza

#### **PROGRAMA**

10:45 horas. Entrega de documentación.

11:00 horas. Comunicaciones libres. Moderadora: Dra. M. Grasa Jordán.

#### REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA NEGATIVA A LA INYECCIÓN DE DERMA-TOFITINA EN UN PACIENTE CON TINEA PEDIS Y DERMATOFITIDES.

Leyre Aquado Gil, Maider Pretel Irazabal, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Laura Marques Martín, Agustín España Alonso. Clínica Universitaria de Navarra.

#### 10 ECTIMA CONTAGIOSO (NODULO DE ORF) TRATADO CON IMIQUIMOD: ESTUDIO HISTO-LÓGICO COMPARATIVO.

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Maider Pretel Irazabal, Leyre Aquado Gil, Laura Marqués Martín, Gemma Toledo\*, Ignacio Sánchez-Carpintero. Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica\*, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

#### 11 CONDILOMAS ACUMINADOS TRATADOS CON CIDOFOVIR TÓPICO

ME Del Prado, S Letona\*, I Sanjoaquín\*, J Lanuza\*\*\*, FJ Carapeto\*\*

Unidad de Dermatología. Hospital San Jorge. Huesca. \*Servicio de Infecciosas y de \*\*Dermatología del Hospital Clínico Universitario "Lozano-Blesa". Zaragoza. \*\*\*Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Zaragoza.

#### 12 TUMORACIÓN CUTÁNEA EN PACIENTE CON FRACTURA PATOLÓGICA.

R. Baldellou Lasierra, J. Alfaro Torres\*, P. Giraldo Castellano\*\*, M.L. Zubiri Ara, E. Simal Gil, N. Porta Aznarez, M. Ara Martin. Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica\* y Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

#### PLASMOCITOMA CUTÁNEO PRIMARIO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Pérez-Barrio S, Eizaguirre Uriarte X, Marcellán Fernández M, Díaz-Ramón JL, Burgos Bretones JC, Díaz-Pérez JL. Servicio de Dermatología. Hospital Cruces. Vizcaya.

#### 14 ACANTOMA DE CÉLULAS CLARAS ERUPTIVO

Victoria Morillo, Pilar Manrique, Igone Imaz, Ana Arechalde, Juan Luís Artola, Ibón Bilbao, Susana Vildosola, Amaya Mariscal. Hospital de Galdakao (Vizcaya)

#### 15 QUISTE BRONCOGÉNICO CUTÁNEO

Bruno Blaya Alvarez, Jesús Gardeazabal García, Nerea Agesta Sánchez, Zuriñe Martínez de Lagrán Alvarez de Arcaya, Sílvia Pérez Barrio, Jose Luis Díaz-Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital Cruces. Vizcaya.

#### 16 QUERATOSIS LIQUENOIDE CRÓNICA

Arantxa López Pestaña, Anna Tuneu Valls, José Zubizarreta Salvador, Carmen Lobo Morán, Patricia Eguino Gorrochategui, Cristina López Obregón, María López Nuñez, Begoña Aseginolatza Zabaleta. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia

#### 17 TRICORREXIS NODOSA LOCALIZADA ADQUIRIDA







Zuriñe Martínez de Lagrán, Mª Rosario González Hermosa, Elvira Acebo Mariñas, Mireya Lázaro Serrano, José Luis Díaz-Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Cruces (Vizcaya).

#### 18 PLACAS ERITEMATOSA SIMÉTRICAS EN PIRÁMIDE NASAL

Victoria Lezcano Biosca, Verónica de Diego Pericas, Pablo Juberías Gutierrez, Cristina Corredera Carrión, Herminio Giménez Serrano, Maria Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. Departamento de Dermatología. H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.

#### 19 PANICULITIS NEUTROFÍLICA ASOCIADA A SÍNDROME MIELODISPLÁSICO.

J Zubizarreta, A Tuneu, A López-Pestaña, B Aseginolatza, P Equino, C Lobo\*, C López Obregón, M López Nuñez. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Donostia. Donosita-San Sebastián.

#### 12:30 horas. Conferencia del Experto.

#### ■ ASPECTOS ACTUALES DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN.

Prof. Dr. D. Francisco José Carapeto Márquez de Prado Catedrático de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

14:00 horas. Almuerzo de trabajo. Hotel Boston. Zaragoza.

16:00 horas, Comunicaciones libres, Moderadora: Dra. M.L. Zubiri Ara

#### 20 SÍNDROME DE ROBO VASCULAR EN PACIENTE CON FÍSTULA ARTERIOVENOSA

P Eguino Gorrochategui, JM Egaña Barrenechea\*, C López Obregón, M López Núñez, J Zubizarreta Salvador, B Aseginolatza Zabaleta, A López Pestaña, A Tuneu Valls. Servicios de Dermatología y Cirugía Vascular\*. Hospital Donostia. San Sebastián.

#### 21 MALFORMACIÓN LINFÁTICA MACROQUÍSTICA EN NIÑO TRATADA CON OK-432

Pretel Irazabal M,, Aguado Gil, Leyre, Ruiz-Carrillo Ramirez G, Marqués Martin L, Martinez De la Cuesta A\*, Casellas M#, Sánchez-Carpintero I. Departamentos de Dermatología y Radiologia\*. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. # Clínica San Miguel, Pamplona.

#### 22 ENFERMEDAD DE BOWEN DE TIPO PAPILOMATOSO

Mireya Lázaro Serrano, Juan Antonio Ratón Nieto, Belén Navajas Pinedo, Irati Allende Markixana, Bruno Blaya Álvarez, Jose Luis Díaz Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

## 23 CARCINOMA EPIDERMOIDE SOBRE OUERATOSIS SEBORREICA: PRESENTACIÓN DE UN

Lucía Carnero González, Ricardo Soloeta Arechavala, María Asunción Arrequi Murua, Irene García Río, Izáskun Trébol Urra, Itziar Arrúe Michelena, Nagore Arbide Del Río\*, Ricardo González Pérez. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

#### 24 EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE CARCINOMA EPIDERMOIDE TRAS SU EXTIRPACIÓN

Cristina Corredera, Verónica de Diego, María Victoria Fuentelsaz, Ricardo Martín, María Pilar Grasa, Franciso José Carapeto. Departamento de Dermatología. H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.

#### 25 CARCINOMA VERRUCOSO FACIAL: DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS

Izaskun Trébol Urra, Ricardo González Pérez, Mª Asun Arregui Murua, Irene García Rio, Lucia Carnero González, Itziar Arrue Michelena, Blanca Catón Santaren\*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava.

#### <sup>26</sup> HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Irene García Río, Ricardo González Pérez, Mª Asun Arrequi Murua, Izaskun Trébol Urra, Lucia Carnero González, Itziar Arrue Michelena, Julia De Diego Rivas\*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\* Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

#### 27 PÁPULAS LIQUENOIDES FLEXURALES: MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD DE GALLI- GALLI.

Inés García-Salces, \*Carlos Hörndler, Rosa García-Felipe, Milagros Sánchez, Ignacio Querol Nasarre. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

#### 28 PENFIGO CRÓNICO BENIGNO FAMILIAR TRATADO MEDIANTE APLICACIÓN DE LÁSER CO2

Laura Marques Martín, Leyre Aguado Gil, Maider Pretel Irazabal, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Agustín España Alonso. Clínica Universitaria de Navarra.

#### 29 ENFERMEDAD AMPOLLOSA EN LACTANTE

Pablo Juberías, Victoria Lezcano, Verónica De Diego, Victoria Fuentelsaz, Herminio Giménez, MP Grasa, Francisco José Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico y Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

#### PENFIGOIDE AMPOLLOSO DE LEVER PARANEOPLÁSICO

Verónica de Diego Pericas, Pablo Juberías Gutiérrez, Victoria Lezcano Biosca, Herminio Giménez Serrano, J. Lázaro\*, María Pilar Grasa Jordán, Franciso José Carapeto. Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica\*. H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.

#### 31 ESTUDIO DEMOSCÓPICO SOBRE EL USO DE PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO ENTRE LOS DERMATÓLOGOS DE LA SECCIÓN VASCO-NAVARRA-ARAGONESA-RIOJANA (SVNAR). **RESUITADOS**

Marcos Hervella Garcés<sub>1</sub> Amaya Larumbe Irurzun<sub>2</sub> M<sup>a</sup> Eugenia Iglesias Zamora<sub>2</sub> Juan Ignacio Yanquas Bayona<sub>2</sub> Manuel Gállego Culleré<sub>2</sub>. <sub>1</sub>Unidad de Dermatología. Hospital de Estella. <sub>2</sub>Servicio de Dermatología. Hospital de Navarra.

#### 32 LOS PACIENTES SIEMPRE VIENEN A PARES

Iñigo Martinez de Lizarduy, Olatz Lasa Elgezua, Ana Sánchez Diez, Maria José Calderón Gutiérrez, Jesús María Careaga Alzaga. Hospital de Basurto, Bilbao.

#### 17:45 horas. Asamblea General Ordinaria de la Sección VNAR. ORDEN DEL DIA:

1. Informe del Presidente.

4. Asuntos de trámite.

2. Informe del Secretario.

Ruegos y pregunas.

3. Informe de la Tesorera.

#### REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA NEGATIVA A LA IN-YECCIÓN DE DERMATOFITINA EN UN PACIENTE CON TINEA PEDIS Y DERMATOFITIDES

Leyre Aguado Gil, Maider Pretel Irazabal, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Laura Marques Martín, Agustín España Alonso. **Clínica Universitaria de Navarra**.

#### Introducción

Las dermatofítides se deben a una reacción de hipersensibilidad a los antígenos dermatofíticos. En pacientes con tinea pedis, la forma clínica más frecuente es vesicular, con afectación de manos, aunque también se han descrito erupciones generalizadas.

#### Caso Clínico

Paciente de 22 años que consulta por lesiones pruriginosas en brazos y piernas, de dos meses de evolución, que comenzaron tras aparecer lesiones en espacios interdigitales de pie derecho.

Se observaban pápulas eritematosas confluentes formando placas en muslos y piernas, además de maceración y costras melicéricas en espacios interdigitales del pie.

En el cultivo (en espacios interdigitales) se aisló T. rubrum y S. aureus. La biopsia (en piel de muslo) mostró un infiltrado linfoeosinofílico perivascular sin daño endotelial.

El diagnostico fue tinea pedis y dermatofítides. Se indicó tratamiento con terbinafina y corticoides orales, asi como con antibioticos y antifúngicos tópicos. Dos semanas después de finalizar el tratamiento con corticoides, se inyectó en el brazo solución de dermatofitina. No se objetivó reacción cutánea a las 48 ni a las 96 horas.

#### Discusión

Se ha observado que la respuesta de

hipersensibilidad retardada a la inyección de dermatofitina varia en función del dermatofito causante de la infección (T. mentagrophytes es un potente sensibilizador en comparación con T. rubrum), de la localizacion de la infección (es mas frecuente en tinea cruris que en tinea pedis), y de la cronicidad de la infección (las crónicas se caracterizan por reacciones inmediatas y pocas reacciones retardadas. En cambio, las agudas se caracterizan por reacciones retardadas y pocas reacciones inmediatas).

#### Conclusiones

Aunque el resultado del test de hipersensibilidad a la dermatofitina en nuestro paciente fue negativo, no se puede descartar el diagnostico de dermatofitides, ya que la reacción de hipersensibilidad a la dermatofitina no se produce en todos los casos.

> Palabras Clave Infección fúngica. Diagnóstico.

## ECTIMA CONTAGIOSO (NODULO DE ORF) TRATADO CON IMIQUIMOD: ESTUDIO HISTOLÓGICO COMPARATIVO

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Maider Pretel Irazabal, Leyre Aguado Gil, Laura Marqués Martín, Gemma Toledo\*, Ignacio Sánchez-Carpintero. Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica\*, **Clínica Universitaria de Nava-rra. Pamplona**.

#### Introducción

El ectima contagioso (nódulo de Orf) es una infección causada por un parapoxvirus. Presentamos el caso de esta entidad en una localización inusual, resuelto tras la aplicación de Imiquimod.

#### Material y Métodos

Varón de 58 años, que acude por presentar desde hace 15 días un nódulo rojizo, asintomático, en la mejilla derecha. No había presentado traumantismo previo ni picaduras. Trabaja en contacto con corderos. Se realizó una biopsia confirmándose la sospecha de nódulo de Orf. Histológicamente se observó acantosis, necrosis epidérmica y espongiosis. En el citoplasma de los queratinocitos había abundante material eosinofílico. En la dermis se objetivó vasos dilatados y un infiltrado inflamatorio intenso compuesto principalmente por linfocitos.

#### Resultados

El paciente aceptó iniciar tratamiento con Imiquimod al 5%, 2 veces al día, 2 semanas. Al final de este periodo se desarrolló una reacción inflamatoria intensa. Se propuso realizar una nueva biopsia para conocer los mecanismos de acción de Imiquimod. Se aplicó una semana adicional Imiquimod. En el estudio inmunohistoquímico comparativo se caracterizó la expresión de CD20, CD3, CD4, CD8, CD1a, CD56, CD68 y CD31. El infiltrado inflamatorio de la segunda biopsia fue

mayor. En ambas biopsias habia linfocitos CD20 y CD3. De los linfocitos T había una proporción mayor en la segunda biopsia de CD8 frente a CD4. CD1a y CD56 fueron negativos en ambas biopsias. CD31 se expresó en menor proporción en la segunda.

#### Discusión

Imiquimod tópico es un fármaco inmunomodulador con acción indirecta frente a infecciones víricas. Hay un artículo que muestra la resolución de 4 casos de Orf con este fármaco. Presentamos un nuevo caso, en una localización inusual, con un estudio histológico comparativo tras tratamiento con Imiquimod. Aunque estas lesiones se resuelven espontáneamente en 6-8 semanas, el tratamiento con Imiquimod puede ofrecerse como una alternativa.

> Palabras Clave Infección vírica. Tratamiento tópico.

#### CONDILOMAS ACUMINADOS TRATADOS CON CIDOFOVIR TÓPICO

ME Del Prado, S Letona\*, I Sanjoaquín\*, J Lanuza\*\*\*, FJ Carapeto\*\*
Unidad de Dermatología. Hospital San Jorge. Huesca. \*Servicio de Infecciosas y de \*\*Dermatología del Hospital Clínico Universitario "Lozano-Blesa". Zaragoza. \*\*\*Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Zaragoza.

#### Introducción

El cidofovir es un nucleótido análogo de la deoxicitidina monofosfato, con actividad antiviral contra un amplio rango de virus ADN, entre los cuales se encuentra el virus del papiloma humano causante entre otras patologías de los condilomas anogenitales.

#### Caso Clínico

Mujer de 28 años, inmunocompetente, diagnosticada en 2006 de condilomas genitales que habían sido tratados con: Imiquimod tópico(Aldara), podofilino(Wartec), sin resultado, posteriormente con crioterapia, reapareciendo de nuevo las lesiones. En la revisión bibliografía actualizada del tratamiento de éstas lesiones aparece el uso de cidofovir tópico, por lo que decidímos utilizarlo en nuestra paciente, para ello demostramos mediante tecnica de PCR, que se tratataba de una infección causada por el virus del papiloma humano para poder solicitar el uso de cidofovir como medicación de uso compasivo ya que este fármaco no esta comercializado ni tiene estas indicacines actualmente a pesar de los resultados encontrados.Inició tratamiento en Enero-07 con cidofovir gel al 1% 1 aplicación /dia, descansando el 7º día de la semana. Provocándole importantes erosiones por lo que decidimos suspender tatamiento

En febrero-07 se trato co electrocoagulación de las lesiones.En Abril- 07 :reaparición de nuevas lesiones.En Mayo -07 se le propone de nuevo tratamiento con cidofovir tópico pero ésta vez en crema al 1% 1 vez/día durante 11 semanas, consiguiendo la total desaparición de las lesiones.

#### Conclusión

El cidofovir cura las lesiones originadas por el virus del papiloma humano que a su vez es un factor de riesgo para el cáncer de crevix en la mujer.

Por lo tanto podría tener una gran utilidad en lesiones dermatológicas originadas por virus ADN, como son: verrugas vulgares, molluscum contagioso, condilomas genitales etc.. presentes en un gran número de la población tanto inmunocompetentes como inmunosuprimidos, por lo que la demostración clínica de su efectividad ayudaría a muchos profesionales a resolver este tipo de lesiones en sus pacientes sin tener que utilizar técnicas tan agresivas como las anteriormente descritas.

Palabras Clave Cidofovir. Condilomas genitales. Virus del papiloma humano

#### TUMORACIÓN CUTÁNEA EN PACIENTE CON FRACTURA PATOLÓGICA

R. Baldellou Lasierra, J. Alfaro Torres\*, P. Giraldo Castellano\*\*, M.L. Zubiri Ara, E. Simal Gil, N. Porta Aznarez, M. Ara Martin. Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica\* y Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

#### Introducción

El Mieloma Múltiple (MM) es una hemopatía maligna caracterizada por la proliferación monoclonal de células plasmáticas que producen inmunoglobulinas monoclonales. Raramente ocasiona metástasis cutáneas en estadíos avanzados con gran masa tumoral.

#### Caso Clínico

Varón de 63 años. Antecedentes: Obesidad, HTA, DMID tipo II, Infarto de miocardio, ACV (hemiplejia Izda), fractura de fémur y de húmero hace 7 y 2 años respectivamente y neoplasia de vejiga. En mayo-2007 ingresa en Traumatología por fractura de fémur dcho tratada quirúrgicamente. Durante su ingreso apareció en muslo izdo tumoración cutánea eritematoviolácea de consistencia firme, asintomática y rápido crecimiento, motivo de Interconsulta a Dermatología. Practicamos biopsia. Diagnóstico: Plasmocitoma cutáneo de alto grado. Éste y la no consolidación de la fractura, condujo al estudio y diagnóstico final: Mieloma Múltiple IgG lambda con afectación ósea, cutánea, ganglionar, hepática y renal en estadío IIA de Durie y Salmon. Tratamiento fractura con radioterapia y general con Melfalan y Prednisona v.o. con buena respuesta inicial.

#### Discusión

El MM puede originar distintas lesiones cutáneas inespecíficas. El Plasmocitoma cu-

táneo es muy infrecuente. Puede aparecer por contigüidad desde lesión ósea, diseminación linfática o hemática o "de novo". La 1ª es la forma más frecuente según textos y publicaciones. No es así en nuestro caso ni en la mayoría de las series publicadas lo que nos permite dudar de la veracidad de ese concepto.

#### Conclusión

Presentamos nuevo caso de MM IgG lambda avanzado cuyas primeras manifestaciones fueron fracturas patológicas y metástasis cutánea. La biopsia de piel condujo al diagnóstico de la enfermedad lo que es raro en los infrecuentes casos de metástasis cutánea de MM.

Palabras Clave Plasmocitoma cutáneo. Mieloma múltiple.

#### PLASMOCITOMA CUTÁNEO PRIMARIO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Pérez-Barrio S, Eizaguirre Uriarte X, Marcellán Fernández M, Díaz-Ramón JL, Burgos Bretones JC, Díaz-Pérez JL. **Servicio de Dermatología**. **Hospital Cruces**. **Vizcaya**.

#### Introducción

El plasmocitoma cutáneo primario es un tipo raro de linfoma B cutáneo incluido dentro del linfoma de la zona marginal, con menos de 50 casos publicados en la literatura.

#### Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 62 años con dos lesiones nodulares eritematovioláceas, muy próximas entre sí, en mucosa de labio superior y piel adyacente, de 2 años de evolución. El paciente refería episodios ocasionales de herpes labial en dicha localización. Se realiza una biopsia observándose un infiltrado monomorfo de células plasmáticas en disposición nodular que ocupaba toda la dermis. Inmunohistoquímicamente las células eran CD 38 y CD 138+, con expresión monotípica de cadenas ligeras kappa. Se realizó estudio de extensión con analítica (bioquímica, hematimetría, LDH, β2-microglobulina, proteinograma), Bence-Jones en orina y serie ósea dentro de la normalidad; por lo que se estableció el diagnóstico de plasmocitoma cutáneo primario.

#### Discusión

El plasmocitoma cutáneo primario puede presentarse de forma solitaria o multifocal, y debe diferenciarse de la afectación cutánea secundaria por un mieloma múltiple. Es más frecuente en varones ancianos y su localización en mucosa labial se ha des-

crito de forma aislada en relación con infecciones herpéticas. Su pronóstico es incierto, aunque probablemente esté asociado a la carga tumoral.

#### Conclusiones

Presentamos este caso debido a las escasas descripciones en la literatura de plasmocitomas cutáneos primarios.

Palabras Clave Linfoma

#### ACANTOMA DE CÉLULAS CLARAS ERUPTIVO

Victoria Morillo, Pilar Manrique, Igone Imaz, Ana Arechalde, Juan Luís Artola, Ibón Bilbao, Susana Vildosola, Amaya Mariscal. Hospital de Galdakao (Vizcaya)

#### Introducción

El acantoma de células claras fue descrito por Degos et al en 1.962. Ellos sugirieron que se trataba de un tumor epitelial benigno de origen epidérmico en lugar de una hiperplasia reactiva de origen inflamatorio, aunque en los últimos años, hay autores que defienden que se trate de una forma localizada de psoriasis.

Son más frecuentes las lesiones aisladas, aunque también pueden ser múltiples. De forma excepcional se presenta una forma eruptiva de la enfermedad, con más de 400 lesiones.

#### Caso Clínico

Mujer de 32 años sin antecedentes personales de interés, consulta por la aparición progresiva desde hace 20 años, de múltiples pápulas eritematosas en miembros inferiores y glúteos. Durante el último año estaban apareciendo también de forma progresiva en tronco y miembros superiores.

Se han realizado 3 biopsias que confirman el diagnóstico de acantoma de células claras.

#### Conclusión

Presentamos un caso de acantoma de células claras eruptivo, descrito de forma aislada en la literatura médica. Aunque el diagnóstico histológico es fácil, el diagnóstico clínico en estas formas múltiples presenta cierta dificultad. Discutimos también formas de tratamiento.

Palabras Clave Acantoma células claras.

#### QUISTE BRONCOGÉNICO CUTÁNEO

Bruno Blaya Alvarez, Jesús Gardeazabal García, Nerea Agesta Sánchez, Zuriñe Martínez de Lagrán Alvarez de Arcaya, Sílvia Pérez Barrio, Jose Luis Díaz-Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital Cruces. Vizcaya.

#### Introducción

Los guistes broncogénicos cutáneos son lesiones poco frecuentes, con escasas descripciones en la literatura que se caracterizan por la presencia, habitualmente desde el nacimiento, de estructuras propias de los órganos respiratorios en la piel.

#### Caso Clínico

Presentamos el caso de una mujer de 43 años con una lesión eritematosa discretamente infiltrada en región preesternal desde su infancia que en ocasiones exudaba pequeñas cantidades de líquido claro. Ante la posibilidad de que la lesión estuviese en comunicación con estructuras más profundas, se decidió realizar un escáner y una fistulografía en los que no se apreció la existencia de trayecto fistuloso alguno. Se realizó una exéresis simple de la lesión y al examen histológico encontramos una formación quística dérmica constituida por epitelio cilíndrico pseudoestratificado de tipo respiratorio y numerosas formaciones glandulares adyacentes. También se observaban aislados fascículos de músculo liso y una estructura recubierta de epitelio plano poliestratificado que correspondería al trayecto que fistulizaba al exterior.

#### Conclusión

Con estos datos, se estableció el diagnóstico de quiste broncogénico, una patología rara difícil de diferenciar por su aspecto clínico de otras lesiones guísticas o neoplásicas de la piel.

> Palabras Clave Tumor benigno

#### QUERATOSIS LIQUENOIDE CRÓNICA

Arantxa López Pestaña, Anna Tuneu Valls, José Zubizarreta Salvador, Carmen Lobo Morán, Patricia Eguino Gorrochategui, Cristina López Obregón, María López Nuñez, Begoña Aseginolatza Zabaleta. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia

#### Introducción

La gueratosis liquenoide crónica (KLC) es una dermatosis poco frecuente de curso crónico y progresivo. Se caracteriza por la presencia de pápulas de color rojo oscuro, descamativas, que adoptan un patrón lineal y/o reticular, distribuídas en el dorso de miembros y glúteos. El estudio histológico muestra hiperqueratosis, paragueratosis, atrofia epidérmica alternando con áreas de acantosis y un infiltrado liquenoide, con afectación predominante del infundíbulo. Su etiología es desconocida. La respuesta al tratamiento es mala, aunque se han observado mejorías con fototerapia, retinoides orales y calcipotriol tópico. Se presenta un caso de KLC y su respuesta a los tratamientos ensayados.

#### Caso Clínico

Mujer de 54 años que acudió a nuestro servicio en 1996 para valoración de lesiones papulosas, eritemato-escamosas, con disposición lineal, ligeramente pruriginosas, a nivel de brazos y muslos, que se habían iniciado 20 años antes. La biopsia cutánea mostró hiperqueratosis, paraqueratosis, atrofia epidérmica y un infiltrado liquenoide. En los años siguientes las lesiones se fueron extendiendo por extremidades, cue-Ilo, abdomen y glúteos, provocando cada vez mayor prurito. La paciente ha sido tratada con corticoides y derivados de la vitamina D tópicos y foterapia, con leve mejoría. La adherencia al tratamiento ha sido irregular, y hasta el momento no desea otro tratamiento sistémico.

#### Discusión

La KLC es una enfermedad poco habitual, de la que hemos encontrado 62 casos en la literatura. El principal diagnóstico diferencial se plantea con el liguen plano. De hecho, para algunos autores se debería considerar una variante clínica de este proceso. Sin embargo, en la KLC las lesiones tienen una disposición lineal y/o reticular característica, el prurito es leve, son resistentes a los corticoides orales y su evolución es más crónica. Todo ello nos permite etiquetarla como una entidad independiente.

> Palabras Clave Queratosis liquenoide crónica. Tratamiento. Fototerapia.

#### TRICORREXIS NODOSA LOCALIZADA ADQUIRIDA

Zuriñe Martínez de Lagrán, Mª Rosario González Hermosa, Elvira Acebo Mariñas, Mireya Lázaro Serrano, José Luis Díaz-Pérez. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Cruces (Vizcaya).

#### Introducción

La tricorrexis nodosa (TN), también denominada triconodosis es la alteración estructural más frecuente del tallo piloso. Se debe a la pérdida, en ciertas áreas, de la cubierta cuticular, lo que deja al descubierto y sin protección a las células de la corteza, haciéndolas más susceptibles a la rotura. Clínicamente el pelo es frágil y presenta formaciones nodulares blanquecino-grisáceas. Bajo microscopía óptica la separación y deshilachamiento de las células corticales en las zonas de fractura provoca un característico aspecto de "pincel". Existen tres variantes: TN proximal, distal y localizada.

#### Caso Clínico

Varón de 24 años. Desde hacía 3 años había notado que un mechón de pelo en la línea de implantación frontal derecha, no crecía al mismo ritmo que el resto del cabello y se rompía con mucha facilidad. A la exploración, la zona afectada presentaba un aspecto deslustrado, con cabellos cortos, quebradizos y con puntos blanquecinos en su interior. No había alteraciones cutáneas de base, salvo una leve alopecia androgenética de patrón masculino. El paciente negaba la aplicación de productos tópicos o traumatismos repetidos sobre la zona, y sólo refería que, por motivos de estudios, había utilizado con mucha frecuencia un

flexo de luz que incidía directamente sobre la zona alterada. Se realizó un tricograma, compatible con TN.

#### Discusión

Lo habitual es que la TN aparezca en cabellos normales, pero sometidos a agresiones externas excesivas y repetidas, tanto físicas como químicas. En ciertas patologías asociadas con fragilidad capilar (aciduria argininosuccínica, síndrome de Menkes, moniletrix, síndrome de Netherton...), la TN puede desarrollarse ante traumatismos mínimos. No existe un tratamiento específico, salvo evitar el daño mantenido sobre el cabello.

> Palabras clave Pelo

#### PLACAS ERITEMATOSA SIMÉTRICAS EN PIRÁMIDE NASAL

Victoria Lezcano Biosca, Verónica de Diego Pericas, Pablo Juberías Gutierrez, Cristina Corredera Carrión, Herminio Giménez Serrano, Maria Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. **Departamento de Dermatología. H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza** 

#### Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica, con un amplio espectro de manifestaciones clínicas , siendo una de las "grandes imitadoras", por lo que es necesario tener en cuenta para su diagnóstico las características clínicas, radiológicas, analíticas e histopatológicas.

#### Caso Clínico

Paciente de 69 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, glaucoma e hiperglucemia, que consulta por lesiones simétricas a ambos lados de pirámide nasal con sensación urente, de 2 meses de evolución, mialgias y pérdida de peso.

A la exploración destacan dos placas eritemato-violáceas, discretamente infiltradas, de límites bien definidos.

Se solicitan analíticas, mantoux, pruebas epicutáneas y serologías, sin encontrarse alteraciones. La biopsia cutánea evidencia una reacción granulomatosa epitelioide con linfocitos distribuidos de forma irregular y escasas células plasmáticas , Pas y Ziehl negativo.

A los 2 meses de nuestra valoración inicial , la paciente presenta molestias oculares, siendo diagnosticada de uveítis.

Se repiten controles analíticos, observándose elevación de ECA e hipercalcemia, asi como la biopsia, con hallazgos similares a la previa.

En la radiografía de torax se aprecia

patrón intersticial con adenopatías hiliares bilaterales.

Con la sospecha diagnóstica de sarcoidosis se remite al Servicio de Medicina Interna, donde se confirma diagnóstico con gammagrafía + SPECT.

#### Discusión

Las lesiones cutáneas fueron el primer marcador de la enfermedad pero la biopsia de las mismas no presentó el patrón histológico típico de la sarcoidosis ( tubérculos desnudos).

Se revisaran los patrones histológicos menos comunes de la sarcoidosis asi como el diagnóstico diferencial de los granulomas no infecciosos.

Palabras Clave Enfermedad sistémica. Diagnóstico

#### PANICULITIS NEUTROFÍLICA ASOCIADA A SÍNDROME MIELODIS-PLÁSICO.

J Zubizarreta, A Tuneu, A López-Pestaña, B Aseginolatza, P Eguino, C Lobo\*, C López Obregón, M López Núñez. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Donostia. Donostia- San Sebastián

#### Introducción

El síndrome mielodisplásico en un desorden clonal preleucémico de la médula ósea que afecta especialmente a personas mayores de 50 años. Los pacientes con discrasias sanguíneas, entre ellas el síndrome mielodisplásico, pueden desarrollar erupciones cutáneas neutrofílicas tipo síndrome de Sweet .

#### Caso clínico

Un varón de 64 años diagnosticado en noviembre de 2006 de un síndrome mielodisplásico con exceso de blastos, con monosomía del cromosoma 7 y blastosis periférica, fue remitido a dermatología por un cuadro febril de días de evolución asociado a lesiones cutáneas poco sintomáticas. Presentaba una veintena de pápulas y nódulos de menos de 2 cm, localizados en tronco, muslos, brazos, antebrazos y dorso de manos. En la analítica destacaba una hemoglobina de 7.6 gr/dl, 5.000 plaquetas, 2490 leucocitos (860 neutrófilos).

La biopsia cutánea de dos lesiones mostró una paniculitis neutrofílica de disposición predominantemente lobulillar. El cultivo fue negativo.

Las lesiones cutáneas desaparecieron a los pocos días de un tratamiento esteroideo, reapareciendo nuevas lesiones al suspenderlos y respondiendo al reiniciarlos.

#### Discusión

La paniculitis neutrofílica es un proceso poco frecuente que se encuadra dentro de las dermatosis neutrofílicas. Clínicamente se caracteriza por brotes de nódulos subcutáneos. Hispatológicamente muestra un infiltrado neutrofílico lobulillar, que debe diferenciarse de otros tipos de paniculitis, y de la paniculitis septal que se asocia a algunos casos de síndrome de Sweet y del eritema nodoso.

La paniculitis neutrofilica lobulillar ha sido descrita en pacientes con artritis reumatoide y más raramente asociada a síndrome mielodisplásico. Responde muy rápidamente a esteroides sistémicos como ocurrió en nuestro caso.

Palabras clave

Dermatosis neutrofilica. Paniculitis neutrofílica. Síndrome mielodisplásico

18

## SÍNDROME DE ROBO VASCULAR EN PACIENTE CON FÍSTULA ARTERIOVENOSA

P Eguino Gorrochategui, JM Egaña Barrenechea\*, C López Obregón, M López Núñez, J Zubizarreta Salvador, B Aseginolatza Zabaleta, A López Pestaña, A Tuneu Valls. Servicios de Dermatología y Cirugía Vascular\*. Hospital Donostia. San Sebastián.

#### Introducción

Los accesos vasculares para hemodiálisis conllevan una serie de complicaciones poco frecuentes, entre las que se encuentra la isquemia por síndrome de robo vascular.

Este síndrome obedece a la reversión del flujo en la arteria distal a la fístula, debido a la caída en la resistencia producida por la fístula al llevar sangre al sistema venoso de baja presión. Aunque este fenómeno es frecuente en los pacientes portadores de una fístula arteriovenosa, el porcentaje en el que el robo es clínicamente importante es bajo, del orden del 1 al 5%.

#### Caso Clinico

Paciente de 53 años, trasplantada renal desde hacía 5, que tenía una fístula arteriovenosa en antebrazo derecho, ya que antes había estado en hemodiálisis. Había comenzado a fumar un año antes. Fue enviada a nuestras consultas porque desde hacía 6 meses, a raíz de una herida en pulgar derecho, refería eritema y dolor a la palpación en los dos primeros dedos de mano derecha, con onicolisis asociada. El dolor se localizaba principalmente a nivel subungueal, con exudación a la presión. Con sospecha de onicomicosis, se había tomado previamente un cultivo de la uña, aislándose Candida parapsilopsis.

A la exploración era llamativo el dolor al mínimo roce. Se tomó un nuevo cultivo y a la espera del resultado, la paciente acudió al servicio de Urgencias por empeoramiento, extirpándose la uña. Ante la persistencia de la sintomatología, se sospechó una etiología isquémica secundaria a la fístula. Fue derivada al servicio de Cirugía vascular, donde le realizaron una ligadura de la fístula, desapareciendo el dolor.

#### Conclusiones

El síndrome de robo vascular asociado a fístula arteriovenosa es poco frecuente, pero puede tener consecuencias graves, como la amputación. En los pacientes portadores de fístula arteriovenosa se consideran factores de riesgo para desarrollar este fenómeno aquellos que dificulten el riego en la zona distal a la fístula, como la arteriosclerosis obliterante periférica, la arteriopatía diabética, o la edad.

Palabras Clave Hemodiálisis. Fístula. Isquemia.

## MALFORMACIÓN LINFÁTICA MACROQUÍSTICA EN NIÑO TRATADA CON OK-432

Pretel Irazabal M., Aguado Gil, Leyre, Ruiz-Carrillo Ramirez G, Marqués Martin L, Martinez De la Cuesta A\*, Casellas M#, Sánchez-Carpintero I. **Departamentos de Dermatología y Radiologia\*. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.** # Clínica San Miguel, Pamplona.

#### Introducción

Las malformaciones linfáticas son anomalías congénitas del desarrollo de los vasos linfáticos. Por su crecimiento expansivo e infiltrante pueden ocasionar deformidades importantes, sobre todo las localizadas en la región cervico-facial. Se clasifican en dos subtipos: microquísticas y macroquísticas. Esta diferencia tiene importantes implicaciones terapéuticas

#### Material y Métodos

Presentamos el caso de un niño de 11 meses con una malformación linfática macroquística localizada en brazo derecho, presentes desde los 8 meses de edad, al que se le realizó tratamiento con escleroterapia intralesional con OK-432 (Picibanil®), con buena evolución.

#### Discusión

Las malformaciones linfáticas son lesiones benignas. Pueden causar importantes deformidades y alteraciones funcionales. La excisión quirúrgica completa es muchas veces difícil y las recurrencias frecuentes. El OK-432 es un preparado de bacterias muertas (Streptococcus pyogenes) liofilizadas que se ha usado con éxito como esclerosante intralesionalmente en malformaciones linfáticas macroquísticas.

#### Conclusión

La inyección intralesional de OK-432

representa una alternativa segura y efectiva para el tratamiento de malformaciones linfáticas. Es una alternativa que debe valorarse en los pacientes con malformaciones linfáticas macroquísticas.

Palabras Clave Malformación. Linfática. Macroquística. OK-432

#### ENFERMEDAD DE BOWEN DE TIPO PAPILOMATOSO

Mireya Lázaro Serrano, Juan Antonio Ratón Nieto, Belén Navajas Pinedo, Irati Allende Markixana, Bruno Blaya Álvarez, Jose Luis Díaz Pérez. **Servicio de Dermatología**. **Hospital de Cruces**. **Barakaldo**. **Bizkaia**.

#### Introducción

La variante papilomatosa representa la variedad clínico-patológica menos frecuente de la enfermedad de Bowen, con escaso número de casos descritos en la literatura hasta la fecha.

#### Caso Clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 84 años sin antecedentes personales de interés, que consultaba por una lesión tumoral en la mejilla izquierda, de 2 años de evolución. La lesión había crecido más rápidamente en los últimos 3 meses y había sangrado ocasionalmente tras el roce. En la exploración física se apreciaba una masa tumoral exofítica eritematosa, friable, de 1,5 cm de diámetro. Tras realizar afeitado de la lesión, el examen histológico reveló la presencia de un papiloma escamoso con intensa displasia sin signos de infiltración dérmica.

#### Discusión

La variante papilomatosa de la enfermedad de Bowen se presenta clínicamente como una lesión tumoral bien delimitada, exo y/o endofítica, a veces queratósica, cuya localización más frecuente es la cabeza y el cuello. En el estudio histológico, destacan la presencia de queratinocitos atípicos con un halo perinuclear prominente, proyecciones papilomatosas, un grado variable de hipergranulosis y ausencia de focos de regresión o discontinuidad histológica. En el diagnóstico diferencial se incluyen principalmente la variante verrucosa-hiperqueratótica de la enfermedad de Bowen y el carcinoma epidermoide (especialmente, de tipo verrucoso). El curso clínico y el tratamiento no difieren del de otras formas de enfermedad de Bowen.

#### Conclusión

Presentamos un nuevo caso de enfermedad de Bowen papilomatoso, dada la escasa frecuencia de esta entidad clínicopatológica en la literatura.

> Palabras Clave Enfermedad de Bowen

#### CARCINOMA EPIDERMOIDE SOBRE QUERATOSIS SEBORREICA: PRE-SENTACIÓN DE UN CASO

Lucía Carnero González, Ricardo Soloeta Arechavala, María Asunción Arregui Murua, Irene García Río, Izáskun Trébol Urra, Itziar Arrúe Michelena, Nagore Arbide Del Río\*, Ricardo González Pérez. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

#### Introducción

La queratosis seborreica es uno de los tumores epidérmicos benignos más frecuentes que encontramos en nuestra práctica clínica. Su transformación maligna es excepcional.

#### Caso clínico

Mujer de 94 años de edad que acudió a nuestra consulta por una tumoración en abdomen de 30 años evolución, que en los últimos meses había aumentado de tamaño produciéndole dolor y sangrado. A la exploración se observaba una queratosis seborreica de 12 centímetros, sobre la cual crecían varias tumoraciones mamelonadas sangrantes. Se realizó extirpación completa de la lesión más cierre por planos y sutura directa bajo anestesia local. El examen histológico reveló dentro de la queratosis seborreica una zona de transición a carcinoma epidermoide.

#### Discusión

La queratosis seborreica es una neoplasia epidérmica benigna que raramente se asocia a otras lesiones de la piel, y menos aún con lesiones malignas. Dentro de estas asociaciones, lo más frecuente es que la lesión se encuentre adyacente o contigua a la queratosis seborreica, siendo excepcional la degeneración maligna de ésta. En estos casos la incidencia es mayor en varones con lesiones de larga evolución y con predominio en cabeza y cuello así como en otras áreas fotoexpuestas. Se piensa que en la queratosis seborreica existe una alteración en la expresión de diversas proteínas implicadas en la regulación del ciclo celular, lo que provocaría la aparición de otros tumores.

Palabras clave Tumor maligno

## EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE CARCINOMA EPIDERMOIDE TRAS SU EXTIRPACIÓN

Cristina Corredera, Verónica de Diego, María Victoria Fuentelsaz, Ricardo Martín, María Pilar Grasa, Franciso José Carapeto. **Departamento de Dermatología**. **H.C.U. Lozano Blesa**. **Zaragoza**.

#### Introducción

El carcinoma epidermoide es el segundo en frecuencia de los tumores malignos de la piel, después del carcinoma basocelular. Tiene la capacidad de infiltrar, destruir localmente y metastatizar por vía linfática, siendo infrecuente la diseminación hematógena.

#### Caso Clínico

Varón de 76 años que presenta induración y dolor en raíz de extremidad superior y zona pectoral izquierdos, dolores óseos y malestar generalizado en el contexto de una leucemia linfática crónica de 13 años de evolución. Presentaba además, adenopatías cervicales desde hacía 7 años y axilares izquierdas dolorosas desde hacía meses.

El paciente fue intervenido hace 1 año de epitelioma espinocelular en zona pectoral izquierda, sin afectación de los márgenes.

La biopsia cutánea de la zona pectoral indurada muestra infiltración subepidérmica de carcinoma escamoso poco diferenciado sin afectación de los márgenes.

La gammagrafía ósea que revela la existencia de metástasis óseas múltiples, por lo que se realiza búsqueda del tumor primario responsable, no encontrándose otra causa más que el citado carcinoma espinocelular.

#### Conclusión

La existencia de adenopatías atribuibles en un principio al proceso linfoproliferativo

dificulta enormemente la detección precoz de una recidiva tumoral escamosa cutánea por parte del dermatólogo, existiendo además, una mayor agresividad de dicha neoplasia cutánea en pacientes que padecen tumores hematológicos.

> Palabras clave Tumor maligno. Carcinoma epidermoide.

#### CARCINOMA VERRUCOSO FACIAL: DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS

Izaskun Trébol Urra, Ricardo González Pérez, MªAsun Arregui Murua, Irene García Rio, Lucia Carnero González, Itziar Arrue Michelena, Blanca Catón Santaren\*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica\*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava.

#### Introducción

El carcinoma verrucoso es una variante clínicopatológica de carcinoma escamoso de bajo grado de malignidad, que puede afectar la piel, la mucosa anogenital y la mucosa orofaríngea. Su aspecto clínico verrucoso, su lento crecimiento y su aparente benignidad histológica condicionan en muchas ocasiones un retraso en su diagnóstico, especialmente si aparece en localizaciones atípicas.

#### Casos Clínicos

Caso 1: Paciente de 45 años que consultó por una tumoración en mentón de 2 cm., crateriforme e indurada al tacto que había crecido en los últimos 6 meses.

Caso 2: Paciente de 74 años de edad que acudió a nuestras consultas por una tumoración verrucosa en región temporal derecha de 4 cm. y más de 2 años de evolución.

La extirpación completa del tumor y su estudio histopatológico en ambos casos fue compatible con el diagnóstico de carcinoma verrucoso. La PCR para la identificación de virus del papiloma humano 6, 11, 16, 18, 31 y 33 resultó negativa.

#### Discusión

Atendiendo a su localización anatómica se distinguen 4 tipos de carcinoma verrucoso: oral, anogenital, plantar y localizado en otras regiones (papillomatosis

cutis carcinoides). La localización facial es muy infrecuente y únicamente hemos encontrado 2 casos publicados. En su etiopatogenia se han implicado factores químicos, la inflamación crónica y el VPH. En otros casos publicados de localizaciones atípicas no se ha demostado la presencia de VPH al igual que nuestros casos; lo cual puede plantear la posibilidad de que en la aparición de carcinomas verrucosos de esta localización -fotoexpuesta- estén implicados otros factores patogénicos, principalmente la radiación ultravioleta, como sucede en otros carcinomas escamosos cutáneos

Palabras Clave Tumor maligno.

#### HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Irene García Río, Ricardo González Pérez, Mª Asun Arregui Murua, Izaskun Trébol Urra, Lucia Carnero González, Itziar Arrue Michelena, Julia De Diego Rivas\*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica\* Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

#### Introducción

El Histiocitoma fibroso maligno (HFM) es el sarcoma más frecuente en el adulto. Histológicamente se distinguen 5 tipos: la forma pleomorfica, la angiomatoide, la mixoide, la de células gigantes y la inflamatoria.

#### Caso Clínico

Varón de 19 años que acudió por una lesión de 5 meses de evolución, de crecimiento progresivo, localizada en la región interna del muslo derecho. A la exploración se apreciaba una lesión tumoral de 3,5 x 3cm. de diámetro, ulcerada en su porción central. El resto de la exploración física, así como las pruebas complementarias realizadas fueron normales. En la histopatología se demostró a nivel de dermis y tejido subcutáneo una proliferación de células fusiformes que se disponían en fascículos y en algunas zonas adoptaba un patrón estoriforme. Asimismo se evidenciaban áreas de pleomorfismo nuclear y células mutinucleadas. La inmunohistoquímica mostraba positividad para vimentina y S-100 y negatividad para CD34, actina, queratinas AE1-AE3, EMA, HMB-45 y MELAN-A. El diagnóstico fue de fibrohistiocitoma maligno pleomorfico.

#### Comentario

Nuestro caso plantea 2 cuestiones interesantes. Por un lado, su aparición a una edad muy infrecuente -19 años-, ya que habitualmente surge entre los 50 y 70 años. Y por otro, a nivel histológico, su localización en dermis y tejido subcutáneo, respetando fascia v músculo.

> Palabra clave Tumor maligno.

#### PÁPULAS LIQUENOIDES FLEXURALES: MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD DE GALLI- GALLI.

Inés García-Salces, \*Carlos Hörndler, Rosa García-Felipe, Milagros Sánchez, Ignacio Querol Nasarre. Servicios de Dermatología y \*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

#### Introducción

La enfermedad de Galli-Galli es una genodermatosis rara, descrita inicialmente por Bardach en 1982 en dos hermanos de los que tomó el apellido para denominarla. Esta "nueva enfermedad" parecía manifestar características clínicas e histológicas mixtas entre las enfermedades de Dowling-Degos (EDD), Grover, Darier y Hailey- Hailey.

Muy pocos casos han sido comunicados en la literatura desde entonces, por lo que en la actualidad la Enfermedad de Ga-Ili-Galli, más que una entidad independiente, es considerada una variante acantolítica de EDD, siendo ambas clínicamente indistinguibles.

#### Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de 28 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, en la que desde hacía 2 años habían comenzado a aparecer pápulas pigmentadas inquinales y en pliegue interglúteo, con posterior afectación de la región cervical posterior y, más recientemente, a ambas flexuras antecubitales.

La biopsia reveló hiperplasia de crestas epidérmicas con incremento de la pigmentación basal, asociado a acantolisis suprabasal no disqueratósica.

#### Discusión

Analizamos las características de la Enfermedad de Galli- Galli, teniendo en cuenta su polimorfismo clínico y su diagnóstico diferencial histológico con otras dermatosis acantolíticas.

> Palabras Clave Genodermatosis. Pigmentación.

## PENFIGO CRÓNICO BENIGNO FAMILIAR TRATADO MEDIANTE APLICACIÓN DE LÁSER CO2

Laura Marques Martín, Leyre Aguado Gil, Maider Pretel Irazabal, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Agustín España Alonso. **Clínica Universitaria de Navarra**.

#### Introduccion

El pénfigo crónico benigno familiar (enfermedad de Hailey-Hailey) es un trastorno autosómico dominante. Se caracteriza por ampollas flácidas y erosiones en el cuello, así como en áreas intertriginosas, sobre todo las axilas y las ingles. Pueden desarrollarse lesiones vegetantes húmedas malolientes y fisuras. Los síntomas de esta enfermedad pueden interferir con las actividades del paciente. Solo los métodos ablativos consiguen remisiones duraderas (excisión, criocirugia, dermoabrasión...).

#### Casos Clínicos

Presentamos los casos de cuatro pacientes de entre 41 y 60 años, sin respuesta a tratamientos antibióticos, antimicóticos ni a corticoides (orales y/o tópicos), que recibieron tratamiento mediante láser de CO<sub>2</sub>, dos pases a una intensidad de 20 w / cm<sup>2</sup>. En algunos, se realizó un tercer pase a una intensidad de 18 w/cm<sup>2</sup>. La reepitelización fue casi total a los veinte días de la intervención. Estos pacientes han seguido una evolución muy satisfactoria, con desaparición casi total de sus brotes.

#### Discusión

La razón por la cual los métodos ablativos son eficaces no está del todo clara. La re-epidermización con queratinocitos de los anejos cutáneos que no expresan el defecto molecular, y la formación de tejido

cicatricial en la dermis, son dos hipótesis propuestas.

#### Conclusiones

La aplicación de laser CO<sub>2</sub> parece ser un tratamiento eficaz para la enfermedad de Hailey-Hailey.

Palabras Clave Genodermatosis. Terapéutica física.

#### ENFERMEDAD AMPOLLOSA EN LACTANTE

Pablo Juberías, Victoria Lezcano, Verónica De Diego, Victoria Fuentelsaz, Herminio Giménez, MP Grasa, Francisco José Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico y Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

#### Introducción

Las enfermedades ampollosas adquiridas de la infancia son entidades poco prevalentes, dentro de las cuales las más frecuentes son la dermatosis IgA lineal, el penfigoide ampolloso juvenil y la dermatitis herpetiforme. El tratamiento de todas ellas se basa en la utilización de corticoides sistémicos asociados a sulfona.

#### Caso Clínico

Lactante varón de 3 meses de vida, sin antecedentes personales, que presenta, desde hace 3 semanas, inicio de lesiones puntiformes en manos y pies, y desde hace 5 días, lesiones eritematosas en rosetas con bordes sobreelevados con vesículas y ampollas tensas periféricas en pétalos de rosa en tronco, extremidades, manos y pies, sin afectación de mucosas ni del estado general.

En la biopsia cutánea se aprecia tendencia al despegamiento epidérmico con un infiltrado inflamatorio dérmico difuso constituido por neutrófilos y eosinófilos. En la IFD se aprecian depósitos basales de IgG y C3. También se aprecia una marcada eosinofilia periférica.

Se inicia tratamiento con corticoides sistémicos a dosis altas combinada con cloxacilina, remitiendo el cuadro en un periodo de 3 meses.

#### Discusión

Clínicamente el penfigoide ampolloso

juvenil puede ser indistinguible de la enfermedad ampollosa crónica infantil (dermatosis IgA lineal). De hecho algunos autores la consideran que ambas enfermedades son idénticas en cuanto a su etiopatogenia.

También cabe destacar el difícil control de la enfermedad en nuestro caso a pesar del tratamiento corticoideo a altas dosis.

Palabras Clave Enfermedad ampollosa

28

#### PENFIGOIDE AMPOLLOSO DE LEVER PARANEOPLÁSICO

Verónica de Diego Pericas, Pablo Juberías Gutiérrez, Victoria Lezcano Biosca, Herminio Giménez Serrano, J. Lázaro\*, María Pilar Grasa Jordán, Franciso José Carapeto. **Departamentos de Dermatología y Anatomía Patológica\***. H.C.U. **Lozano Blesa. Zaragoza**.

#### Introducción

El penfigoide ampolloso es la enfermedad ampollosa subepidérmica autoinmunitaria más común y afecta principalmente a personas ancianas. Aunque podría relacionarse con la edad avanzada del paciente, parece existir mayor riesgo de presentar determinadas neoplasias malignas.

#### Caso Clínico

Mujer de 72 años, que acudió a urgencias por presentar desde hacía 15 días, lesiones ampollosas tensas y pruriginosas, en la cara interna de antebrazos, muslos y mucosa oral. Reconocía también, pérdida de peso y episodios de febrícula vespertina, todo ello precedido de un cuadro de prurito generalizado y lesiones habonosas fugaces de 5 meses de duración.

Se ingresó para estudio, destacando únicamente: moderada eosinofilia periférica, elevación de reactantes de fase aguda y sangre oculta en heces positiva. En la fibrocolonoscopia se halló un Adenocarcinoma de colon, sin signos de enfermedad a distancia en el TAC. La biopsia cutánea corroboró la sospecha de Penfigoide Ampolloso de Lever y la IFD demostró depósitos lineales de IgG. En espera de ser intervenida quirúrgicamente, fue tratada con corticoides orales y tópicos obteniendo una pobre respuesta, pero, tras la realización de una hemicolectomía derecha y, completada una pauta de Prednisona oral, alcanzó la

curación completa hasta el día de hoy.

#### Conclusiones

Ante el diagnóstico de Penfigoide Ampolloso hay que tener en cuenta la posibilidad de coexistencia con una neoplasia maligna, pues podría ayudar a su detección precoz, como en ocurrió en este caso.

La buena evolución tras la extirpación del tumor apoya que se tratase realmente de un cuadro paraneoplásico.

> Palabras clave Enfermedad ampollosa. Tumor maligno.

## ESTUDIO DEMOSCÓPICO SOBRE EL USO DE PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO ENTRE LOS DERMATÓLOGOS DE LA SECCIÓN VASCO-NAVARRA-ARAGONESA-RIOJANA (SVNAR) -RESULTADOS-

Marcos Hervella Garcés<sub>1</sub> Amaya Larumbe Irurzun<sub>2</sub> Mª Eugenia Iglesias Zamora<sub>2</sub> Juan Ignacio Yanguas Bayona<sub>2</sub> Manuel Gállego Culleré<sub>2. 1</sub>Unidad de Dermatología. Hospital de Estella.<sub>2</sub>Servicio de Dermatología. Hospital de Navarra

#### Objetivo y Métodos

Retratar la situación de la Dermatología de Contacto en la SVNAR. Estudio elaborado a partir de un cuestionario anónimo entregado en la última reunión territorial (Logroño, 5 Mayo 2007), con diversas preguntas sobre el manejo de enfermos con dermatitis y el uso de las pruebas de contacto.

#### Resultados

Participaron 56 dermatólogos, que trabajan sobre todo en hospitales públicos o en la actividad mixta.

Ante un paciente con sospecha de dermatitis de contacto, 18% de los encuestados lo estudia él, 25% lo deriva al alergólogo y el resto lo envía a un dermatólogo experto. Un 37% declara que usa las pruebas de contacto habitualmente, y un 38% no las usa. El número pruebas realizadas es muy variable; sólo 6 individuos (11%) aplican 75 o más al año.

La mitad de los que usan pruebas emplea sólo el TRUE test como serie estándar, y se observan algunas incongruencias en el uso de alergenos específicos.

#### Discusión

Es arriesgado generalizar conclusiones porque las pautas de trabajo son variables incluso entre profesionales de un mismo perfil académico o un mismo centro sanitario, y más con cuatro servicios de salud diferentes. Por otro lado, existe un sesgo de selección en la encuesta: participaron pocos

dermatólogos de práctica sólo privada, debido a que no asistieron a la reunión en la que se desarrolló.

Parece que pocos dermatólogos se sienten capacitados para estudiar a los enfermos con dermatitis de contacto: a menudo los remiten a alergología, y son muchos los que no usan o ponen muy pocas pruebas de contacto (38 y 31%, respectivamente). Además, su aplicación es subjetiva, como se deduce del uso del TRUE test y alergenos comunes.

Las necesidades más referidas son formación, más tiempo de consulta, más medios, creación de unidades específicas, y mejoras organizativas y de las contraprestaciones de los seguros médicos. Un 58% de los encuestados nunca ha participado en las reuniones del GEIDAC, y la queja más común es la falta de información sobre sus actividades.

#### Conclusiones

Este estudio sugiere que la dermatología de contacto se encuentra poco desarrollada en la SVNAR, aunque no hay datos de otros colectivos dermatológicos con los que compararla.

> Palabras Clave Epidemiología. Dermatitis de contacto

# DE DE SERVICIO DE

#### LOS PACIENTES SIEMPRE VIENEN A PARES

Iñigo Martinez de Lizarduy, Olatz Lasa Elgezua, Ana Sánchez Diez, Maria José Calderón Gutiérrez, Jesús María Careaga Alzaga. **Hospital de Basurto, Bilbao** 

#### Introducción

Presentamos dos casos de una enfermedad poco común como la reticulohisticitosis multicentrica (RHM), vistos en el plazo de 2 meses.

#### Material y Metodos

Paciente con artropatía, derivada por Reumatología , por presentar lesiones cutáneas en manos.

Paciente lúpica derivada por Reumatología por sospecha de vasculitis en dedos de manos.

Se realizan estudios histológicos y TAC.

#### Resultados

Se confirma el diagnostico de RHM y se descubre un Carcinoma de Ovario subyacente en una de las pacientes.

#### Conclusiones

Es frecuente que las patologías infrecuentes se repitan en la consulta, en un corto espacio de tiempo.

Palabras Clave Enfermedad sistémica.

AS
5
•
•
······································



	NOTAS			
	9			
,				



