

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



Zaragoza · 24 de octubre de 2009



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

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

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

Zaragoza, 24 de octubre de 2009

Hotel Boston. Zaragoza

PROGRAMA

10:15 horas. Entrega de documentación.

10:30 Asamblea General Ordinaria de la Sección VNAR.

ORDEN DEL DIA

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

11:00 horas. Conferencia.

DIEZ PREGUNTAS AL EXPERTO

Dr. D. José Luis Cisneros Vela

12:30 horas. Comunicaciones libres. Moderadora: Dra. Estrella Simal Gil.

- pág.
- 9 ■ **MANOS Y PIES EN MECÁNICO COMO SIGNO DE MIOSITIS**
Marqués Martín L, Ruiz-Carrillo Ramírez G, Navedo de las Heras M, Giménez de Azcárate Trivez A, Redondo Bellón P, Aguado Gil L. Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.
- 10 ■ **SÍNCOPE DE REPETICIÓN**
V. Morillo, P. Manrique, I. Zabalza*, F. Mendoza**, E. De la Puerta***, G. Letamendi***, JL. Artola, A. Arechalde. Hospital de Galdakao. Vizcaya
- 11 ■ **POLIANGITIS MICROSCÓPICA CON PÚRPURA PALPABLE Y AFTAS ORALES**
Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Maider Pretel Irazabal, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Enrique Ornilla Larauogoitia*, Miguel Ángel Idoate Gastearena**, Departamentos de Dermatología, Reumatología* y Anatomía Patológica**, Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.
- 12 ■ **TOFOS GOTOSOS EN MANOS**
Ane Jaka Moreno, Cristina López Obregón, María López Nuñez, Nerea Ormaechea Pérez, José Zubizarreta Salvador, Arantxa López Pestaña, Anna Tuneu Valls, Begoña Aseginolatza Zabaleta. Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia.
- 13 ■ **PRURIGO PIGMENTOSO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**
Cristina Corredera, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Mariano Ara Martín, María Pilar Grasa Jordán, Francisco José Carapeto. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 14 ■ **HIPERTRICOSIS CUBITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

M^ª Concepción Montis Palos, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Ricardo González Pérez, Itziar Arrue Mitxelena, Sofía Goula Fernández, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

15 ■ **UN NUEVO CASO DE ALOPECIA LIPEDEMATOSA.**

Susana Gómez Muga, Juan Antonio Ratón Nieto, Salome Alvarez Sanchez , Mireya Lazaro, Aitor De Vicente Eizaguirre, Libe Aspe Unanue. Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

16 ■ **AUSENCIA DE CORRELACIÓN CLÍNICA, HISTOLÓGICA E INMUNOLÓGICA EN EL PÉNFIGO VULGAR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.**

Giménez de Azcárate Trivez A., Ruiz-Carrillo Ramírez G., Marqués Martín L., Navedo de las Heras M., España Alonso A. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

17 ■ **ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO EN GESTANTE**

Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Silvia Martinez Soriano, Marta Lorda Estés, Mariano Ara Martín, M^ª Pilar Grasa Jordán y F.J Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

18 ■ **SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ.**

Izaskun Trébol Urrea, Ricardo González Pérez, Itziar Arrue Michelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Lucía Carnero González, Nieves Saracibar Oyon* y Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

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

16:00 horas. Comunicaciones libres. Moderador: Dr. F. Javier García Latasa de A.

19 ■ **DISQUERATOSIS ACANTOLÍTICA PAPULAR**

Lucía Carnero González, Elvira Acebo Mariñas, Itziar Arrue Michelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, María Concepción Montis Palos, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

20 ■ **TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS.**

Andrés Palacios Abufón, Xavier Eizaguirre Uriarte, Nerea Agesta Sánchez, Aitor de Vicente Aguirre, Susana Gómez Muga, Izaskun Ocerin Guerra. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

21 ■ **ONICOMATRICOMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

M^ª Asunción Arregui Murua, Miren Marquina Iñarrairaegui*, José M^ª Arrinda Yeregui**, Enrique Pedro Cormenzana Lizarribar***. Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián. Servicios de Dermatología*, Anatomía Patológica** y Cirugía General*** Hospital de Bidasoa. Hondarribia. Guipúzcoa.

22 ■ **TRATAMIENTO DE UN HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPANOLOL EN EL CONTEXTO DE UN SÍNDROME DE PHACES**

Irati Allende Markixana, M^a Rosario González Hermosa, Libe Aspe Unanue, Jose Luis Díaz Ramon, Ahizpea Echevarria Barona*, Aurora Navajas Gutiérrez*. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.* Servicio de Oncología pediátrica. Hospital de Cruces, Baracaldo Vizcaya.

23 ■ LINFOMA NO HOGKIN-T SUBCUTÁNEO SIMILAR A PANICULITIS

María Navedo De Las Heras, María Pilar Gil Sánchez, Carlos Panizo Santos¹, Javier Pardo Mindan². Departamento de Dermatología. ¹Departamento de Hematología. ²Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona.

24 ■ MELANOMA VAGINAL

Pilar Manrique Martinez, Leire Andrés Alvarez*, Juan Luis Artola Igarza, Victoria Morillo Montañés**, Maximina Martín Mateo, Ana aretxalde Perez, Ibon Bilbao badiola, Amaia Mariscal Polo. Servicios de Dermatología, Anatomía Patológica* y Ginecología**. Hospital Galdakao Usansolo. Galdakao.

25 ■ CARCINOMA BASOCELULAR DE BORDE PALPEBRAL TRATADO CON TERAPIA FOTODINÁMICA EVALUADO MEDIANTE CIRUGÍA DE MOHS.

Juan Luis Artola Igarza, Pilar Manrique Martinez, Victoria Morillo Montañés, Ana Arechalde Perez, Ibón Bilbao Badiola, Amaia Mariscal Polo, Inmaculada Barredo Santamaría, Alberto Saiz López. Hospital Galdakao Usansolo. Galdakao-Bizkaia.

26 ■ DERMATITIS DEL SOFÁ CHINO

Arantxa López-Pestaña, Anna Tuneu Valls, Carmen Lobo Morán*, Begoña Aseginolatz Zabaleta, María López-Núñez, Agustín Gurrea Guerra**. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia. Dermatólogo. Ambulatorio de Irún**.

27 ■ GRANULOMA ALÉRGICO DE CONTACTO TIPO "SARCOIDEO" POR PENDIENTES"

Ricardo González Pérez, Concepción Montis Palos, Zuriñe Martínez de Lagrán, Itziar Arrue Mitxelena, Izaskun Trébol Urra, Lucía Carnero González, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

28 ■ CELULITIS ABSCESIFICADA POR STREPTOCOCO PNEUMONIAE

Autores: Silvia Martinez Soriano, Marta Lorda Espes, Victoria Fuentelsaz delBarrio, Cristina Corredera Carrión , Mariano Ara Martín, Soledad Albo Gonzalo, María Borrás Maño, Prof.F.J. Carapeto. Servicios de Dermatología y Microbiología HCU "Lozano Ble-sa" de Zaragoza

29 ■ LESIONES TUMORALES PERIANALES Y GENITALES EN PACIENTE VIH+

Izaskun Ocerin Guerra, Jesús Gardeazabal Garcia , Olatz Lasa Elguezua, Belen Navajas Pinedo, Irati Allende Markixana , Mireia Lazaro Serrano.

30 ■ PATOLOGÍA IMPORTADA. MICETOMA

M^a Luisa Zubiri Ara*, Ramiro Alvarez Alegret**, Carmen Yus Gotor**, Ascensión Pascual Catalán***, Antonio Rezusta Lopez****, Carlos Olivares Arnal*****, Nieves Porta Aznarez**. Servicios de Dermatología*, Anatomía Patológica**, Medicina Interna***, Microbiología****, Cirugía Plástica*****. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

- 31 ■ **LEISHMANIASIS AMERICANA CUTÁNEA: UN CASO CON DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS.**
Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Cristina Corredera Carrión, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Mariano Ara Martín, Rosa Baldellou Lasierra, Cristina Seral García, Francisco Carapeto Márquez del Prado. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
- 32 ■ **LARVA CURRENS**
Nerea Ormaechea-Pérez; Cristina López-Obregón; María López-Núñez; Ane Jaka-Moreno; Anna Tu-neu-Valls; Arantxa López-Pestaña; Begoña Aseguinolaza-Zabaleta. Servicio Dermatología. Hospital Donostia. Donostia, Guipúzcoa.

17:45 horas. Clausura de la reunión.

MANOS Y PIES EN MECÁNICO COMO SIGNO DE MIOSITIS

Marquès Martín L, Ruiz-Carrillo Ramírez G, Navedo de las Heras M, Giménez de Azcárate Trivez A, Redondo Bellón P, Aguado Gil L. Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción

Las manifestaciones cutáneas pueden ser marcadores importantes en el diagnóstico de distintas enfermedades sistémicas.

Material y métodos

Paciente de 30 años que acude a consulta para valoración de lesiones cutáneas hiperqueratóticas en manos y pies fisuradas de 3 meses de evolución. A la exploración física minuciosa se aprecia un discreto eritema periocular con edema facial y tumefacción de falanges. En la anamnesis por aparatos destaca la sintomatología musculoesquelética (artralgias, debilidad de cintura escapular y pelviana), sintomatología respiratoria (disnea y tos seca) y síndrome constitucional (astenia y pérdida de 5 kg de peso).

Resultados

La analítica presenta una elevación de enzimas hepáticos y musculares, con ANAs y anti-Ro positivos a títulos altos. Los anticuerpos anti-Jo1 y FR son negativos. En el TAC torácico se aprecia afectación intersticial bilateral con patrón en vidrio deslustrado, que ocasiona una alteración en la capacidad de difusión. El EMG muestra signos de denervación activa en musculatura proximal y la RMN corrobora inflamación a nivel del manguito de rotadores izquierdo. La biopsia muscular es diagnóstica de miopatía autoinmune.

Discusión

Las manos en mecánico son un marcador clásico de síndrome antisintetasa. En el caso que presentamos la correlación clínica y serológica nos orienta a realizar un diagnóstico diferencial entre dicha entidad y un síndrome de solapamiento dermatomiositis/LES. Ante lesiones compatibles con manos en mecánico (y en nuestro caso "pies en mecánico") es necesario no sólo pensar en una dermatosis profesional/psoriasis, sino descartar una posible miositis, realizando el diagnóstico diferencial entre las secundarias a PM-DM (síndrome antisintetasa) o las miositis que acompañan a enfermedades del tejido conectivo (síndrome de solapamiento).

Palabras Clave
Enfermedad sistémica

SÍNCOPES DE REPETICIÓN

V. Morillo, P. Manrique, I. Zabalza*, F. Mendoza**, E. De la Puerta***, G. Letamendi***, J.L. Artola, A. Arechalde. Hospital de Galdakao. Vizcaya

Introducción

Las mastocitosis pertenecen al grupo de las llamadas “enfermedades raras”. Por ello es difícil que los médicos en general, posean la experiencia suficiente para enfocar de forma adecuada su diagnóstico, su tratamiento y la prevención de los episodios de liberación de mediadores mastocitarios.

Caso clínico

Paciente de 47 años. No presentaba antecedentes personales de interés, aunque sí reconocía sentirse “nervioso” a causa de la muerte de su hermano hacía escasos meses.

En los últimos cuatro meses había presentado tres síncope, uno de ellos con pérdida de conciencia, sin una causa clara. Por tal motivo, había sido ingresado en la UCI, servicio de Cardiología y controlado en el servicio de Neurología. Todas las exploraciones realizadas fueron normales.

Discusión

En el seno de una mastocitosis, los cuadros anafilácticos o el colapso vascular con riesgo vital se dan en un 22% de pacientes adultos, sin embargo en éstos, la piel se afecta hasta en un 85% de los casos, motivo por el cual, el papel del dermatólogo es decisivo para el diagnóstico.

Palabrea clave

Enfermedad sistémica. Miscelánea

POLIANGITIS MICROSCÓPICA CON PÚRPURA PALPABLE Y AFTAS ORALES

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Maider Pretel Irazabal, Laura Marqués Martín, María Navedo de las Heras, Ana Giménez de Azcárate Trivez, Enrique Orquilla Laraudogoitia*, Miguel Ángel Idoate Gastearena**. Departamentos de Dermatología, Reumatología* y Anatomía Patológica**, Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción

La poliangitis microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica necrotizante de pequeño vaso. La PAM se caracteriza por hemorragia pulmonar y glomerulonefritis. Presenta frecuentemente manifestaciones cutáneas, que han podido ser infravaloradas.

Material y métodos

Mujer de 62 años que presentaba un cuadro de artritis poliarticular de 3 meses de evolución. Hace un mes le aparecieron lesiones purpúricas con tendencia a ulcerarse en la piel de manos y pies y aftas orales. Hace 3 semanas presentó varios episodios de rectorragia. En los últimos días presentaba además un cuadro constitucional y disnea de moderados esfuerzos.

Se realizó biopsia de las lesiones purpúricas cutáneas, estudio de la función renal, de autoinmunidad, TAC tóraco-abdominal y biopsia renal.

Resultados

En la biopsia cutánea se apreció una vasculitis necrotizante. En el estudio realizado destacaba la presencia de proteinuria, glomerulonefritis proliferativa extracapilar con ausencia de depósitos inmunes, patrón en vidrio deslustrado bilateral en el TAC torácico y C-PR3-ANCA positivo.

Con el diagnóstico de PAM, se inició

tratamiento con dosis altas de corticoides y bolus mensuales de ciclofosfamida.

Discusión

Las características del grupo de las vasculitis asociadas a ANCA se superponen. Una vasculitis de pequeños vasos con afectación sistémica, pauciinmunitaria, sin signos de afectación granulomatosa en vías respiratorias, sin asma ni eosinofilia, orienta al diagnóstico de PAM.

Las manifestaciones cutáneas de la PAM son frecuentes y pueden aparecer al inicio del cuadro. La exploración y el estudio histopatológico cutáneos pueden llevar al diagnóstico y tratamiento precoces.

Palabras clave

Vasculitis. Púrpura palpable. ANCA.

TOFOS GOTOSOS EN MANOS

Ane Jaka Moreno, Cristina López Obregón, María López Nuñez, Nerea Ormaechea Pérez, José Zubizarreta Salvador, Arantxa López Pestaña, Anna Tuneu Valls, Begoña Aseginolatz Zabaleta. **Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia.**

Introducción

La gota es una enfermedad metabólica en la que los cristales de urato monosódico se depositan en diversos tejidos. Se distinguen tres fases evolutivas: la hiperuricemia asintomática, los episodios recurrentes de artritis gotosa aguda y la gota crónica con formación de tofos.

Caso clínico

Mujer de 71 años, fumadora e hipertensa, que consultó por úlceras e inflamación sin artralgias, en dedos de ambas manos, de una semana de evolución. Había recibido tratamiento antibiótico sin mejoría.

En la exploración presentaba en varios dedos de ambas manos, tumefacción con depósitos blanco-amarillentos a nivel de las falanges distales. Algunas lesiones estaban ulceradas y drenaban un material denso pseudo-purulento cuyo examen directo mostró cristales de ácido úrico. Se diagnosticó de tofos gotosos y se instauró tratamiento con colchicina y dieta. Al mes únicamente persistían los depósitos blanco-amarillentos y una leve hiperuricemia.

Discusión

Sólo el 15% de los casos de gota se inician a partir de los 60 años y la mayoría de éstos en mujeres, siendo frecuente la aparición de tofos gotosos en las manos como primera manifestación clínica¹. Predomina en mujeres posmenopáusicas debido al

efecto uricosúrico de los estrógenos y en ancianas tratadas con diuréticos.

El diagnóstico se basa en la demostración de cristales de ácido úrico.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con otros nódulos subcutáneos como calcinosis cutánea, nódulos reumáticos y pseudogota.

El tratamiento se realiza con colchicina y alopurinol o uricosúricos de mantenimiento.

El interés del caso reside en que es una entidad poco frecuente y en la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con otras lesiones nodulares de las manos.

Palabras clave
Miscelánea

PRURIGO PIGMENTOSO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

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

Introducción

El prurigo pigmento es una enfermedad inflamatoria cutánea descrita por primera vez en 1971 en una mujer joven japonesa. Desde entonces la mayoría de los casos se presentan en pacientes japoneses y son pocos los casos en personas procedentes de otros países.

Caso clínico

Mujer de 26 años de edad sin antecedentes patológicos, presenta erupción cutánea pruriginosa de 3 semanas de evolución. Las lesiones comenzaron en región intermamaria, y ocuparon, en brotes sucesivos, diferentes zonas del tronco. Refería ausencia de otros síntomas sistémicos y en las semanas previas no existía exposición solar, episodio infeccioso, ni toma de fármaco. Sólo había seguido una dieta más o menos estricta, con la que había perdido unos 10 kilos de peso. A la exploración física, en escote, mamas, zona intermamaria, línea alba superior, zonas costales y zona posterior de cuello, máculas y pápulas eritematosas, vesículas serosas, y pequeñas costras que siguen una distribución reticulada, alternando con áreas de piel sana, y zonas de hiperpigmentación reticulada residual. Biopsia: zonas de espongiosis con formación de vesículas espongióticas. En dermis superficial, infiltrado perivascular linfocitario con excitosis de algunos linfocitos a epidermis.

Discusión

La patogenia de esta enfermedad es desconocida, y de todas las asociaciones más o menos aisladas que han sido descritas (sudoración, infecciones, fármacos, luz solar, problemas nutricionales), la pérdida de peso es lo único destacable en nuestra paciente. Los fármacos más usados son la dapsona y las tetraciclinas. El cuadro cedió con minociclina 100mg/día, 3 semanas, y actualmente solo persiste hiperpigmentación reticulada residual.

Palabras Clave
Miscelánea

HIPERTRICOSIS CUBITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M^ª Concepción Montis Palos, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Ricardo González Pérez, Itziar Arrue Mitxelena, Sofía Goula Fernández, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

Introducción

La hipertricosis cubital es una entidad poco frecuente, familiar o esporádica, que se manifiesta por un exceso de vello localizado en la superficie de extensión del tercio distal del brazo y el tercio proximal del antebrazo, de forma simétrica. En la mitad de los casos aparece de forma aislada, constituyendo únicamente un problema estético, pero el otro 50% puede asociarse a anomalías como talla baja.

Caso clínico

Niña de 5 años, con dermatitis atópica como único antecedente de interés. Durante la exploración en la primera consulta realizada en nuestro servicio, apreciamos una abundante cantidad de vello en ambos codos, de 3- 4 cm de longitud, áspero y de color rubio. La piel subyacente era normal. Los padres referían que este hallazgo estaba presente desde los 2 años y no existían familiares afectos. No se observaban zonas de hipertricosis a otros niveles y tanto el desarrollo pondo-estatural como intelectual eran normales. Se solicitó una analítica sanguínea (incluyendo hormonas tiroideas y sexuales) que no mostró resultados patológicos y se descartó cualquier otra anomalía asociada, considerándose por tanto la hipertricosis como un hallazgo aislado.

Discusión

La hipertricosis cubital es una forma

congénita localizada de hipertricosis. A pesar de ser muy pocos los casos descritos en la literatura, probablemente esta entidad esté infradiagnosticada. El aspecto más importante, aunque infrecuente, es descartar la existencia de anomalías asociadas.

Palabras Clave
Pelo

UN NUEVO CASO DE ALOPECIA LIPEDEMATOSA

Susana Gómez Muga, Juan Antonio Ratón Nieto, Salome Alvarez Sanchez ,
Mireya Lazaro, Aitor De Vicente Eizaguirre, Libe Aspe Unanue. **Hospital de
Cruces, Baracaldo, Vizcaya.**

Introducción

La alopecia lipedematosa (AL) y el cuero cabelludo lipedematoso (CCL) son dos entidades muy poco frecuentes, que se basan en el aumento de grosor del tejido graso subcutáneo del cuero cabelludo. La primera asocia además una alopecia. Hasta la fecha solo se han descrito 16 casos de AL y 12 de CCL.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 56 años de raza caucásica sin antecedentes médicos de interés que presentaba una placa de alopecia de 4,2 por 2,5 cm en vertex de 6 meses de evolución, con una textura algodonosa y esponjosa al tacto. Realizamos una ecografía que mostraba un engrosamiento del tejido graso subcutáneo a ese nivel, además tomamos una biopsia que descartaba otros tipos de alopecia, confirmandose el diagnostico de AL.

Conclusión

Presentamos un nuevo caso de alopecia lipedematosa para dar a conocer esta rara entidad y que sea tenida en cuenta dentro del diagnostico diferencial de las alopecias.

Palabras Clave
Pelo

AUSENCIA DE CORRELACIÓN CLÍNICA, HISTOLÓGICA E INMUNOLÓGICA EN EL PÉNFIGO VULGAR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Giménez de Azcárate Trivez A., Ruiz-Carrillo Ramírez G., Marqués Martín L., Navedo de las Heras M., España Alonso A. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Introducción

El pénfigo es una enfermedad ampollosa autoinmune que puede afectar la piel y/o las mucosas. Existen dos subtipos principales, pénfigo vulgar (PV) y pénfigo foliáceo (PF), que se diferencian por sus características clínicas, histológicas e inmunológicas.

Material y métodos

Presentamos dos pacientes con afectación de PV y una falta de correlación clínica, histológica e inmunológica.

Resultados

En el primer caso la clínica y la histología eran propias de PV pero en ausencia de afectación mucosa y únicamente con anticuerpos anti-desmogleína 1 (Dsg-1). Durante el seguimiento se realizó una nueva biopsia que fue compatible con PF. Nuestro segundo paciente presentaba clínica e histológicamente PV, con positividad para los anticuerpos frente a Dsg-1 y Dsg-3. Durante su evolución observamos negativización mantenida de los anticuerpos frente a Dsg-3 y una nueva biopsia mostró datos histológicos conjuntos de PV y PF. Nunca ha presentado afectación de mucosas.

Discusión

Recientemente se han descrito casos como los arriba citados que nos muestran que en realidad el diagnóstico y el mecanismo patogénico del pénfigo son más complejos de lo que se pensaba, existiendo

muchas veces características superpuestas entre ellos o, como está ya descrito, transiciones entre las diferentes formas.

Conclusión

En el diagnóstico del pénfigo es necesario un abordaje amplio, que incluya correlación clínica, histológica e inmunológica, ya que de lo contrario podemos errar en el diagnóstico. Así mismo, sería necesaria la valoración seriada de dichos parámetros dado que pueden variar a lo largo del seguimiento del paciente.

Palabras clave

Diagnóstico. Enfermedad ampollosa

ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO EN GESTANTE

Victoria Fuentelsaz del Barrio, Cristina Corredera Carrión, Silvia Martínez Soriano, Marta Lorda Estés, Mariano Ara Martín, M^º Pilar Grasa Jordán y F.J. Carapeto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción

El eritema anular centrífugo (EAC) consiste en lesiones eritematosas, pruriginosas y anulares que crecen periféricamente cuyo centro se aclara. Histológicamente se distinguen dos formas: superficial y profunda. El diagnóstico diferencial incluye el de los eritemas figurados. Su patogenia sigue siendo de origen desconocido. Presentamos el caso de una paciente que desarrolló el EAC durante el embarazo y discutimos sobre los diferentes factores que influyen en su desarrollo durante la gestación.

Caso clínico

Paciente de 36 años en el 7º mes de gestación que acude a urgencias por presentar lesiones cutáneas de 5 meses de evolución. Se trataba de lesiones eritematosas formando placas policíclicas que seguían un patrón anular con zonas arciformes de avance con borde sobreelevado y zonas de aclaramiento central distribuidas por muslos, piernas, brazos y alguna aislada en tronco. Las lesiones eran discretamente pruriginosas. Se realizó biopsia cutánea donde se apreció un infiltrado linfocitario perivascular superficial con zonas de paraqueratosis y espongirosis aislada.

Con el diagnóstico de eritema anular centrífugo se inició tratamiento con corticoides tópicos sin que las lesiones mejoraran, apareciendo algunas más progresivamente. Sin embargo, tras el parto las

lesiones involucionaron rápidamente.

Discusión

Se han descrito en la literatura solamente 3 casos de eritema anular centrífugo durante la gestación que evolucionaron de la misma forma que nuestro caso, con la desaparición de las lesiones inmediatamente después del parto. Por tanto, se ha atribuido esta patología a factores hormonales, metabólicos, vasculares o inmunológicos propios de la gestación que pueden influir en la respuesta inflamatoria de la piel.

Palabras clave

Eritema anular centrífugo. Gestación.

SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ.

Izaskun Trébol Urra, Ricardo González Pérez, Itziar Arrue Michelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Lucía Carnero González, Nieves Saracibar Oyon* y Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

Introducción

El síndrome de Birt-Hogg-Dubé es una genodermatosis rara, de incidencia desconocida y penetrancia variable, que se transmite con un patrón de herencia autosómico dominante. Clínicamente se manifiesta con una tríada de lesiones cutáneas consistente en fibrofolliculomas, tricodiscomas y acrocordones, a la que se asocia un aumento del riesgo de padecer quistes pulmonares, neumotórax espontáneo y cáncer renal.

Casos clínicos

Mujer de 73 años de edad que consultó por la presencia de múltiples pápulas normocoloreadas faciales de años de evolución. La biopsia cutánea de una de las pápulas fue compatible con tricodiscoma. Una hija fue estudiada en nuestro servicio confirmándose la presencia de tricodiscomas. Se realizó estudio genético detectándose una mutación en el exón 9 del gen BHD en ambas pacientes, confirmándose la sospecha clínica de síndrome de Birt-Hogg-Dubé. Tanto las ecografías como las placas de tórax realizadas para descartar afectación renal y pulmonar al diagnóstico y durante el seguimiento han sido normales.

Discusión

El síndrome de Birt-Hogg-Dubé se produce por una mutación del gen BHD situado en el brazo corto del cromosoma 17, que produce la desactivación de la proteína

foliculina, que podría tratarse de una proteína supresora de tumores. Las lesiones pleuro-pulmonares y renales condicionan el pronóstico y es necesario realizar un seguimiento para detectar precozmente las patologías graves relacionadas con este síndrome. Las lesiones cutáneas pueden tratarse por motivos estéticos, habiendo obtenido en nuestros casos buena respuesta mediante láser de CO2.

Palabras clave

Genodermatosis. Síndrome de Birt-Hogg-Dubé.

DISQUERATOSIS ACANTOLÍTICA PAPULAR

Lucía Carnero González, Elvira Acebo Mariñas, Itziar Arrue Michelena, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, María Concepción Montis Palos, Blanca Catón Santarén*, Ricardo Soloeta Arechavala. **Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica***. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.

Introducción

La disqueratosis acantolítica papular es una enfermedad rara que se caracteriza clínicamente por pápulas queratósicas blanquecinas en el área genital, e histológicamente por hiperqueratosis con paraqueratosis, acantolisis y queratinocitos disqueratóticos. Fue descrita por primera vez en 1984, habiéndose publicado menos de 20 casos hasta la actualidad.

Caso clínico

Mujer de 58 años que consultaba por lesiones pruriginosas en cara interna de muslos, periné y área genital de 2 meses de evolución. A la exploración se observaban pápulas blanquecinas en labios mayores y zona perianal que confluían formando un reticulado. La biopsia mostraba una dermatosis acantolítica con disqueratosis sin componente inflamatorio y la inmunofluorescencia directa fue negativa, lo cual en ausencia de antecedentes personales o familiares de Enfermedad de Darier o Enfermedad de Hailey-Hailey, apoyaba el diagnóstico de dermatosis acantolítica del área vulvocrural.

Discusión

La disqueratosis acantolítica papular suele ser asintomática o presentarse con prurito intenso. Aparece sobre todo en mujeres en la zona de la vulva aunque también se ha descrito en varones en el pene.

El tratamiento es médico con corticoides tópicos y sistémicos, retinoides, y en algunos casos crioterapia, electrocoagulación o extirpación de las lesiones.

Palabras clave
Miscelánea.

TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Andrés Palacios Abufón, Xavier Eizaguirre Uriarte, Nerea Agesta Sánchez, Aitor de Vicente Aguirre, Susana Gómez Muga, Izaskun Ocerin Guerra. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Introducción

La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH) o Enfermedad de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad autosómica dominante, relativamente común, caracterizada por telangiectasias y malformaciones arterio-venosas que afectan a piel, mucosas y vísceras. Presentamos dos casos que seguimos en nuestro centro.

Caso clínico

Se trata de dos pacientes diagnosticados de THH en la juventud, por epistaxis de repetición e historia familiar positiva y que fueron remitidos a nuestras consultas para valoración y seguimiento de lesiones vasculares en piel y cavidad oral. Presentaban múltiples angiomas y telangiectasias de predominio en región facial y mucosa oral, junto con malformaciones arteriovenosas en otros órganos. Uno de ellos ha requerido la extirpación simple y/o electrocoagulación de las lesiones de la cavidad oral por hemorragia profusa.

Discusión

La THH es una enfermedad, genéticamente heterogénea, relativamente común (frecuencia de 1/5000-10000 personas), que se produce por una anomalía de la estructura vascular y cuya expresión fenotípica es variable (incluso en miembros de la misma familia). La primera manifestación suele ser la epistaxis en la infancia o

juventud, pudiendo afectar a otros órganos (pulmón, SNC, gastrointestinal o hepático), lo que puede implicar mayor gravedad al cuadro. El tratamiento consiste en controlar los síntomas locales y sistémicos, vigilancia de las lesiones y medidas para prevenir las complicaciones asociadas a malformaciones arteriovenosas.

Conclusiones

Las manifestaciones clínicas más importantes de la THH se deben a hemorragias y/o afectación de diversos órganos. A pesar de que la afectación cutánea es frecuente, no suele ser motivo de consulta habitual para el dermatólogo.

Palabras clave

Enfermedad vascular. Enfermedad sistémica.

ONICOMATRICOMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M^a Asunción Arregui Murua, Miren Marquina Iñarrairegui*, José M^a Arrinda Yeregui**, Enrique Pedro Cormenzana Lizarribar***. Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián. Servicios de Dermatología*, Anatomía Patológica** y Cirugía General*** Hospital de Bidasoa. Hondarribia. Guipúzcoa.

Introducción

El onicomatricoma es un tumor benigno raro de la matriz ungueal descrito por primera vez por Baran y Kint en 1992. Desde entonces se han publicado menos de 50 casos. Presenta unas características clínicas e histológicas específicas. Su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica, llegando al mismo tras su extirpación y estudio anatomopatológico.

Caso clínico

Varón de 47 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, mecánico de profesión, que consultó por lesión en la uña del primer dedo de la mano derecha asintomática de 4 años de evolución. A la exploración presentaba engrosamiento longitudinal de borde neto en la porción lateral de la misma de coloración gris-amarillenta. Ante la sospecha clínica de onicomatricoma se realizó extirpación de la lesión confirmando el diagnóstico con el estudio histológico.

Comentario

El onicomatricoma se caracteriza clínicamente por engrosamiento longitudinal de la lámina ungueal con una excesiva curvatura transversal, coloración amarillo-blanquecina, múltiples orificios en el borde libre distal de la uña engrosada y hemorragias en astilla en la zona proximal. Al extirpar la uña se objetiva un tumor

filamentoso con proyecciones digitales en el extremo proximal. Histológicamente es un tumor fibroepitelial. Posiblemente sea más frecuente de lo que se describe en la literatura, no diagnosticándose porque no se piensa en él y en ocasiones, por lo dificultoso que resulta el estudio histológico de la uña.

Palabras clave

Uña. Tumor benigno

TRATAMIENTO DE UN HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL EN EL CONTEXTO DE UN SINDROME DE PHACES

Irati Allende Markixana, M^a Rosario González Hermosa, Libe Aspe Unanue, Jose Luis Díaz Ramon, Ahizpea Echevarria Barona*, Aurora Navajas Gutiérrez*. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.* Servicio de Oncología pediátrica. Hospital de Cruces, Baracaldo Vizcaya.

Introducción

El hemangioma infantil (HI) es el tumor benigno más frecuente de la infancia, siendo la incidencia estimada de un 4-5%. Un subgrupo de niños con HI presentan anomalías estructurales adicionales asociadas. El síndrome de PHACES es un síndrome neurocutáneo que representa la expresión clínica de defectos vasculares y neurológicos tales como malformaciones de la fosa posterior, alteraciones arteriales, alteraciones cardíacas y coartación de la aorta, alteraciones oculares y depresión esternal o rafe supraumbilical.

Caso clínico

Presentamos el caso de una lactante femenina de 9 meses, natural y procedente de Suecia, nacida a término con peso adecuado tras un embarazo sin incidencias y con diagnóstico de Síndrome de PHACES. Presentaba hemangioma facial derecho en territorio de la primera rama del trigémino y hemangioma dorsal derecho asociados a múltiples anomalías vasculares en territorio carotídeo derecho y síndrome de Morning-Glory.

A los 3 meses de edad, debido al crecimiento progresivo de los hemangiomas y a la afectación palpebral del ojo derecho, inició tratamiento con Propranolol. Presentó una respuesta satisfactoria (regresión del hemangioma)

sin objetivarse efectos secundarios reseñables, respuesta que, a día de hoy persiste.

Discusión

El manejo del hemangioma del Sd. PHACES no difiere del tratamiento habitual de los HI. El tratamiento de elección clásico de los HI faciales de gran tamaño o con complicaciones son los corticoides. Otros tratamientos utilizados son: vincristina, interferon alfa, glucocorticoides intralesionales, imiquimod al 5%, láser de colorante pulsado y tratamiento quirúrgico.

En los últimos años, han surgido algunas publicaciones, aunque escasas por el momento, sobre el uso del propranolol. Presentamos un caso de síndrome de PHACES con buena respuesta a propranolol.

Palabras clave
Tratamiento sistémico.
Tumor benigno.

LINFOMA NO HOGKIN-T SUBCUTÁNEO SIMILAR A PANICULITIS

María Navedo De Las Heras, María Pilar Gil Sánchez, Carlos Panizo Santos1, Javier Pardo Mindan2. Departamento de Dermatología. 1Departamento de Hematología. 2Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción

El linfoma de células T subcutáneo similar a paniculitis es un grupo heterogéneo de linfomas con comportamientos muy variables.

Material y métodos

Paciente de 74 años con un cuadro de meses de evolución caracterizado por febrícula, pérdida de peso (3-4 Kg) y brotes de lesiones asintomáticas en brazos, piernas, abdomen y cara que desaparecen en 48-76 horas sin dejar lesión residual y que aproximadamente brotan cada 15 días en lugares diferentes.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus diagnosticada hace 10 meses y anemia ferropénica en estudio

Resultado y discusión

Se realiza biopsia cutánea, resonancia magnética esqueleto entero, TAC torácico, gastroscopia, PET, morfología de sangre periférica, medulograma y H_cariotipo y FISH (MLL;11q23).

En la analítica realizada destaca una elevación de B-2 microglobulina, banda monoclonal de tipo IgG-Kappa y presencia de proteína de Bence Jones en orina.

El paciente es diagnosticado de LNH-T subcutáneo similar a paniculitis sin descartar que la anemia y los síntomas generales estén relacionados con el mismo por lo que se inicia tratamiento con corticoides orales

Conclusión

Presentamos este caso por ser una forma infrecuente de LNH-T cutáneo y para recordar que lesiones que pueden regresar espontáneamente no excluyen el diagnóstico de linfoma cutáneo

Palabra clave
Linfoma

MELANOMA VAGINAL

Juan Luis Artola Igarza, Pilar Manrique Martínez, Victoria Morillo Montañés, Ana Arechalde Perez, Ibón Bilbao Badiola, Amaia Mariscal Polo, Inmaculada Barredo Santamaría, Alberto Saiz López. Hospital Galdakao Usansolo. Galdakao-Bizkaia.

Introducción

El melanoma vaginal es un tumor maligno muy poco frecuente. Representa menos del 0,3% de todos los melanomas y el 3 % de todos los tumores malignos de la vagina. En general afecta a mujeres mayores de 60 años siendo frecuente como síntoma inicial el sangrado vaginal espontáneo o postcoital. El pronóstico es peor que en los casos de melanoma cutáneo variando la supervivencia de meses a 21 % a los 5 años. El tratamiento de elección es la cirugía.

Caso clínico

Mujer de 47 años que consulta en julio de 2008 a su ginecólogo por sangrado vaginal postcoital. Exploración ginecológica: tumoración polipoide localizada en cara lateral derecha de 1/3 superior de vagina que se biopsia con el diagnóstico anatomo-patológico de melanoma maligno. La colonoscopia, exploración urogenital, oftalmológica y dermatológica fue normal. La T.A.C cervicotorácica abdominopélvica fue negativo así como la PET-TAc. Se realizó extirpación quirúrgica con histerectomía radical con doble anexectomía, linfadenectomía laparoscópica y colpectomía. Posteriormente se inició tratamiento con quimioterapia y después del primer ciclo presentó convulsiones por metástasis cerebrales. La paciente fallece en enero de 2009.

Discusión

Hemos presentado el caso de una mujer con diagnóstico de melanoma vaginal primario con clínica y anatomía patológica típica. La paciente falleció a los 6 meses del diagnóstico.

Palabras clave

Tratamiento quirúrgico. Tratamiento sistémico. Tumor maligno

CARCINOMA BASOCELULAR DE BORDE PALPEBRAL TRATADO CON TERAPIA FOTODINÁMICA EVALUADO MEDIANTE CIRUGÍA DE MOHS.

Juan Luis Artola Igarza, Pilar Manrique Martínez, Victoria Morillo Montañés, Ana Arechalde Perez, Ibón Bilbao Badiola, Amaia Mariscal Polo, Inmaculada Barredo Santamaría, Alberto Saiz López. Hospital Galdakao Usansolo. Galdakao-Bizkaia.

Introducción

El carcinoma basocelular (C.B.) es un tumor que con gran frecuencia se presenta en una zona de la cara de vital importancia estética y funcional como es el párpado. La cirugía micrográfica de Mohs (C.M.M.) es la técnica estándar oro en el C.B. palpebral. En determinadas ocasiones se puede emplear la terapia fotodinámica (T.F.) en el tratamiento del C.B. de párpado siendo la necesidad de largos periodos de control para valorar la respuesta, un inconveniente para su indicación. Existen escasas referencias que emplean la T.F. en C.B. de párpado. Ninguna emplea la confirmación histológica para valorar la eficacia del tratamiento de la zona de forma horizontal como se realiza en C.M.M.. Presentamos una paciente con un C.B. de borde libre de párpado inferior tratado mediante T.F. y confirmamos la curación histológica con la extirpación de la zona mediante C.M.M. de lo que no tenemos referencia en la literatura.

Caso clínico

Mujer de 54 años con una tumoración 1,5 x 0,9 cm en el párpado inferior del ojo derecho. Tras la confirmación del diagnóstico de C.B. nodular mediante una biopsia por escisión tangencial, se procedió a realizar dos sesiones de T.F. con metilaminolevulinato (Metvix[®]) y luz roja (Aktilite CL128[®]). A los 3 meses realizamos una biopsia

mediante C.M.M. de toda la base donde asentaba el CB.

Comentario

La necesidad de seguimiento a largo plazo para comprobar la validez de la T.F. puede detraer de su empleo de forma habitual en localizaciones complejas como el párpado. En este sentido la confirmación mediante biopsia por cirugía de Mohs puede ser de utilidad para validar una técnica terapéutica en C.B. de párpado. Presentamos un caso de curación confirmada mediante C.M.M. de C.B. de borde palpebral mediante T.F.

Palabras clave

Diagnóstico. Tratamiento quirúrgico. Tratamiento topico. Tumor maligno

DERMATITIS DEL SOFÁ CHINO

Arantxa López-Pestaña, Anna Tuneu Valls, Carmen Lobo Morán*, Begoña Aseginolatz Zabaleta, María López-Núñez, Agustín Gurrea Guerra**. Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica*. Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia. Dermatólogo. Ambulatorio de Irún**.

Introducción

Los primeros casos de dermatitis del sofá chino fueron descritos en Finlandia en el año 2006. En el 2008 se identificó la posible causa, una alergia de contacto al dimetilfumarato, un fungicida usado para evitar la presencia de mohos durante el almacenamiento y transporte de los sofás.

Caso clínico

Varón de 63 años que presentaba desde hacía tres meses placas eritematosas, muy pruriginosas, en cara posterior de muslos, glúteos, espalda, V torácica y axilas, sin respuesta a corticoides tópicos ni orales. La biopsia cutánea mostró una dermatitis perivascular superficial con eosinófilos y espongiosis intraepidérmica. Se realizaron pruebas epicutáneas que fueron negativas. El paciente había comprado recientemente un sofá de cuero, pero refería que no era de procedencia china. Además lo cubría con una manta antes de sentarse. Dada la resistencia al tratamiento esteroideo, se administró metotrexato con resolución de las lesiones, aunque con reaparición de las mismas tras su suspensión. Finalmente el paciente decidió descoser el sofá, encontrando en su interior múltiples bolsitas que contenían un polvo blanco. Se realizó una prueba epicutánea con dimetilfumarato al 0'01%, siendo intensamente positiva. Tras retirar el sofá las lesiones han ido involucionando.

Discusión

El diagnóstico causal de una dermatitis de contacto puede ser muy difícil, aunque la localización de las lesiones es de gran ayuda. En la dermatitis del sofá chino, la temperatura del cuerpo y la sudoración probablemente aumentan la liberación del dimetilfumarato permitiendo la exposición y posterior sensibilización al alérgeno.

Palabras clave

Dermatosis eccematosa. Reacción por fármacos.

GRANULOMA ALÉRGICO DE CONTACTO TIPO "SARCOIDEO" POR PENDIENTES

Ricardo González Pérez, Concepción Montis Palos, Zuriñe Martínez de Lagrán, Itziar Arrue Mitxelena, Izaskun Trébol Urrea, Lucía Carnero González, Ricardo Soloeta Arechavala. Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

Introducción

Varios metales, al contactar con la piel o al introducirse en ella, pueden provocar la formación de granulomas bien sea por un mecanismo inmunológico o no.

Caso clínico

Varón de 11 años, sin antecedentes de interés, que consultó a su pediatra en Enero del 2008 por presentar desde hacía 3 años una pápula asintomática en el lóbulo de la oreja izquierda, surgida 3 meses después de la colocación de un pendiente. La lesión se extirpó en el Servicio de Cirugía General y el paciente fue remitido a nuestras consultas aportando un informe histológico de "infiltración granulomatosa proliferativa". Los patólogos revisaron de nuevo la biopsia, observándose características propias de una "infiltración granulomatosa tipo sarcoides", por lo que se solicitaron las pruebas complementarias pertinentes descartándose finalmente una sarcoidosis sistémica. Así mismo se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC y la de metales (Marti Tor), evidenciándose una sensibilización al cloruro de la paladio, cloruro de platino, amonio tetracloroplatinato y mercurio. Tras la determinación de metales mediante espectrometría de masa con fuente de plasma de acoplamiento inductivo en los 3 pendientes que aportó el paciente,

fue posible establecer el diagnóstico de "granuloma alérgico de contacto por paladio".

Discusión

El uso de pendientes "seguros" sin níquel, evidentemente, no evita la aparición de alergias por contacto con otros metales como el paladio. La sensibilización a este metal generalmente se manifiesta como un eczema, pero excepcionalmente puede inducir la formación de granulomas tipo sarcoides por un mecanismo de hipersensibilidad alérgica tipo IV.

Palabras clave

Miscelánea. Granuloma alérgico de contacto

CELULITIS ABSCESIFICADA POR STREPTOCOCO PNEUMONIAE

Autores: Silvia Martínez Soriano, Marta Lorda Espes, Victoria Fuentelsaz de Ibarrio, Cristina Corredera Carrión, Mariano Ara Martín, Soledad Albo González, María Borrás Maño, Prof.F.J. Carapeto. **Servicios de Dermatología y Microbiología HCU "Lozano Blesa" de Zaragoza**

Caso clínico

Varón de 57 años con antecedentes de carcinoma de laringe hace 2 años en tratamiento con quimioradioterapia que ingresa en nuestro servicio por celulitis abscesificada a nivel de muñeca derecha de 1 semana de evolución tratada previamente con analgésicos y antibióticos orales sin referir mejoría. A la exploración física se objetiva colección purulenta, fluctuante a tensión a nivel de región de estiloides cubital derecha que asienta sobre placa eritematoedematosa, caliente y dolorosa. No se objetiva puerta de entrada. Se realizó Rx de muñeca y mano derecha, ecografía de partes blandas, cultivo de pus del absceso siendo positivo para *S.pneumoniae*, así como Ag de neumococo en orina con resultado positivo.

El paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento instaurado con antibióticos sistémicos y tópicos además de antiinflamatorios.

Conclusión

S. Pneumoniae es un patógeno común en procesos sistémicos como neumonía, otitis y meningitis, sin embargo el aislamiento de dicho germen como agente causal de procesos infecciosos de piel y tejidos blandos es inusual.

Sin embargo, dichas infecciones no son tan infrecuentes en pacientes en estado de inmunodepresión o afectos de una patología crónica de base (como nuestro paciente

que recibía tratamiento radio-quimioterápico por cáncer de laringe).

Palabras clave
Infección bacteriana.

LESIONES TUMORALES PERIANALES Y GENITALES EN PACIENTE VIH+

Izaskun Ocerin Guerra, Jesús Gardeazabal García, Olatz Lasa Elguezua, Belen Navajas Pinedo, Iratí Allende Markixana, Mireia Lazaro Serrano.

Introducción

El virus herpes simple (VHS) en región genital y perianal normalmente se manifiesta en forma de lesiones ulcerosas. Sin embargo, en ocasiones puede presentarse como lesiones tumorales hipertróficas en pacientes inmunodeprimidos, dificultando mucho su diagnóstico.

Caso clínico

Varón 43 años, VIH + (CD4: 254). Presentaba lesiones ulcerosas perianales por VHS-2 de meses de evolución, recidivantes a pesar de tratamiento con aciclovir, fanciclovir y valaciclovir. Un mes después, sobre las lesiones inicialmente ulceradas comenzó a aparecer una lesión exofítica de crecimiento progresivo en margen anal izquierdo. Tras una biopsia no concluyente, la lesión fue extirpada ya que el comportamiento clínico sugería una tumoración maligna. El estudio anatomopatológico informaba de una posible infección pseudotumoral por Herpes Simple. Se tomó cultivo vírico confirmando infección por VHS-2. A las pocas semanas el paciente presentó nuevas lesiones exofíticas región anal y pubis. Inició tratamiento con valaciclovir dosis máximas (2gr cada 6 horas) durante 1 mes presentando una remisión completa de todas las lesiones. Actualmente continúa con dicho tratamiento a dosis descendientes permaneciendo libre de lesiones.

Discusión

El VHS en los pacientes VIH+ puede dar lugar a lesiones tumorales que recuerdan a neoplasias cutáneas y que requieren realizar un correcto diagnóstico diferencial. Se han descrito en la literatura muy pocos casos de herpes simple hipertrófico por lo que es necesario tenerla en cuenta para poder proporcionar un diagnóstico correcto y un tratamiento eficaz. Normalmente estos pacientes son tratados con antivirales pero en ocasiones es necesario acudir a la cirugía por falta de respuesta al tratamiento médico.

Palabrea clave
Infección vírica

PATOLOGÍA IMPORTADA. MICETOMA

M^a Luisa Zubiri Ara*, Ramiro Alvarez Alegret**, Carmen Yus Gotor**, Ascensión Pascual Catalán***, Antonio Rezusta Lopez****, Carlos Olivares Arnal*****, Nieves Porta Aznarez**. Servicios de Dermatología*, Anatomía Patológica**, Medicina Interna***, Microbiología****, Cirugía Plástica*****. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción

El micetoma, maduromicosis o pie de Madura es una infección crónica, localizada, causada por varias especies de hongos o actinomicetos, que suelen encontrarse en el suelo o las plantas; el microorganismo se introduce en la piel a través de una herida punzante. Clínicamente se manifiesta como una lesión nodular, indolora de crecimiento lento, que desarrolla pápulas y fístulas en su superficie, pudiendo producir tardíamente afectación ósea, suele localizarse en el pie, pantorrilla, mano.

Es frecuente en Méjico, centroamérica, Senegal, Venezuela, Sudán, India, Somalia, etc.

Caso clínico

Paciente varón de 33 años de raza negra, procedente de Senegal que es remitido al servicio de Traumatología por presentar de 9 meses de evolución 2 lesiones nodulares, no dolorosas de crecimiento lento en la zona metatarso-falángica del dorso del pie izdo, se realiza una Rx que es normal, se solicita una RM que no se realiza. Año y medio después el paciente presenta una lesión tumoral polilobulada de 5x6cm y otra lesión edematosa en la planta. Se realiza una RM observándose una tumoración dorsal y plantar con posible afectación ósea, diagnosticándose como tumor de células gigantes de la vaina tendinosa o fibromatosis agresiva. Se procede a la extirpación quirúr-

gica observándose en el estudio histológico una morfología inflamatorio-infecciosa con patrón de Micetoma, con presencia de hongos. En los estudios microbiológicos que se realizaron posteriormente no fue posible aislar el agente causal. Se inicia tratamiento con itraconazol y posteriormente con voriconazol y caspofungina con buena evolución de sus lesiones.

Conclusiones

El micetoma como otros cuadros infecciosos (lepra, cromoblastomicosis, etc) es una patología inusual en nuestro medio, siendo importante valorar donde ha vivido y viajado el paciente. Conocer el agente causal es fundamental ya que si se trata de un actinomicetes (actinomicetoma) el tratamiento será con antibióticos y si se un hongo (eumicetoma) se recomienda cirugía más antimicóticos.

Palabra clave
Enfermedad tropical.

LEISHMANIASIS AMERICANA CUTÁNEA: UN CASO CON DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS.

Marta Lorda Espés, Silvia Martínez Soriano, Cristina Corredera Carrión, Victoria Fuentelsaz del Barrio, Mariano Ara Martín, Rosa Baldellou Lasiearra, Cristina Seral García, Francisco Carapeto Márquez del Prado. **Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.**

Introducción

La Leishmaniasis del Nuevo Mundo es un tipo de parasitación poco frecuente en nuestro país pero el aumento de los viajes turísticos transcontinentales y los movimientos migratorios han provocado un aumento de casos en Europa.

Caso clínico

Presentamos 2 casos clínicos de un matrimonio de origen brasileño, residentes en España, que acuden al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar, un mes y medio después de regresar de Brasil, 2 lesiones nódulo-ulcerativas en ambas extremidades inferiores con adenopatías inflamatorias inguinales bilaterales en la mujer y su marido presentaba 3 lesiones en pierna izquierda y una en brazo derecho con adenopatías inguinales izquierdas y axilares derechas. Las adenopatías eran de gran tamaño, dolorosas, con febrícula y malestar general asociado en ambos. Tanto la biopsia cutánea, la visión directa y cultivo de las lesiones fueron negativas. La PCR para Leishmania fue positiva; confirmando la sospecha clínica de Leishmaniasis Americana cutánea.

Discusión

El diagnóstico de Leishmaniasis a pesar de la multitud de técnicas diagnosticas que disponemos, no es fácil. Su dificultad estriba en la propia biología que cada es-

pecie exhibe en su huésped. Revisando la literatura, existe una gran variabilidad de la sensibilidad en la investigación parasitológica sin existir una prueba diagnóstica "gold estándar." Presentamos este caso por la importancia de la confirmación del diagnóstico etiológico en la Leishmaniasis con el fin de decidir que opción terapéutica es la más conveniente para evitar la progresión a la forma clínica mucocutánea.

Palabras clave

Enfermedad tropical. Infestación.

LARVA CURRENS

Nerea Ormaechea-Pérez; Cristina López-Obregón; María López-Núñez; Ane Jaka-Moreno; Anna Tuneu-Valls; Arantxa López-Pestaña; Begoña Asegui-nolaza-Zabaleta. Servicio Dermatología. Hospital Donostia. Donostia, Guipúzcoa.

Introducción

Un amplio espectro de lesiones cutáneas están en relación con los viajes realizados al trópico. Se presenta el caso de un paciente con lesiones lineales tras volver de Vietnam.

Caso clínico

Varón de 54 años que acude por la aparición progresiva de lesiones lineales y serpiginosas, eritematosas, pruriginosas y migratorias en tronco, 2 meses después de volver de Vietnam. En la biopsia se observó inflamación con abundantes eosinófilos, los coprocultivos fueron repetidamente negativos y la analítica reflejó eosinofilia. Con estos datos se realizó el diagnóstico de larva currens. A pesar de recibir 20 mg de ivermectina en monodosis, a los 15 días aparecieron nuevas lesiones por lo que se repitió el mismo tratamiento. A las 3 semanas sufrió una nueva recidiva, siendo necesario administrar 400 mg de albendazol diarios, durante 5 días, consiguiendo finalmente la resolución de las lesiones y la normalización analítica.

Conclusión

Las lesiones cutáneas lineales tras volver del trópico plantean principalmente el diagnóstico diferencial entre larva migrans, larva currens y gnathostomiasis. La localización, longitud y rápida migración de las lesiones nos permitieron realizar el diag-

nóstico de larva currens. Se trata de una infección cutánea causada por *Strongiloides stercoralis*, caracterizada por la aparición progresiva de lesiones lineales eritematosas y pruriginosas en muslos, glúteos y tórax, que avanzan a una velocidad de hasta 5-10 cm/h y que son autolimitadas. El diagnóstico se apoya en la clínica, la eosinofilia y el coprocultivo, y el tratamiento de elección es la ivermectina a 200 µgramos/kg en monodosis.

Palabras clave
Enfermedad tropical.



Sede de la Reunión: Hotel Boston. Zaragoza

Con la colaboración de:

