

Logroño, 9 de marzo de 2018

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





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

Presidente: Dr. Mariano Ara Martín
Servicio de Dermatología
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza

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

9 de marzo de 2018
Hotel NH Herencia La Rioja
Marqués de Murrieta, 14
26005 Logroño



10:15 h: Entrega de documentación.

10:30 h: Comunicaciones libres. Moderadoras: Isabel Bernad Alonso y Patricia García Morrás. Servicio de Dermatología, Hospital San Pedro de Logroño.

11

HIPOQUERATOSIS PLANTAR CIRCUNSCRITA: DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS

Iñigo Aranguren López¹, Lidia Sobrevias Bonells¹, Arantxa López Pestaña¹, Susana Vildósola Esturo¹, María Asunción Arregui Murua¹, Iñaki Arias-Camisón Montero², José Zubizarreta Salvador¹

1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa)
2. Servicio de Anatomía Patológica, Clínica La Asunción, Tolosa (Gipuzkoa).

12

UN CASO DE DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA MDA5 POSITIVO QUE DESARROLLA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

Paulina Andrea Cerro Muñoz¹, Rosa García Felipe¹, M^a Luisa Zubiri Ara¹, Ana Morales Callaghan¹, Nieves Porta Aznárez¹, Luis Sáez Comet², Sandra Vicente Arregui³, Yolanda Gilaberte Calzada¹

Servicios de Dermatología 1, Medicina Interna (Unidad de Enfermedades Autoinmunes) 2 y Servicio de Anatomía Patológica 3. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

13

ÚLCERA INDOLORA EN NARIZ: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Adrià Panés-Rodríguez¹, James Anderson-Vildósola¹, Mary-Johana Silva-Carmona², Arantxa López-Pestaña¹, Anna Tuneu-Valls¹, Clara Rodríguez-Caruncho¹, José Zubizarreta-Salvador¹

1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, Donostia - San Sebastián. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia, Donostia - San Sebastián.

14

ATROFODERMIA DE PASINI Y PIERINI Y ATROFODERMIA LINEAL DE MOULIN: ¿ESPECTRO DE LA MISMA ENFERMEDAD?:

Lidia Sobrevias Bonells¹, Adrià Panés Rodríguez¹, Arantxa López Pestaña¹, Anna Tuneu Valls¹, Aitor De Vicente Aguirre¹, Sara Ibarbia Oruezabal¹, Nerea Segues Merino², José Zubizarreta Salvador¹

1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia.

15

NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ. SERIE DE CASOS.

Nerea González Romero, Begoña Ramos Bareño, Mireya Lazaro Serrano, Susana Gomez Muga, Silvia Perez Barrio, María José Calderón Gutierrez, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología*. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

16

LESIÓN MELANOMA LIKE EN EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA DISTRÓFICA

Jaime González del Tánago Diago, Peru Urigoitia Ugalde, Jon Ander Yagüe Barcia, Begoña Ramos Bareño, Nerea González Romero, Laura Blanch Rius, Rosa Maria Izu Belloso (Servicio Dermatología HU Basurto, Bilbao) y Goikoane Cancho Galán (Servicio AP, HU Basurto).

17

DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA MDA-5 POSITIVA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

M^a Isabel Martínez González¹, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya¹, Vanesa Fatsini Blanch¹, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez¹, Amaia Urtaran Ibarzábal¹, Irene García-Río¹, Yolanda Olaizola Nogales¹, Iñigo Gorostiaga Altuna². 1 Servicio de Dermatología y Venereología. 2 Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

18

MUCINOSIS PAPULAR GENITAL SIMULANDO INFECCIÓN POR MOLUSCO CONTAGIOSO

Amaia Sáenz Aguirre¹, María Isabel Martínez González¹, Francisco Javier De La Torre Gomar¹, Sofía Goula Fernández¹, Itziar Arrue Michelena¹, Victoria Almeida Llamas¹, María Izaskun Trébol Urra¹, Iñigo Gorostiaga Altuna². Servicio de Dermatología 1. Servicio de Anatomía Patológica 2. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz

19

PENFIGOIDE AMPOLLOSO. REVISIÓN CASOS HUB

Ane Lobato Izaguirre, Ane Arrumbarrena Díaz de Alda, Cristina Gómez Bringas, Jaime González del Tánago Diago, Peru Urigoitia Ugalde, Ana Sánchez Diez, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

20

GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE CUTÁNEA ASOCIADA A METOTREXATO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Jon Ander Yagüe Barcia, Laura Banch Rius, Marc Julia Manresa, Ane Lobato Izaguirre, Miguel Zaldua Arrese, Carla Valentí Ponsa¹, Rosa Izu Belloso. Servicios de Dermatología y 1Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

21

SÍNDROME AUTOINMUNE ASOCIADO A CONSUMO DE COCAINA ADULTERADA CON LEVAMISOL

Saioa Oscoz-Jaime¹, Mónica Larrea-García¹, Marcos Hervella-Garcés¹, María Gracia-Ruiz de Alda², Alicia Córdoba-Iturriagagoitia³, Juan Ignacio Yanguas-Bayona¹. Servicio de Dermatología 1, Servicio de Enfermedades Infecciosas 2, Servicio de Anatomía Patológica³. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, Navarra.

22

SARCOIDOSIS CUTÁNEA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB E IPILIMUMAB.

Leyre Aguado Gil¹, Ester Moreno Artero¹, Elena Querol Cisneros¹, Nuria Rodríguez Garijo¹, Alejandra Tomás Velázquez¹, Irene Palacios Álvarez¹, Miguel Ángel Idoate Gastearena². Departamentos de Dermatología 1 y Anatomía Patológica 2. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

23

DERMATITIS DE CONTACTO PERIANAL POR ALÉRGENO NO DECLARADO EN TOALLITAS HÚMEDAS

Marcos Hervella Garcés, Saioa Oscoz Jaime, Maialen Azcona Rodríguez, Mónica Larrea García, Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

24

MELANOMA CONGÉNITO “DE NOVO”, UNA ENTIDAD EXCEPCIONAL DE MUY DIFÍCIL MANEJO

Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Amaia Saenz Aguirre, Libe Aspe Unanue, Sonia Heras González, Lucía Carnero González, Ana Martínez de Salinas Quintana, Blanca Catón Santarén, Ricardo González Pérez. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica¹ del Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

12:00-12:30 h: Café descanso.

12:30 -12.45 h: Presentación de los proyectos y/o becas de los ganadores pendientes de las Becas de la Sección VNAR 2016.

12:45-13:00h: Asamblea de la Sección VNAR. Orden del día:

- Informe del Presidente. · Otros asuntos de trámite
- Informe de la Secretaria. · Ruegos y preguntas.
- Informe de la Tesorera.

13:00-14.00: Conferencia: “Espectro de las enfermedades transmitidas por garrapatas con especial interés en los procesos alérgicos”. A cargo de los Dres. José Antonio Oteo Revuelta y Mónica Venturini Díaz.

14:00 h: Comida de trabajo: Hotel NH Herencia Rioja (sede de la reunión).

16:00 h: Comunicaciones libres. Moderadores: Eva Victoria Fernández Vilariño y Gemma Simal Gómez. Servicio de Dermatología, Hospital San Pedro de Logroño.

25

PATOLOGÍA FRECUENTE DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

Miren Marquina Iñarrairaegui¹, Tomás Toledo Pastrana², Patricia Eguino Gorrochategui¹, María Carmen Lobo Moran³. 1 Servicio de Dermatología de OSI Bidasoa. 2 Servicio de Dermatología de Hospital Universitario Donostia. 3 Servicio de Anatomía Patológica de Hospital Universitario Donostia.

26

PIGMENTACIÓN EXÓGENA INDUCIDA POR CONTACTO CON COLEÓPTEROS: UN SIMULADOR DE PATOLOGÍA GRAVE

Marcial Álvarez Salafranca¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Javier Sánchez Bernal¹, Isabel Abadías Granda¹, Alberto Valero Torres², María Antonia Concellón Doñate¹, Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología 1 y de Anatomía Patológica 2 . Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, Zaragoza.

27

EVALUACIÓN DEL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO Y PROPUESTA DE MEJORA

Javier Sánchez-Bernal¹, Isabel Abadías-Granado¹, Marcial Álvarez-Salafranca¹, Álvaro Rivera-Rodríguez¹, Lucía Prieto-Torres¹, José Ramón Paño-Pardo², Mariano Ara-Martin¹. Servicio de Dermatología 1 y Servicio de Infecciosas 2 del HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

28

DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR DESPIGMENTANTES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro, Saioa Oscoz Jaime, Jone Sarriugarte Aldecoa-Otalora, Marcos Hervella Garcés, Mónica Larrea García, Juan Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Navarra (Pamplona).

29

TELANGIECTASIA MACULARIS ERUPTIVA PERSTANS: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE MASTOCITOSIS

James Anderson Vildósola, Iñigo Aranguren López, Nerea Ormaechea Pérez, José Miguel Lera Imbuluzqueta, Aitor de Vicente Aguirre, Adrià Panes Rodríguez, José Zubizarreta Salvador. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia.

30

LESIONES ECZEMATOSAS PALMOPLANTARES CON EVOLUCIÓN INESPERADA

Lander Peña Merino, Elvira Acebo Mariñas, María Rosario González Hermosa, José Luis Díaz Ramón, Marta Ballesterero Díez, Izaskun Ocerin Guerra. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

31

DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL ASOCIADA A PRIMOINFECCIÓN POR VIRUS HERPES 6 Y REACTIVACIÓN DE PARVOVIRUS B19.

Nuria Rodríguez Garijo¹, Ester Moreno Artero¹, Elena Querol Cisneros¹, Alejandra Tomás Velázquez¹, Laura García Tobar², Miguel Ángel Idoate², Gabriel Reina³, Agustín España¹. Departamento de Dermatología 1. Departamento de Anatomía Patológica 2. Departamento de Microbiología 3. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

32

NECROSIS EPIDÉRMICA INDUCIDA POR METOTREXATE: UNA ENTIDAD INFRECUENTE A CONOCER.

A. Tomás Velázquez¹, E. Moreno Artero¹, E. Querol Cisneros¹, N. Rodríguez Garijo¹, L. García Tobar², MA. Idoate², L. Aguado Gil¹. 1 Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. 2 Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

33

PÁPULAS DOLOROSAS EN MUSLOS.

Álvaro Rivera Rodríguez¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Isabel Abadías Granado¹, Javier Sánchez Bernal¹, Raquel Conejero del Mazo¹, Alberto Valero Torres², Mariano Ara Martín¹. Servicio de Dermatología 1 y Anatomía Patológica 2. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

34

PITIRIASIS LIQUENOIDE: RESPUESTA A LA COMBINACIÓN DE AZITROMICINA Y TACROLIMUS TÓPICO

Ignacio Hernández Aragüés¹, Ofelia Baniandrés Rodríguez², Isabel Bernad Alonso¹, Gemma Simal Gómez¹. 1 Hospital Universitario San Pedro, Logroño (La Rioja). 2 Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

35

SÍNDROME DE COWDEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Iris Vicente Sánchez, Jesús Gardeazabal García, Xabier Eizaguirre Uriarte, Nerea Agesta Sanchez, Salomé Álvarez Sánchez, Marta Mendieta Eckert. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

36

DERMATOSIS IGA LINEAL NET-LIKE POR VANCOMICINA

Sara Esteban Terradillos¹, Anne Barrutia Borque¹, Verónica Velasco Benito², Marc Julia Manresa³, Peru Urigoitia Ugalde³, Jaime González del Tánago Diago³. Servicios de Dermatología 1 y Anatomía Patológica 2 del Hospital Universitario Cruces. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Basurto 3 (Vizcaya).

37

CORRELACIÓN ECOGRÁFICA-HISTOPATOLÓGICA EN EL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

Ester Moreno-Artero¹, Saioa Oscoz Jaime², Pablo Panadero Messeguer³, Pedro Redondo¹, Amaia Larumbe Irurzun². 1 Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. 3 Departamento de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

38

HIDRADENITIS NEUTROFÍLICA ECRINA EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

Jone Sarriugarte Aldecoa-Otalora¹, Alfredo Agulló Pérez¹, Maialen Azcona Rodríguez¹, Iñigo Martínez de Espronceda Ezquerro¹, María Teresa Tuñón Álvarez² y Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicio de Dermatología 1 y Servicio de Anatomía Patológica 2. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

39

MUCINOSIS PAPULAR DISCRETA

Isabel Abadías Granado¹, Javier Sánchez Bernal¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Marcial Álvarez Salafrañca¹, Victoria Lezcano Biosca¹, Alberto Valero Torres², Mariano Ara Martín¹. 1 Servicio de Dermatología y 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

40

XANTOMAS ERUPTIVOS: UNA MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE DE TRASTORNOS DEL METABOLISMO LIPÍDICO.

Irune Méndez Maestro, Olatz Lasa Elgezua, Belén Navajas Pinedo, Anne Barrutia Borque, Irati Allende Markixana, Juan Antonio Ratón Nieto. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Bilbao.

Comunicaciones libres



HIPOQUERATOSIS PLANTAR CIRCUNSCRITA: DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS

Introducción

La hipoqueratosis palmar y plantar circunscrita (HPC) es una entidad infrecuente caracterizada por un adelgazamiento focal del estrato córneo. Suele ser asintomática, y afecta predominantemente a mujeres de mediana o avanzada edad. Se manifiesta como una lesión redondeada, bien definida, deprimida, eritematosa, con borde descamativo, localizada generalmente en las palmas de las manos.

Casos clínicos

Dos mujeres y un varón con edades entre 69 y 82 años, sin antecedentes de interés, consultaron por presentar en planta de pie una lesión eritematosa, de bordes bien delimitados, asintomática, de lento crecimiento, de años de evolución. La dermatoscopia mostró hallazgos típicos de HPC. Se practicó biopsia en dos de los pacientes, siendo el estudio anatómo-patológico compatible con HPC. Se realizó tratamiento en dos pacientes; uno se trató con crioterapia, con resolución completa de la lesión, y el otro con corticoides tópicos, que no resultaron eficaces.

Discusión

La HPC es una entidad benigna cuya etiología es incierta. Es una patología infrecuente, habiéndose descrito alrededor de 100 casos descritos en la literatura revisada. La localización más habitual

es la eminencia tenar de las manos. La afectación plantar es más rara, constituyendo menos del 15% de HPC descritas. Los hallazgos dermatoscópicos, de reciente descripción, son característicos, y el examen histopatológico permite confirmar el diagnóstico. No existe un tratamiento eficaz para la HPC; la crioterapia fue eficaz en uno de nuestros casos.

Conclusión

Presentamos 3 casos de HPC en planta de pie, una localización poco habitual de esta patología ya de por sí infrecuente. Queremos destacar la utilidad de la crioterapia en esta entidad.

Iñigo Aranguren López¹, Lidia Sobrevias Bonells¹, Arantxa López Pestaña¹, Susana Vildósola Esturo¹, María Asunción Arregui Murua¹, Iñaki Arias-Camison Montero², José Zubizarreta Salvador¹

1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa)

2. Servicio de Anatomía Patológica, Clínica La Asunción, Tolosa (Gipuzkoa)

Palabra clave: Diagnóstico, Miscelánea



UN CASO DE DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA MDA5 POSITIVO QUE DESARROLLA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

Introducción

La Dermatomiositis Amiopática (DMA) corresponde al 10% de los casos de Dermatomiositis (DM), se caracteriza por no presentar afectación muscular clínica ni analítica. La DMA presenta lesiones de piel típicas de la DM, pero además asocia características clínicas específicas como pápulas y máculas eritematosas y dolorosas en las palmas de las manos, ulceración de las pápulas de Gottron, alopecia, úlceras orales y artritis. La DMA se asocia a niveles elevados de anti MDA5 y mayor riesgo de desarrollar Enfermedad Pulmonar Intersticial Rápidamente Progresiva (EPIRP).

Caso clínico

Mujer de 65 años sin antecedentes de interés, presenta cuadro de varias semanas de fiebre, artralgias, úlceras orales, alopecia difusa, poiquilodermia fotodistribuida, pápulas de Gottron, pápulas eritematosas dolorosas en palmas de las manos, enzimas musculares normales y anti MDA5 positivo. Se inició tratamiento sistémico con corticoides y tacrólimus, sin embargo a los 4 meses a pesar del tratamiento inmunosupresor desarrolla EPIRP. Se inician pulsos mensuales de inmunoglobulinas intravenosas con lo cual se estabiliza clínicamente.

Discusión

Es importante reconocer las características clínicas de la DMA MDA5 positivo, para diagnosticar y tratar precozmente a estos pacientes ya que tienen riesgo elevado de desarrollar EPIRP, cuya mortalidad llega al 50% a los 6 meses. La evidencia sugiere que el manejo oportuno mejora el pronóstico de estos pacientes, el tratamiento se basa en corticoides sistémicos, inmunosupresores, inmunoglobulinas intravenosas, terapia biológica o combinación de éstas. El nivel de ferritina es útil para predecir el curso clínico y evaluar la respuesta al tratamiento.

Paulina Andrea Cerro Muñoz¹, Rosa García Felipe¹, M^º Luisa Zubiri Ara¹, Ana Morales Callaghan¹, Nieves Porta Aznárez², Luis Sáez Comet², Sandra Vicente Arregui³, Yolanda Gilaberte Calzada¹. Servicios de Dermatología ¹, Medicina Interna (Unidad de enfermedades Autoinmunes) ² y Servicio de Anatomía Patológica ³. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Palabra clave: Enfermedad sistémica, tratamiento sistémico

ÚLCERA INDOLORA EN NARIZ: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Introducción

La sífilis es una infección sistémica crónica adquirida generalmente por vía sexual y producida por el *T. pallidum*, cuya inoculación se realiza a través de las mucosas y las superficies erosionadas. El chancro luético aparece a los 10-90 días del contacto sexual y se manifiesta como una úlcera indolora bien delimitada localizada habitualmente en la mucosa genital, anal u oral, siendo muy infrecuente su aparición en otras zonas.

Caso clínico

Hombre de 33 años sin antecedentes de interés, profesor de buceo en Tailandia, remitido por aparición de una úlcera en ala nasal izquierda durante el último mes. El paciente negaba traumatismos y picaduras recientes en esa localización. A la exploración destacaba una úlcera indurada e indolora a la palpación, con bordes eritematosos de 1cm de diámetro en ala nasal izquierda. En el estudio histológico se evidenció un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, y en la inmunohistoquímica para espiroquetas se apreciaron estructuras filiformes en espiral. El análisis sanguíneo mostró un aumento de las transaminasas y positividad de TP-HA y un título de VDRL de 1/8. El cultivo de bacterias y micobacterias así como las serologías de VIH y hepatitis B y C fueron negativas. El pa-

ciente fue y tratado con 2,4 MU de penicilina-benzatina intramuscular.

Discusión

La vía de transmisión más probable en este caso fue la práctica de sexo oral. Debido a la proximidad de la mucosa nasal con la oral, consideramos que la sífilis primaria debe incluirse en el diagnóstico diferencial de úlceras en mucosa nasal.

Adrià Panés-Rodríguez¹, James Anderson-Vildósola¹, Mary-Johana Silva-Carmona², Arantxa López-Pestaña¹, Anna Tuneu-Valls¹, Clara Rodríguez-Caruncho¹, José Zubizarreta-Salvador¹. 1.- Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, Donostia - San Sebastián. 2.- Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia, Donostia - San Sebastián.

Palabra clave: Enfermedad venérea.



ATROFODERMIA DE PASINI Y PIERINI y ATROFODERMIA LINEAL DE MOULIN: ¿ESPECTRO DE LA MISMA ENFERMEDAD?

Introducción

La atrofodermia de Pasini y Pierini (APP) se considera una forma de atrofia dérmica y para algunos autores es una forma abortiva de morfea o una variante atrófica no indurada de morfea, aunque todavía existe cierta controversia. Su etiología es desconocida. Afecta más frecuentemente a mujeres, en tronco, abdomen o brazos, generalmente bilateral y simétrica, y suele ser asintomática. La atrofodermia lineal de Moulin (ALM) cursa con lesiones similares a las de la APP pero con una distribución blaschoide.

Casos clínicos

Caso 1: Mujer de 33 años que desde los 25 años presenta placas grisáceas deprimidas en abdomen y espalda, lentamente progresivas, junto a áreas de esclerosis en algunas placas. La serología para *Borrelia burgdorferi* fue negativa y los anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a títulos bajos. Se realizó el diagnóstico de APP. La paciente realizó tratamiento con calcipotriol/betametasona tópico, PUVA, hidroxiclороquina y metotrexate, con discreta mejoría. Caso 2: Mujer de 51 años que desde los 30 años presenta placas hiperpigmentadas atróficas de distribución blaschoide en hemicuerpo izquierdo. La serología para *Borrelia burgdorferi* fue negativa y los ANA positivos a títulos altos. Se diagnosticó como atrofodermia lineal de Moulin. La paciente prefirió realizar únicamen-

te tratamiento tópico. Años más tarde desarrolló lesiones similares pero más escleróticas en rodilla contralateral.

Conclusiones

La APP y la ALM son enfermedades muy poco frecuentes. Presentan escasa especificidad histológica y las alteraciones en la estructura del colágeno son variables. El diagnóstico diferencial principal se establece con la morfea, pero con evolución más lenta y progresiva. Consideramos, al igual que otros autores, que la APP, la ALM y la morfea podrían considerarse como un espectro de la misma enfermedad. No obstante, queremos destacar el buen pronóstico de estas entidades aunque mala respuesta al tratamiento.

Lidia Sobrevias Bonells¹, Adrià Panés Rodríguez¹, Arantxa López Pestaña¹, Anna Tuneu Valls¹, Aitor De Vicente Aguirre¹, Sara Ibarbia Oruezabal¹, Nerea Segues Merino², José Zubizarreta Salvador¹, 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia. 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia.

Palabra clave: Enfermedad del colágeno.

NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ. SERIE DE CASOS.

Introducción

Una tumoración umbilical plantea un amplio diagnóstico diferencial (DD), entre el que se encuentra el nódulo de la hermana María José (NHMJ).

Casos clínicos

Presentamos cuatro casos de tumoración umbilical. El primero se trata de una mujer de 86 años con una tumoración rojo-violácea en ombligo. El examen histológico de la lesión diagnosticó que se trataba de una infiltración por carcinoma seroso papilar de alto grado. En el TAC se identificó una neoplasia de ovario. El segundo caso, un varón de 58 años con síndrome constitucional y ascitis que presentaba un nódulo rosado en región umbilical y otro supraumbilical. El examen histológico mostró infiltración por carcinoma de células en anillo de sello. El TAC reveló carcinomatosis peritoneal secundaria a adenocarcinoma gástrico. El tercer caso, una mujer de 79 años con una tumoración umbilical dolorosa rojo-violácea en contexto de Sd general y neoplasia de mama izquierda. Por último, un varón de 60 años con antecedente de hernia umbilical intervenida, que presentaba dos pequeños nódulos eritematosos de meses de evolución. En la biopsia encontramos hilos de sutura no reabsorbible. El examen histológico confirmó la presencia de tejido de granulación sin signos de

infiltración tumoral, por lo tanto estaríamos ante un NHMJ-like.

Discusión

El NHMJ es una infrecuente tumoración umbilical metastásica de neoplasia interna avanzada ya conocida, o la primera manifestación de la misma. El DD incluye neoplasia umbilical primaria benigna (angioma, queloide...), primaria maligna (epitelioma basocelular, etc.) u otra lesión no neoplásica. El diagnóstico se confirma con el estudio histológico. Las neoplasias más habitualmente relacionadas son de origen gástrico o ginecológico. El pronóstico suele ser nefasto y el tratamiento paliativo.

Conclusión

El NHMJ es una entidad poco habitual en la que el papel del dermatólogo es fundamental, ya que muchas veces es la única o primera manifestación de una neoplasia interna avanzada.

Nerea González Romero, Begoña Ramos Bareño, Mireya Lazaro Serrano, Susana Gomez Muga, Silvia Perez Barrio, María José Calderón Gutierrez, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología*.Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Palabra clave: Enfermedad sistémica, tumor maligno.



LESIÓN MELANOMA LIKE EN EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA DISTRÓFICA

Caso

Presentamos el caso de una niña de 7 años con epidermólisis ampullosa distrófica hereditaria en seguimiento anual en Dermatología pediátrica. Durante la última revisión se detectó una lesión pigmentada atípica > 10cm de diámetro en tobillo derecho de reciente aparición. La dermatoscopia mostró un patrón heterogéneo melanocítico con zonas de marcada atipia. Las características de la lesión nos hicieron plantear un diagnóstico diferencial entre nevus de epidermólisis bullosa (EB nevus) y melanoma maligno. El análisis histopatológico mostró un patrón tipo pseudomelanoma característico del EB nevus. Con dicho diagnóstico se optó por un seguimiento estrecho de la lesión con iconografía y dermatoscopia.

Jaime González del Tánago Diago, Peru Urigoitia Ugalde, Jon Ander Yagüe Barcia, Begoña Ramos Bareño, Nerea González Romero, Laura Blanch Rius, Rosa Maria Izu Belloso (Servicio Dermatología HU Basurto, Bilbao) y Goikoane Cancho Galán (Servicio AP, HU Basurto).

Palabra clave: Enfermedad ampullosa,
nevus y melanoma

DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA MDA-5 POSITIVA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Introducción

Los anticuerpos anti-MDA5 en la dermatomiositis (DM) se relacionan con formas amiopáticas asociadas a enfermedad pulmonar intersticial rápidamente progresiva.

Caso 1

Mujer de 62 años sin antecedentes de interés, que ingresó por dificultad respiratoria rápidamente progresiva y artralgias. A nivel cutáneo presentaba eritema malar y en escote, así como lesiones eritematosas ulceradas periungueales. Los hallazgos clínicos y las pruebas complementarias realizadas permitieron alcanzar el diagnóstico de DM amiopática MDA-5+ asociada a neumopatía inflamatoria aguda, que requirió tratamiento inmunosupresor a dosis altas.

Caso 2

Mujer de 55 años, con antecedente de carcinoma pulmonar de célula pequeña en remisión completa. Fue remitida al S^o de Dermatología por lesiones periungueales de 1 mes de evolución. A la exploración presentaba edema y eritema en cutículas, pápulas de Gottron y eritema palpebral y en dorso nasal. Se realizó biopsia y analítica completa, donde se llegó al diagnóstico de DM amiopática MDA-5+ y se remitió al S^o de Medicina Interna, donde descartaron progresión de enfermedad pulmonar.

Discusión.

Los anticuerpos anti MDA-5 son un marcador de una variante de DM con escasa afectación muscular pero con manifestaciones cutáneas severas, hiperferritinemia y afectación pulmonar intersticial rápidamente progresiva. Desde su descubrimiento en 2004, se ha visto que pudiera tener signos cutáneos diferentes de las formas clásicas, más similares a los hallazgos del síndrome antisintetasa (edema de manos, ulceración periungueal, lesiones palmares), aunque hacen falta más estudios que lo confirmen. Se trata de una forma más severa de enfermedad, que presenta mala respuesta al tratamiento y pronóstico desfavorable.

M^o Isabel Martínez González¹, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya¹, Vanesa Fatsini Blanch¹, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez¹, Amaia Urtaran Ibarzábal¹, Irene García-Río¹, Yolanda Olaizola Nogales¹, Iñigo Gorostiaga Altuna².

¹ Servicio de Dermatología y Venereología. ² Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: Miscelánea. Enfermedad sistémica



MUCINOSIS PAPULAR GENITAL SIMULANDO INFECCIÓN POR MOLUSCO CONTAGIOSO

Introducción

En el término mucinosis se incluyen un grupo de dermatosis caracterizadas por el depósito de cantidades anormales de mucina en la dermis. Pueden ser primarias, entre las que se encuentra la forma localizada, o secundarias. La mucinosis papulosa (MP) es una forma de mucinosis localizada.

Caso clínico

Varón de 42 años que consultó por lesiones genitales de 4 meses de evolución y que relacionaba con contacto sexual de riesgo. A la exploración presentaba en el pene pequeñas pápulas normocoloreadas agrupadas no confluentes que sugerían como primera posibilidad moluscos. Tras curetaje y estudio anatomopatológico, la presencia de depósitos dérmicos de mucina concluyó el diagnóstico de mucinosis. Se realizó analítica incluyendo autoinmunidad, proteinograma y serologías de enfermedades de transmisión sexual, hallándose únicamente serología positiva para hepatitis C, previamente conocida y tratada. Se propuso tratamiento tópico con clobetasol 0,05% y tacrolimus 0,1% tópicos. Ante la falta de respuesta a tratamiento tópico se propuso afeitado y electrocoagulación; tras lo cual, el paciente refiere recidiva de algunas de las lesiones. Actualmente se practican controles clínicos y analíticos anuales.

Discusión

La MP es una variante localizada de mucinosis. Se caracteriza por pequeñas pápulas que pueden presentarse en distintas localizaciones. Histológicamente presentan depósitos dérmicos de mucina que se hacen evidentes con hierro coloidal o azul alcian. Esta entidad obliga a descartar otras enfermedades asociadas como trastornos linfoproliferativos o enfermedades autoinmunes, así como infección por VIH. Consideramos este caso de interés por la escasez de publicaciones sobre mucinosis en el área genital, localización que además puede inducir a error diagnóstico pensando en otras entidades más comunes como las de transmisión sexual.

Amia Sáenz Aguirre¹, María Isabel Martínez González¹, Francisco Javier De La Torre Gomar¹, Sofía Goula Fernández¹, Itziar Arrue Michelena¹, Victoria Almeida Llamas¹, María Izaskun Trébol Urra¹, Iñigo Gorostiaga Altuna².
1 Servicio de Dermatología. 2 Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz

Palabra clave: Clave 35, Miscelánea

PENFIGOIDE AMPOLLOSO. REVISIÓN CASOS HUB

Introducción

El penfigoide ampolloso (PA) es la más común de las dermatosis ampollosas autoinmunes. En su patogenia están implicados anticuerpos dirigidos frente a proteínas que forman parte de los hemidesmosomas. El PA afecta principalmente a personas de edad avanzada y se presenta inicialmente en forma de una erupción pruriginosa de aspecto ecematoso y posteriormente aparecen las ampollas tensas sobre la piel previamente inflamada. Las lesiones se localizan habitualmente en el tronco y en la superficie flexora de las extremidades, siendo infrecuente la afectación de mucosas. En general, el PA es una enfermedad autolimitada que responde a tratamiento con glucocorticoides tópicos y/o sistémicos.

El objetivo de esta revisión es evaluar las características clínicas y epidemiológicas del PA entre diferentes subgrupos.

Material y método

Revisamos la casuística de los PA diagnosticados en el Hospital de Basurto entre los años 2007 y 2017. Se han incluido aquellos pacientes con examen histológico compatible con PA. En total, 92 pacientes cumplieron los criterios de inclusión.

Discusión

Hemos realizado un estudio comparativo de nuestra serie de casos con la literatura publicada.

Ane Lobato Izagirre, Ane Arrumbarrena Díaz de Alda, Cristina Gómez Bringas, Jaime González del Tánago Diago, Peru Urigoitia Ugalde, Ana Sánchez Díez, Rosa Izu Beloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Palabra clave: Enfermedad ampollosa. Epidemiología



GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE CUTÁNEA ASOCIADA A METOTREXATO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Introducción.

La granulomatosis linfomatoide (GL) se engloba dentro de los síndromes linfoproliferativos de células B asociados a infección por VEB, siendo más frecuente en inmunodeprimidos, y en relación con la toma de azatioprina y metotrexato (MTX). Aunque generalmente es un proceso sistémico con predilección por el pulmón, puede existir una afectación exclusivamente cutánea.

enfermedades linfoproliferativas asociada a EBV, como la GL. En la literatura está descrita la remisión de las lesiones tras la retirada del MTX, tal y como sucede en el caso presentado.

Caso clínico.

Presentamos el caso de un varón de 83 años, en tratamiento con MTX por poliartritis seronegativa que acudió a nuestro servicio presentando unos nódulos eritematosos en párpado inferior, sien izquierda, brazo y dorso de mano derechos. Con la sospecha clínica de papulosis linfomatoide, se realizó una biopsia de las lesiones, en cuyo análisis histopatológico se encontró un infiltrado linfomatoide B, CD30+ y EBV+, con disposición alrededor de vasos y focos de necrosis, entremezclado con un componente linfomatoide T acompañante. Con el diagnóstico de GL retiró el MTX, observándose en controles posteriores (2 y 4 meses del diagnóstico) la resolución completa de todas las lesiones cutáneas.

Comentarios.

El uso de MTX en pacientes con artritis induce inmunosupresión y mayor riesgo de desarrollar

Jon Ander Yagüe Barcia, Laura Banch Rius, Marc Julia Manresa, Ane Lobato Izaguirre, Miguel Zaldúa Arrese, Carla Valentí Ponsa*, Rosa Izu Belloso. Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Palabra clave: Linfoma, reacción por fármacos

SÍNDROME AUTOINMUNE ASOCIADO A CONSUMO DE COCAÍNA ADULTERADA CON LEVAMISOL

Introducción

El consumo de cocaína continúa siendo un problema de salud pública. En la última década se han descrito nuevas entidades relacionadas con su uso.

Caso clínico

Varón de 55 años con antecedentes personales de infección por VIH en tratamiento con antirretrovirales, buen control de la enfermedad y en estudio por neutropenia mantenida desde 2009. Ingresó por presentar un cuadro de fiebre alta, tos productiva y disnea junto con la aparición de púrpura retiforme en pabellón auricular y región malar izquierda, punta nasal derecha y ambos brazos. La biopsia de las lesiones cutáneas mostró hallazgos de vasculopatía trombótica microvascular sin vasculitis leucocitoclástica. La analítica de sangre mostró leucopenia, neutropenia, linfopenia, trombopenia, positividad para anticuerpos antinucleares, anticoagulante lúpico y disminución del complemento. El estudio de tóxicos en orina fue positivo para cocaína. El conjunto de hallazgos previos permitió el diagnóstico del síndrome autoinmune asociado a consumo de cocaína/levamisol. El paciente ha evolucionado favorablemente tras abandonar del consumo de cocaína y haber sido tratado con ácido acetil salicílico y pentoxifilina.

Discusión

Durante la última década el levamisol ha resurgido como adulterante muy habitual de la cocaína, hallándose hasta en un 88% de los casos. Como consecuencia de lo anterior han reaparecido efectos secundarios potencialmente mortales que ya habían sido descritos con el uso de levamisol como la agranulocitosis, neutropenia grave, púrpura retiforme en zonas acras, afectación neurológica y pulmonar y fallo renal.

Conclusiones

El síndrome autoinmune asociado al consumo de cocaína/levamisol es una entidad potencialmente mortal que es preciso conocer para poder diagnosticar y tratar de manera precoz.

Saioa Oscoz-Jaime¹, Mónica Larrea-García¹, Marcos Hervella-Garcés¹, María Gracia-Ruiz de Alda², Alicia Córdoba-Iturriagoitia³, Juan Ignacio Yanguas-Bayona¹. 1 Servicio de Dermatología. 2 Servicio de Enfermedades Infecciosas. 3 Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, Navarra.

Palabra clave: Miscelánea, cocaína, levamisol, síndrome autoinmune, piel.



SARCOIDOSIS CUTÁNEA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB E IPILIMUMAB.

Introducción

Nivolumab es un anticuerpo monoclonal IgG4 que se une al receptor de muerte programada 1 (PD-1) y bloquea su interacción con sus ligandos PD-L1 y PD-L2. Ipilimumab es un anticuerpo monoclonal contra el antígeno 4 asociado al linfocito T citotóxico (CTLA-4). Están aprobados para el tratamiento del melanoma avanzado, cáncer de pulmón no microcítico, carcinoma de células renales, linfoma de Hodgkin, tumores de células escamosas de cabeza y cuello, y carcinoma urotelial. Se están realizando ensayos clínicos en otros tumores.

Caso clínico

Paciente con cirrosis por VHC y hepatocarcinoma multifocal con metástasis óseas y ganglionares. Realizó tratamiento con Sorafenib, sin respuesta. Actualmente en tratamiento con nivolumab e ipilimumab, dentro de un ensayo clínico. Presenta pápulas en las zonas de punción del tratamiento (fosas antecubitales). Se realizó biopsia, que fue compatible con sarcoidosis. La afectación fue exclusivamente cutánea.

Discusión

El novedoso mecanismo de acción de estos fármacos ha provocado la aparición de efectos adversos peculiares. Pueden afectar cualquier órgano, aunque los más frecuentes son la piel, tracto gastrointestinal y sistema endocrino. Se han pu-

blicado varios casos de pacientes con sarcoidosis con afectación pulmonar y/o únicamente cutánea durante el tratamiento con estos fármacos. La patogenicidad no está del todo clara.

Conclusiones

Debido a que el desarrollo de una sarcoidosis puede provocar imágenes radiológicas sugestivas de progresión metastásica, es fundamental realizar un correcto diagnóstico de este proceso.

Leyre Aguado Gil¹, Ester Moreno Artero¹, Elena Querol Cisneros¹, Nuria Rodríguez Garijo¹, Alejandra Tomás Velázquez², Irene Palacios Álvarez², Miguel Ángel Idoate Gastearena². Departamentos de Dermatología 1 y Anatomía patológica 2. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Palabra clave: Reacción por fármacos

DERMATITIS DE CONTACTO PERIANAL POR ALÉRGENO NO DECLARADO EN TOALLITAS HÚMEDAS

Caso

Paciente de 58 años, por lo demás sano, con dermatitis perianal de 3 meses de evolución, de intensidad creciente, que llegó a incapacitarle para la actividad diaria, y que sólo mejoró tras la evitación de dos tipos de toallitas húmedas que utilizaba de forma continuada desde hacía unos meses.

El estudio mediante pruebas de parche y un test de uso demostró una sensibilización a las toallitas JuniorSmile WC de la marca Dia (parche D4+, test de uso D2++) y a los hidroperóxidos del linalool (parche D4+), en principio no contenidos en las toallitas, con el resto de pruebas -que incluían series estándar ampliada, cosméticos y fragancias de Chemotechnique- negativas. Con la ayuda del fabricante y no sin dificultades se testó al paciente con los ingredientes individuales de las toallitas, y se llegó al diagnóstico de una sensibilización a la fragancia contenida en este producto, denominada "Fruit du Soleil R27635", que consiste en una mezcla de varios perfumes de los que el principal es el tetrahidrolinalool.

Discusión

La Directiva Europea de cosméticos 76/768/CEE y sus sucesivas actualizaciones, principalmente el Reglamento (CE) No 1223/2009 establecen que 26 fragancias deben ser declaradas si alcanzan una

concentración superior al 0.01% en el producto final. Una de estas fragancias es el linalool (CAS 78-70-6). La normativa europea no obliga a declarar la presencia de sustancias derivadas aunque estructuralmente sean casi idénticas a estas fragancias, como lo son el acetato de linalilo (CAS 115-95-7) o el tetrahidrolinalool (CAS 78-69-3), alérgeno sospechoso en nuestro caso. Esto permite a la industria cosmética utilizar estos derivados a su discreción y de forma opaca, lo que puede dificultar a los profesionales el diagnóstico del alérgeno causal. Esta práctica se ha comunicado también en el pasado con otros derivados de perfumes, como los éteres de isoeugenol y el isoeugenil acetato. La colaboración del fabricante con el Dermatólogo es esencial para llegar a un diagnóstico etiológico en las dermatitis de contacto a cosméticos.

Marcos Hervella Garcés, Saioa Oscoz Jaime, Maialen Azcona Rodríguez, Mónica Larrea García, Ignacio Yanguas Bayona. Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Palabra clave: Dermatitis eczematosa, diagnóstico



MELANOMA CONGÉNITO “DE NOVO”, UNA ENTIDAD EXCEPCIONAL DE MUY DIFÍCIL MANEJO

Introducción

El melanoma pediátrico es una entidad muy infrecuente. Se subdivide en melanoma congénito/neonatal, en niños prepuberales y en adolescentes y adultos jóvenes. De ellos, el melanoma neonatal es extremadamente raro y suele surgir sobre un nevus congénito. La aparición de novo o de forma secundaria a diseminación trasplacentaria son excepcionales.

Caso clínico

Bebé varón que acudió a la consulta a los 4 meses de vida por una lesión congénita en la zona mandibular derecha que había crecido de forma progresiva. A la exploración se observaba una placa sobreelevada, indurada, normocoloreada, ligeramente eritematosa, con pápulas y un nódulo de mayor tamaño en su superficie. Con el diagnóstico de sospecha de dermatofibrosarcoma se realizó una biopsia-punch con resultado de proliferación dérmica morfológicamente indiferenciada con inmunofenotipo de lesión melanocítica. Ante este resultado se procedió a la extirpación completa que concluyó que se trataba de un melanoma en fase de crecimiento vertical con índice de Breslow de 7,5 mm. Como estudio de extensión se realizó un PET-TAC, sin hallazgos patológicos. Durante la cirugía de ampliación de márgenes se extirparon unos ganglios localizados en el lecho quirúrgico, que presentaron datos de infiltración metastá-

sica por melanoma. Por este motivo, se procedió a realizar linfadenectomía cervical funcional. La evolución, tras 6 meses de seguimiento, es por el momento satisfactoria, sin datos de recidiva local ni diseminación a distancia.

Discusión

Los melanomas pediátricos en la población más joven tienden a ser de mayor grosor y a presentar afectación ganglionar. Tienen tendencia a ser amelanóticos y a aparecer en cabeza y cuello. A pesar de que es frecuente el diagnóstico en estadios avanzados, el pronóstico parece mejor que en los pacientes de mayor edad. Debido a lo infrecuente del melanoma pediátrico, no hay consenso para su manejo y tratamiento.

Zuriñe Martínez de Lagrán, Álvarez de Arcaya, Amaia Saenz Aguirre, Libe Aspe Unanue, Sonia Heras González, Lucía Carnero González, Ana Martínez de Salinas Quintana, Blanca Catón Santarén¹, Ricardo González Pérez. Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica¹ del Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: Nevus y melanoma

PATOLOGÍA FRECUENTE DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

Introducción

La queratosis seborreica es una lesión benigna muy frecuente en el ser humano. Se han descrito varias zonas de presentación inhabituales, y una de ellas es la matriz de la lámina ungueal.

Material y método

Presentamos un caso de queratosis seborreica localizado en matriz de lámina ungueal de primer dedo de mano derecha.

Resultado

Un paciente varón de 27 años fue remitido a consulta para valoración de lesiones en mucosa oral. En la exploración general se detectó una pigmentación parcheada rojiza en lámina ungueal de primer dedo de mano derecha. Asintomática, de unos 2-3 años de evolución, con aumento progresivo del diámetro. Se realizó biopsia parcial de matriz ungueal con un resultado histológico de hiperplasia benigna compatible con queratosis seborreica.

Discusión

Hasta la fecha sólo se ha descrito un caso de queratosis seborreica localizado en matriz ungueal. En ese mismo caso, se describen los hallazgos dermatoscópicos en lámina ungueal.

Conclusión

Aportamos un caso extraño por su localización y bonito por su semiología clínica y dermatoscópica que pueden ayudarnos a evitar biopsias innecesarias.



PIGMENTACIÓN EXÓGENA INDUCIDA POR CONTACTO CON COLEÓPTEROS: UN SIMULADOR DE PATOLOGÍA GRAVE

Introducción

Los coleópteros son un orden de insectos capaces de sintetizar una hemolinfa dotada de sustancias químicas. El contacto accidental de la piel con estos insectos es capaz de provocar diversas erupciones cutáneas.

Material y métodos

Varón de 50 años, que acudió a urgencias por lesiones cutáneas asintomáticas en pie izquierdo de 6 días de evolución. En la anamnesis destacaba un consumo ocasional de cocaína, y el uso de anfetamina inhalada el día previo al inicio de la clínica. A la exploración física se apreciaba a nivel de pulpejo de primer dedo de pie izquierdo una mácula violácea, purpúrica, con halo rojizo, de unos 2 cm de diámetro, con lesiones similares de menor tamaño en 2º y 3º dedos del mismo pie. Se planteó diagnóstico diferencial entre distintas causas de púrpura acral como vasculitis por levamisol, conectivopatías autoinmunes, crioglobulinemia, embolia de colesterol, tromboangeítis obliterante o endocarditis subaguda.

Resultados

La radiografía de tórax, el electrocardiograma y la analítica sanguínea no mostraron alteraciones. La biopsia cutánea no mostró alteraciones relevantes. Reinterrogando al paciente y ante la normalidad de los resultados, el paciente recordó haber

visto unos días antes a la aparición de las lesiones un escarabajo en su bota. Tras revisar la literatura y teniendo en cuenta los hallazgos clínicos e histopatológicos, se llegó al diagnóstico de pigmentación exógena por contacto con hemolinfa de coleóptero.

Discusión

Es bien conocida la capacidad de los coleópteros de causar erupciones cutáneas. Sin embargo, la asociación de estos insectos con pigmentaciones similares a las de nuestro caso es muy reciente y se ha relacionado con miembros de la familia tenebrionidae. La producción de defensas químicas con contenido en hidrocarburos y quininas, fluidos altamente pigmentantes, estaría detrás de esta peculiar forma de pigmentación cutánea. Otros invertebrados causantes de pigmentaciones exógenas, de forma más frecuente, son los diplópodos, capaces también de simular entidades de mayor trascendencia clínica.

Conclusiones

El conocimiento de esta infrecuente entidad, capaz de simular patología grave, puede evitar diagnósticos incorrectos y pruebas complementarias innecesarias.

Marcial Álvarez Salafranca¹, Álvaro Rivera Rodríguez¹, Javier Sánchez Bernal¹, Isabel Abadías Granado¹, Alberto Valero Torres², María Antonia Concellón Doñate¹, Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología 1 y de Anatomía Patológica 2. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza.

Palabra clave: 24. Pigmentación; 35. Miscelánea

EVALUACIÓN DEL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO Y PROPUESTA DE MEJORA

Introducción

Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) son un grupo heterogéneo de infecciones frecuentes. En general, a nivel hospitalario, el 30-50% de los tratamientos antibióticos son mejorables, no obstante existe escasa información sobre el manejo de IPPB en los Servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en nuestro entorno, por lo que hemos evaluado el manejo diagnóstico y terapéutico de las mismas en nuestro hospital con el fin de identificar oportunidades de mejora en el contexto de un programa de optimización de uso de antibióticos.

Metodología

Se revisaron retrospectivamente los datos demográficos, clínicos, microbiológicos y de tratamiento de una muestra aleatoria de pacientes atendidos en urgencias por IPPB durante el año 2015. Se realizó una aproximación sistemática a las oportunidades de mejora y a las barreras que dificultan dicha mejora, utilizando los datos del análisis retrospectivo y las perspectivas de los profesionales sanitarios que atienden esta patología, mediante cuestionarios estructurados.

Resultados

Sobre un total de 263 pacientes identificados, se evaluó una muestra aleatoria de 103 pacientes. La presentación más frecuente de las IPPB fue la erisipela/celulitis (94,1%), que ocurre mayoritaria-

mente en pacientes con comorbilidad diversa. El porcentaje de IPPB con diagnóstico microbiológico es bajo (9,7%), siendo *S. aureus* el microorganismo más frecuentemente identificado. Un porcentaje importante de pacientes acudió al SUH habiendo recibido tratamiento antibiótico los días previos, siendo amoxicilina-clavulánico el más prescrito. Ingresaron 34 pacientes con una estancia media de 9,06 días, siendo también la amoxicilina-clavulánico el antibiótico más empleado, con una duración media de 8,4 días. Los principales problemas percibidos fueron la inadecuada elección del agente antimicrobiano, la falta de monitorización de la evolución de la IPPB, el diagnóstico microbiológico inadecuado y el sobrediagnóstico.

Conclusiones

Existe un considerable margen de mejora en el manejo de las IPPB en este SUH, fundamentalmente a la hora de identificar esta patología así como en la selección del agente antimicrobiano óptimo, siendo necesario diseñar una intervención, compleja, que tenga en cuenta estas prioridades y las barreras preexistentes.

Javier Sánchez-Bernal¹, Isabel Abadías-Granado¹, Marcial Álvarez-Salafranca¹, Álvaro Rivera-Rodríguez¹, Lucía Prieto-Torres¹, José Ramón Paño-Pardo², Mariano Ara-Martín¹. Servicio de Dermatología 1 y Servicio de Infecciosas 2 del HCU Lozano Blesa, Zaragoza.



DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR DESPIGMENTANTES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Introducción

La creciente diversidad de compuestos con acción despigmentante utilizados en los distintos productos cosméticos, hace que la dermatitis alérgica de contacto (DAC) a estos ingredientes se esté convirtiendo en problema creciente. Presentamos dos casos de DAC a estos productos diagnósticos recientemente en nuestra Unidad de Eczema de Contacto.

Casos clínicos

1) Mujer de 45 años con placas eritematodescarnativas en región facial tras la aplicación de un fotoprotector. Estudio con series estándar ampliada, cosméticos y productos propios siendo únicamente positivo al fotoprotector. Al testar los ingredientes se observó una reacción D2+++ D4++ al fenil-etil resorcinol.

2) Mujer de 43 años con eritema, edema y vesiculación en cara y cuello tras la aplicación de varios productos antiedad. Estudio con series estándar ampliada, cosméticos y productos propios siendo únicamente positivo relevante un serum antiedad. Al testar los ingredientes observamos reacción D2?, D4++, D7++ al ácido 3-o-etil-ascórbico.

Discusión

Aunque clásicamente los despigmentantes se hayan utilizado en cosméticos antiedad, no debemos olvidar su ubicuidad. No son muchos los casos publicados a día de hoy de DAC a estos productos, pero sí se deduce un aumento claro del número de publicaciones en los últimos años. Además de estas dos moléculas mencionadas, otras como la arbutina, el ácido kójico o la hidroquinona presentan casos de alergia de contacto.

Conclusión

Presentamos dos nuevos casos de DAC a despigmentantes que resaltan la importancia de testar los productos propios, y evidencian la necesidad de ayuda por parte de los fabricantes, a fin de poder realizar pruebas con todos los ingredientes del producto sospechoso.

Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro, Saioa Oscoz Jaime, Jone Sarriugarte Aldecoa-Otalora, Marcos Hervella Garcés, Mónica Larrea García, Juan Ignacio Yanguas Bayona.
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Navarra (Pamplona).

Palabra clave: Dermatitis de contacto;
Despigmentantes; Feniletresorcinol; Ácido 3-o-etil-ascórbico

TELANGIECTASIA MACULARIS ERUPTIVA PERSTANS: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE MASTOCITOSIS

Introducción

Las mastocitosis cutáneas son el resultado de una acumulación anormal de mastocitos en la piel. Este grupo de enfermedades pueden comprometer solo la piel o también pueden tener afectación sistémica, siendo esta última más frecuente en adultos. Existen varios fenotipos clínicos de mastocitosis cutáneas. La telangiectasia macularis eruptiva perstans (TMEP) es una forma infrecuente de mastocitosis cutánea, descrita originalmente por Parkes Weber en 1930, que se caracteriza por máculas y placas compuestas por telangiectasias sin una hiperpigmentación significativa, localizada predominantemente en tronco. Suele darse principalmente en adultos, aunque hay reportes aislados en la población pediátrica.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 60 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés derivada a dermatología por presentar un cuadro de 10 años de evolución caracterizado por la aparición lesiones telangiectásicas en brazos, piernas y muslos asociado a la aparición de placas eritemato-violáceas en la cara posterior de ambos muslos. Las lesiones se exacerbaban con la actividad física y altas temperaturas. Tanto los hallazgos clínicos, analíticos e histológicos eran compatibles con una mastocitosis cutánea de tipo telangiectasia macularis eruptiva perstans. Tras estudio con radiogra-

fía de huesos largos, ecografía abdominal y TAC toracoabdominal se descarta afectación sistémica y se logra controlar clínicamente con antihistamínicos orales de forma satisfactoria.

Conclusión

Si bien la TMEP representa una forma infrecuente de mastocitosis, es importante el reconocimiento precoz por parte del clínico para tratar esta entidad nosológica, mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir desencadenantes que podrían complicar la enfermedad.

James Anderson Vildósola, Iñigo Aranguren López, Nerea Ormaechea Pérez, José Miguel Lera Imbuluzqueta, Aitor De Vicente Aguirre, Adrià Panes Rodríguez, José Zubizarreta Salvador. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia



LESIONES ECCEMATOSAS PALMOPLANTARES CON EVOLUCIÓN INESPERADA

Caso clínico

Varón de 39 años trabajador en un taller de neumáticos, que acude a nuestras consultas para valorar lesiones eczematosas en manos y pies de más de 15 años de evolución. Se le realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar y la batería de gomas Chemotechnique, resultando negativas. Había sido tratado con corticoides tópicos con un mal control de su enfermedad, por lo que comenzó con corticoides sistémicos. Las lesiones mejoraron, pero empeoraban al bajar de 10mg de prednisona diaria, por lo que se decidió iniciar ciclosporina, desarrollando entonces una lesión nodular en la muñeca derecha y una lesión ulcerada en el pulpejo del primer dedo de la mano derecha, de las cuales se tomaron biopsias.

Lander Peña Merino, Elvira Acebo Mariñas, María Rosario González Hermosa, José Luis Díaz Ramón, Marta Balles-tero Díez, Izaskun Ocerin Guerra. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Vizcaya

Palabra clave: Dermatitis eczematosas; Diagnóstico,

DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL ASOCIADA A PRIMOINFECCIÓN POR VIRUS HERPES 6 Y REACTIVACIÓN DE PARVOVIRUS B19.

Introducción

La dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) es una entidad infrecuente que se expresa clínicamente en forma de lesiones lineales en tronco, pápulas o placas localizadas en cintura pelviana y escapular. Suele debutar en el contexto de una patología autoinmune, habitualmente artritis reumatoide. Sin embargo, también se han descrito casos asociados a fármacos, neoplasias y más raramente infecciones.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 73 años con antecedente de liquen plano de mucosas y psoriasis en tratamiento inmunosupresor. Coincidiendo con un cuadro neumónico presentó unas lesiones eritematosas en tronco y extremidades, además de inyección conjuntival y artromialgias. Se realizó biopsia de una de las lesiones que fue compatible con DGI. Se realizaron serologías que mostraron primoinfección por Virus Herpes 6 y reactivación de Parvovirus B19. Las lesiones cutáneas desaparecieron en 2 semanas, tras remitir el cuadro infeccioso.

Discusión

Aunque se han descrito algunos casos de DGI asociados a infecciones bacterianas por *Borrelia burgdorferi* y coccidiomicosis pulmonar, actualmente no existen en la literatura otros casos clínicos de

lesiones cutáneas de DGI asociadas a infecciones virales. Sin embargo, si se han documentado casos de hallazgos histológicos similares o compatibles con DGI en relación a Virus Herpes 6, Parvovirus B19 y Virus Herpes Zoster.

Conclusiones

La DGI debe considerarse como un patrón clínico e histológico reactivo a patologías sistémicas subyacentes, en las que se deben considerar las infecciones virales.

Nuria Rodríguez Garjijo¹, Ester Moreno Artero¹, Elena Querol Cisneros¹, Alejandra Tomás Velázquez¹, Laura García Tobar², Miguel Ángel Idoate², Gabriel Reina³, Agustín España¹. Departamento de Dermatología 1. Departamento de Anatomía Patológica 2. Departamento de Microbiología 3. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Palabra clave: Enfermedad sistémica, Infección vírica, Miscelánea



NECROSIS EPIDÉRMICA INDUCIDA POR METOTREXATE: UNA ENTIDAD INFRECUENTE A CONOCER.

Introducción

El despegamiento cutáneo extenso y las lesiones mucosas en contexto medicamentoso sugieren el complejo Stevens-Johnson/Necrosis epidérmica tóxica (SJS-NET). Sin embargo, ante el uso de Metotrexate, otra entidad rara pero severa debe considerarse.

Caso clínico

Presentamos el caso de un niño de 13 años con osteosarcoma tratado mediante quimioterapia y cirugía. Diez días después del último ciclo de quimioterapia (Metotrexate, Actinomicina D, Ciclofosfamida, Uromitexan y Vincristina), el paciente acude por fiebre y mucositis, hallándose anemia, tromponemia y leucopenia en la analítica. A las 72 horas, refiere lesiones cutáneas dolorosas generalizadas, molestias oculares y úlceras orales. Presenta máculas marrónáceas confluentes en tronco y extremidades y erosiones en mucosa labial y glúteos. Los niveles de Metotrexate son 0,059 $\mu\text{mol/L}$ y el estudio histopatológico es compatible con efecto tóxico-medicamentoso, realizándose el diagnóstico de Necrosis Epidérmica por Metotrexate (NEM).

Discusión

Son pocos los casos descritos de esta entidad. Entre los signos tempranos se pueden encontrar erosiones cutáneas dolorosas, úlceras orales, leu-

copenia y trombopenia. Como factores de riesgo destacan la edad avanzada, la enfermedad renal crónica, y dosis iniciales elevadas de Metotrexate sin suplementación de ácido fólico. En el SJS/NET subyace una reacción de hipersensibilidad mediada por fármaco. En cambio, la NEM se produce por toxicidad directa sobre los queratinocitos y el tratamiento con ácido fólico es fundamental. La sospecha clínica resulta clave para el diagnóstico y adecuado manejo. Nuestro paciente fue tratado con ácido fólico intravenoso y curas locales con buena evolución.

A. Tomás Velázquez¹, E. Moreno Artero¹, E. Querol Cisneros¹, N. Rodríguez Garijo¹, L. García Tobar², MA. Idoate², L. Aguado Gil¹. 1 Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. 2 Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Palabra clave: Reacción por fármacos,
Diagnóstico.

PÁPULAS DOLOROSAS EN MUSLOS.

Introducción

La perniois de los muslos asociada al frío (PMAF) se caracteriza por la aparición de placas eritematovioláceas en muslos tras exposiciones prolongadas al frío.

Caso clínico

Mujer de 23 años, sin antecedentes de interés, con lesiones dolorosas en ambos muslos de 5 semanas de evolución. Desde hacía 3 años, momento en el que se mudó a Zaragoza, aparecían durante el invierno y mejoraban con la llegada del calor, desapareciendo en verano. Pasaba muchas horas montando a caballo al aire libre. También refería que en ocasiones los dedos de manos y pies se ponían muy fríos y entumecidos, y cuando volvían a entrar en calor a veces sentía dolor, aunque no asociaba cambios de coloración. En la exploración observamos, en lateral de ambos muslos, manchas y placas eritematovioláceas y frías, y en manos y rodillas leve coloración violácea. No presentaba otras lesiones elementales, manifestaciones sistémicas, ni alteraciones en pruebas de laboratorio. Se biopsió una de las lesiones observándose infiltrado linfocitario perivasculare y perianexial, más intenso en dermis profunda y tejido subcutáneo, aunque sin extenderse al septo o al lobulillo. Se estableció el diagnóstico de PMAF, aconsejándole utilizar ropa abrigada no ajustada, y

corticoides tópicos de mediana potencia, con franca mejoría de las lesiones.

Discusión

La PMAF es una paniculitis por frío recientemente descrita por Ferrara y Cerroni, que engloba otros casos denominados paniculitis ecuestre, perniois ecuestre o sabañones ecuestres. Se cambió el término “ecuestre” por “asociada al frío”, porque también aparece en personas expuestas al frío que no montan a caballo. Se impuso “perniois” frente a “paniculitis” porque no siempre hay paniculitis sino que el principal patrón es un infiltrado linfocitario perivasculare y perianexial. Como factores etiológicos proponen: frío, repetidos microtraumatismos, y alteración en la circulación sanguínea. No se ha relacionado con ninguna alteración en analítica sanguínea salvo ocasionalmente con la presencia de aglutininas frías. Las lesiones suelen resolverse tras unas semanas sin dejar cicatriz, aunque pueden haber recidivas.

Álvaro Rivera Rodríguez¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Isabel Abadías Granado¹, Javier Sánchez Bernal¹, Raquel Conejero del Mazo¹, Alberto Valero Torres², Mariano Ara Martín¹. Servicio de Dermatología 1 y Anatomía Patológica 2. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).



PITIRIASIS LIQUENOIDE: RESPUESTA A LA COMBINACIÓN DE AZITROMICINA Y TACROLIMUS TÓPICO

Contenido

La pitiriasis liquenoide es una enfermedad inflamatoria poco frecuente de etiología desconocida. Se han descrito varias formas clínicas, entre las que destacan la pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda y la pitiriasis liquenoide crónica, las cuales probablemente representan dos polos en el espectro de un mismo proceso patológico.

Los cuadros de pitiriasis liquenoide pueden resolverse de forma espontánea, pero esto puede llevar desde semanas hasta meses. Se ha descrito buena respuesta a numerosos tratamientos, entre los que destaca el uso de corticoides tópicos, fototerapia (fundamentalmente UVB de banda estrecha), inmunosupresores y también varios antibióticos, como minociclina, doxiciclina y eritromicina, probablemente debido a su efecto antiinflamatorio.

En este trabajo describimos dos pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de pitiriasis liquenoide, con rasgos clínicos tanto de la variante aguda como de la crónica, que respondieron satisfactoriamente y sin efectos adversos al uso de la combinación de azitromicina oral 500mg diarios durante tres días consecutivos, durante un total de cuatro semanas- asociada a pomada de

tacrolimus 0.1%. Uno de los pacientes había realizado tratamiento previo con corticoides tópicos, sin presentar mejoría.

Por lo tanto, creemos interesante la descripción de estos dos casos de pitiriasis liquenoide confirmada que respondieron satisfactoriamente al uso de azitromicina oral con tacrolimus tópico. Como ventajas fundamentales respecto a otros tratamientos descritos, cabría destacar un mejor perfil de seguridad respecto al uso de inmunosupresores así como una mayor comodidad evitando el desplazamiento del paciente para recibir las sesiones semanales de fototerapia.

Ignacio Hernández Aragüés¹, Ofelia Baniandrés Rodríguez², Isabel Bernad Alonso¹, Gemma Simal Gómez¹.
¹ Hospital Universitario San Pedro, Logroño (La Rioja). ² Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Palabra clave: Tratamiento sistémico, tratamiento tópico, miscelánea.

SÍNDROME DE COWDEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Introducción

Presentamos el caso de una paciente en el que las manifestaciones mucocutáneas han sido claves para el diagnóstico de una enfermedad multisistémica rara: el Síndrome de Cowden. Se trata de una genodermatosis en que la mutación en el gen PTEN desencadena el desarrollo de tumores benignos (hamartomas en piel y mucosas, colon, tiroides y cerebro) y un riesgo aumentado de neoplasias malignas de mama, tiroides y endometrio.

Caso clínico

Mujer de 44 años en estudio por Medicina Interna y Cirugía Vasculár. En el cuadro clínico destacaba linfedema en extremidades superiores, alteraciones en la sensibilidad de ambas manos, macrocefalia y facies tosca, así como otras alteraciones mucocutáneas sutiles como mucosa oral en empedrado y pits palmares.

En las pruebas realizadas: angioTAC, capilaroscopia, analítica (autoinmunidad, función tiroidea) y biopsia de subcutáneo, no se hallaron alteraciones. Una resonancia cerebral mostraba una lesión cerebelosa. Con estos datos, recomendamos realizar el estudio genético, que confirmó la sospecha clínica.

Conclusiones

El Síndrome de Cowden es una entidad infra-diagnosticada dada la dificultad diagnóstica, con menos de 500 casos publicados. Ante una constelación de signos y síntomas en un mismo paciente sugestiva de un cuadro sindrómico, hemos de mantener una alta sospecha clínica.

La colaboración interdisciplinar incluyendo a Dermatología ayuda a un diagnóstico precoz y, por tanto, un seguimiento estrecho en la prevención terciaria de las posibles neoplasias que se vayan generando.

Iris Vicente Sánchez, Jesús Gardeazabal García, Xabier Eizaguirre Uriarte, Nerea Agesta Sanchez, Salomé Álvarez Sánchez, Marta Mendieta Eckert.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Palabra clave: Genodermatosis, diagnóstico.



DERMATOSIS IGA LINEAL NET-LIKE POR VANCOMICINA

Introducción

La dermatosis IgA lineal es una enfermedad ampollosa adquirida de origen idiopático o secundario a medicamentos (destacando la vancomicina como fármaco causal más habitual). Se trata de una enfermedad con formas clínicas heterogéneas, presentamos una de sus variantes.

Caso clínico

Varón de 70 años que precisó tratamiento con vancomicina endovenosa por sepsis de origen urológico. Durante el tratamiento, desarrolló una erupción cutánea grave caracterizada por ampollas y despegamiento cutáneo en tronco y extremidades, sin afectación de mucosas. Ante la sospecha inicial de necrólisis epidérmica tóxica, se interrumpió el fármaco sospechoso y se trasladó al paciente a la Unidad de Grandes Quemados. Se realizó una biopsia cutánea en la que se objetivó una ampolla subepidérmica con infiltrado inflamatorio rico en polimorfonucleares en dermis y la inmunofluorescencia directa reveló el depósito lineal de IgA en la membrana basal. Se diagnosticó de dermatosis IgA lineal en base a los hallazgos histopatológicos y el depósito característico de IgA, junto con la clínica y la relación temporal de la administración de vancomicina. Tras estos resultados, se inició tratamiento con dapsona a dosis de 100 mg/día, con buena evolución.

Discusión y conclusión

Reportamos un caso de dermatosis IgA lineal con presentación atípica, un cuadro infrecuente previamente descrito en la literatura. Es importante incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de las dermatosis ampollosas, siendo la inmunofluorescencia directa clave en el diagnóstico de la misma.

Sara Esteban Terradillos¹, Anne Barrutia Borque¹, Verónica Velasco Benito², Marc Julia Manresa³, Peru Urigoitia Ugalde³, Jaime González del Tánago Diago³. Servicios de Dermatología 1 y Anatomía Patológica 2 del Hospital Universitario Cruces. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Basurto 3 (Vizcaya).

Palabra clave: Enfermedad ampollosa, diagnóstico

CORRELACIÓN ECOGRÁFICA-HISTOPATOLÓGICA EN EL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

Introducción

El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor relativamente infrecuente y localmente agresivo, pues experimenta un crecimiento lento y raras veces metastatiza. Presentamos el caso de un paciente con un dermatofibrosarcoma protuberans de gran tamaño extirpado mediante cirugía controlada al microscopio y con una correlación ecográfica e histopatológica que detallamos a continuación.

Caso Clínico

Paciente varón de 45 años con una lesión de pocos meses de evolución en la región pectoral derecha de 11x6 cm de diámetro y coloración eritemato-violácea que infiltra la dermis reticular y el tejido subcutáneo. La exploración ecográfica muestra un patrón alternante de áreas hipoecoicas y trectos hiperecoicos con intensa vascularización en el modo Doppler. Tras el estudio de los márgenes mediante cirugía de Móhs, el defecto resultante se cierra mediante dos colgajos de rotación de la piel adyacente.

Discusión

Histopatológicamente, el dermatofibrosarcoma protuberans se caracteriza por una densa proliferación fusocelular que infiltra la dermis y el tejido celular subcutáneo con un patrón “en panal de abeja”. Aunque se ha descrito en casos clíni-

cos puntuales la imagen ecográfica de la invasión dérmica de este tumor, no hemos encontrado reportes respecto al aspecto ecográfico de la invasión del tejido graso. Creemos que estas áreas alternantes hipoecoicas-hiperecoicas podrían corresponderse con el patrón “en panal de abeja” ya comentado previamente.

Conclusiones

Pretendemos resaltar la utilidad de la ecografía en la consulta de Dermatología en este caso como herramienta de ayuda en el diagnóstico diferencial y el manejo terapéutico.

Ester Moreno-Arterol; Saioa Oasco Jaime²; Pablo Panadero Messeguer³; Pedro Redondó; Amaia Larumbe Irurzun². 1. Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. 2. Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. 3. Departamento de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Palabra clave: Dermatofibrosarcoma protuberans;
Ecografía cutánea.



HIDRADENITIS NEUTROFÍLICA ECRINA EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

Introducción

Las dermatosis neutrofílicas comprenden enfermedades inflamatorias cutáneas caracterizadas histológicamente por infiltrados neutrofílicos en ausencia de agente infeccioso.

Caso clínico

Varón de 69 años exfumador con antecedentes personales de hipercolesterolemia y neutropenia. Presentaba placas eritematovioláceas confluyentes en hombros, región escapular y zona lumbar de 3 días de evolución asociado a síndrome constitucional durante el último mes. Dos semanas antes había presentado un cuadro febril amigdalar que se trató con amoxicilina/ácido clavulánico, diclofenaco y omeprazol. Se realizó biopsia cutánea con resultado anatomopatológico de hidradenitis ecrina neutrofílica y vasculitis necrotizante. Se administró prednisona 60mg/día en pauta descendente. Los cultivos microbiológicos fueron negativos y en la analítica se detectó anemia y neutropenia. El medulograma fue diagnóstico de anemia refractaria con exceso de blastos tipo-2 (AREB-2) por lo que comenzó tratamiento con azacitidina s.c.

Discusión

La hidradenitis neutrofílica ecrina es una dermatosis neutrofílica infrecuente y limitada asociada a tratamientos quimioterápicos -citarabina y an-

traciclina, entre otros- y, menos frecuentemente, a neoplasias hematológicas, infecciones y fármacos. Se caracteriza por pápulas y placas eritemato-edematosas en tronco, cara y extremidades y presencia de fiebre; lo cual plantea un diagnóstico diferencial con el síndrome de Sweet (dermatosis neutrofílica aguda) e infecciones (celulitis, embolismo fúngico o bacteriano).

Conclusión

Se presenta un caso de hidradenitis neutrofílica ecrina asociada a neutropenia que precede al diagnóstico de un síndrome mielodisplásico (AREB-2).

Jone Sarriguarte Aldecoa-Otalora¹, Alfredo Agulló Pérez¹, Maialen Azcona Rodríguez¹, Iñigo Martínez de Espronceda Ezquerro¹, María Teresa Tuñón Álvarez² y Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicio de Dermatología 1 y Servicio de Anatomía Patológica 2. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Palabra clave: enfermedad de las glándulas, dermatosis neutrofílica, hidradenitis neutrofílica ecrina, síndrome de Sweet.

MUCINOSIS PAPULAR DISCRETA

Introducción

Las mucinosis papulares, clásicamente denominadas liquen mixedematoso (LM), son un grupo de trastornos caracterizado por el depósito anormal de mucina en la dermis. La mucinosis papular discreta (MPD) es un subtipo infrecuente de LM localizado, cuya afectación es exclusivamente cutánea, sin asociar gammapatía monoclonal.

Caso clínico

Mujer de 51 años, sin antecedentes de interés, que consultó por la aparición progresiva desde hacía dos años de múltiples lesiones cutáneas asintomáticas en tronco y extremidades superiores. La paciente no refería sintomatología general asociada y negaba lesiones similares en los miembros de su familia. A la exploración física se apreciaban numerosas lesiones papulosas milimétricas (2-3 mm de tamaño), de color piel, firmes, de distribución no folicular, localizadas en tronco y raíz de extremidades superiores. Con el diagnóstico diferencial de elastorrexis papulosa, colagenomas eruptivos y mucinosis papular, se tomó biopsia punch de una lesión y se solicitaron pruebas analíticas, incluyendo proteinograma, perfil tiroideo, anticuerpos antinucleares y serologías, que resultaron normales. En el estudio histológico se observó un depósito de mucina en la dermis y una discreta proliferación de fibroblastos, sin esclerosis. Los hallazgos clínicos e histopatológicos permitieron llegar al

diagnóstico de mucinosis papular, en su forma discreta. La paciente rechazó cualquier opción de tratamiento y las lesiones permanecen estables.

Discusión

La MPD es una variante rara de LM localizado de difícil diagnóstico clínico por su infrecuencia y su amplio diagnóstico diferencial. A pesar de su curso crónico, tiene un excelente pronóstico, ya que no asocia gammapatía monoclonal, salvo casos atípicos, y no progresa a escleromixedema. No obstante, se debería hacer un seguimiento clínico y analítico anual de estos pacientes. Respecto al tratamiento, se ha sugerido el tacrolimus 0,1% tópico como una opción efectiva.

Isabel Abadías Granada¹, Javier Sánchez Bernal¹, Álvaro Rivera Rodríguez², Marcial Álvarez Salafranca¹, Victoria Lezcano Biosca¹, Alberto Valero Torres², Mariano Ara Martín¹. 1 Servicio de Dermatología y 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza



XANTOMAS ERUPTIVOS: UNA MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE DE TRASTORNOS DEL METABOLISMO LIPÍDICO.

Introducción

Presentamos un caso de xantomas eruptivos, una manifestación cutánea infrecuente de trastornos del metabolismo lipídico.

Caso clínico

varón de 53 años con esquizofrenia paranoide de larga data, síndrome metabólico (obesidad pre-mórbida, hipertensión arterial, hipertriglicéridemia y diabetes tipo 2 mal controlada) y pancreatitis de repetición. Acude al Servicio de Urgencias por lesiones de aparición brusca hacia dos meses, inicialmente catalogadas como foliculitis y posteriormente como moluscos contagiosos. En la exploración física se observaban decenas de lesiones papulosas de 2-6 mm de diámetro, de color amarillo-anaranjado con halo eritematoso alrededor, predominando en espalda y tercio proximal de extremidades. Presentaba buen estado general y escaso prurito.

Pruebas complementarias: La analítica reveló las siguientes cifras: triglicéridos de 1.700 mg/dl (VN<150), colesterol total de 269 mg/dl (VN<240) y HbA1c de 8,5% (VN<6,5). La biopsia de una de las lesiones mostró "una dermis superficial con numerosos histiocitos de citoplasma espumoso y depósito de material lipídico extracelular,

compatible con xantoma eruptivo". Se comentó el caso con Endocrinología y decidieron ingreso para ajuste de tratamiento.

Conclusiones

Presentamos el caso de un paciente con xantomas eruptivos en contexto de hipertriglicéridemia y diabetes mal controlada. Los xantomas cutáneos son una manifestación infrecuente de trastornos lipídicos. Se trata de un depósito de lípidos asociado a fenómenos inflamatorios en la piel. Es importante diferenciar las variantes clínicas porque cada una se asocia a un trastorno del metabolismo lipídico diferente, en el caso de los xantomas eruptivos predomina la hipertriglicéridemia. Es esencial determinar la causa subyacente (trastornos hereditarios, secundario a enfermedades sistémicas). Desde el punto de vista cutáneo son asintomáticas, pero tienen implicaciones importantes a nivel sistémico (riesgo cardiovascular, desarrollo de pancreatitis). El tratamiento consiste en un buen control lipídico, en este caso fibratos como primera elección.

Irune Méndez Maestro, Olatz Lasa Elgezua, Belén Navajas Pinedo, Anne Barrutia Borque, Irati Allende Markixana, Juan Antonio Ratón Nieto. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Bilbao

Palabra clave: Enfermedad sistémica



NOTAS

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting with a solid dotted line under the header and followed by multiple spaced-out dotted lines.



NOTAS

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting with a solid dotted line under the header and followed by multiple spaced-out dotted lines.



abbvie

 Almirall

 Celgene

 gsk

Lilly

janssen 

 NOVARTIS



Lugar de la Reunión: Hotel NH Herencia La Rioja
Marqués de Murrieta, 14 - 26005 LOGROÑO