



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN VASCO-NAVARRA-ARAGONESA-RIOJANA DE LA AEDV

Reuniones de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Pamplona, 17 de marzo de 2017

1. DERMATITIS AUTOINMUNE POR PROGESTERONA

S. Oscoz Jaime^a, M. Larrea García^a, M.J. Mitxelena Eceiza^a, V. Peñas Parrilla^b, M^a. T. Tuñón Álvarez^c y J.I. Yanguas Bayona^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Ginecología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. Las dermatitis catameniales son una entidad clínica poco frecuente que se presentan en forma de brotes cíclicos mensuales de lesiones cutáneas variables desencadenadas como consecuencia de las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual.

Caso clínico. Mujer de 46 años que presentaba brotes mensuales de una lesión en antebrazo derecho en forma de placa eritematoedematosa, desde 2013, varios meses después de haber retirado un DIU Mirena[®]. La paciente relacionaba de manera directa la aparición de la lesión 3-4 días previos al inicio de la menstruación y una resolución completa de la sintomatología de manera espontánea en los días 4^o-5^o del ciclo. Las pruebas epicutáneas y la intradermorreacción con progesterona resultaron negativas, pero la provocación oral con progesterona durante un mes reprodujo la sintomatología que refería la paciente. La clínica remitió por completo tras tratamiento con acetato de ulipristal.

Discusión. La etiopatogenia de la entidad no se ha establecido con certeza hasta el momento actual, pero se considera que existe una sensibilización a la progesterona exógena y/o endógena por la que se producen anticuerpos anti-progesterona, responsables de desencadenar la sintomatología de manera cíclica. La base del tratamiento consiste en inhibir la ovulación para bloquear los mecanismos que producen la elevación de progesterona en la segunda fase del ciclo.

Conclusión. La dermatitis autoinmune por progesterona es una entidad clínica muy poco frecuente considerando el gran número de mujeres que consumen anticonceptivos orales a nivel mundial. Destacamos la resolución completa de la sintomatología con acetato de ulipristal, siendo nuestro caso el único descrito en la literatura, proponiéndolo como buena opción terapéutica en mujeres con tratamiento anticonceptivo hormonal contraindicado.

2. APARICIÓN DE NÓDULOS ERITEMATOSOS TRAS EL TRATAMIENTO CON AZACITIDINA SUBCUTÁNEA

A. Panés Rodríguez^a, S. Ibarbia Oruezabal^a, A. López Pestaña^a, P. Gutiérrez Támara^a, A. de Vicente Aguirre^a, M.J. Silva Carmona^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción. La azacitidina es un fármaco antineoplásico inhibidor de la metiltransferasa aprobado para el tratamiento de los síndromes mielodisplásicos de alto riesgo. Se trata de un fármaco bien tolerado que puede ser administrado tanto de forma intravenosa como subcutánea. Las complicaciones locales en el sitio de administración de la azacitidina subcutánea son escasas y la mayoría de ellas son de carácter leve. Presentamos un caso de dermatosis neutrofílica en probable relación con la administración de azacitidina subcutánea, habiéndose descrito pocos casos previamente.

Caso clínico. Mujer de 78 años diagnosticada de anemia refractaria con exceso de blastos tipo 2, ingresada a cargo de Hematología por aparición de lesiones cutáneas dolorosas al tacto en las zonas de administración de azacitidina subcutánea. Refería evolución tórpida de las lesiones a pesar de recibir tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y amoxicilina-clavulánico. A la exploración se apreciaban nódulos eritematosos, dolorosos e infiltrados al tacto de unos 5 cm, en ambas extremidades superiores y en abdomen. El estudio anatomopatológico de una de las lesiones evidenció un infiltrado inflamatorio agudo dérmico formado por neutrófilos. El cultivo de microorganismos fue negativo. El cuadro se orientó como dermatosis neutrofílica en probable relación con inyección de azacitidina subcutánea, por lo que se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg al día, presentado mejoría progresiva de las lesiones cutáneas.

Discusión. Desde la comercialización de la azacitidina se han descrito cinco casos de síndrome de Sweet y dos casos de paniculitis neutrofílica en probable relación con este fármaco. La evolución y la localización de las lesiones cutáneas en los sitios de inyección del fármaco nos permiten establecer una relación causal probable en-

tre la administración de azacitidina subcutánea y la aparición de dermatosis neutrofílica.

3. LUPUS INDUCIDO POR TOCILIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Ibarbia Oruezabal^a, A. Panés Rodríguez^a, M^a.A. Arregui Murua^a, S. Vildósola Esturo^a, L. Sánchez Martínez^a, M^a.C. Lobo Morán^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción. Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado contra el receptor de la interleucina 6 aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) moderada-severa, la artritis idiopática juvenil sistémica y la poliarticular moderada-grave a partir de los dos años de edad.

Caso clínico. Varón de 48 años con AR en tratamiento con tocilizumab desde hacía 4 meses. Previamente, había sido tratado con adalimumab y posteriormente con etanercept que se suspendieron por falta de respuesta. Fue remitido por Reumatología por lesiones etiquetadas de psoriasis que habían aparecido y progresado a lo largo del verano. Presentaba lesiones eritematovioláceas edematosas en cara, orejas, cuero cabelludo y parte alta de la espalda, clínicamente de aspecto lúpico. Se tomaron biopsias que confirmaron el diagnóstico de lupus cutáneo con depósito lineal de IgG y C3 en la membrana basal epidérmica. La analítica solicitada mostró aumento de las transaminasas, descenso de C3 y C4, eosinofilia, ANA 1/640 y ENA y antiRo52 positivos. Ante estos resultados, se decidió suspensión de tocilizumab con rápida mejoría de las lesiones cutáneas, disminución de la eosinofilia y normalización de transaminasas; se cambió a abatacept y se añadió hidroxiclороquina con buena evolución del cuadro cutáneo.

Discusión. Los efectos secundarios más comunes del tocilizumab son las infecciones y las molestias gastrointestinales. Entre los cutáneos, aunque infrecuentes, se han descrito: sarna noruega, eritrodermia, toxicodermia, halo nevus, reacciones psoriasiformes y úlceras mucosas. Aportamos un caso de lupus eritematoso cutáneo inducido por tocilizumab, efecto secundario no descrito hasta la fecha.

4. ECCEMA DE CONTACTO POR KATHON CG: REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

N. González Romero, D. Barandiaran Abaroa, M. Juliá Manresa, A. Sánchez Díez, J. A. Yagüe Barcia y R. Izu Belloso.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción y objetivos. La metilcloroisotiazolinona (MCI) y metilisotiazolinona (MI) son los componentes del Kathon, un biocida ampliamente utilizado en la industria como conservante. Se ha descrito un aumento reciente de alergia de contacto a MI en la mayoría de los países europeos (Isaksson et al, 2015). Está incluido en los test estándar de pruebas epicutáneas europeas a una concentración de 100 ppm. Recientes estudios (John Wiley & Sons, 2014) apuntan que una concentración más óptima sería 200 ppm, para obtener mayor porcentaje de pruebas positivas sin aumentar la irritabilidad local y con tasas de sensibilización despreciables. El objetivo del estudio ha sido identificar y analizar los casos de sensibilización a MCI/MI diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Basurto durante los años 2014 y 2015.

Material y métodos. Se recogieron las historias clínicas de 484 pacientes a los que se les realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar del GEIDC TRUE TEST[®] (SMARTPRACTICE DENMARK ApS). Se estudiaron las variables sexo, edad, localización de las lesiones, alérgenos concomitantes, tiempo de evolución, fuente de sensibili-

zación y relación profesional de los 38 pacientes sensibilizados a MCI/MI.

Resultados. El 8% de la población parcheada presentó sensibilización a Kathon, siendo en la mayoría de los casos mujeres mayores de 50 años trabajadoras del Sector de Limpieza con eccema de manos. El 43% presentaba antecedentes de atopia y sensibilización a otros alérgenos, siendo el níquel el más frecuente.

Conclusiones. La sensibilización al Kathon se presenta como un problema de salud pública. A pesar de que su uso está regulado por la Unión Europea, su prevalencia no ha disminuido, por lo que se deberían instaurar medidas más estrictas. Por otra parte, el incremento de la dosis de MCI/MI en las pruebas epicutáneas, así como la inclusión por separado de la MI, podría ayudar a aumentar la sensibilidad diagnóstica de dichas pruebas.

5. LEISHMANIASIS CUTÁNEA: DEL VIEJO O NUEVO MUNDO, CONSEJOS PARA SU MANEJO EN EL MUNDO ACTUAL

A. Barrutia-Borque, X. Eizaguirre-Uriarte, S. Álvarez-Sánchez, M. Mendieta-Eckert y J.L. Díaz-Ramón

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces (Barakaldo). Vizcaya. España.

Introducción. La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria endémica en 98 países del mundo. Con el aumento de la población inmigrante y los viajes al extranjero, cada vez es más habitual el diagnóstico de casos importados, lo cual hace necesario el conocimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos de los que disponemos.

Material y métodos. Presentamos 5 casos importados de leishmaniasis cutánea en 2 familias procedentes de Errachidia, una provincia del norte de Marruecos. Describimos las lesiones cutáneas, las técnicas diagnósticas empleadas en cada uno de ellos y el tratamiento llevado a cabo.

Resultados. En 2 pacientes se realizó el diagnóstico mediante biopsia cutánea, identificándose *Leishmania* mayor como especie causante del cuadro cutáneo en 1 de ellos. Los otros 3 pacientes, familiares de los 2 anteriores, fueron diagnosticados por la historia clínica y el aspecto de las lesiones cutáneas. Uno de los pacientes precisó tratamiento sistémico con antimonio de meglumina, mientras que en el resto se empleó un antimonio intralesional o se observó una autoinvolución de las lesiones.

Discusión. La leishmaniasis cutánea tiende a resolverse sola, dejando cicatrices atróficas. Con el tratamiento buscamos acelerar su curación, reducir el número de lesiones y cicatrices y disminuir el porcentaje de recaídas. Este viene determinado por el número y localización de las lesiones cutáneas, las comorbilidades del paciente, la probable especie infectante y el acceso a los distintos fármacos en el país.

6. EXPERIENCIA CON APREMILAST EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

J.A. Yagüe Barcia, S. Gómez Muga, M. Lázaro Serrano, J. González del Tánago Diago, B. Ramos Bareño y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción. Apremilast es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 administrado por vía oral que actualmente está autorizado para el "tratamiento de la psoriasis en placas crónica de moderada a grave en los adultos que no han respondido, tienen contraindicado o no toleran otros tratamientos sistémicos". Su eficacia se basa en ensayos clínicos fase III en los que la variable principal (PASI-75) se alcanzaba en el 30-40% de los pacientes en la semana 16. Las principales ventajas frente al resto de fármacos sistémicos convencionales y biológicos son la comodidad de la administración oral, su

perfil de seguridad (no aumenta la incidencia de eventos cardiovasculares, infecciones, ni reactivación de tuberculosis latente, no produce toxicidad acumulada de órgano), por lo que no requiere pre-screening ni monitorización, no es necesario realizar ajuste de dosis y permite un tratamiento continuado.

Casos clínicos. Actualmente en nuestro servicio un total de 7 pacientes están siendo tratados con apremilast por presentar psoriasis en placas moderada-grave, con resultados variables. El determinante principal para el inicio de dicho tratamiento en estos pacientes fueron sus comorbilidades, antecedentes como neoplasias (2 uroteliales, vulva, tiroides y mama), reactivación de TBC, hepatitis tóxica por tratamiento tuberculostático, artropatía psoriásica, lupus subagudo, etc.; o ausencia de respuesta a otras opciones terapéuticas.

Comentarios. A falta de datos comparativos directos con el resto de tratamientos biológicos disponibles en la actualidad, apremilast parece una opción más modesta en términos de eficacia teniendo en cuenta su coste económico. No obstante, constituye una alternativa valiosa en aquellos pacientes que han agotado el resto de vías terapéuticas o que por sus antecedentes o características no se pueden beneficiar de estas.

7. CELULITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

L. Sobrevias Bonells^a, I. Aranguren López^a,
J. Zubizarreta Salvador^a, A. López Pestaña^a
y N. Ormaechea Pérez^a, P. Gutiérrez-Támara^a y C. Lobo Moran^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción. El síndrome de Wells, o celulitis eosinofílica, fue descrito en 1971 como dermatitis granulomatosa recurrente con eosinofilia. Se trata de una dermatosis inflamatoria rara y de etiología desconocida. Se presenta predominantemente en extremidades/tronco, generalmente sin afectación sistémica. Es más frecuente en adultos, siendo rara en niños.

Casos clínicos. *Caso 1.* Niño de 6 años, con leucemia linfoblástica aguda en remisión, con placa anular eritematosa en nuca. *Caso 2.* Hombre de 38 años, con antecedente de celulitis eosinofílica hacía tres años, con placa anular eritematoedematosa en brazo. *Caso 3.* Hombre de 52 años, diagnosticado de macroglobulinemia de Waldenström en tratamiento con rituximab-fludarabina-ciclofosfamida, con maculopápulas excoriadas y de aspecto liquenoide en piernas. En los tres casos la histología mostró un patrón compatible con síndrome de Wells. El primero se resolvió sin tratamiento en tres semanas, dejando leve pigmentación residual. Los otros dos recibieron corticoide oral y tópicos, con resolución completa en menos de tres semanas.

Conclusiones. Se trata de un síndrome que clínicamente puede ser muy polimorfo, pero típicamente se observan dos fases: inicial o celulítica, con múltiples placas eritematoedematosas y ocasionalmente con vesículas/ampollas; y una segunda fase tipo granulomatosa. La eosinofilia en sangre periférica es frecuente pero no imprescindible. La histopatología muestra un infiltrado eosinofílico difuso dérmico junto a las características, pero no exclusivas, "figuras en llama". El diagnóstico diferencial principal se establece con la celulitis bacteriana. El tratamiento más común y efectivo son los corticoides orales, aunque también se han descritos casos con respuesta a dapsona y ciclosporina. La entidad tiene carácter recidivante y evolución generalmente benigna, aunque puede persistir una hiperpigmentación residual o atrofia.

8. CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE LA FRENTE Y SIEN, RESULTADO ONCOLÓGICO, FUNCIONAL Y ESTÉTICO

M. Ivars Lleó, E. Moreno Artero, E. Querol Cisneros,
N. Rodríguez Garijo y P. Redondo Bellón

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. La extirpación de tumores cutáneos en frente y sien que infiltran planos profundos, puede ocasionar una lesión de las ramas temporales del nervio facial ipsilateral, ya sea por la agresividad del tumor, ya por la iatrogenia quirúrgica. Como consecuencia, se produce una denervación del lado afecto que ocasiona ptosis del párpado superior ipsilateral así como la caída de la ceja, con la consiguiente asimetría frontal.

Casos clínicos. Presentamos los casos de tres pacientes con tumores infiltrantes (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y fibroxantoma atípico) en área frontal o en la sien, remitidos a nuestro centro para cirugía controlada al microscopio. Tras la extirpación quirúrgica y el estudio histológico tridimensional de los márgenes de resección, se procedió al cierre del defecto resultante mediante colgajos cutáneos locales.

Discusión. Además de garantizar la extirpación completa para obtener una curación oncológica, objetivo prioritario de la cirugía de Mohs, es importante intentar recuperar la funcionalidad y obtener el mejor resultado estético. Se exponen mediante iconografía seriada las reconstrucciones quirúrgicas realizadas para cumplir estos objetivos.

Conclusiones. La cirugía de Mohs es la técnica quirúrgica de elección para tumores agresivos de la frente y la sien. En la reconstrucción quirúrgica debe valorarse recuperar la simetría frontal.

9. MELANOMA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

S. Esteban Terradillos, J. Gardeazabal García, J.A. Ratón Nieto,
E. Acebo Mariñas, M. Rubio Lombraña y O. Guergué Díaz de Cerio

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. España.

Introducción. El trasplante de órgano sólido prolonga la vida de miles de pacientes anualmente. Entre los efectos adversos del tratamiento inmunosupresor asociado al trasplante, se encuentra el cáncer cutáneo, que supone la neoplasia maligna más frecuente en este grupo de pacientes.

Material y métodos. En el presente estudio se muestra una serie de 9 pacientes vistos en nuestras consultas diagnosticados de melanoma entre los años 2002 y 2017, tras haber recibido un trasplante de órgano sólido. Se describe la posible relación temporal entre la recepción del órgano y el desarrollo de melanoma teniendo en cuenta otros factores como el sexo, la edad y el fototipo de los pacientes.

Discusión. La importancia de la respuesta inmunológica contra las células neoplásicas en el melanoma maligno es conocida. Estudios recientes sugieren que la inmunosupresión iatrogénica provocada tras el trasplante podría influir negativamente en la incidencia y el pronóstico del melanoma. Este resultado tiene implicaciones en la práctica clínica en cuanto a la prevención y seguimiento de los pacientes con melanoma postrasplante y la toma de decisiones de trasplante en pacientes con antecedentes de melanoma.

10. AFECTACIÓN INTRAOCULAR POR MICOSIS FUNGOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Urigoitia Ugalde^a, E. Ispizua Mendivil^b,
J. González del Tánago Diago^a, M. Zaldúa Arrese^a,
N. González Romero^a, M^a.J. Calderón Gutiérrez^a y R. Izu Belloso^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Oftalmología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción. La micosis fungoide (MF) es la forma más frecuente de linfoma cutáneo de células T. Se inicia en forma de lesiones maculares que evolucionan hacia placas y tumores. En algunos casos la enfermedad progresa invadiendo ganglios linfáticos y órganos viscerales, siendo la afectación ocular rara. Presentamos el caso de

una mujer con MF foliculotropa de larga evolución que desarrolló afectación intraocular.

Caso clínico. Mujer de 67 años con historia de MF foliculotropa desde 2007. Inicialmente se trató con corticoides tópicos y PUVA con respuesta parcial, por lo que posteriormente se añadieron bexaroteno, interferón alfa 2b y radioterapia electron-beam, obteniéndose una respuesta completa. Un mes después, presentó de nuevo lesiones tumorales diseminadas a nivel cutáneo y disminución de la agudeza visual en el ojo derecho. Fue valorada por oftalmología quienes realizaron una vitrectomía diagnóstica por sospecha de infiltración por linfoma, la cual fue confirmada en el estudio anatomopatológico.

Discusión. La MF es un linfoma de células T cutáneo que puede llegar a tener afectación ganglionar y visceral, siendo la afectación ocular rara. La mayoría de estos casos se presentan en forma de infiltración tumoral a nivel de párpados. También se ha descrito afectación de la carúncula, la córnea, la conjuntiva, la esclera y el nervio óptico. La afectación intraocular y del humor vítreo, como en el caso de nuestra paciente, es aun más rara. Presentamos este caso por la rareza de esta manifestación en la micosis fungoide.

11. LINFOMA DE CÉLULAS T GAMMA/DELTA CUTÁNEO PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

I. Arrue Michelena^a, A. Urtaran Ibarzabal^a, S. Heras González^a, V. Fatsini Blanch^a, M^a.I. Martínez González^a, A. Saenz Aguirre^a y A. Sagasta Lacalle^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción. Los linfomas de células T gamma/delta cutáneos primarios son muy poco frecuentes y tienen un mal pronóstico.

Caso clínico. Mujer de 62 años que consultó por un nódulo subcutáneo en muslo de 2 meses de evolución. Se tomó una biopsia con resultado de paniculitis septal. La analítica fue normal. Posteriormente desarrolló lesiones en muslos, abdomen y caderas, algunas ulceradas. El análisis anatomopatológico sugería paniculitis lúpica. El cuadro empeoró con aparición de una placa ulcerada y necrótica en muslo izquierdo junto con astenia, pancitopenia y fiebre que no respondió a antibioterapia de amplio espectro. Se solicitó TAC en el que se veía una esplenomegalia y se realizó una biopsia de médula ósea en la que se descartó malignidad. Se llevó a cabo un desbridamiento de la úlcera que siguió extendiéndose. El nuevo estudio histológico objetivó una proliferación linfoide atípica de células T, con positividad para CD2, CD3, CD56, granzima B y TCR gamma con pérdida de CD4, CD5, CD7 y CD8, siendo el diagnóstico de linfoma de células T gamma/delta cutáneo primario. La paciente ingresó en Hematología para quimioterapia pretrasplante de precursores hematopoyéticos, falleciendo a los pocos días.

Discusión. Los linfomas de células T gamma/delta cutáneos primarios representan una variante agresiva y muy poco frecuente de los linfomas cutáneos. Sus manifestaciones clínicas son variables siendo la forma más habitual las placas o nódulos que se ulceran, localizados en extremidades. Responden mal a los tratamientos convencionales y tienen una supervivencia media de 15 meses. Presentamos este caso por la rareza de la entidad y la dificultad diagnóstica que ha conllevado debido, entre otras circunstancias, al diagnóstico diferencial con otras paniculitis.

12. CRIPTOCOCOSIS CUTÁNEA PRIMARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE

S. Heras González, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, T. Piqueres Zubiaurre, A. de Quintana Sancho, A. Martínez de Salinas Quintana y R. González Pérez

Hospital universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz, Álava. España.

Caso clínico. Presentamos el caso de un niño de 10 años natural de Camerún y sin antecedentes personales de interés, remitido desde urgencias por unas lesiones pustulosas puntiformes que con el paso de los días evolucionaban hacia úlceras bien delimitadas, no dolorosas, de unos 2 cm de diámetro y de trayecto lineal en la extremidad inferior derecha. Dichas lesiones habían aparecido unas tres semanas después de una herida en el tercer dedo del pie derecho. El paciente no presentaba fiebre, malestar general ni clínica sistémica acompañante. Se llevó a cabo un cultivo de exudado cutáneo así como tres biopsias, dos de ellas para estudio con hematoxilina-eosina y otra biopsia para cultivo. De forma empírica hasta la espera de los resultados se pautó tratamiento con claritromicina y terbinafina. Las biopsias mostraron un infiltrado inflamatorio agudo y crónico que con la técnica de Pas no identificaron estructuras micóticas. La tinción de Giemsa y Ziehl fueron negativas para Leishmanias y micobacterias respectivamente. Sin embargo, el cultivo de la biopsia fue positivo para *C. albicans*. El estudio del paciente se completó con una radiografía de tórax, una ecografía abdominal, una analítica y una retinografía, resultando todas las pruebas complementarias normales. El tratamiento con claritromicina y terbinafina se mantuvo durante 7 semanas con resolución completa de las lesiones.

Discusión. La criptococosis cutánea primaria se puede tratar mediante desbridamiento quirúrgico, antifúngicos e incluso se podría optar por la observación clínica. Los antifúngicos recomendados por la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas son la anfotericina B, el fluconazol y el itraconazol. Sin embargo, se ha visto que en aquellas criptococosis difíciles de tratar la terbinafina puede ser una buena alternativa de tratamiento. Por tanto, presentamos este nuevo caso de criptococosis cutánea primaria en un niño inmunocompetente en la que el agente responsable era un *C. albicans* y que mostró una excelente respuesta a terbinafina.

13. LESIONES EROSIVAS PERSISTENTES EN LABIO INFERIOR

V. Fatsini Blanch^a, S. Goula Fernández^a, Y. Olaizola Nogales^a, G. Ruiz-Carrillo Ramírez^a, I. Trébol Urra^a, B. Catón Santarén^b y M.V. Almeida Llamas^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción. Las lesiones en la mucosa labial son un motivo de consulta muy frecuente en dermatología y presentan un amplio diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Hombre de 75 años que consultaba por lesiones erosivocostrosas en labio inferior de 5 meses de evolución. Se solicitó analítica sanguínea con autoinmunidad, porfirinas y serologías, sin encontrarse ningún hallazgo relevante. El estudio histológico de la mucosa labial descartaba neoplasia y enfermedad ampollosa autoinmune, mostrando daño actínico y denso infiltrado inflamatorio de células plasmáticas; la inmunofluorescencia directa fue negativa y las tinciones kappa y lambda demostraron policlonalidad. Posteriormente se completó estudio con serología luética, resultando negativa. Con todos estos datos se llegó al diagnóstico de queilitis de células plasmáticas. Las lesiones se resolvieron tras aplicación de tacrolimus pomada.

Discusión. La queilitis de células plasmáticas es un trastorno inflamatorio poco frecuente, de carácter benigno e idiopático, que se presenta clínicamente como placas eritematosas erosivas en la mucosa labial. Histológicamente se caracteriza por un denso infiltrado en banda de células plasmáticas en la dermis superficial. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales. En cuanto al tratamiento, se describen en la literatura múltiples alternativas como corticoides tópicos e intralesionales, griseofulvina oral, extirpación quirúrgica, radioterapia, nitrógeno líquido o tacrolimus tópico. Presentamos este caso por tratarse de una entidad clínica rara que requiere de sospecha clínica para ser diagnosticada.

14. LINFOMA SUBCUTÁNEO TIPO PANICULITIS Y LUPUS PANICULITIS, UNOS LÍMITES EN OCASIONES IMPRECISOS

A.D. Agulló Pérez^a, M.J. Mitxelena Ezeiza^a, M.J. Etxebarria Lus^b, A. Córdoba Iturriagoitia^c, R.M[®]. Guarch Troyas^c y J.I. Yanguas Bayona^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. El linfoma subcutáneo tipo paniculitis es un linfoma primario cutáneo con afectación de hipodermis, que expresa un fenotipo alfa/beta en células T CD8 citotóxicas. El lupus eritematoso profundo se caracteriza por una paniculitis lobular linfocítica, con rasgos que pueden mimetizar al linfoma paniculítico, existiendo en ocasiones formas con datos mixtos de ambas entidades y habiéndose sugerido el desarrollo de linfoma T sobre un fondo de lupus paniculitis.

Material y método. Mujer de 65 años con lesiones nodulares profundas de inicio en extremidades inferiores y extensión progresiva a tronco y extremidades superiores, acompañándose de fiebre, hiperferritinemia, anemia, hipertrigliceridemia y astenia. El estudio histológico de las lesiones puso de manifiesto la infiltración del tejido celular subcutáneo por linfocitos CD8 monoclonales gamma-delta negativos. Mujer de 67 años con placas induradas, extensas y calientes en cara posterior de extremidades inferiores, junto con afectación del estado general (astenia, fiebre) y alteraciones analíticas (anemia, leucopenia, hiperferritinemia, leucopenia). El estudio histológico, tras múltiples biopsias, mostró un infiltrado lobular por linfocitos CD4 y CD8, con estudio de reordenamiento TCR monoclonal. **Conclusión.** Estos dos casos ilustran la dificultad del diagnóstico diferencial entre ambas entidades y la necesidad de un seguimiento estrecho, sabiendo que pueden ser necesarias múltiples biopsias para llegar a un diagnóstico definitivo, y que este debe basarse en la combinación de criterios clinicopatológicos, inmunofenotípicos y moleculares.

15. NÓDULOS “ARROSARIADOS” EN ANTEBRAZO

A. Urtaran Ibarzabal, I. García Río, I. Arrue Michelena, L. Aspe Unanue, L. Carnero González, B. Catón Santarén y R. Soloeta Arechavala

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Araba. Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción. El granuloma anular subcutáneo (GAS) es una variante rara de granuloma anular, más propio de la edad pediátrica. Presentamos el caso de un GAS con distribución lineal en un adulto. **Caso clínico.** Mujer de 83 años sin antecedentes de interés ni clínica articular que consultó por lesiones nodulares asintomáticas en extremidades superiores de un año de evolución. Presentaba nódulos normocoloreados de consistencia gomosa que formaban un trayecto lineal en región extensora de ambos antebrazos. El estudio sanguíneo mostró factor reumatoide y antiCCP negativos y la radiografía ósea solicitada por el Servicio de Reumatología fue normal. La biopsia y posterior extirpación evidenció afectación de todo el espesor de la dermis con focos de degeneración parcial del colágeno en los que se identificaba mucina rodeado de un infiltrado linfocitario, siendo compatible con granuloma anular profundo. Se realizó tratamiento con corticoide tópico e intralesional sin mejoría y posteriormente con vitamina E oral con mejoría parcial.

Discusión. El GAS es una dermatosis granulomatosa poco frecuente que plantea el diagnóstico diferencial con el nódulo reumatoide (NR) entre otros. El NR presenta células gigantes en su empalizada histiocitaria y una fibrosis más marcada en torno a esta. El dato histológico más diferenciador entre ambas es la presencia de mucina en la zona de necrobiosis del GAS. Existen pocos casos de GAS en adultos descritos en la literatura, así como de granulomas anulares

lineales. Menos aún GAS lineales en adultos. Presentamos este caso por su excepcional presentación clínica.

16. HORMONAS TIROIDEAS EN PACIENTES TRATADOS CON ISOTRETINOÍNA

B. Ramos Bareño, J. Uriarte, L. Blanch Rius, C. Gómez Bringas, P. Urigoitia Ugalde y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Introducción. El tratamiento con retinoides es un recurso frecuentemente utilizado dentro del espectro de la terapéutica en la dermatología. Se ha descrito la isotretinoína como una causante de hipotiroidismo central, leve y reversible, causado por la unión de los retinoides al receptor RXR, que, al formar heterodímeros con los receptores tiroideos, reduce la secreción de tirotropina, además de favorecer el metabolismo periférico de las hormonas tiroideas. **Objetivo.** Observar la relación entre la administración continuada de isotretinoína y los niveles de hormonas tiroideas. Analizar la relación de este fármaco con los niveles de transaminasas y el perfil lipídico de los pacientes como objetivo secundario para poder determinar la necesidad de controles analíticos durante el tratamiento con isotretinoína.

Material y método. Se recogió una muestra de 169 pacientes que comenzaron tratamiento con isotretinoína durante un periodo de 2, 4 y 6 meses entre septiembre de 2015 y marzo de 2016. Estos pacientes se dividieron según el tiempo de seguimiento y dosis acumulada. Se analizaron los niveles de TSH, T4 libre, transaminasas (GOT, GPT y GGT) y perfil lipídico.

Resultados. De la muestra, el 54% fueron mujeres y el 46% hombres. El 19% presentaba un acné cicatricial, el 13% noduloquístico, el 9% microquístico y el 59% otros tipos de acné. Respecto a las hormonas tiroideas, no se observó disminución de los niveles de TSH, sino que hasta un 19,35% de pacientes presentaron niveles elevados, aunque sin alteraciones en la T4 libre. Con relación a las transaminasas, se encontró un 12%, 15% y 4,73% de elevación en las cifras de GOT, GPT y GGT respectivamente, pero sin significación clínica. Finalmente, se hallaron alteraciones del perfil lipídico (un 19,23% en la cifra de colesterol total, un 15,87% en LDL, un 11,22% en HDL y un 10,2% en triglicéridos).

Discusión. A diferencia de estudios anteriores, en este estudio se objetivó un incremento de los niveles de TSH, siendo los valores de T4 libre normales, lo que podría sugerir que la isotretinoína también podría causar un hipotiroidismo primario subclínico. En cuanto a los perfiles hepático y lipídico, nuestros datos coinciden con la literatura médica actual en cuanto a que este tratamiento, en las dosis establecidas, supone una terapia segura y, por tanto, deberíamos replantear la frecuencia de los controles analíticos.

17. DERMATOSIS NEUTROFÍLICA ASOCIADA A LINFEDEMA

M. Álvarez Salafranca^a, L. Prieto Torres^a, J. Sánchez Bernal^a, Á. Rivera Rodríguez^a, F. Felipe Berlanga^b, M. Lorda Espés^a, M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Zaragoza. España.

Introducción. La dermatosis neutrofílica asociada a linfedema es una entidad de etiología desconocida, relacionada principalmente con linfedema posmastectomía.

Material y método. Mujer de 67 años, con antecedente de carcinoma de mama intervenido quirúrgicamente en 2014 mediante mastectomía y linfadenectomía. Consulta por aparición de lesiones cutáneas asintomáticas en brazo izquierdo y mama ipsilateral de 48 horas de evolución, sin clínica sistémica. A la exploración física se aprecian lesiones a nivel de brazo izquierdo, área pectoral y

zona adyacente de espalda, en forma de manchas y placas eritematoedematosas, con áreas de piel respetada y pápulas de similares características a nivel de antebrazo distal. En la analítica destaca una proteína C reactiva de 15,74 mg/dl, así como leucocitosis de 13.300/mm³ (69,4% neutrófilos). Se practicó una biopsia cutánea y se inició tratamiento con cefalexina y prednisona. El estudio histopatológico reveló un infiltrado neutrofílico perivascular e intersticial, acompañado de edema de dermis papilar.

Resultados. Con estos datos se llegó al diagnóstico de dermatosis neutrofílica sobre área de linfedema.

Discusión. La dermatosis neutrofílica sobre área de linfedema se presenta fundamentalmente en mujeres con antecedente de carcinoma de mama y linfadenectomía axilar. Sin embargo, recientemente se han descrito dos casos en pacientes con linfedema de miembros inferiores. Se manifiesta clínicamente como lesiones cutáneas eritematosas, dolorosas, en forma de pápulas y/o placas, que se circunscriben al área de linfedema. La clínica sistémica suele ser más leve que en el síndrome de Sweet clásico o incluso estar ausente y las alteraciones analíticas son menos marcadas. No se ha relacionado esta entidad con recidivas del proceso neoplásico. En cuanto al tratamiento, se han presentado casos con buena respuesta tanto a antibióticos como a corticoides sistémicos. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye entidades como la celulitis o el herpes zoster. Probablemente sea una entidad infradiagnosticada, en tanto que puede ser confundida fácilmente con otros procesos infecciosos o inflamatorios.

18. LIQUEN ESCLEROSO VULVAR: NUESTRA EXPERIENCIA CON TERAPIA FOTODINÁMICA

L. Peña Merino, O. Lasa Elgezua, N. Agesta Sánchez, M. Ballesterio Díez e I. Ocerin Guerra

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

Introducción. El liquen escleroso vulvar (LEV) es una dermatosis inflamatoria crónica de etiología desconocida. Su prevalencia se estima en 1 de cada 300-1000 individuos, y afecta predominantemente a mujeres, existiendo dos picos de mayor incidencia, el primero antes de la pubertad, y el segundo en la peri- posmenopausia. Existe un riesgo aumentado de desarrollar un carcinoma epidermoide vulvar; y la sintomatología de prurito, dolor y/o dispareunia puede alterar de forma significativa la calidad de vida de estas pacientes. La gran mayoría de los casos se controlan eficazmente con corticoides tópicos ultrapotentes, pero existen casos refractarios al tratamiento estándar que constituyen un reto terapéutico.

Material y método. Se presentan tres mujeres posmenopáusicas con LEV refractario a tratamientos habituales (clobetasol, mometasona, tacrolimus) tratadas con terapia fotodinámica (TFD) con ácido metilaminolevulínico y lámpara de luz roja. En dos de las pacientes se realizó analgesia con inhalación de óxido nítrico e infiltración del área a tratar con anestesia local con mepivacaína.

Resultados y discusión. Todas las pacientes de nuestra serie presentaron una mejoría notable de los síntomas tras 1 o 2 sesiones de TFD. El dolor durante el tratamiento es el mayor factor limitante de esta técnica, por lo que es conveniente tomar medidas analgésicas para poder llevarla a cabo.

19. TOXICODERMIA POR LISINOPRIL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

I. Aranguren López^a, L. Sobrevias Bonells^a, M.A. Arregui Murua^a, T. Toledo Pastrana^a, L. Sánchez Martínez^a, J.M. Lera Imbuluzqueta^a y N. Segué Merino^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián. España.

Introducción. La toxicodermia medicamentosa es una reacción adversa frecuente en nuestro medio. Los fármacos más habitualmente implicados son los antibióticos, los antiinflamatorios no esteroideos, los psicofármacos, los betabloqueantes y las sales de oro. Presentamos dos casos de toxicodermia provocada por lisinopril, un fármaco habitualmente no implicado en esta patología.

Casos clínicos. Dos varones, de 72 y 71 años de edad, con síndrome metabólico en tratamiento farmacológico, acuden a consulta por la aparición de placas eritematodescamativas de aspecto psoriasiforme, intensamente pruriginosas, en cuero cabelludo, tronco y extremidades. El estudio histológico demuestra un patrón sugestivo de eczema crónico, destacando la eosinofilia tanto a nivel histológico como en sangre. Ante la persistencia de las lesiones a pesar de tratamiento (corticoides sistémicos y tópicos) y fototerapia en el primer caso, y corticoides tópicos en el segundo) y una histopatología sugestiva, se plantea la posibilidad de toxicodermia medicamentosa, por lo que se retira el lisinopril, con una lenta pero progresiva mejoría de la sintomatología, llegando a la desaparición de las lesiones.

Discusión. Las toxicodermias medicamentosas plantean un reto diagnóstico, tanto por la variabilidad en su presentación clínica e histopatología como por la necesidad de descartar muchos otros agentes etiológicos antes de atribuir la causa a un fármaco, máxime cuando este no se encuentra en la lista de los más habituales. Es el caso del lisinopril, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina ampliamente utilizado como hipotensor. Sus reacciones adversas más frecuentes son extracutáneas, pero debido a su extendido consumo es preciso tenerlo en cuenta a la hora de valorar su implicación en erupciones cutáneas de causa desconocida, sobre todo psoriasiformes.

20. ÚLCERA CRÓNICA SECUNDARIA A RADIODERMITIS POR INTERVENCIÓN CARDIACA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

N. Rodríguez Garijo, M. Ivars Lleó, E. Moreno Artero, E. Querol Cisneros, I. Palacios Álvarez y P. Redondo Bellón

Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. La radiodermitis crónica inducida por fluoroscopia (RDCIF) se describe como el daño cutáneo secundario a procedimientos intervencionistas que emplean esta técnica para la obtención de imágenes, en especial la coronariografía y el cateterismo cardiaco. Clínicamente puede manifestarse de forma diversa, desde eritema con leve descamación en la zona irradiada hasta áreas de necrosis con úlceras profundas.

Material y método. Se presentan dos casos de úlceras crónicas secundarias a RDCIF. El primer paciente es un varón de 72 años con antecedentes de dos coronariografías que presentaba una úlcera de 6 cm de diámetro en hombro derecho. El segundo caso se trata de un varón de 61 años con antecedentes de angioplastia cardiaca de urgencia, que desarrolló una úlcera de 7 x 4 cm en línea media de región dorsal. En ambos pacientes se llevó a cabo exéresis quirúrgica de las lesiones y reconstrucción mediante doble colgajo de rotación en o-z y colgajo de avance, respectivamente.

Discusión. Los procedimientos invasivos complicados que requieren largo tiempo de escopia en pacientes sometidos previamente este tipo de técnicas incrementan notablemente el riesgo de radiodermitis. Además es necesario tener en cuenta otros factores predisponentes a daño cutáneo por radiación como obesidad, diabetes o enfermedades autoinmunes.

Conclusiones. El diagnóstico de RDCIF debe sospecharse en todo paciente que presente una úlcera de origen no filiado localizada en áreas que hayan podido estar en contacto con esta fuente de radiación, como la región superior de la espalda, área escapular o axilas.

21. ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU TRATADA CON TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA

E. Querol Cisneros, M. Ivars lleó, E. Moreno Artero, N. Rodríguez Garijo y P. Gil Sánchez

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. La acrodermatitis continua de Hallopeau es una variante rara de psoriasis pustulosa que afecta a la región distal de los dedos. Suele ser refractaria a los tratamientos disponibles, por lo que supone un importante desafío terapéutico.

Material y métodos. Se presenta el caso de una mujer de 73 años, con acrodermatitis continua de Hallopeau de más de 20 años de evolución, tratada con corticoides tópicos de alta potencia, tacrolimus, metotrexate y colchicina, con persistencia de los brotes llegando incluso a la reabsorción parcial de la falange distal del 4º dedo. Se decidió iniciar terapia fotodinámica con metilaminolevulinato y luz de día, observando una respuesta clínica favorable.

Discusión. La utilidad de la terapia fotodinámica está bien establecida en Dermatología para el tratamiento de queratosis actínicas y epitelomas superficiales. Sin embargo, se han descrito recientemente propiedades antiinflamatorias y antimicrobianas que permiten ampliar su uso en dermatosis benignas como acné, verrugas vulgares, onicomicosis o hidradenitis supurativa.

Conclusión. Proponemos el uso de la terapia fotodinámica para el tratamiento de la acrodermatitis continua de Hallopeau en aquellos casos en los que fallan los tratamientos tópicos convencionales, como alternativa al uso de agentes sistémicos más agresivos.

22. MÚLTIPLES PLACAS Y NÓDULOS CUTÁNEOS GENERALIZADOS EN PACIENTE CON PRIMOIINFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII

L. Prieto Torres^a, M. Álvarez Salafranca^a, Á. Rivera Rodríguez^a, J. Sanchez-Bernal^a, G. Muñoz^b, L. Requena^c y M. Ara Martín^a

^aDepartamento de Dermatología. ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ^cDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción. *Toxoplasma gondii* es un protozoo intracelular obligado que puede infectar al ser humano, con una seroprevalencia estimada de un 1/3 de la población mundial. Pese a esta elevada prevalencia, la toxoplasmosis cutánea es muy infrecuente habiendo encontrado únicamente 12 casos publicados en la literatura, la mayoría en pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 67 años, con antecedentes de cirugía de IVC, sin inmunosupresión conocida, que acudió al servicio de urgencias por la aparición de múltiples lesiones cutáneas en las últimas semanas sin fiebre u otra sintomatología sistémica asociada. A la exploración física presentaba múltiples máculas y maculoplacas eritematovioláceas en tronco y extremidades junto a lesiones nodulares más prominentes en extremidades inferiores las cuales eran dolorosas a la palpación. Con sospecha de paniculitis vs. linfoma paniculítico se realizaron dos biopsias cutáneas de una placa del brazo y un nódulo del muslo, un TAC toracoabdominopélvico, analítica sanguínea, Mantoux, Booster e IGRAS, serologías y punción de una adenopatía supraclavicular unilateral detectada en el TAC. Las pruebas complementarias y la serología resultaron compatibles con el diagnóstico de primoinfección por *T. gondii* con lesiones cutáneas relacionadas con el proceso infeccioso. La paciente recibió tratamiento únicamente con espiramicina oral durante 4 semanas con resolución completa de las lesiones cutáneas y normalización de los parámetros analíticos inflamatorios, sin recidiva de las lesiones tras 4 meses de seguimiento.

Discusión. Presentamos un caso de toxoplasmosis adquirida con afectación cutánea que resulta extraordinario por la rareza de esta

y la presentación paniculítica que observamos en nuestra paciente, con visualización en una de las biopsias cutáneas de flebitis granulomatosa asociada que había sido descrita como una forma de tuberculide, sin asociación previa con la toxoplasmosis, encontrando solo un caso de paniculitis neutrofílica mixta asociada a la infección por *Toxoplasma gondii* en un paciente de 12 años tras recibir quimioterapia por un linfoma sistémico.

23. AFECTACIÓN CUTÁNEA POR PRIMOIINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN LACTANTE SANO

J. Sánchez Bernal^a, Á. Rivera Rodríguez^a, L. Prieto Torres^a, M. Álvarez Salafranca^a, I. Zárte Tejero^b, I. Abadías Granado^a y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. La infección por citomegalovirus (CMV) suele ser asintomática en pacientes inmunocompetentes, pudiendo aparecer en algunos casos un síndrome similar a la mononucleosis. En pacientes inmunocomprometidos causa diversos trastornos sistémicos, aunque las manifestaciones cutáneas son poco comunes.

Caso clínico. Lactante varón, de 3 meses de edad, con embarazo controlado y desarrollo perinatal normal, correctamente vacunado. Como único antecedente, ingreso por bronquiolitis aguda a los 2 meses. Acude a urgencias por exantema pruriginoso de una semana de evolución, apareciendo en las últimas horas lesiones vesiculosas, sin fiebre, sin otra clínica sistémica asociada salvo ligera irritabilidad. A la exploración presenta micropápulas eritematosas y vesículas de contenido claro, sin tendencia a confluir, en cara, cuero cabelludo y extremidades superiores, con adenopatías occipitales, sin visceromegalias. Ante la sospecha de cuadro viral, se realiza serología de virus, se toma muestra de una vesícula para PCR de virus, se pauta tratamiento sintomático y se cita en 7 días. Al regreso se mantiene afebril, con buen estado, pero con aumento de lesiones, presentando micropápulas y vesículas en cara y brazos, exantema micropapular en tronco y 4 nódulos eritematosos < 0,5 cm, que blanquean a la digitopresión, en hombro izquierdo. La PCR cutánea resultó positiva para CMV y negativa para VVZ y VHS 1 y 2, con serología para IgM anti-CMV positiva y analítica sanguínea en la que solo destaca ligera linfocitosis. El paciente fue diagnosticado de infección por CMV tipo síndrome de Gianotti-Crosti, con resolución completa de las lesiones en 15 días, sin secuelas ni recidivas hasta el momento.

Discusión. Las manifestaciones cutáneas de la infección por CMV son infrecuentes, pero se han publicado casos con amplia variabilidad como úlceras, púrpura, nódulos, erupciones maculopapulares o pápulas necróticas. Presentamos el caso de un lactante inmunocompetente, con clínica compatible con síndrome de Gianotti-Crosti causada por una primoinfección por CMV confirmada serológicamente y mediante PCR de lesión cutánea.

24. COEXISTENCIA DE GRANULOMA ANULAR Y MORFEA EN UN MISMO PACIENTE

Á. Rivera Rodríguez^a, J. Sánchez Bernal^a, M. Álvarez Salafranca^a, L. Prieto Torres^a, B. Fuertes Negro^b y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. El granuloma anular y la morfea son dos entidades independientes que excepcionalmente han sido reportadas en un mismo paciente. Presentamos un nuevo caso de coexistencia de estas dos patologías.

Caso clínico. Paciente de 62 años, con antecedentes de dislipidemia, gonartrosis y vitiligo, que desde hacía 20 meses presentaba en antebrazos y piernas placas redondeadas, normocoloreadas,

con borde sobreelevado más eritematoso y no descamativo, de crecimiento excéntrico. La biopsia mostró en dermis áreas de necrobiosis con pérdida de la estructura fibrilar del colágeno rodeada de histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas y linfocitos en empalizada, estableciéndose el diagnóstico de granuloma anular. Seis años más tarde apareció en zona central de la espalda una placa blanquecina, dura, de bordes bien definidos y 10 cm de diámetro mayor. Se biopsió, observándose atrofia epidérmica con hiperqueratosis, y gruesos haces de colágeno en dermis papilar y reticular que se disponían de forma compacta y paralelos a la superficie, todo ello compatible con diagnóstico de morfea. La serología de *Borrelia burgdorferi* fue negativa, y en autoinmunidad ANA+ 1/80 moteado. Ha recibido tratamiento con corticoides y pimecrolimus tópicos con regresión parcial de las lesiones.

Discusión. La morfea y el granuloma anular son dos patologías distintas clínicamente, cuya coexistencia ha sido descrita en pocas ocasiones. En la revisión bibliográfica hemos encontrado 7 casos de coexistencia, y una paciente con una lesión cuya histología combinaba características de ambas patologías. En la histología de ambas entidades se observa infiltrado linfocitario y aumento de colágeno I y III. Además, en ambas se han propuesto como posibles etiologías un origen autoinmune o la participación de *Borrelia burgdorferi*, que los estudios serológicos no han confirmado. Presentamos un nuevo caso de coexistencia de morfea y granuloma anular que refuerza la hipótesis de un nexo común entre ambas patologías.

25. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A FRAGANCIAS: REVISIÓN DE LOS CASOS DURANTE EL PERIODO 2005-2017 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

M. Azcona Rodríguez^a, M. Hervella Garcés^b, A.D. Agulló Pérez^a, Í. Martínez de Espronceda Ezquerro^a, M. Larrea García^a y J.I. Yanguas Bayona^a

^aServicio de Dermatología. ^bUnidad de Eccema de Contacto. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. El objetivo primario de esta revisión de casos es el estudio de las fragancias individuales más frecuentes en nuestro medio.

Material y métodos. Revisamos los pacientes que durante el periodo 2005-2017 han sido estudiados con batería específica de fragancias, por sospecha de dermatitis alérgica de contacto a fragancias en la Unidad de Eccema de Contacto del Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar, con la serie ampliada y con la batería de fragancias con lectura en D2 y D4. La batería de fragancias se testó en aquellos pacientes con marcadores de fragancias de la serie estándar positivos: Fragance Mix I (FMI), Fragance Mix II (FMII), Bálsamo del Perú y Lyrál.

Resultados. De los 1.804 pacientes parcheados durante el periodo 2005-2017 en 66 de ellos se testó la batería de fragancias (3,6%). Las fragancias individuales que causaron más reacciones positivas fueron: isoeugenol (17 positivos), alcohol cinámico (15), geraniol (14), aldehído cinámico (11) y lyrál (10), perteneciendo las cuatro primeras a la mezcla FMI y la última a la FMII. De los 66 pacientes, 24 de ellos demostraron polisensibilización a varios perfumes (≥ 3 positivos).

Discusión y conclusión. Los resultados de nuestro estudio respecto a las fragancias individuales más frecuentes en nuestro medio son muy similares a los presentados en la última reunión europea por el grupo español de investigación en dermatitis de contacto y alergia cutánea. Sin embargo, estos resultados difieren de estudios similares realizados en otros países de Europa donde las fragancias sintéticas son las que más frecuentemente dieron reacciones positivas.

26. EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA JUNTURAL NO LETAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Í. Martínez de Espronceda Ezquerro, S. Oscoz Jaime, M. Azcona Rodríguez, J. Mitxelena Eceiza, A. Valcayo Peñalba e I. Yanguas Bayona

Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario Navarra. Pamplona. España.

Introducción. Las epidermolisis ampollas hereditarias (EAH) o epidermolisis bullosas constituyen un grupo clínicamente heterogéneo de desórdenes genéticos que afectan a distintos niveles de la unión dermoepidérmica, caracterizados todos ellos por una importante fragilidad cutánea de carácter mecánico. La epidermolisis ampollosa juntural no letal (EAJNL), también conocida como forma no-Herlitz, constituye un subtipo de pronóstico intermedio dentro de las EAH.

Casos clínicos 1) Mujer de 23 años con lesiones ampollas generalizadas desde el nacimiento a nivel cutáneo y mucoso. Alopecia cicatricial de cuero cabelludo. Cosanguinidad progenitores. Mapeo antigénico por inmunofluorescencia compatible con EAJNL. 2) Recién nacida sin antecedentes. Lesiones ampollas en dorso de ambas manos y erosión en paladar. Cosanguinidad progenitores. Mapeo antigénico por inmunofluorescencia compatible con EAJNL. Estudio genético: mutación gen COL17A1 en homocigosis.

Discusión. La EAJ es el tipo de EAH de menor incidencia. Dentro de las EAJNL generalizadas, el subtipo no-Herlitz constituye el de mejor pronóstico. La sobreinfección de las lesiones cutáneas, la alopecia cicatricial, la distrofia ungueal o la hipoplasia dental constituyen complicaciones frecuentes en estos pacientes. Pese a ser el subtipo menos letal, el riesgo de muerte en la infancia está aumentado respecto a pacientes sanos así como el riesgo de padecer carcinomas epidermoides en edad adulta.

Conclusiones. Al no existir una terapia curativa, resulta fundamental el seguimiento continuo de estos enfermos a fin valorar la evolución de las lesiones, educar sobre prevención de las mismas, y acompañar a paciente y familiares en la dura evolución de esta patología. DEBRA (asociación piel de mariposa) constituye un importante soporte para estas familias.

27. LINFANGIOENDOTELIOMATOSIS MULTIFOCAL SIN TROMBOCITOPENIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. Vicente Sánchez^a, M. Rubio Lombraña^a, R. López Almaraz^b, M^a.R. González Hermosa^a, B. Navajas-Pinedo^a, I. Allende Markixana^a y A. Fernández de Larrinoa^c

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Pediatría. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. (Bizkaia). España.

Introducción. La linfangioendoteliomatosis multifocal con trombocitopenia es una enfermedad rara caracterizada por múltiples lesiones vasculares congénitas y progresivas en piel y tracto gastrointestinal asociadas a trombocitopenia. La afectación gastrointestinal es potencialmente grave, ocasionando sangrados durante el periodo neonatal. Se han descrito casos de variantes fenotípicas, como la linfangioendoteliomatosis multifocal sin trombocitopenia ni afectación gastrointestinal.

Material y método. Presentamos el caso clínico de una niña de 3 meses remitida por lesiones cutáneas presentes desde el nacimiento, en concreto, pápulas violáceas de 2 a 5 mm dispersas en tronco y extremidades, junto con otras maculosas, sumando un total de 18 lesiones. Decidimos realizar una biopsia cutánea.

Resultados. La biopsia fue compatible con linfangioendoteliomatosis multifocal, con tinciones positivas para CD31 y WT-1, positivo débil para GLUT-1 y negativas para D2-40. Otras pruebas comple-

mentarias, incluyendo analítica con coagulación y ecografía abdominopélvica, resultaron normales.

Discusión. Desde su descripción en 2004, se han publicado 17 casos de linfangioendoteliomatosis multifocal en la literatura. La afectación gastrointestinal con sangrados en el período neonatal determina la gravedad del cuadro clínico.

Conclusiones. Reportamos un caso de linfangioendoteliomatosis multifocal sin trombocitopenia ni afectación gastrointestinal. En la literatura únicamente hemos encontrado descrito un caso con similares características.

28. DERMATOSIS IGA LINEAL EN UN LACTANTE DE 12 MESES CON BUENA RESPUESTA A CLARITROMICINA Y CORTICOIDES TÓPICOS

L. Sobrevias Bonells^a, I. Aranguren López^a, A. Jaka Moreno^a, M. Lera Imbuluzqueta^a, C. Lobo Moran^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción. La dermatosis IgA lineal es una enfermedad ampollosa poco frecuente, de base autoinmune y etiología desconocida. La histología muestra una ampolla subepidérmica y por inmunofluorescencia directa se observa depósito lineal de IgA, a lo largo de la membrana basal.

Caso clínico. Niño de 12 meses que presenta de 3 semanas de evolución lesiones vesículoampollosas en cara, dorso de manos y extremidades. Se realizan 2 biopsias cutáneas y se solicita analítica; comenzando tratamiento con crema de corticoides y antibiótico.

Resultados. La histología confirma el diagnóstico de dermatosis IgA lineal, la analítica está dentro de la normalidad y a las 2 semanas las lesiones han mejorado, pero siguen apareciendo nuevas ampollas, añadiéndose tratamiento con claritromicina oral. Revisado a los 6 meses permanece sin lesiones.

Discusión. La dermatitis IgA lineal tiene como tratamiento de elección la sulfona, hay casos que responden a antibióticos como la eritromicina, cloxaciclina, septrin, etc. Nosotros decidimos utilizar la claritromicina por indicación de la pediatra.

Conclusiones. Pensamos que la buena evolución pueda deberse además de al tratamiento con antibiótico, a la corta edad del niño, la forma clínica leve y el uso con corticoides tópico.

Zaragoza, 28 de octubre de 2017

1. DOS CASOS DE CALCIFILAXIA TRATADOS CON TIOSULFATO SÓDICO IV

M^a.L. Zubiri Ara^a, A. Gutierrez Dalmau^b, C. Yus Gotor^c, M^a.E. del Valle Sánchez^c, M. Sánchez Hernández^a, R. Baldellou Lasierra^a y A. Morales Callaghan^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Nefrología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. La calcifilaxia es una vasculopatía poco frecuente, con un alta morbimortalidad, caracterizada por el depósito de calcio en los pequeños vasos de la dermis, produciendo isquemia y necrosis en el tejido circundante. Es más frecuente en pacientes con enfermedad renal avanzada, trasplantados renales, que padezcan una enfermedad del colágeno o en tratamiento con anticoagulantes orales.

Casos clínicos. *Caso n° 1.* Paciente varón de 82 años en tratamiento con anticoagulantes orales, que presenta de 2 años de evolución, lesiones nodulares en EElI, que evolucionan a úlceras dolorosas; se realiza biopsia con resultado de calcifilaxia. Se inicia tratamiento con

tiosulfato sódico IV, 3 veces/semana, con curación de sus lesiones, con posterior recidiva en un dedo del pie. *Caso n° 2.* Mujer de 43 años con antecedente de insuficiencia renal crónica y trasplante renal en 2007. Presenta de 3 meses de evolución lesión ulcerosa de 8 x 12 cm, muy dolorosa en cara interna de pierna izda, se realizan 2 biopsias cutáneas con diagnóstico de calcifilaxia. Se inicia tratamiento con tiosulfato sódico IV, 2 veces/semana durante 2 meses con curación de su úlcera. **Discusión.** La calcifilaxia o arteriopatía cálcico-urémica es una grave complicación para la que hasta hace unos años no había ningún tratamiento eficaz; actualmente con la utilización del tiosulfato sódico IV se consigue una mejoría clínica de las lesiones.

2. HIRSUTISMO Y ALOPECIA EN UNA MUJER POSMENOPÁUSICA ¿QUÉ NOS PUEDEN REVELAR?

A. Panés Rodríguez^a, L. Sobrevias Bonells^a, N. Ormaechea Pérez^a, A. de Vidente Aguirre^a, S. Ibarbia Oruezabal^a, A. Alberro Tranche^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Ginecología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción. La presencia de hirsutismo y alopecia androgénica en una mujer posmenopáusica como manifestación de hiperandrogenismo es infrecuente. El hiperandrogenismo puede ser de origen hipofisario, suprarrenal, ovárico, hepático o iatrogénico. Los tumores ováricos productores de andrógenos son una causa poco común de virilización.

Caso clínico. Mujer de 60 años que acudió a consulta por alopecia de varios años de evolución, más acusada durante los últimos meses. A la exploración, se apreciaba una alopecia androgénica femenina grado 2 de Ludwig e hirsutismo en cara, mamas y abdomen, con una puntuación de 25 en la escala de Ferriman-Gallway. En el análisis sanguíneo destacaba un aumento de los niveles de testosterona total y libre. La TC abdominal y la RM abdominopélvica evidenciaron nódulos adrenales bilaterales compatibles con adenomas, sin otros hallazgos significativos. El test de supresión rápida con dexametasona descartó el hiperandrogenismo primario y secundario. Sospechándose origen ovárico, se procedió a realizar anexectomía bilateral y el estudio histológico reveló un tumor de células de Leydig en el ovario izquierdo. Tras la intervención se normalizaron los niveles de testosterona con mejoría posterior del hirsutismo y la alopecia androgénica.

Discusión. El tumor de células de Leydig del ovario representa el 0,5% de los tumores ováricos. Tiene un comportamiento benigno, asociándose a hiperandrogenismo y virilización, y puede ser indetectable en las pruebas de imagen. Consideramos que es esencial llevar a cabo una adecuada exploración física ante una mujer posmenopáusica que consulta por alopecia, ya que esta puede ser la clave para detectar un tumor ovárico.

3. MUCINOSIS FOLICULAR PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Sobrevias Bonells^a, A. Panés Rodríguez^a, S. Vildósola Esturo^a, A. López Pestaña^a, M. Lera Imbuluzqueta^a, M. J. Silva Carmona^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción. La mucinosis folicular es un trastorno infrecuente descrito en 1957 como un patrón de reacción del epitelio folicular en respuesta a estímulos tanto inflamatorios como neoplásicos. Típicamente se presenta como pequeñas pápulas inflamatorias de aspecto folicular que confluyen formando placas y nódulos, de superficie edematosa y exudativa, y que puede cursar con alopecia secundaria.

Casos clínicos. Varón de 44 años, sin antecedentes relevantes, que consultó por múltiples placas eritematoedematosas y pruriginosas en mejillas, cuello y frente, de aparición progresiva hacia dos se-

manas coincidiendo con la toma de antiinflamatorios. Había recibido tratamiento antibiótico oral y tópico, sin clara mejoría. La analítica sanguínea fue normal salvo leve aumento de transaminasas. La biopsia mostró una perifolliculitis con depósitos de mucina en el complejo pilosebáceo e infiltrado inflamatorio maduro y polimorfo, con inmunohistoquímica normal. Se llegó al diagnóstico de mucinosis folicular primaria. Se inició tratamiento corticoideo oral, con resolución clínica al cabo de pocas semanas.

Conclusiones. La mucinosis folicular se suele clasificar en formas primarias (agudas localizadas, crónicas diseminadas, urticariales y acneiformes) y formas secundarias (asociadas a neoplasias hematológicas, en su mayoría micosis fungoide). Histopatológicamente se caracteriza por una degeneración mucinosa de la vaina externa del folículo piloso y de la glándula sebácea, pero no hay datos clinicopatológicos definitivos que permitan diferenciar entre formas primarias y secundarias. No se conoce con exactitud la significación clínica del reordenamiento clonal, aunque no equivaldría a malignidad. No hay tratamiento específico para las formas primarias, y su pronóstico es bueno, con resolución espontánea en la mayoría de los casos.

4. DERMATITIS DE CONTACTO A CETEARIL SULFATO SÓDICO

S. Oscoz Jaime, M. Hervella Garcés, Í. Martínez de Espronceda Ezquerro, J. Sarriguarte Aldecoa-Otalora, M. Larrea García e I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. La dermatitis alérgica de contacto a ácidos grasos saturados y sus derivados es poco frecuente en la práctica diaria.

Caso. Mujer de 50 años, atópica, diagnosticada de eccema dishidrosiforme y sensibilización de contacto a isotiazolinonas en el pasado, consulta ahora por lesiones eczematosas crónicas en manos, persistentes desde hace un año. Refiere utilizar múltiples emolientes y corticoides tópicos, que tampoco le mejoran. El estudio con series estándar, cosméticos, perfumes y propios revela una reacción D4++ a dos productos propios: crema de manos concentrada Neutrógena, y Neutrógena crema de pies ultrahidratante. Al testar los ingredientes de ambas cremas observamos únicamente una reacción D2+, D4++ a cetearil sulfato sódico, con diez controles sanos negativos.

Discusión. El cetearil sulfato sódico es un emulsionante derivado de los alcoholes cetílico y estearílico de uso creciente en cosmética, y ante la falta de información sobre la posible reactividad cruzada con otras moléculas recomendamos a la paciente que evitara todos los derivados de los ácidos grasos saturados de 16-18C, como los alcoholes y éteres de cetílico y estearílico. Entre otros productos, varios de los corticoides que se había aplicado contenían alcohol cetil estearílico o derivados, y las medidas de evitación condujeron a una mejoría clínica. Solicitamos a la empresa fabricante información adicional sobre el alérgeno, pero no ha respondido.

Conclusión. Presentamos el primer caso de sensibilización a cetearil sulfato sódico y recordamos la importancia de testar los productos propios y sus ingredientes individuales con la colaboración del fabricante.

5. TRATAMIENTO CON LÁSER QSWITCH DE PIGMENTACIÓN CUTÁNEA POR VANDETANIB

M. Mendieta-Eckert^a, M. Pretel Irazábal^a, I. Zabalza Estévez^b y N. Landa Gundin^a

^aServicio de Dermatología. Clínica Dermitek. ^bServicio de Anatomía Patológica y Citología. Clínica Dr. Guimón. Bilbao (Bizkaia). España.

Introducción. Vandetanib es un fármaco aprobado para el tratamiento del cáncer medular de tiroides avanzado. Se han descrito

distintas formas de hiperpigmentación cutánea como efectos adversos.

Caso clínico. Presentamos un caso de carcinoma medular de tiroides tratado con vandetanib que desarrolló una pigmentación macular perifolicular azul-grisácea en cara. El estudio histológico demostró presencia de pigmento Masson-Fontana+ (melanina) en dermis. Se realizó tratamiento con láser Q-switched de Alejandrita (755 nm) obteniéndose respuesta desde la primera sesión.

Discusión. Esta forma de pigmentación con el uso de vandetanib se considera una presentación rara. Las lesiones aumentan en número durante el tratamiento y desaparecen gradualmente tras la suspensión del mismo. Sin embargo, el tratamiento con vandetanib se mantiene de forma continuada mientras persista el beneficio del mismo por lo que la hiperpigmentación secundaria puede afectar a la calidad de vida del paciente.

Conclusión. El tratamiento de la pigmentación perifolicular secundaria a vandetanib con láser es efectivo y puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar la discontinuación del fármaco.

6. CARCINOMA BASOCELULAR EN LA CONCHA AURICULAR: ACTITUD TERAPÉUTICA

E. Querol Cisneros, E. Moreno Artero, N. Rodríguez Garijo, A. Tomás Velázquez y P. Redondo Bellón

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona (Navarra). España.

Introducción. La concha auricular constituye un área de riesgo, por sus características anatómicas, para que un carcinoma basocelular evolucione a un estado localmente avanzado e inaccesible quirúrgicamente.

Material y métodos. Presentamos una serie de 4 casos de carcinoma basocelular en placa mal definida, localizados en la concha auricular y extirpados mediante cirugía controlada al microscopio. Los defectos quirúrgicos fueron reconstruidos con injertos laminares o se dejaron granular por segunda intención.

Discusión. El carcinoma basocelular en la concha auricular presenta una serie de peculiaridades clínicas. Por un lado, la morfología de esta zona del pabellón auricular la hace difícil tanto de explorar como de acceder quirúrgicamente, y por otro, existe un elevado riesgo de extensión hacia el conducto auditivo externo (CAE) y progresión hacia el oído interno. Por tanto, la cirugía de Mohs está especialmente indicada en estos tumores para garantizar la exéresis completa. En cuanto a la reconstrucción, el cierre por segunda intención es una buena opción al tratarse de una superficie cóncava que epitelizará con facilidad sin desarrollar áreas retráctiles o que-loideas. En cualquier caso, los defectos que engloban la circunferencia del CAE deben dejarse granular por segunda intención debido a la alta probabilidad de estenosis posquirúrgica. La utilización de injertos en esta zona es preferible frente a los colgajos locales (por ejemplo, el colgajo en puerta giratoria), especialmente en casos en los que puedan existir dudas sobre la extirpación completa del tumor. De este modo, se facilita el seguimiento y la identificación de posibles recidivas locales.

7. TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA A EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PALMAR. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO 2016-2017

N. González Romero^a, S. Gómez Muga^a, C. Gómez^a, B. Ramos Bareño^a, A. Lobato^b y R. Izu Belloso^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción. La hiperhidrosis primaria (HP) se define como un exceso de sudoración focal clínicamente perceptible. Se trata de un

trastorno con un importante impacto psicosocial. Una de las opciones terapéuticas más eficaces es la infiltración de toxina botulínica (TB) en el área afecta, que produce un bloqueo colinérgico, provocando una inhibición temporal de la sudoración. Se trata de un procedimiento doloroso, por lo que se suele realizar bajo anestesia local o troncular. En nuestro servicio llevamos a cabo dicha intervención bajo sedación, con el fin de mejorar la percepción de dolor de los pacientes durante la intervención.

Material y método. Realizamos una encuesta telefónica a los 27 pacientes a los que se les infiltró TB en palmas por HP entre junio de 2016 y junio de 2017, con el fin de conocer el perfil clínico de nuestros pacientes, el grado de afectación previa a la intervención y el grado de mejoría tras el primer y sucesivos procedimientos, así como el tiempo medio de pérdida del efecto. Además de conocer la percepción de dolor durante la intervención.

Resultados. La mediana de edad de los pacientes fue de 31 años, con ligero predominio de mujeres. La mayoría referían presentar HP plantar, además de palmar, desde la infancia. El 97% de ellos habían probado tratamientos previos, el 58% tópicos. Un 44% de los pacientes refirió antecedentes familiares. La práctica totalidad de ellos puntuaban un grado 4/4 previo al tratamiento y una mejoría de 2 puntos tras la infiltración, manifestando mayor efecto tras infiltraciones repetidas en el 65% de los casos. El 96% de los pacientes negaban haber presentado dolor durante la intervención y solo hubo un caso que manifestó molestias gastrointestinales leves derivadas de la sedación.

Conclusiones. La infiltración de TB sigue siendo una de las opciones terapéuticas más eficaces para la HP. Dado que se trata de un procedimiento doloroso, la infiltración bajo sedación parece ser una alternativa a tener en cuenta.

8. SARCOMA DE KAPOSÍ ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN UN PACIENTE CON PSORIASIS. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P. Cerro Muñoz^a, E. Simal Gil^a, N. Torrecilla Idoipe^b, R. García Felipe^a, A. Morales Callaghan^a y Y. Gilaberte Calzada^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor endotelial maligno producido en el contexto de deficiencias inmunitarias, se asocia a virus herpes 8 (VH8) y clásicamente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin embargo se han registrado casos inducidos por fármacos inmunosupresores. Nuestro paciente recibió etanercept, un medicamento biológico que bloquea la acción del factor de necrosis tumoral (TNF) alfa.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente varón de 53 años que consultó por psoriasis en placas moderada-grave, tres años después de iniciar tratamiento con etanercept, presentó máculas hiperpigmentadas y circinadas en pierna izquierda cuyo primer estudio anatomopatológico diagnosticó linfangioma dérmico-linfangectasia. Cuatro años más tarde volvió a presentar lesiones similares cuyo estudio histológico evidenció SK con positividad para VH8, serología VIH negativa y estudio de extensión sin afectación visceral, y se decidió manejo expectante.

Discusión. En una revisión amplia de la literatura encontramos que este es el primer caso de SK asociado a tratamiento con etanercept. Existen publicaciones de casos aislados de SK con el uso de otras terapias inmunosupresoras, como corticoides, metotrexate, rituximab, infliximab y adalimumab, evolucionando favorablemente tras la retirada del medicamento en la mayoría de los casos. Una revisión sistemática y metaanálisis concluyó que no hay evidencia de asociación entre los agentes anti-TNF y el riesgo de cáncer, aunque la aparición reciente de estas terapias biológicas inmunosupresoras nos hace suponer un posible aumento de casos de SK y otras neoplasias en el futuro.

9. NEVUS EPIDÉRMICO PAPULOSO CON CAPA BASAL DE CÉLULAS EN “HORIZONTE” (PENS): TRES NUEVOS CASOS

L. Peña Merino, M^a.R. González Hermosa, A. Fernández de Larrinoa Santamaría, A. Barrutia Borque, J. Gardeazabal García, X. Mirena Eizaguirre de Uriarte y E. Acebo Mariñas

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

Introducción. El nevus epidérmico papuloso con capa basal de células en “horizonte” (PENS) se trata de una variante de nevus epidérmico recientemente descrita. Se considera el mosaicismo genético como una posible causa de esta enfermedad. Se encuentra asociado a manifestaciones extracutáneas en el 50% de los casos, denominándose síndrome PENS. Entre las manifestaciones extracutáneas destaca la afectación neurológica.

Material y método. Se presentan tres pacientes (trillizos) con PENS, hijos de una madre con nevus epidérmico. Se realiza una revisión clínica y fotográfica de los tres casos. Además, se obtuvieron biopsias de piel para examen histopatológico de dos de los tres pacientes.

Resultados y discusión. Se describen, por primera vez, tres pacientes hermanos con PENS, detectándose además, en uno de ellos una leucopatía periventricular por medio de resonancia magnética. En dos de ellos se tomarán biopsias, apreciándose los hallazgos histopatológicos característicos de esta entidad. Es importante conocer esta entidad para realizar un diagnóstico temprano y descartar afectación neurológica. Además, dada la escasa bibliografía existente, es necesario realizar un seguimiento de estos pacientes.

10. SÍNDROME PÁPULO-PURPÚRICO EN GUANTE Y CALCETÍN, AMPOLLOSO Y ERUPCIÓN “EN BAÑADOR” EN INFECCIÓN POR VIRUS HERPES HUMANO TIPO 6 (VHH-6)

M. Álvarez Salafranca^a, Á. Rivera Rodríguez^a, I. Abadías Granado^a, J. Sánchez Bernal^a, M.T. López Giménez^a, A. Valero Torres^b y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Zaragoza. España.

Introducción. El síndrome pápulo-purpúrico en guante y calcetín (SPPGC) es una entidad infrecuente que afecta fundamentalmente a niños y adultos jóvenes, con una evolución generalmente autolimitada y etiología infecciosa en la mayoría de los casos, siendo el parvovirus B19 su principal agente causal.

Material y métodos. Varón de 47 años, que acudió a urgencias por lesiones cutáneas pruriginosas y dolorosas de distribución acral y genital, con 4 días de evolución. El paciente negó cualquier clínica sistémica. A la exploración física, se apreció un marcado edema con eritema, lesiones pápulo-purpúricas y ampollas a nivel de manos y pies, con una demarcación neta respecto a la piel sana adyacente. Además, se apreciaban lesiones purpúricas palpables a nivel pretibial y una erupción petequeal de distribución “en bañador”. Bajo la sospecha de SPPGC, se solicitó analítica urgente y serologías. Asimismo, se practicó una biopsia cutánea. Se instauró tratamiento con fomentos, corticoides tópicos y antiinflamatorios no esteroideos.

Resultados. La analítica en urgencias mostró leucocitosis y elevación de la PCR. En el estudio serológico destacó la negatividad para parvovirus B19, mientras que la reacción en cadena de la polimerasa en suero fue positiva para virus herpes humano tipo 6 (VHH-6). El estudio histopatológico mostró un discreto daño de la interfase y un infiltrado de predominio linfocitario a nivel perivasculares y también intersticial, con engrosamiento de endotelios vasculares y extravasación hemática. En la revisión, 5 días más tarde, el paciente

había experimentado una mejoría significativa de las lesiones, que presentaban una resolución casi completa.

Discusión. El SPPGC se ha relacionado con la infección por parvovirus B19 en dos tercios de los casos. Sin embargo, otros virus e incluso fármacos, se han descrito como agentes precipitantes. Su presentación en la edad adulta es muy infrecuente y suele cursar con una sintomatología más acusada. Por otra parte, la erupción cutánea petequeal de distribución “en bañador” se ha relacionado con parvovirus B19 y recientemente, también en asociación al SPPGC.

Conclusiones. Presentamos un caso de SPPGC ampuloso y erupción purpúrica “en bañador”, en asociación con viremia por VHH-6. En nuestro conocimiento, se trata del primer caso descrito de tales características.

11. CIRUGÍA EN LENTIGO MALIGNO: TÉCNICA DEL ESPAGUETI

I. Vicente Sánchez, I. Allende Markixana, I. Ocerin Guerra, S. Álvarez Sánchez, N. Agesta Sánchez y M. Mendieta Eckert

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Baracaldo (Vizcaya). España.

Introducción. El lentigo maligno (LM) es un subtipo de melanoma in situ que aparece en áreas de fotoexposición crónica en pacientes de edad avanzada. Si bien existen diferentes opciones terapéuticas (cirugía, radioterapia, imiquimod, otros), el tratamiento de elección es la cirugía, buscando la extirpación completa del tumor con margen suficiente.

Material y método. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica en tres pacientes, y detallamos sus ventajas y limitaciones. La técnica del espaguete es una variante del Mohs diferido que se enfoca en el estudio de los bordes laterales mediante la resección de una cintilla (“espaguete”) que recorre el perímetro clínico de la lesión, su procesamiento en parafina y análisis de la pieza en varios segmentos. La presencia de lesión en un segmento conlleva nuevos espaguetis en la zona afecta. La resección del tumor se realiza en última instancia.

Resultados. Con esta técnica quirúrgica conseguimos la extirpación completa con unos resultados estético-funcionales favorables, sin recidiva de la lesión hasta la actualidad.

Discusión. La dificultad de tratamiento reside en las características de los pacientes, el compromiso estético que supone la localización y los límites imprecisos clínica e histológicamente. Las técnicas de cirugía de control histológico de márgenes (Mohs diferido y sus variantes) han demostrado un menor porcentaje de recidivas respecto a la cirugía convencional con márgenes. La técnica presentada resulta especialmente útil para tumores con patrón de extensión superficial, como el LM.

Conclusiones. Proponemos la técnica del espaguete como una opción sencilla y efectiva para el tratamiento del LM.

12. VARIANTE LIQUENOIDE DE PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO SIN DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTIPLAQUINA

E. Moreno-Artero^a, E. Querol^a, N. Rodríguez-Garijo^a, A. Tomás^a, M.Á. Idoate^b y Agustín España^a

^aDepartamento de Dermatología. ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. El pénfigo paraneoplásico (PPN) es una forma de pénfigo que afecta principalmente a pacientes con neoplasias de estirpe linfóide y está mediado típicamente por anticuerpos dirigidos contra proteínas de la familia de las plaquinas. Además de la inmu-

nidad humoral, una respuesta inmune citotóxica estaría implicada en algunas variantes de PPN.

Caso clínico. Paciente mujer de 88 años, diagnosticada de linfoma folicular, que desarrolló un cuadro de lesiones cutáneas de aspecto liquenoide y erosiones mucosas extensas. La biopsia cutánea mostró una dermatitis de interfase linfocitofílica. Las inmunofluorescencias directa e indirecta (“salt split”) no mostraron depósitos inmunes. En el estudio inmunohistoquímico se apreció un infiltrado linfocitario T CD8 citotóxico, que expresaba perforina, granzima y Tia1. En suero, los anticuerpos antiplaquina resultaron negativos, y únicamente se detectaron anticuerpos antidesmogleína 1. La paciente falleció 1 mes tras el inicio de tratamiento con rituximab y ciclofosfamida.

Discusión. Clínicamente, el PPN se caracteriza por lesiones mucocutáneas muy polimórficas. Así pues, el PPN constituiría un espectro histopatológico y clínico muy heterogéneo, de forma que en un extremo se situarían las variantes liquenoide y tipo enfermedad-injerto-contrahuésped, en las que predominaría una respuesta inmune mediada por células, como en nuestro caso, y en el otro, lesiones tipo pénfigo vulgar y pénfigoide ampuloso, mediadas por una respuesta humoral predominante. En este sentido, se han reportado pacientes con la variante liquenoide de PPN sin anticuerpos antiplaquina detectables, y solo con positivización tardía de estos en algunos casos aislados.

Conclusión. Dado que el PPN suele preceder al diagnóstico de la neoplasia subyacente, resulta fundamental el reconocimiento precoz de su amplio espectro clínico e histopatológico.

13. LINFOMA CUTÁNEO T ANAPLÁSICO DE CÉLULA GRANDE CD30+ TRATADO CON BRENTUXIMAB

A. Lobato Izagirre, L. Blanch Rius, M. Lázaro Serrano, M. Julia Manresa, M. Zaldua Arrese y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción. Los linfomas cutáneos de células T representan un 75-80% de los linfomas cutáneos. La micosis fungoide y el síndrome de Sézary son las formas clínicas más frecuentes, seguidas de las proliferaciones CD30+ entre las que se encuentra el linfoma cutáneo T anaplásico de célula grande. Habitualmente se presenta en forma de lesión nodular única o agrupada con tendencia a la ulceración y a la autoinvolución. En general el pronóstico es excelente, aunque las recurrencias tras el tratamiento son frecuentes.

Caso clínico. Mujer de 77 años diagnosticada de linfoma cutáneo T anaplásico de célula grande CD30+ en 2011, con afectación de cuero cabelludo y glándula parótida, sin otro signo de afectación sistémica. El estudio histológico objetivó positividad para CD30, CD3 y reordenamiento clonal de TCRgamma con negatividad para ALK y EMA. Inicialmente recibió 4 ciclos de quimioterapia (CHOP) con remisión completa. Ocho meses después presentó progresión de las lesiones de cuero cabelludo y aparición de nuevas lesiones en tronco y extremidades. Desde entonces ha recibido múltiples líneas de tratamiento con bexaroteno, PUVA, metotrexato, interferón alfa 2b, radioterapia electron-beam, siendo refractario a los mismos. En junio de 2016 se inicia tratamiento con brentuximab (6 ciclos) con remisión completa de las lesiones.

Discusión. El brentuximab es un anticuerpo monoclonal que posee actividad antitumoral frente a células que expresan CD30. Actualmente su uso está aprobado para el linfoma T anaplásico de célula grande sistémico y el linfoma de Hodgkin. Sin embargo, ya hay estudios que apuntan que este fármaco es eficaz y bien tolerado en pacientes con linfomas cutáneos con expresión de CD30. Presentamos este caso por su inusitada agresividad y la respuesta al tratamiento con este fármaco.

14. CUTIS VERTICIS GYRATA PRIMARIO NO ESENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Tomás Velázquez, E. Moreno Artero, E. Querol Cisneros, N. Rodríguez Garijo e I. Palacios Álvarez

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción. El término cutis verticis gyrata (CVG) describe la hipertrofia y plegamiento del cuero cabelludo (CC) conformando circunvoluciones que recuerdan al cerebro.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 25 años con prurito refractario en CC de meses de evolución. Presenta hipoacusia neurosensorial bilateral y cataratas bilaterales desde la infancia, con desarrollo intelectual y social correctos. A la exploración, se observa hipertrofia del CC con formación de pliegues en forma de surcos y crestas anteroposteriores, sin alteraciones en la superficie cutánea ni placas alopecicas. La resonancia magnética nuclear muestra ondulación de partes blandas extracraneales, y en la histopatología se observa hiperplasia e hipertrofia folicular. Ante los hallazgos descritos, se realiza el diagnóstico de CVG primario no esencial.

Discusión. El CVG, un síndrome morfológico inusual, puede ser primario esencial, primario no esencial (asociado a alteraciones neurológicas y/u oftalmológicas) o secundario a patologías que alteren el grosor y la conformación del CC (como acromegalia o algunos tumores cutáneos, entre otras). En el diagnóstico diferencial también se considerarán el síndrome Beare-Stevenson y la paquidermoperiostosis. La forma primaria es más frecuente en varones, con expresión cercana a la pubertad, distribución simétrica de las lesiones e histología de hiperplasia de anejos y posible incremento de colágeno dérmico. Generalmente es asintomático y no requiere tratamiento, existiendo la posibilidad de cirugía si supone un problema estético. Nuestro paciente, atípicamente, cursaba con prurito intenso y recibió tratamiento con gabapentina.

15. XANTOGRANULOMA JUVENIL ERUPTIVO EN ADULTO

Á. Rivera Rodríguez^a, M. Álvarez Salafranca^a, J. Sánchez Bernal^a, I. Abadías Granado^a, V. Lezcano Biosca^a, M.J. Cardiel García^b y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. El xantogranuloma juvenil (XGJ) es la histiocitosis de células no Langerhans más frecuente. Normalmente aparece en edad infantil y de forma solitaria. Presentamos un caso de XGJ eruptivo en el adulto.

Caso clínico. Varón de 65 años que dos días después de ser intervenido de aneurisma de aorta ascendente mediante reemplazo por tubo de dacrón, le aparecieron pápulas eritematoamarillentas, menores de 5 mm, distribuidas de forma simétrica en cara anterior y posterior del tronco, así como en parte proximal de los brazos, asintomáticas. No había afectación de mucosas ni ojos. No presentaba clínica a ningún otro nivel. Se realizó biopsia de una de las lesiones, observándose en dermis un infiltrado histiocitario mal definido, constituido por células espumosas junto con ocasionales células multinucleadas de Touton, entremezcladas con linfocitos. Se realizaron técnicas inmunohistoquímicas siendo positivas para FXIIIa y CD68 y negativas para S100 y CD1a. El aspecto clínico de las lesiones junto con los hallazgos anatomopatológicos estableció el diagnóstico de XGJ eruptivo en el adulto.

Discusión. La etiología del XGJ es desconocida aunque se cree que se trata de una respuesta de los histiocitos ante un estímulo desconocido, y a diferencia de otros trastornos xantomatosos no se relaciona con dislipidemias. Normalmente aparece en niños como una pápula rosada-amarillenta, aunque también ha sido descrita en adultos y de forma múltiple. En la histología se observa un infiltrado de histiocitos espumosos y células de Touton, y pueden verse

eosinófilos y neutrófilos. La inmunohistoquímica es positiva para CD68 y FXIIIa y negativa para S100 y CD1a. Su presentación de forma eruptiva ha sido reportada en niños, asociada con leucemia linfoblástica aguda. En adultos también ha sido reportada en cinco ocasiones, tres de las cuales se relacionó con neoplasias hematológicas, cuya evolución se correlacionó con la de las lesiones cutáneas. Por ello, algunos autores han planteado que un exceso de gammaglobulinas podría ser el responsable de estimular la proliferación de los histiocitos y con ello la formación de xantogranulomas.

16. ANGIOSARCOMA DE WILSON JONES: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

A. Saenz Aguirre, S. Heras González, I. Arrue Michelena, M.B. Catón Santarén, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, M^a.I. Trébol Urra y M^a.V. Almeida Llamas

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción. El angiosarcoma es una neoplasia derivada de las células endoteliales. Se trata de una entidad de alto grado de malignidad y de amplio diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Mujer de 86 años con antecedente de rosácea y varios carcinomas basocelulares extirpados. En diciembre de 2016, tras un traumatismo, apreció un nódulo móvil localizado en región frontal izquierda, que fue evolucionando hacia una placa eritematoviolácea. Inicialmente se etiquetó el cuadro como rosácea o dermatitis de contacto por metronidazol y se pautaron 30 mg de prednisona en pauta descendente y doxiciclina 100 mg/día. Un mes después la paciente presentaba una gran placa mal delimitada y de coloración rojo vinoso-violácea con varios nódulos en su superficie localizada en región frontal y cuero cabelludo, provocando edema periorbitario. Con el diagnóstico de sospecha de angiosarcoma, se realizó estudio histológico e inmunohistoquímico confirmando la sospecha. Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento con gemcitabina semanal y presenta estabilidad clínica de las lesiones.

Discusión. El angiosarcoma es una neoplasia de origen vascular, poco frecuente y muy agresiva. Se han descrito varias variantes, entre ellas el angiosarcoma de Wilson-Jones, que se desarrolla en frente y cuero cabelludo de ancianos. Histológicamente presenta conductos recubiertos de células endoteliales pleomórficas con un gran número de mitosis. Es uno de los tumores de peor pronóstico y su mala delimitación dificulta en muchas ocasiones su tratamiento quirúrgico, teniendo que recurrir a quimioterapia y radioterapia. Consideramos este caso de interés debido a que se trata de una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico, ya que su clínica inicial se confunde en muchas ocasiones con procesos inflamatorios.

17. HEMATOPOYESIS EXTRAMEDULAR CUTÁNEA. UNA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE EN LOS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS

M.I. Martínez González, L. Aspe Unanue, A. Urtaran Ibarzabal, I. García Río, V. Fatsini Blanch, M^a.B. Catón Santarén y R. González Pérez

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción. La hematopoyesis extramedular (HE) es una manifestación poco frecuente en los síndromes mielodisplásicos (SMD), siendo muy rara la afectación cutánea.

Caso clínico. Varón de 76 años con SMD tipo citopenia refractaria con displasia multilineal, en tratamiento con azacitidina. Consultaba por lesiones cutáneas de carácter asintomático, localizadas en tronco y raíz de muslos. A la exploración física presentaba múltiples

placas eritematosas de pequeño tamaño, infiltradas y monomorfas. Se realizó estudio histológico donde se observaba una proliferación en dermis de células polimorfas de citoplasma granular y variable grado de atipia y maduración, algunas correspondientes a elementos de la serie mieloide, acompañado de intensa fibrosis y sin presencia de blastos. Presentaba positividad para mieloperoxidasa, e-cadherina y CD61 mediante las técnicas de inmunohistoquímica.

Discusión. La HE se define como la presencia de elementos hematopoyéticos fuera de la médula ósea. Puede verse asociada a SMD y mieloproliferativos, y afecta fundamentalmente al hígado y al bazo. La afectación cutánea es muy infrecuente, con una prevalencia estimada del 0,4% de los casos. Puede manifestarse de forma muy variada (pápulas, nódulos e incluso úlceras), localizadas preferentemente en tórax y abdomen en el adulto y en cabeza, siendo en el niño más frecuente en cabeza y cuello. A nivel histológico presenta un infiltrado dérmico polimorfo compuesto por una combinación de precursores eritroides, mieloides y células megacariocíticas. El tratamiento es sintomático y el propio de su enfermedad de base.

Conclusión. Aportamos un nuevo caso de hematopoyesis extramedular cutánea en un paciente con SMD y realizamos una revisión de esta entidad.

18. DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 12 CASOS

N. Rodríguez Garijo^a, E. Moreno Artero^a, E. Querol Cisneros^a, A. Tomás Velázquez^a, J.J. Paricio Martínez^b y A. España^a

^aDepartamento de Dermatología. ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

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 comenzar en el contexto de una patología autoinmune subyacente, habitualmente artritis reumatoide. Sin embargo, también se han descrito casos asociados a fármacos, infecciones o neoplasias.

Material y métodos. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos de los servicios de Dermatología y Anatomía Patológica de los pacientes diagnosticados de DGI en los últimos 7 años. Se analizaron retrospectivamente los siguientes datos: sexo, edad al diagnóstico, tiempo hasta el diagnóstico, tipo de lesiones cutáneas y localización, características histológicas, comorbilidades asociadas, hallazgos de laboratorio, tratamiento empleado y respuesta terapéutica.

Resultados. Se recopilaron 12 casos de DGI de los cuales 11 correspondían a mujeres. Las edades de comienzo variaban de los 13 a los 72 años, en 6 casos el diagnóstico se realizó en mayores de 60 años. La mayoría de los casos se asociaban a una patología autoinmune subyacente o positividad de marcadores de autoinmunidad. Llamaba la atención que en 5 pacientes existía historia de biopsias compatibles con granuloma anular (GA) previas o durante el curso clínico de la DGA.

Conclusiones. La DGA y el GA comparten características clínico-histológicas, además ambas se asocian a patologías sistémicas subyacentes de naturaleza similar. El hecho de detectar en el mismo paciente biopsias compatibles con las dos entidades plantea la posibilidad de que se trate de dos procesos que pertenecen al mismo espectro clínico.

19. PANICULITIS LÚPICA, UNA VARIANTE INFRECUENTE DE LUPUS CUTÁNEO

I. Aranguren López^a, J. Anderson Vildósola^a, M^a.A. Arregui Murua^a, M^a.P. Gutiérrez Támara^a, C. Rodríguez Caruncho^a, C. Lobo Morán^b y J. Zubizarreta Salvador^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián. España.

Introducción. La paniculitis lúpica o lupus profundo es una variedad infrecuente de lupus eritematoso que consiste en nódulos inflamatorios profundos, dolorosos, con piel suprayacente generalmente normal, que en ocasiones se ulceran, dejando una cicatriz deprimida. Su localización habitual es cara, glúteos y zona proximal de extremidades. Su diagnóstico de confirmación es histológico, presentando una paniculitis de patrón mixto.

Caso clínico. Paciente de 30 años, con antecedentes de fenómeno de Raynaud y poliartralgias migratorias en manos, hombros y rodillas, acude a consulta por la aparición de nódulos inflamatorios, duros y dolorosos en ambos glúteos, uno de ellos ulcerado. El estudio anatomopatológico de los mismos demuestra una paniculitis mixta acompañada de vasculitis necrotizante. Los ANA fueron positivos. La paciente también presentaba lesiones de lupus discoide en cara, así como episodios de psicosis. Se le administró prednisona e hidroxicloroquina, con lenta pero buena respuesta. Dos años después presentó nuevo brote de paniculitis en nalgas, que se trató de la misma manera, hasta su resolución. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Discusión. La paniculitis lúpica puede aparecer aislada o junto a otras lesiones de lupus cutáneo agudo, subagudo o crónico; en el 25-50% de los casos, los pacientes cumplen los criterios de lupus eritematoso sistémico (LES), aunque solo el 2% de los pacientes con LES presentan paniculitis lúpica. Estos casos de LES con paniculitis suelen tener un curso más leve que los que no la presentan. Los ANA son positivos en aproximadamente el 70% de los casos. Como en otras formas de lupus cutáneo, el tratamiento con corticoides sistémicos y antipalúdicos ofrece buenos resultados.

20. LINFOMA PRIMARIO CUTÁNEO CENTROFOLICULAR DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

I. Abadías Granada^a, J. Sánchez Bernal^a, Á. Rivera Rodríguez^a, M. Álvarez Salafraña^a, G. Muñoz González^b, I. Querol Nasarre^c y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. ^cFacultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Introducción. El linfoma primario cutáneo centrofolicular se define como una proliferación neoplásica de células del centro germinal confinada a la piel. Se presenta clínicamente como placas eritematosas o nódulos que suelen afectar a la región de la cabeza y el cuello, sin embargo, se ha descrito recientemente una presentación atípica en forma de lesiones maculares.

Caso clínico. Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés, que refiere la aparición desde hace 2 meses de lesión cutánea apenas sintomática a nivel de cuero cabelludo. A la exploración física se observa una lesión macular eritematosa difusa, de superficie lisa y brillante, con telangiectasias, de aproximadamente 16 x 5 cm de diámetro, a nivel de cuero cabelludo frontoparietal bilateral. Se toma una muestra para estudio histológico, que se informa de linfoma primario cutáneo centrofolicular. Ante el resultado, se solicita un estudio de extensión, que resulta negativo. Durante el seguimiento se ha podido observar la remisión espontánea de la lesión, así como la recidiva, en varias ocasiones, requiriendo únicamente tratamiento corticoideo tópic.

Discusión. En 2016 Massone et al. describieron una serie de 13 pacientes con linfoma cutáneo centrofolicular que se presentaba en forma de máculas parcialmente eritematosas, parcialmente hipocrómicas, difusas o como lesiones discretas localizadas predominantemente a nivel frontal o en cuero cabelludo. El diagnóstico inicial nunca fue de linfoma cutáneo y los pacientes recibieron diversos diagnósticos incluyendo rosácea, alopecia, erisipela, lupus discoide o sarcoidosis, entre otros. El examen histológico fue la

clave del diagnóstico en todos ellos. Hasta entonces solo se había descrito otro caso similar que se presentó en forma de alopecia cicatricial. Los dermatólogos deben ser conscientes de esta variante clínica del linfoma cutáneo centrolifoliar para realizar un diagnóstico temprano y un manejo adecuado.

21. LESIONES ESCLERODERMIFORMES INDUCIDAS POR PEMETREXED EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN

J. Sánchez Bernal^a, I. Abadías Granado^a, M. Álvarez Salafranca^a, Á. Rivera Rodríguez^a, I. Rivera Fuertes^a, A. Valero Torres^b y M. Ara Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. Pemetrexed es un antifolato empleado en el tratamiento del carcinoma de pulmón de células no pequeñas y del mesotelioma maligno, que induce reacciones adversas cutáneas en el 20% de los pacientes. La mayoría son comunicadas como rash cutáneos, pero se han descrito casos de vasculitis urticaria, pseudocelulitis, hiperpigmentación, dermatitis recalcitrante o trastornos fibrosantes.

Caso clínico. Mujer de 59 años con adenocarcinoma de pulmón estadio IV, bien controlado con ciclos de pemetrexed cada 21 días desde mayo de 2014. Valorado en junio de 2017 por lesión en pierna izquierda, sin fiebre ni otra clínica asociada. A la exploración se observa placa eritematosa, dolorosa, con edema con fovea en parte distal de pierna izquierda, continuándose de forma lineal con placa parduzca, infiltrada, en cara interna de muslo. Además, se aprecian varias lesiones parduzcas, infiltradas, en glúteo izquierdo y muslo derecho. El hemograma, la bioquímica, el estudio de inmunoglobulinas, complemento y autoinmunidad no mostraron hallazgos relevantes, salvo aumento de PCR. La paciente refería que, desde hacía varios meses, días después de cada ciclo de quimioterapia, presentaba lesiones similares a esta que se autorresolvían, dejando placas hiperpigmentadas e infiltradas. La biopsia mostraba dermatitis perivascular superficial de predominio linfocitario, con algunos eosinófilos y engrosamiento de la dermis. Con el diagnóstico de reacción esclerodermiforme por pemetrexed, se pautó tratamiento con corticoide tóxico y se remitió a la paciente a consultas externas de oncología, donde decidieron sustituir el pemetrexed por crizotinib, no apareciendo nuevas lesiones.

Discusión. Igual que los taxanos, la gemcitabina y la bleomicina, el pemetrexed puede inducir cambios similares a la esclerodermia, y debemos tenerlos en cuenta ante pacientes con afecciones fibrosantes, para evitar retrasos diagnósticos, tratamientos innecesarios y decidir la suspensión, cambio o continuación del tratamiento quimioterápico.

22. SÍNDROME DE SWEET HISTIOCITOIDE: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

S. Esteban Terradillos^a, J.A. Ratón Nieto^a, O. Lasa Elguezua^a, B. Navajas Pinedo^a, J.L. Díaz Ramón^a, I. Méndez Maestro^a y V. Velasco Benito^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. España.

Introducción. El síndrome de Sweet histiocitoide es una variante histológica del síndrome de Sweet descrita en 2005 por Requena et al. Difiere del síndrome de Sweet neutrofílico clásico en la histología, ya que se caracteriza por un infiltrado dérmico compuesto principalmente por linfocitos y células histiocitoides mieloperoxidasas positivas.

Casos clínicos. Dos varones vistos en nuestro servicio que presentan, entre la sexta y octava década de la vida, lesiones cutáneas consistentes en placas y nódulos eritematosos junto a síndrome febril sin

foco. El estudio anatomopatológico de las lesiones fue compatible con el diagnóstico de síndrome de Sweet histiocitoide. Ambos pacientes respondieron de forma rápida al tratamiento con corticoides sistémicos aunque posteriormente experimentaron recidiva.

Comentario. El síndrome de Sweet histiocitoide muestra similitud clínica con el síndrome de Sweet neutrofílico clásico, se diferencian principalmente por la histología. Ambos pueden asociar trastornos hematológicos malignos; pero además la variante histiocitoide por sus características microscópicas puede presentar dificultades para diferenciarla de la leucemia cutis. La neutrofilia es rara en el síndrome de Sweet histiocitoide.

Conclusión. Se presentan dos casos con clínica e histología compatibles con esta variante atípica de un síndrome conocido. Se describen las características clínicas, anatomopatológicas y evolutivas de ambos casos y se comparan con lo descrito hasta ahora en la literatura.

23. ERITEMA ELEVATUM DIUTINUM Y DERMATOSIS NEUTRÓFILICA NO CLASIFICABLE EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

G. Ruiz-Carrillo Ramírez^a, A. Sagasta Lacalle^b, F.J. de la Torre Gomar^a, S. Goula Fernández^a, L. Carnero González^a, A. Martínez de Salinas Quintana^a y R. Soloeta Arechavala^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario. Araba. España.

Introducción. El eritema elevatum diutinum (EED) es una forma crónica de vasculitis leucocitoclástica poco frecuente, que se caracteriza por pápulas, placas o nódulos violáceos, rojo-marrónáceos o amarillentos, que tienden a presentarse en la superficie extensora de las articulaciones. El EED puede ocurrir en asociación con trastornos hematológicos, infecciones o enfermedades autoinmunes. El tratamiento de elección es la dapsona oral.

Caso clínico. Varón de 78 años con antecedentes de síndrome mielodisplásico (SMD) en tratamiento con eritropoyetina diagnosticado en 2016 y en seguimiento en Reumatología por artralgias, que consultaba por pápulo-nódulos ligeramente eritematosos en manos, dolorosos a la palpación, de 3 meses de evolución. Además presentaba un nódulo en la mucosa del labio inferior, que había sido biopsiado un año antes, y varias pápulas eritematoamarillentas dispersas en tronco y glúteos, que el paciente refería que aparecían en forma de brotes desde 2011 aproximadamente. Se realizaron biopsias de lesiones en la mano y el costado. En la primera presentaba un infiltrado inflamatorio mixto con importante cariorexis, de predominio perivascular, con afectación de la pared vascular y con fibrosis arremolinada, compatible con EED. En la segunda presentaba hallazgos similares sin vasculitis ni fibrosis, compatible con dermatosis neutrofílica (DN). Se instauró tratamiento con 50 mg diarios de dapsona con rápida y progresiva mejoría.

Discusión y conclusiones. El EED ha sido descrito en asociación con otras DN tanto bien definidas como no clasificables. Se considera que las DN pueden ser un espectro continuo de enfermedades. La afectación mucosa no se reconoce dentro del EED, sin embargo hay otro caso en la literatura asociado a úlceras orales. El desarrollo de DN puede preceder o aparecer después del diagnóstico de SMD y parece estar asociado a peor pronóstico.

24. SARCOMA DE KAPOSI EN PENE

M^a.V. Fuentelsaz del Barrio^a, V.M. Alcalde Herrero^a, P. Sanz Moncasi^b, S. Marrón Moya^a y F.J. García Latasa de Aranibar^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

Introducción. El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor de naturaleza vascular, relacionado con la infección del virus herpes humano tipo

8 (VHH-8) sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Existen cuatro variedades clínicas del SK, con presentaciones clínicas y pronóstico distinto.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente varón de 65 años con antecedentes de prostatectomía por hiperplasia benigna de próstata, que consultó por presentar múltiples nódulos y placas violáceas, extensas en pene de rápida evolución en los últimos meses. Refería historia de lesiones maculosas violáceas en glande de más de 15 años de evolución por las que nunca había consultado con anterioridad. Durante la exploración física, además de las lesiones anteriormente descritas en pene, se detectaron dos lesiones aisladas en brazo izquierdo y pierna derecha que también fueron biopsiadas. El estudio de las tres biopsias que se tomaron de pene, brazo y pierna mostraron una proliferación vascular dérmica con histología e inmunofenotipo compatible con SK. Se solicitaron serologías para VHC, VHB y VIH; así como VHH8 en sangre y estudio de extensión (TAC cervico-torácico-abdomino-pélvico).

Conclusiones. Presentamos un caso de SK en pene con gran expresividad clínica, revisamos la literatura, y destacamos la inusual localización del mismo.

25. SÍNDROME DE NICOLAU SECUNDARIO A INYECCIÓN DE ACETATO DE GLATIRAMERO

J. Anderson Vildósola, I. Aranguren López, S. Vildósola Esturo, A. López Pestaña, A. de Vicente Aguirre, M^a.A. Arregui y J. Zubizarreta Salvador

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción. El síndrome de Nicolau es una reacción cutánea que ocurre tras una inyección medicamentosa. Su expresión clínica se caracteriza por marcado dolor en el sitio de inyección y cambios de coloración cutáneos, volviéndose la piel eritematosa, violácea o blanquecina, algunas veces con un patrón reticular. Eventualmente se pueden producir distintos grados de necrosis cutánea y de los tejidos subyacentes. Si bien los reportes de casos iniciales eran en relación a inyecciones intramusculares, también se ha visto en relación a inyecciones subcutáneas, intravenosas e intraarticulares.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 49 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de esclerosis múltiple, derivada porque tras recibir una dosis de acetato de glatiramer en la zona infradeltoidea derecha experimenta marcado dolor en el momento de la inyección, seguido de eritema que evoluciona a una zona violácea con posterior necrosis. Luego experimentó tres cuadros de características similares tras cada inyección de acetato de glatiramer en el curso de 16 meses en zona abdominal derecha, izquierda y en zona glútea.

Conclusión. El síndrome de Nicolau constituye una entidad clínica infrecuente pero reconocida, con una fisiopatología incierta. La teoría prevalente indica que se produciría vasculopatía cutánea trombótica. Entre los medicamentos descritos se encuentran las penicilinas, AINE, anestésicos locales y el acetato de glatiramer. Es importante el reconocimiento precoz de esta patología para llevar a cabo un adecuado manejo y de esta forma reducir las potenciales secuelas.

26. EL LINFOMA DE TIPO PIERNA QUE SE PRESENTA EN LA CARA

P. Urigoitia Ugalde, J.A. Yagüe Barcia, A. Sánchez Diez, S. Pérez Barrio, M^a.J. Calderón Gutiérrez y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario. Basurto. Bilbao. España.

Introducción. Los linfomas cutáneos de células B (LCCB) representan un 20% de los linfomas cutáneos y se clasifican en 3 grandes

grupos: LCCB de la zona marginal, LCCB centrofolicular y LCCB difuso de célula grande (LBDCG) leg type. Este último representa un 20% de los LCCB.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 91 años con una lesión tumoral de 4 x 5 cm en región malar izquierda, que en el periodo de un mes evolucionó rápidamente infiltrando ala nasal, párpado inferior y labio superior izquierdos; desplazando la línea media y globo ocular, condicionándole una pérdida de visión. En el TAC se observó invasión de hueso maxilar, sin advertirse adenopatías ni otro signo de afectación sistémica. La biopsia diagnosticó un LBDCG. Recibió un ciclo de ciclofosfamida, vincristina y prednisona, con desaparición clínica rápida de la lesión, y radioterapia posterior, que no se completó por deseo de la paciente. Finalmente, falleció 3 meses después por causa natural en su domicilio.

Discusión. Exponemos el caso de un LCCB con características inmunofenotípicas del LBDCG subtipo leg type según la clasificación de la OMS revisada en 2016, que curiosamente se presentó en la cara. Este tipo de linfoma tiene un curso agresivo y un pronóstico desfavorable, y aunque habitualmente se localiza en extremidades inferiores como su nombre indica, entre un 10 y 15% pueden presentarse en otras localizaciones.

27. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE SWEET EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

B. Ramos Bareño^a, P. Temiño-Frances^a, J. Glez del Tanago-Diago^a, N. González Romero^a, J.A. Yagüe-Barcia^a, G. Galaz-Cancho^b y R. Izu Belloso^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción. El síndrome de Sweet (SS) es la patología más representativa de las dermatosis neutrofílicas. La etiopatogenia no está bien definida, pero se postula que puede estar mediada por una reacción de hipersensibilidad de las citocinas, seguido por un infiltrado de neutrófilos. Se clasifica en tres categorías en función de sus asociaciones: clásico o idiopático, asociado a malignidad e inducido por fármacos, todas ellas caracterizadas por responder al tratamiento con corticoides sistémicos.

Objetivo. Evaluar las diferencias clinicoepidemiológicas entre diferentes subgrupos y compararlos con estudios previos. Definir el perfil de los pacientes con SS de la población referida en nuestro estudio.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de SS en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Basurto entre los años 2000 y 2016. La inclusión de los pacientes se ha realizado valorando el cumplimiento de los criterios diagnósticos de SS establecidos por Su y Liu.

Resultados. Catorce pacientes cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales el 64,3% fueron mujeres y el 35,7% hombres. En cuanto a la distribución por edades se observan dos picos en los grupos comprendidos entre 30-49 y 50-69 años. Respecto a la etiología, predomina el subgrupo clásico o idiopático con un 50% de los casos. Respecto a la localización y morfología de las lesiones, los miembros superiores y el tronco fueron los más frecuentemente afectados. Todos los pacientes que fueron tratados con corticoides sistémicos presentaron buena respuesta y la supervivencia a los 5 años fue del 71,42% de los pacientes.

Discusión. A diferencia de estudios anteriores, las lesiones cutáneas del SS se localizaron predominantemente en tronco y miembros superiores, un porcentaje importante presentó lesiones vesiculosas y pustulosas (21,4%), la fiebre solo estuvo presente en el 28,57% de los casos y se observó un importante número de casos diagnosticados durante la época de mayor radiación ultravioleta,

mecanismo etiopatogénico propuesto por algunos autores en la literatura revisada. De los 5 pacientes que fallecieron, todos presentaban un proceso neoplásico maligno subyacente. Nuestros datos coinciden con la literatura revisada en cuanto al sexo y edad de

presentación más frecuentes, el predominio del subtipo clásico o idiopático con un importante porcentaje asociado a malignidad (21% aproximadamente) y el tratamiento de primera línea con corticoides sistémicos.