



REUNIÓN NACIONAL RESIDENTES DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA



**27 Y 28
OCTUBRE 2023**



**PALACIO DE CONGRESOS
DE CANARIAS
AUDITORIO ALFREDO KRAUS**

ABSTRACTS BOOK



ResidentesAEDV2023



ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES

TEMA 08. DERMATOPATOLOGÍA

- O-001 CAPA GRANULOSA: ERROR 404 NOT FOUND 16

TEMA 10. ENFERMEDADES AMPOLLARES

- O-002 DERMATOSIS EN PIELES NEGRAS: PÉNFIGO FOLIÁCEO A PROPÓSITO DE 1 CASO 17

TEMA 13. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

- O-003 PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN AL VIH. ¿CAUSA O SOLUCIÓN? 18
- O-004 INFECCIÓN DISEMINADA POR MONKEYPOX DE EVOLUCIÓN FATAL EN PACIENTE CON INMUNOSUPRESIÓN AVANZADA SECUNDARIA AL VIH 19
- O-005 ÚLCERA GENITAL Y ADENOPATÍA, NO TODO ES SÍFILIS 20
- O-006 ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LINFOGRANULOMA VENÉREO EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE MARBELLA 21

TEMA 14. ENFERMEDADES DEL FOLÍCULO PILOSO

- O-007 CARACTERIZACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON HIDROSADENITIS SUPURATIVA TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS O DE PEQUEÑA MOLÉCULA DIFERENTES A ADALIMUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 22
- O-008 ALOPECIA INMUNOMEDIADA POR INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA 23
- O-009 VITAMINA D E HIDRADENITIS SUPURATIVA EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE TOLEDO 24

TEMA 15. ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y CONECTIVOPATÍAS AUTOINMUNES

- O-010 ÚLCERAS DE MALA EVOLUCIÓN EN MIEMBROS INFERIORES: UN CASO ATÍPICO DE GOTA TOFÁCEA CRÓNICA 25

TEMA 16. ENFERMEDADES VASCULARES Y VASCULITIS

- O-011 PROLIFERACIÓN VASCULAR: CUANDO LA PIEL ES LA CLAVE 26



TEMA 18. GENODERMATOSIS

- O-012 UN RETO DIAGNÓSTICO: LESIONES HIPERQUERATÓNICAS PALMOPLANTARES MÚLTIPLES 27
- O-013 DIAGNÓSTICO DE GENODERMATOSIS EN LA EDAD ADULTA: LA CLAVE ESTÁ EN LA PIEL 27

TEMA 23. LESIONES MELANOCÍNICAS

- O-014 DENSIDAD DE BRESLOW COMO FACTOR PRONÓSTICO EN MELANOMA, ¿ALGO QUE APORTAR? 29
- O-015 ENTRE NEVUS Y MELANOMAS: NUEVOS CONCEPTOS EN LESIONES MELANOCÍNICAS 30

TEMA 24. LINFOMAS, HISTIOCITOSIS, MASTOCITOSIS

- O-016 LESIONES CUTÁNEAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍNICAS PLASMOCITOIDES BLÁSTICAS 31

TEMA 25. MISCELÁNEA

- O-017 COMPARATIVA ENTRE DERIVACIÓN PRESENCIAL Y POR TELECONSULTA DE MELANOMA ENTRE LOS AÑOS 2018-2022 EN EL HGUCR 32
- O-018 FENÓMENO ISOTÓPICO DE WOLF: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD 33
- O-019 COCAÍNA Y PIEL: LESIONES DE AMPLIO ESPECTRO A TRAVÉS DE UN CASO ATÍPICO 34
- O-020 INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS EN DERMATOLOGÍA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON 384 PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO 35

TEMA 27. PSORIASIS Y ENFERMEDADES ERITEMATOESCAMOSAS

- O-021 RETO TERAPÉUTICO EN LA PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA -A PROPÓSITO DE DOS CASOS 36

TEMA 28. TÉCNICAS DE DIAGNOSTICO

- O-022 "FALSE FRIENDS" EN DERMATOLOGÍA 37

TEMA 29. TERAPÉUTICA

- O-023 TRATAMIENTO DEL PIODERMA GANGRENOSO REFRACTARIO CON UPADACITINIB 38
- O-024 RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DEL PABELLÓN AURICULAR: "MUCHO MÁS QUE LA RESECCIÓN EN CUÑA" 39
- O-025 BLEOMICINA ESCARIFICADA COMO TRATAMIENTO PARA VERRUGAS VÍRICAS RECALCITRANTES 40

TEMA 30. TOXICODERMIAS

- O-026** MÚLTIPLES HALO NEVUS Y REGRESIÓN DE LESIONES PIGMENTADAS
TRAS EL TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB Y SACITUZUMAB 41
- O-027** PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA INDUCIDA POR ABEMACICLIB 42

TEMA 33. TUMORES MALIGNOS

- O-028** ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: SERIE DE CASOS
Y NUEVAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO SISTÉMICO 43
- O-029** LA INMUNOSUPRESIÓN SE ASOCIA CON UN MAYOR RIESGO DE METÁSTASIS
A DISTANCIA EN EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: UN ESTUDIO DE
COHORTES RETROSPECTIVO 44

TEMA 34. URTICARIA

- O-030** ANGIOEDEMA SIN URTICARIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 45



PÓSTERS

TEMA 01. ACNÉ Y TRASTORNOS RELACIONADOS

- P-001 RESPUESTA TERAPÉUTICA A ISOTRETINOÍNA EN ENFERMEDAD DE MORBIHAN: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA 48
- P-002 "ACNÉ" RESISTENTE A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES 49

TEMA 03. ATOPIA

- P-003 EXPERIENCIA CON EL USO DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS 50

TEMA 04. DERMATITIS DE CONTACTO

- P-004 DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR PROTEÍNAS DE PESCADO EN UN COCINERO CON ECZEMA CRÓNICO DE MANOS 51

TEMA 05. DERMATOLOGÍA COSMÉTICA

- P-005 REACCIÓN INFLAMATORIA RETARDADA A RELLENOS DE ÁCIDO HIALURÓNICO TRAS LA VACUNA DEL COVID-19, TRATADA EXITOSAMENTE CON DOXICICLINA 52

TEMA 06. DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y NEONATAL

- P-006 SÍNDROME DE MALFORMACIÓN CAPILAR - MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO 53
- P-007 VIRUS HERPES HUMANO 6, MÁS ALLÁ DE LA SEXTA ENFERMEDAD 54
- P-008 PITIRIASIS LIQUENOIDE CRÓNICA VARIANTE HIPOPIGMENTADA 55
- P-009 LESIÓN CUTÁNEA AUTOINVOLUTIVA EN UN NEONATO PREMATURO 56
- P-010 MELANOCITOSIS DÉRMICA EXTENSA COMO SIGNO CLÍNICO CLAVE DE SOSPECHA DE UN TRASTORNO HEREDITARIO MULTIORGÁNICO 57
- P-011 SÍNDROME MALFORMACIÓN CAPILAR-MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA, SERIE DE AGREGACIÓN FAMILIAR 58
- P-012 PENFIGOIDE AMPOLLOSO INFANTIL 59
- P-013 PICNODISOSTOSIS 60
- P-014 TRATAMIENTO DE LEISHMANIA CUTÁNEA PERSISTENTE CON IMIQUIMOD TÓPICO EN UN LACTANTE. REPORTE DE UN CASO 61
- P-015 PLACA LINFOPLASMOCÍTICA: DOS NUEVOS CASOS 62

TEMA 07. DERMATOLOGÍA TROPICAL

- P-016 LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UN CASO DE TRANSMISIÓN AUTÓCTONA EN EUROPA 63

TEMA 08. DERMATOPATOLOGÍA

- P-017 ACANTOSIS VULVAR CON DIFERENCIACIÓN ALTERADA 64

TEMA 09. DERMATOSIS INFLAMATORIAS

- P-018 UPADACITINIB COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL LIQUEN PLANO EROSIVO ORAL 65
- P-019 PANICULITIS SARCOIDOSIS-LIKE POR PEMBROLIZUMAB: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO 66

P-020	QUEILITIS GRANULOMATOSA (SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL). DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS	67
P-021	SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON PSORIASIS	68
P-022	PITIRIASIS RUBRA PILARIS Y ANTI-IL17 A PROPÓSITO DE UN CASO	69
P-023	ARTRITIS, NÓDULOS ERITEMATOSOS Y PÚSTULAS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN	70
P-024	DERMATOSIS DISCOIDE FACIAL: LUPUS PARECE PERO NO ES	71
P-025	GRANULOMAS ANULARES DISEMINADOS TRATADOS CON INFLIXIMAB: NUESTRA EXPERIENCIA	72
P-026	GUSELKUMAB Y TERAPIA V.A.C PARA TRATAMIENTO DE Pioderma gangrenoso refractario	73
P-027	PITIRIASIS RUBRA PILARIS INDUCIDA POR EL USO TÓPICO DE IMIQUIMOD	74
P-028	NECROBIOSIS LIPOÍDICA EN PACIENTES NO DIABÉTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO	75
P-029	PSORIASIS Y DERMATOMIOSITIS EN UN MISMO PACIENTE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO	76
P-030	LIQUEN PLANO INDUCIDO POR FREMANEZUMAB	77
P-031	LIQUEN PLANO PERIANAL MALIGNIZADO	78
P-032	VASCULITIS PUSTULOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	79
P-033	RASH EN CONTEXTO DE DIETA CETOGÉNICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO	80
P-034	HISTIOCITOSIS INTRALINFÁTICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	81
P-035	PSORIASIS CONFINADA SOBRE MÁCULAS VITILIGINOSAS: ¿COINCIDENCIA O FENÓMENO DE KOEBNER?	82
P-036	DERMATOLOGÍA COTIDIANA EN FOTOTIPOS ALTOS: UN RETO DIAGNÓSTICO	83

TEMA 10. ENFERMEDADES AMPOLLARES

P-037	PENFIGOIDE DE MEMBRANAS MUCOSAS: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	84
P-038	PÉNFIGO HERPETIFORME: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA	85
P-039	RETO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS: DERMATOSIS AMPOLLOSA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO Y MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO	86
P-040	PENFIGOIDE AMPOLLOSO DISHIDRÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	87
P-041	LESIONES VESÍCULO-AMPOLLOSAS DE NUEVE AÑOS DE EVOLUCIÓN: RETO DIAGNÓSTICO	88
P-042	LUPUS ERITEMATOSO BULLOSO: REPORTE DE UN CASO	89
P-043	PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO: UNA ENTIDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO	90

TEMA 11. ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS

P-044	UN TRASTORNO MUY "ZORRO": A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE FOX-FORDYCE	91
-------	---	----

TEMA 12. ENFERMEDADES DE LAS UÑAS

P-045	HEMORRAGIAS EN ASTILLA EN MASTOCITOSIS SISTÉMICA AGRESIVA	92
P-046	FIBROQUERATOMAS PERIUNGUEALES ADQUIRIDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO	93

TEMA 13. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

P-047	MÚLTIPLES CONDILOMAS PLANOS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍFILIS SECUNDARIA	94
P-048	DESENMASCARÁNDO UN CASO DE SÍFILIS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	95
P-049	HEPATITIS SIFILÍTICA: ¿ES POSIBLE?	96
P-050	LINFOGRANULOMA VENÉREO: UNA ENFERMEDAD EMERGENTE	97

TEMA 14. ENFERMEDADES DEL FOLÍCULO PILOSO

P-051	EL VALOR DE LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN VARONES: ¿Y SI NO TODA ALOPECIA ES ANDROGENÉTICA?	98
P-052	DOS HERMANOS CON SÍNDROME DEL PELO IMPEINABLE: UNA NUEVA VARIANTE PATOGENICA	99
P-053	ALOPECIA ANDROGÉNICA EN UN PACIENTE TRANSGÉNERO: ¿SON ADECUADOS LOS TRATAMIENTOS HORMONALES?	100
P-054	USO DE TOFACITINIB ORAL COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA GRAVE	101

TEMA 15. ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y CONECTIVOPATÍAS AUTOINMUNES

P-055	INTERLEUQUINA 6 EN UNA COHORTE DE 284 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSOS SISTÉMICO: RELACIÓN CON EXPRESIÓN CLÍNICA	102
P-056	PAPULOSIS FIBROSA BLANCA DEL CUELLO: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE	103
P-057	SARCOIDOSIS LIQUENOIDE. UNA MANIFESTACIÓN CUTÁNEA POCO FRECUENTE EN EL PACIENTE ADULTO	104
P-058	TIOSULFATO SÓDICO INTRAVENOSO COMO TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA MIXTA CON FOCOS DE CALCIFICACIÓN DISTRÓFICA Y METASTÁSICA	105
P-059	INHIBIDORES DE JAK EN CUADROS ESCLERODERMIFORMES	106
P-060	POLICONDritis RECIDIVANTE: CUANDO NO TODO ES CULPA DE LA BISUTERÍA	107
P-061	SÍNDROME ESCLERODERMIFORME (MORFEA PROFUNDA - FASCITIS EOSINÓFILA) EN PACIENTE CON MELANOMA METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON IPILIMUMAB-NIVOLUMAB: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA	108
P-062	SÍNDROME DE OVERLAP: LUPUS ERITEMATOSO Y LIQUEN PLANO	109
P-063	REACCIÓN PARADÓJICA SARCOIDEA POR INFlixIMAB	110
P-064	UNA OPORTUNIDAD A LA QUINACRINA EN EL LUPUS CUTÁNEO: SERIE DE CASOS	111
P-065	DERMATOMIOSITIS, UN SÍNTOMA PARANEOPLÁSICO	112
P-066	ANTI TNF-ALFA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN SARCOIDOSIS CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO	113
P-067	LUPUS SUBAGUDO: COMO LAS TIAZIDAS TE PUEDEN ESTROPEAR EL DÍA	114
P-068	ESCLERODERMIA INDUCIDA POR PACLITAXEL	115
P-069	DERMATOMIOSITIS PARANEOPLASICA: REPORTE DE DOS CASOS	116
P-070	SARCOIDOSIS SOBRE CICATRIZ	117
P-071	LA CLÍNICA CUTÁNEA COMO CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS SISTÉMICAS	118
P-072	PSEUDOPROGRESIÓN TUMORAL EN CONTEXTO DE REACCIÓN SARCOIDOSIS-LIKE POR INHIBIDORES DE PD-1	119

P-073	PÁPULAS ANARANJADAS PALPEBRALES. LA PIEL COMO VENTANA HACIA UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA	120
P-074	CUANDO LA LESIÓN VA DE CARA	121
P-075	UN CASO DE SARCOIDOSIS TRATADA CON METOTREXATO ORAL	122
P-076	MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA AMILOIDOSIS SISTÉMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO	123
P-077	RECIDIVA DE HEPATOCARCINOMA DESENMASCARADO POR SÍNDROME ESCLERODERMIFORME PARANEOPLÁSICO	124
P-078	PÚRPURA PALPABLE ACRAL MULTIFORME	125
TEMA 16. ENFERMEDADES VASCULARES Y VASCULITIS		
P-079	POLIARTERITIS NODOSA CUTÁNEA: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO	126
P-080	TROMBOANGEÍTIS OBLITERANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	127
P-081	PANARTERITIS NODOSA INDUCIDA POR LORMETAZEPAM	128
P-082	PÚRPURA POR TODAS PARTES: ENFERMEDAD DE MAJOCCHI GENERALIZADA EN UNA ADOLESCENTE	129
P-083	ANGIOENDOTELIOMATOSIS REACTIVA LOCALIZADA ASOCIADA A CRIOGLOBULINEMIA MIXTA	130
TEMA 17. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN		
P-084	SALUD MENTAL EN DERMATÓLOGOS ESPAÑOLES: BURNOUT, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL	131
P-085	ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HÁBITOS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SOBRE PROTECCIÓN SOLAR EN JÓVENES DE 10 A 18 AÑOS EN LA COMARCA D EL BAIX CAMP, TARRAGONA	132
TEMA 18. GENODERMATOSIS		
P-086	NEVO EPIDÉRMICO VERRUGOSO INFLAMATORIO LINEAL	133
P-087	CUANDO LOS QUISTES SON LA PISTA	134
P-088	SÍNDROME DE MALFORMACIÓN CAPILAR-MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.	135
P-089	SÍNDROME DE LEIOMIOMATOSIS HEREDITARIA Y CÁNCER DE CÉLULAS RENALES	136
P-090	ENFERMEDAD DE DARIER LINEAL, EJEMPLO DE MOSAICISMO EN LAS DERMOPATÍAS SEGMENTARIAS	137
P-091	SÍNDROME DE MENKES. ESTATUS EPILÉPTICO DIAGNOSTICADO POR LOS PELOS	138
TEMA 19. INFECCIONES BACTERIANAS		
P-092	TRICOMICOSIS AXILAR: A PROPÓSITO DE UN CASO	139
P-093	ECTIMA GANGRENOSO ESCROTAL POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTORA DE METABETALACTAMASAS	140
P-094	ECTIMA GANGRENOSO MÚLTIPLE EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL	141
P-095	FIEBRE Q DE PRESENTACIÓN ATÍPICA	142
P-096	UN VIH DE DIAGNÓSTICO TARDÍO Y UNAS LESIONES CUTÁNEAS DESAPERCIBIDAS	143

P-097	SIGNO DEL HIPOPIÓN EN IMPÉTIGO AMPOLLOSO	144
P-098	CONDILOMA LATA GIGANTE SIMULANDO UN CARCINOMA ESCAMOSO PERIANAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO	145

TEMA 20. INFECCIONES FÚNGICAS

P-099	TINEA CRURIS Y TINEA PEDIS EXTENSAS EN RELACIÓN A TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB	146
P-100	UNA INCÓGNITA MUY FÚNGICA	147
P-101	FUSARIOSIS DISEMINADA CON EXPRESIÓN CUTÁNEA	148
P-102	GRANULOMA DE MAJOCCHI: A PROPÓSITO DE UN CASO	149
P-103	CANDIDIASIS ORAL: MÁS ALLÁ DEL MUGUET	150
P-104	IMPORTANCIA DE LA TRICOSCOPIA Y LA LUZ DE WOOD EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA TINEA CAPITIS	151

TEMA 21. INFECCIONES VÍRICAS

P-105	LESIONES PURPÚRICAS PALMOPLANTARES POR COXSACKIEVIRUS A6, UNA HISTORIA DE HERMANOS	152
P-106	CICATRIZACIÓN TÓRPIDA TRAS MPOX; LO QUE LA PANDEMIA NOS DEJÓ	153
P-107	VARICELA, NO SOLO UNA INFECCIÓN PEDIÁTRICA	154
P-108	PSEUDOHERNIA POR HERPES ZÓSTER: A PROPÓSITO DE UN CASO	155
P-109	EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME ADQUIRIDA SOBRE UN TATUAJE TRATADA EXITOSAMENTE CON RETINOIDES TÓPICOS	156
P-110	HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL (ENFERMEDAD DE HECK). A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO	157
P-111	¿HERPES ZOSTER REFRACTARIO?	158
P-112	ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE: UN CASO ATÍPICO MUY TÍPICO EN UN ADULTO INMUNOCOMPETENTE	159
P-113	ECZEMA HERPETICUM Y DERMATITIS ATÓPICA SEVERA EN TRATAMIENTO CON UPADACITINIB	160
P-114	PÁPULAS EN MUCOSA ORAL DE NIÑA INMUNOSUPRIMIDA	161

TEMA 22. INFESTACIONES Y PICADURAS

P-115	ERITEMA MIGRANS ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	162
P-116	PÁPULAS Y PLACAS ERITEMATOEDEMATOSAS Y AMPOLLAS GENERALIZADAS: CUANDO LO SENCILLO PARECE DIFÍCIL	163
P-117	LARVA MIGRANS CUTÁNEA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO	164

TEMA 24. LINFOMAS, HISTIOCITOSIS, MASTOCITOSIS

P-118	CRISTALES EN LA PIEL	165
P-119	MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DEL LINFOMA T ANGIOINMUNOBLÁSTICO	166
P-120	ROSAI-DORFMAN CUTÁNEA: CARACTERÍSTICA PRESENTACIÓN PARA UNA ENFERMEDAD POLIMORFA	167
P-121	TRASTORNO LINFOPROLIFERATIVO POSTRASPLANTE CON AFECTACIÓN CUTÁNEA PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO	168
P-122	HISTIOCITOSIS: POR EL CAMINO DEL MEDIO	169

P-123	METÁSTASIS CUTÁNEAS DE LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES MAMARIO TRAS TERAPIA CAR-T	170
P-124	ERUPCIÓN PAPULOSA COMO DEBUT DE LA LEUCEMIA / LINFOMA DE CÉLULAS T DEL ADULTO	171
P-125	XANTOGRANULOMA CONGÉNITO GIGANTE	172
P-126	LA DERMATOSIS DEL BAÑADOR	173
P-127	METÁSTASIS CUTÁNEA DE LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES	174

TEMA 25. MISCELÁNEA

P-128	ÚLCERAS CUTÁNEAS PERINASALES POR COCAÍNA	175
P-129	UN NUEVO CASO DE POROQUERATOSIS DISEMINADA ERUPTIVA EN PACIENTE TRATADO CON DARATUMUMAB, BORTEZOMIB Y LENALIDOMIDA	176
P-130	DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DERMATOLÓGICA A PACIENTES MIGRANTES: ABORDANDO LO DESCONOCIDO	177
P-131	PAPILOMATOSIS CONFLUENTE Y RETICULADA DE GOUGEROT Y CARTEAUD, TRES CASOS CON AFECTACIÓN FACIAL	178
P-132	PRIMERA MANIFESTACIÓN DE GOTA COMO UNA LESIÓN PSEUDOTUMORAL EN EL TALÓN	179
P-133	POSTUREA PARA QUE EL MUNDO LO VEA	180
P-134	¡MIS LUNARES SE BORRAN! HALO NEVUS ERUPTIVOS EN ADULTOS	181
P-135	LEUCEMIA BLÁSTICA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES	182
P-136	ALGODÓN EN MUCOSA ORAL, ¡NO SON HONGOS!	183
P-137	FIESTA EN LA BOCA: EROSIONES CUTÁNEO MUCOSAS ORALES POR CONSUMO DE METANFETAMINAS	184
P-138	PÚRPURA FULMINANS EN PACIENTE CON DÉFICIT CONGÉNITO DE PROTEÍNA S	185
P-139	GAMMAPATÍA MONOCLONAL CON SIGNIFICACIÓN CUTÁNEA	186
P-140	LA CLAVE ESTÁ EN EL VIRUS EPSTEIN-BARR	187
P-141	POROQUERATOSIS ERUPTIVA DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO	188

TEMA 27. PSORIASIS Y ENFERMEDADES ERITEMATOESCAMOSAS

P-142	EFFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SUPERVIVENCIA DE GUSELKUMAB EN PACIENTES QUE SUFREN PSORIASIS EN LOCALIZACIONES DIFÍCILES DE TRATAR: CUERO CABELLUDO, FACIAL, GENITAL, PALMOPLANTAR Y UÑAS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL	189
P-143	EVALUACIÓN DE LA EFFECTIVIDAD Y FARMACOECONOMÍA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 3 AÑOS DE DURACIÓN	190
P-144	EXACERBACIÓN DE PSORIASIS INDUCIDA POR SORAFENIB	191
P-145	SERIE DE SIETE CASOS DE PSORIASIS LIMITADA PALMOPLANTAR TRATADOS CON ROFLUMILAST ORAL: EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD	192
P-146	LIQUEN ANULAR ATRÓFICO	193
P-147	PSORIASIS PUSTULOSA ASOCIADA A ATEZOLIZUMAB	194
P-148	UPADACITINIB COMO TRATAMIENTO DE ALOPECIA AREATA Y PSORIASIS EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE	195

TEMA 28. TÉCNICAS DE DIAGNOSTICO

- P-149 IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN LESIONES QUÍSTICAS EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA 196

TEMA 29. TERAPÉUTICA

- P-150 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE DAÑO VULVAR SECUNDARIO A APOYO PERINEAL EN CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA 197
- P-151 VASCULOPATÍA LIVEDOIDE TRATADA EXITOSAMENTE CON BARICITINIB 198
- P-152 PUSTULOSIS SUBCÓRNEA TRATADA EXITOSAMENTE CON ROFLUMILAST ORAL 199
- P-153 ESTUDIO IN VITRO DEL EFECTO SINÉRGICO DE LA FOTOBIMODULACIÓN CON LUZ VISIBLE DE ALTA ENERGÍA CON TERBINAFINA EN LA PRODUCCIÓN DE ESPECIES REACTIVAS DE OXÍGENO 200
- P-154 TIRBANIBULINA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ACLARAMIENTO COMPLETO DE ÁREAS EXTENSAS 201
- P-155 IATROGENIA PSORIASIFORME 202
- P-156 TRATAMIENTO DE CICATRICES QUELOIDES MEDIANTE INYECCIÓN INTRALESIONAL DE 5-FLUOROURACILO: UNA ALTERNATIVA CUANDO EL RESTO FALLA 203
- P-157 RECONSTRUCCIÓN DEL LECHO UNGUEAL MEDIANTE COLGAJO EN BANDERA DE LOS PLIEGUES LATERALES TRAS EXÉRESIS DEL APARATO UNGUEAL POR MELANOMA ACRAL IN SITU 204
- P-158 ÚLCERAS ASOCIADAS A CALCIFILAXIS NO URÉMICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO 205
- P-159 ALTERNATIVA DE CIERRE DE DEFECTOS A NIVEL FACIAL: COLGAJO DE AVANCE EN JIGSAW PUZZLE 206
- P-160 USO DE BOTÓN DE PLÁSTICO PARA CIERRE A TENSIÓN TRAS DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA 207

TEMA 30. TOXICODERMIAS

- P-161 AMIVANTAMAB: NUEVOS RETOS EN DERMATOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS 208
- P-162 TOXICIDAD CUTÁNEA RETARDADA EN EL TRATAMIENTO CON RIBOCICLIB 209
- P-163 TOXICIDAD CUTÁNEA ASOCIADA A IBRUTINIB: A PROPÓSITO DE UN CASO 210
- P-164 AZITROMICINA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON RASH ACNEIFORME SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS 211
- P-165 ERITRODERMIA PSORIASIFORME RELACIONADA CON LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO 212
- P-166 ¿QUÉ ESPERAR DE UNA INTERCONSULTA DE UROLOGÍA? TOXICIDAD CUTÁNEA POR APALUTAMIDA 213
- P-167 EN LAS TOXICODERMIAS, EL CRITERIO CLÍNICO ES LA CLAVE 214
- P-168 ERUPCIÓN ACNEIFORME SECUNDARIA A PANITUMUMAB EN PACIENTE CON CARCINOMA COLORRECTAL 215



TEMA 31. TRASTORNOS DE LA PIGMENTACIÓN

P-169	HIPERPIGMENTACIÓN INDUCIDA POR MINOCICLINA: PODRÍA TRATARSE DE UN PROCESO DINÁMICO	216
P-170	PRURIGO PIGMENTOSO TRATADO CON ÉXITO CON DOXICICLINA	217
P-171	HIPERPIGMENTACIÓN AZUL-GRISÁCEA EN ZONAS FOTOEXPUUESTAS DE LA PIEL EN RELACIÓN CON EL USO PROLONGADO DE CLOZAPINA	218

TEMA 32. TUMORES BENIGNOS

P-172	DERMATOMIOFIBROMA EN REGIÓN POSTERIOR CERVICAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS	219
P-173	PÁPULAS BLANCAS FACIALES: ¿CÚAL ES EL DIAGNÓSTICO?	220
P-174	NEUROTECOMA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA	221
P-175	HIDROADENOMA POROIDE COMO DIAGNÓSTICO SORPRESA	222
P-176	LEIOMIOMA CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO	223
P-177	PILOMATRICOMA SIMULANDO METÁSTASIS CUTÁNEA EN PET/CT	224
P-178	ACANTOMA DE CÉLULAS CLARAS EN AREOLA MAMARIA	225
P-179	LINFANGIOMA CUTANEO SECUNDARIO A RADIOTERAPIA: CASO CLÍNICO	226
P-180	SIRINGOMA CONDROIDE O TUMOR MIXTO CUTÁNEO: UN DIAGNÓSTICO DESAFIANTE	227
P-181	TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO	228
P-182	HEMANGIOMA ELASTOLÍTICO ADQUIRIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO	229

TEMA 33. TUMORES MALIGNOS

P-183	“ESTUDIO EN ESCARLATA”: APARICIÓN DE QUERATOACANTOMAS SOBRE TINTA ROJA DE TATUAJE. A PROPÓSITO DE UN CASO	230
P-184	LESIÓN CUTÁNEA EN LABIO INFERIOR CON RESULTADO INESPERADO	231
P-185	PRESENTACIÓN DE UNA METÁSTASIS CUTÁNEA DE ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS COMO NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ	232
P-186	LESIÓN NASAL DESTRUCTIVA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO	233
P-187	TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANAZADO CON SONIDEGIB. UNA SERIE DE SIETE CASOS	234
P-188	SARCOMA DE KAPOSÍ EPIDÉMICO EN UN PACIENTE PROVENIENTE DE HONDURAS	235
P-189	TRANSFORMACIÓN MALIGNA QUE NO ESPERABAS. A PROPÓSITO DE UN CASO	236
P-190	LO QUE ESCONDE UN NEVUS SEBÁCEO	237
P-191	TUMORACIÓN CUTÁNEA PEDICULADA: UN CASO CLÍNICO INUSUAL	238
P-192	METÁSTASIS CUTÁNEAS EN TUMOR CARCINOIDE DE PULMÓN	239
P-193	METÁSTASIS CUTÁNEAS DE CARCINOMA COLORRECTAL	240
P-194	NÓDULO SUBCUTÁNEO COMO PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN METASTÁSICO	241
P-195	FIBROXANTOMA ATÍPICO CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL EN 15 AÑOS	242

P-196	ANGIOSARCOMA CUTÁNEO: SERIE DE 6 CASOS	243
P-197	CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES: UNA ENFERMEDAD RARA Y DISTINGUIDA	244
TEMA 34. URTICARIA		
P-198	URTICARIA DE LA SALA DE ESPERA	245
TEMA 15. ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y CONECTIVOPATÍAS AUTOINMUNES		
P-199	LUPUS PROFUNDUS: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE CAUSANTE DE LESIONES FACIALES EN NIÑOS	246
TEMA 18. GENODERMATOSIS		
P-200	SÍNDROME DE GORLIN Y UNA COMPLICACIÓN POCO EVITABLE	247
TEMA 20. INFECCIONES FÚNGICAS		
P-201	TINEA CAPITIS EN UN NIÑO: ASPECTOS CLÍNICOS Y TRICOSCÓPICOS	248
TEMA 21. INFECCIONES VÍRICAS		
P-202	MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE: COMUNICACIÓN DEL PRIMER CASO DE ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA (RIME) RECURRENTE POR CLHAMYDOPHILA PNEUMONIAE EN UN ADULTO	249
TEMA 25. MISCELÁNEA		
P-203	BALANITIS PSEUDOEPITELIOMATOSA, QUERATÓSICA Y MICÁCEA. UNA RARA ENTIDAD	250
P-204	PURPURA PERIFOLICULAR COMO CLAVE DIAGNÓSTICA EN ESCORBUTO ASOCIADO A SHOCK SÉPTICO	251
TEMA 29. TERAPÉUTICA		
P-205	TRATAMIENTO DEL “ESPECTRO AFTOSIS” CON ROFLUMILAST	252





COMUNICACIONES ORALES



O-001

CAPA GRANULOSA: ERROR 404 NOT FOUND

Dr. Leonardo Bascón Rodríguez¹, Dr. Javier Fernández Vela¹, Dra. Joana Amat Calbet¹, Dr. Jorge Romani De Gabriel¹, Dr. Carlos Muñoz Santos¹, Dr. Francesc Alamón Reig¹, Dr. Antonio Guilabert Vidal¹

¹Hospital General De Granollers, Barcelona, Spain

Presentamos el caso de una paciente en la veintena, de origen marroquí, residente en España desde hace 15 años y sin antecedentes médicos de interés, que consulta en nuestro Servicio de Dermatología en febrero del presente año por unas lesiones hiperpigmentadas en zona nasal y malar de dos años de evolución. Como única clínica refiere un prurito leve que empeora con la exposición solar.

Al examen físico, se observan unas pápulas de color marrón-rosado de hasta medio centímetro de diámetro, con el centro algo aplanado y un borde filiforme que es más evidente en las de mayor tamaño. La dermatoscopia nos realza este borde queratósico.

En la biopsia lesional apreciamos una columna paraqueratósica con origen en infundíbulo folicular, cuya capa granulosa está ausente. Esto se conoce como lamela cornoide.

Con todo, procedemos al diagnóstico de poroqueratosis facial.

Esta enfermedad forma parte del espectro de las poroqueratosis, un conjunto de enfermedades con nexo en un trastorno de la queratinización epidérmica cuya fisiopatogenia no está clara a día de hoy. Existen varios tipos, siendo la poroqueratosis clásica y la poroqueratosis actínica superficial diseminada las más comunes.

Solo hay descritos en la literatura alrededor de 40 casos de poroqueratosis exclusivamente facial, y aún menos de aquellas cuyas lesiones son centradas en el folículo piloso, como es nuestro caso.

La clave diagnóstica la ofrece la dermatoscopia e histología reveladoras de la citada lamela cornoide.

Es esencial el diagnóstico diferencial con patologías como la verrugas planas juveniles o la hydroa vacciniforme.

En cuanto al tratamiento, se han probado varias modalidades, destacando el 5-FU tópico, la crioterapia, la terapia fotodinámica y, más recientemente, las estatinas tópicas.

La poroqueratosis se ha asociado a un aumento en el riesgo de cáncer cutáneo no melanoma, justificándose su diagnóstico y tratamiento precoces.



O-002

DERMATOSIS EN PIELES NEGRAS: PÉNFIGO FOLIÁCEO A PROPÓSITO DE 1 CASO

Dr. Thomas Akel Oberpaur¹, Dra. Ana del Rocío Gamero Rodríguez¹, Dr. Iván Rodrigo Díaz¹, Dra. Carla Rodríguez Naranjo¹, Dra. Marta Ruano del Salado¹, Dr. Javier Alcántara González¹, Dra. Arantxa Muñiz de Lucas¹, Dra. María Elena Sánchez-Largo Uceda¹

¹Hospital Universitario De Torrejón - Servicio de Dermatología, Madrid, Spain, ²Hospital Universitario De Torrejón - Servicio de Anatomía Patológica, Madrid, Spain

El pénfigo es una enfermedad autoinmune con diversos subtipos, siendo el vulgar más común y el foliáceo (PF) infrecuente. Aunque es raro globalmente, es endémico en zonas de Sudamérica y el norte de África. Se caracteriza por lesiones erosivas dolorosas con distribución seborreica, raramente acompañadas de vesículas intactas.

Presentamos un caso de PF en piel negra: una mujer ghanesa de 60 años, en España desde hace dos décadas, obesa, con hipotiroidismo e hipertensión. Mostró placas descamativas y pruriginosas en zonas extensoras de miembros, extendiéndose a espalda y tronco, sin afectar cara ni mucosas. Inicialmente diagnosticada de psoriasis, en su revisión presentaba vesículas claras sobre erosiones liquenificadas. La biopsia, inmunofluorescencia y serologías confirmaron PF. Se iniciaron corticoides sistémicos con buena respuesta, pero sin lograr suspenderlos.

La patología cutánea en pieles negras es un reto en muchas ocasiones, complicando los diagnósticos. El PF suele afectar áreas seborreicas y es difícil encontrar vesículas por su fácil erosión. En pieles negras podrían encontrarse más intactas debido a una capa córnea más compacta. Es infrecuente, salvo en los sitios endémicos donde guarda relación con la geografía y condiciones precarias, sin diferencias en etnia, edad ni sexo. Hay escasa literatura sobre casos en personas africanas. Se ha descrito mayor incidencia en general en Sudáfrica, y casos de endemia en el norte de África (países árabes) y la zona del Kilimanjaro (Kenia y Tanzania). Este caso sería esporádico (no endémico), sin viajes ni fármacos asociables, sin la clínica en patrón seborreico ni el dolor habitual.

Es útil familiarizarse con dermatosis en pieles negras y reconocer presentaciones atípicas. Hacen falta más estudios para determinar si el PF predomina por sobre otros subtipos en pieles negras en zonas no endémicas.



O-003

PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN AL VIH. ¿CAUSA O SOLUCIÓN?

Sr. **Álvaro Aguado Vázquez**¹, Dra. Pilar Pérez García¹, Sra. Irene Ricoy Sanz¹, Sra. Cecilia Alonso Díez¹, Sra. Pilar Villodre Lozano¹, Sr. Iván Blay Simón¹, Dra. Almudena Mateu Puchades¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, Spain

OBJETIVOS:

Determinar la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en pacientes en tratamiento con profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP), evaluando la correcta indicación, seguimiento y tratamiento de los mismos.

MÉTODOS:

Realizamos un estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Revisamos las historias clínicas de todos los pacientes con dispensación de Tenofovir Disoproxilo/Emtricitabina en el Hospital Universitario Doctor Peset desde la aprobación de la PrEP (2016) hasta Julio de 2023 seleccionándose aquellos que recibían el tratamiento en contexto de PrEP. Se recogieron datos demográficos (Edad, sexo y nacionalidad), factores de riesgo de ITS (>10 parejas, Chemsex, Trabajador de industria sexual, ITS previas al inicio de tratamiento) y número y tipo de ITS adquiridas durante el tratamiento.

RESULTADOS:

637 pacientes recibieron Tenofovir Disoproxilo/Emtricitabina en el Hospital Universitario Doctor Peset, de los cuales 135 lo recibieron en contexto de PrEP, 134 varones y 1 mujer con una edad media de 38,8 años. 99 presentaban conductas de riesgo de ITS. Se identificaron 138 ITS siendo la media de 1,02 ITS por paciente, si bien, al eliminar los pacientes sin conductas de riesgo, se identificaron 120 ITS, siendo la media de 1,25 ITS. De todas ellas, 2 fueron por VIH.

DISCUSIÓN:

La existencia de criterios bien definidos de inicio del tratamiento, permite seleccionar los pacientes que se benefician realmente del uso de PrEP, aunque en la práctica clínica pueden no seguirse de manera rígida, disminuyendo su eficiencia.

Asimismo, el seguimiento errático o el inadecuado tratamiento de ITS intercurrentes puede hacer que la cadena de transmisión de estas aumente exponencialmente.

CONCLUSIONES:

La PrEP evita el contagio de VIH en pacientes de alto riesgo, pero conlleva un aumento de incidencia del resto de ITS.

La prescripción de PrEP debe realizarse de forma rígida según los criterios propuestos y seguir las indicaciones de seguimiento y tratamiento de ITS intercurrentes.



O-004

INFECCIÓN DISEMINADA POR MONKEYPOX DE EVOLUCIÓN FATAL EN PACIENTE CON INMUNOSUPRESIÓN AVANZADA SECUNDARIA AL VIH

Sra. Laura Parra Navarro¹, Sra. Nidia Planella Fontanillas, Sra. Gemma Martín Ezquerra, Sr. Sergi Rodríguez Mercader, Sra. Francisca Sánchez Martínez, Sr. Ramón María Pujol i Vallverdú

¹Hospital Del Mar, Barcelona, Spain

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la viruela símica (M-Pox) ocasionó una epidemia mundial en 2022. Suele manifestarse con lesiones muco-cutáneas autolimitadas (2-5 semanas) y su vía de transmisión es fundamentalmente sexual entre hombres que practican sexo con hombres (HSH), siendo un 38-50% de los pacientes seropositivos para VIH. En pacientes con infección avanzada por VIH (linfocitos CD4+ <100/mm³), se han descrito cuadros diseminados de curso agresivo con grandes lesiones generalizadas, necróticas y coalescentes asociadas a complicaciones locales y viscerales.

CASO CLÍNICO

Varón de 34 años HSH con infección VIH diagnosticada en 2015 no tratada (CD4 13/mm³), fue remitido a nuestro centro por lesiones muco-cutáneas generalizadas con tenesmo y dolor rectal.

A la exploración física presentaba febrícula y malestar general, adenopatías axilares e inguinales bilaterales y múltiples úlceras dolorosas con bordes infiltrados y centro necrótico, preferentemente en zona genital y perianal, así como en cara, tronco y extremidades. Se objetivaron diversas úlceras en la mucosa lingual y conjuntival, y una proctitis abscesificada que requirió drenaje quirúrgico. Se confirmó el diagnóstico mediante PCR específica del exudado lesional. La biopsia cutánea evidenció necrosis epidérmica superficial y folicular con balonización, degeneración reticular y necrosis individual de queratinocitos y un denso infiltrado neutrofílico en dermis superficial. Una TAC mostró múltiples nódulos pulmonares, prescribiéndose tratamiento antirretroviral y tecovirimat.

Tras mejoría clínica inicial y aumento de CD4, se observó progresión de las lesiones muco-cutáneas y nódulos pulmonares. Finalmente, desarrolló una hemorragia masiva secundaria a una perforación rectal siendo exitus a los 2 meses de ingreso.

DISCUSIÓN

En pacientes con inmunosupresión avanzada secundaria al VIH, el M-Pox puede ocasionar infecciones graves con elevada mortalidad. Se ha propuesto su inclusión en las enfermedades definitorias de SIDA. Revisamos las características clínico-patológicas de los casos descritos de infección por M-Pox en pacientes con una infección avanzada por VIH.



O-005

ÚLCERA GENITAL Y ADENOPATÍA, NO TODO ES SÍFILIS

Dr. Juan Carlos Romera Pallarés¹, Dra. Blanca Rebollo Caballero¹, Dr. José Pablo Serrano Serra¹, Dr. José Francisco Orts Paco¹, Dr. José Navarro Pascual¹, Dr. Javier Ruiz Martínez¹, Dr. Jesús Hernández-Gil Sánchez¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 19 años recién llegado a España hace 3 semanas, originario de Venezuela, que acudió a urgencias por presencia de lesión genital de 1 mes de evolución acompañado de malestar general con artralgias desde hace 5 días y fiebre de hasta 38,5°C de 48h de evolución. El paciente refería relaciones sexuales sin protección con una única pareja realizándose sexo vaginal, anal y oral insertivo. Dicha pareja no presentaba ninguna sintomatología.

A la exploración, presentaba una placa ulcerada en prepucio de 1,5 cm, indolora, de bordes sobreelevados y centro eritematoso friable. Además, presentaba una adenopatía inguinal izquierda de 3 cm, dolorosa y sin supuración. La ecografía inguinal mostraba una linfadenopatía de gran tamaño, vascularizada, con desestructuración de la morfología y con algún trayecto fistuloso.

Se tomaron muestras de la uretra y de la úlcera para estudio mediante PCR multiplex, resultando ambas positivas para *Chlamydia trachomatis* y negativas para *Treponema pallidum*. También se llevaron a cabo pruebas serológicas que mostraban una sífilis compatible con latente precoz.

Se inició tratamiento para *Chlamydia* en pauta de LGV con doxiciclina 100 mg/12 horas v.o. durante 21 días, además de tratar con penicilina B benzatina 2,4 MU monodosis. A las 6 semanas de tratamiento, el paciente presentaba resolución de la clínica y a los 2 meses, los títulos de las pruebas cuantitativas no treponémicas descendieron.

DISCUSIÓN

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual (ITS) producida por los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*, capaces de afectar principalmente al tejido linfático de la zona genitorrectal. A pesar de ser una enfermedad propia de países tropicales, actualmente en nuestro medio su incidencia ha ido aumentando considerablemente, siendo primordial el conocimiento de esta patología por cualquier dermatólogo, para así poder llevar a cabo un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.



O-006

ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LINFOGRANULOMA VENÉREO EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE MARBELLA

Dra. María Estrella Cobos Bonilla¹, Dr. Nicolás Jiménez García², Dr. Juan Bosco Repiso Jiménez¹, Dr. Javier De la Torre Lima²

¹Área de Dermatología. Hospital Universitario Costa Del Sol, Marbella, Spain, ²Área de Medicina Interna. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Spain

INTRODUCCIÓN:

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual causada por serovares L de Chlamydia trachomatis, endémica en países en vías de desarrollo, pero con un aumento de incidencia en nuestro medio en hombres con prácticas sexuales de riesgo. En nuestro estudio describimos características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de LGV en nuestra área sanitaria.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo basado en historias clínicas y entrevistas anónimas de pacientes diagnosticados de LGV mediante test de PCR entre los años 2016-2023 en el área sanitaria del Hospital Costa del Sol. Recogimos datos de filiación, hábitos sexuales, ITS concomitantes y aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y complicaciones.

RESULTADOS:

28 hombres fueron diagnosticados de LGV, 27 de ellos tenían sexo con hombres y 20 diagnosticados de VIH. Entre las prácticas de riesgo destacan el CHEMSEX en un 35,7%, sexo grupal en un 39,3% y uso no habitual del preservativo en más de la mitad de los pacientes. La forma de presentación más frecuente (23 casos) fue la proctitis.

DISCUSIÓN:

En nuestra serie el LGV es casi exclusivo de HSH con prácticas sexuales de alto riesgo, manifestándose la mayoría como proctitis, siendo las formas clásicas excepcionales. Desde los primeros brotes de LGV en España su incidencia se ha estabilizado en 1,15 casos por 100.000 habitantes, siendo excepcionales los casos en heterosexuales. Hemos comprobado un alto índice de demora diagnóstica, motivada principalmente por el desconocimiento por parte de otros especialistas del síndrome y de la facilidad del diagnóstico mediante toma de exudado.

CONCLUSIONES:

EL LGV en nuestro medio se diagnostica tardíamente y es confundido con otras enfermedades inflamatorias. Ante la sospecha clínica, especialmente en pacientes con prácticas sexuales de riesgo, se debe tomar una muestra de exudado lo antes posible. El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para prevenir complicaciones y nuevos contagios.



O-007

CARACTERIZACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON HIDROSADENITIS SUPURATIVA TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS O DE PEQUEÑA MOLÉCULA DIFERENTES A ADALIMUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Dr. Miguel Mansilla Polo^{1,2}, Dr. Begoña Escutia Muñoz^{1,2}, Dr. David Hervás Marin³, Dr. Blanca De Unamuno Bustos^{1,2}, Dr. Daniel Martín Torregrosa^{1,2}, Dr. Carlos Abril Pérez^{1,2}, Dr. Rafael Botella Estrada^{1,2,4}

¹Departamento de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España, ²Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España, ³Departamento de Estadística Aplicada e Investigación Operativa y Calidad, Universidad Politécnica de Valencia, Valencia, España, ⁴Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia, Valencia, Valencia

ANTECEDENTES

La hidradenitis supurativa (HS) es una de los motivos de consulta que más afecta a la calidad de vida de los pacientes en Dermatología y su incidencia está aumentando, siendo una entidad que, además de afectar la piel, también afecta a múltiples sistemas. Actualmente, adalimumab es el único tratamiento biológico o de molécula pequeña aprobado para el tratamiento de esta enfermedad, lo que deja un vacío en las opciones terapéuticas cuando falla o está contraindicado.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de medicamentos biológicos o moléculas pequeñas distintos de adalimumab, con el objetivo final de proponer un algoritmo terapéutico estandarizado.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo con todos los medicamentos biológicos o moléculas pequeñas distintos de adalimumab, comparando los diferentes fármacos con adalimumab (control intrapaciente) en un hospital terciario. Se registraron mediciones objetivas y subjetivas utilizando un análisis antes (previo a la introducción del fármaco) vs. después (tras el retiro del fármaco o finalización del estudio).

RESULTADOS

Se recogieron 29 pacientes. Se encontraron mejores tasas que adalimumab en la mayoría de los ítems de respuesta objetivos (Hurley, IHS4, HSSI, Sartorius modificado) y subjetivos (DLQI, dolor, picor, relaciones sexuales, satisfacción terapéutica) en infliximab, seguido de ustekinumab, brodalumab y secukinumab.

CONCLUSIONES

En pacientes con fracaso terapéutico o contraindicación para adalimumab en el tratamiento de la HS, recomendamos el tratamiento con infliximab y, en caso de no obtener respuesta o no ser candidatos para este fármaco, los siguientes pasos terapéuticos serían ustekinumab y brodalumab. Se necesitan nuevos estudios prospectivos para validar este algoritmo.



O-008

ALOPECIA INMUNOMEDIADA POR INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

Dra. Pilar Villodre Lozano¹, Dr. Álvaro Aguado Vázquez, Dra. Cecilia Alonso Diez, Dr. Iván Simón Blay, Dr. F. Javier Melgosa Ramos, Dra. Almudena Mateu Puchades

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, Spain

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) alfa son empleados para tratar múltiples enfermedades inflamatorias, muchas de ellas dermatológicas. A pesar de su adecuado perfil de seguridad, se han descrito reacciones paradójicas inmunomediadas asociadas a estos tratamientos.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 50 años, con Artritis Reumatoide (AR) en tratamiento con Adalimumab. Psoriasis leve en codos, que empeoró tras inicio de Adalimumab, y debut de alopecia difusa de patrón cicatricial y biopsia con patrón lúpico. Se retiró Adalimumab y se inició tofacitinib 5mg cada 12h con buena respuesta.

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 65 años con AR en tratamiento con Adalimumab. Consulta por aparición de dos placas alopécicas con pérdida de orificios foliculares y lesiones eritematosas en dorso de manos y cara. Cambios histopatológicos compatibles con alopecia lúpica y cutáneos de lupus discoide. Se retiró Adalimumab y se inició baricitinib 4mg con buena respuesta.

CASO CLÍNICO 3

Mujer de 53 años, con psoriasis cutánea, espondiloartropatía psoriásica y enfermedad de Crohn, en tratamiento con infliximab. Tras su inicio, comienza con afectación difusa del cuero cabelludo y placas de alopecia de tipo cicatricial. Biopsia con patrón lúpico, pero IFD negativa. Se retiró infliximab y se inició upadacitinib 15 mg diarios, con buena respuesta cutánea y articular.

CASO CLÍNICO 4

Mujer de 57 años, con AR en tratamiento con Adalimumab desde 2003, con cambio reciente a biosimilar Idacio. Consulta por aparición de lesiones eritematosas, exudativas y descamativas, con dudosas áreas alopécicas. Histología compatible con psoriasis. Se retiró Idacio y se inició upadacitinib 15 mg con buena respuesta.

DISCUSIÓN

Los anti TNF alfa están implicados en el desarrollo de psoriasis y lupus paradójicos, pudiendo afectar en forma de alopecia. En nuestra experiencia, la retirada precoz del fármaco asociada al inicio de inhibidores de JAK, se asociaron a una buena respuesta con repoblación.



O-009

VITAMINA D E HIDRADENITIS SUPURATIVA EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE TOLEDO

Sra. María José Carrera Hernández¹, Elvira Molina Figuera¹, Juan José Amorós Oliva¹, María Cotarelo Hernández¹, Cristina Romera de Blas¹, Natalia Aranda Sánchez¹, María Victoria Signes-Costa Smith¹, Cristina Pérez Hortet¹

¹Servicio de Dermatología del Complejo Hospital Universitario De Toledo, Toledo, Spain

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Objetivo: definir las características de los pacientes en seguimiento en consulta monográfica de Hidradenitis Suppurativa (HS) y caracterizar el posible déficit de vitamina D en esta población.

Materiales y métodos: se recogieron datos de 70 pacientes al momento de iniciar seguimiento en consulta monográfica de HS en el Hospital Universitario de Toledo, desde 2018 a 2023.

Datos recopilados: niveles séricos de vitamina D, edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, niveles séricos de zinc y escalas de gravedad (International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System - IHS4-, Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment - HS PGA-, y escala de Hurley).

Resultados: un 88% de los pacientes con HS presentan niveles de vitamina D por debajo de lo recomendado, estando un 57.14% en rango de déficit de vitamina D.

En función de la escala de Hurley, un 55% de los pacientes Hurley II tenían niveles de vitamina D por debajo de 20 (déficit), y un 35% tenía niveles entre 21 y 30 (insuficiencia relativa). De los pacientes con una escala de Hurley III, un 65.45 % tenían déficit de vitamina D y un 24.1% insuficiencia relativa de vitamina D.

Niveles medios de los parámetros estudiados:

- **Variables cuantitativas:** vitamina D 19.6 ng/mL, edad media 33.7 años, niveles séricos medios de zinc 87.5 mcg/dL, media de consumo de tabaco 6.1 cigarrillos/día, IMC medio 31.6 kg/m², IHS4 medio 7.97 (moderado), HS-PGA medio 3.7 (ligero-moderado).

- **Variables cualitativas:** 61.4% mujeres, 38.6% hombres. Escala de Hurley: 57.1 % Hurley II, 41.4% Hurley III, 1.4% Hurley I.

Conclusiones: se observa una prevalencia alta de déficit de vitamina D en esta población, más acusado en el grupo con un Hurley superior.



O-010

ÚLCERAS DE MALA EVOLUCIÓN EN MIEMBROS INFERIORES: UN CASO ATÍPICO DE GOTA TOFÁCEA CRÓNICA

Sra. Andrea San José Rodríguez¹, Sr. Carlos Fabián Figueroa Martín, Sr. Luis Felipe Codoy Villalón¹, Dr. Yeray Peñate Santana¹, Sr. Francisco Granados Pacheco¹, Sra. María Zaida Hernández Hernández¹, Dr. Javier Hernández Santana¹

¹Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

INTRODUCCIÓN

La gota es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el depósito de cristales de urato monosódico. Hasta un 30% de los pacientes que presentan gota de mal control desarrollan tofos gotosos. Sin embargo, la ulceración de los mismos es infrecuente.

CASO CLÍNICO

Un varón de 70 años con antecedentes de gota tofácea crónica en tratamiento con alopurinol consulta por úlceras dolorosas en miembros inferiores de meses de evolución, con extrusión de material blanquecino duro. El estudio histológico de las úlceras mostró granulomas en empalizada en dermis. El material extruido consistía en una sustancia acelular amorfa, cuyo análisis bioquímico demostró la presencia de urato monosódico. Se inició tratamiento con colchicina y curas semanales, con buena evolución. Se indicó limpieza quirúrgica de las úlceras, sin embargo, el paciente falleció antes de poder llevarse a cabo.

DISCUSIÓN

Las úlceras sobre tofos gotosos son poco frecuentes, por lo que no existen estudios de calidad sobre el manejo de las mismas. Se suelen presentar en el pie, donde fácilmente sufren traumatismos. La presentación en piernas es muy infrecuente. Los pacientes que padecen gota suelen presentar otras comorbilidades como diabetes o enfermedad vascular periférica, que contribuyen a la mala evolución de las úlceras. Para su manejo, es imprescindible disminuir los niveles de ácido úrico en sangre y un buen control de las comorbilidades. Existen limitadas series de casos que recomiendan otros tratamientos, con poco consenso: parches de hidrogel, colágeno heterólogo, ácido cítrico tópico, desbridamiento quirúrgico, cobertura con colgajos o injertos...

CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de un varón con gota tofácea crónica ulcerada en miembros inferiores, un trastorno poco frecuente sobre cuyo tratamiento existe poca evidencia. Las lesiones presentaron buena evolución con curas frecuentes y control médico de la gota, habiendo mejorado, probablemente, también con el desbridamiento quirúrgico de las mismas.



O-011

PROLIFERACIÓN VASCULAR: CUANDO LA PIEL ES LA CLAVE

Dra. Laura Bernal Masferrer¹, Dra. Mariana Claudia Matei¹, Dra. Beatriz Clemente Hernández¹, Dra. Itziar Estrella Muelas Rives¹, Dra. Iranzu Barandika Urrutia¹, Dra. Zita Álvarez Bobillo¹, Dra. María del Carmen Gomez Mateo¹, Dra. Tamara Gracia Cazaña¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes, obesidad mórbida e hidradenitis supurativa que ingresa en nuestro hospital por presentar lesiones abdominales de tres meses de duración, que habían sido tratadas mediante curas con una evolución tórpida.

A la exploración física, presentaba en hemiabdomen izquierdo una placa eritematoviolácea, indurada, de morfología reticular que seguía una distribución serpinginosa a través de la ingle hasta el muslo izquierdo con una zona central ulcerada y abscesificada. Entre las pruebas complementarias realizadas, la biopsia cutánea mostraba una proliferación vascular de patrón intersticial con escasa inflamación acompañada de pericitos, así como necrosis de la grasa subyacente. En el TC se confirmó la presencia de la necrosis del tejido graso y una obstrucción aterotrombótica de la arteria ilíaca común y externa izquierda, siguiendo el mismo trayecto de las lesiones de la paciente. Ante estos hallazgos la paciente fue finalmente diagnosticada de angiomatosis dérmica difusa con necrosis grasa.

DISCUSIÓN

La angiomatosis dérmica difusa es una patología cutánea benigna asociada a enfermedad vascular periférica. Afecta principalmente a mujeres de edad media con factores de riesgo cardiovascular. Su etiología parece estar relacionada con la liberación de factores proangiogénicos y disminución del riego sanguíneo provocado por las placas de ateroma. La localización típica es en la región submamaria, aunque también se han dado casos en otras localizaciones. Su tratamiento depende de la alteración vascular subyacente, existiendo casos de resolución tras la revascularización, aunque la isotretinoína y los corticoides pueden ser de utilidad al disminuir los factores pro-angiogénicos. Presentamos este caso en el que la doble asociación de angiomatosis dérmica difusa y necrosis grasa ha sido muy poco reportada, con menos de una decena de casos, sin embargo es importante reconocer esta patología que puede estar infradiagnosticada y en la que puede subyacer una alteración vascular.



O-012

UN RETO DIAGNÓSTICO: LESIONES HIPERQUERATÓICAS PALMOPLANTARES MÚLTIPLES

Dr. Iván Blay Simón¹, Dra. Andrea Estébanez Corrales¹, Dr. Álvaro Aguado Vázquez¹, Dra. Cecilia Alonso Díez¹, Dra. Pilar Villodre Lozano¹, Dr. Francisco Javier Melgosa Ramos², Dra. Almudena Mateu Puchades¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset, València (Valencia), Spain, ²Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Játiva), Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 44 años que acude a consultas de Dermatología por lesiones palmoplantares invalidantes de 9 años de evolución. A la exploración, presenta lesiones hiperqueratósicas de aspecto verruciforme, confluentes en placas con predilección por las áreas de presión. No patrón transgradiens ni pseudoainhum. Niega lesiones similares en su familia.

Nos planteamos un amplio diagnóstico diferencial, incluyendo verrugas múltiples asociadas a inmunodeficiencia, toxicidad por Arsénico (trabajador del campo), epidermodisplasia verruciforme, síndrome de Bazex y queratodermias palmoplantares.

La serología VIH resulta negativa, las subpoblaciones linfocitarias, proteinograma y niveles urinarios de arsénico son normales. Se realiza un body-TAC en busca de neoplasias ocultas, sin hallazgos relevantes. La biopsia cutánea revela papilomatosis, acantosis e hiperqueratosis sin cambios citopáticos, con PCR para VPH (incluyendo serotipos 5 y 8) negativa. Finalmente, se realiza estudio genético con el hallazgo de una mutación heterocigota en el gen AAGAB, responsable de la queratodermia palmoplantar punteada tipo 1.

DISCUSIÓN

La queratodermia palmoplantar punteada tipo 1 o de Buschke-Fisher-Brauer es una genodermatosis autosómica dominante cuya patogenia se explica por la mutación en el gen AAGAB, que condiciona un menor reciclaje principalmente del EGFR, entre otras proteínas tirosina cinasas receptoras, incrementando de esta forma la proliferación epidérmica debido a una mayor supervivencia de la molécula. Este hecho presenta una importancia creciente, ya que los fármacos inhibidores del EGFR constituyen una alternativa posible en el manejo de este trastorno, estando indicados en casos resistentes a la terapéutica convencional (queratolíticos, desbridamiento mecánico y retinoides tópicos u orales, principalmente).

CONCLUSIONES

Presentamos una genodermatosis infrecuente con una presentación clínica atípica, recalcando el amplio diagnóstico diferencial a realizar ante lesiones hiperqueratósicas palmoplantares que, a pesar de debutar en la edad adulta, pueden ser de carácter hereditario.



O-013

DIAGNÓSTICO DE GENODERMATOSIS EN LA EDAD ADULTA: LA CLAVE ESTÁ EN LA PIEL

Dra. Amaia Barrutia Etxebarria¹, Dra. Rosa María Escribano De la Torre, Dra. Aída Menéndez Parrón, Dra. Jone Lopez Martinez, Dra. Izaskun Trebol Urra, Dr. Antonio Manuel Cordovilla Moreno, Dra. Zuriñe Martinez de Lagrán Álvarez de Arcaya, Dr. Ricardo González Pérez

¹Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, Spain

INTRODUCCIÓN

Las genodermatosis son enfermedades de causa genética con expresión clínica en la piel y que frecuentemente se asocian a manifestaciones en otros órganos. A continuación, exponemos dos casos de genodermatosis diagnosticados a través de manifestaciones cutáneas en la edad adulta.

CASO CLÍNICO 1

Presentamos el caso de un varón de 43 años que acudió a nuestras consultas por una lesión de reciente aparición. Observamos un nódulo rosado de 1 cm de diámetro y realizamos exéresis de la lesión con resultado anatomopatológico de colagenoma estoriforme. El paciente presentaba múltiples antecedentes familiares de neoplasias, por lo que se realizó estudio molecular del gen PTEN con resultado positivo, realizándose el diagnóstico de Síndrome de Cowden.

CASO CLÍNICO 2

Presentamos el caso de una mujer gestante de 34 años que consultó por una lesión de rápido crecimiento y sangrado frecuente en región paranasal derecha. A la exploración, observamos un nódulo eritematoso de 2 cm diámetro. El resultado anatomopatológico mostró un carcinoma sebáceo. Se realizó estudio genético con resultado MSH2 positivo compatible con Síndrome de Lynch, variante fenotípica Muir Torre.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El diagnóstico de las genodermatosis se realiza con frecuencia en la infancia, pero en algunos casos las manifestaciones cutáneas pueden aparecer en la edad adulta. En el caso del Síndrome de Cowden o el Síndrome de Muir Torre, las manifestaciones cutáneas pueden ser el primer hallazgo.

El diagnóstico precoz de las manifestaciones cutáneas resulta muy importante no solo para el inicio del tratamiento adecuado sino también para la detección precoz de otras enfermedades frecuentemente asociadas.



O-014

DENSIDAD DE BRESLOW COMO FACTOR PRONÓSTICO EN MELANOMA, ¿ALGO QUE APORTAR?

Dra. Laura Taboada Paz, Dra. Olalla Figueroa Silva, Dra. Vanesa Balboa Barreiro, Dra. María Dolores Sánchez-Aguilar Rojas, Dr. Pedro Gil Pallares, Dra. Elena Vicente Basanta, Dra. Silvia Ojea Varona, Dr. Adrián Santiago López Caamaño, Dr. José Manuel Suárez Peñaranda

¹Complejo Hospitalario Universitario De Ferrol, Ferrol, Spain

El índice de Breslow (IB) es considerado el factor pronóstico más importante en pacientes con melanoma cutáneo invasor y es además la base del sistema de estadificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC). Pero hay otros parámetros clínicos e histopatológicos que también influyen en el pronóstico del melanoma.

Respecto a los parámetros histológicos se han sugerido que otros índices como el área tumoral calculada, el volumen tumoral o la densidad de Breslow (DB) podrían ser relevantes. Concretamente, el concepto de DB se define como el porcentaje de dermis ocupado por células invasivas de melanoma el fundamento de este enfoque es intentar mejorar la estimación del pronóstico en casos de melanomas con el mismo IB.

Se presenta un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 106 pacientes del área sanitaria de Santiago de Compostela con melanoma invasor. Se evaluará la validez de la DB como predictor de supervivencia en este grupo de pacientes. Se evaluará la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad, la supervivencia específica del melanoma y la supervivencia libre de metástasis.

Los resultados obtenidos apoyan que la DB es un marcador morfológico útil y fácilmente reproducible con valor pronóstico en la estimación de la supervivencia de pacientes con melanoma



O-015

ENTRE NEVUS Y MELANOMAS: NUEVOS CONCEPTOS EN LESIONES MELANOCÍTICAS

Sr. Ismael Valladares Millan¹, Sra. Inés Fernández Canedo¹, Sra. Pilar Gutiérrez Hernández², Dr. Rafael Fúnez Liébana², Dra. Magdalena De Troya Martín¹

¹Hospital Costa Del Sol - Servicio de Dermatología, Marbella, Spain, ²Hospital Costa Del Sol - Servicio de Anatomía Patológica, Marbella, Spain

INTRODUCCIÓN.

La incorporación de técnicas genéticas en la evaluación de lesiones melanocíticas complejas ha revolucionado su diagnóstico y caracterización. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha introducido en su clasificación de tumores cutáneos melanocíticos nuevas entidades con un potencial intermedio de malignidad (melanocitomas) así como nuevas rutas patogénicas moleculares de melanoma en base a las mutaciones genéticas que presentan y a su relación con la exposición solar.

CASOS CLÍNICOS.

Describimos los casos de 2 pacientes cuyo diagnóstico ilustra el nuevo espectro de lesiones melanocíticas con etapas intermedias en la ruta de transformación maligna de los nevos hacia melanoma. Se trata de dos mujeres, una de 48 años con diagnóstico de melanoma sobre nevus azul en la nalga derecha que presentó metástasis ganglionares regionales en la ingle derecha (mutación de pérdida de función en BAP-1) y una segunda de 47 años con un melanocitoma pigmentado epitelióide en la misma localización (mutación patogénica p.Gln209Leu en GNAQ).

DISCUSIÓN.

Las lesiones melanocíticas complejas representan un auténtico desafío diagnóstico y muestran un panorama complejo y dinámico. La correlación de hallazgos genéticos e histopatológicos está contribuyendo a caracterizarlos de forma más precisa, redefiniendo conceptos que hasta ahora se consideraban bien establecidos.

Los melanocitomas son tumores melanocíticos que ocupan una posición intermedia (e independiente) entre nevus y melanoma. La OMS los divide en dos grupos de riesgo de progresión a este último: grado bajo/intermedio (como el melanocitoma azul, que sigue la ruta patogénica I) y grado intermedio/alto (como el melanocitoma epitelióide pigmentado, que sigue la ruta patogénica VIII). Se diferencian molecularmente de los nevos por portar mutaciones genéticas bien conocidas como drivers de malignización y del melanoma por su incapacidad de diseminación sistémica, si bien pueden extenderse a ganglios linfáticos regionales.



O-016

LESIONES CUTÁNEAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES BLÁSTICAS

Dra. Jimena Carrero Martín¹, Dr. Sebastián Reyes García¹, Dr. Álvaro Núñez Domínguez¹, Dra. Marta López Pando¹, Dr. Borja Gómez Vila¹, Dra. Blanca Vivanco Allende¹, Dra. Sheila Requena López¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Spain

INTRODUCCIÓN

La neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (NCDPB) es una neoplasia hematológica poco frecuente y agresiva. Se manifiesta generalmente con lesiones cutáneas (aproximadamente un 50%), siendo más frecuente en varones mayores de 60 años (1). El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es el único tratamiento potencialmente curativo, pero solo una minoría de pacientes son candidatos (2).

CASO CLÍNICO

Presentamos dos casos clínicos, una mujer de 80 años y un varón de 75, remitidos a dermatología por lesiones cutáneas asintomáticas de 1 y 2 meses de evolución, respectivamente. A la exploración presentaban múltiples placas eritemato-violáceas, induradas, de predominio en tronco. La biopsia cutánea de ambos evidenció un infiltrado de células linfoides monomorfas de mediano tamaño y morfología blastoide que infiltraba hasta el tejido celular subcutáneo. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para BCL2, CD4, CD56 y CD123. El aspirado de médula ósea de ambos mostró hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos idénticos a los observados en la muestra cutánea. Teniendo en cuenta la clínica, histología e inmunohistoquímica, se estableció el diagnóstico de NCDPB.

DISCUSIÓN

La NCDPB se presenta como pápulas, placas o nódulos eritemato-violáceos, solitarios o múltiples, no dolorosos a la palpación. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado dérmico de células mononucleares atípicas de mediano tamaño. Su diagnóstico depende de la identificación del inmunofenotipo CD4, CD56 y CD123 positivos.

Presentamos dos pacientes con una NCDPB, cuyo diagnóstico puede ser complejo y que carece de tratamiento estandarizado debido a su baja incidencia y a la falta de estudios prospectivos. A pesar de que el TPH es el único tratamiento potencialmente curativo, nuestros pacientes no fueron candidatos al mismo y recibieron tratamiento con quimioterapia. El paciente varón falleció tras recibir el tercer ciclo por insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía bacteriana y la mujer continúa a tratamiento.



O-017

COMPARATIVA ENTRE DERIVACIÓN PRESENCIAL Y POR TELECONSULTA DE MELANOMA ENTRE LOS AÑOS 2018-2022 EN EL HGUCR

Sr. Omar Al-wattar Ceballos¹, Sra. Gema Martín Serrano², Sra. Laura Martínez Montalvo¹, Sra. Marina Montero García¹, Sra. Mónica Gómez Manzanares¹, Sra. María del Prado Sánchez Caminero¹, Sr. Marcos Carmona Rodríguez¹, Dr. Guillermo Romero Aguilera¹

¹Hospital General Universitario De Ciudad Real, Ciudad Real, Spain, ²Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla La Mancha, Ciudad Real, Spain

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL ANALÍTICO

OBJETIVO/S.

Describir si la herramienta DERCAM disminuye el tiempo de diagnóstico (TDi) y de tratamiento (TT) del melanoma en el área sanitaria de Ciudad Real. De forma secundaria se analiza el impacto por el retraso en el diagnóstico y/o tratamiento en las principales variables pronósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Pacientes del Área de Salud correspondiente al HGUCR derivados por su médico de atención primaria (MAP) con diagnóstico incidente por parte del dermatólogo de melanoma entre 1 de enero de 2018 hasta 31 de diciembre de 2022.

INTRODUCCIÓN

La teledermatología (TDA) permite evaluar a pacientes a distancia mediante imágenes y datos clínicos, mejorando la accesibilidad con ahorro de tiempo y costes. Presentamos un estudio observacional retrospectivo que compara la derivación entre DERCAM vs presencial de pacientes con melanoma.

RESULTADOS

El tiempo de espera (TE) fue menor con derivación por DERCAM (2,5 días frente a 40,5 días por derivación convencional). El TDi medio fue más rápido con DERCAM (23,2 días frente a 51,9 días). También el TT medio fue menor con DERCAM (27,8 días frente a 73,7 días). No se hallaron diferencias significativas en el breslow, estadio, tipo, localización y mortalidad del melanoma. No hubo diferencias en el índice de derivación.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados concuerdan con los descritos en la literatura, con un menor TE, TDi y TT a favor de TDA. Otros estudios muestran que nuestra tendencia en menor Breslow y estadio aunque no significativa, probablemente por tamaño muestral, es real, con diferencias significativas en dichos estudios.

CONCLUSIONES

DERCAM ha demostrado reducir la espera para melanoma, permitiendo un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz, sin mayores errores diagnósticos. Se requieren más estudio para evidenciar su impacto en los factores pronósticos.



O-018

FENÓMENO ISOTÓPICO DE WOLF: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

Dr. Elías Alejandro Albarrán Coria¹, Dra. Yaiza Rey Fanjul², Dra. Teresa González de las Heras¹, Dra. Beatriz Vázquez Losada¹, Dra. Valia Patricia Beteta Gorriti¹, Dra. Susana Mallo García¹, Dra. Lucia Palacio Aller¹

¹Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Spain

El fenómeno isotópico de Wolf se define como la aparición de una dermatosis en el mismo sitio en el que hubo otra distinta, no relacionada y que previamente se ha curado o ha dejado secuelas mínimas. Se trata de una entidad poco frecuente, aunque posiblemente infradiagnosticada, habiendo sido reportados alrededor de 200 casos. La dermatosis inicial más frecuentemente reportada es el herpes zóster y, las subsecuentes, las reacciones granulomatosas. A pesar de las numerosas teorías que se han postulado, la fisiopatología sigue siendo poco clara. La hipótesis de neurodesestabilización inmune es una de las más aceptadas; la cual propone que la reactivación herpética causa daños en las fibras nerviosas A δ y C de la dermis media e inferior, lo que conlleva la liberación anómala de diversos neuropéptidos que provocarían desregulación inmune y vascular local, creando un área cutánea vulnerable a procesos infecciosos, inflamatorios y neoplásicos.

Describimos dos casos de fenómeno isotópico de Wolf; el primero, una mujer de 57 años con pápulas eritemato-violáceas histológicamente compatibles con dermatitis granulomatosa intersticial en el miembro superior derecho sobre cicatrices de herpes zóster; y el segundo, una mujer de 44 años con una placa eritemato-amarillenta con telangiectasias compatible histológicamente con necrobiosis lipoídica en el miembro inferior izquierdo sobre una zona de morfea resuelta.

La granulomatosis intersticial sobre cicatrices de herpes zóster es un fenómeno ampliamente descrito. No obstante, la necrobiosis lipoídica sobre cicatrices previas es un hallazgo infrecuente. Hasta la fecha, han sido reportados únicamente 6 casos en la literatura, y, ninguno sobre una zona de morfea previa. El diagnóstico correcto de esta entidad se basa en una historia clínica adecuada para reconocer la dermatosis inicial así como en una biopsia para obtener confirmación histológica de la dermatosis subsecuente, destacando dentro del diagnóstico diferencial, distintas dermatosis inflamatorias, infecciosas e, incluso, procesos neoplásicos.



O-019

COCAÍNA Y PIEL: LESIONES DE AMPLIO ESPECTRO A TRAVÉS DE UN CASO ATÍPICO

Dr. Manuel Pascual Ares¹, Dra. Izaskun Ocerin Guerra¹, Dr. Juan Antonio Ratón Nieto¹, Dra. Verónica Velasco Benito², Dra. Adriana Soto Peleteiro³, Dra. Nerea Agesta Sánchez¹

¹Servicio Dermatología Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España, ²Servicio Anatomía Patológica Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España, ³Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un varón de 31 años que acude a la urgencia por una lesión ulcerada de bordes mamelonados en el filtrum nasal de 2 meses de evolución. Dos años antes presentó una lesión similar con buena respuesta a corticoides orales y el paciente había reconocido consumo previo de cocaína. En la analítica, se mostró positividad para p-ANCA y en la biopsia se encontró material leucocitario con eosinófilos con cultivo del tejido negativo.

Tras revisar los antecedentes, se realizó una anamnesis dirigida donde el paciente reconoció nuevamente consumo de la droga. Se decidió pautar pulsos de metilprednisolona y, posteriormente, continuar con prednisona oral a dosis bajas en pauta descendente. Se solicitó una nueva analítica en donde se apreció un viraje serológico con positividad en esta ocasión para c-ANCA y negatividad para p-ANCA. La nueva biopsia mostró un infiltrado inflamatorio con predominio de células plasmáticas, linfocitos, neutrófilos e histiocitos. En posteriores revisiones, el paciente experimentó importante mejoría tras los pulsos, pero sin curación completa de la lesión ya que reconocía no haber cesado el consumo de cocaína.

DISCUSIÓN

La cocaína se trata de una droga recreativa estimulante que, en nuestro medio, se consume más frecuentemente por vía nasal y se asocia con diferentes alteraciones mucocutáneas como vasculitis, pioderma gangrenoso, mucositis de células plasmáticas,... entre otras. Además, durante las últimas décadas, se estima que entre el 50-80% de la cocaína se encuentra adulterada con levamisol, un antihelmíntico clásico que se ha relacionado con neutropenia y vasculopatía isquémica con púrpura necrotizante y ulceración.

CONCLUSIONES

Se presenta una revisión de las distintas alteraciones mucocutáneas que puede provocar el consumo de cocaína a través de un caso clínico inusual.



O-020

INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS EN DERMATOLOGÍA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON 384 PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Sr. Fernando Navarro Blanco, Sr. Miguel Mansilla Polo, Sr. Daniel Martín Torregrosa, Dr. Rafael Botella Estrada

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, Spain, ²Universidad de Valencia, Valencia, Spain

Las interconsultas dermatológicas hospitalarias son frecuentes y pueden influir en el pronóstico final de los pacientes. El objetivo de este estudio es presentar una serie de interconsultas dermatológicas en un hospital de tercer nivel. Se recogieron retrospectivamente un total de 384 pacientes entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022. Los resultados reflejan que las afecciones inflamatorias y las erupciones farmacológicas son las patologías más comunes entre los pacientes hospitalizados. Un porcentaje importante de pacientes requiere pruebas complementarias y tratamientos tópicos o sistémicos. La mayoría de los pacientes presentan afecciones leves, sin embargo, un porcentaje considerable presenta condiciones que pueden poner en peligro la vida de los pacientes durante su hospitalización o su pronóstico posterior. Los hallazgos de este estudio subrayan la importancia de la dermatología en el manejo hospitalario de los pacientes ingresados en otros servicios.



O-021

RETO TERAPÉUTICO EN LA PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA -A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Dr. Guillermo Pérez Limousin¹, Dra. Núria Gonzalvo Bassets¹, Dr. José Manuel Carrascosa Carrillo¹, Dra. Elena Del Alcázar Viladomiu¹, Dr. Eugeni Prat Colilles¹

¹Hospital Universitari Germans Trias I Pujol, Badalona, Spain

INTRODUCCIÓN

La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una enfermedad inflamatoria crónica infrecuente caracterizada por la presencia de múltiples pústulas estériles primarias con o sin clínica sistémica con curso potencialmente letal. En 2017 la European Rare and Severe Psoriasis Expert Network (ERASPEN) considera la PPG como una entidad diferente de la psoriasis vulgar (PV) y establece sus propios criterios diagnósticos.

El manejo terapéutico ha comprendido el uso de inmunosupresores clásicos y más recientemente fármacos biológicos como anti-TNF, anti IL-17 y anti IL-23 sin claro consenso en su elección. Spesolimab es el primer tratamiento contra un mecanismo específico de la PPG. Se trata de una nueva terapia dirigida contra la IL-36, vía de señalización involucrada en esta entidad. Presentamos la experiencia de uso de spesolimab en dos casos con PPG.

CASO 1.

Varón de 66 años diagnosticado de PV desde 1992, en tratamiento tópico. Debuta hace un año con PPG sin clínica sistémica (BSA 56%, GPPPGA=3; GPPPASi=28.7, DLQI=20), recibe dos dosis de spesolimab. Posteriormente, con muy buen control (BSA 2%, GPPPGA=0.3; GPPPASi=0.7, DLQI=8).

CASO 2.

Mujer de 60 años con diagnóstico de PV en 2016 y PPG en 2019. Hace un mes, presenta brote severo de PPG con síndrome febril (BSA 63%, GPPPGA=3; GPPPASi=29.6, DLQI=18) por lo que se administran dos dosis de spesolimab. Al final del tratamiento, la paciente muestra mejoría (BSA 66%, GPPPGA=2; GPPPASi=8, DLQI=12) con desaparición de pústulas pero persistencia de algunas lesiones. Se decide inicio de ixekizumab.

CONCLUSIÓN

El papel de spesolimab como inhibidor de IL-36, clave en el mecanismo inflamatorio de la PPG, se posiciona como una de las principales opciones terapéuticas en el tratamiento de esta entidad.

BSA: Body Surface Area; GPPPGA: Generalized Pustular Psoriasis Physician Global Assessment; GPPPASi: Generalized Pustular Psoriasis Area Severity Index; DLQI: Dermatology Life Quality Index



O-022

“FALSE FRIENDS” EN DERMATOLOGÍA

Sra. Gloria De La Vega Calvo Moreno¹, Sra. Irene López Riquelme¹, Sr. Eduardo López Vera¹, Sra. Ana Serrano Ordóñez¹, Sr. Leandro Martínez Pilar¹, Sr. Daniel Jesús Godoy Díaz Godoy Díaz¹

¹Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga, España

El diagnóstico diferencial en dermatología, es aquel proceso mediante el cual se proponen potenciales hipótesis o juicios diagnósticos que muestran un cuadro clínico similar, a partir de un conjunto de referencias que envuelven al paciente (edad, sexo, antecedentes personales y familiares), y que conseguiremos llevando a cabo una exhaustiva anamnesis. Además, podremos apoyarnos en la exploración física, la dermatoscopia y diversos exámenes complementarios como pruebas de imagen, análisis de sangre o estudios histológicos. En definitiva, se asemeja a montar las piezas de un rompecabezas del que no tenemos la imagen final.

Presentaremos, por grupos de enfermedades dermatológicas, algunos de los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en cada uno de ellos, exponiendo los indicios clínicos y/o analíticos que nos darán la pista en dichos supuestos. Igualmente, aportaremos casos reales advertidos en nuestras consultas, cuyos diagnósticos de sospecha iniciales fueron descartados, abriendo paso a un amplio abanico de escenarios clínicos posibles.

Serán abordados los trastornos ampollosos (pénfigo vegetante aparentando ser una tiña pedis), tumores melanocíticos (hematoma subcórneo fingiendo ser un melanoma acral), lesiones ungueales (melanoma ungueal simulando una onicomicosis por *Aspergillus niger*), anomalías vasculares (miofibromas en contexto de miofibromatosis generalizada disfrazados de hemangiomas), neoplasias (queloide imitando dermatofibrosarcoma protuberans), trastornos de la queratinización (dermatosis neglecta enmascarada como trastorno de la queratinización) o infecciones mucocutáneas (nevus blanco esponjoso haciéndose pasar por una candidiasis oral), entre otros.

Con este trabajo, queremos poner de manifiesto el valioso y complejo proceso efectuado hasta alcanzar un diagnóstico de certeza y la importancia de no solo enfocarnos en confirmar el diagnóstico más probable, sino en excluir además aquellos posibles.



O-023

TRATAMIENTO DEL PIODERMA GANGRENOSO REFRACTARIO CON UPADACITINIB

Dra. Cecilia Alonso Díez¹, Dr. Álvaro Aguado Vázquez¹, Dra. Pilar Villodre Lozano¹, Dr. Iván Blay Simón¹, Dr. Ramón García Ruiz¹, Dra. Almudena Mateu Puchades¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset Valencia, Valencia, Spain

INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis inflamatoria infrecuente para la cual no existen guías de manejo estandarizadas, y su tratamiento puede constituir todo un reto terapéutico. Presentamos dos casos diagnosticados en nuestro servicio, refractarios a tratamientos habituales, en los que ha sido efectiva la terapia anti-JAK con upadacitinib.

CASOS CLÍNICOS

El primer caso se trata de un varón que fue diagnosticado de PG a los 31 años, asociado al consumo de cocaína. El segundo caso, es una mujer diagnosticada a los 55 años, también asociado al consumo de cocaína y a una artritis reumatoide. Ambos han llevado múltiples líneas de tratamiento, consistentes en corticoterapia tópica, infiltrada y oral, doxiciclina, inmunosupresores clásicos (azatioprina, ciclosporina, metotrexato) y anti-TNF (adalimumab, infliximab, certolizumab, golimumab), que no han conseguido el control de la patología. Ambos comenzaron en noviembre de 2022 con upadacitinib 30mg con una rápida y muy buena respuesta clínica, persistiendo a día de hoy una reepitelización completa o casi completa.

DISCUSIÓN

No existen prácticamente ensayos clínicos en relación con el tratamiento del PG, por lo que los datos de los que disponemos provienen de casos clínicos, series de casos y estudios retrospectivos. Muchas veces el manejo está basado en el uso fuera de indicación de inmunosupresores clásicos y biológicos. Estudios recientes han demostrado que la vía JAK-STAT está involucrada en su patogenia, y ha ido creciendo la evidencia de que la inhibición de esta vía puede ser útil para el tratamiento del PG refractario, publicándose múltiples casos con buena respuesta a inhibidores de JAK, sobre todo a tofacitinib. En nuestra experiencia, upadacitinib parece ser una alternativa terapéutica prometedora para el tratamiento del PG, al igual que lo es tofacitinib, pero podría tener un mejor perfil de seguridad.



O-024

RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DEL PABELLÓN AURICULAR: “MUCHO MÁS QUE LA RESECCIÓN EN CUÑA”

Dra. Silvia Ojea Varona¹, Dr. Adrián Santiago López Caamaño¹, Dra. Laura Taboada Paz¹, Dra. Elena Vicente Basanta¹, Dra. Romina Rodríguez Lojo¹, Dra. María Mercedes Otero Rivas¹, Dra. Teresa Usero Bárcena², Dr. Pedro Gil Pallares³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF) - Servicio de Dermatología, Ferrol, España, ²Hospital Universitario de Lucus Augusti (HULA)- Servicio de Dermatología, Lugo, España ³Hospital Universitario Miguel Servet- Servicio de Dermatología, Zaragoza, España

ANTECEDENTES:

El pabellón auricular es un apéndice cubierto de piel cuya localización anatómica y prominencias hacen que esté expuesto a la radiación ultravioleta. Además de ser asiento frecuente para tumores epiteliales como el carcinoma basocelular (CBC) y espinocelular (CEC), estos pueden tener un comportamiento más agresivo en esta localización.

Su reconstrucción quirúrgica puede ser compleja debido a su fina capa de tejido celular subcutáneo; las escasas zonas dadoras de piel y al sistema de convexidades y concavidades cartilaginosas que lo conforman.

OBJETIVO:

Repaso anatómico y revisión de las técnicas anestésicas y reconstructivas más representativas según el tamaño del defecto, localización, morfología auricular y piel adyacente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Serie de 11 casos quirúrgicos clasificados en 4 áreas topográficas de reconstrucción auricular: polo superior, tercio medio, polo inferior y cara posterior. Todos los casos se acompañan de iconografía de seguimiento.

RESULTADOS:

Los tres casos de polo superior incluyen: reconstrucción Antia-Buch; resección en cuña con desinserción de hélix y un colgajo de transposición tunelizado desde región retroauricular.

En el tercio medio auricular se incluyen: curación natural, colgajo en “puerta giratoria” y dos colgajos de transposición

En el polo inferior auricular presentamos dos casos: un cierre directo y un colgajo tunelizado desde región preauricular

En cara posterior de pabellón auricular incluimos: un colgajo bilobulado y un colgajo de avance A-T.

CONCLUSIONES:

La reconstrucción quirúrgica del pabellón auricular está condicionada por una elevada frecuencia tumoral, su morfología singular y una variable complejidad técnica. Aunque el cierre en cuña y la curación natural, continúan siendo de elección, la reconstrucción mediante colgajos permite una excelente relación coste-complejidad. Entre sus principales ventajas están: preservar forma, tamaño y simetría aportando piel de igual color y textura al defecto generado. El objetivo final de todo colgajo auricular es la resección completa tumoral preservando funcionalidad y estética.



O-025

BLEOMICINA ESCARIFICADA COMO TRATAMIENTO PARA VERRUGAS VÍRICAS RECALCITRANTES

Dra. Ana Serrano Ordóñez¹, Dr. Silvestre Martínez García, Dr. Alejandro Ruiz Nogales, Dra. Gloria de la Vega Calvo Moreno, Dr. Leandro Martínez Pilar, Dr. Daniel Jesús Godoy Díaz

¹Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga, Spain

Las verrugas vulgares son lesiones cutáneas benignas causadas por el virus del papiloma humano (VPH), con una prevalencia global de hasta un 10%. Se han descrito múltiples opciones de tratamiento con respuestas muy variables, por lo que se trata un motivo de consulta frecuente y que puede suponer un reto terapéutico.

La bleomicina se ha utilizado como tratamiento de verrugas víricas, habitualmente de forma intralesional, cuyo efecto adverso más frecuente es el dolor en la zona de punción. Sin embargo, se han descrito otras técnicas de aplicación de bleomicina tópica menos dolorosas y con similar o mayor eficacia.

OBJETIVOS

Con este trabajo, aportamos una serie de 19 pacientes con verrugas víricas recalcitrantes que han recibido tratamiento con bleomicina escarificada. También describimos el procedimiento de aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron a 19 pacientes tratados en el Hospital Regional Universitario de Málaga, que presentaban verrugas víricas de más de 6 meses de evolución sin respuesta a tratamientos previos. Se cuantificó el dolor asociado a la aplicación mediante la escala numérico-verbal (ENV) y se evaluó la efectividad del tratamiento según respuestas completas, parciales, o ausencia de respuesta.

RESULTADOS

De los 19 pacientes, 16 consiguieron una respuesta completa, con una mediana de aplicaciones de 2 (1-4). El tratamiento fue bien tolerado y no se describieron efectos adversos graves asociados. Del total, 16 pacientes (84.2%) presentaron respuesta completa, 2 parcial, y 1 ausencia de respuesta.

CONCLUSIONES

El tratamiento con bleomicina escarificada es un método efectivo, poco doloroso, seguro y sencillo para el tratamiento de verrugas víricas. En nuestra serie, se consiguieron respuestas completas en la mayoría de los pacientes, con buena tolerancia y sin objetivarse ningún efecto adverso grave. Por tanto, estos datos apoyan el uso de bleomicina en escarificación para el tratamiento de verrugas víricas.



O-026

MÚLTIPLES HALO NEVUS Y REGRESIÓN DE LESIONES PIGMENTADAS TRAS EL TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB Y SACITUZUMAB

Sr. Carlos Fabian Figueroa Martin¹, Sr. Luis Felipe Godoy Villalón¹, Sra. Andrea San José Rodríguez¹, Sr. Pablo Almeida Martin¹, Sr. Enric Piqué Durán², Sr. Francisco Granados Pacheco³, Sra. Zaida Hernández Hernández¹, Sr. Javier Hernández Santana¹

¹Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Servicio de Dermatología, Las Palmas de Gran Canaria, Spain,

²Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa, Servicio de Dermatología, Arrecife, Spain, ³Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Servicio de Anatomía Patológica, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

INTRODUCCIÓN

La inmunoterapia ha supuesto un cambio de paradigma en el tratamiento del melanoma y el cáncer de mama.

CASO CLÍNICO 1

Un varón de 37 años, sin antecedentes de interés, pero con antecedentes familiares de melanoma y cáncer de páncreas, consultó por dos lesiones en la espalda, de 9 meses de evolución. En la exploración física presentaba dos tumores exofíticos hiperpigmentados, de 0,7x1 cm y 1x1,5 cm de diámetro respectivamente. El examen histopatológico reveló un melanoma de extensión superficial (Breslow: 4 mm, no ulcerado) y un melanoma nodular (Breslow: 15 mm, ulcerado). El estudio de extensión y de la mutación BRAF fue negativo, mientras que el estudio de la mutación CDKN2A fue positivo. La biopsia selectiva del ganglio centinela fue positiva (estadio IIIC-AJCC). Se inició tratamiento con Pembrolizumab, y, a los dos meses, desarrolló múltiples halo nevus y regresión de > 50% de los nevus melanocíticos que presentaba.

CASO CLÍNICO 2

Una mujer de 47 años con antecedentes de asma, vitíligo y cáncer de mama (estadio IV), inició tratamiento con Sacituzumab-Govitecan, por progresión de su neoplasia. Al mes del inicio del tratamiento comenzó con múltiples halo nevus y regresión de numerosos nevus melanocíticos previos.

DISCUSIÓN

Los anticuerpos monoclonales se asocian a una plétora de efectos adversos. Los fenómenos de regresión de lesiones pigmentadas, tras el uso de inhibidores de los puntos de control inmunitario, no son frecuentes; y no se han descrito casos asociados a Sacituzumab. La infiltración por el mismo clon de LT CD8+ en la neoplasia y las lesiones de vitíligo-like, así como la presencia de anticuerpos circulantes frente a antígenos compartidos por el tumor y los nevus melanocíticos, sugieren un mecanismo de regresión autoinmune.

CONCLUSIONES

Presentamos dos casos de múltiples halo nevus y regresión tras el tratamiento con Pembrolizumab y Sacituzumab, un efecto secundario poco frecuente.



O-027

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA INDUCIDA POR ABEMACICLIB

Dra. Lucía Aguilar González¹, Dr Ricardo Patricio Roman Cheuque¹, Dra Myriam Viedma Martínez¹, Dra Alicia Jiménez Antón¹, Dr Antonio Durán Romero¹, Dr Rafael Mendoza Albarrán¹, Dr Mario Linares Barrios¹

¹Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cádiz, Spain

Una mujer de 59 años diagnosticada de cáncer de mama estadio IB nos consultó por un rash cutáneo urente rápidamente progresivo en su cara y tronco de 3 días de evolución precedido por fiebre y odinofagia. Inició tratamiento con abemaciclib y letrozol dos semanas antes del inicio del cuadro. Al examen mostró un exantema fotodistribuido con pústulas en su cara, tronco, miembros superiores y erosiones en la mucosa oral. La analítica relevó neutropenia y elevación de PCR. Los anticuerpos antinucleares, antihistonas, anti-Ro y anti-La fueron negativos. Una biopsia evidenció vesículas subepidérmicas constituidas por polimorfonucleares e infiltración de estos a nivel subcorneal y dérmico, sin depósitos de inmunoglobulinas. Ante estos hallazgos, se diagnosticó una probable pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) con 6 puntos en la escala EuroSCAR. Se suspendió abemaciclib e inició tratamiento oral con prednisona 30mg/24h y ciclosporina 100mg/12h. Tras extensión inicial de las lesiones a pliegues y miembros inferiores, evolucionó con descamación hasta su completa desaparición en dos semanas.

Abemaciclib es un inhibidor de quininas dependientes de ciclinas 4 y 6 (CDK 4/6i) aprobado contra el cáncer de mama en 2018. En general es bien tolerado, siendo sus efectos adversos más frecuentes diarrea y neutropenia. Asimismo, se han descrito casos de alopecia, junto a otras reacciones cutáneas infrecuentes como dermatosis ampollosas, vitiligo y lupus eritematoso cutáneo subagudo. Gambichler et al publicó el único caso descrito de PEGA asociado a CDK 4/6i producido por palbociclib. PEGA es una reacción cutánea grave mediada por hipersensibilidad, desencadenada típicamente por fármacos (90%). La retirada del agente causal es fundamental para su tratamiento y pronóstico, habitualmente benigno. Es necesario considerar la PEGA dentro de los posibles efectos adversos de los CDK 4/6i, por lo que documentamos el primer caso de PEGA asociado a abemaciclib.



O-028

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: SERIE DE CASOS Y NUEVAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO SISTÉMICO

Dra. Paula Blázquez Pérez¹, Dra. Elvira Molina Figuera, Dr. Javier Moreno-Manzanaro García-Calvillo, Dra. María Cotarelo Hernández, Dra. Cristina Romera De Blas, Dra. Natalia Aranda Sánchez, Dra. María Victoria Signes-Costa Smith, Dra. Cristina Pérez Hortet

¹Hospital Universitario De Toledo, Toledo, Spain

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO.

OBJETIVOS

Describir las características de la población a estudio. Revisar la literatura referente a la enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) y sus opciones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de las características clínicas, datos relevantes de la enfermedad y tratamiento de los pacientes diagnosticados de EPEM en nuestro servicio desde el año 2011 hasta el 2023. Se llevó a cabo una revisión del tratamiento sistémico disponible para esta entidad.

RESULTADOS

Nuestra serie se compone de ocho pacientes, todas ellas mujeres, de una media de edad de 73 años. La localización más frecuente de la enfermedad fue la vulva y en todos los casos se trataba de una EPEM primaria sin enfermedad a distancia. En la totalidad de los pacientes el tratamiento de la enfermedad fue localizado, destacando el caso de una paciente que por otros procesos oncológicos concomitantes fue tratada con carboplatino-pemetrexed y osimertinib con mejoría de la EPEM. Existen pocos estudios sobre el tratamiento sistémico de la EPEM y tradicionalmente se ha utilizado quimioterapia convencional en caso de enfermedad no resecable o metastásica. Sin embargo, estudios recientes de los mecanismos moleculares implicados en la patogénesis de esta entidad (tumores HER-2 positivo, presencia de receptores hormonales, expresión de PDL-1...) han abierto camino hacia nuevas opciones de terapia sistémica dirigida.

CONCLUSIONES

La EPEM es un adenocarcinoma intraepitelial que afecta a áreas ricas en células apocrinas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, aunque existen distintas opciones terapéuticas cuando la enfermedad se encuentra localizada. Sin embargo, el tratamiento sistémico no está estandarizado y nuevas opciones de terapia dirigida aparecen como una posible alternativa a la quimioterapia convencional tradicionalmente utilizada.



O-029

LA INMUNOSUPRESIÓN SE ASOCIA CON UN MAYOR RIESGO DE METÁSTASIS A DISTANCIA EN EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: UN ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

Dra. Alejandra Ruiz Villanueva¹, Dr. Sergio Rodríguez Conde¹, Dra. Sara Becerril Andrés¹, Dr. Adolfo Alejandro Cabanillas Cabral¹, Dr. Cristian David Cardona Machado², Dr. Javier Martín Vallejo³, Dra. Laura Moralejo², Dr. Javier Cañueto Álvarez^{1,2,4,5}

¹Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, Spain, ²Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer (IBMCC-CIC), Universidad de Salamanca, Salamanca, España, ³Departamento de Estadística, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España, ⁴Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España, ⁵Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es el segundo cáncer de piel más frecuente y aunque las metástasis a distancia (MD) son raras, algunos pacientes las desarrollarán. Existen factores que incrementan este riesgo y es necesario una mejor comprensión de todos ellos.

DISCUSIÓN

La inmunosupresión (IS) es un factor de riesgo y pronóstico en CEC, pero actualmente está excluido de los sistemas de estadificación habituales. Las tasas de supervivencia de los receptores de trasplantes se han incrementado debido a los nuevos regímenes inmunosupresores. Esta población tiene un riesgo mayor de desarrollar CEC que tienden a ser más agresivos y numerosos. Tendrán opciones terapéuticas limitadas cuando aparezcan MD y es necesario identificar marcadores pronósticos para anticipar el riesgo y optimizar su manejo.

Los estudios realizados en este campo han obtenido resultados contradictorios.

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

OBJETIVO

Explorar las MD y el impacto pronóstico de la inmunosupresión en el CEC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluamos una cohorte de 781 pacientes con CEC (563 inmunocompetentes y 218 inmunodeprimidos). Comparamos los CEC entre las dos cohortes. Exploramos la función de incidencia acumulada. Derivamos modelos multivariados para evaluar la independencia de estadio T-BWH, infiltración linfovascular (ILV), sexo e IS.

RESULTADOS

ILV y estadio-T se asociaron con todos los eventos de mal pronóstico. La inmunosupresión se asoció con MD. El sexo no se asoció con peor pronóstico.

CONCLUSIONES

La IS es un factor de riesgo en CEC pero necesita una definición más homogénea dado que diferentes tipos de IS pueden tener diferentes efectos sobre el pronóstico. La IS se asocia de manera independiente con un mayor riesgo de MD. Se podrían considerar las pruebas de imagen más allá de los ganglios linfáticos regionales en pacientes inmunodeprimidos seleccionados. ILV y estadio-T son relevantes para el desarrollo de DM a pesar de haber sido poco estudiados para este resultado.

O-030

ANGIOEDEMA SIN URTICARIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dr. Andrés Grau Echevarría¹, Dra. Carolina Labrandero Hoyos¹, Dr. Rodrigo Peñuelas Leal¹, Dra. Malena Finello¹, Dr. Daniel Blaya Imbernón¹, Dra. Elena Pérez Zafrilla¹, Dr. Ángel González García¹, Dra. Violeta Zaragoza Ninet¹, Dra. Amparo Pérez Ferriols¹, Dra. Altea Esteve Martínez¹

¹Hospital General Universitario De Valencia, Valencia, Spain

CASO CLÍNICO

Una mujer de 4 años presentaba episodios de angioedema desde el año de vida con afectación de miembros y polo cefálico. Precediendo a dichos episodios asociaba lesiones eritematosas anulares y arciformes no evanescentes ni pruriginosas. Asociaba episodios de dolor abdominal intenso y carecía de antecedentes familiares de lesiones similares. Se realizó un estudio analítico completo incluyendo el complemento que mostró un déficit de C1 inhibidor. El estudio genético demostró una mutación en el gen SERPING1.

DISCUSIÓN

El angioedema sin lesiones de urticaria es un cuadro clínico que plantea un importante diagnóstico diferencial. Se puede clasificar, según su patogenia, en histaminérgico o bradikininérgico y, según su etiología, en adquirido o hereditario. El conocimiento de la patogenia del angioedema es fundamental ya que permite orientar el tratamiento de un cuadro potencialmente mortal. Se debe descartar el angioedema hereditario por déficit cualitativo o cuantitativo de C1 inhibidor pero también el debido a otras mutaciones como la del factor XII de la coagulación que presenta características clínicas específicas. Otras causas incluyen el debido a la toma de IECAs o el de causa histaminérgica que puede o no asociar lesiones de urticaria. En nuestra paciente, la presencia de lesiones a tipo eritema marginado precediendo a los episodios de angioedema nos permitió sospechar la causa del cuadro. En algunos casos el conocimiento de esta manifestación cutánea puede permitir el diagnóstico de esta patología años antes del inicio de los episodios de angioedema.

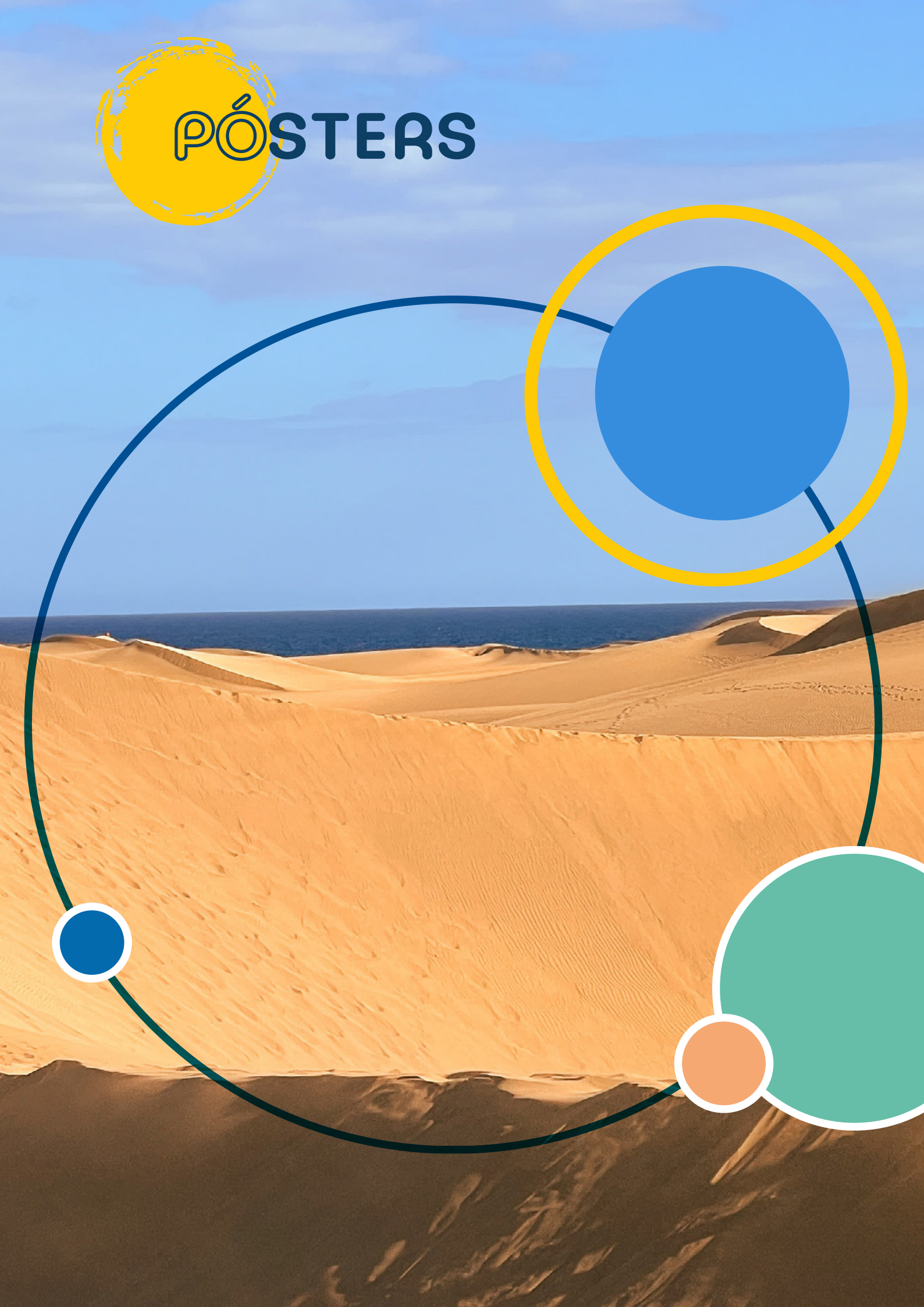
CONCLUSIONES

Presentamos un cuadro de angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor que asociaba lesiones cutáneas específicas de esta patología cuyo conocimiento puede permitir un diagnóstico precoz y un tratamiento orientado de los episodios de angioedema.





PÓSTERS



P-001

RESPUESTA TERAPÉUTICA A ISOTRETINOÍNA EN ENFERMEDAD DE MORBIHAN: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dra. Cristina Albanell Fernández¹, Dr. David Muñoz Castro¹, Dr. Santiago Soto Fuster¹, Dra. Cristina García Gálvez¹, Dra. Ainhoa Fernández Arregui, Dra. Alicia Tormos Esteve¹, Dra. Rosa Ballester Sánchez¹, Dra. Ángeles Revert Fernández¹

¹Hospital Clínico Universitario, Valencia, Spain

TÍTULO

Respuesta terapéutica a isotretinoína en enfermedad de Morbihan: reporte de casos y revisión de la literatura

CASO CLÍNICO

Presentamos 4 casos de pacientes diagnosticados de enfermedad de Morbihan tratados con isotretinoína oral en nuestro centro hospitalario en los últimos 5 años. En los 4 casos presentados el diagnóstico de enfermedad de Morbihan se realizó por exclusión tras realizar un amplio diagnóstico diferencial. Se inició isotretinoína a dosis bajas con respuesta satisfactoria al menos de forma parcial. Los 4 paciente mostraron algún tipo de mejoría, con remisión completa en 3 de ellos.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Morbihan es una enfermedad cutánea infrecuente, de etiología desconocida, caracterizada por un curso crónico y recurrente de edema y eritema facial de distribución simétrica, principalmente en el tercio medio y superior de la cara. Es considerada por algunos autores como una variante clínica o una complicación del acné rosácea. En su evolución puede llegar a provocar deformidad facial, con grandes consecuencias estéticas y psicológicas para los pacientes. La histología no es específica y el diagnóstico se realiza por exclusión de otros procesos. Es importante realizar un amplio diagnóstico diferencial con el lupus eritematoso, el angioedema, la dermatitis actínica crónica, la dermatitis de contacto, la dermatomiositis o el síndrome de Melkersson-Rosenthal. El tratamiento de esta condición supone un reto terapéutico, ya que presenta un carácter refractario a múltiples terapias



P-002

“ACNÉ” RESISTENTE A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

Dra. María Dolores Benedicto Maldonado¹, Dra. Carmen Pérez Ruiz¹, Dra. Ana Carmona Oliveira¹, Dra Rosa Maria Castillo Muñoz¹, Dr. Eliseo Martínez García¹, Dr. Enrique Herrera Acosta¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen De La Victoria, Malaga, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 30 años que consulta por lesiones faciales a modo de nódulos inflamatorios en región malar y frontal y eritema y algún nódulo en lóbulo de las orejas de meses de evolución. Realizó tratamiento con Doxiciclina sin mejoría.

Ante la sospecha de acné inflamatorio severo facial se decide inicio de Isotretinoína y prednisona oral.

Tras 4 meses de tratamiento no presentó mejoría por lo que se toma una biopsia para descartar una entidad granulomatosa. Los resultados compatibles con lupus miliar diseminado facial (LMDF).

Ante esto se solicitaron niveles de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y ECA previa a inicio de Dapsona. El Mantoux y radiografía de tórax fueron normales.

Tras 4 meses con 100-mg diarios de Dapsona el paciente presentó una mejoría significativa de las lesiones faciales permaneciendo únicamente cicatrices atróficas residuales.

DISCUSIÓN

El LMDF se trata de una dermatosis granulomatosa crónica que aparece con más frecuencia en varones adultos jóvenes, manifestándose clínicamente como pápula-nódulos inflamatorios asintomáticos en región facial periocular con afectación extrafaciales como axilas, cuello y hombros en ocasiones. Esta entidad ha recibido diferentes denominaciones a lo largo del tiempo: acné agminata, tuberculoides micropapulosa, rosácea lupoide y, más recientemente, granulomas faciales idiopáticos con evolución regresiva

El diagnóstico diferencial se realiza con otras entidades granulomatosas como la rosácea, tuberculosis y sarcoidosis y el diagnóstico definitivo lo aporta el estudio histopatológico. Las técnicas de inmunohistoquímica son negativas para microorganismos, Mantoux y PCR para Mycobacterium tuberculosis es negativo y la radiografía de tórax en los casos de LMDF es normal.

En cuanto al tratamiento se ha documentado buena respuesta a Dapsona, aunque el curso de las lesiones puede ser autolimitado.

CONCLUSIONES

Es importante conocer esta entidad para un diagnóstico diferencial adecuado en pacientes con acné refractario a terapias convencionales, y así establecer un plan de actuación precoz evitando las cicatrices residuales.



P-003

EXPERIENCIA CON EL USO DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS

Dr. Marcel Zurita García¹, Dra. Gloria Aparicio Español¹, Dr. Jordi Mollet Sánchez¹, Dra. Cecilia Juarez Dobjanschi¹, Dra. Trinidad Repiso Montero¹, Dr. Domingo Bodet Castillo¹, Dr. Álvaro Gómez Tomás¹, Dr. Vicente García-Patos Briones¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria, pruriginosa y crónica, que sigue un curso recurrente con agudizaciones y remisiones. Se presenta habitualmente en niños, pero también afecta con frecuencia al adulto, con unas particularidades clínicas y de tratamiento. Los fármacos biológicos, y en especial el dupilumab, han revolucionado el manejo de la dermatitis atópica moderada-grave. Sin embargo, se dispone de experiencia principalmente en el tratamiento de adolescentes y adultos jóvenes, siendo su uso en adultos mayores mucho menos frecuente.

OBJETIVO

Describir la experiencia en el uso de dupilumab para la dermatitis atópica en pacientes adultos mayores de 60 años en un hospital de tercer nivel, revisando las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas, además de realizar una revisión bibliográfica de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de una serie de casos de dermatitis atópica del adulto de la cohorte de pacientes en tratamiento con dupilumab del Servicio de Dermatología del Hospital Universitari Vall d'Hebron.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Se incluyen 10 pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de dermatitis atópica en tratamiento con dupilumab, describiendo las características epidemiológicas, clínicas y de tratamiento.

La evidencia actual apunta a que el dupilumab podría ser un tratamiento eficaz y seguro para el tratamiento de la dermatitis atópica en adultos de edad avanzada.



P-004

DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR PROTEÍNAS DE PESCADO EN UN COCINERO CON ECZEMA CRÓNICO DE MANOS

Sr. Ruben Hernandez Quiles¹, Sra. Verónica Sánchez García¹, Sra. Noelia Jara Rico¹, Sra. Marina Senent Valero¹, Sra. Irene Albert Cobo¹, Sra. Nalia Domínguez Lirón¹, Dr. Juan Francisco Silvestre Salvador¹

¹Servicio Dermatología Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 33 años que acude a la consulta de Alergia Cutánea del servicio de Dermatología por lesiones en manos de dos años de evolución que se instauraron de forma simultánea al inicio del trabajo en cocina, con una clara mejoría durante el periodo vacacional. A la exploración física, se objetivaron placas eczematosas crónicas de localización en dorso de manos, cara anterior de muñecas y antebrazos, respetando palmas y pliegues interdigitales. Rehistoriando, las lesiones empeoraban de forma muy característica cuando manipulaba pescado. Ante la sospecha de dermatitis de contacto, realizamos pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC ampliada del 2022 y, además, se solicitó al paciente que aportara muestras para realizar una prueba de prick-prick. La lectura de las pruebas epicutáneas fue negativa tanto a las 48 como a las 96 horas, sin embargo, el prick-prick fue positivo tanto para calamar, como para rodaballo y bacalao.

DISCUSIÓN

La dermatitis de contacto por proteínas (DCP) es una patología en cuyo mecanismo patogénico está implicada una reacción de hipersensibilidad tanto tipo I como tipo IV frente a alérgenos proteicos. Se trata de una entidad poco frecuente muy ligada al entorno laboral, afectando particularmente a los manipuladores de alimentos. La DCP es una enfermedad infradiagnosticada, cuya prevalencia, puede situarse entre el 13.9% y el 22% de esta población. Las proteínas del pescado son un alérgeno habitual, estando implicadas en hasta un tercio de los casos. En resumen, presentamos un caso claramente ocupacional de dermatitis de contacto por proteínas de pescado, que debe estar presente en el diagnóstico diferencial del eczema de manos. De igual forma, la realización tanto de las pruebas epicutáneas como del prick-prick es fundamental para el diagnóstico.



P-005

REACCIÓN INFLAMATORIA RETARDADA A RELLENOS DE ÁCIDO HIALURÓNICO TRAS LA VACUNA DEL COVID-19, TRATADA EXITOSAMENTE CON DOXICICLINA

Sra. María Gamo Guerrero¹, Sra. Ana Simón Gozalbo¹, Sr. Emilio Del Río Pena¹, Sra. Ainhoa Marriartu¹, Sr. Pablo De la Cueva Dobao¹, Sra. Raquel Carrascosa de Lome¹

¹Hospital Infanta Leonor, Madrid, Spain

Varón de 36 años, sin antecedentes médicos de interés, que refería la aparición hace 9 meses de lesiones faciales dolorosas. Como antecedentes destacaban: la vacunación de la primera dosis de Moderna para el Covid-19 una semana previa y la infiltración de ácido hialurónico 3 meses antes de la vacuna. A la exploración física presentaba nódulos eritematoedematosos en región interiliar y mejillas. El paciente rechazó realizarse la biopsia cutánea. El cuadro era compatible con una reacción inflamatoria retardada a rellenos de ácido hialurónico secundario a la vacuna del Covid-19. Se inició tratamiento con lisinopril 5mg/12h durante 2 semanas sin mejoría e hipotensión asociada. Posteriormente, se pautaron varios ciclos de prednisona oral y se descendió la dosis de lisinopril, con mejoría pero recurrencia al suspender. Se recomendó infiltración de hialuronidasa, con mejoría parcial. Ante la ausencia total de respuesta, se asoció al lisinopril doxicilina 100mg/24h, con mejoría completa de las lesiones desde la primera semana.

En los últimos años, se han descrito reacciones inflamatorias retardadas a los rellenos de ácido hialurónico tras la infección o vacuna del Covid-19, presentándose clínicamente como edema, induración y nódulos dolorosos, desde 2-4 semanas hasta un año después del relleno. No existe una línea clara de tratamiento establecida, pero se suele emplear corticoterapia oral e intralesional, IECAs, macrólidos o tetraciclinas y hialuronidasa. El mecanismo implicado se relaciona con el bloqueo por parte del virus de los receptores de la enzima convertidora de angiotensina 2, aumentando los niveles de angiotensina-II, estimulando una reacción inflamatoria mediada por CD8+ y Th1; así como la producción aguda de radicales que influyen en la señalización CD-44 tras una infección o vacunación por el Covid-19.

Presentamos el caso de una reacción inflamatoria retardada a rellenos de ácido hialurónico tras la vacuna del Covid-19 resistente a tratamiento, con excelente respuesta mantenida a doxicilina oral.



P-006

SÍNDROME DE MALFORMACIÓN CAPILAR - MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sr. José Javier Mateos Rico¹, Sra. Marta Gutiérrez Pascual¹, Sra. María Dolores Caro Gutiérrez¹, Sr. Alberto Alegre Bailo¹, Sra. Nelly Marlene Román Mendoza¹, Sra. Cristina Marcos Rodríguez¹, Sra. Lucía Ascanio Armada¹, Sra. Loreto Luna Bastante¹, Sr. Francisco Javier Vicente Martín¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Spain

INTRODUCCIÓN

El síndrome de malformación capilar – malformación arteriovenosa (SMC-MAV) es una rasopatía de herencia autosómica dominante. Cursa con malformaciones capilares atípicas y multifocales que pueden asociar malformaciones vasculares de alto flujo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 2 años sin antecedentes personales de interés. Acudió a consulta por aparición progresiva de máculas eritematosas de aspecto vascular, con halo blanquecino periférico. Se localizaban en tronco y miembros y algunas estaban presentes al nacimiento. Su hermano y su madre mostraban lesiones similares. Su abuelo materno sufrió múltiples accidentes cerebrovasculares a edades tempranas. Con sospecha diagnóstica de SMC-MAV, se solicitó estudio genético a la madre que aún está pendiente.

DISCUSIÓN

El SMC-MAV es un trastorno del desarrollo embriológico vascular asociado a mutaciones en los genes RASA1 (cromosoma 5) y EPBH4 (cromosoma 7). Clínicamente se observan múltiples malformaciones capilares atípicas, con un halo pálido perilesional. Pueden asociar malformaciones arteriovenosas, fístulas y otras malformaciones vasculares. Se distinguen dos subtipos según el gen mutado, con distinto pronóstico. El diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica y se confirma mediante estudio genético. El pronóstico depende de la presencia de malformaciones y fístulas a nivel de sistema nervioso central u otros órganos. Estos pacientes precisan un seguimiento estrecho por el riesgo de desarrollo de clínica extracutánea potencialmente mortal.

CONCLUSIÓN

El SMC-MAV presente malformaciones capilares atípicas que permiten un diagnóstico de sospecha. El manejo y seguimiento temprano evitarían posibles complicaciones futuras.



P-007

VIRUS HERPES HUMANO 6, MÁS ALLÁ DE LA SEXTA ENFERMEDAD

Dra. María del Amparo Sánchez López¹, Dra. Susana Armesto Alonso¹, Dr. Remigio Mazorra Horts², Dra. Cristina Abraira Meriel¹, Dra. Saray Simón Coloret¹, Dra. Inmaculada Bertomeu Genis¹, Dra. Cristina Gómez Fernández¹, Dr. Marcos Antonio González López¹

¹Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Servicio de Dermatología, Santander, Spain, ²Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Servicio de Anatomía Patológica, Santander, Spain

Neonato de 13 días, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a urgencias por aparición súbita de lesiones cutáneas, irritabilidad y fiebre. Presenta máculas eritemato-violáceas confluentes, urticariformes, con morfología anular, bordes regulares y límites bien definidos, la mayoría mayores de 1 cm, distribuidas en extremidades y costados sin afectación facial ni mucosa. Llama la atención la presencia de edema en pies y manos. Seis horas después, algunas lesiones habían desaparecido y otras se habían atenuado.

Los análisis de laboratorio revelaron un resultado positivo para el virus herpes humano 6B (VHH6) en sangre y en líquido cefalorraquídeo (LCR). Se descartó afectación a otros niveles con ecografía, resonancia magnética cerebral, electroencefalograma y fondo de ojo. El paciente recibió tratamiento con ganciclovir. Los anticuerpos antiRO-antiLA resultaron negativos. La biopsia mostraba leve dermatitis intersticial superficial y profunda con ligero edema dérmico y ocasionales eosinófilos sin vasculitis. El diagnóstico definitivo fue urticaria multiforme (UM) secundaria a infección por VHH6.

La UM es una reacción de hipersensibilidad cutánea benigna y autorresolutiva que aparece en niños entre los 4 meses y 4 años de edad. Se caracteriza por la aparición de grandes placas eritematosas anulares y arciformes con piel sana en la zona central o pigmentación violácea. Las lesiones individuales duran menos de 24 horas. Puede presentar tumefacción en cara, manos o pies y con mucha frecuencia se asocia a un proceso febril concomitante. El principal diagnóstico diferencial ha de realizarse con el eritema multiforme, donde la zona central de las lesiones es piel dañada, no cursa con edema y las lesiones individuales duran al menos 7 días, y la enfermedad del suero-like que se acompaña de fiebre muy elevada, mialgias, artralgias y linfadenopatías.

Aportamos un caso de UM con la peculiaridad del aislamiento del VHH6 tanto en sangre como en LCR.



P-008

PITIRIASIS LIQUENOIDE CRÓNICA VARIANTE HIPOPIGMENTADA

Dra. Sonia Romero Romero¹, Dra Maribel Iglesias-Sancho¹, Dra Noelia Pérez Muñoz², Dr. Albert Martín-Poch¹, Dra. Montserrat Salleras-Redonnet¹

¹Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona,, Spain, ²Hospital Universitari General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Spain

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis liquenoide, es una alteración cutánea idiopática infrecuente. Engloba la pitiriasis liquenoide crónica (PLC) y la pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (PLEVA). Su presentación es variable, pueden coexistir ambas entidades y lesiones intermedias. Aproximadamente un 20% de los casos se dan durante la infancia, en forma de PLC. Presentamos el caso de una paciente pediátrica con pitiriasis liquenoide crónica cuya única manifestación fue en forma de máculas hipopigmentadas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años, fototipo IV, sin antecedentes médicos de interés. Consultó por presentar máculas hipopigmentadas de 8 meses de evolución, sin otra clínica acompañante. Tanto ella como sus progenitores negaban que las lesiones hubiesen sido eritematosas previamente, o hubiese presentado pápulas hiperpigmentadas descamativas. En la exploración física, se constataron dos máculas hipopigmentadas de 3 cm de diámetro en espalda y pequeñas máculas hipopigmentadas no superiores a 1 cm de diámetro, distribuidas en extremidades, que presentaban gran contraste al iluminarse con luz de Wood. Se realizó una biopsia punch de la zona hipopigmentada y de la zona sana. La primera fue informada como inflamación liquenoide con incontinencia pigmentaria y número normal de melanocitos, y la segunda no mostró alteraciones. Ambas biopsias, junto con la clínica presentada por la paciente permitieron el diagnóstico de PLC.

DISCUSIÓN

La presentación clásica de la PLC es en forma de pápulas marrón-rojizas escamosas. Sin embargo, hemos encontrado descritos 11 casos de pacientes con fototipo IV o V donde la PLC debutó en forma de máculas hipopigmentadas.

Los últimos estudios histopatológicos de lesiones hipopigmentadas en PLC encuentran signos de actividad en las mismas, en lugar de tratarse únicamente de hipopigmentación residual como se creía. En estos casos debemos realizar el diagnóstico diferencial con la micosis fungoide hipopigmentada, la pitiriasis alba y el vitíligo. La correlación clinicopatológica clave para realizar el diagnóstico.



P-009

LESIÓN CUTÁNEA AUTOINVOLUTIVA EN UN NEONATO PREMATURO

Dr. Brais Chao Maseda¹, Dra Carmen Cánovas Seva¹, Dr Jose Sáez Padilla¹, Dra María López-Pardo Rico¹, Dr Jose Manuel Suárez Peñaranda², Dra Noelia Moreiras Arias¹, Dr Hugo Alberto Vázquez Veiga¹, Dr Manuel Javier Ginarte Val¹

¹Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela Servicio de Dermatología, Santiago de Compostela, España, ²Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela Servicio de Anatomía Patológica, Santiago de Compostela, España

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un neonato de 34+4 semanas, que al nacimiento presenta un tumor cutáneo a nivel dorsal sobrelevado, de bordes eritematosos, lesión central negruzca y lanugo periférico, por lo que se nos hace interconsulta al servicio de Dermatología. Tras una primera valoración, realizamos biopsia que es informada como histiocitosis de células de Langerhans (HCL).

DISCUSIÓN

La HCL neonatal es una entidad poco frecuente. A nivel cutáneo puede presentarse como diversas manifestaciones: pápulas costrosas, pústulas, papulovesículas, nódulos, erosiones y ulceraciones, habitualmente diseminadas, aunque también pueden ser lesiones solitarias. El diagnóstico diferencial incluye varicela neonatal, infección por VHS, candidiasis congénita, sífilis congénita, etc. Presentamos un subtipo de HCL de variedad autoinvolutiva, que requerirá seguimiento por parte de dermatología para evaluar tanto la remisión como la posibilidad de recidivas. El tratamiento varía desde la mera observación, técnicas locales o abordajes sistémicos como la quimioterapia.

OBJETIVOS

Destacamos la importancia del papel de un dermatólogo a la hora de evaluar lesiones cutáneas de recién nacidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de HCL variedad autoinvolutiva.

RESULTADOS

El estudio histológico reveló una extensa zona de ulceración y proliferación de células de tamaño intermedio con núcleos indentados, irregulares, con pequeño nucleólo y amplio citoplasma eosinófilo, entremezclándose con abundantes células linfoides y eosinófilos, así como polimorfonucleares neutrófilos a nivel superficial en relación con la úlcera. En la siguiente revisión la lesión presentó una remisión espontánea.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la presentación inusual de HCL en una neonato prematuro con una lesión cutánea atípica en la región dorsal alta. Subraya la necesidad de considerar HCL en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en neonatos y la importancia de un diagnóstico temprano para un adecuado manejo.



P-010

MELANOCITOSIS DÉRMICA EXTENSA COMO SIGNO CLÍNICO CLAVE DE SOSPECHA DE UN TRASTORNO HEREDITARIO MULTIORGÁNICO

Dra. Rebeca Pérez Blasco¹, Dra. María Rosario González Hermosa¹, Dr. Javier Adolfo De las Heras Montero², Dr. Manuel Pascual Ares¹, Dr. Joseba Ugedo Alzaga¹, Dr. José María Villa González¹, Dra. Belén Navajas Pinedo¹, Dra. Marta Mendieta Eckert¹

¹Hospital Universitario De Cruces. Servicio de Dermatología, Bilbao, Spain, ²Hospital Universitario de Cruces. Servicio de Pediatría, Bilbao, Spain

CASO CLÍNICO

Niña de tres años, primera hija de padres consanguíneos. Como antecedentes personales destacaban infecciones respiratorias de repetición. También había sido adenoamigdalectomizada a los dieciséis meses de edad por síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). A la exploración física llamaba la atención una facies tosca con una frente abombada y un puente nasal deprimido. Presentaba limitación a la extensión de los hombros y un abdomen distendido con una hernia umbilical reductible. A nivel cutáneo se observaron múltiples máculas marrones claras de pequeño tamaño a nivel abdominal y tres máculas marrones azuladas de gran tamaño en la espalda. Con diagnóstico presuntivo de un trastorno hereditario del metabolismo se derivó a la paciente a Neuropediatría, Reumatología, Oftalmología y a Metabolismo Pediátrico. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: serie ósea con hallazgos de craneosinostosis, clavículas y costillas de aspecto tosco, cifosis toracolumbar y coxa valga bilateral. En la ecografía abdominal presentaba una hematomegalia homogénea, en el ecocardiograma una insuficiencia mitral leve y en la resonancia magnética leve prominencia del sistema ventricular. Ante la sospecha diagnóstica de mucopolisacaridosis se solicitan glucosaminoglucanos en orina, los cuales resultan anormalmente elevados y se halla una actividad enzimática de alfa-L-iduronidasa nula en leucocitos. El diagnóstico de Síndrome de Hurler fue confirmado genéticamente. En el momento actual se encuentra con terapia enzimática sustitutiva.

DISCUSIÓN

Las mucopolisacaridosis se engloban dentro de las enfermedades hereditarias de depósito lisosomal caracterizadas por la deficiencia de enzimas específicas implicadas en la degradación de los glucosaminoglucanos (GAG), los cuales se depositan de forma progresiva produciendo alteración en múltiples órganos y sistemas. Aunque las manifestaciones cutáneas pueden resultarnos inespecíficas, la sospecha clínica resulta trascendente para estos pacientes.

CONCLUSIONES

Reconocer las características clínicas de este grupo de patologías infrecuentes resulta crucial para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.



P-011

SÍNDROME MALFORMACIÓN CAPILAR-MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA, SERIE DE AGREGACIÓN FAMILIAR

Dr. Xabier Atxutegi Ayesta¹, Dra. María Rosario Gonzalez-Hermosa¹, Dra. Patricia Andres-Ibarrola¹, Dra. Rebeca Pérez Blasco¹, Dra. Salomé Álvarez Sánchez¹, Dr. José Luis Díaz Ramón¹, Dra. Begoña Udondo González Del Tánago¹

¹Hospital Universitario Cruces, Baracaldo, Spain

CASOS CLÍNICOS

Se presentan tres casos clínicos integrantes de una misma familia. El padre y sus dos hijas.

CASO 1.

Niña de 19 días de edad valorada por máculas eritematosas de predominio en hemicuerpo izquierdo congénitas. Su padre, bisabuela y 4 tíos paternos tenían lesiones cutáneas compatibles, pero sin confirmación genética. Una tía paterna y la hija de ésta tenían el diagnóstico de síndrome malformación capilar-malformación arteriovenosa (MC-MAV) RASA-1.

Ante la sospecha de síndrome MC-MAV, se solicitaron estudios radiológicos (ecografía cerebral, doppler de una MC, angioRM cerebral y espinal) descartando patología asociada. El estudio genético confirmó la mutación RASA-1 presente en el progenitor.

CASO 2.

Lactante, hermana del caso anterior, valorada a los 14 días de edad por una mácula eritematosa en muslo izquierdo desde el nacimiento. Con los antecedentes familiares el estudio genético confirmó la mutación en el gen RASA-1.

En la resonancia cerebral se objetivó "prominencia de surcos de convexidad y ensanchamiento de espacio extraaxial supratentorial bilateral", por lo que sigue también controles en Neuropediatría además de Dermatología.

CASO 3.

Varón de 43 años, padre de las dos pacientes anteriores, con lesiones cutáneas similares, tres de ellas congénitas. Estuvo en seguimiento en Neurología por cefaleas recurrentes descartándose lesiones vasculares mediante arteriografía. Se confirmó también la mutación RASA-1.

DISCUSIÓN

Se describen tres casos de MC-MAV con las lesiones vasculares características de este síndrome, con la mutación genética en RASA-1 y con familiares también afectados. En estos pacientes es importante realizar una historia clínica detallada y una exploración física minuciosa para poder solicitar las exploraciones complementarias.

CONCLUSIONES

Sospechar y diagnosticar precozmente el síndrome MC-MAV es sumamente importante para tratar de prevenir complicaciones potencialmente graves.



P-012

PENFIGOIDE AMPOLLOSO INFANTIL

Dra. Alicia Tormos Esteve¹, Dra. Ainhoa Fernández Arregui, Dra. Andrea Bernabeu Aicart, Dr. Enrico Giorgio Morales Tedone, Dr. David Muñoz Castro, Dra. Cristina Albanell Fernández, Dr. Jose María Martín Hernández, Dra. Ángeles Revert Fernández

¹Hospital Clínico Universitario De Valencia, Valencia, Spain

INTRODUCCIÓN

El penfigoide ampollosa (PA) es una enfermedad ampollosa autoinmunitaria adquirida caracterizada por el depósito de autoanticuerpos IgG dirigidos contra antígenos situados en los hemidesmosomas de la membrana basal epidérmica.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un lactante de 3 meses, sin antecedentes patológicos de interés, con aparición de unas lesiones ampollosas tensas de contenido seroso en los miembros inferiores y las plantas de los pies. Como único posible desencadenante encontramos la administración en las últimas 4 semanas de la primera dosis de las vacunas Bexero®, hexavalente y neumocócica. Ante la sospecha de una enfermedad ampollosa autoinmune, se realizó una biopsia, una analítica sanguínea y se inició tratamiento con prednisolona oral a dosis de 1 mg/kg/día. Las lesiones se resolvieron a los 5 días de iniciar el tratamiento.

DISCUSIÓN

El PA es una enfermedad que principalmente afecta a personas de edad avanzada. Sin embargo, presentamos un caso poco común en un lactante, ya que hay menos de 100 casos reportados en la literatura de penfigoide ampollosa infantil.

Aunque la causa del PA infantil aún no se conoce completamente, se ha asociado con la administración de fármacos y vacunas, especialmente después de las primeras dosis, con la aparición de lesiones entre 1 día y 4 semanas tras la administración.

El diagnóstico de penfigoide infantil se realiza sobre la base de 4 criterios: 1) edad menor o igual a 18 años; 2) clínica de ampollas a tensión con afectación variable de mucosas; 3) ampolla subepidérmica con eosinofilia en la histopatología, y 4) inmunofluorescencia directa con depósitos lineales de IgG y/o C3, o una inmunofluorescencia indirecta positiva con anticuerpos IgG antimembrana basal.

El PA infantil responde de manera excelente al tratamiento con prednisolona a una dosis de 1-2 mg/kg/día, con un pronóstico favorable en comparación con su variante en adultos.



P-013

PICNODISOSTOSIS

Dr. Ruben Muriel Cantarero¹, Dr. José Antonio Llamas Carmona¹, Dra. Andrea Monedero De la Orden¹, Dr. Alejandro Córdoba Arroyo¹, Dr. Leandro Martínez Pilar¹, Dr. Daniel Jesús Godoy Díaz¹

¹Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga, Spain

INTRODUCCIÓN

La picnodisostosis es una enfermedad rara caracterizada por una disfunción de los osteoclastos, causada por una mutación en el gen de la catepsina K, que origina malformaciones del sistema esquelético entre otros síntomas.

CASO CLÍNICO

Varón de 4 años, en seguimiento multidisciplinar por cuadro sindrómico consistente en talla y peso bajos, fascies con deformidad esquelética, pies planos y varos, manos con braquidactilia y acroosteolisis de falanges distales, fractura de tibia izquierda, criptorquidia, hernia inguinal bilateral, hernia umbilical y macrocefalia secundaria a ventriculomegalia.

A la exploración presentaba además hiperlaxitud articular e hiperelasticidad cutánea. Presentaba además manos y pies con piel redundante y arrugada. Uñas frágiles con coiloniquia.

Ante la suma de las numerosas características fenotípicas del paciente se realizó estudio genético, en el cual se evidenció mutación en heterocigosis del gen CTSK, confirmando la sospecha clínica de picnodisostosis, enfermedad autosómica recesiva.

DISCUSIÓN

La picnodisostosis es una enfermedad genética muy infrecuente en la que se ven afectados numerosos sistemas, principalmente el óseo. La presencia de fracturas múltiples, la baja estatura y las alteraciones esqueléticas suelen ser los rasgos más típicos de esta enfermedad. Desde el punto de vista cutáneo es típica la presencia de piel arrugada y laxa sobre el dorso de los dedos, así como las alteraciones ungueales a modo de coiloniquia, traquioniquia y/o displasia ungueal. El principal diagnóstico diferencial se establece con la osteopetrosis y la disostosis cleidocraneal.

Por tanto, para el correcto control de estos pacientes se hará esencial un abordaje multidisciplinar que cuente con especialistas en pediatría, traumatología, neurología y dermatología, siendo el papel de estos últimos especialmente útil en el diagnóstico clínico de síndromes genéticos como este a través de las manifestaciones cutáneas y de sus anejos.



P-014

TRATAMIENTO DE LEISHMANIA CUTÁNEA PERSISTENTE CON IMIQUIMOD TÓPICO EN UN LACTANTE. REPORTE DE UN CASO

Dra. Clara Ureña Paniego, Dr. Alberto Soto Moreno, Dr. David López Delgado, Dr. Salvador Arias Santiago, Dr. Jesús Tercedor Sánchez

¹Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada, Spain

INTRODUCCIÓN

La leishmania cutánea localizada (LC) es una infección producida por protozoos del género *Leishmania*, transmitidos a través de la picadura de flebótomos. En España, donde la leishmania es endémica, la LC está producida mayormente por *L. infantum*. Ésta debuta como lesiones autorresolutivas en áreas expuestas. La mayor tasa de incidencia de LC se registra en pacientes menores de un año, grupo poblacional en donde las alternativas terapéuticas son limitadas por la posibilidad de efectos adversos. Describimos un caso de LC persistente en un lactante tratado con éxito con imiquimod tópico, lo que constituye un enfoque innovador en esta entidad y grupo de edad.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón lactante de 7 meses con lesión en cuero cabelludo de meses de evolución. A la exploración se observaron dos nódulos eritemato-anaranjados a nivel frontal izquierdo cuyo análisis anatomopatológico demostró la presencia de numerosos amastigotes de *Leishmania*. En espera de comunicar los resultados, el paciente ingresó a cargo de Pediatría por cuadro de fiebre vespertina, pancitopenia y esplenomegalia con PCR positiva para *Leishmania* en médula ósea. El cuadro sistémico se controló adecuadamente con anfotericina B liposomal intravenosa. No obstante, las lesiones del cuero cabelludo persistían, evidenciando todavía presencia de amastigotes. Es por ello que se inició tratamiento con imiquimod tópico al 5% en pauta trisemanal durante un mes con resolución completa de las lesiones.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra la efectividad y seguridad del imiquimod tópico en el tratamiento de la LC persistente en población pediátrica. Este caso es el primer reporte en la literatura de tratamiento de LC con imiquimod en un lactante.



P-015

PLACA LINFOPLASMOCÍTICA: DOS NUEVOS CASOS

Dra. Clara Miguel Miguel¹, Dra. Miriam Fernández-Parrado¹, Dra. Isabel Ibarrola-Hermoso de Mendoza¹, Dra. Paula Rodríguez-Jiménez¹, Dra. Maialen Azcona-Rodríguez¹, Dra. Gina Patricia De Lima-Piña², Dra. Alicia Córdoba-Iturriagoitia², Dr. Juan Ignacio Yanguas-Bayona¹

¹Hospital Universitario De Navarra - Servicio de Dermatología, Pamplona, Spain, ²Hospital Universitario de Navarra - Servicio de Anatomía Patológica, Pamplona, Spain

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La placa linfoplasmocítica es una entidad recientemente descrita, también llamada placa linfoplasmocítica pretibial o plasmocitosis cutánea primaria benigna aislada. Se trata de una patología benigna de etiología desconocida y carácter crónico. Nuestro objetivo es presentar dos pacientes diagnosticados en nuestro servicio y realizar una breve revisión de la literatura.

MATERIAL Y METODO

Varón de 16 años valorado por pápulas eritematosas ligeramente queratósicas asintomáticas de 1-2mm agrupadas en palma y dorso de dedos de mano derecha de 8 meses de evolución.

Niña de 3 años valorada por papulo-placas eritemato-descamativas con halo hipocrómico en dorso de pie, tobillo derecho y zona gemelar de pierna derecha, asociadas a lesiones de aspecto liquenoide mínimamente lineales, de meses de evolución.

RESULTADOS

En ambas biopsias se apreció un infiltrado inflamatorio polimorfo con linfocitos, histiocitos y un predominio de células plasmáticas sin restricción de cadenas ligeras, así como hiperplasia epidérmica con acantosis irregular en el segundo caso. El estudio inmunohistoquímico (IHQ) para Ig-G4 objetivó células plasmáticas aisladas con un número inferior al 5%.

En ambos casos la IHQ para espiroquetas fue negativa; en el segundo se realizaron tinción de Ziehl-Neelsen y serología de Leishmaniasis que fueron negativas.

Ambos se trataron con corticoterapia tópica con mejoría de las lesiones.

CONCLUSIONES

La placa linfoplasmocítica se presenta como una placa rojo-marronácea bien definida o pequeñas pápulas agrupadas, que aparece de forma aislada sin asociación con linfoplasmocitosis sistémica. En el momento actual hay menos de veinte casos publicados. Se localiza habitualmente en piernas, pero se han descrito en zona glútea, escapular y antebrazos. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado linfocitario y de células plasmáticas policlonales en dermis. Sólo el tratamiento quirúrgico consigue resolución completa, pero no se considera indicado dada la benignidad de la lesión. Se ha propuesto tratamiento con corticoide tópico o intralesional y con láser pulsado.



P-016

LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UN CASO DE TRANSMISIÓN AUTÓCTONA EN EUROPA

Dra. Noelia Jara Rico¹, Dra. Marina Senent Valero¹, Dr. Rubén Hernández Quiles¹, Dra. Irene Albert Cobo¹, Dr. Lluís Dols Casanova¹, Dr. José Carrasco Muñoz¹, Dr. José Carlos Pascual Ramírez

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante, Alicante, Spain

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 56 años sin antecedentes de interés que consulta por la presencia de placas infiltradas en ambas comisuras bucales que se extienden hacia mucosa yugal de 6 meses de evolución sin respuesta a tratamiento antibiótico ni antifúngico. La biopsia cutánea revela la presencia de células inflamatorias mixtas y amastigotes en la dermis y la PCR de la biopsia identifica DNA de *Leishmania donovani* complex (*L. infantum*)

El paciente es derivado a medicina interna para descartar afectación sistémica. Se indaga sobre antecedentes epidemiológicos y se realiza un análisis de sangre, serologías y ecografía abdominal, donde únicamente se detecta un leve aumento de reactantes de fase aguda, siendo el resto normal.

El diagnóstico definitivo es de Leishmaniasis mucocutánea por *L. infantum*, y se propone tratamiento sistémico con anfotericina B.

DISCUSIÓN

La Leishmaniasis mucocutánea generalmente está causada por el complejo *Leishmania Viannia* en América Central y del Sur. Suele deberse a una diseminación hematógena o linfática desde una lesión cutánea previa, pero también se han descrito casos sin lesiones cutáneas previas. Las lesiones suelen afectar labios y/o nariz y progresan desde síntomas inespecíficos a formas clínicas infiltrativas con naturaleza crónica, progresiva y deformante, lo que requiere tratamiento en todos los casos para prevenir complicaciones.

La transmisión autóctona de la leishmaniasis en Europa es debida a *L. infantum*. Y aunque es el responsable en la mayoría de las leishmaniasis cutáneas y viscerales, esporádicamente también se ha reportado en la literatura casos de leishmaniasis mucocutánea.

CONCLUSION

Presentamos un caso adicional de leishmaniasis mucocutánea causada por *L. donovani* complex (*L. infantum*) en un paciente inmunocompetente, transmitida de forma autóctona en Europa.



P-017

ACANTOSIS VULVAR CON DIFERENCIACIÓN ALTERADA

Dra. Andrea Diez Santandreu¹, Dra. Beatriz Llombart Cussac, Dr. Victor Traves Zapata, Dra. Celia Requena Caballero, Dra. Esperanza Manrique Silva, Dra. Fatima Mayo¹, Dr. Onofre Sanmartin Jiménez¹

¹Instituto Valenciano De Oncología, VALENCIA, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años en seguimiento por dermatología y ginecología por un liquen simple crónico (LSC) de más de 5 años de evolución. La paciente en 2020 requirió una hemivulvectomy superior realizada por ginecología al desarrollar un VIN diferenciado sobre el LSC preexistente. En 2022 en el labio izquierdo de la vulva desarrolla una lesión indurada que se biopsió con diagnóstico de lesión hiperplásica verrucosa, por último, en 2023 ante el progresivo aumento de la lesión se decide realizar una biopsia-exéresis en cuya anatomía patológica se observó una hiperplasia epidérmica psoriasiforme, con abundante paraqueratosis, hipogranulosis, palidez de los queratinocitos en estratos altos del epitelio sin presentar atipia celular basal, en cuanto a la IHQ presenta p56 y p16 negativos obteniéndose el diagnóstico de VAAD

DISCUSIÓN

La clasificación de la WHO 2020 clasifica los VIN en VIN HPV-asociado y en VIN-HPV independiente, estos últimos son clasificados en VIN diferenciado (VINd), lesión exofítica diferenciada (DEVIL) y acantosis vulvar diferenciada (VAAD) basándose en las vías moleculares de progresión a carcinoma escamoso de vulva.

VIN-HPV asociado: p16(+), p56(-), presenta perlas córneas y atipia en todas las capas del epitelio

VAAD: p16 (-), p56(-), presenta hiperplasia epidérmica psoriasiforme, abundante paraqueratosis, palidez de queratinocitos, sin atipia celular

DEVIL: p16 (-), p56(-), lesión exofítica, abundante paraqueratosis, posible atipia basal

VINd: p16(-), p53(+), presenta perlas córneas y atipia basal, no presenta paraqueratosis.

CONCLUSIONES

Es importante conocer la nueva clasificación de la WHO respecto a VIN para poder orientar y tratar mejor estas lesiones



P-018

UPADACITINIB COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL LIQUEN PLANO EROSIVO ORAL

Dr. Francisco José Martínez Ortega, Dr. Diego López Martínez, Dr. José Juan Parra García, Dra. Marta Segado Sánchez, Dra. Julia Román Gómez, Dra. María Castillo Landete, Dra. Esther García Martínez, Dra. Ana López Mateos, Dr. Miguel Lova Navarro

¹Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Alcantarilla, Spain

El liquen plano erosivo de mucosas, variante de liquen plano, se caracteriza por la aparición de úlceras crónicas a nivel mucoso, predominando la afectación oral. En muchas ocasiones son refractarias a los tratamientos convencionales. Presentamos un caso con buena respuesta a Upadacitinib oral.

Mujer de 66 años, con diagnóstico del liquen plano oral que consultó por presentar, desde 2019, múltiples brotes de lesiones erosivas a nivel labial inferior y superior. Durante este periodo, ha recibido tratamientos con múltiples inmunosupresores. Ante la falta de respuesta a la terapéutica convencional, se solicitó de manera compasiva el uso de Upadacitinib. A las 4 semanas, clínicamente la paciente había mejorado notablemente y en tan solo cuatro días de tratamiento la paciente ya notó mejoría en la ingesta.

DISCUSIÓN

El liquen plano erosivo de mucosas es un subtipo de liquen plano que afecta de manera predominante a las mucosas, siendo la más frecuente la mucosa oral. Clínicamente se caracteriza por la aparición de erosiones y úlceras dolorosas, con el potencial riesgo de dejar secuelas cicatriciales.

Su etiopatogenia no es del todo conocida, pero anatomopatológicamente se caracteriza por un predominio de linfocitos T a nivel de la unión dermo - epidérmica que atacan a los queratinocitos. En estudios in vitro, se ha visto que la inhibición de receptores JAK1/2 inhibe la respuesta de dicha respuesta T frente a los queratinocitos.

Con el continuo desarrollo de nuevos fármacos orales para la inhibición de la vía JAK, se está viendo potenciales usos actuales y futuros para distintas entidades dermatológicas. Se han descrito casos de distintas variantes de liquen plano con éxito en la respuesta frente a estos tratamientos, como liquen plano cutáneo, liquen plano ungueal y liquen plano pilaris.



P-019

PANICULITIS SARCOIDOSIS-LIKE POR PEMBROLIZUMAB: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

**Dr. Malena Finello¹, Dr. Daniel Blaya Imbernon¹, Dra. Carolina Labrandero Hoyos¹, Dr. Rodrigo Peñuelas Leal¹,
Dr. Andrés Grau Echevarría¹, Dra. María Dolores Berenguer Romero², Dra. Amparo Perez Ferriols¹, Dra. Gemma María
Perez Pastor¹**

¹Servicio de Dermatología - Consorcio Hospital General Universitario De Valencia, Valencia, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica - Consorcio Hospital General Universitario De Valencia, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Pembrolizumab es un inhibidor de check-point utilizado en el tratamiento de melanoma, cáncer de pulmón no microcítico y otros tumores sólidos.

Se asocia a múltiples reacciones adversas inmunomediadas cutáneas entre las que se encuentran cuadros sarcoidosis-like.

CASO CLÍNICO

Hombre de 60 años con cáncer de pulmón de células escamosas tratado con carbo-taxol y pembrolizumab (4 mg/kg cada 3 semanas) desarrolla múltiples bultos subcutáneos indoloros tras ciclo 18 de inmunoterapia.

Presentaba 10 nódulos subcutáneos fijos de 1 cm distribuidos en axila, extremidad superior e inferior izquierdas. Asociaba malestar general, poliartalgias y edema de manos y pies.

La biopsia de un nódulo mostró dermatitis granulomatosa intersticial, paniculitis mixta con infiltrado inflamatorio polimorfonuclear y vasculitis leucocitoclástica.

Los estudios de imágenes no evidenciaron progresión de la enfermedad oncológica ni signos de sarcoidosis sistémica.

La determinación de Quantiferon y enzima convertora de angiotensina fueron normales.

Las lesiones remitieron parcialmente tras interrumpir la inmunoterapia 1 ciclo, administrar prednisona 0.5 mg/kg/día 1 semana y 10 mg/día 3 semanas. Resuelve con tratamiento el edema y las artralgias, se reinicia pembrolizumab al mes con estabilidad clínica.

DISCUSIÓN

El uso de pembrolizumab produce infrecuentemente cuadros sarcoidosis-like, afectando piel y/u otros órganos causando nódulos pulmonares, adenopatías hiliares, artralgias, fiebre.

El momento de aparición de la clínica es variable, entre 3 meses y 2 años.

La patogenia es desconocida, estaría mediada por activación de linfocitos T helper tipo 1.

Se debe diferenciar con eritema nodoso, enfermedad metastásica e infección.

Los casos reportados fueron leves, mostraron respuesta a esteroides a dosis bajas y no requirieron interrumpir la inmunoterapia.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso clínico con paniculitis sarcoidosis-like, artralgias y edema acral por pembrolizumab.

Dado el creciente uso de éste fármaco es importante se considere esta entidad en el caso de desarrollo de nódulos subcutáneos.



P-020

QUEILITIS GRANULOMATOSA (SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL). DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS

Dra. María Rivera López¹, Andrea Ciudad Moro, Laia Curto Barredo, Ramon M. Pujol Vallverdu

¹Hospital Del Mar, Barcelona, Spain

INTRODUCCIÓN

La queilitis granulomatosa (QG) es una entidad poco frecuente caracterizada por edema labial recurrente. Representa la forma monosintomática más frecuente del síndrome de Melkersson-Rosenthal (MR), definida como la presencia de edema labial, parálisis facial y lengua fisurada.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos cinco casos, dos mujeres y tres varones, que presentaban episodios recurrentes de edema labial persistente sin parálisis facial. Dos de ellos presentaban lengua fisurada. Ninguno tenía antecedentes de patología digestiva. Las exploraciones complementarias no mostraron alteraciones relevantes. En cuanto al examen histopatológico, se demostraron cambios compatibles con queilitis granulomatosa no necrotizante en cuatro casos, mientras que en el último se observó infiltrado linfocitario y linfangiectasias, sin poder demostrar la presencia de granulomas. La triamcinolona intralesional fue el tratamiento de elección, recibiendo como tratamiento adyuvante minociclina y metronidazol, presentando disminución del número de brotes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El síndrome de MR suele manifestarse en menos del 30% en su forma completa, mientras que formas oligosintomáticas, como la queilitis granulomatosa, son más frecuentes. Aunque su etiología no está clara, se ha vinculado con factores genéticos, alergias, infecciones y enfermedad de Crohn. Los hallazgos histológicos típicos incluyen granulomas no necrotizantes, edema, linfangiectasias e infiltrados linfocíticos. Sin embargo, la ausencia de granulomas no descarta el diagnóstico. La queilitis granulomatosa afecta más a mujeres en la segunda y tercera décadas de vida, con episodios iniciales autolimitados y tendencia a la recurrencia. No existe un consenso sobre su tratamiento, siendo una de las opciones más utilizadas la terapia con triamcinolona intralesional, junto con clofazimina o dapsona, habiéndose utilizado también tratamiento con metronidazol y minociclina, reservándose la cirugía para casos resistentes.

En conclusión, se trata de una entidad poco frecuente, que supone un reto diagnóstico y terapéutico, por lo que serán necesarios más estudios que aclaren su etiopatogenia para conseguir un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico.



P-021

SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON PSORIASIS

Dra. Verónica Sánchez García¹, Dr. Rubén Hernández Quiles¹, Dra. Marina Senent Valero¹, Dra. Noelia Jara Rico¹, Dr. José Carrasco Muñoz¹, Dr. Lluís Dols Casanova¹, Dr. Jose Manuel Ramos Rincón², Dra. Isabel Belinchón Romero^{1,2}

¹Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Dr Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, Spain, ²Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, Spain

INTRODUCCIÓN

Las terapias biológicas son tratamientos efectivos para la psoriasis y, frecuentemente, se prescriben a mujeres en edad fértil. Sin embargo, existe un conocimiento limitado sobre la seguridad de la exposición intrauterina a estos tratamientos.

OBJETIVO

Evaluar los resultados del embarazo de mujeres con psoriasis expuestas a terapia biológica durante la concepción y/o embarazo, y cuantificar la prevalencia ponderada de abortos espontáneos, electivos y totales y malformaciones congénitas en sus recién nacidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una revisión sistemática y metaanálisis de prevalencia según las directrices establecidas por la declaración PRISMA. Se realizó la última búsqueda bibliográfica sistematizada en las bases de datos de PubMed, Embase, Scopus y Web of Science el 14/04/2022. Se incluyeron estudios que reportaran los resultados del embarazo de mujeres expuestas a productos biológicos aprobados para el tratamiento de la psoriasis durante la concepción y/o la gestación. Los resultados fueron sintetizados mediante un metaanálisis de prevalencia utilizando un modelo de efectos aleatorios.

RESULTADOS

Se incluyeron 51 estudios observacionales que involucraron 739 embarazos expuestos a fármacos biológicos indicados para el tratamiento de la psoriasis. El biológico que predominó durante la gestación fue ustekinumab (35,99%), limitándose la exposición al fármaco biológico al primer trimestre en la mayoría de las gestaciones (70,35%). Se estimó una prevalencia ponderada de abortos espontáneos y electivos de 15,27% (IC 95%: 12,72-18,02) y 10,79% (IC 95%: 7,73-14,3), respectivamente; y de malformaciones congénitas en nacidos vivos expuestos a terapias biológicas durante la gestación de 2,99% (IC 95%: 1,58-4,82%).

CONCLUSIONES

La exposición a fármacos biológicos para el tratamiento de la psoriasis durante la gestación y/o concepción no está relacionada con una mayor frecuencia de abortos ni malformaciones congénitas, siendo consistentes con las tasas observadas en la población general. Estos resultados sugieren que los fármacos biológicos pueden ser seguros y suponer un riesgo aceptable para estas mujeres.



P-022

PITIRIASIS RUBRA PILARIS Y ANTI-IL17 A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Daniel Muñoz Barba¹, Dra. Sofía Haselgruber de Francisco¹, Dr. Luis Salvador Rodríguez¹, Dr. Antonio Martínez López¹, Dr. Alejandro Molina Leyva¹, Dr. Salvador Arias Santiago¹

¹Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada, Spain

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis inflamatoria poco frecuente, caracterizada por la aparición de pápulas hiperqueratósicas centrofoliculares, queratodermia palmoplantar de aspecto céreo y áreas extensas de eritema y descamación que se extienden de forma craneocaudal pudiendo evolucionar hasta una eritrodermia que típicamente presenta áreas o islotes de piel sana respetada. El prurito asociado puede ser grave y dificultar el descanso nocturno.

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años que acude con hallazgos sugerentes de PRP de un mes de evolución y que relaciona con la ingesta de IECAS y la vacunación contra SARS-CoV-2. El diagnóstico de sospecha se confirmó mediante estudio anatomopatológico. Inicialmente, se realizó tratamiento empírico con corticoides orales, antihistamínicos y tópicos sin mejoría clínica. Posteriormente, se pautaron retinoides orales que tampoco aportaron ningún beneficio clínico. Finalmente, se decidió iniciar tratamiento biológico anti-IL17 con Secukinumab.

RESULTADOS

El paciente experimentó una franca mejoría tras la administración de dos dosis de Secukinumab y una remisión completa de las lesiones cutáneas y el prurito intenso asociado tras la sexta inyección. Se interrumpió la administración del fármaco después de permanecer seis meses en remisión, sin experimentar recaídas hasta el momento actual.

CONCLUSIONES

Aunque puede haber una resolución espontánea, la PRP puede persistir durante largos periodos de tiempo diezmando severamente la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento suele ser desafiante debido a la falta de datos de eficacia. Las opciones más comunes incluyen tratamientos tópicos, retinoides orales, inmunomoduladores y agentes biológicos. Los inhibidores de IL-17 e IL-23 se utilizan cada vez más debido a su efectividad y perfil de efectos secundarios favorable. Aunque son necesarios más estudios que evalúen la efectividad de los inhibidores de IL-17, con este caso clínico pretendemos contribuir al mejor manejo de esta patología infrecuente y refractaria en numerosas ocasiones a las primeras líneas de tratamiento.



P-023

ARTRITIS, NÓDULOS ERITEMATOSOS Y PÚSTULAS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

Dra. Alexandra Alturo Pons¹, Dra. Elena Carmona-Rocha¹, Dr. Lluís Rusiñol¹, Dra. Helena Iznardo Ruiz¹, Dra. Gemma Camiña-Conforto¹, Dr. Felipe Peirano¹, Dr. Eduardo Subiela¹, Dra. Laura Mateu-Arrom¹, Dr. Lluís Puig¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital De La Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain

INTRODUCCIÓN

El síndrome BADAS (del inglés "bowel-associated dermatosis-arthritis syndrome") es una dermatosis neutrofílica rara caracterizada por fiebre, síntomas gripales, poliartrosis y afectación cutánea. Presentamos un caso asociado a enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años con enfermedad de Crohn no tratada que ingresó por un cuadro de 3 semanas de dolor abdominal, diarrea sanguinolenta, malestar general, fiebre y artritis migratoria en rodillas, muñecas y tobillos. Asociaba nódulos eritematosos, dolorosos e indurados en tobillos, que evolucionaron desarrollando pústulas y posteriormente abscesos.

Análiticamente, presentaba aumento de reactantes de fase aguda. El examen histológico reveló un denso infiltrado inflamatorio dermohipodérmico, compuesto principalmente por polimorfonucleares, sin signos de vasculitis ni granulomas. Las tinciones para microorganismos y los cultivos fueron negativos.

Se estableció el diagnóstico de síndrome BADAS en contexto de EII y se inició tratamiento con metilprednisolona 1 mg/kg/día, con resolución de la clínica cutánea, digestiva y articular.

DISCUSIÓN

El síndrome BADAS fue inicialmente descrito en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, aunque se ha descrito también en EII. Su patogenia es incierta, sugiriéndose la implicación de sobrecrecimiento bacteriano y el depósito de inmunocomplejos.

A nivel cutáneo, suele presentarse como pápulas y vesiculopústulas recurrentes en tronco y extremidades. Menos habitualmente, puede dar lugar a placas, nódulos o abscesos, pudiendo simular otras dermatosis neutrofílicas como el síndrome de Sweet o el pioderma gangrenoso, con las que debe establecerse el diagnóstico diferencial. La histología es inespecífica y muestra un infiltrado neutrofílico que puede extenderse hasta hipodermis. Respecto al tratamiento, pueden emplearse corticoides sistémicos y dapsona.

CONCLUSIÓN

- El diagnóstico del síndrome BADAS es complejo debido a la falta de criterios definidos y a su similitud con otras dermatosis neutrofílicas, por lo que la correlación clinicopatológica es fundamental.
- Es importante considerarlo en el diagnóstico diferencial de las manifestaciones cutáneas asociadas a EII.



P-024

DERMATOSIS DISCOIDE FACIAL: LUPUS PARECE PERO NO ES

Dr. Diego López Martínez¹, Dr. Francisco José Martínez Ortega¹, Dra. Julia Román Gómez¹, Dr. Jose Juan Parra García¹, Dra. Marta Segado Sánchez¹, Dra. Maria Castillo Landete¹, Dr. Jose Antonio Ruiz Maciá², Dra. Esther García Martínez¹

¹Servicio Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España,

²Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años sin antecedentes médicos de interés ni toma de medicación crónica. Acudió a la consulta por presentar lesiones faciales fijas, descamativas, levemente pruriginosas de 6 meses de evolución localizadas en nariz y en la ceja derecha. No refería empeoramiento con la exposición solar. Había realizado ya múltiples tratamientos con aciclovir crema, clotrimazol crema, metilprednisolona crema y clobetasol crema con nula mejoría. A la exploración en consulta presentaba dos placas eritemato-descamativas bien delimitadas localizadas en dorso nasal y en región medial ciliar derecha. El diagnóstico diferencial que se planteó fue de lupus discoide o dermatosis discoide facial. La biopsia mostró acantosis con hiperparaqueratosis asociado a una dermatitis perivascular y perifolicular poco específica, sin depósito de mucina. Todo ello compatible con dermatosis discoide facial. Se inició tratamiento con betametasona combinada con calcipotriol en crema por las noches. En la revisión a las 4 semanas la paciente había mejorado, presentando únicamente ligero eritema residual.

CONCLUSIÓN

La dermatosis discoide facial es una entidad poco conocida y enigmática, que se diferencia de otras dermatosis faciales por su persistencia y su falta de respuesta a los tratamientos habituales. Algunos autores han sugerido que podría tratarse de una variante localizada de pitiriasis rubra pilaris. Se caracteriza por la aparición de pápulas y placas fijas eritemato-descamativas, a veces de disposición anular, que únicamente afectan a la cara. Su diagnóstico se basa en una adecuada correlación clínico-patológica. La histología característica presenta acantosis epidérmica leve, paraqueratosis, tapones córneos y un infiltrado inflamatorio en dermis superficial. No existe un tratamiento estandarizado, aunque algunos pacientes han mostrado mejoría con calcipotriol combinado con betametasona tópico o tacrólimus tópico.



P-025

GRANULOMAS ANULARES DISEMINADOS TRATADOS CON INFLIXIMAB: NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Pedro Naranjo Álamo¹, Dr. Jaime Vilar Alejo¹, Dra. Maria Pilar De la Rosa Del Rey², Dra. Elsa María Gómez Rebordinos², Dr. Gabriel Suárez Mahugo¹, Dra. Ana Beatriz Felipe Robaina¹, Dra. Ana Rebolledo Ruiz¹, Dra. Elena Natividad Castro González¹, Dra. Irene Castaño González¹

¹Servicio de Dermatología. Hospital Universitario De Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

Caso clínico 1: Mujer de 65 años sin antecedentes. Presentó lesiones cutáneas anulares pruriginosas en tronco y extremidades desde 2011. La biopsia fue compatible con granuloma anular (GA). Dada la refractariedad a tratamientos tópicos y sistémicos, se decidió iniciar infliximab (IFX) 5 mg/kg cada 8 semanas vía intravenosa (IV), permaneciendo asintomática tras 10 semanas. Tras 19 meses sin lesiones cutáneas, se indicó espaciamiento aumentando 4 semanas cada año, hasta recibir IFX cada 20 semanas.

Caso clínico 2: Varón de 73 años hipertenso. Desde 2018 presentó lesiones anulares pruriginosas en tronco con diagnóstico histológico de GA. Se pautaron corticoides tópicos y fototerapia en varios ciclos de 6 meses, recidivando tras suspensión. Se inició IFX 5 mg/kg cada 8 semanas, permaneciendo sin lesiones desde la semana 10.

Caso clínico 3: Mujer de 68 años hipertensa. En 2021, presentó placas anulares asintomáticas en extremidades que remitieron con corticoides tópicos, con recidiva de forma generalizada al mes. Ante los buenos resultados de los otros pacientes se inició IFX 5 mg/kg IV cada 8 semanas con resolución del GA a las 12 semanas. Tras un año, se inició espaciamiento, recibiendo IFX cada 10 semanas.

DISCUSIÓN

El GA es una dermatosis granulomatosa e inflamatoria que cursa con pápulas y placas color piel o eritemato-violáceas, adquiriendo un patrón anular o arciforme. Histológicamente, los focos de necrobiosis colágena rodeados por una empalizada de histiocitos en dermis, acompañados de infiltrado inflamatorio mixto y depósito de mucina, permiten diferenciarlo de otras enfermedades granulomatosas de la piel. Su patogenia es desconocida, pero se cree que es fruto de una respuesta de hipersensibilidad retardada Th1.

CONCLUSIONES

El tratamiento con IFX para GA diseminado refractario permite una remisión rápida (media de 9 semanas en literatura) y mantenida en el tiempo, con un perfil de seguridad aceptable, de acuerdo a la literatura existente.



P-026

GUSELKUMAB Y TERAPIA V.A.C PARA TRATAMIENTO DE PIODERMA GANGRENOSO REFRACTARIO

Dr. Alejandro Arroyo Córdoba¹, Dra. Cristina Collantes Rodríguez, Dra. Marina Romero Bravo, Dr. Rubén Muriel Cantero, Sra. Begoña Martín Muñoz, Dr. Daniel Jesús Godoy Díaz

¹Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga, Spain

Presentamos el caso de mujer de 65 años en seguimiento dermatológico por dermatosis neutrofilica tratada con dapsona. Además, la paciente tenía como antecedente artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato y abatacept y un reciente ingreso por artritis séptica con bacteriemia por *Staphylococcus aureus*.

Consultó por nuevas lesiones ampollosas en cara extensora de miembros superiores y piernas. Tras biopsia pretibial, la lesión evolucionó a úlcera con centro necrótico y borde socavado, sugestiva de pioderma gangrenoso (PG) con fenómeno de patergia.

Tras la suspensión de abatacept por posible asociación al desarrollo de PG, se inició tratamiento con metilprednisolona 125mg/24h intravenosa durante 3 días, seguido de prednisona 20mg/24h asociado a Guselkumab 100mg administrado a las 0,4 y posteriormente cada 8 semanas, todo ello acompañado de curas cada 48h. Al mes de tratamiento, y una vez estabilizada la lesión con cese en su crecimiento, comenzó con terapia Vacuum Assisted Closure domiciliaria (V.A.C) y descenso progresivo de los corticoides. A los seis meses del inicio del tratamiento se consiguió la completa reepitelización. Actualmente, no existen criterios diagnósticos validados ni estándar terapéutico para el PG. Cuando la corticoterapia en monoterapia es insuficiente, se considera la asociación a inmunosupresores como ciclosporina, azatioprina y micofenolato mofetilo. Como terapia biológica destacan los inhibidores de TNF- α (principalmente infliximab y adalimumab) e IL-1 β (anakinra, canakinumab) así como moléculas anti-JAK. La decisión terapéutica en nuestra paciente se justifica ante su avanzada edad, reciente infección sistémica y antecedente de reacción paradójica con adalimumab durante su tratamiento de la artritis reumatoide. Este caso subraya la importancia de adaptar el tratamiento a las necesidades individuales en los pacientes con pioderma gangrenoso refractario, siendo guselkumab y la terapia V.A.C una opción satisfactoria en nuestro caso.



P-027

PITIRIASIS RUBRA PILARIS INDUCIDA POR EL USO TÓPICO DE IMIQUIMOD

Sra. Carmen Mochon Jimenez¹, Sr Manuel Galán Gutiérrez, Sr Pedro Jesús Gómez Arias, Sra Alicia Sanz Zorrilla, Sra Irene Rivera Ruiz, Sr César Guijarro Sánchez, Sra Andrea Ballesteros Antúnez, Dr Antonio José Vélez García-Nieto

¹Hospital Universitario Reina Sofía Servicio Dermatología, Córdoba, Spain, ²Hospital Universitario Reina Sofía Servicio Anatomía Patológica, Córdoba, Spain

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis inflamatoria crónica infrecuente y de causa desconocida, secuendaria a un trastorno de la queratinización causado por una epidermopoyesis acelerada. Se presenta habitualmente como pápulas hiperqueratósicas foliculares, placas eritemato-escamosas confluentes que dejan islotes de piel respetada y queratodermia palmoplantar. Aunque su patogénesis es desconocida, se ha planteado una respuesta inmune exagerada a desencadenantes antígenicos.

Se han descrito en la literatura varios casos de PRP desencadenado por imiquimod. A continuación presentamos 2 casos de PRP tras el uso de Imiquimod tópico como tratamiento para queratosis actínicas y enfermedad de bowen.

CASO CLÍNICO

Presentamos 2 casos observados en nuestro servicio de varones de mediana edad que tras 3 semanas de aplicación tópica de imiquimod al 3,75% como tratamiento para las queratosis actínicas e imiquimod 5% para enfermedad de bowen respectivamente; debutan con placas eritematoescamosas en cuero cabelludo, cara y tronco. Se suspendió el tratamiento y se inició corticoterapia a dosis 1mg/kg/día con escasa respuesta, generalizándose las lesiones y asociando queratodermia palmo-plantar. Seguidamente se se usó en ambos casos metotrexato a dosis de 15mg semanal vía subcutánea con respuestas desiguales.

El primer caso dadas las comorbilidades, se escaló a Risankizumab observando mejoría parcial. El segundo paciente no precisó otra línea de tratamiento, con aclaramiento completo a los 7 meses por lo que se suspendió el tratamiento con metotrexato sin nuevas incidencias.

CONCLUSIONES

El imiquimod, como estimulador de la respuesta inmune, podría tener un efecto sistémico, aumentando los niveles de citoquinas proinflamatorias y la respuesta inmune adaptativa, mediada por linfocitos T colaboradores tipo 1 (Th1) dando como resultado el desarrollo de PRP.

Debemos considerar el imiquimod como un tratamiento útil para múltiples enfermedades dermatológicas, sin embargo debemos ser conscientes del riesgo de aparición y exacerbación de dermatosis inflamatorias.



P-028

NECROBIOSIS LIPOÍDICA EN PACIENTES NO DIABÉTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sra. Deiane Marcos¹, Sra. Ana Morelló¹, Sra. Inés Oteiza¹, Sra. Elisa Gómez¹, Sra. Ane Carrera¹, Sra. Nuria Rodríguez¹

¹*Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona, Spain*

La necrobiosis lipoídica es una enfermedad granulomatosa de causa desconocida, que cursa con placas de bordes indurados eritemato-violáceos y de centro atrófico amarillento en cara anterior de ambas piernas. Afecta generalmente a jóvenes y adultos de mediana edad, con una proporción entre mujeres y hombres de 3:1. Esta entidad se asocia clásicamente a diabetes mellitus, siendo la edad media de presentación en los pacientes diabéticos de 25 años, mientras que en los no diabéticos es de 46 años.

Presentamos el caso de una mujer de 40 años con antecedente personal de enfermedad celiaca y antecedentes familiares de diabetes. La paciente consultaba por lesiones asintomáticas en ambas extremidades inferiores de 1 año de evolución. En la exploración se observaban placas de borde eritematoso y centro amarillento atrófico en región pretibial.

El estudio histológico confirmó la presencia de necrobiosis del colágeno con infiltrado inflamatorio linfocitario y ocasionales células gigantes multinucleadas, con diagnóstico de necrobiosis lipoídica.

Si bien es conocida la asociación de necrobiosis lipoídica con la diabetes mellitus, no es una condición necesaria, y en estudios recientes la prevalencia de dicha patología en pacientes con necrobiosis lipoídica ha sido muy variable (11%-65%). En estos casos sin factores desencadenantes evidentes, además del control glicémico, es conveniente descartar otras patologías relacionadas como el hipotiroidismo, el granuloma anular, la enfermedad inflamatoria intestinal o la sarcoidosis. Otras asociaciones descritas son con esclerosis sistémica, artritis reumatoide, y la cirugía previa de derivación yeyunoileal.



P-029

PSORIASIS Y DERMATOMIOSITIS EN UN MISMO PACIENTE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Dra. Marina Torrent Garcia¹, Dra. Celia Campoy Carreño¹, Dra. Lucía García Almazán¹, Dr. Alejandro Javier Castillo Botero¹, Dr. José Pardo Sánchez¹, Dr. Fernando Alarcón Soldevilla¹, Dra. Tamara Amanda Hernández Gómez¹, Dr. Ángel López Ávila¹

¹Hospital Santa Maria Del Rosell, Cartagena, Spain

Presentamos el caso de una mujer de 84 años con diagnóstico de psoriasis vulgar grave de más de 15 años de evolución tratada con diferentes líneas de tratamiento; actualmente con ustekinumab trimestral con buen control de la enfermedad.

La paciente ingresó por lesiones cutáneas a nivel periorbicular y región torácica anterior junto con un cuadro de miopatía simétrica de predominio proximal y progresiva de una semana de evolución. Ante la sospecha clínica de una dermatomiositis se realizó estudio de marcadores tumorales, que resultaron ser negativos y estudio de autoinmunidad con positividad para anticuerpos Mi2.

Con la presentación de este caso planteamos la importancia de los diagnósticos diferenciales en dermatología. Ante un paciente con una enfermedad dermatológica de base bien controlada, la aparición de nuevas lesiones en la piel no siempre indica reactivación de la enfermedad.



P-030

LIQUEN PLANO INDUCIDO POR FREMANEZUMAB

Dr. Rafael Mendoza Albarran¹, Dra Myriam Viedma Martínez¹, Dra Alicia Jiménez Antón¹, Dr Ricardo Román Cheuque¹, Dr Alejandro Claudio Oliva¹, Dra Lucía Aguilar González¹, Dr David Jiménez Gallo¹, Dr Mario Linares Barrios¹

¹Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cádiz, Spain

CASO CLÍNICO

Una mujer de 59 años con migraña crónica consultó por lesiones cutáneas pruriginosas de un año de evolución. La paciente había iniciado tratamiento con fremanezumab un mes antes del comienzo del cuadro. A la exploración destacaron pápulas poligonales de 2-3 mm con estrías de Wickham en región lumbar, miembros inferiores y estriación blanquecina en ambas mucosas yugales. La analítica y las serologías de lúes, VIH, hepatitis C y hepatitis B fueron negativas. La biopsia cutánea reveló hiperqueratosis ortoqueratósica, espongirosis, queratinocitos apoptóticos e infiltrado linfocitario en banda. Estos hallazgos fueron compatibles con liquen plano (LP). Se inició tratamiento con prednisona en pauta descendente y enoxaparina 3 mg semanal. Las lesiones mejoraron, pero la paciente continuó con brotes asociados a la administración de fremanezumab. Se decidió la suspensión de fremanezumab y se añadió corticoterapia tópica con resolución completa del cuadro. Debido a un mal control de su migraña, se inició tratamiento con galcanezumab con reaparición de las lesiones tras la primera administración.

DISCUSIÓN

Fremanezumab y galcanezumab son anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina utilizados como profilaxis de la migraña. Son fármacos bien tolerados y sus principales efectos adversos son dolor, induración y eritema en el lugar de inyección. El LP es una erupción pápulo-escamosa caracterizada por pequeñas pápulas violáceas, poligonales pruriginosas. En el caso de nuestra paciente, la asociación temporal entre la aparición del LP, la resolución tras la suspensión de fremanezumab y el rebrote posterior tras el inicio de galcanezumab sugieren que el LP fue inducido por fremanezumab. Hasta nuestro conocimiento, describimos el primer caso de LP inducido por este fármaco. Animamos a los dermatólogos a tener en cuenta esta asociación en pacientes con LP que se encuentren bajo tratamiento profiláctico de la migraña con fremanezumab.



P-031

LIQUEN PLANO PERIANAL MALIGNIZADO

Dra. Natalia Valero Montalvo¹, Dra. Asunción Arregui Murua M¹, Dra Gadea Mercedes Braceras Rincón¹, Dra. Nerea Infante Gonzalo¹, Dr. Aitor Xavier De Vicente Aguirre¹, Dra. Yolanda Saralegui Ansorena², Dra. Mary Silva Carmona³, Dra Nerea Ormaechea Perez¹

¹Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián, España, ²Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián, España, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián, España.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una dermatosis inflamatoria autoinmune, idiopática y de curso crónico mediada por células T. La variante hipertrófica (LPH) se presenta más frecuentemente en extremidades inferiores, sobre todo en área pretibial y tobillos, siendo la localización perianal muy infrecuente.

CASO

Varón de 69 años con prurito anal de años de evolución. Se le ve inicialmente en Dermatología por lesión de aspecto tumoral perianal de meses de evolución que se remite a Cirugía General. Se extirpa y se confirma diagnóstico de carcinoma escamoso bien diferenciado con bordes libres con estudio de extensión negativo. Se remite nuevamente a Dermatología por persistencia de picor perianal donde se objetivan lesiones blanquecinas liquenificadas con zonas hipertróficas, junto a lesiones de vitíligo perianal, en periné y zona laterocervical izquierda. Se toman biopsias de zona perianal llevando al diagnóstico de LP. La PCR del VPH es negativa y el estudio analítico objetiva alteraciones tiroideas compatibles con hipotiroidismo autoinmune, controlado por Endocrinología.

Las lesiones perianales han evolucionado de forma satisfactoria con corticoide tópico potente y se mantiene seguimiento por Cirugía.

DISCUSIÓN

Dentro del espectro de dermatosis liquenoides perianales se encuentran el liquen escleroatrófico, liquen simple crónico y LP, siendo la variante hipertrófica la forma más común de LP en área perianal.

El LPH perianal puede plantear diagnóstico diferencial con hiperplasia pseudoepiteliomatosa, carcinoma escamoso, condilomas acuminados y lupus eritematoso hipertrófico.

La malignización de LPH es poco habitual y se han descrito, sobre todo, en lesiones de piernas. Se han reportado, de forma excepcional, casos de carcinoma escamoso sobre LP perianal.

Al tratarse el LP de una enfermedad autoinmune y poder asociar varios procesos autoinmunes (vitíligo, en este caso), se considera conveniente realizar estudios analíticos, principalmente de hormonas tiroideas, debido a ser el órgano más frecuentemente implicado en casos como el descrito en el presente trabajo.



P-032

VASCULITIS PUSTULOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Carmen Tienza Fernández¹, Dra. Sara Merino Molina, Dr. Samuel Corral Pavanelo, Dr. Jorge Alonso Suárez Pérez, Dra. Rosa María Castillo Muñoz, Dr. Eliseo Martínez García, Dra. Elena Gallego Domínguez, Dr. Enrique Herrera Acosta

¹Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 61 años que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución de aparición eruptiva de pústulas dolorosas en dorso y palmas de ambas manos que hasta entonces había estado tratando con antibiótico oral y tópico sin mejoría.

A la exploración destacan múltiples pústulas sobre base purpúrica, llama la atención la confluencia de las mismas en algunas zonas formando ampollas de aspecto serohemático. No asociaba fiebre ni otra sintomatología sistémica.

A nivel analítico destacaba leucocitosis con neutrofilia leve.

Realizamos toma de biopsia con inmunofluorescencia y cultivo del exudado de la pústula y pautamos tratamiento con corticoide oral y tópico resolviéndose por completo el cuadro clínico a las dos semanas.

Además también se solicitaron serología y una analítica con autoinmunidad de forma rutinaria

El resultado de la biopsia fue: Hallazgos sugestivos de vasculitis pustulosa con depósito de complemento a nivel de los vasos dérmicos en la inmunofluorescencia

El resto de pruebas complementarias descartaron asociación con ninguna otra patología, el cultivo de la pústula fue negativo.

DISCUSIÓN

La vasculitis pustulosa es una dermatosis poco frecuente caracterizada por la aparición de pústulas estériles sobre base eritematoviolácea más frecuente en mujeres y estrechamente relacionada con las dermatosis neutrofilicas por su histología.

La histología muestra un infiltrado tipo Sweet con predominio de polimorfonucleares neutrófilos con leucocitoclasia o una vasculitis leucocitoclástica. Por lo tanto, podemos decir que engloba el síndrome de Behçet, la dermatosis-artritis gonocócica, la dermatosis artritis asociada a enfermedad intestinal, la meningococemia y las vasculitis pustulosa cutánea primaria. Es frecuente confundirla con un cuadro infeccioso y el diagnóstico diferencial es amplio siendo necesario en la mayoría de los casos una correlación clínico-patológica.

En cuanto al tratamiento se caracteriza por no responder a los antibióticos orales y si a los corticoides sistémicos y tópicos.



P-033

RASH EN CONTEXTO DE DIETA CETOGÉNICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dra. Gadea Braceras Rincon¹, Susana Vildosola Esturo¹, Román Ballesteros Redondo¹, Nerea Infante Gonzalo¹, Maria Aranzazu Lopez Pestaña¹, Miren Marquina Iñarrairaegui¹, Iraide Bernal Simón², Nerea Ormaechea Perez¹

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

El prurigo pigmentoso es una dermatosis inflamatoria infrecuente que se manifiesta en forma de brotes recurrentes de pápulas vesiculosas pruriginosas principalmente en tronco, espalda y cuello. Su distribución en un patrón reticular, la evolución hacia una intensa hiperpigmentación residual y su frecuente asociación con trastornos metabólicos como la cetosis son claves para su sospecha diagnóstica.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 25 años que experimentó erupciones pruriginosas recurrentes de pápulas confluentes con aspecto reticulado en la región lumbar. La paciente había estado siguiendo desde hacía unos meses una dieta hipocalórica baja en hidratos de carbono en contexto de su trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución. La biopsia reveló un infiltrado linfocitario en dermis superficial y perivascular, lo que confirmó la sospecha diagnóstica. Con cambios higienico-dietéticos, el uso de antihistamínicos orales y finalmente doxiciclina oral presentó una evolución favorable del cuadro.

El prurigo pigmentoso, también conocido como Keto-Rash, se caracteriza por la erupción pruriginosa y recurrente de papulovesículas eritematosas en cuello, espalda y tórax que posteriormente evoluciona hacia una intensa hiperpigmentación reticulada residual.

Aunque la etiopatogenia es desconocida, uno de los desencadenantes más descritos en la literatura incluye alteraciones metabólicas como estados de cetosis, dietas bajas en carbohidratos (<50mg/día), ayuno y diabetes mellitus. Por lo tanto, para el diagnóstico de esta entidad, es fundamental indagar en los hábitos alimentarios del paciente.

Presentamos un caso de prurigo pigmentoso asociado a dieta cetogénica para resaltar su frecuente asociación y contribuir con un caso más a la literatura, ya que dietas de este tipo son cada vez más populares.



P-034

HISTIOCITOSIS INTRALINFÁTICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Sr. Daniel Blaya Imbernón¹, Malena Finello¹, Rodrigo Peñuelas Leal¹, Carolina Labrandero Hoyos¹, Andrés Grau Echevarría¹, Elena Pérez Zafrilla¹, Ángel González García¹, Javier Lorca Spröhnle¹, María Dolores Berenguer Romero², Altea Esteve Martínez¹

¹Servicio de Dermatología, Consorci Hospital General, Valencia, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica, Valencia,

Presentamos el caso de un paciente de 81 años que consulta por placas eritematosas asintomáticas de 5 meses de evolución en brazo y hombro derecho. Como antecedente relevante el paciente es portador de una prótesis en el hombro ipsilateral a las lesiones cutáneas. El diagnóstico de sospecha se confirmó mediante una biopsia, que reveló Histiocitosis Intralinfática, una enfermedad poco común y de presentación clínica sutil. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica. De esta forma la Histiocitosis Intralinfática, aunque rara, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en pacientes con antecedentes de prótesis articulares.



P-035

PSORIASIS CONFINADA SOBRE MÁCULAS VITILIGINOSAS: ¿COINCIDENCIA O FENÓMENO DE KOEBNER?

Dr. Ismael Khair Fernández¹, Dr. Juan Carlos Hernández Rodríguez, Dr. Alonso García Núñez, Dr. Julián Conejo-Mir

¹Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, Spain

CASO CLÍNICO

Psoriasis y vitiligo son dos dermatosis frecuentes, con componente autoinmune en su patogenia. La concurrencia de ambas no es infrecuente, sin embargo, su presentación anatómica estrictamente coincidente es extremadamente rara. Una búsqueda en la literatura revela pocos casos en los que la psoriasis ocurriera exclusivamente sobre las máculas de vitiligo.

Presentamos el caso de un varón de 54 años, sin antecedentes relevantes, derivado a nuestras consultas para el tratamiento de un brote de psoriasis palmar resistente a clobetasol tópico. Refería padecer brotes desde hacía 20 años, y a la exploración destacaban máculas acrómicas en párpados superiores, comisuras orales, manos, periné y glúteo, que refería presentar desde niño. El examen físico reveló la presencia de placas eritematoescamosas y bien definidas, estrictamente confinadas a las máculas acrómicas presentes en las muñecas y pliegues interdigitales. No se encontraron otras áreas lesionales y la biopsia cutánea confirmó la patología coexistente de vitiligo y psoriasis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este caso de vitiligo y psoriasis coincidentes resalta la relación entre la patogénesis de ambas patologías. Una característica típica en ambas patologías es el fenómeno de Koebner, o erupción de lesiones cutáneas después de una irritación local, por lo que resulta tentador apuntar en este sentido. El hecho de que la psoriasis aparezca exclusivamente dentro de las maculas vitiliginosas refuerza la posibilidad de un mediador común. En este sentido, se han encontrado niveles elevados de TNF- α en la piel perilesional de pacientes con vitiligo. Una hipótesis plausible sería que los cambios en el ambiente local de citoquinas, causados por linfocitos T autorreactivos frente a los melanocitos que provocan el vitiligo, pueden ser suficientes para desencadenar la aparición de lesiones psoriásicas en pacientes genéticamente predispuestos, en términos de un fenómeno de Koebner "autoinmunitario".



P-036

DERMATOLOGÍA COTIDIANA EN FOTOTIPOS ALTOS: UN RETO DIAGNÓSTICO

Dra. Itziar Muelas Rives¹, Dr. Jorge Aróstegui Aguilar^{1,7}, Dr. Juan Ortiz Álvarez^{2,7}, Dr. Héctor Perandones González^{3,7}, Dra. Luisa Martos Cabrera^{4,7}, Dra. Cristina Galván Casas^{5,7}, Dra. Gisela Hebe Petite, Dra. Yolanda Gilaberte Calzada¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ³Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, ⁴Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España, ⁵Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España, ⁶Hospital Moisés Broggi, Barcelona, España, ⁷Proyecto de Cooperación Sanitaria Dermalawi, Malawi

INTRODUCCIÓN

La piel de los pacientes con fototipos altos presenta unas características estructurales y funcionales que difiere de los fototipos bajos, lo que condiciona una expresión diferente de las dermatosis más comunes que puede suponer un reto diagnóstico en muchas ocasiones.

Presentamos varios casos clínicos de patología cutánea en piel negra que encontramos de forma frecuente en nuestro medio. El objetivo de la presentación es el de mostrar dermatosis comunes y fácilmente reconocibles en fototipos bajos, pero que podemos pasar por alto en pacientes con pieles más oscuras.

CASO CLÍNICO

Presentamos varios casos clínicos de patología cutánea en pacientes con piel negra diagnosticados en el Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza), en diferentes campañas de cooperación del equipo Dermalawi. Exponemos casos de dermatitis atópica, psoriasis, impétigo, escabiosis, pitiriasis versicolor y condilomas acuminados. Todas ellas patologías dermatológicas que, si bien son muy habituales en una consulta de Dermatología general, pueden suponer un reto diagnóstico en la piel negra.

DISCUSIÓN

Las pieles más pigmentadas presentan una tendencia al desarrollo de patrones peculiares no usuales en la piel blanca, como son la frecuente adopción de formas anulares, la formación de lesiones más papulosas y foliculares, el desarrollo de patrones granulomatosos, y la tendencia a la cicatrización queloidal, a la ulceración y a la liquenificación. Asimismo, la ausencia de eritema y la persistencia de lesiones hiperpigmentadas (o, menos común, hipopigmentadas) tras procesos inflamatorios cutáneos son hallazgos típicos en este tipo de piel. Como dermatólogos, es necesario reconocer dichas características para no pasar por alto diagnósticos que, en otros pacientes, serían fácilmente reconocibles.



P-037

PENFIGOIDE DE MEMBRANAS MUCOSAS: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. Ángel González García¹, Dra. Elena Pérez Zafrilla¹, Dra. Malena Finello¹, Dr. Daniel Blaya Imbernón¹, Dr. Andrés Grau Echevarría¹, Dr. Rodrigo José Peñuelas Leal¹, Dra. Carolina Labrandero Hoyos¹, Dr. Víctor Alegre de Miquel¹

¹Consortio Hospital General Universitario De Valencia, VALENCIA, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 73 años que consulta por un cuadro de 5 meses de evolución de eritema y fibrosis conjuntival en ojo izquierdo. El resto del tegumento cutáneo-mucoso permanece conservado, incluyendo el ojo contralateral, exceptuando un eritema gingival periapical y una úlcera palatina indolora.

Ante esta clínica, la biopsia de conjuntiva con tinción de hematoxilina-eosina e inmunofluorescencia directa (IFD) positiva para depósitos IgG y C3 con patrón lineal en la unión dermoepidérmica condujo al diagnóstico de penfigoide cicatricial. Se trató con dapsona, previa determinación normal de G6PD, con lo que se detuvo la progresión de las lesiones y se produjo una mejoría paulatina de las mismas.

DISCUSIÓN

el penfigoide de membranas mucosas o cicatricial es una enfermedad ampollosa autoinmune crónica con afectación predominante de mucosas. Por un estímulo desconocido, se desencadena una reacción de hipersensibilidad que finalmente evoluciona a cicatrización y fibrosis de las mucosas afectadas. Existen diferentes desencadenantes, entre ellos los fármacos. Diversos estudios han reportado su asociación con el uso de iDPP4.

Para el diagnóstico se realiza estudio histológico de la piel lesional con tinción de hematoxilina-eosina e IFD de la piel perilesional. Otra técnica es la inmunofluorescencia indirecta (IFI) en piel separada con sal, en la que se puede observar si los autoanticuerpos se unen al techo epidérmico o al lado dérmico, siendo esto último característico del penfigoide ampolloso laminina 332. Su utilidad radica en que este tipo de penfigoide se ha relacionado con cáncer en diversos estudios.

CONCLUSIONES

el pronóstico del penfigoide cicatricial generalmente no es mortal, pero puede llevar a complicaciones graves, como ceguera y asfixia, según la mucosa afectada. El diagnóstico combina la clínica, el estudio analítico e histológico. El tratamiento inmunosupresor se adapta a la ubicación y gravedad de las lesiones, pudiendo ser resistente en casos con características específicas de anticuerpos.



P-038

PÉNFIGO HERPETIFORME: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

Dra. Lucía García Almazán¹, Dra Celia Campoy Carreño, Dra Marina Torrent García, Dr Alejandro Javier Castillo Botero, Dra Tamara Amanda Hernández Gómez, Dr Fernando Alarcón Soldevilla, Dr Ángel López Ávila, Dr Francisco José De León Marrero

¹Hospital Santa María Del Rosell, Cartagena, Spain

INTRODUCCIÓN

El pénfigo herpetiforme (PH) es una variante poco frecuente de pénfigo que correspondería del 6 al 7,2% de los casos de pénfigo. Se presenta más frecuentemente entre los 30-80 años siendo excepcional en niños y adolescentes. Clínicamente se caracteriza por la presencia de vesículas y ampollas dispuestas en ramilletes o rosetas que alternan con erosiones y costras, dando al cuadro un aspecto proteiforme.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, sin antecedentes médico - quirúrgicos de interés, que acudía a nuestra consulta por presentar lesiones de unos 2 meses de evolución consistentes en vesículas de contenido seroso dispuestas en rosetas o ramilletes, que asentaban sobre placas eritematosas erosiones, costras y excoriaciones secundarias al rascado por el intenso prurito. Éstas se habían ido diseminando de manera progresiva afectando prácticamente a la totalidad del cuerpo predominando en el tronco. No presentaba afectación de mucosas ni alteraciones del estado general. Tanto la biopsia realizada como la inmunofluorescencia indirecta eran compatibles con el diagnóstico de pénfigo herpetiforme. Se estableció tratamiento con Prednisona a dosis de 30 mg durante mes y medio y se le dio cita para revisión. Tras ese tiempo, solo presentaba algunas lesiones escoriadas recientes en antebrazos y zona superior de la espalda así como alguna mácula de hiperpigmentación residual. Se decidió continuar con Prednisona a dosis de 20 mg diarios durante otro mes más debido a que pudimos apreciar alguna vesícula activa. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y no ha vuelto a sufrir ninguna recaída hasta la fecha.

CONCLUSIONES

El PH es una variante de pénfigo que generalmente tiene buen pronóstico.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades ampollasas como el pénfigoide ampolloso, la dermatitis herpetiforme, el pénfigo Ig A, el pénfigo vulgar o la dermatosis Ig A lineal.



P-039

RETO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS: DERMATOSIS AMPOLLOSA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO Y MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO

Dra. Lorena Vila Cobreros¹, Dra. Cristina Fernández Romero¹, Dr. Osvaldo Gabriel Pereira-Resquín Galván¹, Dra. Alba Llorens López¹, Dra. Josefa San Juan Jiménez¹, Dra. Lismary Ruiz Cabezas¹, Dra. Virginia Pont Sanjuan¹

¹Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España

Presentamos el caso de un varón con cáncer de pulmón metastásico en 3ª línea, valorado de urgencia por una erupción ampollosa de 1 semana de evolución. Inició vinorelbina la semana previa al cuadro. Anteriores líneas incluyeron carboplatino, gemcitabina y pembrolizumab, suspendidas por progresión. Durante el tratamiento con pembrolizumab, fue valorado por prurito palmoplantar con fisuración y ulceración que mejoraron con la suspensión y corticoides. El cuadro actual se inició igual, con posterior extensión centrípeta hasta constituir un exantema generalizado a nuestra valoración. Ampollas tensas en pliegues y pies. Mucosa oral sin erosiones. No fiebre ni clínica sistémica. Analíticamente, elevación de transaminasas. Con diferencial entre penfigoide ampollosa (PA), liquen plano penfigoide (LPP) y toxicodermia, realizamos biopsia e iniciamos prednisona 0.8mg/kg en pauta descendente con gran mejoría. Presentó eritrodermia en seguimiento al bajar dosis a 0.5mg/kg. Escasas ampollas, sin afectación mucosa, nikolsky negativo. Se decide ingreso y nueva biopsia ante empeoramiento y cambio clínico. Ambas biopsias mostraron ampollas subepidérmicas con infiltrado neutrofílico y eosinofílico. IFD con depósito lineal de C3 e IgM y ELISA con título antiBP180 de 1.17. Compatible con PA. El brote remitió con corticoides intravenosos y se mantuvo con una pauta descendente lenta. Al poco tiempo de seguimiento, el cáncer progresó y falleció.

Presentamos este caso por su complejidad. La reciente introducción de vinorelbina y mezcla de patrones mantuvieron la sospecha de toxicodermia, a pesar de la baja frecuencia de asociación de ésta con dermatosis. El pembrolizumab se había suspendido hacía un año, pero la histología de PA, la similitud con el cuadro previo y la bibliografía de recidivas a pesar de la suspensión de la inmunoterapia, orientan a una posible causalidad. Destacar el papel del dermatólogo en el abordaje de estos pacientes y la importancia de una buena comunicación con oncología para asegurar el correcto manejo.



P-040

PENFIGOIDE AMPOLLOSO DISHIDRÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. María Jesús Barros Eyzaguirre¹, Dra. Catalina Axpe Gil, Dra. Belén Romero Jiménez, Dr. Fernando Gruber Velasco, Dr. Jorge Román Sainz, Dr. Adrián Imbernón Moya, Dr. Nicolás Silvestre Torner, Dra. María Dorado Fernández

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Presentamos una mujer diabética de 80 años con psoriasis de 40 años de evolución que presentó en 2020 un brote de lesiones vesiculoampollosas en pliegues submamaros y tronco. Tanto la histología como inmunofluorescencia directa fueron compatibles con penfigoide ampoloso, diagnóstico apoyado por la positividad de BP180. El cuadro fue controlado con la retirada de gliptina junto con la administración de prednisona y corticoterapia tópica.

La paciente no presentó nuevos brotes hasta agosto de 2023, cuando acude a Urgencias con cuadro de 1 semana de evolución consistente en ampollas y placas eritematodescamativas erosionadas de gran tamaño en tronco y raíz de miembros inferiores. A la exploración dermatológica se observan múltiples flictenas en palmas, plantas y talones. No presenta lesiones mucosas ni afectación sistémica.

Clínicamente el cuadro es compatible con penfigoide dishidrótico. La paciente está controlada clínicamente con prednisona oral y corticoides tópicos.

DISCUSIÓN

El penfigoide dishidrótico es considerada una variante cínica del penfigoide ampoloso localizado. Se manifiesta en pacientes mayores de 60 años en forma de grandes lesiones vesiculoampollosas localizadas de forma preferente en palmas y plantas que luego suelen generalizarse. Es habitual el contenido serohemorrágico de las lesiones.

La afectación de mucosas es muy poco frecuente.

Se trata de una enfermedad ampollosa autoinmune cuyo diagnóstico se basa en la clínica, la histología, la inmunofluorescencia directa y la detección de antígenos séricos. Se debe hacer un diagnóstico diferencial con el eccema dishidrótico y con el eritema multiforme. Esta patología tiene buena respuesta a tratamiento mediante corticoides orales a bajas dosis y corticoides tópicos.

El penfigoide ampoloso dishidrosiforme debe considerarse en personas de edad avanzada que presentan ampollas palmoplantares, especialmente si posteriormente aparecen ampollas en otras áreas del cuerpo.



P-041

LESIONES VESÍCULO-AMPOLLOSAS DE NUEVE AÑOS DE EVOLUCIÓN: RETO DIAGNÓSTICO.

Dra. Andrea Bernabeu Aicart¹, Dr Enrico Morales Tedone¹, Dr David Muñoz Castro¹, Dra Cristina Albanell Fernández¹, Dra Cristina García Gálvez¹, Dr Santiago Soto Fuster¹, Dr Víctor González Delgado¹, Dra Ángeles Revert Fernández¹

¹Hospital Clínico Universitario De Valencia, Valencia, Spain

CASO CLÍNICO

Acude a dermatología un varón de 52 años por aparición de lesiones pruriginosas en forma de vesículas y ampollas en áreas fotoexpuestas de 9 años de evolución. La clínica cursa en forma de brotes que aparecen durante los meses de primavera. Las lesiones curan dejando cicatriz e hipopigmentación residual.

A la exploración destaca la presencia de vesículas y ampollas de contenido seroso en áreas fotoexpuestas, excoriaciones, acompañadas de cicatrices atróficas, hipopigmentación residual y quistes de millium. Destaca la aparición de hipertrichosis malar y lipodistrofia en región facial.

Se solicita estudio completo. En la analítica destaca un aumento de la ferritina, bilirrubina total a expensas de la bilirrubina directa y aumento de transaminasas.

En el estudio de las porfirinas se detecta un aumento de porfirinas totales en orina de 24 horas. En la ampliación se observa un patrón de incremento de uroporfirinas respecto a las coproporfirinas y un aumento del metabolito de la heptacarboxilporfirina. La actividad de la Uroporfirinógeno descarboxilasa es normal.

En la serología se observa positividad para virus de la hepatitis C con carga viral de 2.946.103 UI/mL.

En la biopsia cutánea se observa una ampolla subepidérmica y el estudio mediante inmunofluorescencia directa muestra positividad lineal para IgG.

CONCLUSIÓN

La porfiria cutánea tarda es la porfiria más frecuente, siendo el tipo 1 (adquirida) la más prevalente de todos los subtipos. Dado que la clínica cursa en forma de brotes de lesiones vesículo-ampollosas con cicatrización marcada y cambios en la pigmentación postinflamatorios de predominio en áreas de fotoexposición, es importante realizar diagnóstico diferencial con patologías que cursan con clínica similar como otros tipos de porfirias, epidermolísis ampollosa adquirida, reacción polimorfo lumínica, erupciones fototóxicas o toxicodermias.



P-042

LUPUS ERITEMATOSO BULLOSO: REPORTE DE UN CASO

Dr. Guillermo Sau Molina¹, Dra. Sara Merino Molina, Dra. Elena Gallego Dominguez, Dr. Norberto López Navarro, Dra. Rosa Castillo Muñoz, Dr. Eliseo Martínez Garcia, Dr. Enrique Herrera Acosta

¹Hospital Universitario Virgen De La Victoria- Servicio de Dermatología, Málaga, España, ²Hospital Universitario Virgen De La Victoria- Servicio de Anatomía Patológica, Málaga, España

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 60 años sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de urgencias por erupción cutánea de 2 semanas de evolución. La paciente no refiere fiebre ni malestar general; ni haber introducido fármacos nuevos ni exposición solar reciente. A la exploración presenta placas eritematosas en región facial, algunas de ellas con evidencia de ampollas rotas y costra superficial; distribuidas principalmente en áreas fotoexpuestas. Se realiza biopsia para estudio histológico e inmunofluorescencia directa y estudio de autoinmunidad y se indica tratamiento con prednisona oral a dosis de 0.5mg/kg en pauta descendente y pomada de betametasona/gentamicina durante 10 días.

La biopsia resultó sugestiva de lupus eritematoso bulloso, con ampollas subepidérmicas con denso infiltrado neutrofílico en crestas papilares y depósito de mucina en dermis reticular; aunque la inmunofluorescencia resultó negativa. Se observó positividad en analítica para ANAs y anti-DNA. En su segunda visita se observó mejoría de las lesiones con el tratamiento pautado y se pautó tratamiento con hidroxiclороquina en dosis de 400mg/día y corticoide tópico. Se realizó la medición de actividad de enzimas tiopurina metiltransferasa y glucosa-6-fosfato deshidrogenasa para la planificación del tratamiento.

DISCUSIÓN

El Lupus Eritematoso Bulloso es una enfermedad autoinmune cuya lesión anatomopatológica fundamental es la formación de ampollas subepidérmicas. Cursa habitualmente con anticuerpos frente al colágeno VII, el cual es fundamental para mantener la unión dermo-epidérmica. Suele presentarse como complicación en algunos casos de lupus eritematoso sistémico; aunque, en raras ocasiones, supone la forma de presentación inicial.

Las lesiones surgen en zonas fotoexpuestas en forma de ampollas tensas sobre piel eritematosa. En el diagnóstico diferencial entran diferentes enfermedades ampollas, principalmente la epidermolisis bullosa adquirida y la dermatitis herpetiforme.

En cuanto al tratamiento, el fármaco de primera elección es la dapsona, pudiendo usarse además corticoesteroides y otros ahorradores de corticoides clásicos.



P-043

PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO: UNA ENTIDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Dr. José González Rodríguez¹, Dr. Eduardo de la Rosa Fernández¹, Dra. Irene Loizate Sarrionandia¹, Dra. Elsa Benítez García¹, Dra. María Herrero Moyano¹, Dra. Natalia Storti², Dra. Delia Almeida González³, Dr. José Suárez Hernández¹

¹Servicio de Dermatología Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, ²Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, ³Servicio de Análisis Clínicos Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

INTRODUCCIÓN

El pénfigo paraneoplásico (PPN) es una rara enfermedad autoinmune con afectación mucocutánea y multiorgánica que se asocia principalmente con neoplasias hematológicas. Presentamos un caso de PPN que supuso un reto diagnóstico en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO

Mujer de 69 años con leucemia linfática crónica (LLC) sin criterios de tratamiento. Acude a Urgencias con erosiones y úlceras en la lengua, mucosa yugal y labios, así como lesiones papulares eritematosas, de aspecto liquenoide en dorso de manos, antebrazos y escote. La biopsia reveló dermatitis de la interfase con queratinocitos necróticos. La serología mostró positividad para anti-desmogleina 3 y la inmunofluorescencia indirecta (IFI) fue positiva para anti-desmosomas y anti-envoplaquina, confirmándose el diagnóstico de PPN. Se pautaron 4 ciclos de rituximab cambiándose posteriormente a acalabrutinib por falta de respuesta. Actualmente las lesiones orales han mejorado con alivio sintomático, persistiendo las lesiones liquenoides en antebrazos y escote.

DISCUSIÓN

El PPN se manifiesta como una panestomatitis severa, dolorosa y refractaria al tratamiento, asociando lesiones cutáneas polimorfas (66%): tipo pénfigo, penfigoide, liquenoides (como en nuestro caso), eritema multiforme o tipo enfermedad injerto contra huésped. Existe un alto riesgo de infección y de desarrollo de bronquiolitis obliterante, siendo esta la principal causa de mortalidad. La histología no es específica. Para el diagnóstico será importante la detección de autoanticuerpos de la familia de las plaquinas, mediante técnicas que pueden no estar disponibles en muchos centros. El tratamiento debe iniciarse cuanto antes y se basa en controlar la enfermedad subyacente, corticoides sistémicos y rituximab, siendo característicamente refractario.

CONCLUSIONES

Destacamos un caso de PPN donde la aparición de lesiones cutáneas polimorfas asociadas a una afectación severa de la mucosa oral en el contexto de una LLC han sido claves para establecer una sospecha diagnóstica temprana y así no demorar la solicitud de los anticuerpos diagnósticos y el tratamiento precoz.



P-044

UN TRASTORNO MUY “ZORRO”: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE FOX-FORDYCE

Dra. Saray Simón Coloret¹, Dra. Marta Drake Monfort¹, Dra. Susana Armesto Alonso¹, Dr. Fernando Moro Bolado¹, Dra. Cristina Abraira Meriel¹, Dra. María del Amparo Sanchez Lopez¹, Dra. Inmaculada Bertomeu Genís¹, Dr. Marcos Antonio Gonzalez Lopez¹, Dra. Cristina Gomez Fernandez¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Spain

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años sin antecedentes médicos de interés que acude a consulta de Dermatología para valorar lesiones en ambas axilas con prurito intenso asociado de varios años de evolución.

A la exploración física se observan pápulas foliculares blanquecinas de 3 milímetros distribuidas de forma simétrica por ambas axilas. Se realiza biopsia punch con la sospecha clínica de enfermedad de Fox-Fordyce, la cual confirma el diagnóstico.

Se inicia tratamiento con pimecrólimus tópico con mejoría parcial por lo que se pauta isotretinoína tópica al 0,05%, siendo ésta última efectiva.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Fox-Fordyce es un trastorno inflamatorio infrecuente de las glándulas apocrinas que se caracteriza por la aparición de pápulas foliculares en áreas donde predominan estas glándulas (axilas, areolas mamarias, labios menores, escroto, prepucio, región perianal). Suele aparecer en mujeres de entre 13 y 35 años. Se cree que la obstrucción del conducto excretor de la glándula tendría un papel importante en la etiopatogenia, la cual no está del todo clara. Otros factores como la influencia hormonal podrían colaborar al desarrollo de esta entidad, dada la epidemiología típica de la misma.

El diagnóstico de sospecha es clínico y se confirma mediante biopsia.

Dentro de los tratamientos tópicos posibles se encuentran los corticoides tópicos, pimecrólimus tópico, retinoides tópicos y antibióticos como la clindamicina. También se pueden emplear los anticonceptivos orales y, en casos más resistentes se pueden valorar opciones quirúrgicas.



P-045

HEMORRAGIAS EN ASTILLA EN MASTOCITOSIS SISTÉMICA AGRESIVA

Dra. Mar Rodríguez Troncoso¹, Dr. José María Llamas Molina¹, Dr. Alberto Benavente Fernández¹, Dra. María Narváez Simón¹, Dr. Carlos Llamas Segura¹, Dra. María Zulaika Lloret¹

¹Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada, Spain

Presentamos el caso clínico de una mujer de 61 años sin antecedentes de interés, que es hospitalizada debido a la presencia de taquicardia, hipotensión grave y náuseas. A la exploración física se observa una erupción cutánea difusa con enrojecimiento facial y hemorragias en astilla en las uñas de todos los dedos de ambas manos, sin auscultarse soplos a nivel cardíaco ni detectarse fiebre. Se descartó endocarditis, destacando una intensa eosinofilia (52%, >2000 células/mm³) sin elevación de IgE en sangre periférica y sobresaliendo unos valores de Triptasa sérica muy elevados de manera repetida. Finalmente, se establece el diagnóstico de mastocitosis sistémica agresiva, a partir de la presencia del criterio mayor (≥ 15 mastocitos formando agregados en la biopsia de médula ósea) y dos criterios menores (niveles de Triptasa sérica repetidamente elevados >200 ng/mL y la mutación D816V en el gen KIT de la mastocitosis). Las hemorragias en astilla son un fenómeno cutáneo que es producido por fragilidad, embolismos, trombosis y/o hipercoagulabilidad.

Cuando están presentes debemos tener en cuenta diferentes diagnósticos diferenciales como clásicamente la endocarditis infecciosa o dermatosis como la psoriasis y el liquen plano, pero también otros procesos como traumatismos ungueales, conectivopatías o neoplasias y fenómenos proliferativos como la mastocitosis descrita en nuestro caso. Los mastocitos podrían producir este fenómeno debido a su intensa proliferación y liberación de mediadores a sangre periférica. La importancia de este caso es remarcar que las hemorragias en astilla no son patognomónicas de ninguna entidad y que debemos descartarlas en otras patologías en beneficio de los pacientes.



P-046

FIBROQUERATOMAS PERIUNGUEALES ADQUIRIDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Carlos Palomar Prieto¹, Dra Elena Hernández Salas¹, Dra Celia Horcajada Reales¹, Dra Begoña Echeverría García¹, Dra Anastasia Ana Garrido Ríos¹, Dra Helena Álvarez Garrido¹, Dra Juncal Ruiz Rivero¹, Dr Jesus Borbujo Martínez¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada – Servicio de Dermatología, Fuenlabrada, Spain

Los tumores periungueales son un reto diagnóstico y terapéutico ya que su abordaje quirúrgico puede provocar distrofias ungueales irreversibles. La ecografía puede ayudar al abordaje diagnóstico y terapéutico de estas lesiones.

Describimos el caso de un paciente de 34 años, sin antecedentes de interés, que consulta por una tumoración periungueal de 3 años de evolución. No recordaba traumatismo y no presentaba antecedentes familiares ni otras lesiones sugestivas de esclerosis tuberosa. A la exploración se aprecia sobre el pliegue proximal de la cuarta uña de la mano izquierda una lesión excrescente laminar de superficie queratósica con aparente aparato ungueal propio sobre la uña sana. Ante la sospecha de uña ectópica se decide realizar una ecografía que muestra en el dorso de la articulación interfalángica distal una lesión elongada isoecoica de 3mm sin matriz propia ni conexión con la misma, compatible con un fibroqueratoma acral. Se decide tratamiento quirúrgico con extirpación completa de la lesión y el estudio histológico confirma el diagnóstico de fibroqueratoma.

La uña ectópica u onicoheterotopia es una entidad infrecuente que se define como el crecimiento de tejido ungueal fuera de la unidad ungueal, y en variantes adquiridas suele desarrolla tras traumatismos que producen la división e implantación de la matriz germinal o la inoculación heterotópica de células germinales. Estos casos se han descrito predominantemente en cara dorsal de los dedos de la mano. Su abordaje quirúrgico supone la extirpación de la matriz ectópica.

Los fibroqueratomas acrales son tumoraciones benignas fibrosas normocoloreadas con morfología habitualmente cupuliforme o coniforme, pero pueden adquirir otras morfologías como en el caso presentado. La extirpación quirúrgica permite la confirmación diagnóstica y es el tratamiento definitivo.

En el caso presentado, la ecografía ayuda a reorientar el diagnóstico de una lesión sugestiva de onicoheterotopia y su abordaje quirúrgico.



P-047

MÚLTIPLES CONDILOMAS PLANOS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍFILIS SECUNDARIA

Dra. Cristina García Gálvez¹, Dr Santiago Soto Fuster¹, Dra Alicia Tormos Esteve¹, Dra Ainhoa Fernández Arregui¹, Dra Andrea Bernabeu Aicart¹, Dr Enrico Giorgio Morales Tedone¹, Dr Enrique García Gómez², Dra Ángeles Revert Fernández¹

¹Servicio Dermatología, Hospital Clínico Universitario Valencia, Valencia, Spain, ²Servicio Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Valencia, Valencia, Spain

Mujer de 28 años remitida desde Ginecología por lesiones cutáneas de 2 meses de evolución en genitales, pliegue interglúteo e infraabdominal.

A la exploración presentaba múltiples nódulos rosados indurados de superficie lisa de 0,5-2 cm en vulva, pliegue inguinal, pliegue interglúteo e infraabdominal, junto con lesiones rosadas anulares confluentes con collarete descamativo en palmas y plantas.

Ante la sospecha de condilomas planos junto con clavos sífilíticos palmo-plantares, manifestaciones típicas de sífilis secundaria, solicitamos serología para *Treponema pallidum* resultó positiva, biopsia cutánea y administración de penicilina G benzatina 2,4 M unidades intramuscular.

El condiloma lata o plano es una manifestación cutánea clásica, aunque infrecuente de la sífilis secundaria, con una incidencia según series del 5 al 22%.

Se definen como placas o nódulos en el área anogenital, con una superficie lisa, plana o mamelonada. Aparecen con mayor frecuencia en áreas próximas al chancro primario y pueden reflejar la diseminación directa de organismos desde la úlcera primaria, por tanto, son más frecuentes en región anogenital y boca; aunque pueden presentarse en cualquier superficie corporal donde la humedad se acumula como axilas, espacios interdigitales de los pies...

El diagnóstico es serológico, aunque una biopsia puede ayudar a diferenciarlos de otras lesiones.

En la histología, se observa a nivel de la epidermis exocitosis linfocitaria y polimorfonuclear, así como daño en la capa basal. En la dermis papilar hay un infiltrado inflamatorio tanto linfocítico como polimorfonuclear, con marcado número de células plasmáticas. Mediante técnicas de inmunohistoquímica para *Treponema* se observan numerosas espiroquetas.

El conocimiento de las manifestaciones de la sífilis, así como realizar un buen diagnóstico diferencial de las lesiones genitales, sigue siendo un reto para muchos profesionales.

Esto sumado a que la venereología concierne a los dermatólogos, y al aumento de incidencia reciente de sífilis, nos hace seguir estando alerta de esta patología.



P-048

DESENMASCARÁNDO UN CASO DE SÍFILIS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dra. Mónica Gómez Manzanares¹, Dra. Laura Martínez Montalvo¹, Dr. Omar Al-wattar Ceballos¹, Dra. Marina Montero García¹, Dr. Marcos Carmona Rodríguez¹, Dra. María del Prado Sánchez Caminero¹, Dr. Guillermo Romero Aguilera¹

¹Hospital General Universitario De Ciudad Real, Ciudad Real, Spain

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: CASO CLÍNICO.

OBJETIVO/S

Describir un caso de sífilis primaria que simulaba una neoplasia maligna.

MATERIAL Y MÉTODOS

HISTORIA CLÍNICA.

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años ingresado por otalgia bilateral, odinofagia y molestias cervicales de 3 meses de evolución, con PET-TC que informa de lesión hipercaptante amigdalar izquierda con extensión a seno piriforme ipsilateral y adenopatías cervicales, sospechoso de malignidad. No refería otra sintomatología sistémica de interés. A la exploración física, presentaba una úlcera única, indurada e indolora de 1 cm en labio superior asociado a adenopatías laterales patológicas. Durante el ingreso el paciente experimentó un cuadro de exantema eritematoso generalizado tras administración de cefuroxima.

En ambas biopsias se objetivó una inmunohistoquímica positiva para treponemas, así como una serología con test treponémicos positivos y PRP positivo 1/64.

Con estos hallazgos el diagnóstico fue de sífilis primaria. Ante la sospecha de reacción de JARIS-HERXHEIMER, se descartó alergia a betalactámicos por el servicio de alergología.

RESULTADOS

El diagnóstico definitivo fue de sífilis primaria, recibiendo tratamiento con penicilina benzatina G 2,4 millones de unidades intramuscular en dosis única. Actualmente se encuentra en control serológico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La sífilis es una infección causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, siendo el contagio sexual la principal vía de transmisión. Presenta diferentes estadios sintomáticos: primario, secundario y terciario. La sífilis primaria se caracteriza por una lesión cutánea localizada e indolora en el punto de inoculación, denominada chancro.

Dada la gran cantidad de manifestaciones clínicas asociadas es conocida como la "gran simuladora", por ello, es importante que la tengamos siempre en cuenta, ya que se incluye en el diagnóstico diferencial de diversas patologías de origen autoinmune, tumoral o infeccioso, requiriendo de un alto grado de sospecha para poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.



P-049

HEPATITIS SIFILÍTICA: ¿ES POSIBLE?

Dra. Catalina Axpe Gil¹, Dra. María Jesús Barros Eyzaguirre¹, Dra. Belén Romero Jiménez¹, Dr. Fernando Gruber Velasco¹, Dr. Jorge Román Sainz¹, Dr. Nicolás Silvestre Torner¹, Dra. María Dorado Fernández¹, Dr. Adrián Imbernón Moya¹

¹Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

CASO CLÍNICO

Presentamos un varón de 40 años con antecedente de Linfoma no Hodking hepatoesplénico en remisión que ingresa en junio en Medicina Interna por pancreatitis aguda junto con elevación de transaminasas de patrón mixto. Previo al alta se observa en estudios con TAC y RMN un nódulo hepático compatible radiológicamente con fibrosis que se decide biopsiar. En la biopsia se observa reacción linfocitaria con células plasmáticas sin evidencia de atipia. Acude un mes más tarde a revisión con presencia de lesiones hiperqueratósicas palmoplantares, úlcera en pene asintomática y adenopatías inguinales no dolorosas unilaterales. Refería prácticas sexuales de riesgo hace 4 meses.

Ante resultado de biopsia, lesiones cutáneas y hepatitis se solicitan estudios serológicos donde se observa un TPHA 80.00 y RPR 1/64. El resto de serologías fueron negativas y la PCR de la úlcera descartó origen herpético. Con diagnóstico de sífilis secundaria se pauta una dosis Penicilina G Benzatina 2.4 millones UI con rápida mejoría de las transaminasas y desaparición de las lesiones cutáneas. Actualmente se encuentra asintomático y en seguimiento con TAC y serologías actualmente.

DISCUSIÓN

La hepatitis sifilítica es infrecuente y ocurre tras la diseminación inicial del *Treponema pallidum* a partir de 3-4 meses tras el contagio inicia. Puede coexistir con secundarismos cutáneos siendo el exantema maculopapular y la afectación palmoplantar los más frecuentes.

El diagnóstico se basa en pruebas serológicas positivas junto con hipertransaminasemia, más frecuentemente de patrón colestásico que hepatocelular. En las biopsias hepáticas se observa un predominio de linfocitos y células plasmáticas siendo la presencia treponema un criterio diagnóstico, pero la no visualización no lo excluye. La mejor evidencia del papel etiológico de la sífilis en el desarrollo de hepatitis es la rápida remisión de las anomalías clínicas y bioquímicas después del tratamiento con Penicilina G Benzatina



P-050

LINFOGRANULOMA VENÉREO: UNA ENFERMEDAD EMERGENTE

Dr. Samuel Corral Pavanelo¹, Dra. Pilar Luque Varela¹, Dr. Eliseo Martínez García¹, Dra. Ana Carmona Olveira¹, Dr. Jorge Alonso Suárez Pérez¹, Dr. Enrique Herrera Acosta¹

¹Hospital Universitario Virgen de La Victoria, España

Presentamos el caso de un varón de 44 años que acude a consulta de Dermatología por lesión en región perianal de tres meses de evolución, friable y con sangrado a la exploración. Se tomó una biopsia para mejor caracterización con resultado de lesión epitelial polipoide ulcerada, sin atipia citológica, con inflamación mixta de predominio linfo-plasmocitario. Se tomó muestra para estudio por PCR siendo positiva para los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*. Se completó el estudio con valoración endoscópica mostrando afectación del canal rectal. El paciente inició tratamiento con Doxiciclina a dosis de 100 mg cada doce horas, con resolución completa de la lesión al mes.

El linfogranuloma venéreo es una infección de transmisión por contacto sexual causada por la bacteria intracelular *Chlamydia trachomatis*, específicamente por sus serotipos L1, L2 y L3. Su presentación clínica se caracteriza por múltiples adenopatías dolorosas en región inguinal, a veces acompañadas de lesiones a nivel cutáneo en forma de úlcera indolora o incluso afectación rectal. Esta entidad ha experimentado un importante aumento de su incidencia durante los últimos años en España, especialmente en hombres, los cuales representaron un total del 98.8% del total de casos en el año 2021, con una tasa de incidencia de 1.66 casos por cada cien mil habitantes, por lo que resaltamos la importancia de conocer esta infección e incluirla dentro del diagnóstico diferencial de las úlceras perianales y proctitis.



P-051

EL VALOR DE LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN VARONES: ¿Y SI NO TODA ALOPECIA ES ANDROGENÉTICA?

Dra. Ines Oteiza Rius¹, Dra. Ana Morelló Vicente¹, Dra. Elisa María Gómez González¹, Dra. Deiane Marcos¹, Dra. Ane Carrera¹, Dra. Nuria Rodríguez Garijo¹

¹*Clinica Universidad De Navarra, Pamplona, Spain*

INTRODUCCIÓN

Tanto el efluvio telógeno como la alopecia androgenética son causas frecuentes de pérdida capilar. Aunque su presentación y etiología difieren notablemente, pueden coexistir y, en ocasiones, puede suponer un reto diagnóstico distinguir ambos procesos.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos 3 pacientes varones de entre 16 y 20 años que acuden a consulta por caída capilar de unos meses de evolución. En la exploración física se apreciaba hipodensidad capilar generalizada y pilotracción positiva. En uno de los pacientes, estos hallazgos coexistían con miniaturización folicular y retraso de la línea de implantación en regiones frontotemporales. Dados los hallazgos, se realizó un estudio analítico, confirmando un déficit de folato en los pacientes. Por este motivo, se inició tratamiento suplementario, consiguiendo así una repoblación del cuero cabelludo.

DISCUSIÓN

El efluvio telógeno es una de las causas más frecuentes de alopecia. Se presenta como una caída difusa de unidades pilosas (>100 pelos/día) 3 meses después de un evento desencadenante de etiología muy variada. Establecer la causa de dicho proceso resulta esencial para determinar un tratamiento adecuado. Para ello, es importante descartar la toma de fármacos como betabloqueantes, retinoides o antitiroideos y la presencia de alteraciones endocrinas o deficiencias nutricionales.

A pesar de tratarse de una patología más frecuente en mujeres, es importante considerar el diagnóstico en hombres y realizar un adecuado diagnóstico diferencial con la alopecia androgenética, teniendo en cuenta que son entidades no excluyentes entre sí y, por lo tanto, pueden coexistir en algunos pacientes.

CONCLUSIÓN

Frecuentemente, la alopecia difusa en varones es diagnosticada como alopecia androgenética debido a su alta prevalencia. Esto implica que, tanto los tratamientos con suplementos nutricionales como la realización de pruebas complementarias, queden olvidados en algunos casos de alopecia en varones. Estos casos remarcan la importancia de valorar los déficits nutricionales, asociados generalmente a alopecia femenina, también en varones.



P-052

DOS HERMANOS CON SÍNDROME DEL PELO IMPEINABLE: UNA NUEVA VARIANTE PATOGENICA

Dr. Carlos Calvo Asín¹, Dra. Raquel Cavestany Rodriguez¹, Dr. José Puig Buendía¹, Dr. Christian Gutiérrez Collar¹, Dra. Julia Montero Menárguez¹, Dra. Lorena Calderón Lozano¹, Dr. Pablo Luis Ortiz Romero¹, Dra. Virginia Velasco Tamariz¹

¹Hospital Universitario 12 De Octubre, MADRID, Spain

El síndrome del cabello impeinable o pili trianguli et canaliculi es una rara displasia pilosa descrita por Dupré en 1973, en la mayoría de casos esporádica, aunque se han descrito casos de herencia autosómica recesiva y dominante. Afecta únicamente al pelo del cuero cabelludo, de forma difusa y, en una minoría de casos, se asocia a otras displasias ectodérmicas. Suele mejorar antes de la pubertad. Se han descrito mutaciones en 3 genes (PADI3, TGM3 y TCHH) que codifican proteínas de la formación del tallo piloso.

Presentamos el caso de dos hermanos con cabello rubio, áspero y ralo. En la tricoscopia se evidenció el surco longitudinal característico. Ante la sospecha clínica de un Síndrome de Pelo Impeinable, se realizó estudio genético en los dos pacientes y sus dos progenitores, siendo la niña heterocigota compuesta para la variante probablemente patogénica de origen paterno c.1374dup (p.Val459ArgfsTer15) y para la variante patogénica de origen materno c.881C>T (p.Ala294Val) en el gen PADI3. En su hermano, se identificó la presencia de la variante patogénica c.881C>T (p.Ala294Val) y la variante de significado clínico incierto c.1374dup (p.Val459ArgfsTer15) en el gen PADI3, ambas en heterocigosis.

En conclusión, han sido descritas 11 variantes patogénicas en el gen PADI3, 2 de ellas fueron detectadas de forma recurrente en alrededor del 99% de todos los portadores [c.881C>T (p.Ala294Val) y c.335T>A (p.Leu112His)]. En nuestros dos pacientes, la presencia de la variante de origen paterno c.1374dup (p.Val459ArgfsTer15) orienta a una probable nueva variante patogénica, no descrita previamente.



P-053

ALOPECIA ANDROGÉNICA EN UN PACIENTE TRANSGÉNERO: ¿SON ADECUADOS LOS TRATAMIENTOS HORMONALES?

Dr. Bernat Mas Matas¹, Dra. María Cruz Álvarez-Buylla Puente¹, Dra. Verónica Fernández Tapia¹, Dra. Margalida Perelló Roig¹, Dr. Joan Mir Bonafé¹, Dra. Rosa Taberner Ferrer¹, Dra. Cristina Nadal Lladó¹

¹Hospital Son Llätzer. Servicio de dermatología, Palma De Mallorca, Spain

INTRODUCCIÓN

La alopecia androgénica es la alopecia más común. Se debe al efecto de la dihidrotestosterona (DHT), derivado de la testosterona mediante la enzima 5 α -Reductasa (5 α R), sobre el folículo piloso. El minoxidil y los inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5 α R) son los fármacos más empleados en su tratamiento.

En pacientes transgénero masculino, la testosterona exógena es un tratamiento habitual. Los principales efectos adversos descritos de este tratamiento son el acné, el hirsutismo y la misma alopecia androgénica.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente transgénero masculino de 52 años en tratamiento con testosterona desde hace 7 años que consulta por pérdida de densidad capilar tras iniciar el tratamiento con testosterona. En la exploración física se objetiva una disminución de la densidad capilar en la región central frontal y parietal y una miniaturización del cabello en la dermatoscopia, compatible con alopecia androgénica. Se inicia tratamiento con finasteride 1 mg + minoxidil oral 2,5mg, que posteriormente se aumenta hasta 5mg. Tras nueve meses de tratamiento, se evidencia una clara mejoría de la densidad capilar, con menor miniaturización, sin efectos adversos destacables.

DISCUSIÓN

Respecto a los tratamientos de la alopecia en pacientes que toman testosterona, se evidencia en la literatura que el tratamiento hormonal con finasteride o dutasteride no disminuye los niveles de testosterona circulantes, ni afecta al deseado desarrollo de los caracteres sexuales secundarios masculinos. Se aportan datos de estudios disponibles en la literatura.

CONCLUSIONES

Los inhibidores de la 5 α R son fármacos seguros y eficaces en el tratamiento de la alopecia androgénica en pacientes transgénero en tratamiento con testosterona. Su uso no disminuye el efecto masculinizante de la testosterona exógena.



P-054

USO DE TOFACITINIB ORAL COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA GRAVE

Dra. Patricia Andrés Ibarrola¹, Dr. Manuel Pascual Ares¹, Dr. Xabier Atxutegi Ayesta¹, Dr. Xabier Mirena Eizaguirre Uriarte¹, Dra. Elvira Acebo Mariñas¹, Dra. María Rosario Gonzalez-Hermosa¹

¹Hospital Universitarios Cruces, Bilbao, Spain

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Serie de casos de pacientes con alopecia areata grave tratados con tofacitinib oral.

OBJETIVO

Describir la respuesta terapéutica en la práctica clínica y la seguridad con el uso de tofacitinib oral en pacientes con alopecia areata (AA) grave.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de una serie de 11 pacientes con AA grave tratados con tofacitinib oral a dosis de 5 mg/12 horas. Para determinar la respuesta al tratamiento se utilizó el Índice de Severidad de Alopecia Areata (SALT) al inicio (mes 0), a los 3 meses y a los 6 meses de tratamiento.

RESULTADOS

Todos los pacientes presentaban una AA grave al inicio (SALT S3-S5). Durante el seguimiento, 7 pacientes han tenido una evolución favorable (SALT de S0-S3 a los 6 meses) y 4 pacientes han tenido mala evolución (SALT S4A-S4B a los 6 meses). Tres pacientes tuvieron efectos adversos con el uso de tofacitinib (artralgias axiales, herpes, cefalea e hipertensión arterial).

DISCUSIÓN

El manejo terapéutico de la AA grave es un reto para el dermatólogo. La experiencia clínica orienta a la utilidad de la terapia inmunosupresora. Como otros estudios descriptivos (Liu, L. et al.) que valoran el uso de los inhibidores de la vía JAK/STAT en su tratamiento, en la muestra analizada se observa una respuesta variable con el uso del tofacitinib a una dosis de 5 mg/12 horas. Un 64% de los pacientes presenta una evolución favorable a los 6 meses. Se puede observar que los pacientes con mayor duración de la alopecia presentan menor respuesta al tratamiento con tofacitinib oral y más tendencia a la recaída. No hubo efectos secundarios graves.

CONCLUSIONES

El uso de inhibidores de la vía JAK/STAT, como el tofacitinib oral, es una buena opción terapéutica por su eficacia y seguridad en los pacientes con alopecia areata grave.



P-055

INTERLEUQUINA 6 EN UNA COHORTE DE 284 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSOS SISTÉMICO: RELACIÓN CON EXPRESIÓN CLÍNICA

Sra. **Júlia Mercader Salvans**¹, Sra. **María García Gonzalez**¹, Fuensanta Gómez Bernal¹, Dra. **Candelaria Martín González**¹, Dr. **Iván Ferráz Amaro**¹

¹Hospital Universitario De Canarias, San Cristóbal de la Laguna, Spain

INTRODUCCIÓN

La interleuquina 6 (IL-6) es una citoquina proinflamatoria que actúa como mediadora en la respuesta inmunitaria y juega un papel en las enfermedades inflamatorias. No existen estudios sobre la relación entre la IL-6 sérica y las características clínicas del lupus eritematoso sistémico (LES) en series bien caracterizadas.

OBJETIVO

Analizar la asociación de los niveles de IL-6 y las manifestaciones clínicas del LES en una cohorte caracterizada de forma completa.

MÉTODOS

Se incluyeron 284 pacientes con LES. Se determinaron los niveles de IL-6 séricas y se calcularon índices de actividad (SLEDAI-2K), severidad (Katz) y daño (SLICC-DI) de la enfermedad, así como, el perfil lipídico completo y la presencia de aterosclerosis carotídea. Además, se analizó el sistema del complemento mediante test funcionales de las tres vías del mismo. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para estudiar la relación entre dichas características de la enfermedad y los niveles de IL-6.

RESULTADOS

La edad, la proteína C reactiva (PCR) y el género masculino se asociaron con niveles de IL-6 más elevados de manera significativa en pacientes con LES. La mayoría de características clínicas y los índices de la enfermedad no mostraron significación estadística con la IL-6. Tras análisis multivariable, la IL-6 se asoció con niveles de colesterol HDL y apoproteína A1 más bajos. Por otro lado, la cascada alternativa del complemento y el C1inh y C3a mostraron asociación independiente con los niveles de IL-6 tras ajuste por covariables. La calculadora de riesgo cardiovascular Systematic Coronary Risk Assessment 2 (SCORE2) también se asoció de forma independiente con niveles de IL-6 más elevados.

CONCLUSIÓN

La IL6 no muestra, en general, relación con la expresión clínica de la enfermedad. No obstante, sí existe una relación con la activación del complemento y un mayor riesgo cardiovascular.



P-056

PAPULOSIS FIBROSA BLANCA DEL CUELLO: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

Dr. Juan Pablo Velasco Amador¹, Dr. Álvaro Prados Carmona¹, Dra. María Dolores Pegalajar García¹, Dra. Ana Gil Villalba¹, Dr. Francisco Javier De la Torre Gomar¹, Dr. Ricardo Ruiz Villaverde¹

¹Hospital Clínico San Cecilio, Granada, Spain

Presentamos el caso de una paciente de 33 años con una lesión bien delimitada en el lado derecho del cuello con una región central atrófica, borde parduzco y consistencia elástica. Tanto la clínica como la dermatoscopia y, el estudio histopatológico fue compatible con el diagnóstico de papulosis fibrosa blanca del cuello.

La papulosis fibrosa blanca del cuello es una enfermedad poco frecuente que se presenta en forma de pápulas o placas fibrosas. Aunque no existe un consenso claro sobre su etiología, se han propuesto diversas teorías relacionadas con alteraciones del metabolismo del colágeno y la elastina. La prevalencia exacta se desconoce debido a su infradiagnóstico. Clínicamente, las lesiones son pápulas o placas sólidas, de color amarillento a marrón, que suelen medir entre 2 y 10 mm de diámetro. Estas lesiones suelen aparecer en la cara y el cuello, aunque también pueden afectar a otras zonas del cuerpo. Aunque las lesiones suelen ser asintomáticas, algunos pacientes pueden experimentar prurito o sensación de tirantez en las zonas afectadas. La principal característica histopatológica es la fibrosis dérmica superficial con escasa elastolisis. La dermatoscopia de las lesiones sólo ha sido descrita en una publicación previa, encontrándose lesiones homogéneas, blancas, bien circunscritas y punteadas por vasos puntiformes o cortos y finos. El diagnóstico se basa principalmente en las características clínicas de las lesiones. Entidades como el pseudoxantoma elástico, el síndrome de Buschke-Ollendorff, la morfea, el liquen escleroso, el elastoma y la mucinosis folicular deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial. El tratamiento consiste en controlar los síntomas mediante corticoides tópicos, retinoides tópicos, terapia con láser, crioterapia o escisión quirúrgica.



P-057

SARCOIDOSIS LIQUENOIDE. UNA MANIFESTACIÓN CUTÁNEA POCO FRECUENTE EN EL PACIENTE ADULTO

Dra. María Zulaika Lloret¹, Dra. Mar Rodríguez Troncoso¹, Dra. María Dolores Pegalajar García¹, Dr. Francisco Javier De la Torre Gomar¹, Dr. Francisco Manuel Almazán Fernández¹, Dr. Ricardo Ruiz Villaverde¹

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Servicio de Dermatología, Granada, Spain

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa crónica de etiología desconocida que puede afectar a distintos órganos y sistemas, principalmente a pulmones, sistema linfático, ojos y piel. La sarcoidosis cutánea está presente en hasta uno de cada tres pacientes con sarcoidosis sistémica, pudiendo constituir la primera e incluso la única manifestación de esta última.

Presentamos el caso de una mujer de 64 años, sin antecedentes de interés, que consultó por lesiones en antebrazos, rodillas y espalda de varios años de evolución. A la exploración física se observaron múltiples pápulas planas agrupadas de coloración rojiza, con disposición lineal y distribución simétrica en las localizaciones referidas. No asociaba prurito ni otra sintomatología. El estudio histológico mostró numerosos granulomas no caseificantes en dermis superficial y profunda. Se solicitó radiografía de tórax, analítica sanguínea con niveles de ECA, pruebas de función respiratoria y examen oftalmológico sin hallazgos relevantes. Con todo ello, se realizó el diagnóstico de sarcoidosis liquenoide y se inició tratamiento con clobetasol 0,5 mg/g en crema y prednisona 30 mg durante dos semanas con respuesta completa de las lesiones.

La sarcoidosis liquenoide representa un 1-2% de los casos de sarcoidosis cutánea, habiéndose descrito sobre todo en niños con afectación sarcoidea a nivel ocular o articular, pero no respiratoria y siendo muy infrecuente en adultos. Suele presentarse en forma de pápulas eritematomarronáceas, pruriginosas o asintomáticas, de predominio en tronco, extremidades y cara. Debe diferenciarse de otras dermatosis con patrón liquenoide similar, incluido el liquen plano y la erupción liquenoide medicamentosa. A nivel histológico, la existencia de múltiples granulomas no caseificantes en dermis superficial es la principal característica que apoya su diagnóstico. En el abordaje terapéutico de la sarcoidosis se han empleado corticoides tópicos o sistémicos, tacrólimus tópico o hidroxycloquina oral, existiendo otras alternativas como el metotrexato, tetraciclinas, talidomida o inhibidores del TNF- α .



P-058

TIOSULFATO SÓDICO INTRAVENOSO COMO TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA MIXTA CON FOCOS DE CALCIFICACIÓN DISTRÓFICA Y METASTÁSICA

Dr. Jose Puig Buendía¹, Dr. Jon Fulgencio Barbarín, Dra. Alba Calleja Algarra, Dra. Raquel Cavestany Rodríguez, Dr. Carlos Calvo Asín, Dr. An Wang, Dra. Lorena Calderón Lozano, Dr. Borja Gonzalez Rodríguez, Dr. Christian Gutiérrez Collar

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 87 años hipertensa, diabética tipo 2 y dislipémica con antecedentes de artritis reumatoide, hipovitaminosis D severa con hiperparatiroidismo asociado, neumopatía crónica, anemia de trastornos crónicos

Tratamiento habitual: furosemida, metformina, prednisona 5mg, metotrexato, acfol y denosumab.

En seguimiento por úlceras muy dolorosas en cara interna de ambos tobillos de aproximadamente 8x5cm de diámetro, de etiología mixta (hipertensiva y venosa) de años de evolución con múltiples focos de calcificación distrófica/metastásica asociada. Tratadas con desbridamiento e injertos en sello en 2 ocasiones asociados a curas ambulatorias con escasa mejoría.

Dado el componente arterial de las calcificaciones se inició tratamiento con tiosulfato sódico intravenoso asociado a curas con fomentos de lejía, alginato, vendaje semicompresivo y vaselina pomada perilesional con mejoría de las lesiones, reducción radiológica de los depósitos de calcio y reepitelización de las úlceras tras 2 meses de tratamiento

DISCUSIÓN

Las calcificaciones cutáneas se caracteriza por el depósito de sales de calcio insolubles en el tejido cutáneo o subcutáneo. Generalmente se dividen en 5 categorías: distrófica, metastásica, idiopática, iatrogénica y mixta. Las calcificaciones distróficas aparecen en el contexto de una lesión tisular localizada, sin alteración metabólica de la regulación del calcio subyacente. La calcificación metastásica en cambio se caracteriza por el depósito de calcio en tejidos normales por disfunción del metabolismo fosfo-cálcico.

Hay múltiples casos publicados sobre el uso y la eficacia del tiosulfato sódico intravenoso como tratamiento de las enfermedades calcificantes de la piel. Sin embargo todavía no existe suficiente evidencia disponible y son necesarios más estudios para demostrar su eficacia real.



P-059

INHIBIDORES DE JAK EN CUADROS ESCLERODERMIFORMES

**Dra. Carolina Labrandero Hoyos¹, Dr Rodrigo Peñuelas Leal¹, Dr Andrés Grau Echevarría¹, Dra Malena Finello¹,
Dr Daniel Blaya Imbernon¹, Dr Jorge Magdaleno Tapial¹, Dra Amparo Pérez Ferriols¹, Dra Violeta Zaragoza Ninet¹**

¹Consortio Hospital General Universitario Valencia, Valencia, Spain

INTRODUCCIÓN

La morfea profunda y la fascitis eosinofílica son dos patologías en las que se produce una esclerosis cutánea marcada que incluso dificulta la funcionalidad de los miembros e impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Su tratamiento en muchos casos supone un reto ya que las opciones clásicas como metotrexate tienen una efectividad limitada. Los inhibidores de JAK se han posicionado en dermatología como nuevos tratamientos eficaces en dermatitis atópica grave, pero actualmente están surgiendo trabajos que muestran su utilidad en otras patologías inflamatorias como son los cuadros esclerodermiformes.

RESULTADOS (O CASO CLÍNICO)

Presentamos el caso de una mujer de 29 años con morfea profunda y el de una mujer de 71 años con morfea generalizada que recibieron como uso fuera de indicación Baricitinib 4 mg/día tras fracasar a múltiples líneas de tratamiento previas. En ambas pacientes se objetivó una mejoría llamativa del endurecimiento cutáneo a partir del primer mes que se ha mantenido hasta final de seguimiento sin aparición de nuevas lesiones.

DISCUSIÓN (O CONCLUSIÓN)

La vía JAK-STAT está implicada en múltiples procesos inflamatorios entre los que se encuentran los cuadros esclerodermiformes, concretamente JAK2. Los inhibidores de JAK podrían ser una herramienta terapéutica útil en el futuro para revertir la fibrosis cutánea y sistémica tal y como se refleja en las últimas publicaciones. En nuestro caso ambas pacientes han presentado una mejoría clínica evidente con Baricitinib.



P-060

POLICONDritis RECIDIVANTE: CUANDO NO TODO ES CULPA DE LA BISUTERÍA

Dr. Juan De Luque Fernández¹, Dra. Irene Suárez Vergne¹, Dra. Delia Díaz Ceca¹, Dr. César Guijarro Sánchez¹, Dra. Michelle Jordana Jurado Rivera¹, Dra. Victoria Amorrinch Campos¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Spain

La policondritis recidivante es una enfermedad autoinmune rara que produce inflamación del cartílago y otros tejidos conectivos del organismo. Debe sospecharse ante episodios recurrentes de inflamación del pabellón auricular o del cartílago nasal sin otra causa justificante, si bien puede afectar a otras estructuras como el cartílago articular, el laringotraqueal o incluso a las válvulas cardíacas. El diagnóstico es clínico y de exclusión, ya que no existen pruebas confirmatorias de certeza. Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras patologías que puedan inducir inflamación del cartílago nasal o del pabellón auricular, tales como dermatitis de contacto, pericondritis infecciosa, sarcoidosis y vasculitis. El tratamiento se basa en corticosteroides sistémicos a dosis altas y otros inmunosupresores ahorradores de corticoides, como el metotrexato. Pueden necesitarse otras medidas como traqueostomía, stents o cirugía valvular cardíaca. En todo caso, el abordaje debe ser multidisciplinar. Se expone un caso de policondritis recidivante detectado en nuestra UGC de Dermatología, que previamente había recibido el diagnóstico de eccema de contacto alérgico por sensibilización al níquel refractario al tratamiento.



P-061

SÍNDROME ESCLERODERMIFORME (MORFEA PROFUNDA - FASCITIS EOSINÓFILA) EN PACIENTE CON MELANOMA METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON IPILIMUMAB-NIVOLUMAB: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA

Dr. Francisco José Rodríguez Cuadrado¹, Dra. María Machattou¹, Dra. Lourdes Gutiérrez Sanz¹, Dra. Laura Nájera Botello¹, Dra. Irene Sánchez Gutiérrez¹, Dr. Cristian Caballero Linares¹, Dra. Victoria Ortiz Berciano¹, Dr. Fernando Alfageme Roldán¹

¹Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 72 años con melanoma estadio IV, en adyuvancia con nivolumab y posterior cambio a ipilimumab-nivolumab por progresión tumoral, comienza con un cuadro de engrosamiento e induración cutánea de brazos y piernas y depresiones lineales paralelas en el antebrazo (signo del surco).

En la ecografía cutánea se evidencia engrosamiento difuso de la fascia, por lo que con la sospecha de fascitis eosinófila (FE) - morfea profunda (MP) se realiza biopsia que muestra un infiltrado linfoplasmocitario, sin eosinófilos, compatible con MP. La cifra de eosinófilos en sangre fue normal.

Dada la posible interferencia de la corticoterapia con el tratamiento oncológico, se decide no iniciar tratamiento y conducta expectante, dada la pronta finalización del esquema de inmunoterapia.

DISCUSIÓN

La MP y la FE comparten características que dificultan su diferenciación. Incluso se piensa que podrían formar parte de un mismo espectro.

A nivel ecográfico, la esclerodermia depende de la fase evolutiva en la que se encuentre: dermis hipoecoica y engrosada e hipodermis hiperecoica en fases iniciales; dermis hiperecoica y adelgazamiento dermohipodérmico en fases avanzadas. En la FE se identifica engrosamiento de la fascia muscular con áreas anormalmente hipoecoicas.

Histológicamente ambas presentan un infiltrado linfoplasmocitario, y la ausencia de eosinófilos no excluye que se trate de FE.

La causa del cuadro podría ser el uso de fármacos antiPD1 como nivolumab, puesto que se han descrito casos de MP y de FE, e incluso solapamiento de ambas por este y por otros inhibidores de puntos de control inmunitarios. Otra opción sería el origen paraneoplásico, también descrito para ambas entidades.

CONCLUSIÓN

La ecografía cutánea puede servir en MP y FE como una herramienta diagnóstica y de guía para la realización de biopsia. Ambas patologías pueden presentarse como síndrome paraneoplásico y como reacción adversa farmacológica, por lo que la cronología y evolución resultarán claves.



P-062

SÍNDROME DE OVERLAP: LUPUS ERITEMATOSO Y LIQUEN PLANO

Dr. David Muñoz Castro¹, Dra. Cristina Albanell Fernández¹, Dra. Cristina García Gálvez¹, Dr. Santiago Soto Fuster¹, Dra. Alicia Tormos Esteve¹, Dra. Ainhoa Fernández Arregui¹, Dra. Rosa Ballester Sánchez¹, Dra. Ángeles Revert Fernández¹

¹Hospital Clínico Universitario De Valencia, Valenica, Spain

INTRODUCCIÓN

El síndrome de solapamiento lupus eritematoso-liquen plano es una entidad rara, consistente en la presencia de características de ambos procesos. A pesar de haberse descrito en ocasiones en la literatura, todavía no existen unos criterios diagnósticos bien establecidos para su definición.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 63 años, que acudió a nuestra consulta por presentar pápulas y placas eritematosas en zonas fotoexpuestas: la parte alta de la espalda, cara, cuello, cuero cabelludo y el dorso de las manos, de 2 años de evolución. Presentaba, además, artralgias de carácter inflamatorio en los hombros y las muñecas. La biopsia y la dermatoscopia de las lesiones fueron compatibles con liquen plano, sin embargo, la clínica cutánea y los hallazgos analíticos fueron compatibles con lupus eritematoso sistémico. Tras inicio de tratamiento con hidroxiclороquina y corticoterapia oral en pauta descendente, las lesiones cutáneas y la clínica sistémica se resolvieron.

DISCUSIÓN

Hasta la fecha, se han descrito en torno a 50 casos de síndrome de solapamiento lupus eritematoso-liquen plano y la mayoría de los pacientes eran mujeres con una edad comprendida entre los 25 y los 45 años. La presentación clínica más frecuentemente descrita es la presencia de placas/parches eritematosos con descamación fina superficial, localizados en cara, tronco y zona distal de las extremidades; sin embargo, existen casos en los que las lesiones cutáneas del liquen plano y lupus eritematoso pueden confundirse clínicamente, sobre todo en aquellos pacientes que presentan lesiones únicamente en mucosa oral y cuero cabelludo.

A pesar de la controversia en cuanto a la definición de la entidad, esta puede diagnosticarse con la combinación de características clínicas, histopatológicas e inmunológicas de ambos procesos tanto por separado como combinados.

En cuanto al tratamiento, se han descrito efectivos el tacrolimus tópico al 0,1%, los retinoides sistémicos y la ciclosporina.



P-063

REACCIÓN PARADÓJICA SARCOIDEA POR INFLIXIMAB

Dra. Ainhoa Fernández Arregui¹, Dra Alicia Tormos Esteve¹, Dr Enrico Giorgio Morales Tedone¹, Dra Andrea Bernabéu Aicart¹, Dra Cristina Albanell Fernández¹, Dr David Muñoz Castro¹, Dra Rosa Ballester Sánchez¹, Dra María Ángeles Revert Fernández¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, Spain

Las terapias biológicas basadas en la inhibición del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) son ampliamente utilizadas en el tratamiento de numerosas enfermedades inflamatorias. Sin embargo, se ha notificado la aparición de reacciones paradójicas, siendo una de ellas la inducción de lesiones sarcoideas.

CASO CLÍNICO

Varón de 59 años con antecedente de psoriasis cutánea y articular periférica que tras el fracaso de distintos tratamientos inició infliximab IV y metotrexato 15mg/semana. Tras la 3ª dosis de infliximab presentó placas eritematodescamativas infiltradas al tacto en cara y cuello sobre piel atrófica con telangiectasias. La biopsia cutánea mostró una dermatitis granulomatosa no caseificante preferentemente perifolicular en dermis superficial.

El estudio sistémico no mostró alteraciones a nivel pulmonar ni analítico a excepción de PCR y VSG ligeramente elevadas. Las lesiones faciales mejoraron tras suspender el tratamiento con infliximab.

DISCUSIÓN

Se han descrito diversas reacciones paradójicas durante el uso de terapias biológicas como el desarrollo de psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, hidradenitis supurativa, liquen plano, lupus, vasculitis, sarcoidosis, etc. La mayoría de casos de lesiones sarcoideas se han descrito en el contexto de terapias anti-TNF- α , siendo el biológico más frecuentemente implicado etanercept y con menos frecuencia infliximab o adalimumab.

El mecanismo patogénico no está bien establecido. Las lesiones aparecen en un plazo de 1 mes a 5 años tras el inicio de la terapia, siendo el órgano más afectado el pulmón. Cuando la enfermedad afecta a la piel, la actitud terapéutica se basa en suspender el tratamiento biológico y añadir tratamiento corticoideo tópico si precisa. La evolución es variable pudiendo llegar a la resolución.

CONCLUSIÓN

En pacientes en tratamiento con anti-TNF- α , no solo ha de vigilarse la evolución de la enfermedad de base y las reacciones infecciosas derivadas del mismo, sino también tener en cuenta el posible desarrollo de reacciones paradójicas.



P-064

UNA OPORTUNIDAD A LA QUINACRINA EN EL LUPUS CUTÁNEO: SERIE DE CASOS

Sr. Gabriel Suárez Mahugo¹, Sra. Carolina Medina Gil¹, Sra. Ana Felipe Robaina¹, Sr. Pedro Naranjo Álamo¹, Sra. Elena Castro González¹

¹Hospital Doctor Negrín, Las Palmas De Gran Canaria, Spain

INTRODUCCIÓN

Los antipalúdicos son el tratamiento sistémico de primera línea en el lupus cutáneo. En casos refractarios se recurre a otros tratamientos como inmunosupresores o talidomida. La quinacrina es un fármaco en desuso que en monoterapia o en combinación con otros antipalúdicos ha demostrado ser eficaz sin recurrir a inmunosupresores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han seleccionado los lupus de nuestra base de datos que están o han estado en tratamiento con quinacrina. Se han recogido datos sobre evolución y aparición de efectos adversos.

RESULTADOS

11 casos registrados. 100% mujeres con edad media de 59.9 años (IC95% 54.9-64.9). Presentan la enfermedad una media de 14.3 años (IC95% 4.6-23.9). Un 72.7% diagnosticadas de lupus discoide, 25% asocian lupus eritematoso sistémico y un 12.5% síndrome antifosfolípido. Todas comenzaron con hidroxicloroquina, pero un 27,3% lo suspendieron por retinopatía y un 9.1% por miopatía por antipalúdicos. El 72.7% mal control, por lo que el 36.4% usaron quinacrina con hidroxicloroquina, 9.1% quinacrina con cloroquina y el 54.6% solo quinacrina. Buena tolerancia en el 81.9%, con efectos adversos digestivos iniciales el 54.6% a largo plazo solo en un 18.2%. Pigmentación cutánea en el 63.7%. Solo en un caso se suspendió quinacrina por fotosensibilidad en una paciente con múltiples fracasos terapéuticos. 90.9% remisión completa.

CONCLUSIONES

Quinacrina es un fármaco seguro y con buena tolerancia en la mayoría de pacientes con lupus cutáneo. Es posible utilizarla en caso de contraindicación para hidroxicloroquina y cloroquina por retinopatía o en aquellos con resistencia a los mismos, en combinación o en monoterapia. Es un escalón intermedio que permite evitar el uso precoz de terapias más agresivas o teratógenas como inmunosupresores o talidomida. En definitiva, la quinacrina tiene su lugar en el tratamiento del lupus cutáneo, siendo aconsejable considerarla ante fracaso o contraindicación de antipalúdicos elaborando un estudio de mayor entidad.



P-065

DERMATOMIOSITIS, UN SÍNTOMA PARANEOPLÁSICO

Dra. Gemma María Jumilla Martínez, Sra. Lucía Martínez Rozas, Dra. Marta Menéndez Sánchez, Dra. Giulia Greta Dradi, Dra. Sara de Benito Mendieta, Dra. Alejandra Méndez Valdés, Dra. María Uxúa Floristán Muruzábal, Dr. José Luis López Estebaranz

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain

En esta comunicación se presenta el caso de una mujer de 67 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e hipertensión arterial que presentaba astenia, debilidad muscular en cintura escapular y pelviana de 3 meses de evolución junto con lesiones eritematovioláceas cutáneas en cara, escote, zona dorsal alta y manos de un mes de evolución. Finalmente fue diagnosticada de un tumor ovárico con dermatomiositis paraneoplásica asociada.

Las manifestaciones cutáneas de la enfermedad maligna interna incluyen una amplia variedad de trastornos cutáneos no malignos (dermatosis paraneoplásicas). Dentro de este grupo, encontramos la dermatomiositis paraneoplásica: un síndrome paraneoplásico infrecuente que se asocia al tumor de ovario entre otros. La dermatomiositis sigue una distribución de edad bimodal con formas juveniles y del adulto, existiendo en éstos mayor riesgo de presentarse como un síndrome paraneoplásico. Su diagnóstico puede preceder, coincidir o realizarse posteriormente al diagnóstico del tumor y se basa en la clínica, la anatomía patológica, el electromiograma y la medición de los niveles de enzimas musculares. La detección de ciertos anticuerpos (anti-TIF1 gamma y anti-NXP2) ha demostrado un incremento del riesgo de dermatomiositis asociada al cáncer. El tratamiento se basa en el uso de corticoides sistémicos y, a veces, fármacos inmunosupresores, así como en el tratamiento del tumor subyacente. El pronóstico de la dermatomiositis paraneoplásica es peor que el de la dermatomiositis no asociada a neoplasia, y depende en gran medida de la evolución del proceso tumoral. Con este trabajo se pretende recalcar la importancia de descartar la existencia de una neoplasia oculta ante una dermatomiositis de comienzo en la edad adulta.



P-066

ANTI TNF-ALFA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN SARCOIDOSIS CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Sergi Pujadas Vilà¹, Dra. Gloria Aparicio Español¹, Dr. Jordi Mollet Sánchez¹, Dra. Berta Ferrer Fàbrega², Dr. Pablo Marino Castro García¹, Dra. Maria Cecilia Juárez Dobjanski¹, Dr. Vicente García-Patos Briones¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

CASO CLÍNICO

Una mujer de 46 años, natural de Honduras, consultó por aparición desde hacía varios meses de una placa violácea, infiltrada a la palpación, de dos centímetros de diámetro en ala nasal derecha.

La biopsia incisional punch demostró la presencia en dermis media y profunda de numerosos granulomas epitelioides no caseificantes con escaso infiltrado linfocitario en la periferia (granulomas sarcoideos). Las técnicas histoquímicas de PAS y Ziehl-Neelsen fueron negativas. El cultivo de biopsia resultó negativo.

Se solicitó analítica sanguínea que no mostró alteraciones, la calcemia y la enzima convertidora de angiotensina fueron normales y se descartó afectación sistémica.

Se inició tratamiento con doxiciclina 200 mg/día durante dos meses sin respuesta. Posteriormente se cambió a hidroxicloroquina 200 mg/día durante seis meses, combinado con corticoides intralesiones sin mejoría. El metotrexate durante cuatro meses tampoco consiguió ningún beneficio clínico.

Ante la refractariedad del tratamiento, se decidió iniciar tratamiento con adalimumab biosimilar en pauta de inducción y mantenimiento. Después de seis semanas de tratamiento, ya se observó una gran disminución del tamaño e infiltración de la placa con resolución casi completa a las 16 semanas.

DISCUSIÓN

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica que suele afectar a individuos jóvenes de mediana edad y que con frecuencia se presenta con adenopatías hiliares bilaterales, infiltrados pulmonares y lesiones oculares y cutáneas. Las lesiones cutáneas se clasifican en inespecíficas y específicas o granulomatosas.

El tratamiento de las lesiones granulomatosas con frecuencia puede ser complejo por la refractariedad de las lesiones.

Los fármacos anti-TNF alfa (en nuestro caso adalimumab) se proponen como una opción eficaz y segura en los casos resistentes.



P-067

LUPUS SUBAGUDO: COMO LAS TIAZIDAS TE PUEDEN ESTROPEAR EL DÍA

Dra. Camino Pacho Guerra¹, Dr. Luis Alonso Martínez de Salinas¹, Dra. Raquel María Domínguez López¹, Dr. Pedro José Fernández Escabias¹, Dra. Blanca Santos Latasa¹, Dra. Elena De las Heras Alonso¹, Dra. Angie Tenelanda Santillan², Dra. Alejandra Véliz Domínguez²

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Servicio Dermatología, España, ²Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Servicio Anatomía Patológica, España

CASO CLÍNICO

Mujer de 65 años con antecedentes personales de síndrome de Sjögren primario, miositis de cuerpos de inclusión e hipertensión arterial. Presenta historia de fotosensibilidad desde hace 9 años. Acudió a urgencias por ampollas, erosiones y costras sobre placas eritematodescamativas que se localizaban en el escote, zona extensora de antebrazos y dorso de manos, de mayor extensión que previas. Manifestaba prurito, pero no fiebre ni otra sintomatología asociada. Planteando como diagnóstico diferencial, lupus eritematoso subagudo o dermatomiositis, tomando biopsia y citándola en consultas de dermatología para seguimiento y ampliación de estudios.

En consulta, con el resultado de la anatomía patológica y analizando la historia clínica, sugiere un cuadro de lupus subagudo precipitado por hidroclorotiazida. Por ello, se procedió a la suspensión del mismo junto con la introducción de metotrexato, corticosteroides e hidroxicloquina.

En la revisión, dos meses después de suspender el fármaco, se observó una clara mejoría de las lesiones permaneciendo una hiperpigmentación residual.

DISCUSIÓN

El lupus inducido por fármacos es una entidad que se manifiesta de diversas formas, siendo la más frecuente, el lupus subagudo, suponiendo un tercio de los casos de este último. Un amplio abanico de medicamentos se ha visto asociado, objetivándose un aumento de su frecuencia en los últimos años, debido a la creciente utilización de fármacos que actúan sobre mecanismos inmunológicos. Clínica y serológicamente es difícil diferenciarlo de las formas idiopáticas. La resolución del cuadro con la supresión del fármaco sospechoso será lo que más determine la asociación causal.

Este caso, presenta como particularidad los antecedentes personales de la paciente, evidenciando el carácter multifactorial de una afección como el lupus eritematoso cutáneo, donde una conjunción de factores genéticos, inmunológicos y medioambientales están implicados, debiendo tenerlos en mente, con el objetivo de abordarlos de una forma global.



P-068

ESCLERODERMIA INDUCIDA POR PACLITAXEL

Dra. Alba Lecumberri Indart¹, Dra. Ruth del Cristo Cova Martín¹, Dr. Daniel Hernández Calle¹, Dr. Luis Alonso Martínez de Salinas¹, Dr. Miguel Domínguez Santás¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

Presentamos el caso de una mujer de 66 años que acudió al Servicio de Urgencias de Dermatología por unas lesiones cutáneas que asociaban un prurito insoportable. Debido a un cáncer lobulillar de mama, se le había realizado tumorectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela, con posterior quimioterapia con epirrubicina y ciclofosfamida (4 ciclos) y paclitaxel (12 ciclos). Cuando quedaban los tres últimos ciclos de quimioterapia, comenzó a presentar edema en miembros inferiores. Para tratar dicho edema se inició tratamiento diurético, pero éste persistía, y asociaba eritema y prurito. El edema se fue tornando indurado a la palpación, y el prurito aumentó de forma progresiva; a pesar de ello, se continuó con la quimioterapia hasta terminarla. Fue cuatro días más tarde de terminar el tratamiento con paclitaxel cuando a causa del prurito limitante, consultó de madrugada y fue valorada por primera vez por dermatología.

En la exploración presentaba edema hasta ambas rodillas, con eritema suprayacente, y se encontraba una llamativa induración al palparlo. Al realizar la flexión dorsal del pie, el eritema desaparecía y se observaba un tono amarillento en la zona de flexión. No asociaba fiebre ni otros signos ni síntomas.

A causa de la peculiar exploración física y de la historia clínica, se sospechó una posible esclerodermia inducida por taxanos. Se solicitó una analítica sanguínea que incluía un amplio perfil de autoinmunidad, se realizó una biopsia en huso hasta alcanzar fascia, y se pautó tratamiento con clobetasol tópico una vez al día.

La biopsia fue concordante con la sospecha diagnóstica y la analítica descartó autoanticuerpos relacionados con la esclerodermia primaria y otras patologías autoinmunes. La paciente presentó una mejoría progresiva. Se trata de una entidad con muy pocos casos recogidos, pero que debe ser tenida en cuenta pues requiere la suspensión del tratamiento con taxanos.



P-069

DERMATOMIOSITIS PARANEOPLÁSICA: REPORTE DE DOS CASOS

Dr. Alejandro Ruiz Nogales¹, Dra. Irene López Riquelme¹, Dra. Ana Serrano Ordoñez¹, Dr. Eduardo Lopez Vera¹, Dr. Juan María García-Hirschfeld García², Dra. María Dolores Fernández Ballesteros¹

¹Servicio de Dermatología Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, Spain

CASO CLÍNICO

Presentamos 2 casos clínicos de dermatomiositis paraneoplásica, el primero asociado a cáncer de mama y el segundo a cáncer de sigma.

Ambas pacientes presentaban lesiones eritematosas con descamación en áreas fotoexpuestas, así como placas eritematosas infiltradas en dorso de manos y sobre articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas y telangiectasias periungueales con distrofia cuticular. Asociado todo esto a debilidad muscular en el segundo caso.

En ambos casos TIF-1 fue positivo y la anatomía patológica sugestiva de dermatomiositis. Tras la realización del estudio de extensión fueron diagnosticadas neoplasias antes mencionadas. Se prescribieron corticoides orales y tópicos y, tras el tratamiento de las neoplasias, la clínica remitió completamente en el primer caso y parcialmente en el segundo.

DISCUSIÓN

La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria poco frecuente, posiblemente autoinmune, que cursa con una erupción cutánea característica y una miopatía proximal simétrica. La dermatomiositis del adulto puede ser paraneoplásica en torno a un 15-25% de los casos.

La relación entre la dermatomiositis y el cáncer no es del todo conocida. No existe ningún rasgo clínico, histológico o analítico absolutamente específico de paraneoplasia. Parece que las células regenerativas que aparecen en el músculo con miositis expresan altos niveles de antígenos específicos de miositis, los mismos que se expresan en diversos cánceres asociados a miopatías inflamatorias.

El diagnóstico de una dermatomiositis del adulto requiere siempre descartar su posible naturaleza paraneoplásica.

De los parámetros estudiados en la literatura, los que se relacionan con mayor riesgo de cáncer en dermatomiositis del adulto son el sexo varón y la edad avanzada.

En Europa los cánceres asociados a dermatomiositis del adulto son por orden de frecuencia: cáncer de ovario, pulmón, mama, colorrectal, estómago y páncreas, por lo que el estudio de despistaje tiene que orientarse en función de la epidemiología.



P-070

SARCOIDOSIS SOBRE CICATRIZ

Dr. Luis Ángel Zamarro Díaz¹, Dra. Marina de la Puente¹, Dr. Jorge Martín-Nieto¹, Dr. Luis Jiménez¹, Dra. Noelia Medrano¹, Dra. María García-Rayó¹, Dr. Daniel Roberto Vírveda¹, Dra. Ofelia Baniandrés¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

INTRODUCCIÓN

La sarcoidosis sobre cicatriz es un tipo de sarcoidosis cutánea que surge a partir de una lesión cutánea preexistente y que se reconoce como un cambio en el tamaño, induración y coloración de la cicatriz. La proporción estimada de sarcoidosis sobre cicatrices, entre los distintos tipos de sarcoidosis cutánea, es del 3% al 12% según las series. Se trata de una patología muy infrecuente y muy pocos casos han sido recogidos en los estudios existentes.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 71 años con el antecedente de quemaduras en gran parte de la superficie de ambos antebrazos y dorso de manos de 25 años de evolución que acude a consulta por aumento del dolor, eritema, infiltración y erosión de las cicatrices, y aparición de nuevas lesiones en los antebrazos. En la exploración se apreciaban placas violáceas con alguna zona hiperqueratósica y erosiones en los bordes de la totalidad de las antiguas quemaduras y de las nuevas lesiones. Se realizó biopsia cuya Anatomía Patológica era compatible con sarcoidosis. Se realizó estudio en Medicina Interna que descartó enfermedad sistémica. Se pautó tratamiento con clobetasol con mejoría de la hiperqueratosis. Actualmente en tratamiento con pimecrolimus y revisiones cada 6 meses con buena evolución de las lesiones.

DISCUSIÓN

De todas las formas de sarcoidosis cutánea, sólo la sarcoidosis sobre cicatrices se desarrolla sobre lesiones previas. Además, existen otras enfermedades cutáneas que se desarrollan sobre cicatrices con las que habría que realizar el diagnóstico diferencial, tales como psoriasis, liquen plano y carcinoma epidermoide tipo Marjolin. Por otra parte, entre el 62 y el 85% de los pacientes con sarcoidosis cutánea padece afectación sistémica por lo que se recomienda despistaje de la misma, ya que condiciona tanto el pronóstico como el tratamiento de la enfermedad.



P-071

LA CLÍNICA CUTÁNEA COMO CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS SISTÉMICAS

Sra. Sara Merino Molina¹, Sra. Maria Dolores Benedicto Maldonado¹, Sra. Rosa María Castillo Muñoz¹, Sr. Eliseo Martínez García¹, Sra. Elena Gallego Dominguez¹, Sr. Enrique Herrera Acosta¹, Sra. Carmen Tienza Fernández¹, Sr. Jorge Alonso Suárez Pérez¹

¹Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 51 años que acude al Servicio de Urgencias por lesiones cutáneas de un mes de evolución. Como antecedentes, presenta VIH con mal cumplimiento terapéutico.

A la anamnesis, refiere pérdida ponderal de 20 kilogramos en los últimos meses, asociando astenia y vómitos. No describe fiebre ni focalidad infecciosa.

A la exploración, impresiona de marcada delgadez. Destacan lesiones eritematodescamativas en región facial, cervical y miembros superiores, afectando a áreas fotoexpuestas y sin lesiones en mucosas. Cuando se le pregunta por su alimentación, refiere baja ingesta por hiporexia mantenida.

Ante la sospecha de dermatitis por pelagra, se procede a la toma de biopsia, planteando el diagnóstico diferencial con fotosensibilidad por antirretrovirales, dermatitis atópica o porfiria cutánea tarda. Histológicamente, se aprecia hiperqueratosis y palidez de queratinocitos. A nivel dérmico destaca extravasación hemática con ampollas hemorrágicas subepidérmicas.

En la analítica, las porfirinas en orina son negativas y el ácido 5-hidroxi-indol-acético se encuentra elevado. Ante tales hallazgos, se establece el diagnóstico de pelagra. La rápida mejoría de las lesiones tras iniciar el tratamiento con nicotinamida apoya el diagnóstico.

Para descartar un síndrome carcinoide como desencadenante, se solicita cromogranina en suero, TAC de cuerpo entero y endoscopia digestiva, que no muestran alteraciones.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la pelagra es fundamentalmente clínico, en un contexto que justifique el déficit de niacina. Las personas con VIH presentan mayor riesgo de déficit nutricional, debido a la disminución de la absorción de nutrientes y a otros factores relacionados con la infección. Además, una baja ingesta podría justificar la disminución de los niveles de niacina y triptófano, favoreciendo el desarrollo de pelagra.

Por ello, cabe destacar la importancia de la sospecha clínica y la anamnesis dirigida a factores sociales y nutricionales, para poder diagnosticar una enfermedad infrecuente y potencialmente grave si se retrasa el tratamiento.



P-072

PSEUDOPROGRESIÓN TUMORAL EN CONTEXTO DE REACCIÓN SARCOIDOSIS-LIKE POR INHIBIDORES DE PD-1

Dr. Sergio López Alcázar¹, Dr. Ander Mayor Ibarguren¹, Dr Andrés Vidal González¹, Dra Elena Sendagorta Cudos¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 74 años en tratamiento con pembrolizumab para adenocarcinoma de colon transverso estadio III, con recaída a nivel ganglionar abdominal y mediastínico, además de afectación pulmonar; que es valorada en nuestro servicio ante presencia de esclerosis subcutánea no dolorosa en antebrazo derecho y codo izquierdo de varias semanas de evolución. Ante sospecha de paniculitis, se realiza biopsia de las lesiones, visualizándose, a nivel de tejido celular subcutáneo, numerosos granulomas con células multinucleadas y rodeados de linfocitos, sugiriendo el diagnóstico de sarcoidosis. Ante sospecha de pembrolizumab como desencadenante, se decide retirar y se inicia tratamiento con prednisona oral, mejorando notablemente las lesiones cutáneas. Se biopsiaron las adenopatías, encontrando en el estudio anatomopatológico la presencia de granulomas. En el siguiente TC de control de su patología oncológica, se encuentra disminución del tamaño de las adenopatías abdominales y mediastínicas, catalogándose a éstas como pseudoprogresión ganglionar en el contexto de reacción sarcoidosis-like inducida por pembrolizumab.

DISCUSIÓN

Los eventos adversos relacionados con la inmunoterapia (irAE) más frecuentes son los cutáneos, presentándose hasta en el 34% de los pacientes en tratamiento con inhibidores de PD-1. Entre los irAE cutáneos, los más frecuentes son en forma de exantema maculopapular, prurito y vitiligo-like, aunque también se han descrito manifestaciones más graves como vasculitis, síndrome de Steven-Johnson/NET y enfermedades ampollosas. Existen varios casos publicados de reacciones sarcoidosis-like con el uso de inhibidores de PD-1; tanto a nivel cutáneo, con formación de nódulos subcutáneos; como sistémico, principalmente a nivel ganglionar y pulmonar, aunque también hay un caso reportado de afectación renal. En la mayoría de estos casos respondieron al tratamiento con corticoides; y no recidivaron con el reinicio de la inmunoterapia. Por último, remarcar la importancia de tener en mente la posibilidad



P-073

PÁPULAS ANARANJADAS PALPEBRALES. LA PIEL COMO VENTANA HACIA UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA

Dr. José María de Castro-Garrido¹, Dr. Lluís Rusiñol¹, Dr. Felipe Peirano¹, Dra. Alexandra Alturo-Pons¹, Dr. Eduardo Subiela-Pérez.¹, Dra. Elena Carmona-Rocha¹, Dra. Esther Roé¹, Dr. Lluís Puig.¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital de La Santa Creu i Sant Pau., Barcelona, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años con antecedentes de endometriosis y mieloma múltiple en tratamiento. Consulta en Dermatología por pápulas y placas anaranjadas purpúricas en ambos párpados de dos años de evolución.

Ante los hallazgos clínicos y el antecedente de mieloma múltiple se plantearon: amiloidosis, xantogranuloma necrobiótico y sarcoidosis como principales diagnósticos diferenciales.

Se realizó biopsia cutánea donde se observó depósito de material amorfo eosinófilo en dermis superficial y media. Las tinciones con Rojo Congo y Tioflavina fueron positivas para la presencia de amiloide. Además, se identificó un predominio de cadenas ligeras tipo lambda en el material amorfo, confirmando el diagnóstico de amiloidosis primaria.

DISCUSIÓN

La amiloidosis engloba un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito extracelular de amiloide en distintos órganos. La amiloidosis cutánea puede ser localizada si afecta únicamente a la piel, o sistémica si afecta a más órganos. Ésta última puede ser primaria o secundaria.

La amiloidosis sistémica primaria se debe a una discrasia de células plasmáticas con producción y depósito anormal de amiloide en varios órganos, entre ellos la piel. Existe una excepcional variedad de manifestaciones clínicas que pueden dificultar considerablemente la sospecha de amiloidosis. Las lesiones pueden variar desde pápulas traslúcidas o purpúricas hasta placas anaranjadas como en nuestro caso.

El diagnóstico se basa en el análisis histológico y técnicas de tinción (Rojo Congo y tioflavina) que permiten demostrar la presencia del amiloide. Los principales diagnósticos diferenciales suelen ser la mucinosis papular, amiloidosis nodular y proteínosis lipodea entre otros.

El pronóstico de la amiloidosis sistémica primaria sin tratamiento es pobre, con una mediana de supervivencia de 13 meses. El tratamiento se centra en la enfermedad de base, variando en función de la edad del paciente y la existencia de afectación cardíaca.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de amiloidosis sistémica primaria con llamativas lesiones cutáneas.



P-074

CUANDO LA LESIÓN VA DE CARA

Sra. Andrea Ballesteros Antúnez¹, Sra Carmen Mochón Jiménez¹, Sra Alicia Sanz Zorrilla¹, Sr Miguel Juan Cencerrado¹, Sr César Guijarro Sánchez¹, Sr Manuel Galán Gutiérrez¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba, Córdoba, Spain

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años sin alergias medicamentosas y estudiado en Otorrinolaringología por lesión granulomatosa en paladar.

Es derivado a Dermatología por lesión eritematosa nasal, mínimamente indurada, de años de evolución. Se realizó biopsia cutánea, con el resultado de dermatitis granulomatosa no necrotizante, que sugería rosácea granulomatosa. Se pautó doxiciclina, reevaluándolo al mes sin mejoría. Ampliamos el estudio con analítica y cultivo bacteriano. Se observó elevación de la enzima convertidora de angiotensina y los cultivos fueron negativos.

Esto nos llevó a considerar una posible sarcoidosis por lo que solicitamos TC de tórax, que mostró adenopatías hilio-mediastínicas, por lo que derivamos a Neumología, donde recibió el diagnóstico de sarcoidosis en estadio I, siendo por tanto la clínica cutánea una manifestación de ésta, compatible con un lupus pernio. Inició tratamiento con corticoide oral y tras 3 meses presentó mejoría de la lesión cutánea.

DISCUSIÓN

La sarcoidosis se manifiesta a nivel cutáneo de forma frecuente y heterogénea.

Una de las lesiones más características, aunque poco habitual, es el lupus pernio. Existen numerosas entidades, algunas con mayor prevalencia, clínicamente similares. Por ello, resultará crucial realizar un amplio diagnóstico diferencial que incluya lesiones de naturaleza infecciosa, inflamatoria y neoplásica, constituyendo la sarcoidosis un diagnóstico de exclusión.

En numerosas ocasiones son las lesiones cutáneas las que permiten llegar al diagnóstico de la enfermedad sistémica. Además, en aquellas que afectan a la región facial un tratamiento precoz permite reducir la aparición de secuelas funcionales y estéticas.

CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de un paciente con lupus pernio, donde el estudio dermatológico permitió el diagnóstico de la enfermedad sistémica.

Exponemos la importancia del conocimiento de las manifestaciones cutáneas en la sarcoidosis, así como el amplio diagnóstico diferencial a realizar cuando nos encontremos ante un paciente con lesiones faciales de estas características.



P-075

UN CASO DE SARCOIDOSIS TRATADA CON METOTREXATO ORAL

Dr. Abraham SANTA CRUZ MARTIN¹, Dra. Dulce María Arranz Sánchez¹, Dr. Luis Feito Sancho¹, Alberto Sáez Vicente¹, Gema Vázquez Contreras¹, Marta Folcrá González¹, Iolanda Prats Caelles.¹

¹Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Spain

INTRODUCCIÓN

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica con posible afectación cutánea cuyo tratamiento sigue siendo un desafío.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 40 años que consulta por lesión asintomática en sien derecha de 4 años de evolución. Se diagnosticó al paciente de sarcoidosis con afectación cutánea y de hili pulmonares (estadio I). Tras varios intentos terapéuticos sin éxito con corticoides intralesionales, corticoides orales e inhibidores de la calcineurina tópicos, se decidió iniciar metotrexato (MTX) oral a 10 mg semanales. Tras el transcurso de varios meses la lesión desapareció por completo, suspendiendo el fármaco tras una dosis acumulada de 350 mg. Actualmente lleva un año estable y sin recidivas.

DISCUSIÓN

La eficacia del uso de MTX oral en la sarcoidosis cutánea (SC) se ha documentado en la literatura mediante pequeños estudios no controlados e informes de casos. La dosis de MTX suele oscilar entre 10 y 25 mg una vez a la semana en adultos. La respuesta puede tardar hasta 6 meses después del inicio del tratamiento. La reducción gradual de la dosis debe llevarse a cabo según la respuesta clínica del paciente.

CONCLUSIÓN

El uso de MTX oral es una opción terapéutica prometedora en casos de SC refractaria a tratamientos convencionales. A pesar de la falta de evidencia científica sólida, los resultados alentadores en este caso y en informes previos respaldan su consideración.



P-076

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA AMILOIDOSIS SISTÉMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sra. María Ángeles Sirvent Sáez¹, Sra. Lucía Jiménez Puñal¹, Sr. Jose Pablo Tirado Pérez¹, Sra. Ana Isabel Sánchez Del Campo¹, Sr. David Moreno Ramírez¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Spain

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis sistémica se caracteriza por depósitos extracelulares anormales de proteína amiloide en varios órganos y presenta manifestaciones mucocutáneas hasta en el 30% de los pacientes.

CASO CLÍNICO

Varón de 75 años con antecedentes de síndrome del túnel del carpo y disfonía en estudio, derivado por tumefacción de manos de inicio hace dos años. A la exploración presentaba intenso aumento de volumen de partes blandas en ambas palmas de aspecto traslúcido, edematoso con fóvea. Realizamos biopsia que mostró depósito de material amiloide. Revisando la historia clínica, se le había extirpado recientemente un pólipo laríngeo con diagnóstico de nódulo amiloideo.

Ante estos hallazgos se solicitó estudio de afectación sistémica en el que se objetivó elevación de cadenas ligeras, proteinuria, infiltración de amiloide en miocardio y piel valorada por tomografía de emisión de positrones e infiltración de médula ósea por células plasmáticas patológicas. En la evolución presentó astenia, pérdida de peso, macroglosia y eritema en párpados. Actualmente mantiene el seguimiento pendiente de espectrometría de masas para tipificar la sustancia amiloide y descartar discrasia de células plasmáticas asociada.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso de amiloidosis sistémica que debutó con afectación de las manos observándose una infiltración lisa, eritematosa y cérea en las palmas y yemas de los dedos que le produjo síndrome del túnel del carpo. La afectación cutánea de la amiloidosis suele manifestarse con pápulas céreas translúcidas o purpúricas, nódulos o placas localizadas preferentemente en polo cefálico y región anogenital. Es frecuente encontrar petequias, púrpura o equimosis periorbitaria por infiltración de vasos sanguíneos. En la lengua puede presentarse con pápulas, placas y ampollas hemorrágicas en la superficie o como aumento generalizado de tamaño.

CONCLUSIÓN

Debemos sospechar depósito de amiloide ante tumefacción difusa con parestesias en manos, evaluando la posible afectación sistémica mediante anamnesis y exploración exhaustivas y las pruebas complementarias correspondientes.



P-077

RECIDIVA DE HEPATOCARCINOMA DESENMASCARADO POR SÍNDROME ESCLERODERMIFORME PARANEOPLÁSICO

Dra. Marta Lopez Pando¹, Dr. Sebastián Reyes García¹, Dra. Jimena Carrero Martín, Dr. Álvaro Núñez Domínguez¹, Dra. María Cristina Fernández Sánchez

¹Hospital Central De Asturias, Oviedo, Spain

INTRODUCCIÓN

El síndrome esclerodermiforme paraneoplásico engloba un grupo de síntomas que se asemejan a la esclerosis sistémica y que aparecen en pacientes con una neoplasia. La anamnesis y la exploración física son cruciales para una primera aproximación diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Varón de 78 años remitido a dermatología por sensación de endurecimiento cutáneo y prurito en abdomen y cuello de 5 meses de evolución. El paciente había presentado un carcinoma hepatocelular (CHC) tratado con quimioembolización transarterial tres años antes. A la exploración presentaba placas eritematosas, induradas, de bordes mal delimitados, en flancos, cuello, antebrazos, muslos y piernas. Negaba fenómeno de Raynaud.

La biopsia cutánea evidenció una epidermis aplanada sobre una dermis con aumento de la celularidad intersticial con focos de colágeno engrosado compactado. El estudio inmunohistoquímico mostró pérdida de fibroblastos CD 34+ a nivel intersticial, así como ocasionales células plasmáticas CD 138+, histiocitos CD 68+ y linfocitos con positividad para antígeno leucocitario común. Las pruebas de autoinmunidad (ANAs y perfil de anticuerpos de esclerosis sistémica) resultaron negativas. Se solicitó estudio de imagen (TAC) que evidenció una recidiva del CHC.

El paciente fue tratado con fototerapia y nuevamente con quimioembolización, presentando mejoría de las lesiones cutáneas.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de un paciente con síndrome esclerodermiforme paraneoplásico, una entidad poco frecuente que se ha descrito en asociación a numerosas neoplasias, fundamentalmente pulmón y mama. Para procurar un diagnóstico precoz, en cualquier paciente con una aparición rápida de rasgos similares a los de la esclerodermia, que debuten en edades avanzadas, especialmente si se extienden al cuello y al tronco (más allá de las manifestaciones distales que se presentan típicamente en la esclerosis sistémica cutánea limitada), con ausencia de fenómeno de Raynaud y de anticuerpos característicamente positivos en esclerodermia, deberíamos sospechar la existencia de una neoplasia subyacente y priorizar el tratamiento específico de esta.



P-078

PÚRPURA PALPABLE ACRAL MULTIFORME

Dr. Enrico Giorgio Morales Tedone¹, Dra. Andrea Bernabeu Aicart¹, Dra. Cristina Albanell Fernández¹, Dr. David Muñoz Castro¹, Dra. Ángeles Revert Fernández¹, Dra. Cristina García Galvez¹, Dr. Víctor González Delgado¹, Dr. Santiago Soto Fuster¹

¹Hospital Clínico Universitario De Valencia, Valencia, Spain

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 57 años sin antecedentes de interés excepto vacunación de 3^a dosis de COVID hace 3 semanas que acude a urgencias por presentar exantema purpúrico de 3 días de evolución con lesiones palpables a nivel de los tobillos y dianas con 3 zonas diferenciadas a nivel de los muslos, además se observaron acropaquias y acrocianosis marcada.

En las pruebas complementarias inmediatas se halló una hiponatremia hipoosmolar, una transaminasemia leve y una PCR elevada.

Dada la clínica nos planteamos diagnóstico diferencial entre vasculitis, crioglobulinemia, síndrome paraneoplásico o una dermatosis purpúrica pigmentada anular.

Tras despistaje de enfermedades sistémicas y una serología VHC+ y una prueba de crioglobulinas positiva se diagnosticó de crioglobulinemia tipo 2 asociada a VHC que requirió tratamiento con rituximab y macitentan y acabó con la amputación de un dedo del pie de la paciente.

DISCUSIÓN

Las crioglobulinas son globulinas presentes en plasma que precipitan a temperaturas inferiores a 37° C y se disuelven de nuevo al calentarse. En individuos normales el criocrito es 0% mientras que en la vasculitis crioglobulinémica oscila entre el 2-7% no habiendo correlación criocrito-clínica.

Las asociaciones más frecuentes son infecciones, tumores y enfermedades autoinmunes que habrá que descartar siempre.

La etiopatogenia se basa en depósito de inmunocomplejos en las tipo II y III y en micro-oclusión vascular en los tipo I.

La clínica consiste en una afectación del estado general con clínica añadida de varios sistemas entre los cuales destaca la piel, afectándose en el 50-80% de los casos.

El tratamiento es el de la causa subyacente con medidas de soporte + corticoides/rituximab en casos severos.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso de crioglobulinemia que, aunque típico en asociación con VHC, es atípico en su desenlace y tratamiento.



P-079

POLIARTERITIS NODOSA CUTÁNEA: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Sr. Omar Al-wattar Ceballos¹, Laura Martínez Montalvo¹, Marina Montero García¹, Mónica Gómez Manzanares¹, María del Prado Sánchez Caminero¹, Marcos Carmona Rodríguez¹, Dr. Guillermo Romero Aguilera¹

¹Hospital General Universitario De Ciudad Real, Ciudad Real, Spain

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

SERIE DE CASOS

OBJETIVO/S

La poliarteritis nodosa cutánea (PANc) es una variante cutánea de la poliarteritis nodosa sistémica (PANs). Se trata de una vasculitis necrotizante muy poco frecuente de vasos arteriales medianos y pequeños. Presentamos una serie de cuatro casos diagnosticados de PANc con el objetivo de describir las características clínicas, los hallazgos histológicos, el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

HISTORIA CLÍNICA

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En nuestra serie de casos, hay afectación similar entre hombres y mujeres (50%). El intervalo de edad incluye entre la tercera década de la vida y la octava. El retraso diagnóstico es de un año o más en el 50%, siendo el diagnóstico más precoz por coincidir con una revisión por otro motivo.

Todos presentaron afectación de los miembros inferiores, sólo el 50% tenía afectación de los miembros superiores. En el 50% se observan nódulos eritematosos, así como livedo reticularis. Nadie presentaba ulceración, factor pronóstico en la gravedad y recurrencia de la PANc.

La constante histológica fue una vasculitis de vasos pequeños-medianos, acompañada de paniculitis septal en caso de nódulos eritematosos.

El 100% realizó corticoterapia sistémica, requiriendo uno Metotrexato 10mg semanales. Los varones presentaron lesiones tipo foliculitis. Durante el seguimiento no se detectó evolución hacia una PANs.

CONCLUSIONES

En esta serie de casos describimos características asociadas a la PANc. La presentación clínica coincide con otros casos publicados. La ausencia de ulceración a priori implica un pronóstico favorable. Si bien el seguimiento debe ser indefinido, actualmente se considera una excepción la evolución hacia PANs, recomendándose primero que se descarte otra vasculitis coincidente diferente. Con esta publicación queremos contribuir con cuatro casos más a la descripción de los hallazgos clínicos de esta rara variante de la poliarteritis nodosa.



P-080

TROMBOANGEÍTIS OBLITERANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. María Elena Hernández Salas¹, Sr. Carlos Palomar Prieto¹, Sra. Cristina Sobrino García-Yanes¹, Dra. Celia Horcajada Reales¹, Dra. Begoña Echeverría García¹, Dra. Almudena Hernández Núñez¹, Dr. Alberto Romero Mate¹, Dr. Jesús Borbujo Martínez¹

¹Hospital Universitario De Fuenlabrada, Madrid, Spain

La tromboangeítis obliterante es una enfermedad inflamatoria segmentaria que afecta principalmente a arterias y venas de pequeño y mediano tamaño de las extremidades. Aparece casi exclusivamente en fumadores y se manifiesta en forma de isquemia, úlceras o gangrena a nivel distal de las extremidades (1).

El caso clínico presentado es un varón de 33 años, fumador de unos 30 cigarrillos al día desde los 14 años, que acudió a consulta de Dermatología por presentar eritema y dolor en la región periungueal del primer dedo del pie izquierdo de meses de evolución, con discreto enclavamiento ungueal. Ante la persistencia de dolor y eritema en el dedo a pesar del tratamiento de la onicocriptosis, así como el desarrollo de una úlcera distal, se reinterrogó al paciente, que comentó claudicación de la marcha tras caminar 200 metros. Además, se objetivó ausencia de pulsos distales en las extremidades inferiores. Por este motivo, fue remitido a cirugía vascular, donde se confirmó el diagnóstico de tromboangeítis obliterante y se instauró tratamiento con prostaglandinas intravenosas y cese del hábito tabáquico.

La tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger es una vasculitis oclusiva segmentaria y recidivante, que puede manifestarse con alteraciones ungueales e inflamación periungueal (2). Ante la presencia de una paroniquia crónica o un dolor muy intenso no justificado por la sospecha clínica principal, debe considerarse la tromboangeítis obliterante como un posible diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes fumadores.

Referencias

1. Olin JW. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). N Engl J Med. 2000 Sep 21;343(12):864-9. doi: 10.1056/NEJM200009213431207. PMID: 10995867.
2. Starace M, Alessandrini A, Tosti A, Piraccini BM. Nails Involvement in Winiwarter-Buerger Disease. Symbiosis Group. 2021. ISSN Online 2378-1726.

P-081

PANARTERITIS NODOSA INDUCIDA POR LORMETAZEPAM

Dra. Raquel María Domínguez Lopez¹, Dr. Jorge Naharro Rodríguez¹, Dr. Francisco Javier Pérez Bootello¹, Dr. Pedro José Fernández Esparcia¹, Dra. Camino Pacho Guerra¹, Dra. Blanca Santos Latasa¹, Dra. Alejandra Veliz Domínguez², Dra. Montserrat Fernández Guarino¹

¹Servicio de Dermatología Hospital Universitario Ramón Y Cajal, MADRID, España, ²Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Ramón y Cajal, MADRID, España

CASO CLÍNICO

Se expone el caso de una mujer de 22 años que acude a Urgencias por aparición de lesiones cutáneas dolorosas en miembros inferiores, fiebre, sensación de hormigueo en el pie izquierdo y dolor abdominal. Se reconoce como único desencadenante la toma tres días antes de lormetazepam.

La exploración física reveló nódulos subcutáneos eritematovioláceos mal delimitados, salpicados en miembros inferiores y antebrazo derecho e hinchazón de grandes articulaciones.

En la analítica destacó PCR de 30.8 mg/L, elevación de LDH y leucocitosis con neutrofilia. La electromiografía reveló signos de neuropatía axonal sensitiva del nervio sural izquierdo. La analítica de orina, el estudio de drogas de abuso, así como el estudio de autoinmunidad, las serologías, hemo y urocultivos y PCR de virus fueron negativos.

La biopsia incisional de una de las lesiones reveló fenómenos de vasculitis con necrosis fibrinoide en las paredes de pequeño vaso y un denso infiltrado inflamatorio polimorfonuclear intersticial y perianexial, extendido hasta tejido subcutáneo, junto a eosinófilos.

La historia clínica y las pruebas complementarias permitieron llegar al diagnóstico de panarteritis nodosa inducida por lormetazepam, con resolución de la clínica tras retirar el fármaco e instauración de bolos de metilprednisolona.

DISCUSIÓN

La panarteritis nodosa es una vasculitis necrotizante que afecta a vasos de mediano calibre, involucrando también arterias de pequeño calibre.

La mayoría de los casos son idiopáticos, aunque puede estar asociada a infecciones, neoplasias y fármacos. Destaca la asociación clásica con minociclina y, más recientemente, con empaglifocina, no habiéndose relacionado anteriormente con benzodiazepinas.

La PAN primaria suele presentar un curso crónico. Sin embargo, los casos de PAN inducida por medicamentos evidencian una rápida resolución de los síntomas al retirar el fármaco (como ocurrió en este caso), entrañando mejor pronóstico.

En resumen, exponemos un caso de PAN inducida por lormetazepam cuya relación etiológica no había sido previamente descrita.



P-082

PÚRPURA POR TODAS PARTES: ENFERMEDAD DE MAJOCCHI GENERALIZADA EN UNA ADOLESCENTE

Dra. Silvia Manso Cordoba¹, Dr. Pablo Lopez Sanz, Dra. María Encarnación Alfaro Martínez, Dra. Alicia Bascuñana Mendoza

¹Complejo Hospitalario Universitario De Albacete, Albacete, Spain

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 15 años sin antecedentes médicos relevantes, que consultó por la presencia de máculas y manchas anulares purpúricas con centro amarillento de un mes de evolución. Las lesiones se distribuían de manera generalizada en miembros inferiores, superiores y tronco hasta el cuello, y causaban un ligero prurito. No se observaron lesiones en las mucosas ni otra sintomatología. No había antecedentes de infecciones previas, sobreesfuerzos o medicación reciente. Los análisis de sangre, que incluían hemograma, coagulación, autoinmunidad y serologías, no mostraron alteraciones. La biopsia mostró celularidad linfóide perivascular y extravasación de hematíes. Fue diagnosticada de púrpura anular telangiectóide de Majocchi. La paciente recibió tratamiento con corticoide tópico y helioterapia con mejoría parcial de la clínica.

DISCUSIÓN

La púrpura anular telangiectóide de Majocchi es una forma rara de Dermatitis Pigmentaria Purpúrica (DPP), caracterizada por máculas anulares purpúricas. Aunque suele localizarse en extremidades inferiores de adultos jóvenes, en este caso la generalización de las lesiones es inusual. La fisiopatología de las DPP sigue siendo desconocida, aunque se ha relacionado con factores como la presión venosa, la gravedad y procesos inmunológicos locales.

Las DPP se deben diferenciar de entidades como la vasculitis leucocitoclástica, las erupciones purpúricas medicamentosas o la micosis fungoides purpúrica, entre otros.

Son cuadros benignos y autolimitados, pero el tratamiento puede ser necesario para aliviar síntomas o preocupaciones estéticas. Corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina tópicos y fototerapia son algunas opciones terapéuticas. Otros tratamientos como pentoxifilina y ácido ascórbico han sido utilizados, aunque la evidencia es limitada.

CONCLUSIONES

La púrpura anular telangiectóide de Majocchi generalizada es una forma de DPP atípica. A pesar de la rara y llamativa presentación de este caso, es crucial reconocer que se trata de una entidad benigna, resaltando la importancia de un diagnóstico preciso para evitar intervenciones innecesarias.



P-083

ANGIOENDOTELIOMATOSIS REACTIVA LOCALIZADA ASOCIADA A CRIOGLOBULINEMIA MIXTA

Dra. Beatriz Clemente Hernández¹, Dra. Laura Bernal Masferrer¹, Dra. Mariana Claudia Matei¹, Dra. Itziar Muelas Rives¹, Dra. Iranzu Barandika Urrutia¹, Dra. Zita Álvarez Bobillo¹, Dra. María Carmen Gómez Mateo², Dra. Tamara Gracia Cazaña¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

La angioendoteliosomatosis reactiva (AER) es una entidad poco frecuente, que se caracteriza por la proliferación benigna de células endoteliales. Se ha observado en pacientes con enfermedades sistémicas coexistentes, en los que la oclusión vascular favorece la proliferación reactiva de células endoteliales.

Una mujer de 70 años acudió a la consulta por la aparición progresiva de lesiones en mano izquierda de tres años de evolución asintomáticas. Como antecedentes personales destacables presentaba artritis reumatoide de años de evolución. A la exploración física, se observaban pequeñas pápulas de 1-2 milímetros, rojo vinosas, que blanqueaban a la vitropresión y formaban un ovillo capilar central distribuidas por la cara volar y dorsal medial de dicha mano. No existían lesiones en la mano contralateral ni otras localizaciones. La biopsia cutánea mostró una proliferación de capilares bien formados, que constituían agrupaciones lobulares en la dermis papilar y reticular. Las células endoteliales no mostraban atipia citológica. Con la inmunohistoquímica los capilares mostraban una tinción CD31 positiva, rodeados por pericitos con actina positivos. Además, se solicitó una analítica que reveló 2% de crioglobulinas positivas policlonales además del factor reumatoide positivo. Debido a la distribución de las lesiones siguiendo el trayecto del nervio mediano se solicitó un electroneurograma para descartar afectación del mismo que resultó negativo. Ante los hallazgos clínico-histológicos-analíticos descritos la paciente fue diagnosticada de una AER secundaria a crioglobulinemia tipo III o mixta.

La AER es una proliferación vascular cutánea benigna de células endoteliales dentro de los vasos sanguíneos; debido a su asociación con varias enfermedades como en este caso, AR y crioglobulinemia, solo reportado en dos casos previamente, parece probable que varios mecanismos diferentes conduzcan a una reacción común de proliferación celular y oclusión vascular. Entre los posibles desencadenantes patogénicos subyacentes en este paciente figuran los complejos inmunitarios circulantes, las crioproteínas, los traumatismos locales y la hipoxia.



P-084

SALUD MENTAL EN DERMATÓLOGOS ESPAÑOLES: BURNOUT, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL

Dr. Alberto Soto Moreno¹, Dra. Clara Ureña Paniego¹, Dr. Eliseo Martínez García², Dr. Agustín Buendía Eisman², Dr. Antonio Martínez López¹

¹Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada, Spain, ²Grupo de Epidemiología y Promoción de la Salud en Dermatología, Asociación Española de Dermatología y Venereología

ANTECEDENTES

El burnout o síndrome del profesional quemado deriva del estrés laboral crónico y sus consecuencias en el plano afectivo. Padecer burnout se asocia a un peor desempeño laboral y una mayor incidencia de otros trastornos de salud mental. La evidencia reciente ha demostrado que la dermatología, considerada una especialidad médica feliz, también se ve afectada por el burnout. Sin embargo, la literatura disponible sobre cómo impactan en los dermatólogos trastornos relacionados (ansiedad, depresión, consumo de alcohol) es aún escasa.

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de burnout, ansiedad, depresión y dependencia alcohólica en dermatólogos españoles, la relación entre estos trastornos y los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal que incluyó a dermatólogos españoles en activo. Se remitió un formulario autoadministrado a través de aplicaciones de mensajería instantánea online (canal de comunicaciones internas de la AEDV). El formulario incluyó datos sociodemográficos y laborales, y los cuestionarios validados Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey (MBI-HSS), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

RESULTADOS

Se incluyeron 420 participantes, 66% mujeres (260/420), edad media 44,5 años (12,1). Un 10,7% (45/420) de los participantes presentó un riesgo moderado de burnout. La ansiedad y la depresión afectaron al 47,15% (198/420) y al 20,7% (87/420) de los participantes, respectivamente. El 93% (391/420) de los participantes refirieron un consumo de bajo riesgo de alcohol. Ser mujer se asoció con mayor riesgo de ansiedad ($p < 0,01$) y depresión ($p < 0,01$) con independencia de otras variables. Ser médico interno residente se asoció a mayor consumo de alcohol ($p < 0,01$). Se encontró asociación directa entre padecer burnout y presentar ansiedad o depresión.

CONCLUSIONES

El burnout y los trastornos de salud mental relacionados están presentes en la dermatología española, estudiarlos será fundamental para promover la salud mental entre dermatólogos, en aras de mejorar la calidad asistencial.



P-085

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HÁBITOS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SOBRE PROTECCIÓN SOLAR EN JÓVENES DE 10 A 18 AÑOS EN LA COMARCA DEL BAIX CAMP, TARRAGONA

Sr. Marc Hernández Santacana¹, Sr. Joan García Vilar², Sra. Claudia Guilarte Cadavide¹, Sra. Maria Ayguasanosa Ávila¹

¹Hospital Clínic De Barcelona, Barcelona, Spain, ²Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, Alicante, Spain

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El factor de riesgo más importante para desarrollar un cáncer de piel es la exposición solar, y se concentra mayoritariamente en la infancia. El objetivo de este estudio es describir, analizar y evaluar los hábitos, actitudes y conocimientos sobre la exposición solar en los jóvenes del Baix Camp.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal de una muestra formada por 390 alumnos de 4º de primaria, 299 de 2º de ESO y 360 de 2º de Bachillerato. Se ha realizado mediante un cuestionario administrado en formato papel entre enero y abril de 2022 sobre características fenotípicas, hábitos de protección y exposición solar, y un test de conocimientos.

RESULTADOS

El 91,8% de los jóvenes estudiados se aplica crema solar, pero de estos solo el 35,9% se la reaplica correctamente, el 28,8% se la aplica en casa y el 64% con un FPS>15. La mayoría se ha quemado entre 1 y 2 veces durante el verano, y a mayor tiempo de exposición aumenta el número de quemaduras. La mediana del test de conocimientos por edades es: 10 años, 3,6 puntos; 14 años, 5,2 puntos; y 18 años, 7 puntos.

CONCLUSIONES

Los grupos que realizan mejor las medidas de protección solar son los alumnos de 10 años, de sexo femenino y de fototipo claro. Los hábitos de protección solar son insuficientes, así como el nivel de conocimientos sobre la protección solar. Con todo esto, los que mejor se protegen también tienen más puntuación en el test de conocimientos. El grupo de 10 años de edad es el más predispuesto a recibir educación sobre fotoprotección.

ABREVIATURAS

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

FPS: Factor de Protección Solar



P-086

NEVO EPIDÉRMICO VERRUGOSO INFLAMATORIO LINEAL

Dr. Albert Martin Poch¹, Dra. Mónica Quintana-Codina¹, Dr. Dídac Marín Piñero¹, Dra. María Teresa Fernández Figueras², Dra. Gemma Melé-Ninot¹, Dra. Sonia Romero-Romero¹, Dra. Montse Salleras-Redonnet¹

¹Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud. Servicio de Dermatología, Barcelona, Spain, ²Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud. Servicio de Anatomía Patológica, Barcelona, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 37 años que consultó por una placa eritematodescamativa lineal pruriginosa presente desde la infancia en la pierna derecha (figura 1A). Se practicó una biopsia que mostró una acantosis irregular con papilomatosis focal, alternando áreas de hipergranulosis ortoqueratósica con otras de hipogranulosis paraqueratósica, y un infiltrado linfoide perivascular en la dermis superficial (figura 2). Se realizó el diagnóstico de nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL) y se inició tratamiento tópico con propionato de clobetasol 0,05% y tretinoína 0,05% durante 1 mes, con mejoría significativa de las lesiones cutáneas (figura 1B).

DISCUSIÓN

El NEVIL es una entidad benigna y rara que se manifiesta como una placa lineal pruriginosa eritematodescamativa que sigue las líneas de Blaschko. Suele aparecer en la infancia, aunque puede estar presente al nacer o manifestarse en la edad adulta. Se localiza típicamente en nalgas o extremidades inferiores, aunque puede encontrarse en otras localizaciones. Los estudios genéticos de la piel afecta sugieren que podría tratarse de un mosaicismo de distintas enfermedades inflamatorias cutáneas. La histología es heterogénea pero típicamente muestra acantosis papilomatosa o psoriasiforme y focos de paraqueratosis sin capa granulosa, alternando con otros de hipergranulosis con ortoqueratosis. En dermis existe infiltrado linfoide variable que puede mostrar exocitosis a la epidermis o causar daño liquenoide. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la psoriasis lineal, el liquen estriado o con una forma incompleta del síndrome de CHILD (especialmente si existen defectos congénitos de la extremidad ipsilateral). En casos dudosos puede ser útil la tinción inmunohistoquímica con involucrina que se expresa con menor intensidad en el NEVIL que en la psoriasis. Entre las opciones de tratamiento tópicos existen los retinoides, corticoides, calcipotriol, urea, sirolimus y el crisaborol. En pacientes refractarios, se han publicado casos con buena respuesta a etanercept, ixekizumab, brodalumab, talidomida, láser CO₂ o cirugía.



P-087

CUANDO LOS QUISTES SON LA PISTA

Dra. María José García Camero¹, Dra. Esther Leticia Garabito Solovera², Dra. Alicia Marcos Monera¹, Dra. Carmen Sáez Fuster¹, Dra. Ana María Carballido Vázquez¹, Dra. Ana María Antón Márquez¹, Dra. Teresa Lucía Vega López¹, Dra. Pilar Manchado López¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Spain, ²Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, Spain

INTRODUCCIÓN

La leuconiquia total familiar con quistes pilares múltiples es una entidad rara con herencia autosómica dominante. Las bases moleculares de este trastorno son desconocidas, aunque existe una hipótesis basada en la deficiencia de un gen que regula la estructura de la queratina.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 35 años que fue derivada a consultas de Dermatología por la aparición de múltiples quistes localizados fundamentalmente en cuero cabelludo, pero también en tronco y extremidades. Además, presentaba leuconiquia total y coiloniquia congénitas en los dedos de las manos. La anamnesis y el examen físico no revelaron otros signos o síntomas asociados. Durante el período de seguimiento, la paciente se sometió a la extirpación quirúrgica de más de 10 lesiones. El examen histológico mostró quistes pilares y epidermoides.

Investigando sobre sus antecedentes familiares, se descubrió que 4 familiares de la línea paterna tenían uno o múltiples quistes, estableciéndose el síndrome de leuconiquia, coiloniquia y quistes pilares múltiples como diagnóstico de sospecha.

Se realizó interconsulta al servicio de Genética por deseo gestacional de la paciente, desde donde le recomendaron valorar la posibilidad de la ovodonación en caso de querer evitar la transmisión de la entidad a su descendencia.

DISCUSIÓN

Desde que Bauer describió la asociación de leuconiquia total con múltiples quistes pilares en 1920, solo se han reportado otras 7 familias con este síndrome. Durante el estudio de estos casos, se han descubierto asociaciones de este trastorno con coiloniquia, cálculos renales, distrofia ciliar y pancreatitis aguda. En este caso, la paciente presentaba leuconiquia y coiloniquia.

A pesar de los estudios moleculares realizados, no se ha encontrado ninguna mutación relacionada con esta enfermedad. Por ello, no se puede recurrir al diagnóstico genético preimplantacional, siendo la ovodonación una posibilidad para evitar su transmisión a la descendencia.



P-088

SÍNDROME DE MALFORMACIÓN CAPILAR-MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.C

Dra. Alicia Marcos Monera¹, Dra. Carmen Sáez Fuster, Dra. Ana María Carballido Vázquez, Dra. Ana María Antón Márquez, Dra. Teresa Lucía Vega López, Dra. María José García Gamero, Dra. Pilar Manchado López, Dra. Ana Mateos Mayo

¹Hospital Clínico Universitario De Valladolid, Valladolid, Spain

INTRODUCCIÓN

El síndrome de malformación capilar-malformación arteriovenosa (MC-MAV) es un trastorno genético con herencia autosómica dominante que se caracteriza por la presencia de máculas rosadas que van apareciendo a lo largo de la vida, asociadas en algunos casos a malformaciones arteriovenosas en diferentes localizaciones como músculo, hueso o sistema nervioso central. Se han descrito mutaciones en los genes RASA1 (MC-MAV1) y EPHB4 (MC-MAV2).

CASOS CLÍNICOS

La primera paciente es una mujer de 12 años que consultaba por lesiones cutáneas asintomáticas que estaban aumentando en número. En la exploración física se objetivaron máculas rosadas con halo blanquecino y telangiectasias puntiformes en los labios y dorso de manos. El segundo caso es una mujer de 25 años que acudió para una revisión de un nevus. Durante la exploración se evidenciaron telangiectasias periorales y máculas rosadas en tronco.

En ambos casos se sospechó un síndrome MC-MAV y se realizó un estudio genético donde se encontró una mutación probablemente patogénica en EPHB4, que no presentaban los padres sanos de las pacientes, y una resonancia magnética cerebral y de médula espinal que fue normal.

DISCUSIÓN

El síndrome MC-MAV tipo 1 y tipo 2 comparten algunas características similares, que incluyen las máculas rosadas y la posible asociación a malformaciones arteriovenosas en un tercio de los casos. Estas máculas suelen presentar hipotricosis y un halo blanquecino y se han considerado pequeñas micro malformaciones arteriovenosas. En el síndrome MC-MAV2, son características además las telangiectasias periorales, en mucosa oral y tronco, así como la epistaxis.

El diagnóstico diferencial se presenta con otros síndromes de malformación vascular, como la telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) o la telangiectasia benigna hereditaria (TBH). Sin embargo, en la TBH no suelen aparecer epistaxis ni malformaciones de alto flujo. En la THH, aunque sí hay epistaxis y MAV, éstas son sobre todo pulmonares y hepáticas.



P-089

SÍNDROME DE LEIOMIOMATOSIS HEREDITARIA Y CÁNCER DE CÉLULAS RENALES

Sra. Marina Montero García¹, Sr Carlos Mendoza Chaparro, Sra Laura Martínez Montalvo, Sr Omar Al Wattar

¹Hospital General Universitario De Ciudad Real, Ciudad Real, Spain

LEIOMIOMATOSIS HEREDITARIA Y CÁNCER DE CÉLULAS RENALES

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 25 años, natural de Bolivia, presenta una placa de 15 x 10 cm en región lumbar derecha compuesta por pápulo - nódulos eritemato-violáceos de diferentes tamaños, dolorosos a la palpación.

Tras realizar biopsia de una de las lesiones, con resultado de leiomioma, se investigan antecedentes familiares, encontrando que la madre del paciente también presenta lesiones cutáneas dolorosas sugestivas de leiomiomas cutáneos y miomas uterinos.

Ante estos hallazgos se diagnostica de probable síndrome de leiomiomatosis hereditaria y cáncer de células renales (LHCCR).

DISCUSIÓN

El síndrome de LHCCR se trata de una genodermatosis infrecuente, de herencia autosómica dominante y de prevalencia desconocida, con aproximadamente unos 300 casos descritos en todo el mundo. Está causado por una mutación en el gen de la enzima fumarato deshidrogenasa que provoca una deficiencia de la actividad de la misma.

Los leiomiomas cutáneos suelen ser la manifestación más precoz y causa del diagnóstico. Estos pueden presentarse con distintos patrones. En nuestro paciente observamos un patrón segmentario tipo 2, una presentación con muy pocos casos recogidos en la literatura, la cual se debe a un mosaicismo de tipo 2 (una segunda mutación por la cual las células de una región concreta pierden la heterocigosidad, expresando la enfermedad de forma más severa)

Este síndrome se ha asociado recientemente con la aparición de cáncer renal, especialmente el cáncer papilar de tipo 2, que suele ser de inicio precoz y muy agresivo, lo cual hace necesario una vigilancia estrecha de estos pacientes.

CONCLUSIÓN

El síndrome de LHCCR es una genodermatosis infrecuente en el que el diagnóstico precoz juega un papel clave para poder llevar a cabo una vigilancia y detección temprana de un posible cáncer renal, principal marcador pronóstico de estos pacientes



P-090

ENFERMEDAD DE DARIER LINEAL, EJEMPLO DE MOSAICISMO EN LAS DERMOPATÍAS SEGMENTARIAS

Dra. Cristina Miranda Valverde¹, Dra. María Dolores Benedicto Maldonado¹, Dra. Elena Gallego Domínguez¹, Dr. Eliseo Alejandro Martínez García¹, Dra. Rosa María Castillo Muñoz¹, Dr. Jorge Alonso Suárez Pérez¹, Dr. Enrique Herrera Acosta¹

¹Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 47 años, sin antecedentes de interés, que consulta por lesiones pruriginosas desde la infancia, que empeoraban en verano y con la sudoración. En la exploración presentaba pápulas queratósicas y verrucosas, de color pardusco, en cabeza, cuello y tronco, en hemicuerpo derecho, siguiendo las líneas de Blaschko.

Se tomó biopsia con resultado de dermatosis acantolítica con disqueratosis verrucosa. Posteriormente el estudio genético del gen ATP2A2 reveló su mutación en heterocigosis, confirmando una enfermedad de Darier lineal.

Se inició tratamiento con isotretinoína oral, con mejoría parcial de las lesiones, pero se suspendió por hipertransaminasemia e hipertrigliceridemia, iniciando tratamiento con ciclosporina con la que mantiene buena respuesta clínica. Además, se realizó exéresis de las lesiones más dolorosas.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Darier lineal (nevo epidérmico disqueratósico acantolítico) es un subtipo clínico de la enfermedad de Darier. Constituye un ejemplo de dermatosis con mosaïcismo, que se traduce en que coexisten dos poblaciones genéticamente diferentes de células en los segmentos de piel afectados. El gen ATP2A2 codifica para una bomba de calcio y su disfunción influye en los niveles intracelulares de este ión, afectando a la adhesión y a la diferenciación de los queratinocitos. Su mutación se transmite a la descendencia con carácter autosómico dominante, con una expresividad variable. Las opciones terapéuticas son los retinoides tópicos y/o sistémicos y la ciclosporina. Entre las opciones quirúrgicas se encuentran la escisión y aplicación de láser CO₂ o YAG.

CONCLUSIONES

Es importante el diagnóstico diferencial entre disqueratoma verrucoso múltiple y una enfermedad de Darier lineal o segmentaria, en especial en el caso de deseo genésico. Además, dado el compromiso estético, que puede afectar a la calidad de vida del paciente, es aconsejable un tratamiento combinado y precoz y un seguimiento para conseguir remisiones prolongadas de las lesiones.



P-091

SÍNDROME DE MENKES. ESTATUS EPILÉPTICO DIAGNOSTICADO POR LOS PELOS

Dr. José Carrasco Muñoz, Dra. Irene Albert Cobo, Dr. Lluís Dols Casanova, Dra. Nalia Domínguez Lirón, Dr. Rubén Hernández Quiles, Dra. Marina Senent Valero, Dra. Noelia Jara Rico, Dra. Isabel Betlloch Mas

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis De Alicante - Servicio de Dermatología, Alicante, Spain

INTRODUCCIÓN

El pili torti es una anomalía congénita del tallo del pelo que se caracteriza por un pelo frágil que se retuerce a intervalos irregulares. Puede presentarse aislado o en asociación con otros síndromes como el de Menkes o Bazex.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un lactante de 4 meses sin antecedentes de interés ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, por presentar crisis epilépticas con escasa respuesta al tratamiento antiepiléptico. Consultan con Dermatología para apoyo diagnóstico y terapéutico, ante los resultados de las pruebas complementarias: pérdida de sustancia blanca en la resonancia magnética cerebral, estatus epiléptico en el electroencefalograma, hiperlactacidemia persistente en gasometrías, y cobre y ceruloplasmina séricos disminuidos. A la exploración dermatológica, destacaba un cabello claro, escaso y quebradizo, y palidez cutánea. Se realizó extracción de cabello para análisis microscópico, encontrando pili torti, fracturas del tallo y nudos capilares. Con estos hallazgos, se apoyó el diagnóstico de sospecha de síndrome de Menkes o tricopoliodistrofia. Se solicitó estudio genético, pendiente de resultados, y se inició tratamiento con cobre-histidina subcutáneo. Posteriormente, el paciente mejoró de su estatus epiléptico y fue dado de alta para seguimiento en consultas.

DISCUSIÓN

El síndrome de Menkes es una enfermedad neurodegenerativa de herencia recesiva ligada al X, provocada por alteraciones del gen ATP7A, regulador del metabolismo del cobre. Se debe sospechar en aquellos pacientes que a los 2-3 meses de edad presentan retraso psicomotor, convulsiones y cabello quebradizo, entre otros hallazgos. Tricoscópicamente destaca pili torti, moniletrix y tricorrexis nodosa. En sangre, encontraremos descenso de cobre y ceruloplasmina. Esta patología provoca la muerte en los primeros años de vida.

CONCLUSIÓN

Los dermatólogos deben estar familiarizados con esta entidad, pues el diagnóstico precoz del síndrome de Menkes es fundamental, ya que el tratamiento con cobre-histidina en fases tempranas podría mejorar el pronóstico a nivel neurológico.



P-092

TRICOMICOSIS AXILAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Juan Manuel Liñán Barroso¹, Dr. Norberto Sánchez Rodríguez¹, Dra. Carmen Cruz Catalán¹, Dra. Rocío del Carmen Bueno Molina¹, Dra. Teresa de Zulueta Dorado¹, Prof. Julián Coenjo-Mir Sánchez¹

¹Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, Spain

INTRODUCCIÓN

La tricomicosis axilar es una condición frecuente en países tropicales caracterizada por la colonización de los tallos pilosos de la región axilar por bacterias, siendo el género *Corynebacterium* spp. el más frecuente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años con antecedentes personales de hidradenitis supurativa leve, acné nódulo-quístico e hiperhidrosis palmoplantar que consulta por apariencia anómala y fragilidad del vello axilar bilateral de 5 años de evolución, sin afectación de otras regiones, que no había respondido a tratamiento con sertaconazol crema. A la exploración física, destacaba vello axilar de aspecto frágil y desvitalizado, con "pull test" y "tug test" positivos. La dermatoscopia reveló masas vainas grumosas blanco-amarillentas blanquecinas adheridas al tallo piloso. La luz de Wood mostró un color blanco intenso en el vello afectado. El análisis microscópico confirmó la presencia de vainas mucoides alrededor del pelo y colonización de los tallos pilosos por cocobacilos grampositivos. El diagnóstico definitivo fue tricomicosis axilar subtipo flava por *Corynebacterium flavescens*, que se resolvió tras una semana de tratamiento con clindamicina gel.

DISCUSIÓN

La tricomicosis axilar es una condición común en climas tropicales, a menudo mal diagnosticada en nuestro medio debido a sus síntomas relativamente leves y baja frecuencia. Es más frecuente en adultos varones jóvenes y se favorece por exceso de sudoración e higiene inadecuada. Se debe hacer diagnóstico diferencial con tricolorrexis nodosa, el monilétrix, el pseudomonilétrix, la tricolorrexis invaginata, la piedra blanca, la pediculosis capitis y las vainas peripapilares característica de la alopecia traccional. El tratamiento de elección incluye higiene adecuada, rasurado de zona o el uso de antibióticos tópicos.

CONCLUSIONES

La tricomicosis axilar es una condición benigna infradiagnosticada en nuestro medio que afecta la región axilar y que está causada por bacterias del género *Corynebacterium* spp.



P-093

ECTIMA GANGRENOSO ESCROTAL POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTORA DE METABETALACTAMASAS

**Dr. Daniel Martín-Torregrosa¹, Dr. Miguel Mansilla-Polo¹, Dr. Fernando Navarro-Blanco¹, Dr. Miguel Lasheras-Pérez¹,
Dra. Mónica Pozuelo-Ruiz¹, Dr. Rodolfo Palacios-Díaz¹**

¹Hospital Universitario Y Politécnico La Fe, Valencia, Spain

Presentamos el caso de un varón de 54 años con leucemia mieloblástica aguda en tratamiento con quimioterapia que presenta tres escaras necróticas en escroto con intenso eritema y edema circundante con intenso dolor en la zona afecta.

Ante la sospecha de ectima gangrenoso escrotal se procede a la realización de biopsia de las lesiones para estudio histológico y cultivo. El cultivo fue positivo para *Pseudomonas aeruginosa* productora de metabetalactamasas resistente a todos los antibióticos, excepto colistina y cefiderocol.

Se inició tratamiento con cefiderocol IV con mejoría tanto del dolor como de las lesiones escrotales.

El ectima gangrenoso es una infección producida por la diseminación hematogena de *Pseudomonas aeruginosa* en contexto de bacteriemia o sepsis, especialmente en pacientes con factores de riesgo como neutropenia o procesos hematológicos malignos. Los ectimas gangrenosos localizados en el área anogenital es posible encontrarlos en pacientes inmunocomprometidos, ocasionalmente sin una bacteriemia identificable.



P-094

ECTIMA GANGRENOSO MÚLTIPLE EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL

Dra. Marina Senent Valero^{1,2}, Dra. Noelia Jara Rico^{1,2}, Dr. Verónica Sánchez García^{1,2}, Dr. José Carrasco Muñoz^{1,2}, Dr. Lluís Dols Casanova^{1,2}, Dra. Nalia Domínguez Lirón^{1,2}, Dr. José Carlos Pascual Ramírez^{1,2}

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, Spain, ²Instituto de Investigación Biomédica ISABIAL, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años trasplantada renal con disfunción crónica avanzada. Durante el ingreso a cargo de nefrología comienza con la aparición progresiva de papulo-nódulos eritematosos con centro necrótico muy dolorosas en axila, costado y mama izquierda (Figura 1). Negaba fiebre o malestar general. No presentaba otros síntomas acompañantes. En la analítica sanguínea destacaba una neutropenia moderada.

Ante la sospecha de ectima gangrenoso (EG) se inició tratamiento de amplio espectro con meropenem y ciprofloxacino tras la extracción previa de cultivos de la herida y biopsia cutánea. La sospecha clínica fue finalmente confirmada con la detección de *Pseudomona aeruginosa* en el cultivo y concordante con los hallazgos histológicos. La paciente evolucionó favorablemente, requiriendo desbridamiento quirúrgico de las lesiones, drenaje de las colecciones y curas locales. La paciente finalizó el tratamiento en domicilio con la desaparición total de las lesiones.

DISCUSIÓN

El EG es una infección cutánea producida generalmente por *Pseudomona aeruginosa*. Esta se observa con mayor frecuencia en pacientes inmunodeprimidos o con una neoplasia subyacente. Es poco frecuente y presenta una alta tasa de morbimortalidad. Entre los patógenos bacterianos, además de la *Pseudomona aeruginosa*, también se han descrito: *Pseudomonas stutzeri*, *Aeromonas* spp, *Citrobacter* spp, *S. aureus* resistente a meticilina como agentes causantes.

Las lesiones se inician como máculas eritematosas que posteriormente evolucionan a pápulas/vesículas hemorrágicas y finalmente se transforman en úlceras necróticas. Entre el 62% y el 75% de las personas afectadas presentan una inmunodeficiencia subyacente. Entre las condiciones que predisponen a esta infección se incluyen la neutropenia, la leucemia, la diabetes mellitus y las quemaduras extensas. El diagnóstico y tratamiento precoz condicionan el pronóstico de la enfermedad. Las opciones terapéuticas incluyen fármacos betalactámicos, carbapenémicos o fluoroquinolonas entre otros.

CONCLUSIÓN

Es esencial reconocer tempranamente la enfermedad y comenzar un tratamiento sistémico adecuado para reducir la potencial mortalidad y las complicaciones asociadas a esta infección.



P-095

FIEBRE Q DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Dr. Iván Rodrigo Díaz¹, Dra. Ana del Rocío Gamero Rodríguez¹, Dr Thomas Akel Oberpaur¹, Dra. Marta Ruano del Salado¹, Dra. María Elena Sánchez-Largo Uceda¹

¹Hospital Universitario De Torrejón, Torres de la Alameda, Spain

La Fiebre Q es una infección zoonótica transmitida por la bacteria *Coxiella burnetii*, un patógeno intracelular obligado cuyo reservorio habitual son animales ungulados de áreas rurales como ovejas, cabras y ciervos. La transmisión más frecuente es por la inhalación de aerosoles emitidos por heces, placentas, orina y leche, aunque se han descrito otras formas de transmisión mucho menos frecuentes.

La Fiebre Q aguda es generalmente asintomática, pero cuando presenta sintomatología, ésta se manifiesta como un cuadro constitucional con febrícula, astenia intensa, mialgias y a veces alteración hepática y pulmonar. La afectación dermatológica es poco frecuente e inespecífica, pero en ocasiones se puede manifestar como un rash maculopapuloso y/o vesiculoso, eritema nodoso, eritema anular centrífugo e incluso vasculitis.

Presentamos un caso de fiebre Q aguda de presentación clínica atípica. Se trata de una mujer de 59 años con antecedentes personales de hipertensión, fibrilación auricular y bloqueo auriculo ventricular completo, que acude a urgencias con clínica de fiebre, astenia y mialgias junto con una lesión ampollosa en región hipotenar izquierda la cual relacionó con una picadura, evolucionando en 10 días a una úlcera de fondo necrótico y borde eritematoso. Además, aparece de forma espontánea una nueva úlcera en la mano derecha, así como pápulas eritematosas en las flexuras de antebrazo y muslos.

Ante la sospecha de posible infección zoonótica, se solicitaron analítica y serologías para varios microorganismos sospechosos. Los hallazgos más relevantes fueron una elevación de enzimas hepáticas y la presencia de IgG de fase II para *C. burnetii* a títulos elevados. Se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días. En los sucesivos controles disminuyeron las transaminasas, se resolvieron las lesiones cutáneas y la evolución serológica nos permitió establecer el diagnóstico de Fiebre Q aguda.



P-096

UN VIH DE DIAGNÓSTICO TARDÍO Y UNAS LESIONES CUTÁNEAS DESAPERCIBIDAS

Sra. Carmen García Moronta¹, Sr. Francisco León León Pérez¹, Sr. Pablo Díaz Calvillo¹, Dr. Alejandro Molina Leyva¹, Dr. Salvador Arias Santiago^{1,2}

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Spain, ²Facultad de Medicina - Universidad de Granada, Granada, Spain

INTRODUCCIÓN

Actualmente experimentamos un repunte en la incidencia de micobacteriosis atípicas secundario a un aumento de pacientes inmunodeprimidos. Además de por inoculación directa, en estos pacientes las micobacterias pueden llegar a la piel vía sistémica formando parte de una infección diseminada.

CASO CLÍNICO

Varón de 64 años derivado a Enfermedades Infecciosas por serología positiva para VIH solicitada a raíz de síndrome constitucional de un mes de evolución. Durante la exploración presentaba pápulas ulceradas en miembros inferiores, a las que no se les otorgó mayor importancia en ese momento.

Una semana después de iniciar la terapia antirretroviral (TAR), el paciente ingresa por un deterioro psicofísico marcado acompañado de febrícula y alteraciones cognitivas, siendo diagnosticado de meningitis por *Cryptococcus neoformans*.

Durante este ingreso interconsulta a Dermatología para descartar afectación cutánea por dicho hongo. El paciente presentaba lesiones pruriginosas de un mes de evolución en miembros inferiores. En la exploración física se apreciaban pápulas umbilicadas con centro costroso y patrón esporotricóide. Se tomaron dos biopsias, siendo el estudio microbiológico de la muestra clave para la detección de *Mycobacterium avium intracelulare* (MAI).

Inició tratamiento con rifabutina, azitromicina y etambutol. Puesto que el paciente presentaba clínica digestiva, se realizó una endoscopia que descartó afectación a ese nivel.

El paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento. Recuperó su estado cognitivo basal y las lesiones cutáneas han mejorado, aunque persisten en el momento actual.

CONCLUSIONES

- El MAI puede transmitirse vía inhalatoria o a través del tubo digestivo por ingestión de agua o alimentos contaminados.
- Debemos sospechar la infección por micobacterias atípicas en inmunodeprimidos por el aumento de incidencia en estos pacientes.
- Sería conveniente descartar afectación sistémica si la clínica lo sugiere.
- El tratamiento consiste en la asociación de antimicrobianos debido a las resistencias actuales.



P-097

SIGNO DEL HIPOPION EN IMPÉTIGO AMPOLLOSO

Dra. Celia María Bravo García¹, Dra. María Prieto Rozados¹, Dra. Myriam Viedma Martínez¹, Dr. Ricardo Román Cheuque¹, Dr. Rafael Mendoza Albarrán¹, Dra. Lucía Aguilar González¹, Dr. Alejandro Claudio Oliva¹, Dr. Gonzalo Gallo Pineda¹

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, Spain

Una mujer de 15 años, sin antecedentes relevantes, consultó por lesiones cutáneas en axilas de dos semanas de evolución. Inicialmente presentaba vesículas agrupadas sobre base eritematosa, pruriginosas, que posteriormente coalescieron en ampollas superficiales, que se rompieron dejando erosiones y costras melicéricas. Persistían algunas ampollas indemnes en las que se visualizaba signo del hipopion. Ante la sospecha inicial de impétigo ampolloso se pautó tratamiento empírico con cefadroxilo oral 500mg/8 horas y mupirocina tópica. Dado lo aparatoso del cuadro, se realizaron pruebas para descartar otras enfermedades de estirpe neutrofílica: un cultivo que fue positivo para *Staphylococcus aureus* y una biopsia en la que se observó una dermatitis ampollosa intraepidérmica subcórnea acantolítica, con infiltrado neutrófilo y ausencia de depósitos inmunes en la inmunofluorescencia directa (IFD). Estos hallazgos fueron compatibles con impétigo ampolloso. La paciente presentó resolución completa de las lesiones tras el tratamiento.

El signo del hipopion se define como la visualización de dos niveles en el líquido contenido en una ampolla, siendo el inferior purulento y el superior seroso. Ante su presencia es necesario realizar un diagnóstico diferencial con enfermedades ampollosas con implicación neutrofílica, como el impétigo ampolloso, la dermatosis pustular subcórnea (síndrome de Sneddon-Wilkinson) y el pénfigo IgA. En estas patologías se produce pérdida de la adhesión celular intraepidérmica, al atacarse la desmogleína que une los queratinocitos, formándose ampollas frágiles que tienden a romperse. Es así infrecuente la visualización del signo del hipopion en la práctica clínica. La acantólisis intrapidérmica del impétigo ampolloso es provocada por una toxina exfoliativa producida por *Staphylococcus aureus*, mientras que en las otras patologías citadas es por autoanticuerpos. El crecimiento de *Staphylococcus aureus* y la negatividad de la IFD en la biopsia fueron esenciales para el diagnóstico. Presentamos un caso de signo del hipopion en impétigo ampolloso con una imagen clínica ilustrativa del fenómeno descrito.



P-098

CONDILOMA LATA GIGANTE SIMULANDO UN CARCINOMA ESCAMOSO PERIANAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Sra. María Luísa Santos e Silva Caldeira Marques¹, Júlia Mercader Salvans¹, Miguel Quetglas Valenzuela¹, Daniel Sánchez Báez¹, María del Mar Pestana Eliche¹

¹Complejo Hospitalario Universitario De Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Spain

INTRODUCCIÓN:

La sífilis, causada por el *Treponema pallidum*, puede manifestarse en múltiples etapas clínicas. Entre ellas, la sífilis secundaria incluye síntomas y signos cutáneos variados, siendo el condiloma lata una manifestación inusual. Presentamos un caso de condiloma lata perianal destacando la relevancia de un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 42 años, usuario de drogas por vía parenteral, acude a consulta de Dermatología por lesiones perianales dolorosas de cuatro meses de evolución. En la exploración física se objetivó una placa exofítica extensa y plana, con pápulas confluyentes en la periferia, de aspecto papilomatoso, circundando el margen anal. Las pruebas serológicas para sífilis (FTA y VDRL) fueron positivas, con un título de 1/64. En el estudio histológico se describió paraqueratosis, acantosis irregular y un marcado alargamiento de redes de crestas interpapilares, junto con un infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular rico en células plasmáticas. Se realizó el diagnóstico de condiloma lata, observándose una resolución completa cuatro semanas tras el tratamiento indicado con una dosis de bencilpenicilina benzatina 2,4 millones de unidades internacionales por vía intramuscular.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de condiloma lata (sífilis secundaria) se basó en hallazgos clínicos, serológicos e histopatológicos. Estas lesiones cutáneas, aunque infrecuentes, típicamente se manifiestan como pápulas confluyentes o placas rosadas, blandas y exudativas, principalmente en áreas anogenitales. Son altamente infecciosas debido a la concentración elevada de *Treponema pallidum* en su exudado. El diagnóstico diferencial de condiloma lata perianal incluye carcinoma epidermoide, entre otros. A diferencia de este, las lesiones son menos dolorosas, no ulceradas y tienen un tiempo de evolución más corto. El caso descrito, con una variante de gran tamaño, es poco común en la literatura médica.



P-099

TINEA CRURIS Y TINEA PEDIS EXTENSAS EN RELACIÓN A TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB.

Dr. Pablo López Sanz¹, Dra. Silvia Manso Córdoba¹, Dra. María Encarnación Alfaro Martínez¹, Dra. Alicia Bascuñana Mendoza¹, Dr. Alejandro García Vázquez¹, Dra. Cristina Faura Berruga¹, Dra. María Encarnación Gómez Sánchez¹

¹Hospital General Universitario De Albacete, Albacete, Spain

CASO CLÍNICO

Secukinumab, un anticuerpo monoclonal humano recombinante, se une y neutraliza la interleucina-17A, clave en la psoriasis. Aunque selectivos, los agentes biológicos pueden causar eventos adversos. Informamos un caso de tinea cruris y pedis extensas relacionado con secukinumab en un paciente con artritis psoriásica.

Un hombre de 49 años desarrolló lesiones pruriginosas en la ingle tras iniciar secukinumab para tratar su artritis psoriásica en las manos. No respondieron a betametasona/calcipotriol. El examen mostró placas eritematosas con descamación arciforme en la ingle y muslos, además de descamación interdigital en el pie izquierdo. El cultivo cutáneo confirmó tinea cruris y pedis por *Trichophyton rubrum*. El tratamiento con terbinafina oral y ciclopirox olamina tópica resolvieron las lesiones en 1 mes.

Los agentes anti-interleucina-17 (IL-17) tratan eficazmente la psoriasis al bloquear IL-23/IL-17, pero pueden causar nasofaringitis, diarrea, infecciones respiratorias, reacciones en el sitio de inyección, cefaleas y artralgias.

Aunque se conoce bien el riesgo de candidiasis mucocutánea durante la terapia anti-IL-17, existe poca literatura sobre infecciones dermatofíticas. Una vía IL-17 deficiente permite colonización de *Microsporum canis* y empeora la inflamación cutánea. También se ha observado que ratones sin IL-1R producen menos IL-17 durante la respuesta inmune a *Trichophyton rubrum*.

Se han reportado 7 casos de dermatofitosis con secukinumab, incluyendo tinea pedis, perianal y tinea corporis. Otros anti-IL-17 como brodalumab e ixekizumab también se han asociado con dermatofitosis, sugiriendo una subestimación de este evento adverso.

En resumen, presentamos un caso de dermatofitosis durante el tratamiento con anti-IL-17. Se esperan más informes debido al aumento en el uso de terapias IL-17. La similitud con lesiones psoriásicas exige alta sospecha para un diagnóstico preciso y tratamiento adecuado.



P-100

UNA INCÓGNITA MUY FÚNGICA

Sra. Rocío Bueno Molina¹, Sr. Juan Ortiz Álvarez¹, Sr. Jorge López Cano¹, Sr. Juan Carlos Hernández Rodríguez¹, Sra. Carmen Cruz Catalán¹, Sr. Julián Conejo-Mir Sánchez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, SEVILLA, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 42 años sin antecedentes de interés que acude a consulta por lesiones pruriginosas en región facial de larga evolución. Aunque trabaja en entorno rural; niega contacto directo con animales. Ha realizado tratamiento con corticoides tópicos sin mejoría. A la exploración se apreciaba en región malar y cara posterolateral izquierda del cuello, placas eritematosas, con descamación furfurácea y morfología circinada. Inicialmente se sospechó lupus cutáneo subagudo vs tinea faciei incognito, por lo que se realizó una biopsia para estudio histológico y microbiológico. En el estudio histológico destacaba leve infiltrado linfocitario perivascular con eosinófilos aislados con tinción de Grocott negativa y ausencia de depósito de mucina intersticial. El cultivo fue positivo para *Trichophyton rubrum* confirmándose el diagnóstico de tinea faciei incognito. Se observó resolución de las lesiones transcurridos 2 meses de tratamiento con terbinafina 250 mg/24h durante dos semanas y fenticonazol crema/12 h durante un mes

DISCUSIÓN

La tinea faciei es una infección superficial de la piel facial causada por dermatofitos. Se manifiesta como placas eritematosas y descamativas con aclaramiento central (1). En 1968 Ive y Marks acuñaron el término "tinea incognito" para denominar aquellas dermatofitosis cuyo aspecto se ve modificado por la aplicación de corticoides tópicos, sistémicos u otros inmunomoduladores. Es común, que se refiera ligera mejoría transitoria con el inicio de la terapia corticoidea, con recaída y empeoramiento posterior (5). Cuando el paciente acude a nuestra consulta, la lesión carece de las características clásicas de una infección micótica con menos descamación y márgenes menos sobreelevados; simulando otras dermatosis: lupus cutáneo eritematoso, rosácea, dermatitis de contacto... (1). Esto lo convierte en un reto diagnóstico, retrasando el tratamiento adecuado. Dado que se ha observado un aumento de su prevalencia, enfatizamos la importancia de sospechar dermatofitosis en las erupciones faciales descamativas.



P-101

FUSARIOSIS DISEMINADA CON EXPRESIÓN CUTÁNEA

Dra. Belén Rodríguez Sánchez¹, Dr. Jorge Martín-Nieto González, Dr. Luis Jiménez Briones, Dra. Noelia Medrano Martínez, Dr. Daniel Virseda González, Dr. Luis Zamorro Díaz, Dra. Marina De la Puente Alonso, Dra. Minia Campos Domínguez

¹Hospital General Gregorio Marañón, Madrid, Spain

INTRODUCCIÓN

Las infecciones fúngicas invasoras son un problema grave en inmunodeprimidos, en particular en neutropénicos. Los hongos oportunistas responsables de estas infecciones incluyen levaduras (*Candida*) y hongos filamentosos (*Aspergillus*, *Rhizopus*, *Mucor*, *Fusarium* o *Alternaria*). Son ubicuos en el ambiente e inoocuos en inmunocompetentes, pero en neutropénicos pueden invadir los vasos sanguíneos causando isquemia, infarto y necrosis de los tejidos, incluida la piel.

CASO CLÍNICO

Niño de 16 años con anemia falciforme, por lo que había sido sometido a trasplante de progenitores hematopoyéticos, con recuento de cero neutrófilos. Presentaba cuatro nódulos purpúricos de 5 mm de diámetro en cuello, abdomen y extremidades, de un día de evolución. Estaba afebril. Se realizó biopsia para tinción urgente con calcofluor, que reveló estructuras fúngicas, por lo que se aumentó la anfotericina B de dosis profilácticas a terapéuticas y se asoció isavuconazol. La tinción de hematoxilina-eosina reveló en dermis media, un grupo de hifas hialinas y septadas en localización intravascular y en la dermis inmediatamente adyacente al vaso. En el cultivo creció *Fusarium verticillioides* sensible a voriconazol, por lo que se cambió isavuconazol por voriconazol y se aportó filgrastim con recuperación parcial de la neutropenia y resolución del cuadro.

DISCUSIÓN

En caso del *Fusarium*, se encuentran lesiones cutáneas en más del 70% de pacientes con infección diseminada. Estas son típicamente generalizadas y heterogéneas. Incluyen máculas o pápulas rojas, grises o purpúricas, algunas con necrosis central y aspecto "ectima-like"; pústulas; o nódulos subcutáneos. Los pacientes suelen presentar mialgias y fiebre. Una vez sospechada la infección, se debe iniciar inmediatamente el proceso diagnóstico, que incluye: biopsia para tinción fúngica inmediata, examen histológico y cultivo; hemocultivos; y pruebas radiológicas para valorar la afectación pulmonar y de los senos. Además, es importante un comienzo rápido de tratamiento con antifúngico a dosis altas y medidas para la recuperación de la neutropenia.



P-102

GRANULOMA DE MAJOCCHI: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Lucía Martínez Rozas¹, Dra. Gemma María Jumilla Martínez, Dra. Sara De Benito Mendieta, Dra. Alejandra Méndez Valdés, Dr. Diego De la Vega Ruiz, Dra. Marta Menéndez Sánchez, Dr. Miguel Vela Ganuza, Dr. José Luis López Estebanz

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Spain

El granuloma de Majocchi o granuloma tricofítico es una micosis superficial que afecta a dermis y tejido celular subcutáneo. Es una entidad poco frecuente, y está causada por hongos dermatofitos, siendo el *Trichophyton rubrum* el causante principal. Es una infección que afecta principalmente al folículo piloso, lo cual ocasiona una foliculitis supurativa y una reacción granulomatosa circundante en la dermis. Es especialmente común en miembros inferiores de mujeres de edad media, asociándose en ocasiones a antecedentes traumáticos locales y/o a una inmunosupresión previa, destacando factores predisponentes como la diabetes o el uso de esteroides. El diagnóstico se realiza por medio de la histopatología y el tratamiento principal es la griseofulvina. En esta comunicación, se presenta el caso de un varón de 67 años sin antecedentes de interés que presentaba una placa eritemato-violácea en la mano derecha de un año de evolución, en la cual se aisló *Trichophyton rubrum*.



P-103

CANDIDIASIS ORAL: MÁS ALLÁ DEL MUGUET

Dra. Patricia Bodas Gallego¹, Dra. Elia Samaniego González¹, Dra. María Criado Otero¹, Dr. Víctor Onecha Vallejo¹, Dr. Manuel Ángel Rodríguez Prieto¹

¹Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, Spain

INTRODUCCIÓN

Las etiologías de las úlceras orales en el paciente anciano son múltiples, destacando traumatismos, fármacos, enfermedades cutáneas inflamatorias y procesos infecciosos. Dentro de este último grupo, las infecciones fúngicas son una causa rara.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 87 años con demencia avanzada y diabetes mellitus en tratamiento con cefuroxima por una infección urinaria, que desarrolla estomatitis oral y lesiones erosivo-costrosas en mucosa labial que condicionan odinofagia y disminución de la ingesta. Además, presenta lesiones úlcero-costrosas en región cervical. Se solicitan serologías de *Mycoplasma pneumoniae* y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que resultan negativas. Se realiza cultivo y biopsia de las lesiones labiales. Los hallazgos histológicos son compatibles con una mucositis erosiva inespecífica y la inmunofluorescencia es anodina. En el cultivo crece *Candida albicans*, pautándose tratamiento con fluconazol con resolución de las lesiones.

DISCUSIÓN

Los principales diagnósticos diferenciales a considerar son el pénfigo vulgar, el síndrome de Stevens-Johnson y el RIME (reactive-infectious mucocutaneous eruption), que incluye el MIRM (*Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis). Dentro de las manifestaciones de las candidiasis orales agudas destacan la forma pseudomembranosa o muguet, la forma eritematosa y la queilitis angular, no siendo características las lesiones erosivo-costrosas labiales.

CONCLUSIONES

A pesar de que las úlceras orales son una manifestación infrecuente de la candidiasis oral, es importante considerar esta etiología dentro el diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones, especialmente en pacientes con factores de riesgo de desarrollar candidiasis mucocutáneas graves.



P-104

IMPORTANCIA DE LA TRICOSCOPIA Y LA LUZ DE WOOD EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA TINEA CAPITIS

Dra. Sara De Benito Mendieta¹, Dra Alejandra Méndez Valdés¹, Dra Giulia Greta Dradi¹, Dr Joseph Simon Griffiths Acha¹, Dra Lucía Martínez Rozas¹, Dra Gemma María Jumilla Martínez¹, Dra María Uxúa Florsitán Muruzábal¹, Dr Jose Luis López-Estebarez¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Valdemoro, Spain

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 8 años que consultó por una lesión asintomática en cuero cabelludo de un mes de evolución.

A la exploración presentaba a nivel occipital una placa alopecica descamativa de 2,5 centímetros. El juicio clínico fue de tinea capitis (TC). Tras recoger cultivo, se pautó Terbinafina oral 125mg/día durante un mes.

En la revisión, mediante tricoscopia se observaron pelos rotos, en zigzag y en código Morse. Asociaba realce verde-amarillento con luz de Wood (LW).

Se sustituyó la Terbinafina por Itraconazol 100mg/día durante un mes, con mejoría clínica. Se suspendió el tratamiento pero la lesión reapareció tres semanas después.

En el cultivo se aisló *Microsporum canis*. Se pautó Griseofulvina 750mg/día, con resolución completa y definitiva de la lesión tras 8 semanas de tratamiento.

DISCUSIÓN

En la TC debe iniciarse tratamiento antifúngico oral empírico y precoz. Para ello es importante diferenciar clínicamente la TC microspórica de la tricofítica. En la primera el tratamiento de elección es la Griseofulvina y en la segunda la Terbinafina.

En una revisión sistemática reciente, los pelos doblados, en código Morse y en zigzag, solo se observaron en la microspórica. Los pelos en sacacorchos se observaron con mayor frecuencia en la tricofítica.

Por otro lado, la LW muestra fluorescencia amarillo-verdosa en la TC microspórica, pues esta ocasiona infección de tipo ecto-endothrix. En la tricofítica la LW es negativa, pues predomina la parasitación de tipo endothrix.

Nuestro caso corresponde clínicamente con una TC Microspórica. Por ello se debió pautar Griseofulvina desde el inicio.

CONCLUSIÓN

La tricoscopia y la LW son técnicas económicas, sencillas y accesibles que nos orientan en el diagnóstico diferencial inmediato de la TC. Nos ayudan a identificar al microorganismo involucrado antes de los resultados del cultivo, para iniciar adecuadamente el tratamiento, reduciendo así el riesgo de complicaciones y secuelas.



P-105

LESIONES PURPÚRICAS PALMOPLANTARES POR COXSACKIEVIRUS A6, UNA HISTORIA DE HERMANOS

Dra. MARÍA DOLORES PEGALAJAR GARCÍA¹, Dra Ana Gil Villalba¹, Dra María Zulaika Lloret¹, Dra Mar Rodríguez Troncoso¹, Dr Jorge Juan Vega Castillo¹, Dr Ricardo Ruiz Villaverde¹

¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Spain

Presentamos los casos de dos familiares convivientes, un varón de 60 años y su hermana de 52 años, que consultaban por lesiones cutáneas purpúricas palmoplantares dianiformes y pseudovesiculosas de tres días de evolución, acompañadas de molestias orofaríngeas. La mujer refería cuadro pseudogripal con vómitos la semana previa. En la exploración presentaban además pápulas eritematosas solitarias en tronco y región glútea, y faciales periorificiales con costra melicérica. Las analíticas sanguíneas completas y pruebas serológicas no arrojaron resultados diagnósticos

concluyentes. El estudio histológico reveló una dermatitis de interfase vacuolar con espongiosis epidérmica, queratinocitos apoptóticos, y un infiltrado linfocitario con extravasación hemática en dermis. Se realizó estudio molecular con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de una pseudovesícula palmar que resultó positiva para Coxsackievirus A6, llegando al diagnóstico de enfermedad mano-boca-pie (EMBP) atípica del adulto. Recibieron tratamiento vía oral con prednisona 30mg durante 3 días y cetirizina un comprimido cada 12 horas, y tópico con hidrocortisona-ácido fusídico, con resolución de las lesiones y suspensión del tratamiento en el control mensual. La EMBP es una enfermedad generalmente pediátrica producida por Coxsackievirus (CV) A16. Afecta al 11% de los adultos, de los cuales solo el 1% desarrolla EMBP. El serotipo de CV A6, más asociado a herpangina, es infrecuente como causa de EMBP, aunque se ha postulado su mayor frecuencia en adultos y una mayor virulencia de la clínica cutánea. La afectación palmoplantar purpúrica como la de nuestros pacientes es infrecuente, siendo los hallazgos histológicos reportados consistentes con los descritos en publicaciones previas. El diagnóstico diferencial en EMBP del adulto incluye eritema multiforme secundario a virus herpes simple o micoplasma, vasculitis, infección por Parvovirus B19 o algunas dermatitis ampollasas. El tratamiento es sintomático, sin recurrencias de los síntomas. En conclusión, presentamos dos casos de EMBP del adulto con hemorragias palmoplantares por CV A6.



P-106

CICATRIZACIÓN TÓRPIDA TRAS MPOX; LO QUE LA PANDEMIA NOS DEJÓ

Dr. Andrés Grau Echevarría¹, Dra Carolina Labrandero Hoyos¹, Dr Rodrigo Peñuelas Leal¹, Dr Daniel Blaya Imbernón¹, Dra Malena Finello¹, Dr Ángel González García¹, Dra Elena Pérez Zafrilla¹, Dra Amparo Pérez Ferriols¹, Dr Pablo Hernández Bel¹

¹Hospital General Universitario De Valencia, Valencia, Spain

La viruela del mono es una infección viral que ha sufrido un gran aumento de casos a nivel mundial en 2022 y 2023. Esta producida por el poxvirus que lleva su nombre y produce lesiones cutáneas características y clínica sistémica. En la literatura no se ha descrito el riesgo de cicatrices tras las lesiones aunque durante este brote se ha estimado alrededor del 20%. Objetivo. Investigar el riesgo de cicatrización y los factores de riesgo en los pacientes con Mpox valorados durante el brote en 2022. Material y métodos. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes y se realizó seguimiento de los mismos. De los 72 pacientes valorados en nuestro centro, se pudo hacer seguimiento y recogida de datos sobre las cicatrices en 40 de ellos. Resultados. Los pacientes con cicatrices fueron notablemente más jóvenes que los pacientes sin ellas. No encontramos diferencias entre los pacientes con VIH y los que no estaban afectados, seguramente por el buen control de la enfermedad que tenían. El inicio de la clínica por síntomas cutáneos frente a sistémicos resultó ser un factor de riesgo para presentar más cicatrices. Las zonas de mayor riesgo de cicatrización tórpida y mayor afectación de la calidad de vida de los pacientes fueron el área genital y la zona nasal y perioral. Conclusiones. La viruela del mono puede generar cicatrices en un porcentaje importante de los pacientes y estas pueden afectar de forma muy llamativa la calidad de vida de los pacientes.



P-107

VARICELA, NO SOLO UNA INFECCIÓN PEDIÁTRICA

Dr. Lluís Dols-Casanova¹, Dra. Nalia Domínguez-Lirón¹, Dr. José Carrasco-Muñoz¹, Dra. Verónica Sánchez-García¹,
Dra. Irene Albert-Cobo¹, Dr. Rubén Hernández-Quiles¹, Dra. Isabel Belinchón-Romero¹

¹Hospital General Universitario De Alicante Dr. Balmis, Alicante, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 28 años sin antecedentes de interés que consulta en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario Dr. Balmis por lesiones cutáneas pruriginosas de 2 días de evolución y aparición paulatina en tórax, cara, espalda y cuero cabelludo. En la exploración presentaba numerosas pápulas, vesículas, pústulas y costras dispersas en dichas áreas. Ante este cuadro clínico se realizó el diagnóstico de sospecha de una primoinfección por virus Varicela-Zoster (VVZ), se realizó exploración física completa y radiografía de tórax para el despistaje de las posibles complicaciones y se inició tratamiento antiviral adecuado, se solicitó serología sanguínea para el VVZ y se tomó una muestra de las lesiones vesiculosas para la identificación del virus, que resultó positiva y confirmó el diagnóstico de varicela.

La varicela es una enfermedad que es mas común en niños, pero que en un pequeño porcentaje de casos se da en adultos (2-5%), generalmente con un curso más grave. Ante un cuadro clínico como el que presentaba nuestro paciente debemos sospechar esta entidad para poder instaurar tratamiento específico y así evitar las posibles complicaciones.



P-108

PSEUDOHERNIA POR HERPES ZÓSTER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Pedro José Fernández Esparcia¹, Dr. Emilio García Mouronte¹, Dra. Raquel María Domínguez López¹, Dra. Blanca Santos Latasa¹, Dra. Camino Pacho Guerra¹, Dr. Gerald Selda Enriquez¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal - Servicio de Dermatología, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 81 años que acude a urgencias por presencia de lesiones cutáneas dolorosas en el flanco izquierdo de 5 días de evolución. De manera acompañante, ha constatado en dicha región la aparición progresiva y sincrónica con las lesiones cutáneas de un abultamiento abdominal. A la exploración, presenta pápulas, vesículas y pústulas distribuidas de forma zosteriforme en el dermatoma T12 izquierdo acompañado de una protrusión de la pared abdominal a ese nivel que aumenta con maniobras de Valsalva. Con todo ello, es diagnosticado de herpes zóster complicado con pseudohernia, con buena evolución tras el tratamiento con valaciclovir y resolución de manera espontánea de la pseudohernia al 3º mes.

DISCUSIÓN

La pseudohernia es una complicación rara del herpes zóster consecuencia de una parálisis temporal de la musculatura abdominal. El diagnóstico puede ser apoyado por pruebas de imagen o electrofisiológicas, aunque una exploración física cuidadosa junto con la correlación temporal con la aparición del herpes suele ser suficiente. No existe tratamiento específico, aunque el pronóstico suele ser bueno con una recuperación completa o casi completa en hasta el 75% de los casos.

CONCLUSIONES

La pseudohernia es una complicación infrecuente del herpes zóster que no obstante conviene conocer para evitar la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas innecesarias



P-109

EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME ADQUIRIDA SOBRE UN TATUAJE TRATADA EXITOSAMENTE CON RETINOIDES TÓPICOS

Dr. Miguel Quetglas Valenzuela¹, Dra. Luísa Santos e Silva Caldeira Marques¹, Dra. Júlia Mercader Salvans¹, Dr. Daniel Javier Sánchez Báez¹, Dr. Daniel Ramos Rodríguez¹

¹Hospital Universitario De Canarias, San Cristobal De La Laguna, Spain

INTRODUCCIÓN

La epidermodisplasia verruciforme (EV) es una enfermedad hereditaria caracterizada por verrugas planas o máculas similares a las de la pitiriasis versicolor y está mediada por la infección crónica del Virus del Papiloma Humano (VPH). El tratamiento de las verrugas planas sigue un esquema terapéutico similar a las verrugas vulgares y existen consideraciones especiales cuando ocurren sobre un tatuaje.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso clínico de un paciente de 43 años sin antecedentes de interés que acudió por verrugas planas múltiples sobre un tatuaje en el brazo y que se diagnosticó de EV mediante examen histológico. Se inició el tratamiento con aplicaciones diarias de trifaroteno tópico presentando mejoría progresiva y desaparición completa de las lesiones en 5 meses, preservando íntegramente el tatuaje. Como efectos secundarios el paciente aquejó irritación en la zona, controlada con aplicaciones puntuales de mometasona 0,1%

DISCUSIÓN

El tratamiento de EV sobre tatuajes a menudo puede dañarlos y causar potencial daño subjetivo al paciente. En estos casos deben priorizarse tratamientos no cicatrizantes como la terapia fotodinámica o los retinoides. Los efectos de los retinoides sobre la diferenciación y proliferación de queratinocitos pueden inducir inhibición de la replicación y el ensamblaje del VPH consiguiendo su resolución y deben ser considerados en el tratamiento de la EV para optimizar el resultado estético.

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso de EV sobre tatuaje tratado exitosamente con retinoides tópicos.



P-110

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL (ENFERMEDAD DE HECK). A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Dr. Javier Moreno-Manzanaro García-Calvillo¹, Dra Ana Belén Gargallo Quintero¹, Dra Paula Blázquez Pérez¹, Dra María Cotarelo Hernández¹, Dra Cristina Romera de Blas¹, Dra Natalia Aranda Sánchez¹, Dra María Victoria Signes-Costa Smith¹, Dra Cristina Pérez Hortet¹

¹Hospital Universitario De Toledo, Toledo, Spain

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck) es una enfermedad rara en nuestro medio que es necesario tener presente dado el aumento de los movimientos migratorios. Presentamos un caso de Enfermedad de Heck diagnosticada en el Hospital Universitario de Toledo.

CASO CLÍNICO

Varón de 47 años procedente de Latinoamérica que presenta múltiples lesiones papulares excrecentes, circunscritas y color rosáceo en mucosa yugal, lingual y labial inferior asintomáticas desde la infancia. No antecedentes familiares conocidos de lesiones similares (ni en su madre, ni sus seis hermanos. No conoció a su padre). En la biopsia se observó papiloma de células escamosas p16 negativo compatible con hiperplasia focal benigna. En cuanto al tratamiento se prescribió imiquimod 3,75% 4 días a la semana sin poder ver evolución ni respuesta dado que no acudió a revisiones.

DISCUSIÓN

La hiperplasia focal benigna es una patología rara de carácter benigno causada por el virus del papiloma humano (VPH) tipo 13 y 32. Es más frecuente en pacientes jóvenes y en mujeres. A pesar de que su prevalencia es mayor en poblaciones indígenas, su incidencia está aumentando en Europa y se asocia a factores genéticos y otros ambientales como la malnutrición y condiciones de hacinamiento. Las lesiones características son pápulas rosáceas-blanquecinas distribuidas por la mucosa oral que blanquean al presionarlas y que tienden a la autoinvolución, aunque en ocasiones pueden persistir y crecer formando grandes nódulos capaces de mermar la calidad de vida del paciente. Histológicamente es característico la presencia de coilocitosis con citoplasma claro, hiperplasia epitelial con paraqueratosis y acantosis, degeneración balonzante y cuerpos mitóticos. El diagnóstico se realiza mediante la combinación de los hallazgos clínicos y biopsia siendo posible la realización de PCR para el VPH en las lesiones. Si precisa tratamiento se puede utilizar imiquimod tópico al 5%, crioterapia o láser de CO₂.



P-111

¿HERPES ZOSTER REFRACTARIO?

Dr. Alejandro Claudio Oliva¹, Dra. Lucia Aguilar González¹, Dra. Alicia Jiménez Antón¹, Dr. David Jiménez Gallo¹, Dr. Mario Linares Barrios¹

¹Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cadiz, Spain

Una mujer de 88 años acudió a nuestras consultas diagnosticada de herpes zoster cervical refractario de un mes de evolución. Había sido tratada con brivudina oral inicialmente y luego valaciclovir oral por persistencia de las lesiones. A la exploración destacaban lesiones residuales tipo cicatrices ligeramente atróficas y lesiones quísticas blanco-grisáceas superficiales metaméricas en los territorios C2-C3. Con un bisturí y una pinza se extraía fácilmente el contenido espeso queratinizante de las lesiones. Se diagnosticó de milia sobre cicatrices de herpes zoster. El resto de los quistes de millium se resolvieron por completo durante los tres meses siguientes sin ningún tratamiento específico.

Existen varias hipótesis sobre la patogénesis de estos quistes de queratina. Mientras que los quistes de millium primarios se consideran tumores benignos, los secundarios no dejan de ser quistes de retención causados por la proliferación de estructuras epiteliales en el proceso de reparación de la piel.

Este caso de milia se suma a otros que aparecen sobre pieles lesionadas o traumatizadas, siendo típico en trastornos ampollosos como la epidermólisis bullosa adquirida, los penfigoides, la porfiria cutánea tarda o las quemaduras de segundo o mayor grado, entre otros.

Aunque cabe pensar que la posibilidad de una milia sobre cicatrices del herpes zoster es frecuente, solo hay un caso descrito en la literatura hasta la fecha. No obstante, dada la frecuencia de herpes zoster, la aparición de milia en sus cicatrices es una posibilidad que los profesionales debemos tener en cuenta para evitar errores diagnósticos y terapéuticos al confundir estos quistes superficiales con vesículas activas de la enfermedad. Presentamos un caso de milia sobre cicatrices de herpes zoster en una paciente sana que ejemplifica este hecho.



P-112

ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE: UN CASO ATÍPICO MUY TÍPICO EN UN ADULTO INMUNOCOMPETENTE

Dr. Antonio Zamora Ruiz¹, Dra. María Dolores Benedicto Maldonado, Dr. Samuel Corral Pavanelo, Dra. Sara Merino Molina, Dra. Rosa María Castillo Muñoz, Dr. Jorge Alonso Suárez Pérez, Dr. Eliseo Alejandro Martínez García, Dr. Enrique Herrera Acosta

¹Hospital Clínico Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, Spain

Presentamos el caso de un varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que acudió a Urgencias de nuestro hospital por cuadro de odinofagia asociando fiebre de tres días de evolución con aparición de lesiones cutáneas ampollosas dolorosas y afectación bucal. A la anamnesis dirigida el paciente nos comentó que, su hija, de edad preescolar, presentaba los mismos síntomas desde hacía unos días anteriores.

A la exploración, se constataron múltiples lesiones eritematovioláceas maculopapulosas y con vesículas, de distribución en miembros superiores e inferiores, no descamativas, que no palidecían a la vitropresión, asociando afectación palmoplantar y enantema orofaríngeo.

Se realizó biopsia cutánea, observando una vesícula intraepidérmica con queratinocitos necróticos y un infiltrado inflamatorio dérmico superficial con edema en dermis papilar. Asimismo, se realizó PCR para enterovirus en exudado seroso de una de las vesículas, siendo positivo para Coxsackievirus A6.

El cuadro clínico, los hallazgos observados y las pruebas complementarias realizadas fueron compatibles con una enfermedad de boca-mano-pie del adulto. Se instauró tratamiento vía oral con prednisona a dosis de 0,5mg/kg/d en pauta descendente y vía tópica con clobetasol. En la revisión a los 30 días de iniciar el tratamiento las lesiones se habían resuelto en su totalidad.

La enfermedad boca-mano-pie es una entidad viral causada por múltiples virus de la familia Enterovirus, principalmente por el género Coxsackievirus. El tratamiento es sintomático.

Presentamos el caso de este varón de 29 años para recalcar la importancia de una buena anamnesis dirigida y de conocer adecuadamente el contexto social de los pacientes para acertar con el diagnóstico. El cuadro que presentó nuestro paciente se trata de un cuadro exantemático viral inespecífico, que podría encuadrarse en otras muchas entidades clínicas, pero fue clave la anamnesis dirigida y el ambiente social para dar en el clavo con el diagnóstico concreto.



P-113

ECZEMA HERPETICUM Y DERMATITIS ATÓPICA SEVERA EN TRATAMIENTO CON UPADACITINIB

Dr. Andrés Vidal González¹, Dr. Sergio López Alcázar¹, Dra. Elena Sendagorta¹, **Dr. Ander Mayor Iburguren¹**, Dr. Rafael Escudero Tornero¹, Dr. Guillermo Servera Negre¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

INTRODUCCIÓN

El eczema herpeticum o erupción variceliforme de Kaposi es una erupción vesicular extensa como consecuencia de la diseminación del virus herpes simple en pacientes con dermatosis previas, siendo la dermatitis atópica la más frecuentemente hallada. Constituye una urgencia dermatológica, potencialmente grave, que precisa tratamiento precoz y enérgico para control de la infección.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de varón de 19 años con antecedente de dermatitis atópica en tratamiento con upadacitinib, que acude a urgencias por lesiones cutáneas vesiculosas de 4 días de evolución en región perioral, con posterior extensión a tronco y región genital, asociando importante prurito. Asimismo, presentaba un cuadro compatible con faringoamigdalitis, con fiebre de hasta 38°C y malestar general, por lo que había iniciado amoxicilina-clavulánico en los 3 días previos. Se cursó ingreso en Dermatología, suspendiendo upadacitinib e instaurando terapia antiviral intravenosa con aciclovir junto con antibioterapia sistémica, así como curas con fomentos y ácido fusídico. Se obtuvo confirmación microbiológica para VHS-1 y aislamiento de *S. Aureus* meticilin-resistente en frotis cutáneo. El paciente evolucionó favorablemente con alta hospitalaria tras cinco días de ingreso.

DISCUSIÓN

El eczema herpeticum es una complicación grave en pacientes con dermatitis atópica grave o extensa, particularmente en aquellos con tratamiento inmunosupresor concomitante, constituyendo una entidad potencialmente grave y motivo de urgencia dermatológica. Cabe destacar el riesgo incrementado asociado al uso de inhibidores de JAK como el upadacitinib (alrededor del 8% para VHS).

El diagnóstico se apoya fundamentalmente en la clínica, junto con el resultado de pruebas complementarias como la PCR de líquido de vesícula. Dado que los resultados en dichas pruebas se pueden demorar, se debe mantener una elevada sospecha clínica para poder emitir el diagnóstico y ofrecer el tratamiento en el momento oportuno, ya que su instauración precoz mejora de manera importante el curso y secuelas asociadas a esta entidad.



P-114

PÁPULAS EN MUCOSA ORAL DE NIÑA INMUNOSUPRIMIDA

Dr. Felipe Peirano¹, Dra. Elena Carmona-Rocha¹, Dra. Helena Iznardo¹, Dr. Lluís Rusiñol¹, Dra. Alexandra Alturo-Pons¹, Dr. Eduardo Subiela-Pérez¹, Dr. Lluís Puig¹, Dra. Esther Roé¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain

CASO CLÍNICO

Niña de 7 años procedente de Perú con antecedente de leucemia mieloblástica aguda en segunda remisión completa y haplotipo HLA-DR4. Realiza quimioterapia (QT) con citarabina y tioguanina, pendiente de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). Consulta por pápulas blanquecinas, asintomáticas, papilomatosas “en empedrado” en mucosa labial superior, inferior y paladar, de 6 meses de evolución. Las relacionaban con el inicio de la QT, presentando mejoría espontánea entre ciclos, pero sin llegar a resolverse.

Se realizó biopsia mediante afeitado de una pápula labial. El estudio histológico reveló acantosis epidérmica irregular, hiperqueratosis paraqueratósica y queratinocitos con citoplasma pálido e irregularidad nuclear, sugestivo de cambios citopáticos. Ante estos hallazgos, se diagnosticó de hiperplasia epitelial focal. Dada la benignidad de la entidad, se acordó abstención terapéutica. Tras realizar el TPH las lesiones resolvieron completamente, sin recidivas a los 4 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La hiperplasia epitelial focal o enfermedad de Heck, es una condición proliferativa benigna de la mucosa oral, inducida por el virus del papiloma humano tipo 13 y/o 32. Es más común en niños y adolescentes, y nativos de Sudamérica. Se ha asociado a HLA-DR4 e inmunosupresión, con casos reportados en pacientes con leucemia linfática crónica y post TPH.

Clínicamente, se presenta como múltiples pápulas milimétricas, bien delimitadas, de superficie lisa o papilomatosa, del color de la mucosa o blanquecinas, con tendencia a confluir dando un aspecto “en empedrado”. Puede afectar cualquier parte de la mucosa oral, principalmente la labial y lingual.

Histopatológicamente, se caracteriza por paraqueratosis, acantosis, presencia de coilocitos, cuerpos de inclusión y células mitosoides.

Los principales diagnósticos diferenciales incluyen verruga vulgar, papiloma escamoso, papilomatosis oral florida, y síndrome de Cowden.

Dado el carácter benigno y autoinvolutivo (habitualmente en meses), se recomienda manejo expectante. En casos persistentes o sintomáticos puede utilizarse cirugía, láser ablativo, crioterapia o imiquimod, entre otros.



P-115

ERITEMA MIGRANS ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Ana Del Rocío Gamero Rodríguez¹, Dr. Thomas Stephan Akel Oberpaur¹, Dr. Iván Rodrigo Díaz¹, Dra Tania Marusia Capusan¹, Dr. Javier Alcántara González¹, Dra. Marta Ruano del Salado¹, Dra Arantxa Muñiz de Lucas¹, Dra María Elena Sánchez-Largo Uceda¹

¹Hospital Universitario De Torrejón, Torrejón De Ardoz, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 64 años, sin alergias ni antecedentes personales de interés, que acude a servicio de Urgencias en abril de 2023 por aparición de pápula eritemato-edematosa supraumbilical a los 3 días de una picadura de insecto no identificado que progresó bilateralmente siguiendo trayectos linfáticos con una característica forma de V. No presentaba otros síntomas acompañantes. Tras valoración por dermatología, se realizó analítica de control para despistaje de enfermedad de Lyme, resultando positiva IgM de *Borrelia burgdorferi*, confirmando la lesión como eritema migrans de morfología atípica. Tras los resultados, se administró doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 10 días, manteniéndose en todo momento asintomático sin visualizar complicaciones neurológicas, cardíacas ni patología osteomuscular.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Lyme es una infección por espiroquetas, principalmente *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia garinii* y *Borrelia afzelii* transmitidas por la picadura de garrapata del género *Ixodes*.

El eritema migrans (EM) supone la manifestación clínica de la primera fase de la enfermedad de Lyme, apareciendo en el 70-95% de las personas infectadas entre los 3 y 30 días posteriores. Clínicamente se manifiesta como un eritema anular que puede presentar una expansión centrífuga, adquiriendo apariencia de ojo de buey. La característica lesión puede ir acompañada o no de síntomas sistémicos.

No obstante, existen presentaciones atípicas reportadas en la literatura, como ocurre en nuestro caso. Estas presentaciones retrasan el diagnóstico lo que implica una demora en la instauración del tratamiento, y por tanto, el aumento de probabilidad de complicaciones cardíacas y neurológicas asociadas.

CONCLUSIÓN

Las manifestaciones atípicas de la enfermedad de Lyme requieren un alto grado de sospecha y una correcta historia clínica para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz que disminuya la probabilidad de complicaciones asociadas.



P-116

PÁPULAS Y PLACAS ERITEMATOEDEMATOSAS Y AMPOLLAS GENERALIZADAS: CUANDO LO SENCILLO PARECE DIFÍCIL

Dr. Eduardo Subiela Pérez¹, Dr Lluís Rusiñol Batlle¹, Dra Cristina Lopez Sanchez¹, Dr Lluís Puig Sanz¹

¹Hospital De La Santa Creu I Sant Pau, Barcelona, Spain

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones cutáneas de las picaduras son muy variadas, pudiendo ocasionar cuadros muy espectaculares e incluso con repercusión sistémica grave.

CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años con antecedente de neoplasia de mama en tratamiento con tamoxifeno, que consultó por presentar lesiones cutáneas de tres días de evolución, sin fiebre ni otra clínica acompañante. A la exploración destacaban una gran cantidad de pápulas y placas eritematoedematosas y ampollas, algunas de distribución lineal en extremidades superiores e inferiores, tronco y cara.

Se planteó un amplio diagnóstico diferencial, incluyendo reacción exagerada a picaduras, síndrome Sweet, varicela, Monkeypox y lupus ampolloso.

Se realizó analítica sanguínea, frotis para PCR de Monkeypox y virus herpes y biopsia mediante "punch". En la analítica destacaba linfopenia ya conocida y normalidad del estudio de autoinmunidad y serologías víricas. El frotis resultó negativo. En la histología se observó edema de dermis papilar con un intenso infiltrado eosinofílico, siendo normal la inmunofluorescencia directa.

Ante los hallazgos, se orientó como una reacción exagerada a picaduras, presentando buena respuesta a corticoides orales y tópicos.

DISCUSIÓN

La reacción exagerada a picaduras de insectos se debe a una reacción de hipersensibilidad retardada a la saliva inoculada. Se ha asociado sobre todo a trastornos hematológicos como la leucemia linfática crónica y el linfoma del manto, y también en pacientes con infección por VIH y VEB.

Su diagnóstico puede ser complejo por la clínica exagerada y por la aparición progresiva de lesiones, limitando la confianza del paciente en el diagnóstico. Ante cuadros dudosos, el estudio histológico permite el llegar al diagnóstico.

Nuestra paciente presentaba una linfopenia de 8 años de evolución no estudiada, por lo que fue derivada a Hematología para su valoración



P-117

LARVA MIGRANS CUTÁNEA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

Dra. Iranzu Barandika Urrutia¹, Dr. Jorge Aróstegui Aguilar¹, Dra. Laura Bernal Masferrer¹, Dra. Mariana Claudia Matei¹, Dra. Itziar Muelas Rives¹, Dra. Beatriz Clemente Hernández¹, Dra. Zita Álvarez Bobillo¹, Dra. Yolanda Gilaberte Calzada¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Spain

INTRODUCCIÓN

La larva migrans cutánea es una entidad producida por una infección parasitaria (por *Ancylostoma brasiliense* más frecuentemente) característica de áreas tropicales y subtropicales. Presentamos un caso de larva migrans cutánea en un paciente de 8 años.

CASO CLÍNICO

Varón de 8 años natural de España que acudió a consulta de Dermatología por lesión pruriginosa en un dedo de dos semanas de evolución. Refería que había estado jugando con tierra en un viaje a Senegal en las semanas previas a la consulta. No presentaba antecedentes personales ni familiares de interés.

A la exploración se apreciaba una lesión lineal eritematosa en cara medial de quinto dedo de mano izquierda. La clínica tan característica confirmó el diagnóstico de larva migrans cutánea.

El paciente fue tratado con ivermectina oral en dosis única (0,2 mg/kg) y ácido fusídico/betametasona crema. En la consulta de revisión la lesión se había resuelto por completo.

DISCUSIÓN

La larva migrans cutánea es una parasitosis que se produce por la inoculación percutánea del parásito en zonas de apoyo como en manos o pies. La clínica comprende una lesión lineal serpentina eritematosa con un extremo que avanza progresivamente hasta varios centímetros más allá del lugar de penetración. Es infrecuente la afectación sistémica ya que las larvas no presentan las enzimas necesarias (colagenasa) para invadir la dermis. El diagnóstico suele ser clínico y presentar eosinofilia en sangre periférica es frecuente. En cuanto al tratamiento, la resolución espontánea es la norma. Otras buenas opciones terapéuticas son ivermectina oral en dosis única (0,2 mg por kg) o albendazol oral a dosis de 400 mg al día durante 3 días. La prevención en áreas tropicales es primordial (por ejemplo, con el uso de calzado).



P-118

CRISTALES EN LA PIEL

Sr. Omar Al-wattar Ceballos¹, Sra. Laura Martínez Montalvo¹, Sra. Marina Montero García¹, Sra. Mónica Gómez Manzanares¹, Sr. Marcos Carmona Rodríguez¹, Sra. María del Prado Sánchez Caminero¹, Dr. Guillermo Romero Aguilera¹, Sra. Mónica García Arpa¹

¹Hospital General Universitario De Ciudad Real, Ciudad Real, Spain

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

CASO CLÍNICO

OBJETIVO/S

DESCRIBIR UN CASO DE HISTIOCITOSIS CUTÁNEA POR DEPÓSITO DE CRISTALES SECUNDARIO A MIELOMA MÚLTIPLE (MM)

MATERIAL Y MÉTODOS

HISTORIA CLÍNICA

CASO CLÍNICO

Varón de 59 años que presentaba una lesión cutánea localizada en la región retroauricular derecha y otra en la región frontal de dos años de evolución asociadas a síndrome constitucional. El paciente estaba en seguimiento por gammapatía monoclonal de significado incierto IgG-Kappa de doce años de evolución. La exploración física reveló una masa de 3 cm de diámetro, color piel, polilobulada al tacto, de consistencia dura. A nivel retroauricular había una masa similar. El último PET/TAC, realizado una semana antes, mostraba lesiones óseas, subcutáneas y musculares con metabolismo patológico, incluyendo las lesiones descritas. Se realizó una biopsia incisional de la lesión frontal por sospecha de infiltración de MM. Histológicamente se observó un infiltrado dérmico perivascular de predominio histiocitario, abundantes células gigantes multinucleadas, plasmocitosis perivasculares con leve atipia y cristales KAPPA positivos en el interior de algunos histiocitos

RESULTADOS

El diagnóstico definitivo fue histiocitosis por depósito de cristales secundaria a MM. La paciente inició poli quimioterapia con evolución favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La histiocitosis por depósito de cristales es una entidad infrecuente que cursa con depósitos intracitoplasmáticos de cristales en los histiocitos, correspondientes a inmunoglobulinas monoclonales cristalizadas. Se trata de un proceso secundario, por lo que su detección debe orientarnos a una enfermedad primaria subyacente. Aunque puede afectar a cualquier órgano, su presentación en la piel es inferior al 5%, siendo el riñón el órgano más frecuentemente afectado. La enfermedad subyacente más frecuente es el MM. Su aparición puede preceder en meses o años al desarrollo de esta neoplasia, como fue nuestro caso, por lo que un diagnóstico precoz de esta entidad podría permitir diagnosticar tempranamente una neoplasia hematológica.



P-119

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DEL LINFOMA T ANGIOINMUNOBLÁSTICO

Dra. Carmen Cruz Catalán¹, Dr. Juan Manuel Liñán Barroso¹, Dra. Mercedes Morillo Andújar¹, Dra. Rocío Bueno Molina¹, Dr. Julián Conejo-Mir Sánchez¹

¹Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, Spain

INTRODUCCIÓN

El linfoma T angioinmunoblástico (LTAI) es el segundo subtipo más frecuente de linfoma de células T periférico. La edad media del diagnóstico es de aproximadamente 69 años, afectando más a varones y diagnosticándose con mayor frecuencia en estadios avanzados.

NUESTRO CASO

Presentamos el caso de un varón de 77 años sin antecedentes personales destacables que en el contexto de un cuadro de un mes de pérdida de peso asociada a astenia debuta con fiebre y tos, motivo por el cual prescriben levofloxacino. A los cinco días comienza con lesiones cutáneas asintomáticas asociadas a eosinofilia y deterioro de función renal. Se diagnostica de forma clínica e histológica de vasculitis leucocitoclástica.

Posteriormente el paciente empeora con aparición de nuevas lesiones cutáneas que son diagnosticadas de DRESS.

Pese a corticoterapia, inmunoglobulinas y ciclosporina el paciente empeora de forma progresiva alcanzando cifras de eosinófilos de 37850, lo que conlleva distrés respiratorio e ictus.

Se realiza un TAC donde se objetivan múltiples adenopatías sugestivas de proceso linfoproliferativo y finalmente la histología ganglionar muestra datos de linfoma angioinmunoblástico.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones cutáneas, muy variadas entre ellas, están presentes aproximadamente en la mitad de los pacientes con LTAI. En la mayoría de los casos se realizan biopsias cutáneas para filiar el cuadro, no encontrándose hallazgos patognomónicos de dicha entidad. Dado que el LTAI suele diagnosticarse en estadios avanzados y que la supervivencia depende en gran parte del estadiaje, es fundamental que pensemos en esta entidad cuando nos encontremos ante dichas manifestaciones cutáneas.



P-120

ROSAI-DORFMAN CUTÁNEA: CARACTERÍSTICA PRESENTACIÓN PARA UNA ENFERMEDAD POLIMORFA

Dra. Elena Pérez Zafrilla¹, Dr. Ángel González García¹, Dra. Malena Finello¹, Dr. Rodrigo Peñuelas Leal¹, Dra. Carolina Labrandero Hoyos¹, Dr. Andrés Grau Echevarría¹, Dr. Daniel Blaya Imbernon¹, Dra. Violeta Zaragoza Ninet¹, Dr. Vicente Sabater Marco²

¹Hospital General Universitario De Valencia, Servicio de Dermatología, ²Hospital General Universitario De Valencia, Servicio de Anatomía Patológica

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consultó por aparición de múltiples lesiones cutáneas dolorosas. Presentaba pápulas y nódulos eritemato-pardos agrupados sobre una placa indurada en el brazo izquierdo de meses de evolución. Asociado a aparición de pápulas y nódulos eritemato-violáceos agrupados sobre placa indurada en el muslo derecho. No presentaba adenopatías ni síntomas sistémicos. Los análisis sanguíneos eran normales. La ecografía y el PET/TAC evidenciaron mayor actividad del tejido celular subcutáneo en las zonas afectadas.

La biopsia de una lesión reveló un infiltrado inflamatorio linfocitocitario con células plasmáticas. Los histiocitos presentaban citoplasma espumoso y positividad para S100, CD68 y CD163, siendo negativos para CD1a. Las células plasmáticas demostraron positividad para CD38 y expresión significativa de IgG4, pero en número menor a 50 células por campo.

Los hallazgos histológicos en ausencia de otras anomalías condujeron al diagnóstico de enfermedad de Rosai Dorfman (RD) cutánea.

DISCUSIÓN

La RD es una histiocitosis no Langerhans con tres formas de presentación: esporádica, familiar y cutánea aislada. La esporádica es la más común y cursa con afectación sistémica.

La forma cutánea aislada de RD es inhabitual y más común en mujeres adultas asiáticas. Generalmente se manifiesta con pápulas y nódulos en la cara, aunque se reportan presentaciones diversas como placas, lesiones pseudotumorales o xantomas eruptivos.

El diagnóstico se basa en hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos. La emperipolesis es fundamental, aunque no patognomónica. Consiste en la presencia de células inflamatorias o eritrocitos intactos en el interior de los histiocitos. Estos últimos son positivos para S100 y CD68, y negativos para CD1a y Langerina.

Es fundamental descartar afectación sistémica, autoinmunidad y neoplasia.

La RD suele ser indolente y autorresolutiva. Las lesiones cutáneas asintomáticas no requieren tratamiento activo, siendo adecuada la observación. En caso de síntomas se puede plantear exéresis o tratamiento sistémico con corticosteroides.



P-121

TRASTORNO LINFOPROLIFERATIVO POSTRASPLANTE CON AFECTACIÓN CUTÁNEA PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Alba Llorens López¹, Dra. Lorena Vila Cobreros¹, Dra. Cristina Fernández Romero¹, Dr. Osvaldo Gabriel Pereira-Resquín Galván¹, Dra. Virginia Pont Sanjuan¹, Dra. Lismary Ruiz Cabezas¹

¹Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, Spain

INTRODUCCIÓN

Denominamos trastornos linfoproliferativos postrasplante (PTLD) a la serie de alteraciones caracterizadas por la proliferación linfoide anormal posterior a un trasplante en relación con la inmunosupresión recibida. Suelen tener origen en las células B y relacionarse con la infección aguda por el virus del Ebstein-Barr (VEB).

MATERIAL Y MÉTODO

Reportamos el caso de un paciente varón de 62 años con antecedentes de trasplante renal en 2012 en tratamiento inmunosupresor con prednisona y tacrolimus que acude a urgencias por una tumoración violácea mamelonada, infiltrada al tacto de 5x4cm en dorso de pie derecho. La biopsia mostró un infiltrado difuso de características linfoproliferativas en dermis, compuesto por linfocitos B de gran tamaño con un patrón de crecimiento difuso. Las células tumorales fueron positivas para CD20, PAX-5, c-Myc, BCL2, BCL6, CD79a y MUM1. El estudio de extensión resultó negativo. Estos resultados fueron compatibles con un Linfoma primario cutáneo difuso de células B grandes, tipo pierna, de alto grado (LPCDCBG-TP).

DISCUSIÓN

Los PTLD son cada vez más frecuentes, debido a la mayor potencia de los tratamientos inmunosupresores en la actualidad. Asimismo, se ha objetivado como específicamente algunos inmunosupresores -como el tacrolimus- aumentan el riesgo de PTLD y el riesgo de muerte tras el diagnóstico. Por otro lado, la presentación cutánea primaria es muy poco común, con menos de 100 casos reportados en la literatura.

CONCLUSIONES

Presentamos un paciente trasplantado renal hace 10 años y tratado con tacrolimus al que se le diagnosticó un PTLD monomorfo con histología de LPCDCBG-TP. A pesar de la frecuencia a la alza de estos síndromes, la afectación cutánea primaria es muy infrecuente, lo que puede dificultar su diagnóstico. De ahí la importancia de plantearla en nuestro diagnóstico diferencial en pacientes trasplantados o tratados con inmunosupresores.



P-122

HISTIOCITOSIS: POR EL CAMINO DEL MEDIO

Sra. Elena Vicente Basanta¹, Dra Silvia Ojea Varona¹, Dr Adrián Santiago López Caamaño¹, Dra Laura Taboada Paz¹, Dra Romina Rodríguez Lojo¹, Dr José Angel Vázquez Bueno²

¹Servicio dermatología. Hospital Naval, Ferrol, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Monforte de Lemos, Ferrol, Spain

Las histiocitosis son un grupo heterogéneo de trastornos que tienen en común una proliferación excesiva de histiocitos. Clásicamente se dividen según su fenotipo inmunohistoquímico en histiocitosis de células de Langerhans (HCL) (CD1a+, S100+, langerina+ con CD68-), y en histiocitosis no-Langerhans (HCNL) (CD68+, CD1a-, S100-, langerina- y factor XIIIa±).

Presentamos el caso de un varón de 49 años, a seguimiento en dermatología por neurofibromatosis tipo 1, que presentaba una lesión única, papulosa rosada de 4 mm en cara posterior de brazo izquierdo. Tras exéresis de la lesión y estudio anatomopatológico, se pone de manifiesto una proliferación celular dérmica a expensas de celularidad inflamatoria mononuclear histiocitaria, monomorfa. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para CD45, CD68, proteína S100, CD1a y negatividad para langerina.

Las células indeterminadas (CI), descritas por primera vez en 1985 por Wood et al., son células dendríticas que se localizan en la dermis y ocasionalmente en epidermis, se asemejan histológica e inmunohistoquímicamente a las células de langerhans en que expresan marcadores CD1A +, CD68 + y S100 +, pero no contienen gránulos de Birbeck y son CD207/ langerina -.

La histiocitosis de células indeterminadas (HCI) es un trastorno poco frecuente, con alrededor de 100 casos descritos en la bibliografía. El origen de estas células y el lugar que ocupa la HCI en la clasificación de las histiocitosis sigue siendo a día de hoy motivo de debate. Actualmente se considera una entidad propia, dentro de las HCL según la clasificación de 2016, aunque comparte características también con las HCNL.

Si bien histología e inmunohistoquímicamente la HCI se asemeja más a la HCL, clínicamente recuerda más a las HCNL, ya que afecta principalmente a adultos, con afectación cutánea limitada en la mayoría de casos y curso benigno.

En resumen, presentamos un caso de HCI con características clínicas e histológicas típicas.



P-123

METÁSTASIS CUTÁNEAS DE LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES MAMARIO TRAS TERAPIA CAR-T

Dr. Sergio Rodríguez Conde¹, Dra. María Alejandra Ruiz Villanueva¹, Dra. Sara Becerril Andrés¹, Dr. José Antonio Oliva Fernández¹, Dr. Ángel Santos-Briz Terrón², Dr. Javier Cañueto Álvarez¹, Dra. Mónica Roncero Riesco¹

¹Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario De Salamanca, Salamanca, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 61 años con antecedente de Linfoma no Hodgking mamario izquierdo, con adenopatías axilares y retropectorales ipsilaterales, y fenotipo de linfoma difuso de células grandes B que se diagnosticó hace 1 año. Tras 6 ciclos de R-CHOP, 3 ciclos de R-ESHAP y radioterapia externa no se consiguió respuesta completa, por lo que fue candidata a autotrasplante. Progresión a los 2 meses con aparición de adenopatía ipsilateral y progresión metabólica del tejido linfomamario izquierdo. Se decidió inicio de CAR-T.

Vista por dermatología en el día+56 tras CAR-T, por lesiones nodulares pruriginosas en mama izquierda desde hace 1 semana. A la exploración se evidencian lesiones tumorales infracentimétricas, en cuadrantes mediales, supero-externos y pezón. En la biopsia se observa un infiltrado neoplásico en dermis profunda, constituido por celularidad linfoide con refuerzo perianexial. Positivo para CD20, BCL2, BCL6, MUM1 y Ki-67 del 80% y negativo para CD19. Compatible con infiltración cutánea por linfoma B difuso de célula grande. Tras estos hallazgos (estadío IV IPI4), se propuso incluir a la paciente en un ensayo clínico. (Epcoritamab + lenalidomida). En el día de hoy, con respuesta metabólica completa tras 9 meses.

DISCUSIÓN

Los linfomas no Hodgkin primarios de la mama son una minoría de los linfomas extranodales. Más frecuente en mujeres entre la 5ª y 6ª década de la vida. La terapia CAR-T es ya una opción útil de tratamiento en linfoma B difuso de células grandes en casos refractarios a 2 líneas.

CONCLUSIÓN

Destacamos el interés del caso por tratarse de aparición de metástasis cutáneas de LBDCG asentado en una localización poco frecuente como es el tejido mamario en el 2º mes tras infusión de CAR-T, con negativización de CD19 en biopsia de metástasis cutánea en la recaída. Investigar mecanismos de fallo de CAR-T será crucial para estos pacientes en el futuro.



P-124

ERUPCIÓN PAPULOSA COMO DEBUT DE LA LEUCEMIA / LINFOMA DE CÉLULAS T DEL ADULTO

Dra. Elsa Benítez García¹, Dra. Irene Loizate Sarrionandia¹, Dr. Eduardo De la Rosa Fernández¹, Dr. José González Rodríguez¹, Dr. Ricardo Fernández de Misa Cabrera¹, Dra. Sara Dorta Alom¹, Dr. José Suárez Hernández¹, Dra. Emma Linares²

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años en seguimiento por serología positiva para el virus linfotrópico T humano tipo I (HTLV-I), después de que su madre, natural de Venezuela, fuese diagnosticada de leucemia-linfoma de células T del adulto (LLCTA). Tras 5 años asintomática, desarrolla pápulas milimétricas, cupuliformes e induradas en miembros superiores, sin datos de malignidad en la biopsia. Dos años después aumentan en número, predominan en escote y cara, son pruriginosas y se asocian a sudoración nocturna y febrícula, sin adenopatías ni hepatoesplenomegalia. La analítica es normal. La biopsia revela infiltración epidérmica de linfocitos T formando microabscesos de Pautrier. La inmunohistoquímica y la citometría de flujo identificaron una población clonal de linfocitos T CD2+ CD3+ CD4+ CD5+ CD25+. El PET-TC descartó enfermedad sistémica. Se diagnosticó LLCTA smoldering y se inició zidovudina e interferón α , sin remisión tras tres meses de tratamiento.

DISCUSIÓN

La LLCTA es una neoplasia asociada al HTLV-I que se desarrolla en aproximadamente el 5% de los individuos infectados tras décadas de latencia. Existen áreas altamente endémicas (Japón, África subsahariana, Sudamérica), siendo las principales vías de transmisión la lactancia materna, vía sexual y parenteral. Se clasifica en varios subtipos (agudo, linfoma, crónico y latente o smoldering) y cursa con lesiones cutáneas hasta en la mitad de los casos, siendo las más características las de tipo multipapular. La variante latente es asintomática, sin afectación sanguínea, pero con posible compromiso cutáneo. El diagnóstico se basa en la serología, histopatología e inmunofenotipo. El pronóstico es desfavorable a pesar del tratamiento, basado en poliquimioterapia y alotrasplante de células hematopoyéticas o zidovudina/interferón α .

CONCLUSIÓN

Las lesiones cutáneas pueden constituir la primera manifestación de la LLCTA. Una alta sospecha clínica, especialmente en pacientes procedentes de regiones endémicas o con antecedentes familiares de infección, es fundamental para establecer el diagnóstico e iniciar tratamiento temprano.



P-125

XANTOGRANULOMA CONGÉNITO GIGANTE

Dra. Zita Álvarez Bobillo¹, Dra. Mariana Claudia Matei¹, Dra. Laura Bernal Masferrer¹, Dra. Itziar Muelas Rives¹, Dra. Beatriz Clemente Hernández¹, Dra. Iranzu Barandika Urrutia¹, Dra. Tamara Gracia Cazaña¹, Dra. Yolanda Gilaberte Calzada¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Spain

INTRODUCCIÓN

El xantogranuloma juvenil (XGJ) constituye la histiocitosis infantil más frecuente y se clasifica dentro del grupo de histiocitosis de células no Langerhans. Afecta fundamentalmente a lactantes y niños pequeños, manifestándose como uno o más nódulos eritematosos o amarillentos, siendo la cabeza y el cuello las localizaciones más frecuentes. La afectación extracutánea es rara y el diagnóstico es esencialmente clínico, pudiéndose confirmar histológicamente. Sin embargo, su variante congénita sólo se ha descrito en un 15% de los casos, siendo más frecuente que éstos sean de gran tamaño.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 meses de edad que acude a consulta por presentar al nacimiento una lesión en zona glútea con crecimiento progresivo. A la exploración, se apreciaba una placa eritemato-anaranjada bien definida de 2,2 cm de diámetro, de superficie lisa y consistencia firme. A la dermatoscopia, no se observaban estructuras específicas, salvo vasos lineales periféricos. Entre las pruebas complementarias, la ecografía de la lesión mostraba un nódulo hipocogénico con señal Doppler en su interior. Posteriormente, se decidió realizar biopsia y el estudio anatomopatológico reveló la presencia de células de citoplasma xántico que ocupaban todo el espesor dérmico, con marcadores CD68, CD4 y Factor XIIIa positivos, Langerina, S100 y CD1 negativos, llegando al diagnóstico de Xantogranuloma juvenil congénito. Se realizaron, además, una ecografía abdominal y una serie ósea completas, sin hallazgos relevantes. Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento y pendiente de revisión por Oftalmología.

DISCUSIÓN

Cuando el xantogranuloma juvenil presenta un tamaño superior a 20 mm se clasifica como gigante. A diferencia del XGJ clásico, el XGJ gigante y congénito predominan en el sexo femenino, localizándose fundamentalmente en extremidades proximales y espalda. En estos pacientes con XGJ congénito, es esencial realizar estudio histopatológico para descartar otras patologías como el rabdomiosarcoma y otras neoplasias de partes blandas, que pueden tener mal pronóstico.



P-126

LA DERMATOSIS DEL BAÑADOR

Dr. Álvaro Núñez Domínguez¹, Dr. Sebastián Reyes García¹, Dra. Jimena Carrero Martín¹, Dra. Marta López Pando¹, Dra. María Cristina Fernández Sánchez¹

¹Hospital Universitario Central De Asturias, Oviedo, Spain

INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide es el tipo más común de linfoma cutáneo primario (alrededor del 50%). Deriva de los linfocitos T. Es más común en adultos varones (2:1) y tiene una incidencia de 6-7 casos por 106/año¹.

CASO CLÍNICO

Varón de 34 años que acude por lesiones levemente pruriginosas en glúteos, muslos y abdomen bajo de 2 años de evolución. A la exploración presenta placas eritematosas, con discreta escama y una delimitación claramente lineal en la zona posterior y más parcheada en su parte anterior. Ante sospecha de dermatitis de contacto alérgica a la ropa interior se realizan pruebas de contacto, que resultaron negativas. Tras esto, realizamos biopsia que revela un infiltrado linfocitario en banda denso con epidermotropismo. El estudio inmunohistoquímico es compatible. Además, en el estudio genético se observa reordenamiento monoclonal. Con esto, se diagnostica de micosis fungoide. Se inicia tratamiento con baño PUVA y se deriva a Hematología para estudio de extensión.

DISCUSIÓN

La micosis fungoide, en sus estadios iniciales, permanece localizada en la piel durante años en forma de máculas o placas, habitualmente en zonas no expuestas. En alrededor del 20%², progresa a estadios más avanzados desarrollando nódulos o tumores.

El diagnóstico diferencial³ en estadio precoz es complejo. Está compuesto por un grupo de dermatosis benignas como eccemas, psoriasis, infecciones fúngicas superficiales, reacciones farmacológicas y parapsoriasis en placas. Una segunda categoría consiste en varias enfermedades benignas con características histológicas altamente indicativas de micosis fungoide (como dermatitis de contacto linfomatoide, reacciones farmacológicas linfomatoides y reticuloide actínico). La tercera categoría está constituida por otros tipos de linfoma cutáneos primario de estirpe T.

En nuestro caso, añadimos la dermatitis de contacto alérgica como posible diagnóstico diferencial.

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso de un paciente con micosis fungoide con expresión clínica llamativa y hacemos hincapié en su complejo diagnóstico diferencial.



P-127

METÁSTASIS CUTÁNEA DE LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES

Dra. Julia Román Gómez¹, Dr. Diego López Martínez, Dr. Francisco José Martínez Ortega, Dr. Jose Juan Parra García, Dra. Marta Segado Sánchez, Dra. Ana López Mateos, Dra. Esther García Martínez, Dra. Gema Ruiz García

¹Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, El Palmar, Spain

Varón de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, siringomielia y hemocromatosis, presentó cuadro de mialgias y debilidad generalizada progresiva de 1 mes de evolución, asociando bradipsiquia, hipofonía, diplopia e inestabilidad de la marcha en la última semana. A la exploración física se observaron nódulos violáceos indurados e infiltrados al tacto en miembros inferiores, tronco y cara, con equimosis periorbitaria en ojos de mapache. No presentó adenopatías palpables. Analíticamente destacó una hipercalcemia severa, con proteinograma normal. Se realizó biopsia punch de una de las lesiones de los miembros inferiores con resultado de linfoma B difuso de células grandes subtipo inmunoblástico. En las pruebas de imagen se evidenció un nódulo testicular hipercaptante en la tomografía por emisión de positrones, así como lesiones en hemisfero izquierdo y en vértebra L5. El aspirado de médula ósea demostró infiltración tumoral. Se instauró tratamiento quimioterápico pero finalmente el paciente falleció tras 2 semanas de ingreso.

La piel puede ser tanto asiento de un linfoma primario como de metástasis de casi cualquier linfoma o leucemia. Existen casos publicados de linfoma B testicular y cutáneo intercurrentes con idénticas características inmunofenotípicas. En el caso que se presenta, aunque no se pudo confirmar histológicamente la afectación testicular del linfoma, la ausencia de adenopatías sugiere el origen extraganglionar del tumor, siendo más probable en el contexto clínico el origen testicular con diseminación a distancia a piel, sistema nervioso central y médula ósea. Es fundamental por lo tanto el correcto estadiaje si se obtiene una biopsia cutánea con resultado de linfoma B, con hemograma completo, citometría de flujo de sangre periférica, tomografía axial de cuerpo completo y si es posible con una tomografía por emisión de positrones (PET). La clasificación precisa del linfoma solo es posible tras individualizar las características clínicas, histológicas, inmunofenotípicas y moleculares.



P-128

ÚLCERAS CUTÁNEAS PERINASALES POR COCAÍNA

Dra. Nidia Planella Fontanillas¹, Dra. Laura Parra Navarro¹, Dr. Nasser Mohammad Porras¹, Dra. Sonia Segura Tigell¹, Dr. Ramon M Pujol Vallverdú¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital del Mar - Parc Salut Mar, Barcelona, Spain

INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína, que con frecuencia está adulterada con levamisol, puede provocar un amplio espectro de manifestaciones mucocutáneas, que varían según la vía de administración (nasal, inhalada o intravenosa). Incluyen lesiones secundarias a fenómenos de vasoconstricción y necrosis (úlceras acrales, lesiones destructivas de la línea media (CIMDL), fenómeno de Raynaud, etc.), a mecanismos autoinmunes (vasculitis asociada a ANCAS) y de activación neutrofílica (pioderma gangrenoso, dermatosis neutrofílicas), reacciones de hipersensibilidad, procesos infecciosos, fenómenos reparativos (cicatriciales) etc. Las CIMDL representan una de las manifestaciones más características de su consumo crónico.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos dos pacientes afectos de úlceras cutáneas perinasaes secundarias al consumo de cocaína. Ambos presentaban asimismo una perforación septal, ocupación de meatos, positividad para anticuerpos anti-citoplasma del neutrófilo específicos frente a elastasa del neutrófilo y una elevación de reactantes de fase aguda. El estudio histológico en uno de ellos mostraba ulceración epidérmica e infiltrado inflamatorio dérmico linfocitocitario perivascular superficial, mientras que en el otro se observa hiperplasia epidérmica con inflamación aguda y crónica moderada de predominio linfoplasmocitario. Las tinciones, cultivos y pruebas de biología molecular fueron negativas así como el estudio de restricción de cadenas. Tras el cese del consumo y largas tandas de antibiótico y corticoides se objetivó una resolución del cuadro clínico y una mejoría parcial, respectivamente, hallándose en el momento actual pendientes de cirugía reconstructiva.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Las CIMDL suelen ocasionar una necrosis centrífuga de la mucosa, del pericondrio oronasal y de las estructuras adyacentes y manifestarse en forma de exudación y formación de costras intranasales, epistaxis, obstrucción nasal, nariz en silla de montar, sinusitis crónica y destrucción del tabique nasal. Revisamos las características clínicopatológicas de las úlceras cutáneas perinasaes secundarias a cocaína. Su presencia plantea un diagnóstico diferencial amplio que incluye un grupo de entidades caracterizadas por lesiones necróticas en la línea media facial.



P-129

UN NUEVO CASO DE POROQUERATOSIS DISEMINADA ERUPTIVA EN PACIENTE TRATADO CON DARATUMUMAB, BORTEZOMIB Y LENALIDOMIDA

Dra. María Encarnación Alfaro Martínez¹, Dr Pablo López Sanz¹, Dra Silvia Manso Córdoba¹, Dra Alicia Bascañana Mendoza¹, Dra Lucía Alejandra Reina Licona¹

¹Complejo Hospitalario Universitario Albacete, Albacete, Spain

INTRODUCCIÓN

Las poroqueratosis son un grupo poco común de enfermedades cutáneas adquiridas o de carácter hereditario de causa desconocida. Se piensa que se trata de alteraciones en la queratinización pero su patogénesis sigue siendo incierta.

Se presenta como pápulas o placas queratósicas con aspecto anular que se expanden de manera centrífuga. Una característica diferencial de estas lesiones es la presencia de un borde hiperqueratósico con forma de anillo conocido como lamela corneide.

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años enviado desde hematología por lesiones muy pruriginosas de una semana de evolución. Nuestro paciente había sido diagnosticado de mieloma múltiple el año anterior y tras una progresión del mismo había comenzado tratamiento con daratumumab, bortezomib y lenalidomida con respuesta completa de su enfermedad.

El paciente presentaba lesiones anulares diseminadas, que aparecieron de manera abrupta, mayoritariamente en tronco y extremidades. Refería haber presentado lesiones similares previas desde hacía 10 años.

Se realizó una analítica completa sin alteraciones que demostrasen empeoramiento de su enfermedad de base y una biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico de poroqueratosis. Se decidió no realizar tratamiento de las lesiones ya que el paciente iba a realizarse un trasplante autólogo de médula ósea como tratamiento curativo de su mieloma.

DISCUSIÓN

La inflamación de queratosis actínicas ha sido descrita previamente en relación con muchos tratamientos, incluyendo varios tipos de quimioterapia. Sin embargo la inflamación de poroqueratosis diseminada previas o el desarrollo de poroqueratosis eruptiva en relación con quimioterapia solo había sido descrito en 4 casos hasta la fecha, ninguno de ellos en el contexto del uso de daratumumab, bortezomib o lenalidomida.

CONCLUSIÓN

Presentamos un nuevo caso clínico de poroqueratosis diseminada eruptiva en relación con fármacos no descritos anteriormente que son: daratumumab, bortezomib y lenalidomida.



P-130

DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DERMATOLÓGICA A PACIENTES MIGRANTES: ABORDANDO LO DESCONOCIDO

Dr. Eduardo De La Rosa Fernández¹, Dra María Alcover Jorge¹, Dr José González Rodríguez¹, Dra Elsa Benítez García¹, Dra Irene Loizate Sarrionandia¹, Dr José Suárez Hernández¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria, La Laguna, Spain

INTRODUCCIÓN

Las migraciones conllevan búsquedas laborales, reuniones familiares, huida de conflictos y retos climáticos. La salud de los migrantes enfrenta obstáculos como discriminación, barreras lingüísticas, socioeconómicas... Canarias es utilizada como puerta de entrada a la UE por miles de migrantes anualmente, muchos llegan por ruta marítima irregular en pateras. Estos presentan patologías diferentes a las de nuestro entorno y afectaciones propias del viaje (hacinamiento, deshidratación y exposición a agua estancada contaminada con restos orgánicos) manifestando lesiones cutáneas, rabdomiólisis, fracaso renal...

El daño cutáneo surge de la interacción entre maceración, fricción, compresión y agentes infecciosos. Existen dos síndromes cutáneos propios del viaje en patera: 1) pie de patera, una celulitis infecciosa necrotizante agresiva que afecta tejidos profundos. 2) celulitis necrosante estéril, que surge tras rehidratación brusca en deshidratación hipernatrémica.

OBJETIVO

Revisar los síndromes cutáneos asociados al viaje en patera y proponer un algoritmo diagnóstico-terapéutico para la atención de migrantes que llegan en patera con lesiones cutáneas.

Resultados y Discusión: Al evaluar las lesiones cutáneas de un migrante de patera se debe realizar exploración cutánea en profundidad, curas locales y, si es necesario, toma de cultivos (hemocultivos, punción y aspiración de abscesos, tejido desbridado...) y antibioterapia empírica.

Si se obtienen cultivos positivos, el tratamiento debe ajustarse según el antibiograma, abarcando microorganismos como S. Algae; además es necesaria una evaluación quirúrgica precoz y un desbridamiento agresivo para conseguir el control de la infección. Ante un edema doloroso con cultivos negativos si se requiere controlar la infección, un desbridamiento agresivo es esencial. Ante edema doloroso con cultivos negativos, es crucial realizar incisiones tipo escarotomía para drenaje del edema y una corrección hidroelectrolítica cuidadosa.

Conclusiones: Hasta el momento, se han descrito dos síndromes cutáneos característicos propios del migrante de patera. Su conocimiento es fundamental para su correcto manejo y evitar complicaciones.



P-131

PAPILOMATOSIS CONFLUENTE Y RETICULADA DE GOUGEROT Y CARTEAUD, TRES CASOS CON AFECTACIÓN FACIAL

Dr. José Juan Parra García¹, Dra. Marta Segado Sánchez¹, Dr. Francisco José Martínez Ortega¹, Dr. Diego López Martínez¹, Dra. Julia Román Gómez¹, Dra. María Castillo Landete¹, Dr. Miguel Lova Navarro¹, Dra. Teresa Martínez Menchón¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia, Murcia, Spain

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud es una dermatosis poco frecuente, infradiagnosticada y de etiología desconocida.

Clínicamente se caracteriza por máculas o pápulas marronáceas o asalmonadas, confluentes, reticuladas, descamativas e hiperqueratósicas. La localización más frecuente es en tórax-cuello, existiendo algún caso testimonial en cara.

El diagnóstico es sobre todo clínico y el tratamiento con resultados más satisfactorios incluye las tetraciclinas.

Se presentan tres casos con componente de afectación facial, que también se denomina dermatosis por *Malassezia* hiperqueratósica de cabeza y cuello.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años sin antecedentes, presenta lesiones maculares de varios años de evolución de coloración marronácea, reticulares, levemente descamativas de localización perioral, mentón, submamaria y nugal. Tratamiento con metilprednisolona crema con recidiva tras la suspensión. Se realiza biopsia confirmatoria de zona submamaria y mentón. Buena respuesta a tratamiento con Minociclina 100 miligramos cada 24 horas un mes.

Mujer de 30 años con lesiones de un año de evolución, reticulares, marronáceas, descamativas en zona perioral y mejilla. Escasa respuesta a metilprednisolona crema. Buena respuesta a Minociclina oral.

Mujer de 35 años con lesiones de un año de evolución marrón-asalmonadas, levemente descamativas, con reticulado entre el cual aparece piel sana. Tratada con Fluticasona tópica sin respuesta. Buena respuesta a Minociclina oral.

DISCUSIÓN

La papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud afecta a la región facial en escasas ocasiones, aunque probablemente sea infradiagnosticada. La imagen clínica característica de lesiones reticuladas suele ser suficiente para el diagnóstico, sin precisar biopsia confirmatoria ni pruebas que determinen la existencia de *Malassezia* (microorganismo con el que se quiere relacionar esta entidad a nivel facial bajo el nombre de dermatosis por *Malassezia* hiperqueratósica de cabeza y cuello).

El tratamiento que muestra resultados más satisfactorios es tetraciclina oral, pudiendo ser este un tratamiento ex juvantibus.



P-132

PRIMERA MANIFESTACIÓN DE GOTA COMO UNA LESIÓN PSEUDOTUMORAL EN EL TALÓN

Dr. Sebastián Reyes García¹, Dra. Jimena Carrero Martín¹, Dr. Álvaro Núñez Domínguez¹, Dra. Marta López Pando¹, Dra. María García Martínez², Dra. Blanca Vivanco Allende², Dra. Cristina Fernández Sánchez¹

¹Servicio de Dermatología: Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, ²Servicio de anatomía patológica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones cutáneas de la gota suelen precederse de una historia de artritis gotosa (AG). Infrecuentemente debuta como tofos cutáneos (TC) (1-3).

CASO

Hombre de 47 años sin antecedentes que consulta por una callosidad dolorosa en talón derecho desde hace año y medio. Su médico le hizo una radiografía que es informada como normal, y le prescribe un antiverrugas tópico, sin mejoría y abultamiento en los últimos meses. A la exploración, presenta en el talón una lesión nodular sobreelevada dura de 2cm, con dos zonas ulceradas con costra hemática en superficie.

La biopsia revela depósitos de material amorfo hialino en dermis, rodeado de células gigantes multinucleadas. Una analítica posterior demuestra una hiperuricemia leve de 9mg/dL (3.4-7.0mg/dL) junto con hipertrigliceridemia, e inicia colchicina.

DISCUSIÓN

Los TC se presentan como nódulos firmes dolorosos, en pies, manos u orejas, en pacientes con historia de AG de ≥ 10 años (1,5). Infrecuentemente la piel es el primer sitio de expresión de gota, y en estos casos suelen ser adultos mayores, mujeres, con niveles más bajos de ácido úrico, sin historia familiar, con un IMC más bajo y tener más afectación de dedos, palmas, u orejas, y menos en tobillos (1,3,4). Estos casos pueden plantear dudas con un carcinoma escamocelular, neoplasias de tejidos blandos u osteomielitis (1), por lo que puede resultar de ayuda la biopsia e imágenes.

En nuestro caso, la ausencia de predisponentes como AG, nefropatía, obesidad, o medicamentos, hicieron que la sospecha inicial de gota fuera baja. Como se describe en individuos con tofos sin AG previa, nuestro paciente presentaba hiperuricemia leve.

CONCLUSIONES

Los TC suelen aparecer en el contexto de una AG crónica, pero también como primera manifestación de la gota, por lo cual deben sospecharse, especialmente en individuos con factores de riesgo para hiperuricemia.



P-133

POSTUREA PARA QUE EL MUNDO LO VEA

Dra. Miriam Fernández Parrado¹, Dra. Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza¹, Dra. Clara Miguel Miguel¹, Dra. Paula Rodríguez Jiménez¹, Dr. Juan Ignacio Yanguas Bayona¹

¹Hospital Universitario De Navarra, Pamplona, Spain

INTRODUCCIÓN

El papel de los dermatólogos en las redes sociales es un tema de creciente actualidad. ¿Darse a conocer, luchar contra los bulos convirtiéndose en “influcencer”, educar a la población más joven, o darse a conocer y captar nuevos pacientes? ¿Para qué sirve realmente tener un perfil en la redes sociales?

OBJETIVOS

Conocer la opinión de los pacientes con respecto a la importancia del dermatólogo en las redes sociales y cómo puede influenciarles.

MÉTODOS

Se realiza una encuesta a todos los pacientes y en algunos casos también a los acompañantes que acuden a la consulta de Dermatología que serán atendidos por el residente de último año de la especialidad. Se analizan datos demográficos, sexo y edad de los encuestados (excepto acompañantes).

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 28 pacientes. Ninguno había buscado el perfil de su médico en redes sociales, pero 5 (21%) reconocen que a partir de ahora posiblemente busquen el perfil profesional del médico y es este mismo porcentaje el que consideran importante la presencia del dermatólogo en redes. Lo que sí valoran los pacientes, el 86% (24) respondieron afirmativamente, es que su médico se actualice, asista a congreso y realice publicaciones científicas. De hecho, a la mayoría (68%) les gustaría tener acceso al currículum de su médico o a una versión reducida de este.

DISCUSIÓN

Los resultados difieren de los resultados publicados en otros estudios y los que se afirma que las redes sociales influyen hasta al 41% de los encuestados a la hora de elegir especialista. Se trata de un perfil de paciente concreto, paciente usuario de la sanidad pública y que no tiene, en principio la opción de elegir. También es necesario tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados, los datos demográficos de la población.



P-134

¡MIS LUNARES SE BORRAN! HALO NEVUS ERUPTIVOS EN ADULTOS

Sra. Irene Suarez Vergne¹, Sr Juan de Luque Fernández¹, Sra Andrea Ballesteros Antúnez¹, Sra Irene Rivera Ruiz¹, Sra Carmen Alejandra Monchón Jiménez¹, Sr Francisco Gómez García¹

¹Hospital Universitario Reina Sofia, Cordoba, Spain

El halo nevus o leucodermia adquirida centrífuga es un tipo de lesión cutánea caracterizada por la aparición de un haloacrómico alrededor de un nevus melanocítico. Es un trastorno frecuente y hasta la mitad de los pacientes afectados presentan dos o más lesiones. Histológicamente se observa un infiltrado mononuclear compuesto principalmente por linfocitos T CD8+ dirigidos contra los melanocitos del nevo. Se postulan dos teorías acerca su etiopatogenia; una como respuesta a una agresión externa; o bien como consecuencia de una disregulación inmune. Su aparición puede enmarcarse dentro la normalidad en niños y jóvenes. En adultos, la aparición de halo nevus y específicamente de lesiones múltiples es poco frecuente. Supone un signo de alarma que obliga a descartar patología maligna (generalmente la presencia concomitante de un melanoma maligno) y patología autoinmune asociada. Presentamos el caso de un paciente 42 años sin antecedentes personales de interés con halo nevus eruptivo. Tras el despistaje de neoplasia maligna, se diagnostica de enfermedad celíaca mediante anticuerpos antitransglutaminasa positivos y biopsia intestinal. Hasta la fecha, es el segundo caso comunicado de la presencia de halo nevus eruptivos en relación con la celiaquía. A propósito de este caso se analiza la literatura con el objeto de establecer el diagnóstico diferencial y las pruebas complementarias que deben solicitarse tras la aparición eruptiva de halo nevus en adultos.



P-135

LEUCEMIA BLÁSTICA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES

Dra. Andrea Monedero de la Orden¹, Dra. Ana Serrano Ordóñez¹, Dr. Rubén Muriel Cantarero¹, Dra. Marina Romero Bravo¹, Dr. Juan María García-Hirschfeld García¹, Dra. María Dolores Fernández Ballesteros¹

¹Hospital Regional Universitario De Málaga servicio de Dermatología, Málaga, Spain

La neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides es un tumor derivado de precursores de células dendríticas plasmocitoides que se clasifica para la OMS dentro de las leucemias agudas. Es una entidad infrecuente, que típicamente presenta afectación cutánea.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 17 años que consultó por una tumoración violácea indurada y con centro ulcerado en el antebrazo izquierdo, de 2 meses de evolución, además de múltiples nódulos violáceos en miembros. En la analítica presentaba pancitopenia.

Se realizó una biopsia de la lesión del antebrazo, que mostró un denso infiltrado dérmico de células medianas con citoplasma mal definido. Las técnicas inmunohistoquímicas mostraron positividad para CD4, CD43, Bcl2, CD56 y CD123, y negatividad para CD3, CD5, CD7, CD8, CD20, realizándose el diagnóstico de neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides.

La biopsia de médula ósea demostró infiltración blástica. El estudio de extensión con pruebas de imagen fue negativo. El paciente recibió tratamiento con quimioterapia y trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, con buena evolución (10 meses desde el diagnóstico).

COMENTARIO

La neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoide es un tumor infrecuente y agresivo. En hasta en el 100% de los pacientes la afectación cutánea es el primer signo de la enfermedad, asociando con frecuencia afectación de médula ósea, sangre periférica y adenopatías. La clínica cutánea suele consistir en nódulos localizados en tórax y extremidades.

El diagnóstico se realiza con el estudio histológico de las lesiones cutáneas, mostrando un infiltrado tumoral que afecta a dermis e hipodermis, respetando la epidermis (zona Grenz), de células con núcleos ovalados y citoplasma basófilo. Las técnicas inmunohistoquímicas son esenciales para el diagnóstico.

El pronóstico es malo, con una mediana de supervivencia de 12 meses. No existe un tratamiento específico, empleándose esquemas de quimioterapia, trasplante de progenitores hematopoyéticos, incluso rituximab en casos aislados.



P-136

ALGODÓN EN MUCOSA ORAL, ¿NO SON HONGOS!

Dra. Teresa López Bernal, Dra. Ester Rojas Mora, Dra. Elena Sierra Gonzalo, Dra. María Castillo Gutiérrez, Dra. Inés Segovia Rodríguez, Dra. Rosalía Toledo Cañaveras, Dra. Beatriz Aranegui Arteaga

¹Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 15 años, sin alergias medicamentosas conocidas, en seguimiento en digestivo por esofagitis eosinofílica en tratamiento con omeprazol y budesonida. Solicitan valoración desde este servicio porque desde hacía 4 meses el paciente presentaba en mucosa oral lesiones blanquecinas que no se desprendían al tacto. Pese a tener cultivos negativos, ante la sospecha de muguet, se había instaurado tratamiento con fluconazol oral y tópico, sin respuesta a tratamiento. El paciente refería que las lesiones eran completamente asintomáticas.

A la exploración física, presentaba en ambas mucosas yugales placas blanquecinas de cierto aspecto algodonoso, no infiltradas, que no se desprendían tras raspado y con leve afectación en bordes laterales linguales. No había afectación del resto de la cavidad oral ni de la lengua.

Se realizó biopsia en sacabocados de la lesión evidenciándose una mucosa oral con acantosis, papilomatosis, hiperqueratosis con edema intracelular en células superficiales del estrato córneo con apariencia coilocítica en alguna de ellas.

DISCUSIÓN

El nevus blanco esponjoso es una enfermedad de naturaleza benigna que afecta a la mucosa oral en forma de placas asintomáticas de aspecto algodonoso y tacto esponjoso. Suele debutar en infancia o adolescencia, sin predominio entre sexos. Se cree que es una enfermedad de transmisión autosómica dominante de penetrancia incompleta, aunque hay casos aislados sin antecedentes familiares. El diagnóstico diferencial debe incluir la candidiasis oral, la leucoplasia y el liquen plano. El tratamiento suele ir dirigido a mejorar la estética y la textura de la mucosa oral y aunque no se considera que presente un origen microbiológico, la mayoría de los tratamientos suelen emplear terapias antimicrobianas, principalmente tetraciclinas (tópicas u orales) y antisépticos (enjuagues con clorhexidina), con resultados inconstantes.



P-137

FIESTA EN LA BOCA: EROSIONES CUTÁNEO MUCOSAS ORALES POR CONSUMO DE METANFETAMINAS

Dra. MARINA DE LA PUENTE ALONSO¹, Dra. BELÉN RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Dr. Jorge Martín-Nieto, Dr. Luis Jiménez Briones, Dra. Noelia Medrano Martínez, Dra. María Córdoba García-Rayó, Dr. Daniel Roberto Virseda González, Dra. Paloma García Piqueras

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Valladolid, Spain

INTRODUCCIÓN

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son drogas de abuso que alteran los neurotransmisores monoamínicos y causan efectos adversos en la salud física y mental. Entre estos, se encuentran las manifestaciones orales, como la xerostomía, la caries, la erosión del esmalte, las ulceraciones y el bruxismo. Estas se deben a la acción simpaticomimética, el pH ácido, la vasoconstricción y el aumento de la serotonina inducidos por los ETA. La metanfetamina es una de los ETA más dañinos para la salud bucal.^{1,2,3,4}

CASO CLÍNICO

Una mujer de 21 años acudió a urgencias por erosiones intraorales y en labios rodeadas de costras melicéricas, de un día de evolución. En la anamnesis destacaba el consumo de metanfetamina la noche previa a la aparición de las lesiones. No refería introducción de fármacos recientemente, ni síntomas infecciosos días previos. Debido a la curiosa morfología de las erosiones, siendo la contrapartida en mucosa yugal de los molares, junto con el antecedente de la toma de metanfetamina, se sospechó un origen irritativo y traumático por el consumo de la droga debido al bruxismo. No obstante, se tomaron muestras microbiológicas para cultivo bacteriano que resultó positivo para flora mixta habitual de la mucosa oral, además de fúngico y PCR viral, ambos negativos. Se trató con antibiótico (amoxicilina-clavulánico), betametasona/gentamicina en labios y enjuagues con fórmula magistral de clobetasol 0,05% y lidocaína 1%. Se observó resolución completa tras una semana de tratamiento.

CONCLUSIONES

Las lesiones orales por metanfetaminas se caracterizan por ulceraciones múltiples, irritación y atrofia. El diagnóstico diferencial es muy amplio, debiendo considerar causas inflamatorias, farmacológicas o infecciosas. La anamnesis es clave para el diagnóstico. La literatura reporta pocos casos de úlceras mucosas asociadas al abuso de anfetaminas⁵.

Se destaca la importancia de la prevención y el abordaje multidisciplinar de los pacientes con adicción a esta sustancia.



P-138

PÚRPURA FULMINANS EN PACIENTE CON DÉFICIT CONGÉNITO DE PROTEÍNA S

Dra. Ana Beatriz Felipe Robaina¹, Dra. Elena Castro González¹, Dr. Gabriel Suárez Mahugo¹, Dra. Pedro Naranjo Álamo¹, Dra. Ana Rebolledo Ruiz¹, Dra. Irene Castaño González¹

¹Hospital Universitario De Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

INTRODUCCIÓN

La púrpura fulminans es una manifestación cutánea que se asocia con frecuencia a la catastrófica coagulación intravascular diseminada (CID). Se presenta un caso de púrpura fulminans en paciente con déficit de proteína S y sepsis urinaria.

CASO CLÍNICO

Varón de 56 años con déficit congénito de proteína S y tumor fibroso solitario maligno, con exéresis de masa pélvica, cistoprostatectomía radical y portador de catéter mono J bilateral con asa de Bricker. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por síndrome miccional y fiebre en contexto de sepsis de origen urinario, con aislamiento de *Escherichia coli* y *Klebsiella oxytoca* BLEE+ en sangre y orina y evolución a shock séptico y CID. Al inicio del cuadro, presentaba petequias y áreas de equimosis en pirámide nasal, cara y tercio distal de extremidades superiores, con necrosis cutánea en esta última localización. El examen histopatológico reveló una vasculopatía trombótica con alteraciones vasculíticas y rasgos purpúricos, sin aislamiento de microorganismos, en el marco de CID con repercusión cutánea. Tras recambio de catéteres, soporte vasoactivo, desbridamiento de tejidos necróticos, antibioterapia dirigida con ertapenem y daptomicina, así como suplementación de fibrinógeno y corticoterapia, el paciente experimentó una mejoría clínica y analítica, con recuperación parcial de la función renal y resolución ad integrum de lesiones cutáneas en cara, pendiente de amputación en D2 y D3 de mano derecha por necrosis.

DISCUSIÓN

La púrpura fulminans es una emergencia dermatológica caracterizada por lesiones purpúricas y necrosis cutánea a causa de una microangiopatía trombótica. El déficit de proteína C y/o S, ya sea congénito, o adquirido por consumo en contexto de infección bacteriana grave, hacen más probable este cuadro, ambos presentes en nuestro paciente.

CONCLUSIÓN

La púrpura fulminans en un paciente séptico constituye un signo precoz para detección de CID e instauración de terapia de soporte en UCI.



P-139

GAMMAPATÍA MONOCLONAL CON SIGNIFICACIÓN CUTÁNEA

Dr. Luis Espín Fernández¹, Dra. Laura León Ruiz¹, Dr. Fernando Martínez Ortiz¹, Dr. Carlos Clavero Farre¹, Dra. María del Mar Escudero Góngora¹, Dra. Francisca Simón López¹

¹Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años con diagnóstico previo de gammapatía monoclonal de significado incierto (MGUS) tipo IgA-kappa con manejo expectante "watch and wait". No tiene alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes de interés. Consulta por brotes repetidos de lesiones cutáneas que se acompañan de fiebre, artritis, dolor abdominal y edematización de miembros. A la exploración física, se visualizan lesiones maculopapulosas purpúricas que no desaparecen a la vitropresión, localizadas en miembros superiores, inferiores y tronco. La biopsia cutánea confirma el diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso. Las pruebas complementarias descartan etiología infecciosa o autoinmune. Inicia tratamiento con corticoesteroides desapareciendo la clínica pero recidivando con la desescalada y provocando un hipercortisolismo iatrógeno por lo que se añadió micofenolato de mofetil como ahorrador de corticoides sin éxito y con aparición de proteinuria en rango no nefrótico. Ante la exclusión de otras etiologías y el fracaso terapéutico, se consideró la participación de su proceso hematológico como origen de la clínica, focalizando el tratamiento contra su gammapatía monoclonal. La paciente recibe cuatro ciclos de bortezomib más dexametasona con resolución completa.

DISCUSIÓN

Lipsker y cols. sugieren el término de "Gammapatías monoclonales con significado cutáneo" para referirse a aquellas gammapatías monoclonales sin criterios de mieloma múltiple pero con manifestaciones cutáneas de relevancia clínica. La vasculitis leucocitoclástica ha sido descrita entre ellas. En nuestro caso, la clínica cutánea refractaria fue determinante para pasar de una actitud expectante a una terapia dirigida frente al componente monoclonal. La buena respuesta a ésta nos hace considerar un diagnóstico "ex adjuvantibus".



P-140

LA CLAVE ESTÁ EN EL VIRUS EPSTEIN-BARR

Dra. Bárbara Lada Colunga¹

¹Hospital Basurto, Bilbao, Spain

CASO CLÍNICO

Se remite a nuestras consultas a una mujer pluripatológica de 67 años por sospecha de recidiva de un linfoma cutáneo T resecaado 8 años atrás. Estaba recibiendo tratamiento inmunosupresor con tacrólimus y ácido micofenólico como receptora de dos trasplantes renales. A la exploración, presentaba múltiples nódulos violáceos de entre 1 y 2 centímetros, alguno de ellos ulcerado, de distribución esporotricóide en la extremidad inferior derecha. Se realizaron una biopsia con reordenamiento génico del receptor de células T (TCR) y un TAC estadiaje, ambos sin hallazgos significativos. Ante la persistencia de las lesiones, se llevó a cabo una segunda biopsia. Ésta mostró un infiltrado dérmico polimorfo con presencia de células VEB-positivas, compatible con un TLPT polimorfo. Se solicitó un PET-TAC en el cual se objetivó un hipermetabolismo de los nódulos cutáneos, apoyando el diagnóstico. Se decidió retirar el tratamiento inmunosupresor, con resolución de las lesiones en varios meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

EXPOSICIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los trastornos linfoproliferativos post-trasplante (TLPT) son una complicación rara potencialmente grave de la inmunosupresión crónica en receptores de trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas. La mayoría son consecuencia de la proliferación de células B Virus de Epstein-Barr (VEB)-positivas en el contexto de una inmunosupresión prolongada de las células T.

Presentamos un caso de TLPT con afectación exclusivamente cutánea, una entidad infrecuente cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. El diagnóstico es histológico, aunque pueden resultar de utilidad el PET-TAC y la elevación de la carga viral del VEB y de la lactato deshidrogenasa (LDH).



P-141

POROQUERATOSIS ERUPTIVA DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Carmen Ruiz Iglesias¹, Dr. Antonio Pereira González¹, Dr. Pablo Eulalio Ruiz Iglesias², Dr. Guillermo Moreno Casas¹, Dra. Isabel María Rodríguez Nevado¹, Dr. Alejandro Rubio Fernández², Dr. Basilio Narváez Moreno¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz- Servicio de Dermatología, Badajoz, Spain, ²Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz- Servicio de Anatomía Patológica, Badajoz, Spain

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 64 años sin antecedentes de interés. Acudió a nuestra consulta por brote de lesiones cutáneas de dos meses de evolución, que progresivamente se fueron extendiendo.

En la exploración se apreciaron pápulas y placas de bordes arciformes, eritematosas con centro claro y áreas de hiperqueratosis folicular, distribuidas por tronco, miembros superiores y miembros inferiores. No se objetivó afectación ungueal ni capilar.

El estudio histológico demostró hallazgos concordantes con poroqueratosis: lamela corneida, disqueratosis y vacuolización de las células del estrato espinoso.

Dada la localización y evolución de las lesiones, el diagnóstico fue poroqueratosis diseminada eruptiva. Se solicitaron estudio analítico de control, ecografía de abdomino-pélvica y radiografía de tórax, que resultaron ser anodinos. Se decidió iniciar acitretino 25 mg diarios, con buena respuesta.

CONCLUSIONES

Las poroqueratosis son dermatosis infrecuentes que se caracterizan por una queratinización alterada por una expansión clonal anormal de los queratinocitos.

Se distinguen variantes localizadas y diseminadas, siendo la más frecuente la poroqueratosis actínica superficial diseminada. Entre las formas infrecuentes encontramos la poroqueratosis eruptiva.

Dado que las formas eruptivas de poroqueratosis a veces asocian neoplasias viscerales o hematológicas, realizar un estudio de despistaje de estas es de suma importancia en estos casos.



P-142

EFFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SUPERVIVENCIA DE GUSELKUMAB EN PACIENTES QUE SUFREN PSORIASIS EN LOCALIZACIONES DIFÍCILES DE TRATAR: CUERO CABELLUDO, FACIAL, GENITAL, PALMOPLANTAR Y UÑAS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Dra. Marta Cebolla Verdugo¹, Dr. Carlos Llamas Segura¹, Dr. Juan Pablo Velasco Amador¹, Dr. Álvaro Prados Carmona¹, Dr. Ricardo Ruiz Villaverde¹

¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Spain

INTRODUCCIÓN

Guselkumab (GUS) es un anticuerpo monoclonal IgG1 λ humano que se une selectivamente a la subunidad p19 de IL-23. Se han publicado pocas series de práctica clínica real que reflejen el uso de GUS en psoriasis (PsO) de localizaciones difíciles de tratar: cuero cabelludo, facial, genital, palmoplantar y ungueal.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad, seguridad y supervivencia de GUS en pacientes con localizaciones difíciles de tratar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional unicéntrico retrospectivo de la práctica clínica real. Los pacientes fueron tratados con GUS 100 mg subcutáneos cada 8 semanas. En este estudio se incluyeron un total de 24 localizaciones difíciles de tratar de PsO en 34 pacientes. La respuesta al tratamiento se evaluó mediante PASI, BSA, VAS prurito y DLQI durante 156 s, y sIGA durante 52 s.

RESULTADOS

La población de estudio estaba compuesta por 34 pacientes con PsO de localizaciones difíciles presentó una edad media de 49,56 años, el 73,53% eran del sexo masculino, tenían una evolución media de la PsO de 22,53 años, un IMC medio de 29,61 y el 32,35% eran obesos. Al inicio del estudio, los parámetros de la enfermedad fueron: PASI=10,82, BSA=12,91, VAS prurito=5,58, DLQI=12,31. Después de dos administraciones, todos los parámetros de la enfermedad disminuyeron significativamente en comparación con el valor inicial: PASI = 0,75 (+/-0,78) ($p < 0,0001$); BSA=0,85 (+/-1,01) ($p < 0,0001$); VAS prurito=0,88 (+/-0,84) ($p < 0,0001$) y DLQI=1,08 (+/-1,08) ($p < 0,0001$). Incluso, en los pacientes con localizaciones difíciles de tratar el sIGA disminuyó significativamente [sIGA =0,56 (+/-0,58) ($p < 0,0001$)].

CONCLUSIONES

Guselkumab mostró excelentes resultados de efectividad, seguridad y supervivencia en el control de la PsO en una práctica clínica real.

La población que presentaba localizaciones difíciles de tratar mejoró desde la primera administración manteniendo sIGA, PASI, VAS prurito y DLQI en valores cercanos a la remisión hasta las 52s.



P-143

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y FARMACOECONOMÍA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 3 AÑOS DE DURACIÓN

Dr. Carlos Llamas Segura¹, Dr. Manuel Galán Gutiérrez², Dr. Jose Carlos Armario Hita³, Dra. Lourdes Rodríguez Fernández-Freire⁴, Dra. Marta Cebolla Verdugo¹, Dr. Juan Pablo Velasco Amador¹, Dr. Álvaro Prados Carmona¹, Dr. Ricardo Ruiz Villaverde¹

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, Spain, ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Spain, ³Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Spain, ⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

INTRODUCCIÓN

Guselkumab (GUS), un anticuerpo monoclonal completamente humano que se dirige a la subunidad p19 de la interleuquina 23, está aprobado para el tratamiento de la psoriasis (PsO) de moderada a grave y/o la artritis psoriásica en adultos.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio fue realizar una evaluación farmacoeconómica de GUS, al mismo tiempo que se valoró su efectividad en pacientes con PsO en placas en condiciones de práctica clínica real a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo multicéntrico de práctica clínica real. Un total de 168 pacientes con PsO de moderada a grave fueron tratados con GUS 100 mg. La respuesta al tratamiento se evaluó mediante varias escalas relacionadas con la gravedad de la PsO durante 156 semanas. Se realizaron estudios farmacoeconómicos comparando las dispensaciones de farmacia hospitalaria y las especificaciones de la ficha técnica de GUS, y de supervivencia del fármaco.

RESULTADOS

Se observaron mejoras significativas en los parámetros de enfermedad tras dos administraciones de GUS en comparación con la valoración inicial realizada a los individuos de la muestra. La buena respuesta se acompañó de una alta adherencia al tratamiento. Los estudios farmacoeconómicos mostraron un ahorro total de costes del 28,89% respecto a la ficha técnica durante el tiempo que duró el estudio.

DISCUSIÓN

Los resultados demuestran la alta efectividad de GUS en el control de la PsO en placas. Además, el análisis farmacoeconómico realizado destaca el importante potencial de ahorro de costos de los regímenes de dosificación individualizados, dejando entrever una mayor rentabilidad del medicamento comparada con la de otros biológicos sin comprometer los resultados del tratamiento.

CONCLUSIÓN

Concluyendo, la combinación de efectividad clínica, potencial de ahorro y dosificación individualizada hace de GUS una opción terapéutica atractiva para pacientes con PsO en placas de moderada a grave.



P-144

EXACERBACIÓN DE PSORIASIS INDUCIDA POR SORAFENIB

Dr. Antonio Pereira González¹, Dra. Carmen Ruíz Iglesias¹, Dr. Guillermo Moreno Casas¹, Dr. Jose Javier Márquez Rojas¹, Dr. Antonio J. Chaves Álvarez¹, Dr. Basilio Narváez Moreno¹, Dra. Isabel M. Rodríguez Nevado¹, Dr. Alejandro Rubio Fernández²

¹Hospital Universitario De Badajoz - Servicio de Dermatología, Badajoz, Spain, ²Hospital Universitario De Badajoz - Servicio de Anatomía Patológica, Badajoz, Spain

Paciente de 83 años con antecedentes personales de psoriasis, diagnosticada hace 30 años, y bien controlada con terapia tópica.

Acude al servicio de urgencias por brote de lesiones pustulosas generalizadas.

Dichas lesiones se iniciaron 15 días después de comenzar tratamiento con sorafenib debido a un hepatocarcinoma.

Además, presentaba afectación sistémica con fiebre y astenia intensa, por lo que se decide ingreso hospitalario.

A la exploración física se apreció eritema que afectaba aproximadamente al 70-80% del cuerpo, con predominio en extremidades tanto superiores como inferiores. Se realiza biopsia cutánea en la que se observan hallazgos concordantes con psoriasis pustulosa. Se inició tratamiento con acitretina (dosis de 10 mg cada 24 horas) junto con corticoides tópicos, con mejoría en los 7 días posteriores al inicio del tratamiento. El servicio de Digestivo decidió la retirada de Sorafenib. Actualmente presenta hiperpigmentación residual de las lesiones y se encuentra a la espera de reintroducir el tratamiento con Sorafenib, que se realizará con control estrecho por el servicio de Dermatología y Digestivo.

El diagnóstico diferencial incluyó síndrome de Sneedon-Wilkinson. El estudio histopatológico demostró que se trataba de una psoriasis pustulosa. Existen muy pocas referencias en la literatura sobre la relación entre tratamiento con sorafenib y exacerbación de psoriasis.



P-145

SERIE DE SIETE CASOS DE PSORIASIS LIMITADA PALMOPLANTAR TRATADOS CON ROFLUMILAST ORAL: EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD

Dr. Miguel Antonio Lasheras-Pérez¹, Dr. Antonio Javier Sahuquillo-Torralla¹, Dr. Javier López-Davia¹, Dra. Blanca Unamuno-Bustos¹, Dra. Begoña Escutia-Muñoz¹, Dr. Fernando Navarro-Blanco¹, Dr. Conrad Pujol Marco¹, Dr. Rafael Botella Estrada¹

¹Hospital La Fe, Valencia, Spain

INTRODUCCIÓN

Roflumilast es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4, al igual que apremilast, aprobado para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Existe un interés creciente en su uso en dermatosis inflamatorias, donde apremilast ha demostrado ser seguro y eficaz, por su bajo coste. En EE. UU., roflumilast crema al 0,3% está aprobado por la FDA para el tratamiento de la psoriasis en placas y se ha publicado un ensayo clínico aleatorizado y algunas series de casos donde se ha utilizado por vía oral logrando una respuesta superior a placebo. El objetivo de la presente serie de casos retrospectiva es evaluar la eficacia y seguridad del roflumilast oral en el tratamiento de la psoriasis hiperqueratósica limitada a la zona palmoplantar.

SERIE DE CASOS

Tras la aprobación del estudio por el Comité de Bioética, se revisaron los registros hospitalarios de los años 2015-2023, identificándose siete pacientes con psoriasis palmoplantar hiperqueratósica que recibieron roflumilast oral fuera de ficha técnica tras prestar consentimiento informado. Se recopilaron los datos clínicos, comorbilidades, dosis de roflumilast oral, escalas de gravedad ((Palmoplantar Physician's Global Assessment (PPGA), Pruritus Numerical Rating Scale (Itch-NRS) y Pain-NRS)), presencia de fisuras y efectos secundarios al inicio del tratamiento y a las semanas 8 y 16.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se incluyeron 7 pacientes en tratamiento con roflumilast oral, logrando una respuesta adecuada en cinco casos. Se suspendió en un caso por empeoramiento clínico y otro por intolerancia digestiva. No se registraron eventos adversos graves. Roflumilast oral puede ser una alternativa terapéutica adecuada en pacientes con psoriasis limitada. Comparado con metotrexato no requiere de controles analíticas, restringir el consumo de alcohol, tiene escasas contraindicaciones y podría actuar simultáneamente frente a otras comorbilidades asociadas a la enfermedad. Son necesarios más estudios controlados para comprobar la eficacia y seguridad del roflumilast oral en el tratamiento de la psoriasis.



P-146

LIQUEN ANULAR ATRÓFICO

Dra. Olga González Angulo¹, Dra. María Colmenero Sendra, Dra. Pilar Sánchez Gutiérrez

¹Hospital Costa Del Sol, Málaga, Spain

INTRODUCCIÓN

El liquen anular atrófico corresponde a una forma clínica poco frecuente de liquen plano anular. Se han descrito escasos casos en la literatura médica, sin predominio en ningún área corporal concreta. Presentamos el caso clínico de dos pacientes con dicho diagnóstico.

CASO 1: Mujer de 59 años con antecedentes personales de psoriasis palmoplantar. Acude por lesiones faciales de 5 meses de evolución, asintomáticas. Se observan placas violáceas anulares-atróficas no infiltradas con flictenas en superficie, en región frontal y ambas mejillas. En la biopsia cutánea se aprecia en el borde de la lesión, hiperplasia epidérmica en dientes de sierra con hiperqueratosis ortoqueratósica e hipergranulosis, vacuolización de la capa basal e infiltrado inflamatorio en banda en la unión dermo-epidérmica. En la zona atrófica central se aprecia adelgazamiento progresivo de la epidermis, y en el centro vasos dilatados y de paredes gruesas en dermis papilar y pérdida completa de fibras elásticas; todo ello compatible con liquen anular atrófico.

CASO 2: Varón de 56 años de edad presenta lesiones en cuero cabelludo de años de evolución, asintomáticas. A la exploración en vértex se observan dos lesiones violáceas atróficas y anulares. Se realiza biopsia cutánea con resultado histológico de liquen anular atrófico.

DISCUSIÓN

El liquen anular atrófico es una entidad clasificada como un subtipo de liquen plano anular. Se presenta como pápulas anulares con borde sobreelevado violáceo y zona central atrófica e hipopigmentada. Suele ser asintomático, algunos casos pueden presentar prurito. El diagnóstico es clínico y se confirma con biopsia cutánea, en la que se observan los hallazgos típicos de liquen plano en los bordes de la lesión, y en el centro vasos dilatados en dermis papilar y pérdida completa de fibras elásticas. No suele responder al tratamiento con corticoides potentes tópicos o con luz UV. El tacrolimus tópico puede ser una alternativa terapéutica.



P-147

PSORIASIS PUSTULOSA ASOCIADA A ATEZOLIZUMAB

Dra. Gemma Camiña-Conforto¹, Psoriasis pustulosa asociada a atezolizumab **Lluís Rusiñol¹**, Psoriasis pustulosa asociada a atezolizumab **Elena Carmona-Rocha¹**, Psoriasis pustulosa asociada a atezolizumab **Lluís Puig¹**

¹Hospital De La Santa Creu I Sant Pau, Barcelona, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 78 años, con progresión adenopática, pulmonar y pleural de carcinoma urotelial vesical, en tratamiento de 2ª línea con atezolizumab (anti-PDL1) iniciada en enero de 2022 (tras progresión con gemcitabina, cisplatino y radioterapia). Con el inicio de la inmunoterapia debutó con lesiones psoriasiformes en pelvis e inició tratamiento con calcipotriol/betametasona en espuma, con buena evolución hasta junio, cuando presentó un brote de lesiones con pústulas periféricas en muslos y glúteos. La biopsia fue compatible con psoriasis pustulosa y los cultivos negativos. Se reinició tratamiento tópico, con mejoría de las lesiones y desaparición de las pústulas, sin suspender la inmunoterapia. En agosto presentó diseminación neoplásica extensa y metástasis vertebrales. Finalmente fue exitus sin otros efectos adversos inmunomediados (EAI).

DISCUSIÓN

Los EAI cutáneos son frecuentes, siendo en ocasiones predictores de respuesta antitumoral a inmunoterapia antiPD-1/PD-L1 (inhibidores de checkpoint [IC]). Las manifestaciones más frecuentes de los EAI son el exantema maculopapular y prurito, aunque también exacerbación o debut (menos probable) de psoriasis. La alteración de la vía PD-1/PD-L1 desempeña un papel importante en la patogénesis de la psoriasis, enfermedad que representa el 4-4,4% del total de EAI cutáneos asociados a atezolizumab, predominantemente en varones. La psoriasis pustulosa es una enfermedad adquirida rara considerada una variante de psoriasis vulgar, aunque presenta diferentes manifestaciones clínicas y respuesta a tratamiento. La mayoría de casos de psoriasis asociada a IC corresponden a psoriasis vulgar en placas, aunque existen formas pustulosas (palmoplantar y generalizada) asociadas a nivolumab. La psoriasis asociada a IC suele ser clínicamente leve, aunque la moderada-grave puede requerir tratamiento biológico para evitar discontinuar la inmunoterapia.

CONCLUSIONES

La psoriasis pustulosa es un EAI de IC muy infrecuente, aunque potencialmente grave, requiriendo un manejo óptimo para mejorar la calidad de vida y supervivencia.



P-148

UPADACITINIB COMO TRATAMIENTO DE ALOPECIA AREATA Y PSORIASIS EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE

Dra. Irene Albert Cobo¹, Dr. José Carrasco Muñoz¹, Dra. Nalia Domínguez Lirón¹, Dr. Lluís Dols Casanova¹, Dra. Verónica Sánchez García¹, Dra. Noelia Jara Rico¹, Dra. María Isabel Betlloch Mas¹, Dra. Laura Berbegal De Gracia¹

¹Hgua Dr Balmis, Alicante, Spain

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores de JAK (JAKi) tienen un gran papel en el tratamiento de distintas enfermedades inflamatorias dermatológicas con impacto en la calidad de vida como la alopecia areata (AA) o la Dermatitis Atópica (DA). No obstante, su efecto sobre la psoriasis no es tan conocido.

DESCRIPCIÓN

Mujer de 15 años remitida en 2016 por psoriasis moderada- grave. Tras el fracaso del tratamiento tópico, inició tratamiento con adalimumab, logrando un PASI cercano a 0. A los 2 meses, desarrolló una AA extensa, por lo que se retiró el fármaco. La AA se intentó manejar con corticoides tópicos y orales, difenciprona, metotrexato y ciclosporina sin éxito, haciendo necesario el inicio de tofacitinib. No obstante, tras 2 meses con este JAKi, apareció un empeoramiento importante de las placas de psoriasis, que obligó a suspenderlo. Teniendo en cuenta la indicación de upadacitinib en artritis psoriásica, se decidió iniciarlo con la esperanza de mejorar ambos cuadros (AA y psoriasis). Tras 5 meses, se consiguió la repoblación casi total del cabello y blanqueamiento de la psoriasis, sin efectos adversos.

DISCUSIÓN

La disregulación de la vía JAK/STAT interviene en la patogenia de enfermedades dermatológicas como la AA, la DA o psoriasis. La utilización de los JAKi se fundamenta en el bloqueo de receptores de diferentes citoquinas. Upadacitinib se une selectivamente al receptor JAK1 con una implicación sobre la vía de respuesta inmunitaria Th2 (IL-4, IL-13, IL-31) así como de otras citoquinas que modulan la respuesta Th1, Th17 y Th22, lo que explicaría su utilidad en otras enfermedades dermatológicas inmunomediadas, especialmente la señalización de la respuesta Th17 en la psoriasis.

CONCLUSIÓN

Sugerimos que Upadacitinib puede considerarse en el manejo de pacientes con AA, especialmente si asocian DA, pero también si presentan psoriasis. Hacen falta más estudios que evalúen la eficacia y seguridad de upadacitinib en estas patologías.



P-149

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN LESIONES QUÍSTICAS EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Dra. Cristina Sobrino García-Yanes¹, Dra. Cristina Carrión García¹, Dra. Ana Martínez Lauwers¹, Dr. Carlos Palomar Prieto¹, Dra. Elena Hernández Salas¹, Dra. Begoña Echeverría García¹, Dra. Almudena Hernández Núñez¹, Dr. Jesús Borbujo Martínez¹

¹Hospital Universitario De Fuenlabrada, Madrid, Spain

Se presentan tres pacientes en los que la ecografía cutánea tuvo un papel fundamental en su diagnóstico y enfoque terapéutico.

1. Niño de 3 años con lesión retroauricular derecha congénita, asintomática, con crecimiento progresivo. A la exploración presenta una lesión nodular subcutánea de consistencia elástica-firme, desplazable, de 15mm. La ecografía objetivó una lesión en plano profundo de 13,4x4,8mm pseudoencapsulada, hipoecoica, homogénea en su interior, sin comunicación con estructuras profundas ni flujo con el Doppler. Tras valorarlo de forma conjunta con ORL se llegó al diagnóstico de quiste dermoide retroauricular y dada la ausencia de síntomas se decidió actitud expectante.
2. Niña de 21 meses que consulta por lesión supraesternal izquierda de 4-5 meses de evolución, asintomática y estable en su crecimiento. A la exploración presenta una lesión nodular subcutánea de 5mm, de consistencia elástica, desplazable. La ecografía mostró una imagen de aspecto quístico, muy bien delimitada y homogénea, de diámetro 5,8x5,3mm en el tejido celular subcutáneo inmediatamente por debajo de la dermis con refuerzo acústico posterior, sin flujo con el Doppler y sin conexión con estructuras profundas. Ante estas características clínico-ecográficas se llegó al diagnóstico de quiste del conducto tirogloso. Se encuentra en seguimiento.
3. Niño de 2 años con pequeña pápula redondeada umbilical congénita que ha aumentado de tamaño, asintomática. A la exploración pápula blanquecina de 4mm en ombligo, sin aparente componente en profundidad. Se cita para realizar ecografía y decidir actitud, donde se observa una lesión hipoecoica bien delimitada de 4,6x2,9mm que parece continuar con trayecto lineal. Sugiere un quiste del uraco, con lo que se interconsulta a Cirugía Pediátrica para valorar intervención por su parte.

Gracias a la ecografía podemos acercarnos a diagnósticos y tratamientos en lesiones subcutáneas de forma no invasiva y sin radiar, por ello se debe insistir en formación en esta prueba en Dermatología.



P-150

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE DAÑO VULVAR SECUNDARIO A APOYO PERINEAL EN CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA

Dra. Ana Gil Villalba¹, Dra. María-Dolores Pegalajar García, Dr. Juan-Pablo Velasco Amador, Dra. Marta Cebolla Verdugo, Dr. Carlos Llamas Molina, Dr. Ricardo Ruiz Villaverde

¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Spain

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 12 años que acude al servicio de urgencias pediátricas con una fractura diafisaria de fémur que requirió intervención quirúrgica para fijación mediante enclavado endomedular. Durante el procedimiento, la paciente fue posicionada en decúbito supino sobre una mesa de tracción con apoyo perineal. A las 5-6 horas de la cirugía la paciente aquejaba molestias vaginales con importante edematización de labios menores y coloración violácea de los mismos. Se diagnosticó de daño vulvar secundario a isquemia por presión del apoyo perineal y se inició nuestro protocolo hospitalario con sildenafil 20 mg oral cada 12 horas y curas con compresas frías empapadas en solución hiperosmolar. A los días de evolución, el edema fue en aumento con vesiculación importante de uno de los labios, en cambio el área de necrosis se limitó al pliegue interlabial izquierdo (1x2cm). Con desbridamiento enzimático, se consiguió retirar los esfacelos dejando un área de ulceración superficial con la que la paciente fue dada de alta.

DISCUSIÓN

Las mesas de tracción con apoyo perineal son empleadas en traumatología para cirugías de extremidad inferior y pelvis. Los efectos adversos más descritos son el daño uretral, la parálisis del nervio pudendo y la disfunción eréctil. No obstante, la afectación de partes blandas con necrosis cutánea es muy infrecuente (<1%), sólo hay 4 casos descritos en genitales femeninos.

Las medidas de prevención son fundamentales, entre las que destacamos: (1) utilización de un apoyo amplio, (2) evitar la aducción del miembro afecto, (3) relajación anestésica completa, (4) reducción del tiempo operatorio, (5) liberación periódica de la tracción si tiempos prolongados. Una vez instaurado el daño no existen protocolos claros de actuación, desde nuestro servicio proponemos el uso de vasodilatadores (sildenafil oral o diltiazem en formulación tópica) además de curas locales con soluciones hiperosmolares para ayudar a disminuir el edema.



P-151

VASCULOPATÍA LIVEDOIDE TRATADA EXITOSAMENTE CON BARICITINIB

Sr. Rodrigo Peñuelas Leal¹, Sra Carolina Labrandero Hoyos¹, Sr Andrés Grau Echevarría¹, Sr Daniel Blaya Imbernón¹, Sr Javier Lorca Sprohnlé¹, Sra Malena Finello¹, Dr Jose Luis Sánchez Carazo¹, Dr Víctor Alegre De Miquel¹

¹Hospital General Universitario De Valencia, Valencia, Spain

La vasculopatía livedoide es una patología crónica, caracterizada por la triada de livedo racemosa, úlceras dolorosas y cicatrices atróficas estrelladas, en general asociándose a importante dolor y morbilidad. Al tratarse de una patología poco frecuente, su tratamiento no está estandarizado, empleándose generalmente antiagregantes y/o anticoagulantes. Otras opciones son el empleo de esteroides anabolizantes, gammaglobulinas, fármacos anti-TNF o más recientemente el empleo de anti-JAK, como baricitinib.

Presentamos el caso de una mujer caucásica de 48 años con historia de vasculopatía livedoide de 4 años de evolución con afectación de extremidades inferiores y superiores. Tras un año con etanercept, nifedipino, pentoxifilina y aspirina con mejoría escasa, se decidió retirada de los tres primeros e inicio de baricitinib 4mg/día con resolución completa de la livedo acompañante, de la ulceración y del dolor, persistiendo el efecto tras 10 meses desde el inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento con baricitinib parece una opción bien tolerada y eficaz en el tratamiento de la vasculopatía livedoide, incluso en pacientes refractarios a terapia antiagregante, anticoagulante y/o fármacos anti-TNF.



P-152

PUSTULOSIS SUBCÓRNEA TRATADA EXITOSAMENTE CON ROFLUMILAST ORAL

Sr. Rodrigo Peñuelas Leal¹, Dr Andrés Grau Echevarría¹, Sra Carolina Labrandero Hoyos¹, Sr Daniel Blaya Imbernón¹, Sra Malena Finello¹, Dra Violeta Zaragoza Ninet¹

¹Hospital General Universitario De Valencia, Valencia, Spain

La pustulosis subcórnea o enfermedad de Sneddon-Wilkinson es una patología muy poco frecuente caracterizada por brotes de lesiones pustulosas, frecuentemente con patrón anular y afectación predominante de flexuras. Las lesiones tienden a evolucionar a la formación de erosiones y costras o descamación. A nivel histológico presenta pústulas subcórneas con inmunofluorescencia negativa. Al ser una enfermedad poco frecuente, su tratamiento no está estandarizado. El tratamiento de primera línea suele ser la dapsona. Los corticoides orales, los retinoides, la doxiciclina o inmunosupresores como metrotexato o ciclosporina se han empleado como alternativas. En los últimos años, los fármacos anti-factor de necrosis tumoral alfa se han empleado con éxito en pacientes refractarios.

Presentamos el caso de una paciente de 65 años con pustulosis subcórnea idiopática grave, de 19 años de evolución y refractaria a múltiples líneas terapéuticas, incluyendo dapsona, apremilast, adalimumab, infliximab, anakinra, secukinumab y guselkumab con una respuesta espectacular, rápida y mantenida al tratamiento con roflumilast en monoterapia.

CONCLUSIONES

Roflumilast es un fármaco antifosfodiesterasa 4 oral aprobado desde hace más de 10 años para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Su perfil favorable de seguridad y tolerabilidad, una dosificación más cómoda y un precio de 20 a 40 veces menor en comparación con apremilast, han motivado su uso en diversas dermatosis inmunomediadas, incluso en pacientes refractarios a apremilast.



P-153

ESTUDIO IN VITRO DEL EFECTO SINÉRGICO DE LA FOTOBIMODULACIÓN CON LUZ VISIBLE DE ALTA ENERGÍA CON TERBINAFINA EN LA PRODUCCIÓN DE ESPECIES REACTIVAS DE OXÍGENO

Dr. Luis Alfonso Perez Gonzalez^{1,2}, Dra. Maria Antonia Martínez Pascual², Dra. Elena Toledano Macías², Dr. Jorge Naharro Rodríguez¹, Dra. María González Ramos¹, Dr. Francisco Javier Pérez Bootello¹, Dra. María Luisa Hernandez Bule²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain, ²Laboratorio de Bioelectromagnetismo. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRyCIS), Madrid, Spain

INTRODUCCIÓN

La terbinafina es el antifúngico oral más utilizado en el tratamiento de las micosis cutáneas. Actúa inhibiendo la escualeno oxidasa aunque también aumenta la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS), contribuyendo esto a su efecto antifúngico. El aumento de fracasos terapéuticos en las micosis cutáneas ha llevado a buscar nuevas opciones terapéuticas tales con la terapia fotodinámica (TFD) o el láser.

OBJETIVO

Estudiar el efecto combinado de la luz visible de alta energía (HEVL) y la terbinafina en la viabilidad celular y la producción de ROS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron cultivos de queratinocitos humanos (HaCaT) que se dividieron en 4 grupos: tratados con HEVL (2 exposiciones de 20 min separadas 24 horas con luz azul de 430 nm), tratados con terbinafina (concentración de 10 mM durante 48 horas), tratados con ambos y controles. Se realizaron estudios de viabilidad celular (XTT) y cuantificación de especies reactivas de oxígeno (ROS).

Resultados: La terbinafina reduce la viabilidad celular un 44% respecto a controles en ausencia de luz visible mientras que la HEVL la reduce un 31% ($p < 0.001$). La combinación de ambas reduce la viabilidad en un 56% ($p < 0.001$). En condiciones de restricción de nutrientes esta combinación reduce la viabilidad un 80% ($p < 0.001$). De forma paralela la terbinafina aumenta la producción de ROS un 30% ($p < 0.001$) mientras que la HEVL la aumenta un 23% ($p < 0.001$). La combinación de ambas aumenta la producción de ROS un 108% ($p < 0.001$)

CONCLUSIÓN

El estudio muestra una marcada sinergia de la luz azul y la terbinafina en la producción de ROS que podría aplicarse en la práctica clínica para combinar estos tratamientos y mejorar la respuesta terapéutica y acortar la duración del tratamiento antifúngico.



P-154

TIRBANIBULINA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ACLARAMIENTO COMPLETO DE ÁREAS EXTENSAS

Dr. Alvaro Prados Carmona¹, Dr. Juan Pablo Velasco Amador, Dra. María Dolores Pegalajar Garcia, Dra. Ana Gil Villalba, Dra. María Zulaika Lloret, Dra. Mar Rodríguez Troncoso, Dr. Ricardo Ruiz Villaverde, Dr. José Carlos Ruiz Carrascosa

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Spain

Las Queratosis Actínicas (QA) son lesiones precancerosas con elevada incidencia por encima de los 45 años. Disponemos de múltiples terapias para su manejo, si bien suelen llevar aparejada una reacción inflamatoria local de tolerancia variable. Además, existe una elevada recurrencia locorregional, por lo que considerar la existencia de un amplio campo de cancerización subyacente es fundamental. Presentamos el caso de un paciente varón de 92 años con antecedente de exposición solar crónica en seguimiento por QA múltiples recurrentes de larga data, que habían sido tratadas en numerosas ocasiones con distintas alternativas (crioterapia, terapia fotodinámica, 5-Fluoruracilo, e imiquimod). En el seguimiento, se objetivó la persistencia de QA grado I múltiples en frente y cuero cabelludo. Se prescribió tirbanibulina 1% en pomada para el tratamiento del área frontal según ficha técnica. A los dos meses, el paciente mostró aclaramiento completo de las QA tanto frontales como del cuero cabelludo dado que, ante la falta de irritación, había ampliado su aplicación al resto de áreas afectas. No se objetivaron eventos adversos relacionados con el aumento del área tratada en ciclo único.

Hasta ahora las terapias dirigidas al tratamiento de campo se veían limitadas en la extensión máxima de uso tanto a nivel normativo (ficha técnica), como clínico por la inflamación causada. Tirbanibulina es un fármaco de reciente comercialización con efectos antiproliferativos *in vitro* e *in vivo*, que tiene como diana principal las tubulinas α y β . Ha demostrado su efectividad para el tratamiento de QA y, según ficha, su área máxima de aplicación es de 25 cm². Se precisan estudios para corroborar su seguridad al ampliar esta superficie, sin embargo, su alta tolerabilidad sugiere que podría ser una alternativa interesante para pacientes con grandes áreas de piel afecta, más aún dada la imposibilidad de fijar clínicamente los límites del campo de cancerización.



P-155

IATROGENIA PSORIASIFORME

Sr. Daniel Hernández Calle¹, Dra. Ruth del Cristo Cova Martín¹, Dr. Luis Alonso Martínez de Salinas¹, Dra. Alba Lecumberri Indart¹, Dr. Gonzalo Segurado Miravalles¹

¹Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

Se presenta el caso de un varón de 38 años que acude a consultas de dermatología por, según refiere el motivo de derivación, psoriasis mal controlada. El paciente releva que ha fue diagnosticado de psoriasis en placas el año antes. Le fue prescrito un tratamiento tópico cuyo nombre no recuerda. Ante la falta de respuesta el paciente adquirió sin receta clobetametasona en champú y dexametasona 4mg. Desde entonces tomaba dichos de cinco días de dexametasona con otros cinco días de descanso terapéutico y se aplicaba el champú a diario. Acude a dermatología por la persistencia de placas en ambos codos. En la exploración física se añaden papulopústulas monomorfas en el torso y la espalda, estrías rojovinosas en abdomen y laterales del torso, cara redondeada y aumento depósito de grasa a nivel alto de la espalda. Había aumentado 7 kilogramos de peso. Se diagnostica un síndrome de Cushing iatrógeno.

Tras realizar una interconsulta con Endocrinología se opta por realizar un control clínico. Se pauta calcipotriol/betametasona y se cita en una semana. Tras ese tiempo las placas de psoriasis empeoraron ligeramente, lo que indicó que el paciente había abandonado los corticoesteroides orales. El acné esteroideo desapareció. El resto de signos continuaron sin cambios.

CONCLUSIÓN

Es imprescindible realizar una buena educación sanitaria a los pacientes para optimizar su control de la enfermedad y evitar riesgos potenciales del mal uso de los fármacos.



P-156

TRATAMIENTO DE CICATRICES QUELOIDES MEDIANTE INYECCIÓN INTRALESIONAL DE 5-FLUOROURACILO: UNA ALTERNATIVA CUANDO EL RESTO FALLA

Dr. Jose María Villa González¹, Dra. Begoña Udondo González del Tánago¹, Dr. Xabier Atxutegi Ayesta¹, Dr. Joseba Ugedo Alzaga¹, Dra. Patricia Andrés Ibarrola¹, Dra. Olatz Lasa Elgezua¹, Dra. María Nerea Agesta Sánchez¹

¹Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Spain

Varón de 52 años, natural de Nigeria remitido para tratamiento de múltiples cicatrices queloides (CQ) en región mandibular, tórax, muslos, ingles y pubis, de aparición espontánea. Se realizó una biopsia que confirmó el diagnóstico.

Había sido tratado en varias ocasiones con acetónido de triamcinolona (ATC) intralesional y láser CO₂, presentando escasa mejoría y mala tolerancia por dolor (escala visual analógica -EVA 9/10). Por este motivo, se decidió realizar tratamiento con 5-fluorouracilo (5-FU) 50 mg/mL intralesional en combinación con ATC en una proporción 9:1. Inicialmente se infiltraron las CQ torácicas, con muy buena tolerancia durante el procedimiento. Las CQ tratadas presentaron una costra que evolucionó a una cicatriz elástica plana. Considerando la buena respuesta y tolerancia, se decidió infiltrar de forma progresiva el resto de las CQ, logrando su aplanamiento tras 2-4 infiltraciones, realizadas de forma mensual. La lesión axilar, debido a su volumen, se extirpó con láser CO₂ en modo continuo, asociando la infiltración de 5-FU y ATC en la base.

Clínicamente el paciente ha presentado muy buena respuesta con aplanamiento de las lesiones y aumento de la elasticidad cutánea, además de una buena tolerancia y gran satisfacción con el resultado y procedimiento.

A pesar de la heterogeneidad de los estudios, la combinación de ATC y 5-FU presenta una mayor efectividad que la monoterapia en el tratamiento de las CQ, y permite minimizar los efectos adversos de ambos fármacos, presentando una menor tasa de atrofia cutánea, telangiectasias e hipopigmentación frente al tratamiento en monoterapia con ATC, aunque aumenta la incidencia de ulceración. Todo ello podría explicarse debido a que aúna la capacidad antiinflamatoria y vasoconstrictora del ATC, con la acción antiproliferativa de los fibroblastos del 5-FU.

Es por ello que, el 5-FU, en combinación con el ATC, podría suponer una alternativa prometedora en el tratamiento de las CQ.



P-157

RECONSTRUCCIÓN DEL LECHO UNGUEAL MEDIANTE COLGAJO EN BANDERA DE LOS PLIEGUES LATERALES TRAS EXÉRESIS DEL APARATO UNGUEAL POR MELANOMA ACRAL IN SITU

Dra. Lucía Jiménez Puñal¹, Dra. Alba Vidal Ruiz¹, Dra. María Ángeles Sirvent Sáez¹, Dra. Noemí Eiris Salvado¹, Dr. David Moreno-Ramírez¹

¹Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un hombre de 70 años diagnosticado mediante biopsia de melanoma lentiginoso acral intraepitelial en el lecho ungueal del segundo dedo de la mano izquierda. Se realiza exéresis en bloque del aparato ungueal quedando la falange distal expuesta por lo que se fija cera ósea mediante cerclaje y se cubre con cobertura antibiótica tópica para facilitar la cicatrización por segunda intención. Ante el fracaso del cierre del defecto quirúrgico primario y la exposición ósea, se decide reconstrucción mediante labrado de un colgajo en bandera de avance bilateral de los pliegues laterales. El paciente presenta buena evolución postoperatoria y un resultado estético adecuado.

DISCUSIÓN

El melanoma subungueal in situ permite la preservación de la falange distal. La reconstrucción posterior a la exéresis del aparato ungueal supone un importante desafío. Existen varios tipos de técnicas para la reparación de tejidos. Una opción es permitir que el defecto cierre por segunda intención, si bien esto puede requerir hasta varios meses. Como alternativa también se incluye la posibilidad de realizar un injerto de piel, aunque la exposición del plano óseo puede dificultar dicha opción reconstructiva requiriendo uso previo de matrices dérmicas. Además, existen en la literatura otros colgajos como el de dedo cruzado invertido para la reconstrucción del pulgar o del índice, el colgajo de avance y rotación de tejido celuloadiposo de pulpejo, el colgajo de avance palmar y el colgajo en isla, entre otros.

CONCLUSIÓN

Se presenta una alternativa de reconstrucción del defecto quirúrgico con exposición de falange distal en paciente con melanoma subungueal in situ. Creemos de utilidad este colgajo dada la posibilidad de realización en un tiempo, su sencillez técnica y el buen resultado estético postoperatorio.



P-158

ÚLCERAS ASOCIADAS A CALCIFILAXIS NO URÉMICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Sra. Elena Beatriz Sanz Cabanillas¹, Sra. María Belén Ramírez López¹, Sr. Rafael Fúnez Liébana², Sra. Pilar Gutiérrez Hernández², Sra. Magdalena De Troya Martín¹

¹Servicio de Dermatología, Marbella, Málaga, España, ²Servicio de Anatomía Patológica, Marbella, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

La calcifilaxis es una enfermedad rara y grave que se caracteriza por la calcificación y trombosis de vasos de pequeño calibre que afecta principalmente a la piel en forma de úlceras necróticas. Se describe con más frecuencia en pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis. Las causas son en su mayoría desconocidas y no existe una pauta de tratamiento estandarizado.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 57 años con antecedentes de epilepsia y pleuropericarditis recidivante en tratamiento crónico con corticoides sistémicos y Vitamina D que es remitida por aparición de lesiones úlcero-necróticas profundas dolorosas de 2 meses de evolución en ambos muslos. Se obtiene analítica sin alteraciones. Se realiza biopsia cutánea profunda donde se observa calcificación de vaso de pequeño-mediano calibre en ausencia de vasculitis compatible con calcifilaxis. Se establece el diagnóstico de calcifilaxis no urémica y se instaura tratamiento con tiosulfato sódico (TS) IV sin mejoría y descompensación hidroelectrolítica. Se realiza desbridamiento periódico por parte de enfermería dermatológica y terapia de cierre asistido por vacío (VAC) combinado con inyecciones de TS intralesional cada dos semanas durante 15 meses con reepitelización completa.

DISCUSIÓN

El sistema VAC es una terapia que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización en un medio húmedo y cerrado. Constituye un tratamiento para heridas de difícil manejo. Por otro lado el TS se considera como tratamiento para la calcifilaxis por sus propiedades antioxidantes y quelantes de calcio. Aunque se ha descrito como una terapia eficaz el tratamiento con TS IV, la inyección intralesional permite una disminución del consumo de recursos y muestra buenos resultados. Consideramos que la combinación de sistema VAC y TS intralesional han sido claves para la resolución del cuadro y puede ser una alternativa útil en casos graves o recalcitrantes.



P-159

ALTERNATIVA DE CIERRE DE DEFECTOS A NIVEL FACIAL: COLGAJO DE AVANCE EN JIGSAW PUZZLE

Dra. Celia Campoy Carreño¹, Dra. Lucía García Almazán¹, Dra. Marina Torrent García¹, Dr. Alejandro Javier Castillo Botero¹, Dr. Francisco José De León Marrero¹, Dra. Tamara Amanda Hernández Gómez¹, Dr. José Pardo Sánchez¹, Dr. Ángel López Ávila¹

¹Hospital General Universitario Santa María Del Rosell, Cartagena, Spain

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de defectos postquirúrgicos en el área facial, con buenos resultados cosméticos y funcionales, es una tarea compleja. Presentamos 2 casos de reconstrucción de defecto en el labio superior utilizando el colgajo de avance en "jigsaw puzzle".

DISCUSIÓN

Como en todas las reconstrucciones con colgajos, el adecuado diseño de los mismos es una parte esencial para obtener el resultado deseado. Al plantear esta plastia debemos tener en cuenta que el área de la piel que se va a avanzar debe tener el mismo tamaño que el defecto, y el diseño de los triángulos de Burow debe coincidir con los límites de las unidades o subunidades estéticas faciales, para ocultar aquí las cicatrices.

El colgajo de avance en "jigsaw puzzle" fue descrito por primera vez en el año 2005, por Goldberg et al. Inicialmente se planteó como alternativa para reparar defectos en el ala nasal, proponiéndose posteriormente su uso en defectos de la pared nasal, labio superior y trago.

Entre sus ventajas destacan que la piel de la zona dadora tiene similares características de grosor y color a la zona receptora dada su proximidad, y además gran parte de la cicatriz queda escondida en los surcos de las subunidades estéticas.

CONCLUSIONES

El colgajo de avance en "jigsaw puzzle" es una técnica quirúrgica versátil y sencilla, con buenos resultados cosméticos, que debería ser considerada para reparar múltiples defectos quirúrgicos faciales.



P-160

USO DE BOTÓN DE PLÁSTICO PARA CIERRE A TENSIÓN TRAS DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

Dr. Álvaro Sánchez Leiro¹, Dr. José Pablo Tirado Pérez¹, Dr. Luis Acacio Ortega Berbel², Sra. María Teresa Benítez Fernández¹, Dra. Noemí Eiris Salvado¹, Dr. David Moreno Ramírez¹

¹Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Spain, ²Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla, Spain

INTRODUCCIÓN

La dehiscencia de la herida quirúrgica es una complicación potencial en cirugía dermatológica, especialmente en ciertas localizaciones sometidas a tensión muscular o movilidad excesiva, como son los labios. El tabaquismo y la diabetes dificultan la cicatrización de la herida, aumentando el riesgo de esta complicación. Para su tratamiento, en casos de dehiscencia precoz, se debe considerar un desbridamiento de los bordes y volver a suturar la herida si no hay datos de infección o hematoma. La utilización de botones de plástico para el cierre del plano cutáneo puede ayudar a aliviar la tensión y reducir el riesgo de que se reproduzca la dehiscencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 59 años, fumador y diabético, intervenido por un carcinoma de células escamosas infiltrante de labio inferior, extirpado con márgenes libres y cuyo defecto fue reconstruido mediante colgajo de avance bilateral labial de espesor total. Diez días después acude a urgencias por dehiscencia de la herida quirúrgica que interesaba el plano cutáneo y muscular, sin signos de infección o hematoma. Se procedió a desbridamiento de los bordes y resutura del defecto, utilizando un botón de plástico para reforzar el cierre y evitar una nueva dehiscencia

Resultados: Después de la segunda intervención, la herida cicatrizó adecuadamente sin nuevas complicaciones postquirúrgicas.

CONCLUSIONES

La dehiscencia de la herida quirúrgica es una complicación posible en zonas de tensión y en pacientes de riesgo, como diabéticos y fumadores. Para su prevención, es necesario un correcto cuidado de la herida. El uso de materiales rígidos como los botones de plástico puede ser eficaz para ayudar a reforzar el cierre, evitando el riesgo de que se produzca esta complicación.



P-161

AMIVANTAMAB: NUEVOS RETOS EN DERMATOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Rafael Fayos Gregori¹, Fernando Navarro Blanco¹, Gonzalo Alonso Fernández¹, Rodolfo David Palacios Díaz¹, Mónica Pozuelo Ruiz¹, Miguel Mansilla Polo¹, Blanca de Unamuno-Bustos¹, Rafael Botella Estrada^{1,2}

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Spain, ²Universitat de València, Valencia, Spain

CASO CLÍNICO

En el trabajo presente, describimos las características y el manejo empleado en dos pacientes de nuestro centro con toxicodermia por el uso amivantamab bajo el ensayo MARIPOSA 2. La primera paciente es una mujer de 61 años con lesiones papuloeritematosas en nariz y tronco, eczema en cuero cabelludo y paroniquia presentes tras el séptimo ciclo de tratamiento, que se manejaron con doxiciclina oral y ácido fusídico tópico. Mientras que la otra paciente tiene 62 años y, después del quinto ciclo de amivantamab, desarrolló lesiones ulceradas en rodilla derecha, pápulas eritemato-violáceas en ambos pies y perionixis. Esta segunda paciente se manejó mediante curas con sulfato de cobre 1/1000 y mezcla de ácido fusídico y metilprednisolona aceponato tópicos.

DISCUSIÓN

Amivantamab es un anticuerpo completamente humanizado tipo IgG1 contra receptores EGFR y MET aprobado para el cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado o M1 con mutación EFGR exón 20 que ha progresado, durante o después, de un tratamiento con quimioterapia basada en platino. En los resultados del estudio inicial de este fármaco, se vio que las reacciones dermatológicas eran el efecto secundario más frecuente, además de una de las principales causas tanto de reducción de dosis como de discontinuación del tratamiento, por lo que es necesario un control dermatológico de estos pacientes.

Respecto al manejo de las reacciones dermatológicas debidas al uso de amivantamab, existe evidencia clara sobre el uso de tratamiento con corticoesteroides tópico y antibióticos tanto orales como tópicos.

CONCLUSIÓN

Los nuevos quimioterápicos prolongan la supervivencia de los pacientes, por lo que el manejo proactivo de las toxicidades cutáneas es crucial para lograr una mayor supervivencia asociada con la mejor calidad de vida posible.



P-162

TOXICIDAD CUTÁNEA RETARDADA EN EL TRATAMIENTO CON RIBOCICLIB

Dra. Victoria Ortiz Berciano¹, Dr. Gaston Roustán Gullón¹, Dra. Mercé Grau Pérez¹, Dra. Laura Nájera Botello¹, Dr. Juan Luis Castaño Fernández¹, Dr. Irene Sanchez Gutierrez¹, Dr. Francisco José Rodríguez Cuadrado¹, Dr. Cristian Fernando Caballero Linares¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, España

Se presenta el caso de una mujer de 57 años con un carcinoma de mama metastásico en tratamiento con ribociclib y letrozol, que desarrolla toxicidad cutánea a los 7 meses del inicio de dichos fármacos.

La paciente presentaba lesiones cutáneas pruriginosas, que su oncólogo atribuyó a la aplicación de crema con urea en días previos. Ya que refería que desde que inició el ribociclib y letrozol presentaba xerosis marcada y estaba probando muchas cremas hidratantes.

La paciente se encontraba exclusivamente en tratamiento con ribociclib y letrozol. Negaba infecciones, no había recibido nuevos fármacos y no tenía otros antecedentes. Tampoco presentaba sintomatología sistémica asociada.

A la exploración, xerosis intensa y un exantema maculopapular eritematovioláceo descamativo. Sin pústulas, ampollas ni afectación mucosa.

El ribociclib, inhibidor de CDK 4/6, indicado en cáncer de mama metastásico con receptores hormonales positivos y HER2 negativo, se combina con bloqueadores de estrógenos como letrozol.

Los inhibidores de CDK4/6 pueden causar toxicidades cutáneas que van desde alopecia hasta Steven-Johnson.

Es por ello, que ante la sospecha de toxicidad retardada por ribociclib, realizamos una biopsia cuyos resultados de confirmaron la presencia de toxicodermia.

En resumen, nuestro caso de toxicidad cutánea retardada por ribociclib ilustra un efecto adverso poco común pero descrito en la literatura. La siguiente pregunta es, qué hacer con los pacientes cuyo único tratamiento posible para su proceso oncológico es el que le está causando una reacción así.

Como conclusiones, quería recalcar la importancia del seguimiento estrecho y a largo plazo de los pacientes con tratamientos como los inhibidores de CDK4/6, ya que los efectos adversos pueden aparecer tras meses de adecuada tolerancia.

Además, destacar el papel del dermatólogo en este tipo de reacciones, pues es así como se podrá llegar a un diagnóstico correcto y llevar a cabo un adecuado manejo.



P-163

TOXICIDAD CUTÁNEA ASOCIADA A IBRUTINIB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Gonzalo Alonso Fernández¹, Dr. Fernando Navarro Blanco¹, Dr. Rafael Fayos Gregori¹, Dra. Mónica Pozuelo Ruiz¹, Dr. Rodolfo David Palacios Díaz¹, Dr. Daniel Martín Torregrossa¹, Dra. Begoña Escutia Muñoz¹, Dr. Rafael Botella Estrada¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe - Servicio de Dermatología, Valencia, Spain

CASO CLÍNICO

En este trabajo se expone un caso de toxicidad cutánea asociada a Ibrutinib en una paciente de 81 años que recibe tratamiento en el contexto de una leucemia linfática crónica con recaída ganglionar. La paciente acude por linfedema del miembro superior izquierdo de 2 meses de evolución que, tras la realización de un diagnóstico diferencial y descarte de las causas pertinentes, resultó estar asociado a la terapia con dicho fármaco. Tras suspender el tratamiento 6 meses se objetivó una remisión del cuadro.

DISCUSIÓN

El Ibrutinib es una pequeña molécula que actúa como inhibidor irreversible de tirosín quinasa de Bruton (BTK). El desarrollo de dichos inhibidores representa un hito en el tratamiento de la leucemia linfática crónica y otras patologías de células B.

La toxicidad dermatológica se encuentra entre las toxicidades más comunes de Ibrutinib, pero en la mayoría de los casos es de intensidad leve a moderada y fácilmente manejable. Su incidencia es mayor durante el primer año de tratamiento y disminuye con el tiempo. El linfedema es un efecto adverso de este fármaco muy pocas veces descrito.

El manejo de estos efectos adversos ha de ser individualizado, en ocasiones requiriendo la suspensión del fármaco.

CONCLUSIÓN

Es crucial que los médicos se familiaricen con las toxicidades dermatológicas asociadas con Ibrutinib para aprender cómo manejarlas, evitar la interrupción del tratamiento y mejorar los resultados de los pacientes.



P-164

AZITROMICINA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON RASH ACNEIFORME SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Dr. Juan José Amorós Oliva¹, Dra Ana Isabel Sánchez Moya¹, Dra María José Carrera Hernández¹, Dra Cristina Romera De Blas¹, Dra María Cotarelo Hernández¹, Dra María Victoria Signes-Costa Smith¹, Dra Natalia Aranda Sánchez¹, Dra Cristina Pérez Hortet¹

¹Hospital Universitario De Toledo, Toledo, Spain

INTRODUCCIÓN

El rash acneiforme es la reacción adversa cutánea típica asociada a los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) como Cetuximab, Gefitinib y Erlotinib utilizados para el tratamiento de ciertos cánceres avanzados. Planteamos el uso de Azitromicina oral en su manejo.

CASOS

Varón de 58 años en tratamiento con Cisplatino, Docetaxel y Cetuximab por carcinoma epidermoide laríngeo y mujer de 75 años en tratamiento con Cetuximab y Placitaxel por carcinoma epidermoide lingual ambos irreseccables.

Acuden por lesiones eritematodescamativas y pápulo-pústulas pruriginosas en región facial, tórax y cuero cabelludo compatibles con rash acneiforme grado III según la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events.

Realizamos biopsia de piel que confirmó el diagnóstico e iniciamos tratamiento con Doxicilina oral y Metronidazol tópico. Pese a ello, no controlamos el cuadro por lo que sustituimos Doxicilina por Minociclina oral y añadimos Prednisona.

Ante la ausencia de mejoría suspendimos tetraciclinas e iniciamos Azitromicina oral tres días consecutivos en semana junto a Isotretinoína a dosis bajas con lo que quedaron asintomáticos pudiendo mantener el tratamiento con Cetuximab.

DISCUSIÓN

El tratamiento del rash acneiforme secundario al tratamiento con inhibidores (EGFR) ha consistido durante años en el uso de tetraciclinas orales junto con antibióticos tópicos. En los últimos años se ha empleado Isotretinoína e Ivermectina oral, sin embargo, existen diversos pacientes no respondedores.

La Azitromicina es un macrólido, que además de su potencial antibiótico, puede desempeñar un papel importante como antiinflamatorio ya que bloquea la formación de especies reactivas de oxígeno. Ya ha demostrado su utilidad en otras enfermedades cutáneas como la rosácea.

Presenta ventajas farmacocinéticas respecto a los tratamientos convencionales y menor tasa de eventos adversos.

CONCLUSIONES

La Azitromicina oral ha resultado efectiva para el tratamiento del rash acneiforme secundario a inhibidores EGFR por lo que podría considerarse como alternativa terapéutica en estos casos.



P-165

ERITRODERMIA PSORIASIFORME RELACIONADA CON LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sr. Santiago Soto Fuster¹, Sra. Cristina García Gálvez¹, Ainhoa Fernández Arregui¹, Alicia Tormos Esteve¹, Enrico Morales Tedone¹, Andrea Bernabeu Aicart¹, Lucía Martínez Casimiro, María Ángeles Revert Fernández

¹Hospital Clínico Universitario De Valencia, Valencia, Spain

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 77 años con antecedente de carcinoma renal de células claras, psoriasis leve, dislipemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Comienza tratamiento oncológico con Nivolumab y a los 6 meses comienza con prurito generalizado y un rash maculopapular (inespecífico al principio) que evoluciona hacia una eritrodermia psoriasiforme. Se cataloga de reacción adversa cutánea grado 3 en relación a tratamiento con inhibidores de puntos de control. Además, asocia hipoalbuminemia y edema en las extremidades.

Oncología suspende Nivolumab y se decide tratamiento con Secukinumab, un inhibidor de la interleucina-17 tras fallo a corticoterapia inicial. Tras la inducción, el paciente muestra una marcada mejoría en sus lesiones cutáneas, alcanzando un aclaramiento completo.

DISCUSIÓN

Los inhibidores de puntos de control inmunitarios estimulan respuestas antitumorales mediante activación de linfocitos T, pero conllevan efectos adversos inmunorrelacionados, que pueden afectar hasta al 60% de los pacientes, siendo los problemas cutáneos de los más comunes. Estos incluyen erupciones maculopapulares y liquenoides, prurito, vitiligo, y en casos más raros, penfigoide ampoloso y psoriasis. La psoriasis se asocia principalmente con inhibidores de PD-1 (Nivolumab, Pembrolizumab) y PDL-1 (Atezolizumab), que estimulan respuestas Th1, Th17 y Th22. Se sugiere el uso de corticoides y calcipotriol tópicos para casos leves, mientras que casos graves pueden requerir metotrexato, apremilast o inhibidores de interleucinas. Estos últimos se postulan seguros en pacientes oncológicos, sin comprometer la efectividad del tratamiento contra el cáncer.

CONCLUSIONES

Los inhibidores de los puntos de control inmunitario cada vez se utilizan más en Oncología. El dermatólogo debe conocer sus reacciones adversas cutáneas, por su frecuencia. Destaca el eritema maculopapular, el cual requiere seguimiento por su posible evolución hacia otras dermatosis más graves.



P-166

¿QUÉ ESPERAR DE UNA INTERCONSULTA DE UROLOGÍA? TOXICIDAD CUTÁNEA POR APALUTAMIDA

Dra. María Criado Otero¹, Dr. Héctor Perandones González¹, Dr. Víctor Onecha Vallejo¹, Dra. Patricia Bodas Gallego¹, Dr. Manuel Ángel Rodríguez Prieto¹

¹Complejo Asistencial Universitario De León, León, Spain

INTRODUCCIÓN

La Apalutamida es un inhibidor del receptor de andrógenos empleado en el tratamiento del cáncer de próstata metastásico sensible o resistente a la castración. Existen dos ensayos clínicos en fase III (TITAN, SPARTAN) en los cuales se ha descrito su eficacia, pero también su potencial toxicidad cutánea.

CASO CLÍNICO

Presentamos dos pacientes con toxicidad cutánea por Apalutamida derivados desde la consulta de Urología. Ambos tenían una clínica similar, refiriendo una erupción pruriginosa que afectaba sobre todo a flancos y axilas. En la exploración física el primer paciente mostraba lesiones papulosas de aspecto liquenoide con hiperpigmentación, mientras que en el segundo el rash era de tipo morbiliforme, con algunas zonas de apariencia ecematosas. En los dos casos se produjo resolución del cuadro con corticoide tópico, antihistamínicos orales y descenso puntual de la dosis de Apalutamida.

DISCUSIÓN

En los ensayos TITAN y SPARTAN se han descrito diferencias estadísticamente significativas en la aparición de rash cutáneo en el grupo de tratamiento de Apalutamida vs. placebo. Aunque la mayoría de casos son leves, es conveniente ser precavidos en su manejo y mantener vigilancia. En estos estudios no hubo casos de toxicidad cutánea grave, pero posteriormente a su comercialización sí que se han descrito casos de Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y de Necrosis Epidérmica Tóxica (NET) debidos a la Apalutamida.

CONCLUSIONES

La Apalutamida es un fármaco de reciente introducción en la práctica clínica habitual con buenos resultados en el tratamiento del cáncer de próstata metastásico. Este fármaco puede causar varios tipos de toxicidad cutánea que en algunos casos pueden llegar a ser graves, requiriendo modificar o suspender el tratamiento e incluso comprometiendo la vida del paciente. Como dermatólogos, es importante estar familiarizados con las toxicodermias y saber manejar los casos que puedan llegar hasta nosotros consiguiendo el mejor perfil riesgo-beneficio en los pacientes oncológicos.



P-167

EN LAS TOXICODERMIAS, EL CRITERIO CLÍNICO ES LA CLAVE

Dra. Ana Simón Gozalbo¹, Dra María Gamó Guerrero¹, Dr Emilio Del Río Pena¹, Dra Ainhoa Roca Martiartu¹, Dr David Roldán Cortés², Dr Pablo de la Cueva Dobao¹, Dra Eva María Chavarría Mur¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años, sin antecedentes clínicos de interés que 10 minutos después de la toma de metamizol oral comenzó con fiebre de 38 grados y tras 3 horas, presentó aparición de lesiones cutáneas pruriginosas en extremidades superiores, tronco, genitales, labios y zona perioral. A la exploración presentaba múltiples placas anulares violáceas bien delimitadas, algunas con erosión central y otras con ampolla central. En zona genital destacaban áreas anulares erosivas; en zona perioral se objetivaron erosiones sin afectación de mucosa oral. Con la sospecha clínica de un exantema fijo medicamentoso (EFM), se realizó biopsia-punch de una de las lesiones. Además, se suspendió el metamizol y se prescribió prednisona oral en pauta descendente. Desde anatomía patológica se activó un aviso urgente a dermatología, por haber objetivado en la muestra de biopsia una necrosis de toda la epidermis sugiriendo una enfermedad del espectro Stevens-Johnson/ necrólisis epidérmica tóxica (SSJ/NET). Al contactar con el paciente, éste refirió resolución de lesiones en 7 días quedando únicamente hiperpigmentación postinflamatoria. El diagnóstico final fue el de EFM ampollosos generalizados (EFMAG).

DISCUSIÓN

El EFMAG es una variante especial de EFM que cursa con ampollas y erosiones junto a lesiones típicas de EFM que afectan a más del 10% de superficie corporal total. Histológicamente, las lesiones de EFMAG simulan las de un SSJ/NET; sin embargo, existen diferencias clínicas que se deben tener en cuenta para distinguir ambas entidades: En el EFMAG la afectación mucosa es más infrecuente y de menor gravedad. La latencia entre la toma del fármaco y la aparición de enfermedad es menor en el EFMAG que en el SSJ/NET y el primero tiene un mejor pronóstico con desaparición de lesiones al suspender el fármaco. Este caso ilustra cómo el criterio clínico es la clave para distinguir entre estas dos toxicodermias.



P-168

ERUPCIÓN ACNEIFORME SECUNDARIA A PANITUMUMAB EN PACIENTE CON CARCINOMA COLORRECTAL

Dra. Lourdes Fajardo Lucena¹, Dra. Margarita Pich-Aguilera Blasco, Dra. Irene Sánchez Gutiérrez, Dr. Juan Luis Castaño Fernández, Dra. Victoria Ortiz Berciano, Dr. Francisco José Rodríguez Cuadrado, Dr. Cristian Caballero Linares, Dr. Gaston Roustan Gullón

¹Hospital Puerta De Hierro, Madrid, Spain

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Panitumumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra el EGFR, es cada vez más usado en el tratamiento de diversos tumores, entre ellos el adenocarcinoma de colon. Los efectos adversos más frecuentes asociados al mismo son los cutáneos (hasta en el 90%). Su aparición conlleva una importante morbilidad para el paciente, requiriendo en ciertas ocasiones la reducción de la dosis o incluso la suspensión de panitumumab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe un caso de erupción acneiforme secundaria a Panitumumab en un paciente con carcinoma colorrectal.

RESULTADOS

Varón de 47 años con carcinoma colorrectal con mutación KRAS G12C con respuesta a FOLFIRI-panitumumab-sotorasib. Presenta a las dos semanas de inicio de tratamiento una reacción acneiforme pruriginosa grado 2 secundaria a panitumumab, pese a profilaxis con doxiciclina. La erupción papulopustulosa se inicia en región facial y tronco, extendiéndose posteriormente a miembros. Se pauta prednisona, doxiciclina, bilastina, diprogenta y ácido azeálico, con mejoría inicial. La erupción evoluciona a grado 3 junto a la aparición de paroniquia tras nuevo ciclo de tratamiento. La biopsia evidencia hallazgos compatibles con toxicodermia y foliculitis aguda supurativa. Se recomienda la suspensión de panitumumab, presentando clara mejoría clínica.

DISCUSIÓN

EGFR se expresa ampliamente en la epidermis, de ahí la elevada incidencia de reacciones cutáneas adversas. Las lesiones acneiformes están directamente relacionadas con la respuesta a antiEGFR, tendiendo a ser más severas en carcinoma colorrectal. La profilaxis con doxiciclina no previene la aparición de éste, pero sí puede disminuir su intensidad o la necesidad de rescates. El tratamiento se basa en tetraciclinas y corticoides, acompañándose de medidas generales. El uso de isotretinoína es controvertido. Pese a ello, la ausencia de mejoría o la sobreinfección de las lesiones, puede implicar la suspensión de panitumumab.

CONCLUSIONES

El creciente papel de la Dermatología en el manejo de los efectos adversos de tratamientos oncológicos.



P-169

HIPERPIGMENTACIÓN INDUCIDA POR MINOCICLINA: PODRÍA TRATARSE DE UN PROCESO DINÁMICO

Dra. Ana Morelló Vicente¹, Dra. Inés Oteiza Rius¹, Dra. Elisa María Gómez González¹, Dra. Deiane Marcos Muñagorri¹, Dra. Ane Carrera Gabilondo¹, Dr. Rafael Salido Vallejo¹, Dr. Javier Antoñanzas Pérez¹

¹Clinica Universidad De Navarra, Pamplona, Spain

La minociclina, un antibiótico perteneciente al grupo de las tetraciclinas, puede ocasionar hiperpigmentación como efecto secundario, con una incidencia que varía del 3% al 15%. Hasta el momento se conocen 4 subtipos excluyentes de hiperpigmentación, sin embargo, en esta comunicación presentamos el caso de un paciente en el que coexistieron varias de estas formas, lo que nos lleva a sugerir que se trate más bien de un proceso dinámico.

Se presenta el caso de un varón de 69 años trasplantado renal en terapia inmunosupresora con tacrolimus y micofenolato, que presentó hiperpigmentación azul-gris difusa en rostro, manos, uñas y piernas. Seis meses antes, había desarrollado una nocardiosis diseminada, motivo por el que se encontraba en tratamiento con Minociclina 200 mg dos veces al día. Se realizó una biopsia en el dorso de la mano, que reveló la presencia de melanófagos dérmicos sin pigmentación de la membrana basal. Finalmente, ante la sospecha de hiperpigmentación inducida por minociclina, se reemplazó este fármaco por moxifloxacino, resultando en la eliminación progresiva de las lesiones cutáneas.

La hiperpigmentación inducida por minociclina debe sospecharse en pacientes que reciben largos ciclos de tratamiento y dosis superiores a 150 mg al día. El mecanismo por el que se produce es desconocido, aunque se cree que se debe a un acúmulo de la molécula en la piel y a su consiguiente oxidación. A diferencia de lo postulado hasta el momento, en nuestro paciente coexistieron varias formas de la entidad, en concreto los subtipos I y II, lo que sugiere que más bien pueda tratarse de un proceso progresivo y no excluyente. Avanzar en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos implicados, permitirá entender mejor la afección, establecer medidas preventivas, realizar un diagnóstico precoz y, por último, un manejo más apropiado.



P-170

PRURIGO PIGMENTOSO TRATADO CON ÉXITO CON DOXICICLINA

Dra. Carmen Sáez Fuster¹, Dra. Ana María Carballido Vázquez, Dra. Ana María Antón Márquez, Dra. Teresa Lucía Vega López, Dra. María José García Gamero, Dra. Alicia Marcos Monera, Dra. Pilar Manchado López, Dra. Ana Mateos Mayo

¹Hospital Clínico Universitario De Valladolid, Valladolid, Spain

INTRODUCCIÓN

El prurigo pigmentoso es un trastorno de la pigmentación caracterizado por brotes inflamatorios recurrentes de lesiones pruriginosas. La morfología es diversa, pero en la mayoría de los casos se ha descrito como una erupción de pápulas y pápulo-vesículas eritematosas localizadas principalmente en espalda, cuello y tórax. Estas lesiones involucionan dejando una hiperpigmentación reticulada macular.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 16 años que acude a consulta de Dermatología por lesiones recurrentes en región lumbar y cervical que aparecen desde hace 2 años y no responden a tratamiento con corticoide tópico. Aporta biopsia realizada en otro centro con resultado de "dermatitis espongiótica con infiltrado neutrofílico y eosinofílico" y pruebas epicutáneas negativas. Las lesiones son de aspecto papuloso y presentan excoriaciones. La morfología y distribución de las lesiones son sugestivas de prurigo pigmentoso, por lo que se decide probar tratamiento con doxiciclina 100mg/día durante 3 meses, con resolución completa de las lesiones.

DISCUSIÓN

El prurigo pigmentoso es un trastorno inflamatorio cutáneo caracterizado por una erupción pruriginosa recurrente que se da más frecuentemente en mujeres jóvenes. Las características histopatológicas varían según las diferentes etapas de las lesiones. Su fisiopatología es incierta aunque se asocia a diversos factores de riesgo, siendo el principal el aumento de cuerpos cetónicos (dieta cetogénica, hipocalórica, ayuno, diabetes mellitus mal controlada). En el caso de nuestra paciente, no padece diabetes ni refiere haber realizado ningún tipo de dieta. Otros factores de riesgo son la Enfermedad de Still del adulto y los cambios hormonales. El tratamiento de primera línea se realiza con minociclina o doxiciclina, como segunda línea se utiliza dapsona. En pacientes que presentan cetosis o déficits nutricionales una dieta equilibrada puede ser efectiva.

CONCLUSIONES

Es importante conocer el prurigo pigmentoso y sus opciones de tratamiento para evitar retrasos diagnósticos, tratamientos innecesarios y recurrencias.



P-171

HIPERPIGMENTACIÓN AZUL-GRISÁCEA EN ZONAS FOTOEXPUESTAS DE LA PIEL EN RELACIÓN CON EL USO PROLONGADO DE CLOZAPINA

Dra. Alejandra Méndez Valdés¹, Dra. Sara De Benito Mendieta¹, Dra. Lucía Martínez Rozas¹, Dra. Gemma María Jumilla Martínez¹, Dra. Elena García Zamora¹, Dr. Fernando Pinedo Moraleda², Dr. David González Antón³, Dr. José Luis López Esteban¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón Servicio de Dermatología, Alcorcón, Spain, ²Hospital Universitario Fundación Alcorcón Servicio de Anatomía patológica, Alcorcón, Spain, ³Hospital Universitario Fundación Alcorcón Servicio de Neurología, Alcorcón, Spain

INTRODUCCIÓN

La clozapina es un antipsicótico atípico comercializado en los años 70. Está indicado en enfermedades neurodegenerativas, en esquizofrenia resistente al tratamiento habitual y en otros trastornos psicóticos.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 59 años con diagnóstico de enfermedad de Parkinson evolucionada en tratamiento prolongado con clozapina a dosis elevadas (125 mg al día), que es remitida a la consulta de dermatología por cambios de pigmentación severos en piel de la cara, antebrazos y escleras.

A la exploración física presentaba hiperpigmentación de coloración azul grisácea, de tonalidad metálica, en áreas fotoexpuestas; sobre todo en concha de ambos pabellones auriculares y en antebrazos, asociando opacidades llamativas en córnea y esclera.

Se realizaron exámenes complementarios que descartaron otro factor causal, entre ellos, alcaptonuria; y se realizó una biopsia en antebrazo que reportaba discreta hiperpigmentación basal epidérmica y mínima incontinencia pigmentaria en dermis papilar, sin apreciarse incremento de melanocitos en la capa basal. La epidermis mostraba hiperqueratosis y se encontraron fibroblastos activados en dermis. Se realizó una tinción de Fontana-Masson, que resultó positiva, confirmando que los depósitos de pigmento contenían melanina.

Con el resultado histopatológico y la historia clínica, se decidió disminuir la dosis de clozapina a 50 mg diarios, con lo que, a los pocos meses, la paciente había mejorado sustancialmente del trastorno cutáneo.

DISCUSIÓN

En dermatología, numerosos fármacos han sido implicados en el desarrollo de pigmentaciones azul-grisáceas de la piel, y asociando, entre otros, opacidades corneales y de escleras. La mayoría de los casos han sido descritos en relación con el uso de fármacos de la familia de las fenotiazinas, como son la clorpromazina o la flufenazina, o, en el caso de los antidepresivos tricíclicos, como ocurre con la imipramina; pero no se han encontrado casos descritos en la literatura respecto al uso de la clozapina.



P-172

DERMATOMIOFIBROMA EN REGIÓN POSTERIOR CERVICAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Sra. Nelly Marlene Román Mendoza¹, Sr. Alberto Alegre Bailo¹, Dra. Marta Gutiérrez Pascual¹, Dra. Araceli Sánchez Gilo¹, Sr. José Javier Mateos Rico¹, Dra. Lourdes Estrada Muñoz¹, Dr. Carlos Santonja Garriga², Dr. Francisco Javier Vicente Martín¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Spain, ²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain

El dermatomiofibroma (DMF) es una neoplasia benigna e infrecuente con diferenciación fibroblástica/miofibroblástica. Aportamos dos casos a la literatura.

Mujer de 14 años con lesión asintomática en región cervical posterior de un año de evolución. Presentaba una placa de 1.5cm, parduzca, mal delimitada e indurada. En la biopsia se observaba aumento de celularidad en dermis, con fascículos finos de aspecto fibroblástico. La inmunohistoquímica mostró positividad difusa para vimentina y negatividad para desmina, calponina, proteína S-100, beta-catenina y CD34. Con diagnóstico de DMF se decidió actitud conservadora.

Mujer de 20 años con lesión cervical posterior derecha de dos años de evolución con aumento de tamaño y dolor. En la biopsia presentaba leve aumento de densidad celular en dermis media y profunda con células de aspecto fibroblástico. Inmunohistoquímica positiva para vimentina y caldesmón, sin identificar calponina, proteína S-100, CD34, actina de músculo liso ni factor XIIIa. Con diagnóstico de DMF se realizó extirpación completa.

Los DMF son más frecuentes en mujeres jóvenes, localizándose en hombros o región proximal de extremidades. En la edad pediátrica son más frecuentes en varones y en región cervical. Suelen presentarse como una placa de 1-2cm, marronácea/violácea, bien delimitada e indurada con piloerección positiva. Están compuestos por células fusiformes fibroblásticas y miofibroblásticas, dispuestas paralelamente a la superficie de la epidermis. No hay atípica celular ni actividad proliferativa. Respetan los anejos y no suelen afectar al tejido celular subcutáneo. En la inmunohistoquímica se observa expresión de vimentina, sin expresión de factor XIIIa, S-100, desmina y CD34. Pueden expresar CD34 de forma focal.

Su diagnóstico diferencial es con el tumor desmoide, dermatofibrosarcoma protuberans, dermatofibroma, cicatriz hipertrófica, nevus fibroblástico de tejido conjuntivo y granuloma anular.

El tratamiento es quirúrgico. La extirpación con márgenes no suele acompañarse de recidivas. En niños se recomienda observación, ya que pueden resolverse espontáneamente en la pubertad.



P-173

PÁPULAS BLANCAS FACIALES: ¿CÚAL ES EL DIAGNÓSTICO?

Sra. Sofia Haselgruber de Francisco¹, Sr. Daniel Muñoz Barba¹, Sr. Pablo Díaz Calvillo¹, Sra. Beatriz Espadafor López¹, Sr. Alejandro Molina Leyva¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada, Spain

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 44 años que consulta por lesiones cutáneas en cara y cuello de años de evolución, asintomáticas. Como antecedentes patológicos, el paciente presentaba síndrome de apnea-hipopnea del sueño, y recibía tratamiento con losartán e hidroclorotiazida.

En la exploración, se apreciaban múltiples pápulas de 1-3 mm de diámetro, blanquecinas, de consistencia firme, en frente, mejillas, mentón, región retroauricular y cuello. Además, el paciente presentaba múltiples acrocordones en cuello y axilas.

Se realizó una biopsia punch de una lesión retroauricular para estudio. El análisis histológico mostró un estroma fibromixóide, con vasos telangiectásicos y crestas epidérmicas formando discretos cordones de células basaloideas, hallazgos compatibles con el diagnóstico histológico de fibrofoliculoma.

Ante la sospecha de síndrome de fibrofoliculoma múltiple familiar (Birt Hogg Dubé), se realizó un estudio genético en una muestra sanguínea, hallándose una delección en heterocigosis del exón 14 del gen FLCN, que confirmó el diagnóstico.

Discusión: El síndrome de Birt Hogg Dubé es un síndrome hereditario poco frecuente de predisposición al cáncer, con transmisión autosómica dominante. Clínicamente se caracteriza por lesiones cutáneas (fibrofoliculomas, acrocordones), tumores renales, quistes pulmonares y neumotórax espontáneos. Está asociado a cambios en el gen FLCN (cromosoma 17p). El pronóstico del paciente viene determinado por la penetrancia del cáncer renal.

En cuanto a los fibrofoliculomas, debe hacerse diagnóstico diferencial con otras lesiones cutáneas de apariencia similar, como las pápulas fibrosas nasales, las hiperplasias sebáceas o los angiofibromas, entre otros.

El tratamiento de los fibrofoliculomas se realiza por motivos estéticos, obteniéndose buenos resultados con métodos destructivos, si bien existe una alta tasa de recurrencia.

Este caso resalta la importancia de reconocer determinadas lesiones cutáneas como marcadores de síndromes con afectación interna y predisposición al cáncer. Detectar estas lesiones puede contribuir al diagnóstico y manejo precoz de pacientes con estos síndromes.



P-174

NEUROTECOMA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

Sr. Daniel Javier Sánchez Báez¹, Dra. Carmen Nieves Hernández León¹, Dra. Eva Fagundo González¹, Dra. María Pestana Eliche¹, Sra. Júlía Mercader Salvans¹, Sra. Luísa Santos e Silva Caldeira Marqués¹, Sr Miguel Quetglas Valenzuela¹

¹Hospital Universitario De Canarias, La Laguna, Spain

INTRODUCCIÓN

El neurotecoma (NTC) es un tumor cutáneo infrecuente de estirpe fibrohistiocitaria. Clínicamente se manifiesta como una pápula o nódulo blando e indoloro localizado principalmente en cabeza, cuello y extremidades superiores. Presentamos un caso clínica y dermatoscópicamente atípico.

CASO CLÍNICO

Varón de 48 años, sin antecedentes de interés, que acudió por presentar una lesión en cuarto dedo de la mano izquierda de dos meses de evolución que relaciona con un traumatismo tras clavarse una astilla con reacción inflamatoria posterior. A la exploración física presentaba un nódulo doloroso normocoloreado de 1 cm de diámetro con consistencia blanda y ulcerado. La dermatoscopia mostró una costra anaranjada central rodeada de un collarite hiperqueratósico. Se realizó una biopsia escisional que evidenció una proliferación de células fusiformes en dermis inmersas en un estroma denso en colágeno y con ocasional disposición estoriforme. Dichas células expresaban PGP9.5 y MITf y negatividad para CD34, S100 y actina. Estos hallazgos permitieron realizar el diagnóstico de neurotecoma.

DISCUSIÓN

Antiguamente, los NTCs se consideraron tumores neurales relacionados con los mixomas de la vaina neural, pero hoy está ampliamente reconocida su diferenciación fenotípica y genotípica fibrohistiocitaria. Aunque se desconoce la etiología de este tumor, se ha relacionado con la presencia de traumatismos previos, como sucede en el caso que describimos. Se han descrito diversas formas de presentación del NTC, aunque la más constante en la literatura es una pápula indolora con telangiectasias arboriformes simulando un carcinoma basocelular. Nuestro caso se aleja de los datos clínicos descritos, presentando una lesión ulcerada y dolorosa con una dermatoscopia inespecífica no descrita hasta el momento.

CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de un NTC con una clínica inusual asociado a antecedente traumático. Actualmente resulta difícil establecer una sospecha diagnóstica dada la inconstancia e inespecificidad de los hallazgos clínicos y dermatoscópicos, siendo necesario el estudio histológico para el diagnóstico.



P-175

HIDROADENOMA POROIDE COMO DIAGNÓSTICO SORPRESA

Dr. Cristian Fernando Caballero Linares¹, Dra. Dolores Suárez Massa¹, Dra. Gala Silvestre Egea¹, Dr. Francisco José Rodríguez Cuadrado¹, Dr. Juan Luis Castaño Fernández¹, Dra. Irene Sánchez Gutiérrez¹, Dra. Victoria Ortiz Berciano¹, Dra. Irene Salguero Fernández¹

¹Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda, Majadahonda, España

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un varón de 25 años, sin alergias a medicamentos conocidas, que como único antecedente de interés presenta acné en tratamiento con isotretinoína 20mg al día.

Acude a consulta por una lesión de 4mm en el brazo izquierdo de un año de evolución, que desde entonces presenta un leve crecimiento progresivo con dolor a la palpación.

En la exploración física, se observa una pápula eritematomaviolácea que a la dermatoscopia presenta vasos polimorfos y una base marróncea.

Se realiza una biopsia-extirpación cutánea, con el diagnóstico de hidroadenoma poroide resecaado en su totalidad.

DISCUSIÓN

El hidroadenoma poroide es una neoplasia intradérmica benigna infrecuente, siendo una variante de poroma ecrino con hallazgos estructurales de hidroadenoma, con áreas sólidas y quísticas, y características citológicas de los poromas, con células poroides y cuticulares.

Suele presentarse como un nódulo o quiste eritematoso asintomático, con un tamaño entre 1 y 2 cm. Principalmente se encuentran localizados en la cabeza, cuello y extremidades. La edad del diagnóstico se encuentra entre los 28 y 77 años, más frecuente en mujeres.

En la dermatoscopia, no existen hallazgos patognomónicos, pudiendo encontrar manchas marrón y telangiectasias lineales y glomerulares desenfocadas.

El diagnóstico definitivo de la lesión es histopatológico, ubicándose dentro de los poromas, que se subdividen en: poroma ecrino clásico, hidroadenoma poroide, hidroacantoma simple y tumor dérmico ductal. En ocasiones, una misma lesión puede presentar combinación de patrones de los diferentes subtipos.

Como diagnóstico diferencial se incluyen otros tipos de poromas, fibromas, nevus, melanomas, tumor de tipo vascular, entre otros.

El tratamiento de elección es la biopsia excisional, sin informarse casos de invasión de ganglios linfáticos o metástasis.

CONCLUSIÓN

El hidroadenoma poroide es una neoplasia infrecuente con diferenciación ecrina y constituye una de las cuatro variantes de los poromas.



P-176

LEIOMIOMA CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Inmaculada Bertomeu Genis¹, Dr. Pablo Munguía Calzada¹, Dra. Cristina Abraira Meriel¹, Dra. María del Amparo Sánchez López¹, Dra. Saray Simón Coloret¹, Dra. María del Carmen González Vela², Dra. Laura Rodríguez Merino², Dr. Marcos Antonio González López¹

¹Hospital Universitario Marques De Valdecilla. Servicio de Dermatología, Santander, Spain, ²Hospital Universitario Marques De Valdecilla. Servicio de Anatomía Patológica, Santander, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia poligénica, en tratamiento con espironolactona, clortalidona y valsartán, remitida a Dermatología por una lesión dolorosa en cara medial del pie derecho de 6 años de evolución que había crecido ligeramente en los últimos meses. A la exploración presentaba un nódulo de consistencia blanda, doloroso a la palpación, de 3 cm de diámetro. Se realizó biopsia-punch de la lesión, en la que se observaron haces de músculo liso entrelazados con un patrón arremolinado. Con estos hallazgos fue diagnosticada de leiomioma cutáneo. Se realizaron pruebas de imagen complementaria: ecografía y resonancia magnética, en las que se observó un nódulo de 4 x 2 x 0,7 cm, sin características de agresividad ni otras alteraciones reseñables. Finalmente se decidió exéresis y cierre directo de la lesión, que se llevó a cabo sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El leiomioma es un tumor benigno infrecuente que se origina a partir las células del músculo liso erector de la unidad pilosebácea. Es dos veces más frecuente en mujeres y se presenta como un nódulo firme aislado de larga evolución, del color de la piel o pardo rojizo, asociado a dolor hasta en el 90% de los casos. El dolor es un síntoma poco frecuente en la práctica dermatológica, sin embargo existe un conjunto de lesiones tumorales de la piel que cursan característicamente con dolor, cuya clínica nos ayuda a orientar el diagnóstico: espiroadenoma, neurilemoma, tumor glómico, dermatofibroma, neuroma, poroma ecrino, neurofibroma, tricoepitelioma, cilindroma... El tratamiento de elección de estas entidades es la cirugía, siendo curativa la exéresis completa con márgenes libres.

CONCLUSIONES

Aportamos un caso de leiomioma cutáneo.



P-177

PILOMATRICOMA SIMULANDO METÁSTASIS CUTÁNEA EN PET/CT

Sra. **Elisa María Gómez González**¹, Sra Ana Morelló Vicente¹, Sra Ines Oteiza Rius¹, Sra Deiane Marcos Muñagorri¹, Sra Ane Carrera Gabilondo¹, Sra Nuria Rodríguez Garijo¹

¹Clínica Universidad De Navarra, Pamplona, Spain

INTRODUCCIÓN

El pilomatricoma es una neoplasia cutánea benigna derivada de las células matriciales del folículo piloso, cuya manifestación clínica habitual es un nódulo solitario subcutáneo. En lesiones de larga evolución, es característica la presencia de fibrosis e infiltrado inflamatorio granulomatoso, pudiendo simular malignidad en pruebas de imagen, que condicionan la realización de pruebas invasivas.

CASO CLÍNICO

Paciente con carcinoma renal de células claras metastásico, que durante el estadiaje tumoral con FDG PET/CT, presentó una lesión subcutánea, metabólicamente activa, en glúteo derecho. Se realizó exploración ecográfica para descartar malignidad, donde se observó un nódulo subcutáneo sólido, heterogéneo y bien definido, con vascularización periférica y halo hiperecogénico.

Se realizó extirpación quirúrgica en bloque de la lesión, remitiéndose a Anatomía Patológica. La histología reveló una tumoración quística con células basaloides en su pared, con transición brusca a células epiteliales fantasma e infiltrado inflamatorio crónico tipo reacción de cuerpo extraño, diagnóstica de pilomatricoma.

DISCUSIÓN

Los tumores cutáneos benignos presentan escasa avidéz a FDG en PET/CT debido a su baja actividad metabólica. Sin embargo, hay excepciones entre las que se incluyen los dermatofibromas, hibernomas, neurofibromas y schwannomas, pilomatricomas o la enfermedad de Rosai-Dorfman puramente cutánea; habiéndose hipotetizado la inflamación intralesional, un índice mitótico elevado o la reacción a cuerpo extraño como causas de dicha captación.

CONCLUSIONES

El pilomatricoma y otros tumores cutáneos benignos deben considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas y subcutáneas captantes en PET/CT, siendo necesaria la confirmación histológica para descartar metástasis sólidas.



P-178

ACANTOMA DE CÉLULAS CLARAS EN AREOLA MAMARIA

Dra. Nerea Infante Gonzalo¹, Dra. María Asunción Arregui Murua¹, Dra. Natalia Valero Montalvo¹, Dra. Gadea Mercedes Braceras Rincón¹, Dra. Sara Ibarbia Oruezabal¹, Dr. Iñigo Aranguren López¹, Dra. María Aranzazu Juaristi Abaunz², Dra. Nerea Ormaechea Pérez¹

¹Hospital Universitario Donostia - Dermatología, Donostia, Spain, ²Hospital Universitario Donostia - Anatomía Patológica, Donostia, Spain

INTRODUCCIÓN

El acantoma de células claras es un tumor epidérmico benigno, poco frecuente y de etiología desconocida, que suele aparecer en las piernas de personas de edad media o avanzada. Suele presentarse como una pápula rojiza bien delimitada de 5-20 mm de diámetro, asintomática, de crecimiento lento, con un collarete descamativo periférico y una superficie descamativa con punteado vascular. Al dermatoscopio pueden observarse vasos sanguíneos dispuestos “en collar de perlas”. Su histología es característica, mostrando un área bien delimitada de hiperplasia epidérmica psoriasiforme donde los queratinocitos, que presentan un citoplasma pálido y depósitos de glucógeno, se tiñen con ácido peryódico de Schiff (PAS).

CASO CLÍNICO

Mujer de 82 años que presentaba una lesión en la areola mamaria izquierda de un año de evolución que había ido creciendo con picor y en ocasiones dolor. A la exploración física se observaba en la areola, próxima al pezón, una lesión papulosa de 10 mm de superficie queratósica cubierta por una costra melicérica. Se inició tratamiento tópico con ácido fusídico, con desaparición de la costra pero persistencia de la lesión. Se tomó muestra para estudio anatomopatológico que fue compatible con un acantoma de células claras. Se realizó tratamiento tópico con betametasona 0'5 mg + gentamicina 1 mg durante cuatro semanas con remisión completa de la misma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El acantoma de células claras en la areola mamaria es una entidad muy infrecuente cuyo diagnóstico diferencial puede ser complejo incluyendo patologías como carcinoma basocelular y escamoso, enfermedad de Paget, queratosis seborreica, eccema o psoriasis. En consecuencia, esta patología debe tenerse en cuenta al valorar una lesión de aspecto eccematoso persistente en el pezón.

Se han comunicado casos similares con remisión de la lesión tras tratamiento corticoideo tópico, dato a favor de que podría tratarse de un proceso reactivo de la epidermis.



P-179

LINFANGIOMA CUTANEO SECUNDARIO A RADIOTERAPIA: CASO CLÍNICO

Dr. Guillem Esteve Boncompte¹

¹Hospital Universitari Arnau De Vilanova, Lleida, Spain

LINFANGIOMA CUTÁNEO SECUNDARIO A RADIOTERAPIA: CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años, diagnosticada en 2019 de un adenocarcinoma ductal infiltrante de mama derecha, el cual fue tratado con quimioterapia neoadyuvante seguida de tumorectomía quirúrgica y radioterapia hasta una dosis total de 40,05 Gy en zona mamaria derecha, administrada en enero del 2020. Unos meses después, acude a consultas de dermatología por la aparición de unas lesiones papulares en la zona submamaria derecha, de aparición espontánea progresiva, de coloración hiperpigmentada respecto a la piel circundante y de diferente tamaño entre ellas, variando de entre 3 y 5mm. No refiere que sean dolorosas, pero sí que refiere que son molestas.

DISCUSIÓN

Los linfangiomas cutáneos son un tipo de hamartomas, concretamente unas malformaciones del sistema linfático localizado en la dermis y que pueden aparecer en cualquier sitio de la superficie cutánea o cualquier mucosa. Pueden ser categorizados como primarios, los cuales se desarrollan durante la infancia; o secundarios (linfangioma adquirido), los cuales aparecen a causa de una cirugía invasiva o un tratamiento con radioterapia, normalmente en adultos. Fisiopatológicamente, estos tipos de linfangiomas aparecen a causa de una dilatación de los vasos linfáticos más superficiales de la piel, localizados en la dermis. Clínicamente se pueden observar como lesiones papulares pediculadas con apariencia verruciforme, y ocasionalmente se pueden observar algunas zonas de una coloración violácea, las cuales se corresponden con sangre extravasada de los capilares. El tratamiento de este tipo de lesiones es complejo debido a la alta frecuencia de recurrencias, así como de formación de queloides. A causa de esto, actualmente no existe un tratamiento de primera línea establecido. Se puede optar por realizar tratamiento quirúrgico, aunque también es posible hacer seguimiento sin tratamiento, ya que se trata de una lesión de carácter benigno.



P-180

SIRINGOMA CONDROIDE O TUMOR MIXTO CUTÁNEO: UN DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Dr. Alejandro Javier Castillo Botero¹, Dra Celia Campoy Carreño¹, Dra Lucía García Almazán¹, Dra Marina Torrent García¹, Dr Fernando Alarcón Soldevilla¹, Dr José Pardo Sánchez¹, Dra Tamara Amanda Hernández Gómez¹, Dr Ángel López Ávila¹

¹Hospital Universitario Santa María Del Rosell, Cartagena, España

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico clínico de lesiones tumorales puede representar un verdadero reto, incluso con herramientas que nos son de gran ayuda como la dermatoscopia.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 68 años con una lesión supralabial nodular de 7 mm y consistencia firme, de 6 meses de evolución. El examen dermatoscópico reveló áreas blancas desestructuradas, quistes tipo millium y vasos de aspecto arboriforme. Ante la sospecha de que pudiera tratarse de una lesión maligna, se optó por realizar su exéresis. Entre los diagnósticos diferenciales considerados se encontraban el carcinoma basocelular, el nevus melanocítico intradérmico y el siringoma condroide. El análisis histopatológico reveló que se trataba de un siringoma condroide o tumor mixto cutáneo.

DISCUSIÓN

El siringoma condroide, o tumor mixto cutáneo, es una neoplasia de los anejos cutáneos descrita por primera vez en 1892 por Nasse. Este es el análogo cutáneo al tumor mixto de células salivares descrito en 1859 por Billroth. En 1951, Khedroo y Casella proponen los primeros criterios clínicos e histopatológicos.

Se manifiesta típicamente como una lesión solitaria de 0,5-3 cm de diámetro, con bordes bien definidos y una superficie lisa. Es más frecuente en varones de mediana edad y aparece principalmente en piel de la cabeza y el cuello, aunque no se ha establecido una relación definitiva entre el siringoma condroide y la fotoexposición.

CONCLUSIONES

El siringoma condroide, más correctamente denominado tumor mixto, representa una neoplasia poco común dentro de las neoplasias cutáneas. Se origina en los anejos cutáneos, específicamente en las glándulas sudoríparas y, generalmente, se trata de una neoplasia benigna. Su diagnóstico se ve dificultado por sus características clínicas y dermatoscópicas inespecíficas.



P-181

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Marina Romero Bravo¹, Dra Paula Aguayo-Carreras¹, Dr Alejandro Arroyo Córdoba¹, Dra Andrea Monedero de la Orden¹, Dr Juan María García-Hirschfeld García², Dra María Dolores Fernández Ballesteros¹

¹Servicio de Dermatología del Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN

El tumor de células granulares es un tumor poco frecuente derivado de las células de Schwann. Se presenta normalmente en mujeres entre la cuarta y sexta década de vida, localizado en piel, cavidad oral o tejido subcutáneo, aunque puede aparecer en localizaciones extracutáneas como el tracto digestivo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años que consulta por lesión en región supraclavicular izquierda de un año de evolución, que ha ido aumentando de tamaño progresivamente. A la exploración se observa una lesión nodular de superficie lisa y discretamente infiltrada, de 1.2 cm de diámetro. Se procedió a la resección quirúrgica de la lesión con márgenes de seguridad. En el estudio histológico se observó proliferación dérmica de células poliédricas con citoplasma de aspecto granular. La inmunohistoquímica fue positiva para S100 de forma difusa. Ante estos hallazgos se llegó al diagnóstico de tumor de células granulares.

DISCUSIÓN

El tumor de células granulares se presenta como un nódulo solitario, menor de 3-4 cm, indoloro, de lento crecimiento en el área de cabeza y cuello. La mayoría presentan un comportamiento benigno. Aunque existen variantes malignas, son extremadamente infrecuentes.

A la histología se presentan como lesiones localizadas en dermis, no encapsuladas, compuestas por células poligonales con un citoplasma con múltiples gránulos eosinófilos que le confiere un aspecto granular. La epidermis puede mostrar una hiperplasia pseudoepiteliomatosa reactiva. Se tiñen de forma difusa con S100, lo que apoya el origen neural del tumor. Otros marcadores positivos de inmunohistoquímica son CD68 y enolasa neuronal específica (ENE).

El tratamiento de elección es la cirugía con márgenes adecuados. En las formas benignas es infrecuente la recurrencia, incluso cuando los márgenes quirúrgicos están afectos. Se han descrito casos de transformación maligna de la lesión, por lo que ante la presencia de márgenes afectos se recomienda la reintervención para minimizar riesgo de malignización.



P-182

HEMANGIOMA ELASTOLÍTICO ADQUIRIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Eduardo Lopez Vera¹, Dra. Trinidad Martín González¹, Dra. Gloria Calvo Moreno¹, Dr. Alejandro Ruiz Nogales¹, Dr. Juan María García-Hirschfeld García², Dra. María Dolores Fernández Ballesteros¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, Spain

INTRODUCCIÓN

El hemangioma elastolítico adquirido (HEA) es un término anatomopatológico que hace referencia a una proliferación vascular benigna poco frecuente e infradiagnosticada. A continuación, presentamos un caso típico de esta entidad, revisando su diagnóstico diferencial y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 66 años sin antecedentes de interés que presentaba una lesión en antebrazo derecho de crecimiento progresivo sin resolución durante los últimos tres años, asintomática.

A la exploración se observaba una lesión eritemato-purpúrica, sobreelevada y de bordes netos de 5x3cm de diámetro.

Se planteó diagnóstico diferencial entre hemangioma hemosiderótico o malformación vascular adquirida, por lo que se tomó una biopsia punch de 3mm para estudio anatomopatológico, que mostró una proliferación vascular capilar y venular, intensa elastosis dérmica y cambios actínicos, sin atipias ni mitosis, así como fragmentación en banda de las fibras de elastina.

Por tanto, se concluyó el diagnóstico de HEA y se derivó a la unidad de laser para futuro tratamiento con luz pulsada.

DISCUSIÓN

El HEA es una proliferación vascular benigna que típicamente asienta sobre áreas con marcado daño solar en adultos mayores de 50 años (con ligero predominio femenino). Esta lesión clásicamente se presenta como una mácula o placa ligeramente sobreelevada, eritemato-violácea, de crecimiento lento pero progresivo que asienta típicamente sobre áreas fotoexpuestas. Aunque suele presentarse como una lesión única, se han reportado casos de lesiones simultáneas en un mismo paciente. Debido a que esta entidad presenta una clínica inespecífica, plantea un amplio diagnóstico diferencial que incluye lesiones malignas, otras lesiones vasculares reactivas, benignas o malignas. La etiología más aceptada es la derivada de un daño actínico crónico. La abstención terapéutica es una opción válida ya que es una patología benigna asintomática, pudiendo plantearse como tratamiento la extirpación quirúrgica y el tratamiento láser.



P-183

“ESTUDIO EN ESCARLATA”: APARICIÓN DE QUERATOACANTOMAS SOBRE TINTA ROJA DE TATUAJE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Alonso García Núñez¹, Dra. Carmen Cruz Catalán¹, Dr. Ismael Khiar Fernández¹, Dra. Rosa Corbí Llopis¹, Dr. Julián Conejo-Mir Sánchez¹

¹Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, Spain

INTRODUCCIÓN

La asociación entre el tatuaje y la aparición posterior de neoplasias cutáneas malignas se conoce desde mediados del siglo pasado. Sin embargo, en la literatura no se encuentran más de 45 casos. Además de poder enmascarar estadios precoces pre-malignos, existen indicios de que puede favorecer el desarrollo de éstos. De entre todos estos, destaca el queratoacantoma por su naturaleza de rápido crecimiento.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 50 años con un tatuaje realizado hace 2 meses en antebrazo izquierdo que incluye tinta roja y una lesión papulosa de 2 cm de diámetro, queratinizada con centro costroso y tendente al sangrado, de un mes y medio de evolución. Tras la exéresis, el reporte histopatológico confirma su diagnóstico como queratoacantoma, con presencia en su base de pigmento exógeno rojo.

DISCUSIÓN

Tras un tatuaje, la mediana de aparición de queratoacantomas es de 1-1,5 meses, produciéndose más en varones de mediana edad y extremidades. Su origen es multifactorial, destacando el daño e inflamación locales producidos durante el proceso, así como el empleo de tinta roja, ya que ésta contiene pigmentos nitrogenados que, con la luz solar, serían degradados a productos potencialmente cancerígenos (2-amino-4-nitrotolueno, 3,3'-diclorobenzidina y o-toluidina).

CONCLUSIONES

Nuestro caso representa el arquetipo de queratoacantoma sobre tatuaje, ya que cumple con la estadística descrita y la presencia de pigmento rojo exógeno en la histopatología. A pesar de su infrecuencia, se trata de un fenómeno para tener en cuenta en la experiencia diaria por la alta prevalencia de esta práctica en la población.



P-184

LESIÓN CUTÁNEA EN LABIO INFERIOR CON RESULTADO INESPERADO

Dra. Veronica Fernandez Tapia¹, Dra. Maria Elisabeth Parera Amer¹, Dra. Maria Rosa Taberner Ferrer¹, Dra. Cristina Nadal Lladó¹, Dr. Fernando Terrasa Sagristá¹

¹Hospital Universitari Son Llatzer, Palma de Mallorca, Spain

CASO CLÍNICO

El presente caso describe a un varón de 64 años, exfumador y exalcohólico, con síntomas de astenia, pérdida de peso, leve ictericia, dolor y distensión abdominal. El paciente tenía antecedente de cirrosis etílica diagnosticada en 2017. Durante su ingreso, se solicitó una consulta en dermatología debido a una lesión en el labio inferior izquierdo de pocas semanas de evolución. Se trataba de una lesión tumoral que presentaba ulceración central. Se sospechó inicialmente que se trataba de un carcinoma escamoso, pero la biopsia reveló infiltración dérmica por un adenocarcinoma. La condición del paciente empeoró rápidamente, desarrollando ictericia en mucosas y toda la superficie corporal. Una ecografía biliopancreática identificó una tumoración hipoeoica e irregular en la cabeza del páncreas con dilatación de la vía biliar extrahepática. La citología líquida obtenida mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica confirmó la presencia de células positivas para malignidad, consistentes con infiltración por adenocarcinoma. El perfil inmunohistoquímico de la biopsia cutánea era compatible con una metástasis de origen ductal pancreático. La conclusión diagnóstica fue la presencia de metástasis cutánea (MC) secundaria a un adenocarcinoma ductal pancreático metastásico. Dada esta condición y su pronóstico desfavorable, se decidió no iniciar tratamiento y el paciente falleció a las pocas semanas.

DISCUSIÓN

Las MC, aunque infrecuentes, representan una expresión atípica de neoplasias internas. Debido a su presentación clínica no específica, su detección temprana es esencial para abordarlas adecuadamente, especialmente considerando los avances en tratamientos oncológicos avanzados. En la actualidad, las técnicas inmunohistoquímicas desempeñan un papel crucial en la identificación precisa del origen primario de las metástasis, optimizando así el manejo clínico.



P-185

PRESENTACIÓN DE UNA METÁSTASIS CUTÁNEA DE ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS COMO NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ

Dra. Blanca Santos Latasa¹, Dr. Francisco Javier Pérez Bootello¹, Dr. Pedro José Fernández Esparcia¹, Dra. Raquel María Domínguez López¹, Dra. Camino Pacho Guerra¹, Dra. Montserrat Fernández Guarino¹, Dra. Alejandra Véliz Domínguez², Dra. Angie Tenelanda Santillán²

¹Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años ingresado a cargo de Oncología Médica por cuadro de colangitis aguda. Presenta antecedente de cáncer de páncreas localmente avanzado irreseccable, en el momento del ingreso en monoterapia con gemcitabina. Realizan interconsulta a Dermatología por la presencia de un nódulo asintomático a nivel umbilical de varias semanas de evolución.

A la exploración, el paciente presenta en la región umbilical un nódulo eritematoso de 2x2 cm, mal delimitado, con una pequeña zona excrecente en la porción más inferior. Borra el ombligo por completo, es de consistencia pétreo a la palpación y se encuentra adherido a planos profundos.

Se sospecha una metástasis cutánea de su adenocarcinoma de páncreas (Nódulo de la Hermana María José), por lo que en conjunto con Oncología se decide confirmar el diagnóstico mediante biopsia cutánea dadas sus implicaciones pronósticas. En la biopsia se muestra una metástasis dérmica reticular profunda de adenocarcinoma. Presenta un estudio inmunohistoquímico positivo para CK7, CK19 y MUC5AC y negativo para CDX2 y CK20, lo cual en conjunto arroja el resultado de metástasis cutánea compatible con su tumor primario.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas son una forma infrecuente de presentación de la enfermedad neoplásica diseminada, y su incidencia es del 1-4,6% en pacientes oncológicos. El nódulo de la hermana María José se define como aquella metástasis cutánea umbilical asociada a un tumor intrabdominal.

Los cánceres que más frecuentemente producen este tipo de metástasis son adenocarcinoma gástrico (23%), ovario (17%) y colorrectal (15%); siendo menos frecuente páncreas (9%) y endometrio (6%). Implican peor pronóstico y son más habituales en pacientes con carcinomatosis peritoneal.

Presentamos este caso para subrayar la importancia de conocer este tipo de presentación metastásica, que en el caso de nuestro paciente cambió la estrategia terapéutica y el estadiaje de su enfermedad.



P-186

LESIÓN NASAL DESTRUCTIVA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Dr. Jorge Martín-Nieto González¹, Dra. Belén Rodríguez Sánchez¹, Dra. Marina De la Puente Alonso¹, Dr. Luis Zamorro Díaz¹, Dr. Luis Jiménez Briones¹, Dra. María Córdoba García-Rayó¹, Dr. Daniel Virseda González¹, Dra. Irene Molina López¹

¹Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide de cavidad nasal es una neoplasia de cabeza y cuello, que se origina con mayor frecuencia en el seno maxilar o en la mucosa nasal. Una presentación poco frecuente involucra la extensión local con infiltración cutánea.

CASO CLÍNICO

Varón de 59 años, fumador y positivo para el virus VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) con abandono de tratamiento, que presentaba una lesión nasal destructiva de tiempo indeterminado de evolución y rápido crecimiento, acompañada de pérdida de peso y una adenopatía en región mandibular izquierda. Fue ingresado en la unidad de Enfermedades Infecciosas descartar etiología infecciosa frente a neoplásica. Se realizó estudio de extensión mediante TAC (tomografía axial computerizada) en el que se detectaron adenopatías peribucales, broncopulmonares y una lesión cerebral, que planteó diagnóstico diferencial entre un nódulo metastásico y un absceso. En biopsias realizadas de lesión cutánea y adenopatía mandibular, el estudio histológico reveló infiltración dérmica por carcinoma de células escamosas pobremente diferenciado. Tras presentarse el caso en el Comité de Tumores, se ofreció iniciar quimioterapia paliativa con esquema ERBITAX (Paclitaxel + Cetuximab). Sin embargo, el tratamiento fue rechazado por el paciente, quien finalmente recibió una única dosis de la radioterapia hemostática y descompresiva, ya que rechazó nuevas sesiones, así como cualquier otro tipo de intervención.

CONCLUSIONES

El cuadro clínico del carcinoma epidermoide de cavidad nasal se caracteriza por obstrucción nasal, dolor y rinorrea sanguinolenta. En los estadios avanzados puede asociarse a proptosis, diplopía o clínica neurológica. El diagnóstico de una lesión nasal de rápido crecimiento en el paciente inmunodeprimido requiere de un extenso diagnóstico diferencial, que incluye posibles infecciones por hongos filamentosos y neoplasias como el linfoma T/NK de línea media, el angiosarcoma o el sarcoma de Kaposi, entre otras entidades.



P-187

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO CON SONIDEGIB. UNA SERIE DE SIETE CASOS

Dra. Mariana Claudia Matei¹, Dra Alba Navarro Bielsa, Dr Manuel Almenara Blasco, Dra Laura Bernal Masferrer, Dra Itziar Muelas Rives, Dra Beatriz Clemente Hernández, Dra Iranzu Barandika Urrutia, Dra Zita Álvarez Bobillo, Dr Adrián Diago Irache

¹Hospital Miguel Servet, Zaragoza, Spain

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores de la vía Hedgehog, vismodegib y sonidegib, se han convertido en el tratamiento de primera línea de carcinomas basocelulares localmente avanzados (CBCla) no operables o no tributarios de tratamiento con radioterapia.

CASOS

Presentamos una serie de 7 casos de CBCla tratados con sonidegib. Correspondieron a 3 hombres y 4 mujeres, la mayoría de edad avanzada salvo dos pacientes de 44 y 45 años. Presentaron tumores inoperables y no tributarios de tratamiento con radioterapia, teniendo 3 de ellos múltiples carcinomas basocelulares. Las localizaciones fueron en espalda, tronco, cara y oreja. Los casos localizados en espalda correspondieron a grandes tumores de más de 20 cm de diámetro y décadas de evolución. Seis de los pacientes recibieron tratamiento con sonidegib mientras que uno inició tratamiento con vismodegib pero, ante progresión del tumor, finalmente se cambió a sonidegib, con buena respuesta. En todos los casos hubo una respuesta, al menos parcial, pudiendo realizarse cirugía de rescate en dos de ellos. Como efectos secundarios más frecuentes se encontraron espasmos musculares, alopecia, problemas gastrointestinales, disgeusia, pérdida de apetito y fatiga. Solo en un paciente hubo que suspender el tratamiento por este motivo, siendo suficiente la disminución de la dosis a días alternos en la mayoría de pacientes.

DISCUSIÓN

Tanto vismodegib como sonidegib han demostrado buena respuesta en el tratamiento del CBCla (entre el 33% y 71,2% según estudios). Los efectos adversos, aunque leves, son frecuentes y pueden influir en la adherencia al tratamiento de los pacientes, pudiendo mejorarla espaciando la dosis. En nuestra experiencia, el tratamiento en monoterapia con sonidegib ha demostrado tener, al menos, una respuesta parcial en todos los casos. Su uso en neoadyuvancia puede permitir que un CBCla se convierta en un tumor quirúrgicamente abordable. En la mayoría de pacientes se espera continuar con el tratamiento.



P-188

SARCOMA DE KAPOSÍ EPIDÉMICO EN UN PACIENTE PROVENIENTE DE HONDURAS

Dr. Luis Alonso Martínez de Salinas¹, Dra. María González Ramos¹, Dr. Luis Alfonso Pérez González¹, Dr. Pablo Fernández González¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Varón, 44 años, sin antecedentes personales de interés. Natural de Honduras. Reside en España desde hace 8 meses. Acudió a urgencias por pápulas y placas eritematovioláceas generalizadas, pruriginosas, no dolorosas, de 4 meses de evolución. Comenzaron en la planta del pie, progresando posteriormente a piernas y resto del cuerpo. Además, a lo largo de los últimos meses presentó pérdida ponderal no cuantificada y marcada astenia. Como síntomas acompañantes refería disestesias y parestesias en manos y pies bilateralmente. No presentaba otra sintomatología. Mantuvo relaciones sexuales de riesgo en su país de origen.

Se solicitó analítica sanguínea con serologías y se llevó a cabo biopsia punch 4 mm de una de las placas.

Clínicamente el cuadro era sugerente de sarcoma de Kaposi (SK), que más tarde fue confirmado por la biopsia, presentando hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles (CD31/D2-40/HHV8 +). Además, el paciente fue positivo para VIH.

Se contactó con el servicio de Enfermedades Infecciosas y el paciente quedó ingresado a su cargo pendiente de iniciar tratamiento antirretroviral (TAR). El paciente presentaba 275 linfocitos T CD4/mm³ al momento del diagnóstico.

DISCUSIÓN

El SK es una enfermedad sistémica multifocal, consistente en una neoplasia de origen endotelial. Presenta cuatro variantes clínicas: 1) clásico, 2) endémico, 3) por inmunosupresión iatrógena, 4) epidémico (relacionado con el sida). El SK epidémico es especialmente frecuente entre varones con relaciones homosexuales. El virus herpes 8 se ha visto claramente implicado en su patogenia, estando presente en gran parte de los pacientes que padecen SK (también en nuestro paciente), independientemente de su variante clínica. El SK epidémico suele mejorar tras el inicio del TAR, aunque podría reagudizarse como manifestación de un síndrome de reconstitución inmune.

Este caso pone en relieve la importancia de la Dermatología en el reconocimiento de enfermedades defintorias de SIDA y la necesidad de identificarlas clínicamente.



P-189

TRANSFORMACIÓN MALIGNA QUE NO ESPERABAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sr. Román Ballesteros Redondo¹, Dra. María Asunción Arregui Murua¹, Dra. Gadea Braceras Rincón¹, Dra. Natalia Valero Montalvo¹, Dra. Clara Rodríguez Caruncho¹, Dr. Jose Miguel Lera Imbuluzqueta¹, Dr. Saúl De Burgos González², Dra. Nerea Ormaetxea Pérez¹

¹Hospital Universitario Donostia, Servicio Dermatología, Donostia, España, ²Hospital Universitario Donostia, Servicio Anatomía Patológica, Donostia, España

INTRODUCCIÓN

La queratosis seborreica (QS) es el tumor cutáneo benigno más frecuente que encontramos en nuestra práctica clínica. Aunque es excepcional, puede producirse una transformación maligna de la misma. Presentamos el caso de una paciente con una queratosis seborreica que se transformó en un carcinoma escamoso invasivo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 99 años que se nos remite por cambios en lesión de años de evolución inguinal derecha con sangrado en los últimos meses. A la exploración se objetivaba lesión irregular de 4 x 2'5 cm con zonas queratósicas marronáceas y áreas papulosas eritematosas sangrantes. No se palpaban adenopatías inguinales. Se tomó muestra para genotipado de papilomavirus (VPH) que fue negativa y ante sospecha de malignización de queratosis seborreica se realizó extirpación completa de la lesión. El estudio histológico confirmó el diagnóstico mostrando queratosis seborreica clonal con transformación maligna en carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado.

DISCUSIÓN

Las QS infrecuentemente se asocian a otras neoplasias cutáneas como carcinomas basocelulares, escamosos o enfermedad de Bowen, y en estos casos lo más frecuente es que la lesión se encuentre adyacente a ellas. La transformación maligna de una queratosis seborreica es excepcional y cuando ocurre lo hace generalmente como enfermedad de Bowen y carcinoma escamoso. Se consideran factores implicados en la misma la presencia de VPH de alto riesgo oncogénico y la inmunodepresión por exposición solar o senectud, habiéndose descrito esta malignización en lesiones de larga evolución en personas mayores. Las tinciones inmunohistoquímicas, tales como Ki-67, p16, p21 y ciclina D1, son útiles para la identificación de áreas con foco de carcinoma o atipia citológica.

CONCLUSIÓN

Destacar que un rápido crecimiento o cambio de una queratosis seborreica puede ser un signo de desarrollo de un carcinoma escamoso. En estos casos se recomienda extirpación completa de la lesión para análisis histológico e inmunohistoquímico.



P-190

LO QUE ESCONDE UN NEVUS SEBÁCEO

Dra. Inés Segovia Rodríguez¹, Dra Teresa López Bernal¹, Dra María Castillo Gutiérrez¹, Dra Rosalía Toledo Cañaveras¹, Dr Alberto Guerrero Torija¹, Dra María Trujillo Coronado¹

¹Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Spain

Varón de 60 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II y dislipemia en tratamiento con metformina y atorvastatina, que consulta por lesión pediculada en cuero cabelludo de dos años de evolución. La lesión se había originado sobre otra preexistente presente desde el nacimiento, era asintomática y había sido tratada en su centro de salud con crioterapia sin mejoría.

A la exploración, en región temporal izquierda, se objetivaba una tumoración pediculada, de 20x20 mm de diámetro, heterocroma con zonas salpicadas color azul-gris. A la dermatoscopia manual, se observaban estructuras compatibles con nidos ovoides y telangiectasias gruesas ramificadas. Esta tumoración parecía depender de una placa subyacente de unos 15-20 mm, de color anaranjado, superficie rugosa y untuosa al tacto.

Se realizó curetaje de lesión pediculada, confirmándose el diagnóstico de epiteloma basocelular de patrón expansivo sobre nevus sebáceo de Jadassohn. Aunque el carcinoma basocelular fue extirpado con bordes libres, se consensuó extirpación de nevus sebáceo por completo.

El nevus sebáceo de Jadassohn es una lesión hamartomatosa que está presente al nacimiento o aparece en los primeros años de vida. Se localiza principalmente en cuero cabelludo y se manifiesta como una placa redondeada u ovalada, bien circunscrita, de superficie rugosa y de color amarillo-anaranjado. Pese a que es una lesión poco frecuente, puede ser asiento de otras entidades histológicas, tanto benignas como malignas, siendo la neoplasia maligna más frecuentemente descrita el carcinoma basocelular.



P-191

TUMORACIÓN CUTÁNEA PEDICULADA: UN CASO CLÍNICO INUSUAL

Dra. Irene Rivera Ruiz¹, Dra. Carmen Mochón Jiménez¹, Dra. Alicia Sanz Zorrilla², Dr. Sergio Haro Yuste², Dr. César Guijarro Sánchez¹, Dra. Andrea Ballesteros Antúnez¹, Dr. Pedro Jesús Gómez Arias¹

¹Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, ²Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

CASO CLÍNICO

Mujer de 88 años con antecedente personal de melanoma lentiginoso in situ en región frontal y carcinoma basocelular en dorso nasal que consulta por tumoración carnosa de coloración violácea pediculada en región lumbo-sacra, con 1 cm de base y 5 cm de largo de más de 20 años de evolución con crecimiento progresivo, ulceración y sangrado. La lesión fue extirpada con resultado anatomopatológico de carcinoma basocelular, variante fibroepitelioma de Pinkus (FEP).

DISCUSIÓN

El FEP es un tumor poco común que a menudo se confunde con lesiones benignas debido a su variabilidad clínica. Fue descrito por Hermann Pinkus en 1953 y se ha debatido si es una variante de carcinoma basocelular o de tricoblastoma. Afecta principalmente a personas de 40 a 60 años, aunque se han observado casos pediátricos, con preferencia por la región lumbo-sacra. Clínicamente, aparece como una lesión eritematosa o pigmentada, a menudo pediculada, aunque puede presentarse de diversas formas. Su crecimiento es lento y no se han documentado metástasis.

El diagnóstico diferencial es amplio e incluye queratosis seborreicas, fibromas péndulos, neurofibromas y nevus melanocíticos intradérmicos. Desde el punto de vista histológico, el FEP muestra una red de células basaloideas y escamosas sobre un estroma fibrótico. Aunque se ha debatido sobre su clasificación, estudios recientes sugieren que es una variante del carcinoma basocelular con hiperplasia epidérmica inducida por el tumor.

CONCLUSIONES

El FEP es un tumor cutáneo raro que plantea desafíos en su diagnóstico debido a su apariencia variable y su similitud con lesiones benignas. Su clasificación precisa sigue siendo motivo de debate, considerándose actualmente que se trata de una variante de carcinoma basocelular con características histológicas distintivas e hiperplasia epidérmica asociada.



P-192

METÁSTASIS CUTÁNEAS EN TUMOR CARCINOIDE DE PULMÓN

Dra. Ana Rebolledo Ruiz¹, Dr Carlos Pelayo Hernández Fernández¹, Dra María Pilar de la Rosa del Rey¹, Dr Gabriel Suárez Mahugo¹, Dra Ana Beatriz Felipe Robaina¹, Dr Pedro Naranjo Álamo¹, Dra Elena Castro González¹, Dra Irene Castaño González¹

¹Hospital Dr Negrin, Las Palmas De Gc, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años que comenzó con tos y anorexia, detectándose un tumor neuroendocrino pulmonar con metástasis hepáticas. Recibió tratamiento con Everolimus y, tras progresión, Carboplatino-etopósido, permaneciendo estable clínica y radiológicamente. A los 10 meses, ingresó por síndrome constitucional asociado a nódulos subcutáneos intensamente dolorosos en distintas áreas del tegumento. Se realizó biopsia que mostró piel infiltrada por tumor neuroendocrino con positividad para cromogranina, CD56, TTF1 y CK7, y negatividad para CK20, compatible con metástasis subcutánea de tumor carcinoide pulmonar. Se consideró progresión de neoplasia preexistente, reiniciándose Carboplatino-etopósido, pero con fallecimiento del paciente a los 2 meses.

DISCUSIÓN

Los tumores carcinoideos de pulmón son un grupo infrecuente de neoplasias pulmonares con diferenciación neuroendocrina e inicialmente de comportamiento clínico indolente. En caso de ser sintomático se manifiesta como tos, hemoptisis, neumonía o dolor torácico, y raramente presentan clínica relacionada con la secreción de sustancias activas como el síndrome carcinoide, Cushing o acromegalia. En algunos casos metastatizan en ganglios linfáticos mediastínicos, hueso e hígado, como en nuestro caso. La afectación cutánea es extremadamente rara y en la mayoría se describe como múltiples nódulos violáceos o eritematosos firmes sin sitio de predilección, que de forma variable se asocian a dolor a la palpación y ulceración. El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma de células de Merkel, el carcinoma sebáceo tipo carcinoide, el tumor neuroectodérmico primitivo y el tumor carcinoide cutáneo primario, por lo que el estudio inmunohistoquímico es mandatorio. Su tratamiento se basa en el control del tumor primario.

CONCLUSIONES

La aparición de nódulos subcutáneos en un paciente oncológico debe hacer sospechar la posibilidad de progresión cutánea. Las metástasis subcutáneas del tumor carcinoide de pulmón son extremadamente raras, por lo que es preciso el estudio histológico e inmunohistoquímico para diferenciarlo de otras entidades.



P-193

METÁSTASIS CUTÁNEAS DE CARCINOMA COLORRECTAL

Dra. Elia Boza Villar¹, Dr. Pedro Navarro Guillamón¹, Dra. Rosa María Castillo Muñoz¹, Dr. Eliseo Alejandro Martínez García¹, Dr. Jorge Alonso Suárez Pérez¹, Dr. Enrique Herrera Acosta¹

¹Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, Spain

El desarrollo de metástasis cutáneas en el contexto de un cáncer de colon es un suceso inusual (menor del 6%), ocurriendo normalmente como evento tardío en el curso de tumores ampliamente diseminados y conllevando un peor pronóstico.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 84 años de edad que acudía a consulta de dermatología por la presencia de 3 nódulos asintomáticos en abdomen de unos tres meses de evolución. El paciente había sido diagnosticado e intervenido en Enero 2022 de un Adenocarcinoma de colon transverso estadio IIIB con infiltración de pared intestinal invadiendo tejido adiposo y peritoneo visceral.

A la exploración se apreciaban tres lesiones nodulares tumorales infiltradas y eritematosas en hemiabdomen derecho, izquierdo y región periumbilical siendo la mayor de unos 3 centímetros de diámetro.

Previo a la toma de biopsia se realizó una ecografía clínica de partes blandas, apreciándose una masa heteroecoica localizada en dermis y tejido celular subcutáneo con proyecciones digitiformes en profundidad en algunas de ellas. Doppler positivo.

El estudio histopatológico de las diferentes biopsias reveló en todos los casos que se trataban de metástasis de adenocarcinoma compatibles con origen colónico.

En conclusión, a pesar del carácter extraordinario de las metástasis cutáneas de órganos viscerales, se entiende necesario tenerlas presentes e incluirlas dentro del diagnóstico diferencial ante la aparición de lesiones cutáneas únicas o múltiples y características inusuales en aquellos pacientes con antecedentes oncológicos.



P-194

NÓDULO SUBCUTÁNEO COMO PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN METASTÁSICO

Sr. Emilio Del Río Pena¹, Sra. Ana Simón Gozalbo¹, Sra. María Gamo Guerrero¹, Sra. Ainhoa Martiartu¹, Dr. Pablo de la Cueva Dobao¹, Dra. Raquel Carrascosa de Lome¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Spain

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años con antecedentes de consumo de tabaco y heroína inhalada, infección por VHC tratada e infección por VIH diagnosticada en estadio SIDA, carga viral indetectable en el momento de ser valorada. Acudió por lesión asintomática en hombro izquierdo de 3 semanas de evolución. En la exploración se apreciaba un nódulo de superficie eritematosa y consistencia gomosa en dicha localización. Realizamos biopsia, que mostró infiltración de dermis y tejido celular subcutáneo por adenocarcinoma con inmunofenotipo CK7+/ CK 20 + focal/ TTF-1 -/ Napsina -/ p40-/ GATA3, compatible con metástasis cutánea de adenocarcinoma pulmonar. El estudio de extensión demostró afectación cerebral, peritoneal, ósea y vulvar. Dada la extensión de la enfermedad se ofreció a la paciente tratamiento paliativo, falleciendo 6 meses más tarde.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas son poco frecuentes y es poco habitual que sea la forma de presentación de un tumor maligno, a pesar de ello es importante su reconocimiento por sus implicaciones diagnósticas y pronósticas. Las neoplasias que metastatizan en la piel con mayor frecuencia son las de mama y melanoma en el caso de las mujeres y melanoma y de cabeza y cuello en el caso de los varones. El aspecto clínico es variable, siendo lo más frecuente un nódulo firme del color de la piel o eritematoso. El diagnóstico diferencial se establece con quistes epidérmicos y lipomas. La presencia de metástasis cutáneas indica estadio avanzado y, por lo tanto, mal pronóstico. La media de supervivencia de estos pacientes es de 7,5 meses.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico refleja y reivindica el papel del dermatólogo en el diagnóstico de enfermedades sistémicas. El reconocimiento de lesiones cutáneas y la facilidad de obtener muestras tisulares para estudio, nos sitúa en un lugar privilegiado para establecer diagnósticos.



P-195

FIBROXANTOMA ATÍPICO CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL EN 15 AÑOS

Sra. Laura Martínez Montalvo¹, Sr. Omar Al-Wattar Ceballos¹, Sra. Marina Montero García¹, Sra. Mónica Gómez Manzanares¹, Sr. Marcos Carmona Rodríguez¹, Sr. Fernando Moro Bolado¹, Sra. M^a Prado Sánchez Caminero¹, Sr. Guillermo Romero Aguilera¹

¹Hospital General De Ciudad Real, Ciudad Real, Spain

INTRODUCCIÓN

El fibroxantoma atípico (FXA) es una neoplasia rara de la piel, descrita a principios de los años 60 por Helwig. Suele tratarse de una lesión solitaria de consistencia firme, frecuentemente ulcerado, entre 1 y varios centímetros de diámetro, habitualmente aparece en áreas fotoexpuestas con daño actínico, con un pico de incidencia en la 7^a-8^a década de la vida. En el 80% se afecta la zona de la cabeza y cuello. Histológicamente, el diagnóstico de fibroxantoma atípico es un diagnóstico de exclusión. Se trata con cirugía y suele recidivar en el 10% de los pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo primario es analizar y describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas; el secundario analizar el manejo, su evolución y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogió una muestra de 41 casos, fue analizada a través de 60 variables realizando un estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo de los fibroxantomas atípicos diagnosticados y/o en seguimiento en un hospital de tercer nivel entre 2007 y septiembre 2023.

RESULTADOS

41 casos diagnosticados de fibroxantoma atípico en este período. El 76% eran varones y 24% mujeres, con media de edad de 71 años. El 56,1% se localizó en zona facial. En el 63,4% hubo sangrado. El 73,2% fue CD10+, el 69% vimentina+ y el 60% CD68+. La media de años de seguimiento es 2,40 (0-9). La recidiva se dio en el 9,75%.

CONCLUSIONES

Presentamos una serie de 41 casos de FXA en los últimos 16 años. Aunque supone menos del 0,25% de todos los tumores cutáneos malignos la incidencia calculada en nuestra muestra fue mayor que la descrita en la literatura. Todos fueron tratados con cirugía convencional, la recurrencia fue similar a la de la bibliografía. En nuestra serie de casos no hubo mortalidad específica por el tumor.



P-196

ANGIOSARCOMA CUTÁNEO: SERIE DE 6 CASOS

Sra. Laura Martínez Montalvo¹, Sr. Omar Al-Wattar Ceballos¹, Sra. Marina Montero García¹, Sra. Mónica Gómez Manzanares¹, Sr. Fernando Moro Bolado¹, Sr. Marcos Carmona Rodríguez¹, Sra. M^a Prado Sánchez Caminero¹, Sr. Guillermo Romero Aguilera¹

¹Hospital General De Ciudad Real, Ciudad Real, Spain

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de estirpe vascular son una entidad poco frecuente en dermatología, de la que forman parte tumores que poseen unas características, manejo y pronóstico muy diferentes. El angiosarcoma (AS) es un sarcoma vascular muy poco común, que asocia un comportamiento agresivo y una elevada mortalidad. Aún no han sido descritas las características de estos tumores en nuestra población.

OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los angiosarcomas diagnosticados en nuestro servicio, en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2009 y 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes diagnosticados de angiosarcoma en el servicio de Dermatología en un hospital de tercer nivel entre los años 2009 y 2022. Se realizó la revisión de historias clínicas y se analizaron los datos obtenidos mediante el programa informático SPSS.

RESULTADOS

Se recogió un total de 6 pacientes con diagnóstico de angiosarcoma. La incidencia anual calculada fue de 0,1 casos por cada 100.000 habitantes.

Encontramos 4 pacientes varones con AS esporádico, y 2 mujeres con AS asociado a radioterapia (RT) y linfedema. Todos eran asintomáticos. La edad media fue de 79 y 53 años. El tratamiento inicial fue resección amplia en 5 pacientes (83%), y RT única en 1 (17%). En 4 (66,6%) pacientes existió recidiva tras la cirugía. Dos casos de AS (33,3%) presentó metástasis y falleció a causa del tumor.

CONCLUSIONES

El AS es un tumor que puede llegar a ser muy agresivo, con alta tendencia a recidivar y causar metástasis, de modo que es importante su diagnóstico y tratamiento precoces.



P-197

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES: UNA ENFERMEDAD RARA Y DISTINGUIDA

Dr. Joseba Ugedo Alzaga¹, Dra Rebeca Perez Blasco¹, Dr Xabier Atxutegi Ayesta¹, Dr Jesus Gardezabal García¹, Dra Irati Allende Markixana¹, Dr Jose Maria Villa-Gonzalez¹, Dra Verónica Velasco Benito¹, Dr Juan Antonio Ratón Nieto¹

¹Hospital Universitario Cruces, Bilbao, Spain

El cáncer de mama masculino (CM) es una afección poco común. Representa aproximadamente el 1% de todos los cánceres en hombres y el 1% del total de casos de cáncer de mama. Aunque su incidencia es baja, es importante comprender sus características únicas y terapéuticas.

CASO CLÍNICO

Hombre de 86 años derivado por una lesión banal en cara y en el que durante la exploración se apreció una masa mamaria de 9 x 5 cm que abarcaba toda la mama derecha, con pérdida de areola y pezón, de un año de evolución. Se observaba un eritema violáceo duro e infiltrado de 5 cm de diámetro. La biopsia reveló un carcinoma de mama de tipo papilar con receptores de estrógenos y progesterona positivos. Se derivó a Cirugía General para mastectomía, posteriormente debido a la situación basal del paciente se desestimó el tratamiento con Tamoxifeno.

DISCUSIÓN

El caso clínico destaca la necesidad de una detección temprana y el abordaje adecuado en casos de CM, resaltando las dificultades que pueden surgir cuando la enfermedad alcanza etapas avanzadas. Los pacientes con CM a menudo presentan tumores en estadios avanzados, lo que hace que el tratamiento sea más complejo y menos efectivo. Entre los tratamientos propuestos se encuentran cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia endocrina, destacando el tamoxifeno para tumores con receptores de estrógeno positivos.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama masculino, aunque raro, merece atención especial. Comprender sus características únicas y factores de riesgo es clave para mejorar diagnóstico y tratamiento. Este caso destaca la importancia de una exploración física completa para lograr una identificación temprana y un manejo integral y colaboración multidisciplinaria entre especialistas para mejorar el pronóstico de los pacientes con CM.



P-198

URTICARIA DE LA SALA DE ESPERA

Dra. María Prieto Rozados¹, Dra. Celia María Bravo García¹, Dra. Alicia Jiménez Antón¹, Dra. Lucía Aguilar González¹, Dr. Ricardo Patricio Román Cheuque¹, Dra. Isabel María Villegas Romero¹, Dr. Antonio José Durán Romero¹, Dr. Mario Linares Barrios¹

¹Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cadiz, Cádiz, Spain

Varón de 45 años, con antecedentes de Síndrome de Wolff-Parkinson-White e inicio reciente de tratamiento con propafenona 150 mg cada 12 horas, acudió por lesiones cutáneas pruriginosas generalizadas tras varias horas de espera el día anterior en urgencias por dolor centrotorácico. A la exploración se observaron múltiples placas eritematoedematosas anulares, que desaparecían a la digitopresión, de predominio en glúteos, ingles y codos junto con dermatografismo. La principal sospecha diagnóstica fue urticaria por presión. Se realizó biopsia, con diagnóstico de urticaria, y se pautó prednisona 30 mg en pauta descendente y bilastina 10 mg dos comprimidos cada doce horas, con mejoría clínica. La relación de la propafenona con el cuadro no era clara por lo que se dejó la decisión sobre cambiar el fármaco a su cardiólogo según riesgo beneficio.

La urticaria por presión es un tipo de urticaria crónica inducida por fenómenos físicos que presenta algunas características peculiares. Las lesiones aparecen a las horas o incluso días en zonas donde se ha ejercido una presión mantenida y suelen persistir hasta 48-72 horas. En ocasiones, los brotes más intensos pueden acompañarse de síntomas sistémicos como malestar general, artralgias o febrícula. El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración física, siendo característica la distribución de las lesiones. No obstante, es necesario hacer diagnóstico diferencial con toxicodermias, urticaria-vasculitis, síndromes autoinflamatorios o dermatosis neutrofílicas, entre otras.

Presentamos un caso de urticaria por presión extensa en un paciente con introducción reciente de un nuevo fármaco donde la clara distribución de las lesiones, la relación temporal con el estímulo y la biopsia cutánea fueron claves para descartar toxicodermia y lograr el diagnóstico definitivo.



P-199

LUPUS PROFUNDUS: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE CAUSANTE DE LESIONES FACIALES EN NIÑOS

Dr. **LUIS Jiménez Briones**¹, Dra. Noelia Medrano Martínez¹, Dra. Belén Rodríguez Sánchez¹, Dr. Jorge Martín-Nieto González¹, Dra. Marina De la Puente¹, Dr. Luis Ángel Zamarro¹, Dra. María Córdoba García-Rayó¹, Dra. Minia Campos Domínguez¹

¹Servicio de Dermatología, H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid, Spain

INTRODUCCIÓN

El "lupus profundus" o paniculitis lúpica es una patología infrecuente en la infancia. Para su diagnóstico, es fundamental un alto nivel de sospecha y una buena correlación clínico-patológica.

CASO CLÍNICO

Niña de 5 años derivada por nódulos violáceos indurados en labio inferior y mentón tras traumatismo de un año de evolución. En ecografía, se observan datos compatibles con granuloma aséptico facial idiopático (GAFI). Se trata con azitromicina, con mejoría inicial y posterior recidiva. Se biopsia la lesión del labio, compatible con sialoadenitis crónica linfocitaria inespecífica. Ante la ausencia de diagnóstico específico, se biopsia la lesión del mentón, con epidermis con cambios liquenoides, depósitos de mucina dérmicos e infiltrado linfocitario de predominio lobulillar, algunas células plasmáticas y clusters de células plasmocitoides CD123+ en hipodermis, compatible con paniculitis lúpica. La autoinmunidad fue negativa. Se inicia tratamiento con hidroxiclороquina y corticoides sistémicos, con buena respuesta.

DISCUSIÓN

El lupus profundus es una forma infrecuente de lupus eritematoso cutáneo crónico, que se puede presentar aislado o asociado a lupus eritematoso sistémico o discoide. En edad pediátrica, es extremadamente infrecuente, con edad media al diagnóstico de 8 años. Se presenta como nódulos eritematovioláceos indurados recidivantes con posible lipoatrofia residual tras curación, localizados preferentemente en cara y extremidades superiores. La autoinmunidad suele ser negativa. El diagnóstico diferencial es amplio (lupus tumidus, GAFI, morfea, dermatosis granulomatosas, leishmaniasis, patología parotídea...), por lo que la biopsia es fundamental en el proceso diagnóstico. Además, histológicamente, es importante diferenciarlo del linfoma de células T paniculitis-like, por las implicaciones pronósticas y terapéuticas. Como tratamiento, se emplean antipalúdicos (cloroquina, hidroxiclороquina), metotrexato, micofenolato mofetilo y corticoides sistémicos. Para casos refractarios, se está utilizando rituximab, con resultados prometedores.

CONCLUSIÓN

La paniculitis lúpica infantil es un cuadro complejo en el que la correlación clínica e histológica es clave para su correcto manejo.



P-200

SÍNDROME DE GORLIN Y UNA COMPLICACIÓN POCO EVITABLE

Dra. Teresa González De Las Heras¹, Dr. Eloy Rodríguez Díaz¹, Dra. Susana Mallo García¹, Dr. Elías Alejandro Albarrán Coria¹, Dra. Paula Penanes Alonso¹, Dr. Ángel Fernández Camporro¹, Dra. Valia Patricia Beteta Gorriti¹, Dra. Lucía Palacio Aller¹

¹Hospital Universitario De Cabueñes, Gijón, Spain

El síndrome del nevo basocelular o síndrome de Gorlin es un trastorno autosómico dominante de alta penetrancia y expresividad variable que predispone al desarrollo de diferentes anomalías y tumores. La manifestación cutánea más característica es la aparición de carcinomas basocelulares (CBCs) múltiples a una edad temprana. Otras de las peculiaridades de este síndrome son los pits palmoplantares, los queratoquistes odontogénicos y anomalías esqueléticas y craneofaciales. El síndrome de Gorlin está producido por una mutación germinal en la vía de sonic hedgehog (SHH), principalmente en PTCH1, el receptor principal de dicha vía, aunque también están descritas mutaciones en PTCH2 y en SUFU. Debido al alto riesgo de desarrollo de CBCs se contraindican los tratamientos con radioterapia, que podría generar una mutación somática en el segundo alelo sano.

A continuación, se presenta el caso de una mujer de 59 años con síndrome de Gorlin, con mutación en heterocigosis del exón 4 de PTCH1, que desde sus 25 años comenzó a desarrollar CBCs y tres queratoquistes odontogénicos maxilares. Además, presenta pits palmoplantares, una fascies característica con puente nasal ancho e hipertelorismo, y calcificación de la hoz y tentorio cerebrales.

A la edad de 43 años se le detectó un carcinoma ductal infiltrante de mama, que se trató con mastectomía, linfadenectomía, radioterapia y hormonoterapia. 6 años después, fruto del tratamiento con radioterapia, desarrolló en el campo irradiado una siembra de centenares de pequeños CBCs pigmentados en axila, mama, espalda y región cervical. Se aplicó tratamiento con terapia fotodinámica e imiquimod sin resultado óptimo, por lo que finalmente se administraron 3 ciclos de láser CO2 logrando erradicar estos tumores.

Con esta comunicación se pretende recordar la importancia de una oportuna valoración riesgo-beneficio en el paciente con síndrome de Gorlin que precise algún tratamiento con radioterapia.



P-201

TINEA CAPITIS EN UN NIÑO: ASPECTOS CLÍNICOS Y TRICOSCÓPICOS

Dra. Blanca Rebollo Caballero¹, Dr. José Pablo Serrano Serra¹, Dr. José Francisco Orts Paco¹, Dr. Juan Carlos Romera Pallarés¹, Dr. José Navarro Pascual¹, Dr. Javier Ruiz Martínez¹, Dra. María Encarnación Giménez Cortés¹

¹Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, Spain

CASO CLÍNICO

Varón de 9 años derivado a consulta por placas alopécicas en cuero cabelludo. A la exploración presentaba dos placas alopécicas redondeadas, circunscritas y con descamación en superficie en ambas regiones temporales, sin signos inflamatorios. A la dermatoscopia se observaron pelos rotos, puntos negros, pelos en coma, pelos en código Morse y descamación perifolicular. Ante la sospecha de tinea capitis no inflamatoria, se tomó muestra para cultivo micológico y visión directa con KOH. Asimismo, se inició tratamiento empírico con griseofulvina a dosis de 20mg/kg/día repartido en 2 dosis al día durante 6 semanas. El examen directo al microscopio mostró parasitación del pelo tipo endotrix con presencia de arthroconidias en el interior del tallo piloso y el cultivo micológico fue positivo para *Trichophyton mentagrophytes*. El paciente presentó una evolución clínica favorable con repoblación marcada de las placas alopécicas.

DISCUSIÓN

La tinea capitis es una dermatofitosis del cuero cabelludo frecuente en niños causada por dermatofitos del género *Trichophyton* o *Microsporum*. *T. mentagrophytes* es un dermatofito zoófilo relacionado con la exposición a pequeños mamíferos que suele producir cuadros de tiña más inflamatorios que el del paciente de este caso.

La dermatoscopia ha demostrado ser una herramienta útil para el diagnóstico precoz de la tinea capitis, la diferenciación entre la infección por género *Microsporum* y *Trichophyton* e incluso para la monitorización de la respuesta al tratamiento. Los hallazgos tricoscópicos más característicos de la tinea capitis son los pelos en coma, en sacacorchos, en código Morse, en zig-zag, pelos doblados, pelos en bloque y pelos en i. Otros hallazgos frecuentemente encontrados, aunque no específicos, son los pelos rotos, puntos negros y descamación perifolicular. Los pelos en coma y en sacacorchos son más frecuentes de las tiñas tricofíticas mientras que los pelos en código Morse y en zig-zag lo son más de las tiñas microspóricas.



P-202

MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE: COMUNICACIÓN DEL PRIMER CASO DE ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA (RIME) RECURRENTE POR CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE EN UN ADULTO

Dra. Teresa Lucía Vega López¹, Dra Ana María Carballido Vázquez¹, Dr Víctor Volo Bautista¹, Dra María José García Gamero¹, Dra Alicia Marcos Monera¹, Dra Carmen Sáez Fuster¹, Dr Gerardo Martínez García¹, Dra Pilar Manchado López¹

¹Hospital Clínico Universitario De Valladolid, Valladolid, Spain

INTRODUCCIÓN

Históricamente ha habido controversia sobre la terminología utilizada para describir el síndrome clínico caracterizado por una mucositis aguda que se presenta con mínimo o nulo compromiso cutáneo. Esta entidad, ha sido descrita en la literatura con términos como Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) incompleto, Síndrome de Fuchs o Eritema Multiforme Mayor (EMM) sin lesiones cutáneas. En 2015, se propuso el término Rash y Mucositis Inducida por Mycoplasma (MIRM), para diferenciar a la mucositis asociada a la infección por *M. pneumoniae*, de condiciones más graves como el SSJ o el EMM. En 2020, se intentó ampliar el espectro de posibles causas y para ello se acuñó el término Erupción Mucocutánea Infecciosa Reactiva (RIME) para describir erupciones similares a MIRM causadas por cualquier microorganismo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el primer caso de RIME recurrente asociado con *Chlamydomphila pneumoniae*. Un varón de 50 años, sin antecedentes personales de interés, que presentó dos episodios caracterizados por un pródromo compatible con síntomas de infección respiratoria seguidos por una mucositis aguda de labios, orofaringe, genitales y conjuntivas sin afectación cutánea. En ambos episodios se comprobó serológicamente infección aguda por *Chl. Pneumoniae*, descartándose infección por otros microorganismos y exposición reciente a fármacos. El paciente tuvo buena evolución y fue dado de alta sin complicaciones tras tratamiento con antibióticos, corticoesteroides orales y curas locales.

DISCUSIÓN

Hasta la fecha, existen 6 casos publicados de RIME asociado a *Chl. Pneumoniae*, aunque podría ser responsable del 10% de los casos. El diagnóstico de RIME puede ser un desafío, especialmente en adultos, porque es mucho más frecuente en niños. Ante una mucositis aguda sin afectación cutánea, con un pródromo de infección, deberemos investigar otras posibles infecciones, aunque hayamos descartado *M. pneumoniae*. El reconocimiento precoz de esta entidad puede evitar ingreso o iatrogenia con tratamientos agresivos, que podrían ser necesarios en el SSJ/NET.



P-203

BALANITIS PSEUDOEPITELIOMATOSA, QUERATÓSICA Y MICÁCEA. UNA RARA ENTIDAD

Dr. Luis Felipe Godoy Villalón¹, Dr. Carlos Fabián Figueroa Martín¹, Dra. Andrea San José Rodríguez¹, Dr. Francisco Granados Pacheco¹, Dra. María Zaida Hernández Hernández¹, Dr. Javier Hernández Santana¹

¹Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

INTRODUCCIÓN

La balanitis pseudoepitelioomatosa, queratósica y micácea (BPQM) es una rara entidad que supone un reto diagnóstico por su similitud con otras enfermedades inflamatorias y neoplásicas del pene.

CASO CLÍNICO

Un varón de 54 años sin antecedentes, consultó por una lesión en el pene de 5 meses. La lesión progresó con crecimiento, induración, picor y dolor leve. En la exploración presentaba en el glande dos lesiones exofíticas; una placa queratósica, blanquecina, de 2 cm, con superficie papilomatosa y bien delimitada, y adyacente, una placa eritematosa y papilomatosa con extensión a prepucio. Sin adenopatías regionales. El hemograma, bioquímica y serologías fueron normales. El estudio histopatológico reveló hiperplasia epidérmica con marcada hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis, sin atipias celulares y en dermis, un infiltrado linfoplasmocitario con algunos eosinófilos. Se inició tratamiento con ácido salicílico al 5%. A las 8 semanas se observó una reducción significativa de ambas lesiones. Actualmente está en seguimiento, con buena respuesta al tratamiento.

DISCUSIÓN

La BPQM fue descrita en 1966 por Lortat-Jacob y Civatte. Es una rara entidad, con sólo 40 casos publicados. Se caracteriza por placas queratósicas, habitualmente asintomáticas, que recuerdan la psoriasis. Afecta a varones ancianos circuncidados. Aunque inicialmente era considerada una condición benigna, en la actualidad se considera un estadio premaligno, debido a que se ha constatado mayor riesgo de progresión a carcinoma verrucoso y carcinoma de células escamosas. A pesar de esto, no se ha evidenciado relación con VPH. El diagnóstico definitivo es histopatológico y el tratamiento no está estandarizado. El ácido salicílico y el 5 fluorouracilo tópico son las opciones más recomendadas para estadios iniciales, reservando la cirugía para casos con atipia celular.

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso de BPQM, una entidad rara pero potencialmente grave, por su asociación con enfermedades malignas del pene. Por lo que son importantes el diagnóstico precoz y seguimiento estrecho.



P-204

PURPURA PERIFOLICULAR COMO CLAVE DIAGNÓSTICA EN ESCORBUTO ASOCIADO A SHOCK SÉPTICO

Dr. Ricardo Patricio Román Cheuque¹, Dra. Irene Navarro Navarro², Dra. Alicia Jiménez Antón¹, Dr. Gonzalo Gallo Pineda¹, Dra. Myriam Viedma Martínez¹, Dr. Rafael Mendoza Albarrán¹, Dra. Lucía Aguilar González¹, Dr. Mario Linares Barrios¹

¹Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cádiz, Spain, ²Hospital Virgen de las Nieves, Granada, Spain

Varón de 59 años con antecedentes de cirrosis, enolismo activo y desnutrición, cursando hospitalización por hepatitis alcohólica, presentó lesiones cutáneas levemente pruriginosas en sus miembros inferiores con evolución intermitente durante 3 meses, asociadas a gingivorragia frecuente. Al examen encontramos púrpura perifolicular en miembros inferiores, abdomen y brazos, xerosis, alopecia en piernas y vellos en sacacorchos a la dermatoscopia. La analítica evidenció pancitopenia y alteración de función hepática. Con esto, se sospechó escorbuto, indicándose dieta y ácido ascórbico (AA) 500 mg cada 12 horas durante 5 días y luego cada 24 horas, a la espera de niveles plasmáticos de vitaminas. Simultáneamente presentó un shock séptico secundario a fascitis necrotizante en una pierna, que requirió vasopresores, antibioticoterapia y aseos quirúrgicos, consiguiendo una evolución favorable con mejoría sistémica. Tras dos semanas de tratamiento, las lesiones cutáneas fueron mejorando hasta la resolución completa. Finalmente, los niveles iniciales de vitamina C fueron 0.23 (0.4-2) mg/dl y el resto resultó normal.

El escorbuto es actualmente infrecuente. Fisiopatológicamente, el déficit de AA - vitamina C - imposibilita de hidroxilación de prolina y lisina del procolágeno, formándose una molécula de colágeno inestable, causando fragilidad capilar con hemorragias cutáneas/musculares/articulares, alteraciones óseas, de cicatrización, hematopoyesis, entre otras. Asocia una predisposición a infecciones sistémicas. Desde el punto de vista dermatológico se producen lesiones purpúricas confluentes en extremidades, vellos "en tirabuzón", alopecia, telangiectasias, gingivorragia y pérdida de piezas dentales. El reconocimiento de estos signos es clave por el excelente pronóstico del escorbuto con tratamiento, consistente en suplementos de ácido ascórbico. Sospechamos que las lesiones cutáneas, anemia y retardo en cicatrización producidas por el escorbuto han sido predisponentes a esta infección sistémica grave y su tratamiento oportuno un importante coadyuvante en su mejoría.

Presentamos un raro caso de escorbuto asociado a shock séptico en que el purpura perifolicular fue la clave diagnóstica.



P-205

TRATAMIENTO DEL “ESPECTRO AFTOSIS” CON ROFLUMILAST

Sr. Rodrigo Peñuelas Leal¹, Sra Carolina Labrandero Hoyos¹, Sr Andrés Grau Echevarría¹, Sr Daniel Blaya Imbernon¹, Sra Malena Finello¹, Sr Javier Lorca Sprohnlé¹, Dra. Gemma Pérez Pastor¹, Dra Violeta Zaragoza Ninet¹

¹Hospital General Universitario De Valencia, Valencia, Spain

La aftosis (oral, genital o bipolar) es una patología frecuente que, cuando se asocia a gran número de lesiones o de episodios anuales, puede suponer una elevada morbilidad, con gran afectación de la calidad de vida. Esta presentación puede responder a un espectro, donde en el extremo más leve encontramos a la aftosis oral idiopática y en el extremo contrario la enfermedad de Behçet.

Cuando la aftosis se asocia a Enfermedad de Behçet, el tratamiento de primera elección suele ser la colchicina, con o sin esteroides tópicos. En estos casos, otra opción es el apremilast, un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4, aprobado en 2020 por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para el tratamiento de la aftosis ligada a EB. La azatioprina, las sulfonas, los anti-TNFa (etanercept, infliximab y adalimumab) o la ciclosporina son alternativas.

Sin embargo, cuando se presentan de forma idiopática o no se alcanza a cumplir criterios para Enfermedad de Behçet, aun llegando a ser invalidante, la terapéutica suele basarse en el empleo de colutorios, pudiendo verse limitado el esfuerzo terapéutico por riesgo de efectos adversos – beneficio o aspectos económicos.

Presentamos los resultados actualizados hasta el momento actual de una serie en curso de pacientes con espectro aftosis – enfermedad de Behçet tratados con roflumilast.

CONCLUSIONES

Roflumilast es un fármaco antifosfodiesterasa 4 oral aprobado desde hace más de 10 años para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Su perfil favorable de seguridad y tolerabilidad, una dosificación más cómoda y un precio de 20 a 40 veces menor en comparación con apremilast, han motivado su uso en diversas dermatosis inmunomediadas, incluso en pacientes refractarios a apremilast.

El tratamiento con roflumilast oral reduce tanto el número de brotes/ tiempo, como el número de aftas orales, aftas genitales, el dolor y la duración de las mismas.





**REUNIÓN NACIONAL
RESIDENTES DE
DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA**



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE **DERMATOLOGÍA**
Y VENEREOLÓGIA

