



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN MURCIANA DE LA AEDV

## XXVI Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Murcia, 24 de mayo de 2019

### 1. PSORIASIS INDUCIDA POR ANTI-PD1. DOS NUEVOS CASOS

A.M. Victoria Martínez<sup>a</sup>, J.E. Ruiz Dará<sup>b</sup>, P.V. Castillo Dayer<sup>b</sup>, C. Marras Fernández-Cid<sup>b</sup>, M. Lova Navarro<sup>a</sup>, T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, T. Salas García<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup>, J. Frías Iniesta<sup>a</sup> y P. Sánchez-Pedreño Guillén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Introducción.** El desarrollo de la inmunoterapia ha sido uno de los mayores avances en oncología en los últimos años. El uso de los fármacos antitumorales del punto del control del sistema inmune está aumentando exponencialmente en los últimos años para diversos tipos de cáncer. Nivolumab es un inhibidor selectivo de la proteína programada 1 (PD1) de la muerte celular.

**Casos clínicos.** Presentamos dos pacientes, una mujer de 61 años (paciente número 1) y un hombre de 58 años (paciente número 2), ambos con antecedentes de psoriasis leve, que tras iniciar tratamiento con nivolumab presentan un brote importante de psoriasis en placas y comienzan con artritis psoriásica, precisando tratamiento sistémico. La paciente número 1 recibió tratamiento con acitretino, con poca respuesta, por lo que posteriormente fue tratada con apremilast, presentando mejoría significativa con el tratamiento. El paciente número 2 recibió tratamiento con acitretino y apremilast sin mejoría, requiriendo posteriormente tratamiento con secukinumab, que resolvió todas las lesiones de psoriasis.

**Discusión.** PD1 es un receptor inmunitario, que desempeña un papel importante en el escape inmunitario de los tumores. Las células tumorales expresan ampliamente PD-L1. La interacción PD1 con su ligando PD-L1 inhibe la proliferación y las funciones efectoras de los linfocitos T e induce la apoptosis de los linfocitos T tumorales específicos. El bloqueo de PD1 o de PD-L1 permite restaurar las funciones inmunitarias de los linfocitos T. El mecanismo de acción de los fármacos anti-PD1/anti-PD-L1 favorece que, mediante el bloqueo del mecanismo de autotolerancia de la inmunidad adaptativa, se induzcan efectos adversos inmunomediados en cualquier órgano, entre los que se han descrito alteraciones endocrinas autoinmunes, gastrointestinales, renales o pulmonares. La piel es uno de los órganos que se afecta con mayor frecuencia, generalmente, se trata de efectos secundarios de poca gravedad, que no requieren suspensión de la inmu-

noterapia. Existen aproximadamente 40 casos publicados en la literatura de psoriasis inducida por anti-PD1. La mayoría de los casos son exacerbación de psoriasis preexistente. El mecanismo patogénico está aún por definir, pero se sabe que la IL-17 es la principal citocina efectora de las células Th17 y desempeña un papel importante en la patogénesis de la psoriasis y artritis psoriásica. La interacción PD1/PD-L1 promueve el desarrollo de células T reguladoras y la inhibición de la respuesta Th17, por lo que se ha demostrado que el bloqueo de PD1 con anticuerpos, aumenta la respuesta Th1 y Th17. **Conclusiones.** El aumento en el uso de la inmunoterapia obliga al dermatólogo a conocer su forma de actuar y sus posibles toxicidades cutáneas. El tratamiento con inhibidor de la PD4 o los nuevos fármacos biológicos anti-IL-17A e IL-23 son una opción segura y efectiva en casos graves de psoriasis y artritis psoriásica inducida por inmunoterapia en pacientes con neoplasia activa. El reconocimiento de estos efectos adversos inmunomediados en pacientes sometidos a terapia anti-PD1 es extremadamente importante ya que permitirá un reconocimiento más temprano y un manejo adecuado, con el objetivo de mantener una dosis efectiva sin interrupciones.

### 2. DERMATOSIS NEUTRÓFÍLICA DE “DIFÍCIL MANEJO”

E. Cutillas Marco<sup>a</sup>, C. Godoy Alba<sup>b</sup>, Z. Ezol<sup>c</sup>, J. Cruañes Monferrer<sup>a</sup>, M.I. Úbeda Clemente<sup>a</sup>, T. Hernández Gómez<sup>a</sup>, E. García Martínez<sup>a</sup>, C. Brufau Redondo y M. Giménez Cortés<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.

**Introducción.** Bajo la clasificación taxonómica de la patología dermatológica se consideran dermatosis neutrofílicas entidades como el síndrome de Sweet, enfermedad de Behcet, pioderma gangrenoso, síndrome SAPHO y síndrome de dermatosis-artritis asociado al intestino. Sin embargo, en los últimos años se han ido describiendo nuevas enfermedades caracterizadas por el predominio de los polimorfonucleares neutrófilos en la biopsia cutánea.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un paciente de 64 años de edad que fue remitido a la consulta por fiebre, exantema y artral-

gias. Los exámenes complementarios revelaron la presencia de paraproteína IgM kappa e infiltrado predominantemente neutrofílico en la biopsia. Mediante la correlación clínico-patológica llegamos al diagnóstico de síndrome de Schnitzler. Durante el proceso diagnóstico, el paciente recibió tratamiento con prednisona a dosis altas durante un período prolongado, combinado sucesivamente con dapsona, yoduro potásico, metotrexato, ciclosporina, adalimumab y micofenolato de mofetilo, con respuesta parcial y aparición de varias fracturas vertebrales. Finalmente, conseguimos controlar la enfermedad con el tratamiento con anakinra.

**Discusión.** El síndrome de Schnitzler es una enfermedad autoinflamatoria rara que se caracteriza por la combinación de lesiones urticariformes, artralgias, fiebre y gammapatía monoclonal, habitualmente del tipo IgM. Esta enfermedad suele tener una excelente respuesta al anakinra, aunque es habitual que durante el proceso diagnóstico los pacientes reciban tratamiento corticoideo de forma prolongada. A largo plazo, los pacientes desarrollan a menudo amiloidosis sistémica.

### 3. PÁPULAS NO SIEMPRE DE PRONÓSTICO FATAL

F.J. de León Marrero, B. Pérez Suárez, I. Ballester Nortes, R. Rojo España, P. Mercader García y A. Peña García

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.*

**Caso clínico.** Varón de 30 años que consultó por cuadro de aproximadamente un año y medio de evolución consistente en pequeñas pápulas del color de la piel normal, algunas de ellas umbilicadas, que progresivamente se atrofiaban dejando una mancha blanca central y pequeños vasos en la periferia. Las biopsias cutáneas realizadas fueron compatibles con enfermedad de Degos en diferentes fases evolutivas. Además, se solicitó estudio de coagulación y autoinmunidad, RMN cerebral y sangre oculta en heces que fueron negativos. El paciente sigue tratamiento actualmente con ácido acetilsalicílico y pentoxifilina, y tras un año de seguimiento no ha presentado sintomatología sistémica.

**Discusión.** La enfermedad de Degos o papulosis atrófica maligna es una vasculopatía tromboobliterante poco frecuente caracterizada por lesiones cutáneas papulosas con atrofia central de color blanco porcelana y un borde circundante telangiectásico. Las manifestaciones sistémicas son progresivas y pueden ocasionar complicaciones graves, que son letales en aproximadamente un 50% de los pacientes en 2-3 años. Hay una minoría de pacientes que presentan un curso benigno, sin afectación sistémica y supervivencia a largo plazo. No obstante, las manifestaciones sistémicas pueden desarrollarse años después de la aparición de las lesiones cutáneas, por lo que estos pacientes requieren un seguimiento continuado.

### 4. “UNA SOLA REGIÓN, MÚLTIPLES OPCIONES”

J. Cruaños Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez, J. Ruiz Martínez, A. Ramírez Andreo, M.E. Giménez Cortés, E. Cutillas Marco, C. Soria Martínez, M.D. Ruiz Martínez y C. Brufau Redondo

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción.** La pirámide nasal es una zona frecuente de asiento de carcinomas basocelulares y espinocelulares. Está localizada en el centro del rostro, por lo que tiene un importante impacto estético. Todo esto, sumado a la escasa movilidad de la zona, hace de la reconstrucción quirúrgica de los defectos de la pirámide nasal todo un reto.

**Discusión.** En este trabajo nos vamos a centrar únicamente en una subunidad de la pirámide: la punta nasal. Se realiza una recopilación de las distintas formas de reconstrucción de los defectos quirúrgicos

en la punta nasal que hemos realizado en nuestro hospital en los últimos meses: desde cierres directos, hasta colgajos locales y a distancia, pasando por injertos de piel total y cierre por segunda intención.

**Conclusión.** Existen múltiples opciones reconstructivas, y la elección de cada una de ellas depende del caso en particular y de la maestría del cirujano.

### 5. RAPAMICINA E INHIBIDORES SELECTIVOS DE PIK3CA: UN NUEVO PARADIGMA EN EL TRATAMIENTO DE ANOMALÍAS VASCULARES COMPLEJAS

T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, N.A. Méndez Aguirre<sup>b</sup>, B. Ferri Ñiguez<sup>c</sup>, A. Galera Miñarro<sup>d</sup>, J. García Contreras<sup>e</sup>, G. Cortez Ledez<sup>f</sup>, A. Capel Alemán<sup>g</sup>, E. Guillén Navarro<sup>h</sup>, J. Díaz Manzano<sup>i</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, M. Lova Navarro<sup>a</sup>, A.M. Victoria Martínez<sup>a</sup>, T. Salas García<sup>a</sup>, J. Frías Iniesta<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup> y P. Sánchez Pedreño-Guillén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>d</sup>Servicio de Oncología infantil.

<sup>e</sup>Servicio de Cirugía Plástica. <sup>f</sup>Servicio de Cirugía Maxilofacial.

<sup>g</sup>Servicio de Radiología intervencionista. <sup>h</sup>Unidad de Genética.

<sup>i</sup>Unidad de Otorrinolaringología. *En representación del Comité de Anomalías Vasculares del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.*

**Introducción.** En los últimos años estamos experimentando una verdadera revolución en el tratamiento de las anomalías vasculares. El uso de inhibidores de m-Tor (mammalian Target of Rapamycin) se ha ido extendiendo en nuestras consultas. En un futuro, nuevos inhibidores selectivos de PIK3CA (phosphatidylinositol-4,5-bisphosphate 3-kinase catalytic subunit alpha) se introducirán en nuestro arsenal terapéutico.

**Desarrollo.** Realizamos una revisión de parte de nuestros pacientes que han sido tratados con rapamicina y describimos dos casos correspondientes a síndromes PROS (PIK3CA-Related Overgrowth Spectrum) que pueden ser susceptibles de tratamiento con alpelisib.

**Conclusiones.** Describimos a nuestros pacientes actualmente susceptibles de iniciar tratamiento con alpelisib y revisamos el uso de inhibidores selectivos de la vía que se vislumbran como nuevos tratamientos de pacientes con anomalías vasculares complejas.

### 6. PUSTULOSIS PALMOPLANTAR TRANSGREDIENS UNA PISTA ÚTIL PARA PENSAR EN UN SÍNDROME SAPHO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

M. Lova Navarro<sup>a</sup>, B. Ferri Ñiguez<sup>b</sup>, T.E. Rodríguez Locarno<sup>c</sup>, T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, C. Marras Fernández-Cid<sup>d</sup>, A.M. Victoria Martínez<sup>a</sup>, T. Salas García<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup>, J. Frías Iniesta<sup>a</sup> y P. Sánchez-Pedreño Guillén

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica.

<sup>c</sup>Servicio Medicina Nuclear. <sup>d</sup>Servicio de Reumatología. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.*

**Introducción.** El síndrome SAPHO forma parte del espectro de las enfermedades neutrofílicas pustulosas autoinflamatorias. Se manifiesta clínicamente con lesiones osteoarticulares, como sinovitis, hiperostosis y osteítis, con localización predominante en la pared torácica anterior, así como lesiones cutáneas, donde destaca la pustulosis palmo-plantar, pudiendo también presentar acné conglobata o fulminans, hidrosadenitis supurativa, celulitis disecante del cuero cabelludo y otras dermatosis neutrofílicas.

**Casos clínicos.** Presentamos dos casos que tras una infección de vías respiratorias altas desarrollaron una pustulosis palmo-plantar transgrediens (extensión de las lesiones cutáneas a las superficies dorsales de las manos, pies, muñecas y región aquilea) refiriendo en

la historia clínica inicial molestias en la pared torácica anterior, realizándose una gammagrafía con tecnecio 99 y encontrando en ambos casos hipercaptación de trazador esternoclavicular simétrica con morfología en "cabeza de toro", llegando al diagnóstico de síndrome de SAPHO incompleto o más bien de una pustulosis con artroosteítis, donde, a diferencia del síndrome de SAPHO, presenta una evolución a brotes en lugar de crónica y no asocia otras manifestaciones dermatológicas como acné e hidrosadenitis supurativa. **Discusión.** Ante un paciente con pustulosis palmo-plantar transgrediens, preguntar siempre por molestias osteoarticulares en la pared torácica anterior, y en caso de respuesta afirmativa solicitar gammagrafía con tecnecio 99 para descartar una pustulosis con artroosteítis.

## 7. ¿QUÉ SABEN NUESTROS JÓVENES DEPORTISTAS DE PROTECCIÓN SOLAR?

E. García Martínez, A.B. López Martínez, A. Bermejo Aguado, G. Ruiz Merino, J. Cruaños Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, J. Hernández-Gil Sánchez y C. Brufau Redondo

*Servicio Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción.** El vóley playa es un deporte que implica una alta exposición solar al ser una práctica al aire libre. Estos jugadores, al tratarse de una población joven, son susceptibles de sufrir quemaduras solares principalmente derivado de una falta de aplicación de las medidas de protección solar conocidas. El porcentaje de quemaduras solares en niños y adolescentes en el año previo varían entre un 53 y 72% siendo aún más alta entre deportistas, alcanzando el 84%. El objetivo del estudio es conocer las características clínicas y el conocimiento y prácticas acerca de la exposición solar en los jugadores de vóley playa.

**Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal mediante un cuestionario que recogió datos de características clínicas, uso de medidas de protección solar y conocimientos relativos al sol. La muestra se obtuvo de la participación de jugadores de vóley playa en el Campeonato de España Universitario del 2019.

**Resultados.** Del total de 70 participantes, el 58,6% presentó una quemadura solar en el año previo y el 19,5% presentó 3 quemaduras en ese año. En ningún caso se consiguió la aplicación de las medidas de protección solar en el 100% del tiempo. Destaca en frecuencia mayor del 50% de las veces el uso de gafas, la utilización de cremas con FPS > 15 y la búsqueda de sombra. Los varones utilizaron mayormente pantalones largos ( $\chi^2 = 14,264$ ;  $p = 0,006$ ) y las mujeres utilizaron cremas con FPS más bajas a final de verano ( $\chi^2 = 5,09$ ;  $p = 0,015$ ).

**Conclusión.** Los jugadores de vóley playa son un grupo de riesgo derivado de la exposición solar en la práctica deportiva. Una aplicación insuficiente de las medidas de protección solar derivan en cifras altas de quemaduras solares. El estudio de los conocimientos y prácticas de protección solar de nuestros jóvenes permitiría abordar aquellos aspectos carenciales para evitar futuras consecuencias del daño acumulativo de la radiación solar.

## 8. UN FÁRMACO OLVIDADO EN DERMATOLOGÍA: IVERMECTINA

S. Ezsol Lendvai<sup>a,b</sup>, A. López Gómez<sup>a</sup>, I. de La Hera Matute<sup>a</sup>, E. Cutillas Marcos<sup>a</sup>, F. Simões de Santana Filho<sup>c</sup> y A. Vanegas<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. <sup>b</sup>Sanatorio de Fontilles. Valencia. España.

<sup>c</sup>Departamento de Saude Publica. Universidade Federal de Amazonas. Manaus. Brasil. <sup>d</sup>Department of Dermatology Bundeswehr Hospital. Hamburgo. Alemania

Se revisan varios aspectos farmacológicos, clínicos e históricos de la ivermectina oral. Además de todas las indicaciones en dermatología hoy en día. La ivermectina es un fármaco antiparasitario con buen perfil de seguridad y de amplio uso en Latinoamérica, África y tam-

bién en unidades de Medicina Tropical en nuestro país. Se destaca su protagonismo en los programas de la OMS en la eliminación de oncocercosis (comentamos proyecto de eliminación de último foco en Latinoamérica). La posología de ivermectina es sencilla: dosis única o 2-3 repeticiones. En España, igual que en la mayoría de los países europeos no está comercializada, dificultando su uso en la práctica diaria. Es posible conseguirla formulando o pedirla como medicación extranjera a través de farmacia hospitalaria. Entre sus indicaciones en dermatología encontramos la escabiosis y la pediculosis resistente a tratamiento tópico, la oncocercosis y varias filariasis. En los últimos años se han publicado varios casos y series de casos de rosácea recalcitrantes tratados con éxito, aunque con pautas de posología diferentes, considerando la ivermectina oral sola o en asociación como una nueva opción terapéutica prometedora en la rosácea.

## XXVII Reunión de la Sección Territorial Murciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Murcia, 23 de noviembre de 2019

### 1. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CMA

J. Cruaños Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, J. Navarro Pascual, J. Hernández-Gil Sánchez, J. Ruiz Martínez, A. Ramírez Andreo, M.E. Giménez Cortés, E. Cutillas Marco, C. Soria Martínez, M.D. Ruiz Martínez y C. Brufau Redondo

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción.** Existen escasos estudios que evalúen nuestra precisión diagnóstica, comparando nuestro diagnóstico clínico inicial con el resultado definitivo anatomopatológico tras la exéresis de la lesión cutánea, considerándose este último como el gold estándar.

**Discusión.** Con el fin de evaluar la agudeza del diagnóstico clínico prequirúrgico de neoplasias dermatológicas, así como aquellos factores que pueden influir en esta correlación, se recogieron datos de 758 pacientes, intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria en nuestro servicio, desde junio de 2016 hasta mayo de 2019. Las variables recogidas fueron edad, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico histológico definitivo, necesidad de biopsia prequirúrgica y localización de la lesión. Todos los datos se almacenaron en una base de datos utilizando IBM SPSS Statistics y se efectuó el test de Chi cuadrado para determinar la presencia de significación estadística ( $p < 0,05$ ). Se tomaron como referencia, como en anteriores estudios la sensibilidad y el valor predictivo positivo (VPP) para evaluar nuestra agudeza diagnóstica. Nuestra muestra se componía de 459 hombres (60,6%) y de 299 mujeres (39,4%), con una edad media de 75,77 años. De todas las lesiones, el 90,1% ( $n = 683$ ) eran malignas y el 9,9% ( $n = 75$ ) eran benignas. Por subtipos, el 53,2% ( $n = 403$ ) eran carcinomas basocelulares, el 27,2% ( $n = 206$ ) eran carcinomas espinocelulares, el 6,6% ( $n = 50$ ) eran melanomas y solo el 13,1% eran otro tipo de lesiones malignas. La mayoría de las lesiones (80,7%) se encontraban en cara y cuello; el 8,8% estaban localizadas en miembros inferiores, el 5,7% en tronco y el 4,7% en miembros superiores. Existe tanta diferencia entre cara y cuello y el resto de localizaciones porque era régimen cirugía mayor ambulatoria, estando los pacientes bastante seleccionados. En cuanto a nuestra capacidad global para acertar clínicamente el diagnóstico, fue del 85,12%, es decir, de cada 100 pacientes a los que diagnosticamos lesiones tumorales, en 85,12 se correlacionó el diagnóstico clínico con el histológico. Subdividiendo según tipos de tumores, la sensibilidad para el diagnóstico

de carcinoma basocelular fue la mayor, de un 93,3% y el VPP fue de 90,16%. Para CEC, la sensibilidad diagnóstica fue del 86,41% y el VPP del 80,18%. En cuanto a melanoma, la sensibilidad diagnóstica fue del 84% y el VPP del 80,16%. En un 24,9% (n= 189) de los casos se realizó biopsia previa a la cirugía. En el 78,8% de estos pacientes a los que se biopsió, el diagnóstico clínico se correlacionó con el diagnóstico histológico; mientras que en el 85,4% de los pacientes a los que no se biopsió previo a la cirugía se acertó con el diagnóstico clínico. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p = 0,224).

**Conclusiones.** Los hallazgos en nuestra muestra respecto a sensibilidad y VPP para los diferentes tipos de lesiones tumorales son muy parecidos a los que existían en estudios previos, siempre con el carcinoma basocelular a la cabeza de la precisión diagnóstica. El hecho de que no haya diferencias estadísticas en nuestra capacidad de diagnosticar tumores que hemos biopsiado o que no, podría hacer plantearnos si realmente es tan necesaria la biopsia previa a la resección completa tumoral, o únicamente es un trámite que puede incluso retrasar el tratamiento definitivo de la lesión. Se necesitan más estudios en esta línea.

## 2. LESIONES PUSTULOSAS AL NACIMIENTO: DE LO MORTAL A LO BANAL

M. Lova Navarro<sup>a</sup>, T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, L. Quesada Dorigne<sup>b</sup>, C. Contessotto Avilés<sup>b</sup>, J.A. Ruiz Maciá<sup>c</sup>, B. Ferri Níguez<sup>c</sup>, A.M. Victoria Martínez<sup>a</sup>, T. Salas García<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, J. Martínez Escribano<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup>, J. Frías Iniesta<sup>a</sup> y P. Sánchez-Pedreño Guillén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Pediatría. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Introducción.** Si bien la candidiasis vulvovaginal aparece hasta en un 25-30% de las gestantes, tan solo en menos del 1% de los casos existe una infección intrauterina adquirida por transmisión vertical desde la vagina colonizada por *Candida* y a través de membranas intactas, dando lugar al posible desarrollo de una candidiasis cutánea congénita (CCC).

**Casos clínicos.** Comunicamos 2 casos de CCC. El primero de los casos era un recién nacido a término con adecuado peso para edad gestacional que presentó al nacimiento lesiones pustulosas que al desprenderse dejaban un collarate descamativo, de distribución generalizada, incluyendo palmas y plantas, sin afectación de mucosas. Tras revisar la historia clínica se encontró como antecedente de interés que pudiera haber sido un factor predisponente para el desarrollo de CCC que la madre tuvo vulvovaginitis por *Candida* de repetición antes y durante el embarazo y que en la semana 30 de gestación presentó una amenaza de parto pretérmino, colocándose un pesario de cerclaje alrededor del cuello del útero. El segundo de los casos era un recién nacido pretérmino de 28 semanas y con un peso de 1.100 g, que al nacimiento presentó eritema y descamación tipo "peeling" generalizada, incluyendo palmas y plantas, sin afectar a mucosas. Destacar que el hecho de no presentar pústulas retrasó el diagnóstico varios días. Tras revisar la historia clínica no se encontró ningún factor predisponente para el desarrollo de CCC. Ambos casos se resolvieron sin secuelas, realizando en el primer caso tratamiento con clotrimazol tópico y fluconazol oral, mientras que en el segundo caso únicamente se administró clotrimazol tópico.

**Discusión.** Tomar siempre cultivo micológico ante un recién nacido que presente al nacimiento o desarrolle durante la primera semana de vida una pustulosis o un eritema y descamación tipo "peeling" generalizada que incluya palmas y plantas. También recordar la importancia de que ante un neonato con pústulas se debe tomar muestra del exudado de las pústulas para cultivo bacteriano para descartar infección por *Staphylococcus aureus* así como para realizar PCR para virus herpes simple y varicela-zóster.

## 3. TUMORES ASENTADOS EN LUGARES OLVIDADOS

M.I. Úbeda Clemente<sup>a</sup>, T.A. Hernández Gómez<sup>a</sup>, J. Navarro Pascual<sup>a</sup>, J. Cruaños Monferrer<sup>a</sup>, E. García Martínez<sup>b</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, J. Hernández-Gil Sánchez<sup>a</sup>, E. Poblet Martínez<sup>c</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>a</sup>, C. Soria Martínez<sup>a</sup>, M.D. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, E. Cutillas Marco<sup>a</sup>, M.E. Giménez Cortés<sup>a</sup> y C. Brufau Redondo<sup>a</sup>

Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>b</sup>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

**Introducción.** La zona perianal es el asiento de gran variedad de patología dermatológica, tanto inflamatoria como tumoral, aunque por su localización los pacientes a menudo no consultan y los médicos tampoco preguntamos.

**Casos clínicos.** *Caso 1:* Mujer de 56 años con molestias en zona perianal. Presenta zonas erosivas puntiformes radiales al orificio anal. Con sospecha de enfermedad de Paget extramamaria se realiza biopsia que confirma el diagnóstico. Se opta por realización de terapia fotodinámica continuando en seguimiento por nuestra parte. *Caso 2:* Mujer de 70 años intervenida de carcinoma de vulva hace 8 años que presenta nódulos con necrosis, empastados e infiltrados en glúteos, sugestivos de metástasis cutáneas, confirmándose mediante biopsia. Recibe quimioterapia y radioterapia con escasa respuesta, falleciendo 5 meses tras el diagnóstico. *Caso 3:* Mujer de 54 años que consulta por lesión perianal de 10 años de evolución. Presenta tumoración rosada que se extirpa con resultado de melanoma dérmico de 7,8 mm de Breslow. *Caso 4:* Varón de 67 años que consulta por tumoración perianal de un año de evolución. Presenta una placa eritematosa bien delimitada con telangiectasias. Con sospecha de carcinoma basocelular, se realiza exéresis confirmando el diagnóstico.

**Discusión.** Presentamos cuatro tumores malignos diferentes que tienen en común su localización poco común. La enfermedad de Paget perianal es un adenocarcinoma intraepitelial que se presenta como una placa eritematosa con descamación o ulceraciones. El pronóstico es bueno, aunque la tasa de recurrencias es muy alta. El melanoma dérmico es un subtipo de melanoma confinado a dermis o tejido celular subcutáneo, que histológicamente simula una metástasis, pero con una prolongada supervivencia. Puede presentarse como una lesión quística, una pápula violácea, un nódulo subcutáneo azulado o grisáceo, o una masa mal definida subcutánea de larga evolución. Las metástasis cutáneas de cáncer de vulva son extremadamente raras. Aparecen como placas o nódulos sólidos, ulcerados y dolorosos. El pronóstico es muy malo con una supervivencia media de 7 meses tras el diagnóstico. La incidencia del carcinoma basocelular perianal en comparación a otras zonas de piel es del 0,1%. Es importante realizar diagnóstico diferencial con carcinoma basaloide de células escamosas por las diferencias en cuanto al pronóstico.

## 4. SARCOMA DE KAPOSI DISEMINADO NO ASOCIADO AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. García Martínez<sup>a</sup>, M.I. de la Hera Matute<sup>a</sup>, Z. Ezsol Lendvai<sup>a</sup>, C. Díaz Chantar<sup>b</sup>, S. Swirc<sup>c</sup>, G. Carrilera Zaragoza<sup>d</sup> y A. López Gómez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Neumología. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.

**Introducción.** El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor vascular agresivo cuando se asocia a estados de inmunosupresión, característicamente con el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida, pero puede aparecer en otros contextos de inmunosupresión. Presentamos un paciente con diagnóstico de SK asociado a inmunosupresión de abordaje multidisciplinar.

**Caso clínico.** Varón de 63 años remitido por lesiones cutáneas generalizadas. Como antecedente personal destacó una insuficiencia renal crónica, asma bronquial extrínseco corticodependiente de años de evolución y poliposis nasosinusal. Además, era exfumador de más de 25 años. En el último año, estuvo en estudio por adenopatías mediastínicas y un patrón pulmonar micronodular con hallazgos que concordaban con una probable sarcoidosis por lo que se ajustaron los corticoides orales. En los meses posteriores, le aparecieron de forma progresiva manchas y nódulos rojizos en piernas primero y luego en cara. El estudio histológico era compatible con SK. Se realizó una serología, siendo negativa para VIH. La técnica de broncoaspirado resultó positiva para VHH8 y en la endoscopia digestiva presentaba lesiones rojizas en mucosa esofágica y gástrica. Con el diagnóstico de SK diseminado iatrogénico se decidió suspender los corticoides orales. En los siguientes dos meses se observó una mejoría importante de todas las lesiones por lo que no se inició tratamiento quimioterápico.

**Discusión.** Se han descrito cuatro variantes de SK: clásico, endémico o africano, epidémico o asociado a VIH, e iatrogénico. El curso evolutivo es más agresivo en las formas epidémicas e iatrogénicas. Esta última se asocia a la toma de inmunosupresores, bien en trasplantados, bien en pacientes en tratamiento de enfermedades inmunitarias o neoplasias hematológicas. La edad de presentación clínica es más tardía y suele aparecer antes desde el inicio de tratamiento en trasplantados (entre unos 60 a 20 meses). Hay casos descritos en asociación a enfermedades autoinmunes sin toma previa de inmunosupresores. Es importante modificar el tratamiento inmunosupresor ya que puede inducir a la remisión de la enfermedad. En cuadros graves y extensos se precisa añadir quimioterapia y radioterapia.

## 5. CALCIFILAXIS EN PACIENTES SIN ENFERMEDAD RENAL TERMINAL REPORTE DE TRES CASOS

J. Navarro Pascual<sup>a</sup>, J. Cruaños Monferrer<sup>a</sup>, M.I. Úbeda Clemente<sup>a</sup>, T.A. Hernández Gómez<sup>a</sup>, E. García Martínez<sup>b</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, J. Hernández-Gil Sánchez<sup>a</sup>, E. Poblet Martínez<sup>c</sup>, A.I. Gil Liñán<sup>c</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>a</sup>, C. Soria Martínez<sup>a</sup>, M.D. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, E. Cutillas Marco<sup>a</sup>, M.E. Giménez Cortés<sup>a</sup> y C. Brufau Redondo<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>b</sup>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción.** La calcifilaxis es una vasculopatía trombooclusiva potencialmente mortal caracterizada por el depósito de calcio en la dermis y tejido celular subcutáneo, tanto dentro de los vasos como en los tejidos circundantes. Pese a que este trastorno suele asociarse a enfermedad renal terminal, existen otros factores que pueden predisponer a la enfermedad.

**Casos clínicos.** Presentamos tres mujeres de 73, 82 y 86 años, que presentaban úlceras dolorosas en miembros inferiores de lento crecimiento. Las lesiones presentaban esfacelos adherentes, necrosis y púrpura retiforme. Si bien ninguna de estas pacientes se hallaba en insuficiencia renal terminal, sí cumplían una serie de factores de riesgo de calcifilaxis, como fueron la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinodependiente u obesidad, así como el tratamiento crónico con vitamina D, hierro o corticoides sistémicos. En todas las pacientes se realizó una biopsia cutánea que informó de la presencia de calcifilaxis. Se inició tratamiento con analgesia y tiosulfato sódico al 25% en días alternos, realizándose también un desbridamiento quirúrgico de las úlceras. En los tres casos la evolución fue favorable, si bien una paciente tuvo que ser ingresada en la UCI por un cuadro séptico del cual se recuperó.

**Discusión.** Pese a que la calcifilaxis es más comúnmente diagnosticada en el contexto de insuficiencia renal crónica avanzada, los tres casos que hemos presentado no padecían ninguno de los facto-

res de riesgo clásicos. Dado que la etiología de la enfermedad sigue sin estar clara, podrían ser relevantes otros factores de riesgo, como son el sexo femenino, la hipertensión, la diabetes, la obesidad o el tratamiento con ciertos medicamentos, sin que sean indispensables la presencia de nefropatía terminal, hiperparatiroidismo o la alteración del producto fosfocálcico.

## 6. DERMATITIS DE CONTACTO POR PROPILENGLICOL EN UN APÓSITO PARA ÚLCERAS

P. Mercader García, R. Rojo España, B. Pérez Suarez, J.M. Rodenas López, J. López Robles, F. de León Marrero y A. Peña García

*Servicio de Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.*

**Introducción.** En los pacientes con úlceras venosas se utilizan múltiples productos que pueden provocar una dermatitis de contacto. Muchos de estos productos no indican su composición lo que puede complicar el estudio de los pacientes que desarrollen una dermatitis.

**Caso clínico.** Mujer de 76 años con antecedentes de rinitis alérgica e intolerancia a perfumes y betadine. Acude a consulta por presentar lesiones eczematosas en ambas piernas de un mes de evolución en relación con úlceras varicosas. La paciente relacionaba la aparición de las lesiones con la aplicación de un apósito para úlceras (intrasite conformable<sup>®</sup>) que empezó a utilizar 2-3 semanas antes de la aparición de las lesiones. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, la batería de antisépticos y el intrasite conformable<sup>®</sup>, apareciendo múltiples pruebas epicutáneas positivas entre ellas una muy intensa al apósito. Tras ponernos en contacto con el laboratorio, averiguamos que aparte del tejido del apósito el único componente que llevaba era propilenglicol. Realizamos las pruebas epicutáneas con propilenglicol al 20% en agua, apareciendo una reacción positiva a las 48 y 72 h.

**Comentario.** El propilenglicol es una sustancia con múltiples usos en la industria, la alimentación o la cosmética por su buena tolerancia y baja toxicidad. Es una causa poco frecuente de dermatitis de contacto y su estudio se complica por el hecho de que en oclusión tiene capacidad irritante y puede provocar falsos positivos en las pruebas epicutáneas, por lo que para confirmar el diagnóstico a veces es preciso realizar pruebas de uso o ROAT.

## 7. ¿BENDITO U ODIOSO BALONAZO?

T. Martínez Menchón<sup>a</sup>, N.A. Méndez Aguirre<sup>b</sup>, B. Ferri Ñiguez<sup>c</sup>, J.D. García Contreras<sup>d</sup>, A. Galera Miñarro<sup>e</sup>, M. Espinosa de Rueda Ruiz<sup>f</sup>, M. Lova Navarro<sup>a</sup>, A.M. Victoria Martínez<sup>a</sup>, T. Salas García<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>a</sup>, J. Frías Iniesta<sup>a</sup>, A. Clemente Valenciano<sup>a</sup> y P. Sánchez-Pedreño Guillen<sup>a</sup>. En representación del Comité de Anomalías Vasculares del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>d</sup>Servicio de Cirugía Plástica. <sup>e</sup>Servicio de Oncología infantil. <sup>f</sup>Servicio de Radiología intervencionista. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.*

**Introducción.** La presencia de una lesión de alto flujo postraumática obliga a descartar la fístula arteriovenosa (FAV) como primera opción diagnóstica, aunque otras entidades deben ampliar el diagnóstico diferencial.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una niña de 8 años con lesión tumefacta, eritematosa que aparece tras un traumatismo en la cara posterior del pabellón auricular derecho. A nivel ecográfico se ob-

servaba una lesión predominantemente hipocogénica aunque con áreas internas de mayor ecogenicidad, de forma ovalada y con vascularización arterial y venosa en su interior. La RMN indica el origen vascular de la misma, no pudiendo visualizar fístula arteriovenosa en su interior. La lesión fue progresando, apareciendo nódulos en superficie de aspecto infiltrativo. Tras realización de angiografía que descartó el diagnóstico de FAV, fue el estudio histopatológico de la pieza extirpada el que condujo al diagnóstico definitivo.

**Conclusión.** Presentamos un caso clínico de difícil diagnóstico diferencial que ha precisado el trabajo multidisciplinar de todo el Comité de Anomalías Vasculares. En ocasiones, en nuestra consulta, se presentan casos simuladores de anomalías vasculares por lo que no debemos bajar la guardia y diagnosticarlos con la mayor celeridad y menor morbilidad, especialmente en presentaciones en edad infantil.

## 8. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN PATOLOGÍA DE LA MANO

M.I. Úbeda Clemente<sup>a</sup>, T.A. Hernández Gómez<sup>a</sup>, J. Navarro Pascual<sup>a</sup>, J. Cruañes Monferrer<sup>a</sup>, E. García Martínez<sup>b</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, J. Hernández-Gil Sánchez<sup>a</sup>, A.I. Gil Liñan<sup>c</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>a</sup>, C. Soria Martínez<sup>a</sup>, M.D. Ruiz Martínez<sup>a</sup>, E. Cutillas Marco<sup>a</sup>, M.E. Giménez Cortés<sup>a</sup> y C. Brufau Redondo<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>b</sup>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España*

**Introducción.** La mayoría de las lesiones localizadas en la mano son benignas y pueden diagnosticarse únicamente mediante la historia clínica (tiempo de evolución y velocidad de crecimiento) y la exploración física (movilidad, dolor, consistencia), pero en ocasiones necesitamos pruebas de imagen para llegar al diagnóstico.

**Caso clínico.** Varón de 63 años sin antecedentes personales de interés que consulta por lesión asintomática en cara flexora de quinto dedo de mano izquierda de años de evolución. No antecedente traumático. A la exploración física presenta tumor subcutáneo de 1 cm de tamaño, de consistencia blanda, inmóvil. No pulsátil clínicamente y sin relación con la articulación. Se realiza ecografía, mostrando una lesión bien delimitada de 10 × 5 mm de tamaño en plano subcutáneo. Predominantemente hiperecogénica con zonas hipocogénicas. El modo doppler mostraba abundante vasculariza-

ción abigarrada en su interior y una onda bifásica sugestiva de flujo arterial. Dados los hallazgos se decide extirpación de lesión que evidenciaba macroscópicamente una tumoración vascular bien delimitada. El estudio histopatológico mostró una proliferación de aspecto lobular rodeada de una pared venosa, sin fibras elásticas. Esta imagen histológica corresponde a un granuloma piógeno o hemangioma capilar lobular.

**Discusión.** El hemangioma capilar lobular es un tumor vascular benigno muy frecuente. La forma de presentación típica es una lesión pediculada superficial con facilidad para el sangrado, pero la presentación intravascular y subcutánea son poco habituales. Descrito por primera vez por Cooper et al. en 1979, se cree que se origina a partir de los vasa vasorum de la pared venosa aunque también se ha sugerido que se trate de una respuesta hiperproliferativa vascular a traumatismos o infecciones. Ante una lesión en la mano debemos realizar diagnóstico diferencial entre ganglión o quiste mixoide, tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, lipoma, fibroma, tumores nerviosos y vasculares y lesiones seudotumorales como el quiste epidérmico o reacción granulomatosa a cuerpo extraño, así como trombosis superficiales o malformaciones vasculares. La ecografía es una técnica clave para evaluar una lesión en la mano, ayudando a determinar la localización anatómica, su naturaleza quística, sólida o vascular y a identificar la estructura anatómica de donde se origina. Hay que destacar la importancia del ecógrafo en la consulta habitual de dermatología para ayudar a definir lesiones inespecíficas.

## 9. PSORIASIS Y METOTREXATE: ACTUALIZACIÓN

B. Pérez Suárez, F. de León, R. Rojo, I. Ballester, P. Mercader, J.M. Rodenas López y M.D. Peña García

*Servicio de Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.*

El metotrexate es un inhibidor intracelular de la hidrofolato reductasa con potente efecto antiinflamatorio. Entre sus indicaciones terapéuticas encontramos el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica desde 1950. Se hace un repaso de este fármaco en el contexto de la psoriasis: dosificación, efectos adversos, precauciones especiales de uso, así como su manejo en el embarazo y la lactancia. También se recuerdan sus numerosas interacciones medicamentosas, muchas de ellas con fármacos de uso común. El posicionamiento en primera línea oral para la psoriasis moderada-grave se argumenta en base a su excelente eficiencia.